

ASOCIAȚIA ECONOMIE, MANAGEMENT
ȘI PSIHOLOGIE ÎN MEDICINĂ *CONSTANTIN EȚCO*

ASSOCIATION OF ECONOMY, MANAGEMENT
AND PSYCHOLOGY IN MEDICINE *KONSTANTIN YETSKO*

АССОЦИАЦИЯ ЭКОНОМИКИ, УПРАВЛЕНИЯ
И ПСИХОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ *КОНСТАНТИН ЕЦКО*

CONFERINȚA
ZILELE „GHEORGHE PALADI”
17-18 MAI 2024

**SĂNĂTATE PUBLICĂ, ECONOMIE
ȘI MANAGEMENT ÎN MEDICINĂ**

**PUBLIC HEALTH, ECONOMY AND
MANAGEMENT IN MEDICINE**

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЭКОНОМИКА
И МЕНЕДЖМЕНТ В МЕДИЦИНЕ**

revistă științifico-practică
fondată în anul 2003

scientific-practical review
founded in 2003

научно-практический журнал
основан в 2003 году

1(98)/2024

Revista a fost înregistrată la Ministerul Justiției al Republicii Moldova la 18-07-2003.
Certificat de înregistrare nr. 145.

Revista este inclusă în **Tipul B** cu atribuția statutului de publicație științifică de profil prin HOTĂRÂREA comună a Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al Academiei de Științe a Moldovei și a Consiliului de Conducere al Agenției Naționale de Asigurare a Calității în Educație și Cercetare nr. 18 din 01 martie 2022 pentru publicarea rezultatelor științifico-practice din tezele de doctorat în domeniile medicină, farmacie, economie și psihologie.

Articolele prezentate sunt recenzate de către specialiști din domeniile respective.

Întemeietor al ediției periodice și redactor-șef onorific
Founder of the periodical edition and Honorary Editor-in-Chief

Constantin EȚCO

Redactor-șef Chief Editor

Natalia Zarbailov

Colegiul de redacție Editorial Board

Elena Raevschi – redactor-șef adjunct

Ghenadie Damașcan – secretar

Nicolae Bacinschi, Emil Ceban, Boris Gîlca,

Aliona Serbulenco, Larisa Spinei,

Consiliul editorial

Ion Ababii
Emil Anton (România)
Doina Azoicăi (România)
Ion Bahnarel
Grigore Belostecinic
Taras Boiciuc (Ucraina)
Vasyl Cheban (Ucraina)
Ghenadie Curocichin
Vasile Dumitraș
Ludmila Ețco
Grigore Friptuleac
Mihai Gavriiliuc

Victor Ghicavii
Gheorghe Ghidirim
Ludmila Goma
Eva Gudumac
Hakan Gulmez (Turcia)
Constantin Iavorschi
Pavlo Kolesnic (Ucraina)
Sava Kostin (Germania)
Sergiu Matcovschi
Mihai Moroșanu
Ion Mereuța
Kurtulus Ongel (Turcia)

Editorial council

Gheorghe Paladi
Mihai Popovici
Viorel Prisacari
Ivan Puiu
Ninel Revenco
Liliana Rogozea (România)
Constantin Spînu
Oleg Șekera (Ucraina)
Mihai Todiraș (Germania)
Teodor Tulcinschi (Israel)
Brigitha Vlaicu (România)
Iuri Voronenko (Ucraina)

Autorii poartă toată responsabilitatea pentru conținutul articolelor publicate.

Editura *Epigraf S.R.L.*
2012, str. București 60, of. 11, or. Chișinău
tel./fax 022 22.85.87,
e-mail: epigraf2018@gmail.com

Redactor literar – *Elena Junghietu*
Machetare computerizată – *Galina Țurcan*
Coperta – *Iulian Grossu*

Conținutul revistei poate fi consultat la pagina: www.revistaspemm.md

Datele de contact ale redacției:

Telefon: 069 481 481

E-mail: redactor.spemm@gmail.com

Conferința

Zilele „Gheorghe Paladi”

CUPRINS

Academicianul Gheorghe Paladi la 95 de ani	
Olga Cernetchi.....	7
<i>OBSTETRICA</i>	
Aspecte genetice ale trombofiliei în sarcină	
Diana Antoci, Constantin Burnus, Svetlana Capcelea.....	10
Boli netransmisibile (BNT) tip hipertensiv în sarcină	
Valeriu Pădure, Chiril Grecu, Natalia Bursacovscaia, Igor Opalco, Cristina Rotaru, Victoria Cojocari	11
Colestaza intrahepatică de sarcină. Diagnostic și management	
Rodica Catrinici, Diana Mitriuc, Ana Frunze	13
Complianța la tratament a gravidelor cu diferite forme de diabet zaharat	
Daniela Roșca, Victor Petrov, Cezar Zagoraneanu.....	14
Conduita gravidelor cu ruperea prenatală a membranelor amniotice pretermen	
Mihai Surguci, Hristiana Capros, Veronica Cotelea	15
Diabetul gestațional	
Natalia Bursacovscaia, Victor Petrov, Chiril Grecu, Valeriu Pădure, Igor Opalco, Oxana Podolean	17
Diagnosticul antenatal și evoluția postnatală a anomaliilor congenitale renale fetale	
Artur Focșa	18
Displazia mezenchimală a placentei: caz clinic	
Margarita Sari-Terzi, Ion Bologan	19
Eficacitatea inducerii travaliului cu misoprostol în sarcinile cu tendință de prolongare	
Iurie Dondiuc, Victor Finciuc, Gheorghe Caliga	20
Eficacitatea vitaminei B6 în tratamentul disgravidiei de prim trimestru al sarcinii	
Olga Cernetchi, Alesea Frumusache, Corina Cardaniuc.....	20
Evoluția perioadei perinatale în restricția de creștere fetală	
Corina Iliadi-Talbure, Maria Cemortan, Cristina Bubulici, Milena Manic, Mihaela Coșpormac	21
Evoluția sarcinii la gravidele cu conizație de col uterin	
Luminița Mihalcean, Natalia Corolcova, Veronica Cotelea, Mihail Surguci, Mihaela Burac.....	23
Evoluția sarcinii, nașterii și transmiterea materno-fetală a infecției la gravidele HIV pozitive	
Olga Cernetchi, Ana Bicos.....	24

CONTENT

Academician Gheorghe Paladi at 95th anniversary	
Olga Cernetchi	7
<i>OBSTETRICS</i>	
Genetic aspects of thrombophilia in pregnancy	
Diana Antoci, Constantin Burnus, Svetlana Capcelea.....	10
Non-communicable diseases (NCDs) of the hypertensive type in pregnancy	
Valeriu Pădure, Chiril Grecu, Natalia Bursacovscaia, Igor Opalco, Cristina Rotaru, Victoria Cojocari	11
Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Diagnosis and management	
Rodica Catrinici, Diana Mitriuc, Ana Frunze	13
Treatment compliance of pregnant women with different forms of diabetes	
Daniela Rosca, Victor Petrov, Cezar Zagoraneanu.....	14
Management of pregnancies with preterm prenatal rupture of amniotic membranes	
Mihai Surguci, Hristiana Capros, Veronica Cotelea	15
Gestational diabetes	
Natalia Bursacovscaia, Victor Petrov, Chiril Grecu, Valeriu Pădure, Igor Opalco, Oxana Podolean.....	17
Antenatal diagnosis and postnatal course of congenital fetal renal anomalies	
Artur Focșa	18
Mesenchymal dysplasia of the placenta: clinical case	
Margarita Sari-Terzi, Ion Bologan	19
Efficacy of misoprostol induction of labour in pregnancies prone to prolongation	
Iurie Dondiuc, Victor Finciuc, Gheorghe Caliga,	20
Efficacy of vitamin B6 in the treatment of first trimester dysgravidia	
Olga Cernetchi, Alesea Frumusache, Corina Cardaniuc	20
Evolution of the perinatal period in fetal growth restriction	
Corina Iliadi-Talbure, Maria Cemortan, Cristina Bubulici, Milena Manic, Mihaela Cospormac	21
Pregnancy course in women with cervical conization	
Luminita Mihalcean, Natalia Corolcova, Veronica Cotelea, Mihail Surguci, Mihaela Burac.....	23
Evolution of pregnancy, childbirth and maternal-fetal transmission of infection in HIV-positive pregnant women	
Olga Cernetchi, Ana Bicos.....	24

Implementarea screeningului de prim trimestru al preeclampsiei	
Mihaela Botnari-Guțu, Nadejda Codreanu	25
Infecția cu ureaplasma în sarcină: evaluarea gradului de inofensivitate	
Hristiana Caproș, Ion Bologan, Mihail Surguci, Valentin Friptu	26
Influența obezității asupra cursului sarcinii și nașterii	
Andriana Marian, Iurie Dondiuc	27
Integrarea pregătirii preconcepționale în cadrul programelor de planificare a familiei: percepțiile specialiștilor în sănătatea reproducerii	
Dumitru Șișcanu, Corina Iliadi-Tulbure, Anaït Yu. Marianian, Patricia Cico Aldama, Sarah Verbiest	28
Inversiunea uterină – o problemă actuală în obstetrica contemporană?	
Constantin Burnusus, Hristiana Caproș, Olga Dobrea	30
Laparoscopia în sarcină	
Ion Bologan, Corina Darii, Irina Burdeniuc, Margareta Uzun	31
Leziunea hepatică indusă medicamentos în sarcină	
Ilinca Doncilă, Irina Burdeniuc, Rodica Catrinici	32
Macrosomia fetală ca indicație pentru inducerea travaliului	
Irina Burdeniuc, Ion Bologan, Corina Darii, Ana-Maria Bologan	34
Malformațiile conotruncale fetale. Diagnostic prenatal și conduita obstetricală. Experiența unui singur centru de diagnostic prenatal	
Gheorghe Iliev, Daniela Scripcaru, Vlad Gorduza, Violeta Martiniuc	35
Monitorizarea riscurilor asociate sarcinii în municipiul Chișinău (proiectul-pilot MORIAS)	
Dumitru Șișcanu, Stelian Hodoroșea, Cristina Rotaru, Rodica Negru	36
Nouă nașteri per vias naturalis după operație cezariană în anamneză: o evoluție inedită a experienței materne	
Ana Jora, Ion Bologan	38
Obezitatea la gravide	
Chiril Grecu, Natalia Bursacovscaia, Valeriu Pădure, Igor Opalco, Mihaela Guțu-Botnari	39
Oportunități de ameliorare a calității asistenței medicale acordate femeilor care au suportat stări de proximitate de deces matern	
Dumitru Șișcanu, Ion Bologan, Liliana Spînu, Corina Darii, Maria-Magdalena Gogu, Irina Burdeniuc	40
Placenta praevia - cauze, diagnostic și morbiditate	
Nadejda Codreanu, Hristiana Caproș, Alexandra Chiricenco	42
Preinducția și inducția nașterii la pacientele cu boli non-transmisibile (BNT)	
Irina Castravet, Victor Petrov	43
Prezența transversală a fătului în conceptul obstetrical contemporan. Caz clinic	
Constantin Burnusus, Diana Antoci	44
Rezultatele perinatale la gravidele cu sarcină monofetală și gemelară obținută prin fertilizare in vitro	
Gheorghe Caliga, Iurie Dondiuc, Victoria Colța, Victor Finciuc	46
Implementation of first trimester screening for pre-eclampsia	
Mihaela Botnari-Gutu, Nadejda Codreanu	25
Is ureaplasma infection in pregnancy harmless?	
Hristiana Capros, Ion Bologan, Mihail Surguci, Valentin Friptu	26
Influence of obesity on the course of pregnancy and childbirth	
Andriana Marian, Iurie Dondiuc	27
Integrating preconception training into family planning programmes: perceptions of reproductive health specialists	
Dumitru Siscanu, Corina Iliadi-Tulbure, Anaït Yu. Marianian, Patricia Cico Aldama, Sarah Verbiest	28
Uterine inversion – a current problem in contemporary obstetrics?	
Constantin Burnusus, Hristiana Capros, Olga Dobrea	30
Laparoscopy in pregnancy	
Ion Bologan, Corina Darii, Irina Burdeniuc, Margareta Uzun	31
Drug-induced liver injury in pregnancy	
Ilinca Doncila, Irina Burdeniuc, Rodica Catrinici	32
Fetal macrosomia as an indication for induction of labour	
Irina Burdeniuc, Ion Bologan, Corina Darii, Ana-Maria Bologan	34
Fetal conotruncal malformations. Prenatal diagnosis and obstetrical management. The experience of a single prenatal diagnostic centre	
Gheorghe Iliev, Daniela Scripcaru, Vlad Gorduza, Violeta Martiniuc	35
Monitoring of pregnancy-related risks in Chisinau municipality (pilot project MORIAS)	
Dumitru Siscanu, Stelian Hodoroșea, Cristina Rotaru, Rodica Negru	36
Nine births per vias naturalis after caesarean section in the anamnesis: a novel development of maternal experience	
Ana Jora, Ion Bologan	38
Obesity in pregnant women	
Chiril Grecu, Natalia Bursacovscaia, Valeriu Padure, Igor Opalco, Mihaela Gutu-Botnari	39
Opportunities to improve the quality of care for women who have experienced near-miss maternal death conditions	
Dumitru Siscanu, Ion Bologan, Liliana Spinu, Corina Darii, Maria-Magdalena Gogu, Irina Burdeniuc	40
Placenta praevia - causes, diagnosis and morbidity	
Nadejda Codreanu, Hristiana Capros, Alexandra Chiricenco	42
Pre-induction and induction of labour in patients with non-communicable diseases (NCDs)	
Irina Castravet, Victor Petrov	43
The transversal presentation of the fetus in contemporary obstetrical concept. Clinical case	
Constantin Burnusus, Diana Antoci	44
Perinatal outcomes in pregnant women with monofetal and tween pregnancies achieved by in vitro fertilization	
Gheorghe Caliga, Iurie Dondiuc, Victoria Colta, Victor Finciuc	46

Rezultatele perinatale la gravidele cu sindromul ovarelor polichistice

Victoria Voloceai.....47

Rolul cardiocogramei (CTG) în diagnosticul prolabării de cordon ombilical

Olesea Glodeanu, Ion Bologan 48

Rolul laparoscopiei în obstetrică și ginecologie

Constantin Ostrofeț, Olga Cernețchi, Zinaida Sârbu, Silvia Agop 49

Rolul stresului oxidativ în patogenia preeclampsiei

Ludmila Ețco, Natalia Boșcăneanu, Cătălina Budianu 50

Sarcina cu HIV/SIDA. Conduită și tratament

Diana Mitriuc, Rodica Catrinici, Lina Bodiu..... 52

Sarcina multiplă cu triplex - cauza nașterilor premature extreme

Zinaida Sârbu, Uliana Tabuica, Irina Sagaidac, Liudmila Stavinskaia53

Sarcina și diabetul zaharat

Zinaida Sârbu, Uliana Tabuica, Irina Sagaidac, Liudmila Stavinskaia54

Simptomele clinice rare la femeile cu colestață intrahepatică de sarcină

Maria Cemortan, Olga Cernețchi.....55

Terapia cu presiune negativă în tratamentul afecțiunilor septico-purulente puerperale

Olga Cernețchi, Mariane Nicole Pușcașu.....56

Tratamentul chirurgical organomenajant la lăuzele cu complicații puerperale după operație cezariană

Silvia Agop, Olga Cernețchi, Constantin Ostrofeț57

Valoarea serică a interleukinei-1 β la femeile cu naștere prematură spontană

Veronica Cotelea, Iurie Dondiuc, Natalia Corolcova, Mihail Surguci, Luminița Mihalcean, Mihaela Burac58

GINECOLOGIE

Aprecierea plasmocitelor în endometrul femeilor cu infertilitate primară

Mihaela Burac, Natalia Corolcova, Luminița Mihalcean, Veronica Cotelea60

Chirurgia laparoscopică versus chirurgia abdominală deschisă la pacientele cu boală inflamatorie pelvină

Constantin Ostrofeț, Corina Cardaniuc, Silvia Agop..... 61

Endometrioza profundă – evaluarea clinică și impactul clasificării #ENZIAN în diminuarea erorilor diagnostice

Elena Ivanova, Nadejda Codreanu.....62

Evaluarea severității sindromului climacteric la femeile de vârstă reproductivă în menopauza chirurgicală

Olga Cernețchi, Irina Sagaidac, Zinaida Sârbu, Elena Vataman63

Fibroame/tecoame ovariene

Ana Mișina, Patricia Harea, Cristina Dobrevă, Liliana Fuior–Bulhac, Vergil Petrovici65

Metodele de tratament chirurgical al prolapsului organelor genitale

Gheorghe Găină.....66

Sănătatea reproductivă contemporană și impactul acesteia asupra natalității în Republica Moldova

Natalia Cauș, Cătălin Cauș.....67

Perinatal outcomes in pregnant women with polycystic ovary syndrome

Victoria Voloceai.....47

The role of cardiocography (CTG) in the diagnosis of umbilical cord prolapse

Olesea Glodeanu, Ion Bologan48

The role of laparoscopy in obstetrics and gynaecology

Constantin Ostrofeț, Olga Cernețchi, Zinaida Sarbu, Silvia Agop49

The role of oxidative stress in the pathogenesis of pre-eclampsia

Ludmila Ețco, Natalia Boscaneanu, Catalina Budianu50

Pregnancy with HIV/AIDS. Management and treatment

Diana Mitriuc, Rodica Catrinici, Lina Bodiu.....52

Multiple pregnancy with triplex - the cause of extreme premature births

Zinaida Sarbu, Uliana Tabuica, Irina Sagaidac, Liudmila Stavinskaia 53

Pregnancy and diabetes mellitus

Zinaida Sârbu, Uliana Tabuica, Irina Sagaidac, Liudmila Stavinskaia 54

Rare clinical symptoms in women with intrahepatic cholestasis of pregnancy

Maria Cemortan, Olga Cernețchi.....55

Negative pressure therapy in the treatment of puerperal purulent septic conditions

Olga Cernețchi, Mariane Nicole Puscasu..... 56

Organ-assisted surgical treatment in post-partum women with puerperal complications after caesarean section

Silvia Agop, Olga Cernețchi, Constantin Ostrofeț57

Serum interleukin-1 β level in women with spontaneous preterm birth

Veronica Cotelea, Iurie Dondiuc, Natalia Corolcova, Mihail Surguci, Luminita Mihalcean, Mihaela Burac 58

GYNAECOLOGY

Assessment of plasma cells in the endometrium of women with primary infertility

Mihaela Burac, Natalia Corolcova, Luminita Mihalcean, Veronica Cotelea60

Laparoscopic versus open abdominal surgery in patients with pelvic inflammatory disease

Constantin Ostrofeț, Corina Cardaniuc, Silvia Agop.....61

Deep Endometriosis - clinical evaluation and impact of #ENZIAN classification in reducing diagnostic errors

Elena Ivanova, Nadejda Codreanu.....62

Assessment of the severity of climacteric syndrome in women of reproductive age in surgical menopause

Olga Cernețchi, Irina Sagaidac, Zinaida Sarbu, Elena Vataman63

Ovarian fibroids/thecomas

Ana Misina, Patricia Harea, Cristina Dobrevă, Liliana Fuior–Bulhac, Vergil Petrovici65

Methods of surgical treatment of the genital organs prolaps

Gheorghe Gaina 66

Contemporary reproductive health and the effect on of birth rate in the Republic of Moldova

Natalia Cauș, Cătălin Cauș..... 67

Semnificația clinică a dereglărilor endocrine în geneza disfuncțiilor menstruale la adolescentele cu obezitate

Liliana Profire, Gabriela Solcanu68

Studierea modificărilor profilului hormonal la pacientele cu dereglări menstruale cauzate de HCV

Liudmila Stavinskaia, Zinaida Sârbu, Uliana Tabuica69

Succesul în timpul embriotransferului ca ultima etapă din procedura de fertilizare in vitro

Natalia Caus70

Teratoamele ovariene mature la pacientele pediatrice: analiza a 64 de cazuri consecutiveAna Mișina, Patricia Harea, Cristina Dobreva,
Liliana Fuior-Bulhac, Vergil Petrovici, Gheorghe Secu71**CHIRURGIE****Anevrisme anastomotice femurale complicate**Dumitru Casian, Vasile Culiuc, Igor Spinei,
Alexandru Predenciuc, Sergiu Danu,
Pulloil Ajayan Sreelakshmi73**Ascită după bandarea endoscopică a varicelor esofagiene**Andrei Șcureac, Evghenii Guțu, Serghei Cumpătă,
Liuba Niculița74**Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică în timpul sarcinii**

Eleferii Pitel, Alexandru Danci, Andrei Șcureac75

Colpopoeza intestinală în agenezia vaginuluiGheorghe Paladi, Evghenii Guțu, Nicodim Belev,
Corina Iliadi-Tulbure76**Corpuri străine textile reținute în cavitatea abdominală după operațiile obstetricale și ginecologice**

Serghei Guțu, Vasile Guzun, Iurie Punga76

Complicații ale gastrostomiei endoscopice percutanate și profilaxia acestora

Tudor Ababii, Gheorghe Popa, Andrei Șcureac77

Migrarea intraperitoneală a dispozitivului intrauterin complicată cu perforația colonului sigmoid. Caz clinicMarian Pîrțu, Gheorghe Găină, Iurie Tugui,
Veaceslav Popa, Serghei Cumpătă78**Patologia chirurgicală acută în sarcină și perioada de lăuzie**Gheorghe Ghidirim, Ala Suman, Corina Șerbatiuc-Condur,
Igor Mișin80**Pseudochistul pancreatic mediastinal cu răspândire cervicală – caz clinic extrem de rar**Vladimir Iacub, Serghei Cumpătă, Marian Pîrțu,
Mihai Sirbu, Sergiu Moscalciuc, Igor Donțu81**Rezultatele culturii lichidului peritoneal și antibioticoterapia la gravide cu apendicită acută**Vasile Guzun, Evghenii Guțu, Serghei Cumpătă,
Iurie Tugui83**Tratamentul endovascular al pseudoanevrismelor arteriale viscerale erupte**Roman Smolnițchi, Dumitru Casian, Vasile Culiuc,
Viorel Istrati84**Tratamentul maladiei varicoase cu prezervarea trunchiului safen: rezultate la distanță**

Luminița Vescu85

Tromboza venoasă profundă în sarcină și perioada post-partum

Marcel Sochircă, Evghenii Guțu, Igor Donțu87

Clinical significance of endocrine disorders in the genesis of menstrual dysfunction in adolescents with obesity

Liliana Profire, Gabriela Solcanu68

Assessing hormonal profile changes in patients with menstrual disorders caused by HCV

Liudmila Stavinskaia, Zinaida Sarbu, Uliana Tabuica69

Success during embryo transfer as the last step in the in vitro fertilization procedure

Natalia Caus70

Mature ovarian teratomas in pediatric patients: analysis of 64 consecutive casesAna Misina, Patricia Harea, Cristina Dobreva,
Liliana Fuior-Bulhac, Vergil Petrovici, Gheorghe Secu71**SURGERY****Complicated femoral anastomotic aneurysms**Dumitru Casian, Vasile Culiuc, Igor Spinei,
Alexandru Predenciuc, Sergiu Danu,
Pulloil Ajayan Sreelakshmi73**Ascites after endoscopic banding of esophageal varices**Andrei Scureac, Evghenii Gutu, Serghei Cumpata,
Liuba Niculita74**Endoscopic retrograde cholangiopancreatography during pregnancy**

Eleferii Pitel, Alexandru Danci, Andrei Scureac75

Intestinal colpoeisis in vaginal agenesisGheorghe Paladi, Evghenii Gutu, Nicodim Belev,
Corina Iliadi-Tulbure76**Textile foreign bodies of the abdominal cavity after obstetrical and gynaecological operations**

Serghei Gutu, Vasile Guzun, Iurie Punga76

Endoscopic transcuteaneous gastrostomy. Complications and prevention

Tudor Ababii, Gheorghe Popa, Andrei Scureac77

Intraperitoneal migration of the intrauterine device complicated by perforation of the sigmoid colon. Clinical caseMarian Pirtu, Gheorghe Gaina, Iurie Tugui,
Veaceslav Popa, Serghei Cumpata78**Acute surgical pathology in pregnancy and post-partum period**Gheorghe Ghidirim, Ala Suman, Corina Serbatiuc-Condur,
Igor Misin80**Mediastinal pancreatic pseudocyst with cervical spread - extremely rare clinical case**Vladimir Iacub, Serghei Cumpătă, Marian Pirtu,
Mihai Sirbu, Sergiu Moscalciuc, Igor Donțu81**Results of peritoneal fluid culture and antibiotic therapy in pregnant women with acute appendicitis**Vasile Guzun, Evghenii Gutu, Serghei Cumpata,
Iurie Tugui83**Endovascular treatment of erupted visceral arterial pseudoaneurysms**Roman Smolnitchi, Dumitru Casian, Vasile Culiuc,
Viorel Istrati84**Treatment of varicose disease with saphenous trunk preservation: distant results**

Luminita Vescu85

Deep vein thrombosis in pregnancy and postpartum period

Marcel Sochirca, Evghenii Gutu, Igor Donțu87

Academicianul Gheorghe PALADI la 95 de ani

„Vârsta devine un merit, sau chiar un admirabil merit, numai când ai foarte multe alte merite.”

(Lucian Blaga)



Profundele gânduri din epigraf se potrivesc întocmai crezului profesional și civic al protagonistului rândurilor ce urmează, academicianul **Gheorghe Paladi**, al cărui parcurs în viață este un exemplu strălucit de slujire serviciului de asistență medicală a mamei și copilului, un model de excelență și dedicație pentru tinerele generații, care la data de 9 mai 2024 atinge pragul vieții de 95 de ani. Bilanțul realizărilor profesionale ale profesorului Gh. Paladi este unul impresionant: Eminent al Ocrotirii Sănătății (1957) și distins savant, doctor habilitat în științe medicale (1966) și profesor universitar (1967), Om Emerit al Republicii Moldova (1974) și academician al Academiei de Științe a Moldovei (1993), Cavaler al Ordinului Republicii (1995) și laureat al Premiului de Stat în domeniul științei, tehnicii și producției (2001).

În 1951, făcând parte din promoția numită „de aur”, absolvă Facultatea de Medicină a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău. Apoi, la numai 27 de ani, susține prima teză de doctor în științe medicale, la 37 de ani – cea de-a doua, de doctor habilitat, iar în 1967 obține titlul didactic de profesor universitar. Capacitatea excepțională de cercetare și perseverența îl înscriu în fruntea listei a celor mai tineri profesori universitari în obstetrică și ginecologie din fosta URSS.

Putem afirma cu certitudine că, prin muncă asiduă și talent, și-a construit un destin onorabil. Din anul 1952, viața și activitatea savantului Gh. Paladi sunt dedicate Almei Mater, urcând toate treptele ierarhice în cariera științifico-didactică: de la asistent universitar până la șef al Catedrei de Obstetrică și Ginecologie, post în care a activat 34 de ani, ulterior fiind profesor consultant al aceleiași catedre.

Din anul 1993 este membru titular al Academiei de Științe a Moldovei, Om Emerit al Republicii Moldova. În anul 1995 este ales coordonator al Secției de Științe Medicale a Academiei de Științe a Moldovei (AȘM), membru al Prezidiului AȘM. Domnia sa, în anul 2001, a organizat Centrul Științific de Cercetări Medicale și Sociodemografice ale Familiei pe lângă Academia de Științe a Moldovei, rezultatele activității căruia au fost incluse în Strategia Națională de Dezvoltare Durabilă.

Cu multă responsabilitate și dăruire, pe parcursul mai multor decenii Gh. Paladi a îndeplinit funcțiile de specialist principal la Ministerul Sănătății (1959-1985) și președinte al Asociației Medicilor Obstetricieni-Ginecologi din Republica Moldova (1972-1994).

Rolul academicianului Gheorghe Paladi în dezvoltarea medicinei din țara noastră s-a manifestat prin contribuția importantă adusă în calitate de profesor universitar, medic-specialist și manager de excepție. Este o personalitate integră, un reprezentant al elitei academice moldave, care pe parcursul activității sale îndelungate a reușit să se realizeze multiaspectual atât în știința medicală, cât și pe tărâmul învățământului superior medical.

Calitățile profesionale ale academicianului Gheorghe Paladi sunt înalt apreciate de comunitatea medicală și academică din diverse domenii. Este fondatorul serviciului obstetrical-ginecologic în Republica Moldova, începându-și activitatea profesională în condiții extrem de dificile ale anilor 1950-1960, când natalitatea în republică era foarte înaltă, iar 80% din nașteri aveau loc la domiciliu fără asistență medicală, constatându-se un mare deficit de cadre medicale și instituții de maternitate. La inițiativa domniei sale, în localitățile rurale s-au deschis case de naștere, a fost implementată externarea timpurie a lăuzelor la a 4-a sau a 5-a zi a perioadei postnatale, fiind redusă considerabil morbiditatea septico-purulentă a mamelor și a nou-născuților. În activitatea sa a obținut rezultate de performanță, exprimate în recunoștința celor care au avut fericita ocazie să-l cunoască, fiind pacienți, discipoli sau colegi.

Înzestrat cu reale calități de savant, cu un dezvoltat spirit de analiză și sinteză, cu perseverență și o capacitate rară de muncă, profesorul Gh. Paladi a desfășurat o activitate științifică prodigioasă, iar aria intereselor sale științifice este vastă și cuprinde cele mai actuale probleme ale obstetricii, ginecologiei și medicinei perinatale. Contribuția sa la studierea temeinică a infecțiilor în timpul sarcinii, a stărilor fiziologice și patologice ale sistemului fetoplacentar, a endocrinologiei fătului, a biochimiei lichidului amniotic etc., a fost esențială. Rezultatele cercetărilor sale au fost publicate în monografiile *Glucocorticoizii în sistemul mamă-placentă-făt* și *Unele particularități ale homeostazei în sistemul mamă-făt*.

Sub conducerea savantului, au fost studiate cele mai importante direcții ale obstetricii contemporane: problemele patogeniei, diagnosticului și tratamentului stărilor hipertensive în sarcină, al hemoragiilor obstetricale, complicațiilor puerperal-septice etc. Sunt cunoscute meritele remarcabile ale profesorului Gh. Paladi în domeniul ginecologiei. De mare importanță pentru medicina practică sunt multiplele lucrări științifice dedicate diagnosticului și tratamentului diverselor patologii ginecologice (procesele hiperplastice uterine, miomul uterin, procesele inflamatorii ale organelor genitale feminine, sterilitatea tubar-peritoneală, sarcina ectopică etc.).

În aspectul tratamentului chirurgical al miomului uterin, academicianul Gh. Paladi a acordat o atenție deosebită operațiilor reconstructiv-plastice asupra uterului, folosind metoda celioscopică. Este de menționat că problema miomului uterin și-a găsit rezolvare în lucrările a trei simpozioane organizate, în monografiile savantului *Patogenia clinică și tratamentul miomului uterin*, *Tratamentul conservator al miomului uterin*, *Epidemiologia tumorilor benigne ale organelor genitale feminine în Moldova*.

Observațiile clinice ale medicului Gheorghe Paladi au demonstrat că morbiditatea ginecologică, în mare măsură, este condiționată de procesele inflamatorii ca rezultat al suportării infecțiilor cu caracter sexual-transmisibil. O atenție sporită a fost acordată manifestărilor acestor infecții în timpul gestației și procesului nașterii. În această ordine de idei, s-au efectuat cercetări ale vaginozei bacteriene – o problemă relativ nouă în practica ginecologică, fiind evidențiate metodele de diagnostic și de tratament specific. Cele menționate au fost reflectate în monografia *Bolile sexual-transmisibile*, în care au fost însumate rezultatele studiului complex al acestor probleme.

În centrul atenției domniei-sale s-a aflat și studierea cuplului steril, demonstrând că, în majoritatea cazurilor, frecvența sterilității feminine este determinată de cauze peritoneal-tubare. Astfel, savantul a propus o metodă complexă de tratament al acestei patologii, inclusiv metoda laparoscopică, obținând rezultate pozitive și restabilirea funcției reproductive în peste 50% cazuri.

Gheorghe Paladi a introdus, pentru prima dată în practica ginecologică din Republica Moldova, endoscopia în diagnosticul și tratamentul afecțiunilor ginecologice. Au fost pregătite și instruite cadre medicale în domeniul endoscopiei din rândul medicilor autohtoni și din România. Rezultatele activității în acest domeniu au fost expuse în manualele *Ginecologie* (1997) și *Ginecologie endocrinologică* (1999), în care, de pe poziții modeme și pe baza unei experiențe bogate, au fost abordate cele mai importante capitole ale ginecologiei. Continuând frumoasele tradiții, colectivul Disciplinei Obstetrică și ginecologie, în anul 2022 a elaborat o nouă ediție a monografiei *Ginecologie endocrinologică*, cu o dedicație specială pentru mult stimatul academician Gheorghe Paladi.

Fiind un clinician desăvârșit, a fost întotdeauna respectat și apreciat de paciente, a asistat sute de nașteri, aducând bucuria maternității. A fost mereu preocupat de ginecologia operatorie, efectuând un număr impresionant de intervenții chirurgicale, multe dintre ele de o amploare mare. Medicul Gh. Paladi posedă o capacitate de diagnostic de mare finețe, o tehnicitate chirurgicală deosebită. În calitate de șef de clinică a desfășurat o activitate rodnică în organizarea asistenței acordate mamei și copilului de pe poziții moderne. Dumnealui îi aparține și ideea fondării Institutului Mamei și Copilului la mijlocul anilor 1960, iar mai mult de 50 de ani activează în cadrul Spitalului clinic municipal nr. 1 din mun. Chișinău. În semn de înaltă apreciere și recunoștință pentru academicianul Paladi, nume de patrimoniu al medicinei din Republica Moldova, Consiliul municipal Chișinău, la 9 iunie 2020, i-a acordat IMSP Spitalul clinic municipal nr. 1 numele *Gheorghe Paladi*.

Capacitățile de analiză, planificare și realizare, de rând cu experiența acumulată, i-au permis domniei-sale să ocupe diverse funcții științifice importante: membru al Consiliului Științific al Institutului Național de Cercetări Economice al AȘM, membru al Consiliului Științific al Institutului Mamei și Copilului, membru al Comisiei Naționale pentru Acreditare și Atestare, membru al Comisiei Naționale pentru Populație și Dezvoltare.

Sunt bine cunoscute relațiile fructuoase de colaborare ale profesorului Gh. Paladi cu centrele medicale și catedrele de profil ale universităților din mai multe țări ale lumii: România, Spania, Rusia, Polonia, Ucraina, Belarus ș.a. Aceste colaborări s-au manifestat prin mobilități academice ale discipolilor, teme comune de cercetare etc. Savantul a participat la multiple congrese, conferințe, seminare, ateliere de lucru, de unde a preluat o experiență avansată în ceea ce privește activitatea didactică, de cercetare și de formare a cadrelor de medici-specialiști la instituțiile de profil, dându-și ulterior concursul la implementarea a tot ce e nou și util în procesul de învățământ universitar prin intermediul realizării unor proiecte, publicării ghidurilor, recomandărilor metodice și altor materiale didactice.

Academicianul Gheorghe Paladi este autor și coautor a peste 600 de lucrări științifice publicate în țară și peste hotare, inclusiv 12 monografii, 4 manuale, 45 de lucrări metodico-științifice, 10 brevete de invenție. Domnia-sa este laureat al Premiului Academiei de Științe a Moldovei pentru lucrările *Bazele obstetricii fiziologice și Obstetrică patologică* (2008).

Vocația de îndrumător a eminentului pedagog s-a manifestat și în calitate de conducător a 35 de teze de doctor și de doctor habilitat în științe medicale, inclusiv trei în domeniul demografiei. Astfel, performanța în domeniul căruia și-a dedicat întreaga carieră de cercetător i-a permis să creeze o adevărată școală de specialiști, care contribuie la dezvoltarea sistemului de obstetrică, ginecologie și perinatologie din țară, activează la catedrele de profil din cadrul USMF *Nicolae Testemițanu*, precum și în domeniul vizat al sistemului de sănătate din țară.

Pentru activitatea sa științifico-practică multiaspectuală, pentru cercetările profunde și de mare angajament, savantul Gheorghe Paladi a fost înalt apreciat cu numeroase distincții: Ordinul Republicii (1995); Medalia *Nicolae Testemițanu* (2004); Diploma de excelență a Societății de Obstetrică și Ginecologie din România (2005); Medalia *Dimitrie Cantemir* a Prezidiului AȘM (2006); Diploma de Excelență a Guvernului Republicii Moldova pentru realizări în domeniul ocrotirii sănătății mamei și copilului și în demografie (2013); Diploma Prezidiului AȘM pentru contribuții la dezvoltarea cercetărilor demografice (2014).

Ca recunoaștere a importanței cercetărilor domniei-sale în domeniul ocrotirii sănătății mamei și copilului, profesorul Gh. Paladi a fost ales membru de onoare al Academiei de Științe Medicale din România (2013) și membru de onoare al Societății de Obstetrică și Ginecologie din Republica Moldova (2018). Pe parcursul mai multor ani, a activat în calitate de membru al Asociației Europene a Obstetricienilor-Ginecologi, precum și membru al Comitetului Executiv al Societății Europene de Psihologie și Medicină Perinatală.

Experiența academicianului Gheorghe Paladi în domeniul ocrotirii sănătății mamei și copilului este impresionantă. Entuziasmul de care a dat dovadă pe parcursul bogatei sale activități l-a ajutat să realizeze cele propuse nu doar prin depășirea unor criterii și standarde, ci și prin colosala dăruire de sine, rezultatele căreia sunt încoronate de succes. Fiind un profesionalist de excepție, este totodată și o personalitate enciclopedică, înzestrată cu o memorie scilipitoare, o cultură vastă și abilitate de a împărtăși din bogăția cunoștințelor acumulate în atâția ani de carieră universitară și spitalicească.

Academicianul Gh. Paladi este un specialist obstetrician-ginecolog prin vocație, un distins om de știință și o personalitate notorie în elita academică și cultura națională. Frumoasa aniversare a celor 95 de ani de la nașterea sa este un prilej special pentru colectivul Departamentului *Obstetrică și Ginecologie* al USMF *Nicolae Testemițanu* de a aduce un sincer omagiu și elogiul unei distinse personalități din Republica Moldova – Marele Medic Gheorghe Paladi, dorindu-i multă sănătate și o viață lungă alături de cei dragi.

La mulți ani!

Olga CERNEȚCHI,
profesor universitar,
prim-prorector IP USMF *Nicolae Testemițanu*,
șef Departament de Obstetrică și Ginecologie

OBSTETRICA

CZU: 616.346.2-002.1-07-053.9



ASPECTE GENETICE ALE TROMBOFILIEI ÎN SARCINĂ

Diana Antoci¹, Constantin Burnusus², Svetlana Capcelea³

¹USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

²USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Biologie Moleculară și Genetică Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: trombofilie ereditară, complicații obstetricale, mutația FV Leiden, mutația G20210A în gena protrombinei, deficit de antitrombină, deficit de proteina C și proteina S

Introducere

Trombofilia reprezintă o dereglare a procesului de coagulare și/sau fibrinoliza sângelui, congenitală sau dobândită, care crește riscul pentru tromboză venoasă (și, mai rar, arterială), fiind denumită „starea de hipercoagulabilitate”. Este important de menționat că trombofilia nu este o boală în sine, ci o predispoziție către formarea de trombi.

În timpul sarcinii, riscul trombotic crește considerabil, fiind de cinci până la zece ori mai mare în comparație cu femeile care nu sunt însărcinate. Acest fenomen se datorează elevării fiziologice a nivelurilor plasmatiche ale factorilor de coagulare și scăderii activității fibrinolitice, necesare pregătirii pentru naștere și perioada post-partum. Riscul de a dezvolta o tromboză crește și mai mult la gravidele cu variații specifice în genele responsabile de coagulare și fibrinoliză. Aproximativ 20-40% dintre femeile care au dezvoltat un prim episod de tromboembolism venos (TEV) în legătură cu sarcina sunt diagnosticate cu trombofilie ereditară.

În lumina acestor constatări, trombofilia ereditară reprezintă o problemă de sănătate publică cu consecințe pentru gravide, parturiente și lăuze. Cunoașterea și studierea ulterioară a mutațiilor trombofilice ar putea dezvolta direcții științifice noi care să îmbunătățească recomandările cu privire la profilaxia trombozei în sarcină.

Scopul acestui studiu este de a analiza variațiile genetice asociate cu trombofiliile ereditare corelate cu complicațiile obstetricale.

Materiale și metode

A fost realizat un studiu bibliografic care a implicat revizuirea a 280 de articole, ghiduri naționale și internaționale publicate în perioada 2014-2024. Din acestea, 86 de surse au corespuns criteriilor de selectare. În acest scop, au fost utilizate următoarele baze de date: PubMed, GoogleScholar, ScienceDirect, Libgen, Genecards și OMIM.

Rezultate

În literatura de specialitate au fost raportate diverse variații genetice asociate cu potențial trombofilic la femeile însărcinate. Acestea pot fi clasificate în funcție de proteina codificată: 1) mutații în genele factorilor procoagulanți: acestea includ mutația G1691A în gena F5, mutația G20210A în gena F2, mutații în gena F1 și mutații în gena F13; 2) mutații în genele factorilor anticoagulanți: printre acestea se numără mutația G786A în gena SERPINE1 cu deficitul de antitrombină, mutațiile în gena PROC asociate cu deficitul de proteina C și mutațiile în gena PROS1 asociate cu deficitul de proteina S; 3) mutații în genele factorilor fibrinolizei: include mutația 4G/5G în gena SERPINE1, care codifică PAI-1; 4) alte variații genetice: mutațiile C677T și A1298C în gena MTHFR cu hiperhomocisteinemie, mutațiile receptorilor trombocitari ai fibrinogenului.

Aceste variații pot fi împărțite în două grupuri mari, în funcție de creșterea sau scăderea cantității de proteină codificată sau a funcției acesteia: a) mutații hipermorfe: acestea includ mutația FV Leiden, mutația

în gena protrombinei, gena SERPINE1, gena F1 și gena F13; b) mutații hipomorfe: acestea cuprind deficitul de antitrombină, deficitul de metilentetrahidrofolat reductază (MTHFR), deficitul ereditar de proteina C și proteina S.

Conform frecvenței și riscului pentru trombofilie, putem distinge următoarele tipuri de mutații: 1) rar întâlnite, dar cu risc mare pentru trombofilie: acestea includ forma homozigotă a mutației FV Leiden sau a mutației în gena protrombinei; mutații combinate dintre cele două în forma heterozigotă, precum și deficitul de proteina C și proteina S sau antitrombină; 2) frecvent întâlnite, dar cu risc moderat/scăzut de dezvoltare a trombofiliei: acestea includ forma heterozigotă a mutației FV Leiden sau mutația în gena F2.

Pe baza studiului realizat, se pot face următoarele constatări: 1) majoritatea mutațiilor trombofilice sunt substituții, în care un singur nucleotid este înlocuit cu altul; 2) mutațiile se pot transmite AD și/sau AR; 3) mutațiile afectează atât partea reglatoare a genei, cât și cea codificatoare; 4) variațiile genetice determină schimbări calitative și/sau cantitative în proteinele codificate; 5) expresia clinică diferă în funcție de homo-/heterozigozitate; forma homozigotă a mutației este asociată cu un risc crescut și o frecvență scăzută pentru TEV; în timp ce forma heterozigotă este mai des întâlnită, dar paradoxal are un risc de la moderat la scăzut.

Conform studiilor de cohortă și caz-control, trombofilia ereditară crește riscul pentru următoarele complicații obstetricale: a) complicații materne: acestea includ preeclampsie severă, TEV și tromboză arterială; b) complicații placentare: tromboze și infarcte placentare, precum și decolarea prematură a placentei normal inserate; c) complicații fetale – avorturi recurente, restricție de creștere fetală intrauterină și deces fetal.

În prezent, nu există un consens clar cu privire la screeningul trombofiliei ereditare la femeile însărcinate. Cu toate acestea, unele ghiduri recomandă ca abordarea genetică a riscului trombofiliei și a TEV ar trebui luată în considerare în cazul gravidelor care prezintă următoarele criterii: 1) mai mult de trei avorturi spontane; 2) moarte fetală în anamneză; 3) un istoric familial documentat de TEV (>2 membri); 4) un istoric personal de TEV apărut pe fundalul unui factor de risc tranzitoriu; 5) tromboză apărută la o vârstă relativ tânără (< 40 de ani) etc.

Concluzii

Trombofilia ereditară este o entitate de etiologie heterogenă, determinată de mutații în majoritatea factorilor de coagulare și fibrinoliză. Această heterogenitate etiologică reprezintă o provocare pentru clinicieni în stabilirea diagnosticului și managementul acesteia. Complicațiile obstetricale asociate cu trombofilia, cum ar fi avortul recurent, restricția de creștere intrauterină a fătului, decolarea prematură a placentei normal inserate și preeclampsia pot fi adesea atribuite altor patologii sau pot rămâne fără o explicație clară. Cu toate acestea, progresele în medicina moleculară și genetica umană au permis o abordare mai precisă a acestor complicații, inclusiv din perspectiva trombofiliei ereditare. Opiniile cu privire la necesitatea abordării genetice a riscului de tromboză la femeile însărcinate sunt contradictorii, iar recomandările clinice sunt insuficiente.

CZU: 618.3-06:616.12-008.331.1



BOLI NETRANSMISIBILE (BNT) DE TIP HIPERTENSIV ÎN SARCINĂ

Valeriu Pădure¹, Chiril Grecu², Natalia Bursacovscaia³, Igor Opalco⁴, Cristina Rotaru⁵, Victoria Cojocari⁶

¹IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

²IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

³IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

⁴IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

⁵IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, statistician

⁶IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, medic obstetrician-ginecolog

Cuvinte-cheie: hipertensiune arterială, boli netransmisibile, macrosomie

Introducere

Hipertensiunea arterială (HTA) în timpul sarcinii este o afecțiune cu impact semnificativ asupra cursului și rezultatului acesteia, fiind principala cauză a pierderilor perinatale și a mortalității materne. Tulburările hipertensive duc la aproximativ 76.000 de decese materne la nivel global în fiecare an, iar preeclampsia, o formă severă de HTA în sarcină, afectează zece milioane de femei în întreaga lume anual.

Scopul acestui studiu a fost evaluarea contribuției determinantilor sociali, a factorilor comportamentali de risc, a factorilor metabolici și a asociațiilor acestora asupra dezvoltării sau agravării bolilor netransmisibile de tip hipertensiv în timpul sarcinii. De asemenea, s-a urmărit investigarea influenței acestor factori asupra evoluției sarcinii.

Material si metode

În cadrul studiului, au fost analizate 387 de cazuri din paciente care au născut între anii 2020 și 2023 în cadrul Institutului Mamei și Copilului, împărțite în două loturi distincte. Lotul I, de studiu, a inclus 119 cazuri cu stări hipertensive în timpul sarcinii, în timp ce lotul II, de control, a cuprins 268 de cazuri fără boli netransmisibile (BNT) și fără stări hipertensive.

Rezultate

În lotul de studiu, s-a observat că 36,13% dintre paciente au trăit în medii urbane, iar 63,87% în medii rurale, în timp ce în lotul de control aceste proporții au fost de 53,0% urban și 47,0% rural (OR=1,992 [1,277-3,106], $p < 0,005$). Încadrarea în câmpul muncii a fost asociată cu un risc crescut de complicații hipertensive în timpul sarcinii (OR=1,63 [1,217-3,686], $p < 0,005$). În lotul cu BNT tip hipertensiv, mai frecvent au avut anterior nou-născuți macrosomi (cu $m \geq 4000g$), ceea ce a crescut riscul de apariție a dereglărilor hipertensive în următoarea sarcină (OR=2,513; [1,571-4,079], $p < 0,005$). De asemenea, mortalitatea în anamneză a fost asociată cu un risc semnificativ de complicații hipertensive în sarcina ulterioară (OR=5,230; [1,007-27,8], $p < 0,01$).

Patologia glandei tiroide este asociată cu un raport sporit al șanselor de a dezvolta o sarcină cu patologie hipertensivă (OR=12,54; [4,164-37,760], $p < 0,0001$).

Utilizarea picăturilor nazale cu xilometazolină în timpul sarcinii este corelată cu un risc sporit de a dezvolta HTA (RR=2,611; [2,015-3,384], $p < 0,001$).

Patologia neinflamatorie a organelor genitale (ovarele polichistice) este asociată cu un risc crescut de complicații cu HTA în sarcină (OR=4,82; [1,612-14,45], $p < 0,005$).

Complicațiile în sarcina precedentă cu dereglări hipertensive determină un raport al șanselor extrem de ridicat pentru evoluția viitoarelor sarcini cu HTA (OR=19,95; [7,204-68,92], $p < 0,0001$), ca și în cazul când rudele de gradul întâi ale gravidei suferă de hipertensiune arterială (OR=13,39; [7,961-22,940], $p < 0,001$) sau obezitate (OR=5,963; [3,260-10,906], $p < 0,001$).

Unele semne anterioare sarcinii pot fi asociate cu un risc sporit de a avea o sarcină complicată cu stări hipertensive. Printre acestea se numără depresia (OR=5,373; [1,644-20,450], $p < 0,005$), palpitațiile cardiace (OR=13,6; [5,996-34,380], $p < 0,01$), dificultățile respiratorii la efort de activitate cotidiană mic și mediu (OR=12,41; [6,349-26,610], $p < 0,001$) și fatigabilitatea (OR=8,22; [4,964-13,820], $p < 0,001$).

În lotul de bază, masa corporală medie a fost de 98,78 ($\pm 9,43$) kg, iar în lotul de control 71,0 ($\pm 8,78$) kg, determinând masa sporită ca factor cu importanță predictivă și influență asociată cu un risc crescut de complicație a sarcinii cu stări hipertensive ($t=2,16$; $p < 0,05$). Obezitatea este asociată cu un risc relativ semnificativ de a dezvolta HTA în timpul sarcinii (RR=7,179; [5,327 - 9,676], $p < 0,001$).

Evitarea stabilirii evidenței sarcinii la medicul de familie în termenele precoce recomandate (< 12 s.a.) corelează cu o frecvență sporită a complicării sarcinii cu stări hipertensive ($t=2,15$, $p < 0,05$), cauzată de lipsa controlului, evaluarea grupei de risc și managementul adecvat al stărilor predecesoare complicațiilor hipertensive.

În lotul de bază, nașterea s-a încheiat preponderent prin operație cezariană (56,3%), iar în lotul de control aceasta a fost observată doar în 32,4% din cazuri ($t=4,45$, $p=0,05$). În lotul de bază, sarcina a fost complicată cu RPPA la fiecare a treia gravidă, în timp ce în lotul de control, la fiecare a patra pacientă ($\chi^2=5,4$, $p=0,342$), cu eliminarea lichidului amniotic meconial mai frecvent în lotul de bază comparativ cu lotul de control (RR=1,51; [1,016 - 2,260], $p < 0,05$). Pe parcursul travaliului, în lotul de studiu a fost necesară și efectuată stimularea ocitocică în 44,4% din cazuri, pe când în lotul de control, doar în 4,5% din cazuri ($\chi^2 = 9,4$, DF = 2, $p=0,009$), (RR=4,32; [1,75-10,67], $p < 0,05$), iar travaliul s-a complicat mai frecvent cu hipoxia acută a fătului în lotul de studiu (11,1% vs 4,5%) ($\chi^2 = 2,36$, DF = 4, $p=0,670$).

Concluzii

Neglijarea stabilirii unei evidențe precoce a sarcinii la medicul de familie, conform recomandărilor (< 12 s.a.), corelează cu o creștere a frecvenței complicațiilor hipertensive în sarcină, din cauza lipsei controlului adecvat, evaluării incomplete a grupului de risc și întârzierii inițierii tratamentului pentru hipertensiunea în sarcină.

Pacientele cu BNT tip hipertensiv mai frecvent au avut în anamneză nașteri de nou-născuți cu $m \geq 4000g$ sau de naștere a unui nou-născut decedat intrauterin, astfel constituind un raport dublu al șanselor de asociere cu dereglări hipertensive la următoarea sarcină.

Patologia glandei tiroide și afecțiunile neinflamatorii ale organelor genitale, cum ar fi ovarele plichistice, sunt asociate, de asemenea, cu un risc sporit de a dezvolta o sarcină cu patologie hipertensivă.

CZU: 616.362-008.811.6-07-08:618.3



COLESTAZA INTRAHEPATICĂ DE SARCINĂ. DIAGNOSTIC ȘI MANAGEMENT

Rodica Catrinici¹, Diana Mitriuc², Ana Frunze³

¹USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

²USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

³USMF „Nicolae Testemițanu”, Specialitatea Obstetrică și Ginecologie, medic rezident

Cuvinte-cheie: colestază, sarcină, acizi biliari

Introducere

Colestaza intrahepatică de sarcină (CIS) reprezintă o afecțiune specifică gestației, definită adesea ca prurit în timpul sarcinii, care debutează de obicei în al treilea trimestru și este asociată cu rezultate anormale ale testelor hepatice și/sau niveluri serice crescute ale acizilor biliari totali, ameliorându-se spontan după naștere. Este cea mai des întâlnită patologie hepatică specifică gravidității. Incidența CIS variază în dependență de regiunea geografică, situându-se între 0,1% și 15,6%, în timp ce prevalența sa este cuprinsă între 0,3% și 5,6%.

CIS afectează evoluția sarcinii, prezentând în mod special riscuri pentru făt. Printre factorii de risc asociați cu CIS se numără dereglările hormonale, factorii de mediu și genetici. Afecțiunea este mai frecvent întâlnită la femeile cu sarcini multiple, la cele care au apelat la fertilizare *in vitro*, la vârste înaintate, precum și în cazul celor cu un istoric personal și familial de CIS, inclusiv antecedente de maladii hepatice, în special colecistita calculoasă și hepatita C.

Scopul acestui studiu este de a analiza factorii de risc, aspectele clinice, de diagnostic și de tratament, în vederea managementului pacientelor cu colestază intrahepatică de sarcină.

Materiale și metode

A fost realizat un studiu retrospectiv descriptiv în cadrul IMSP SCM „Gheorghe Paladi”, prin examinarea a 40 de cazuri de colestază intrahepatică de sarcină înregistrate pe parcursul anului 2022.

Rezultate și discuții

Pacientele diagnosticate cu CIS au prezentat diverși factori de risc, printre care se numără: istoricul personal de maladii hepato-biliare (23,69%), istoricul personal de CIS la sarcinile anterioare (5,26%), sarcina multiplă (5,26%) și sarcina obținută prin fertilizare *in vitro* (2,28%).

Pruritul, manifestarea primară și cel mai caracteristic simptom al CIS, a fost întâlnit în toate cazurile studiate. În 25,79% din cazuri, pruritul a apărut începând cu trimestrul II al sarcinii, în timp ce în 84,21% din cazuri a fost observat în trimestrul III. În majoritatea cazurilor (65,78%), pruritul a avut un caracter generalizat, iar în restul cazurilor – localizat. Prezența icterului a fost confirmată doar în 5,26% din cazuri.

Evaluarea parametrilor de laborator la pacientele incluse în studiu a relevat următoarele constatări: 1) creșterea concentrației serice de ALT s-a înregistrat în 52,63% din cazuri; 2) creșterea bilirubinei, din contul celei conjugate, a fost observată în 31,58% din cazuri și 3) creșterea GGT s-a înregistrat în 10,35% din cazuri. Nivelul seric al acizilor biliari a fost elevat în 100% din cazuri.

Tratamentul medicamentos în CIS este un subiect controversat și are ca scop ameliorarea stării subiective a mamei, cu posibilitatea unei influențe pozitive și asupra rezultatelor fetale. Conform unor surse, administrarea acidului ursodezoxycholic este considerată cea mai eficientă opțiune terapeutică. Acest preparat a fost administrat la toate pacientele incluse în studiu și a condus la o ameliorare subiectivă a stării în 97,37% din cazuri, cu o doză zilnică variind între 500 mg și 1000 mg.

În ceea ce privește nașterea, s-a constatat că 71,05% dintre cazuri au implicat nașterea naturală, în timp ce 28,95% au necesitat intervenția prin operație cezariană. Nașterea prematură, prin inducerea travaliului, a avut loc în 13,16% din cazuri, iar 86,84% dintre nașteri s-au produs la termen. Printre complicațiile asociate nașterii naturale s-au numărat placenta aderens, ineficiența forțelor de contracție, hemoragia post-partum și lichidul meconial fluid. Indicațiile pentru operația cezariană de urgență au inclus: decolarea de placentă normal inserată, contracțiile uterine ineficiente, hipoxia acută a fătului și agravarea stării mamei cu înrăutățirea bruscă a probelor hepatice.

Nou-născuții au înregistrat o greutate mică pentru vârsta gestațională în 12,5% din cazuri. Complicațiile după naștere au afectat 13 nou-născuți (32,5%), fiind determinate de icter neonatal, prematuritate cu greutate mică și foarte mică pentru vârsta gestațională, pneumonie post-aspirațională și disritmie cardiacă.

Concluzii

Diagnosticul precoce al colestazei intrahepatice de sarcină și monitorizarea strictă a stării gravidei sunt cruciale pentru un management corect și pentru reducerea morbidității și mortalității materne și fetale.

Pruritul cutanat și testele funcționale hepatice anormale la gravide trebuie să fie întotdeauna luate în considerare și investigate corespunzător. Screeningul CIS include testarea pentru hepatitele de etiologie virală, infecțiile cu Epstein-Barr, CMV, bolile hepatice autoimune, hepatitele cronice active și cirozele biliare primare. De asemenea, preeclampsia, ficatul gras acut de sarcină și sindromul HELLP sunt alte cauze care ar trebui luate în considerație pentru diagnosticul diferențial în cazurile atipice.

Determinarea nivelului de acizi biliari este considerată cel mai sensibil indicator al CIS și precede alte modificări ale testelor funcționale serice hepatice. Gradul de severitate a bolii poate fi determinat în funcție de nivelul acizilor biliari, împărțindu-se în formă ușoară (nivel <40 μmol/l) și formă severă (nivel ≥40 μmol/l).

Decizia privind termenul și modalitatea de finalizare a sarcinii este influențată de rezultatele testelor de laborator și de apariția unor situații de risc pentru mamă sau făt. Ghidurile internaționale recomandă discutarea oportunității de a induce nașterea înainte de termen versus managementul expectativ, luând în considerare riscurile și beneficiile ambelor opțiuni pentru fiecare caz în parte.

CZU: 618.2-06:616.379-008.64-085



COMPLIANȚA LA TRATAMENT A GRAVIDELOR CU DIFERITE FORME DE DIABET ZAHARAT

Daniela Roșca¹, Victor Petrov², Cezar Zagorneanu³

¹ IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, cercetător științific

² IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, student

Cuvinte-cheie: sarcină, diabet zaharat, diabet gestațional, complianță

Introducere

Potrivit raportului Federației Internaționale de Diabet (ediția a X-a, 2021), la nivel mondial circa 21,1 milioane (16,7%) de femei care au născut nou-născuți vii au prezentat o formă de hiperglicemie în timpul sarcinii. Complicațiile obstetricale și perinatale cauzate de diabetul zaharat (DZ) pot avea consecințe grave atât pentru femei, cât și pentru nou-născuți. Prin urmare, respectarea prescripțiilor medicale de către femeile însărcinate este importantă și relevantă.

Scopul acestei cercetări constă în studierea complianței la tratament a gravidelor cu diferite forme de DZ, pentru a îmbunătăți prognosticul clinic atât pentru mamă, cât și pentru nou-născut.

Materiale și metode

A fost realizat un studiu prospectiv de cohortă la Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova, care a implicat 112 gravide cu DZ (lotul de cercetare) și 112 gravide fără DZ (lotul martor). Articolul furnizează date comparative doar pentru lotul de cercetare, divizat în trei subploturi: 35 (31,3%) de gravide cu diabet zaharat de tip 1 (DZ1, subplotul 1), 20 (17,8%) de gravide cu diabet zaharat de tip 2 (DZ2, subplotul 2) și 57 (50,9%) de paciente cu diabet gestațional (DG, subplotul 3). Complianța la tratament a fost evaluată folosind un chestionar elaborat special pentru acest studiu, bazat pe chestionarul Morisky-Green-Levine. Având în vedere importanța

deosebită a unei abordări integrate a tratamentului gravidelor cu DZ (care include informarea pacientelor, necesitatea respectării regimului alimentar, medicația optimă), chestionarul a inclus întrebări cu privire la aceste aspecte importante. Gradul de aderență la prescripțiile medicale a fost evaluat astfel: ridicat, în cazul în care suma punctelor acumulate a fost între 5 și 6 puncte; intermediar, între 3 și 4 puncte; și scăzut, între 0 și 2 puncte.

Rezultate

Analiza chestionarelor a arătat că toate gravidele (100%) cu DZ1 au folosit glucometrul în timpul sarcinii, comparativ cu 70% dintre cele cu DZ2 și doar 26% dintre femeile cu DG ($p=0,0075$). Motivele acestei discrepante includ factori economici, cum ar fi costul ridicat al glucometrelor și testelor, precum și lipsa informațiilor despre importanța autotestării glicemiei pentru menținerea valorilor normale în timpul sarcinii.

Datele autocontrolului glicemiei au arătat că gravidele cu forme pregestaționale de DZ au fost mai disciplinate, probabil datorită duratei mai îndelungate a bolii și a nivelului mai ridicat de educație, în comparație cu femeile cu DG. Astfel, 68,6% dintre gravide cu DZ1 și 45,0% dintre cele cu DZ2 au efectuat monitorizarea regulată a glicemiei, în timp ce doar 28,2% dintre gestantele cu DG au făcut acest lucru. S-a constatat că 64,9% ($I\ddot{I}_{95}: 52,5102\% - 77,2907\%$) dintre gravidele cu DG nu au efectuat deloc autotestarea glicemiei, invocând lipsa de informații despre importanța autocontrolului în sarcină și profilaxia complicațiilor.

În ceea ce privește dietoterapia, s-a constatat că 79,5% dintre femeile cu diferite forme de DZ au respectat regimul alimentar prescris, în timp ce 20,5% nu au urmat dieta ($I\ddot{I}_{95}: 36,7810\% - 72,6105\%$, $\chi^2=28,689$, $p<0,0001$).

Analiza numărului de vizite la endocrinolog a relevat variații în funcție de tipul DZ. Majoritatea gravidelor cu DZ1 și DZ2 au consultat endocrinologul de două sau mai multe ori în timpul sarcinii (82,9% și, respectiv, 75,0%). În contrast, 10,5% dintre femeile cu DG nu au consultat deloc un endocrinolog, ceea ce a determinat o aderență mai scăzută la tratament în această grupă.

Un alt aspect cercetat a fost nivelul de informare al gravidelor privind riscul de morbiditate la nou-născutul provenit din mame cu DZ. Un număr semnificativ de respondente (DZ1 – 25,8%; DZ2 – 20,0%), în special femeile cu DG (43,9%, $I\ddot{I}_{95}: 31,0165\% - 56,7835\%$), erau neinformate, ceea ce a contribuit la o aderență mai scăzută la prescripțiile medicale.

Pentru a evidenția rolul complianței la tratament al gravidelor cu DZ, s-a efectuat o analiză corelațională între gradul de aderență și rezultatele perinatale. Rezultatele studiului nostru au arătat că la gravidele cu DZ pregestațional (DZ1 și DZ2), aderența la tratament și urmărirea recomandărilor medicului au fost ridicate (DZ1 – 94,3% și DZ2 – 65,0%). Totuși, acest fapt nu a influențat semnificativ rezultatele finale materne sau perinatale, deoarece acestea au fost dictate de gravitatea bolii în sine și de prezența complicațiilor diabetice pregravidare.

Gravidele cu DG au prezentat cea mai mică aderență la tratament (49,1% cu scor <2 puncte). Astfel, la gravidele cu scoruri scăzute care nu au reușit să mențină valorile normale ale glicemiei bazale (GB), nou-născuții au prezentat mai frecvent semne de fetopatie diabetică comparativ cu femeile cu scoruri ridicate și care au menținut valorile țintă ale GB (48,0% vs. 21,9%) [$\chi^2=4,226$, $gl=1$, $p=0,0398$]; acești copii au avut nevoie mai des de îngrijiri în cadrul secției RTI nou-născuți (36,0% vs. 9,4%) [$\chi^2=5,867$, $gl=1$, $p=0,0154$] și, totodată, au fost diagnosticate mai multe infecții neonatale (36,0% vs. 9,4%) [$\chi^2=5,867$, $gl=1$, $p=0,0154$].

Concluzii

Studiul a arătat că o complianță bună la tratament are un efect benefic asupra evoluției sarcinii și a rezultatelor perinatale, preponderent la gravidele cu diabet gestațional. Pregătirea adecvată pregravidară și respectarea cu strictețe a prescripțiilor medicale de către gravidele cu orice tip de DZ poate îmbunătăți prognosticul, reducând incidența complicațiilor și a numărul de spitalizări.

CZU: 618.5-089.888.19618.1-089-06:616.381-003.6-02



CONDUITA GRAVIDELOR CU RUPEREA PRENATALĂ A MEMBRANELOR AMNIOTICE PRETERMEN

Mihai Surguci¹, Hristiana Capros², Veronica Cotelea³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

Cuvinte-cheie: rupere prenatală a membranelor pretermen (RPMA), mortalitate perinatală, morbiditate perinatală, naștere prematură

Introducere

Ruperea prenatală a membranelor pretermen (RPMA) reprezintă ruperea spontană a pungii amniotice înainte de termen, ceea ce complică aproximativ 2%-3% dintre toate nașterile și este asociată cu un risc crescut de naștere prematură, fiind responsabilă pentru circa 1/3 din toate nașterile premature. RPMA este asociată cu o mortalitate neonatală ridicată, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. RPMA constituie un factor de risc major al complicațiilor neonatale și materne, inclusiv o cauză a decesului neonatal în 1%-2% dintre toate nașterile. Conduita gravidelor cu RPMA reprezintă o provocare pentru specialiștii obstetricieni și neonatologi, luând în considerare atât riscurile asociate prematurității, cât și cele legate de prelungirea îndelungată a sarcinii. Prin urmare, decizia unei nașteri pretermen trebuie susținută de dovezi clinice solide, în timp ce managementul expectativ necesită spitalizare și administrare a unui tratament medicamentos, generând costuri semnificative pentru sistemul de sănătate.

Scopul acestui studiu este de a evalua conduita gravidelor cu rupere prenatală a membranelor amniotice pretermen, pentru îmbunătățirea rezultatelor perinatale.

Materiale și metode

A fost realizat un studiu primar descriptiv, bazat pe o serie de cazuri, pe un lot de 7430 de paciente la care nașterea s-a complicat cu ruperea prenatală a membranelor amniotice pretermen. Studiul a fost efectuat pe un eșantion de 193 de cazuri care s-au soldat cu ruperea prematură pretravaliu a pungii amniotice cu perioadă alichidiană îndelungată (≥ 48 h). Cercetarea a fost organizată și realizată în cadrul IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, în secțiile obstetricale nr. 1, nr. 2 și nr. 3, cu aprobarea administrației instituțiilor respective pentru colectarea și prelucrarea datelor primare în perioada anilor 2018-2022. Datele colectate au fost analizate folosind programele R Studio versiunea 4.1.3 și IBM SPSS Statistics versiunea 26.0, asigurând astfel validitatea și reproductibilitatea procedurilor efectuate. Pentru toate testele statistice aplicate în cadrul acestei lucrări, valoarea prag a fost considerată valoarea 0.05.

Rezultate

Repartizarea lotului în funcție de vârstă a fost următoarea: 22 de paciente (11,40%) cu vârsta cuprinsă între 18 și 24 de ani, 49 de paciente (25,39%) în intervalul de vârstă 25-29 de ani, 78 de paciente (40,41%) cu vârsta cuprinsă între 30 și 35 de ani, 35 de paciente (18,13%) în intervalul 36-41 de ani și 9 paciente (4,66%) cu vârsta între 42 și 48 de ani. În ceea ce privește parietatea, 84 de paciente (43,52%) au fost primipare, 67 (34,72%) secundipare și 42 (21,76%) multipare. Termenul de gestație la care a survenit ruperea prematură pretravaliu a membranelor amniotice a fost distribuit astfel: 24-27⁺⁶ s.a. – 20 de cazuri (10,36%), 28-31⁺⁶ s.a. – 42 de cazuri (21,76%), 32-33⁺⁶ s.a. – 51 de cazuri (26,42%) și la 34-36⁺⁶ s.a. – 80 de cazuri (41,45%). Conduita expectativă a cazurilor cu RPMA și perioada alichidiană ≥ 48 h a fost aplicată în 100% dintre cazuri. Dintre acestea, 118 femei (61,14%) au născut *per vias naturalis*, în timp ce 75 de femei (38,86%) au născut prin operație cezariană. S-au înregistrat 9 cazuri (4,68%) de naștere cu prematuritate extremă, 41 de cazuri (21,32%) de naștere cu prematuritate severă, 35 de cazuri (27,49%) de naștere cu prematuritate moderată, 89 de cazuri (45,8%) cu prematuritate aproape în termen și 19 cazuri (10%) de naștere la termen. Analiza corelațională a stabilit o corelație ρ Spearman directă puternică ($r=0,79$), ($p<0,0001$) între vârsta de gestație la care a survenit RPMA și aplicarea terapiei tocolitice cu utilizarea blocantelor canalelor de calciu. De asemenea, s-a constatat o corelație ρ Spearman inversă puternică $r=-0,62$, ($p<0,0001$) între vârsta gestațională și utilizarea profilaxiei de detresă respiratorie, precum și o corelație ρ Spearman inversă bună $r=-0,73$, ($p<0,0001$) între vârsta gestațională și aplicarea neuroprofilaxiei fetale. Complicațiile materne asociate RPMA și perioadei alichidiene îndelungate au inclus 22 de cazuri (11,44%) de corioamnionită, 20 de cazuri (10,40%) de hemoragii în timpul nașterii, 10 cazuri (5,20%) de hemoragii post-partum și 6 cazuri (3,12%) de endometrită pos-partum.

Concluzii

Ruperea prenatală a membranelor pretermen rămâne a fi o problemă globală de sănătate publică, având o incidență ridicată de morbiditate și mortalitate neonatală. Conduita pacientelor cu RPMA trebuie să fie individualizată, ținând cont de termenul de gestație, beneficiile prelungirii sarcinii, potențialele riscuri și complicațiile asociate.



DIABETUL GESTAȚIONAL

Natalia Bursacovscaia¹, Victor Petrov², Chiril Grecu³, Valeriu Pădure⁴, Igor Opalco⁵, Oxana Podolean⁶

¹IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

²IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

³IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

⁴IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

⁵IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

⁶IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, medic obstetrician-ginecolog

Cuvinte-cheie: sarcină, diabet zaharat gestațional

Introducere

Diabetul gestațional (DG), o afecțiune caracterizată prin hiperglicemie detectată pentru prima dată în timpul sarcinii, este o boală frecvent întâlnită care afectează milioane de femei din întreaga lume (Lancet, 2022).

Scopul acestui studiu este de a evalua conduita sarcinii complicate cu diabet gestațional, cu accent pe identificarea lacunelor în îngrijirea și optimizarea managementului acestora.

Materiale și metode

Cercetarea a fost realizată sub forma unui studiu prospectiv de tip caz-control în cadrul Laboratorului Științific de Obstetrică al IMSP IMȘiC, în perioada 2021-2023. În cercetare au fost incluse 376 de nașteri cu un termen de gestație cuprins între 34⁺⁰ și 42⁺⁰ de săptămâni. Lotul de bază a constat din 66 de cazuri de nașteri la paciente cu DG, iar lotul de control a inclus 310 de cazuri de nașteri la paciente fără prezența oricărui tip de diabet zaharat.

Rezultate

În cadrul studiului, au fost investigate particularitățile conduitei pacientelor cu DG, analizând factorii de risc și cei protectivi ai acestei patologii. Printre factorii de risc identificați pentru diabetul zaharat gestațional s-au numărat cei sociali, cum ar fi proveniența din mediul rural, cu un OR 2,04; ÎI 95% 1,18-3,54, p=0,010. În schimb, factorii protectivi au inclus nivelul educativ superior și postuniversitar, cu un OR=0,54; ÎI 0,30-0,98, p=0,042, precum și lipsa locului de muncă, cu un OR= 0,55; ÎI 95% 0,31-0,956, p=0,033. Pacientele, ale căror rude de gradul I au avut orice tip de diabet, au prezentat un risc de a fi diagnosticate cu diabet în timpul sarcinii actuale de 5 ori mai mare în comparație cu lotul de control (OR= 5,19, ÎI 95% 2,48-10,85, p=0,001). Totodată, factorul protectiv a fost prezența la pacientă a primei sarcini (OR=0,40, ÎI 95%=0,19-0,81, p=0,0095) și a primei nașteri (OR=0,51, ÎI 95% 0,27-0,94, p=0,029). Odată cu creșterea numărului de sarcini și de nașteri, acest efect protectiv a dispărut, iar începând cu a patra sarcină (OR=3,13, ÎI 95%1,78-5,51, p=0,0001), în timp ce a patra naștere (OR=2,88, ÎI 95% 1,48-5,65, p=0,001) devine un factor de risc pentru DG. Vârsta maternă medie în lotul de bază a fost semnificativ mai mare comparativ cu lotul de control (32,55±0,83 ani vs. 28,76±0,35 ani, t=-4,445, p<0,0001), în special vârsta ≥ 40 ani (OR=3,92, ÎI 95% 1,57-9,73, p=0,002). De asemenea, masa preconcepțională a fost semnificativ mai mare în grupul pacientelor cu DG (89,6±3,04 kg vs. 60,8±0,56, p<0,001). Înainte de naștere s-a atestat aceeași situație (99,9 ±3,0 kg vs. 73,±0,6 kg, p<0,001). Alți factori de risc ai DG au inclus: antecedente de avort medical (OR=4,15, ÎI 1,22-14,04, p=0,0135), anamneză de mortinatalitate (OR=3,94, ÎI 1,03-15,07, p=0,032) și mortalitate neonatală precoce (OR=7,33, ÎI 1,20-44,78, p=0,012), nașterea anterioară a feților cu greutate peste 4000 g. (OR=5,24, ÎI 95%2,75-10,00) și prezența cicatricii pe uter (OR=1,90, ÎI 1,07-3,37, p=0,026). Pacientele cu DG, în general, au făcut mai puține vizite la medicul de familie și ginecologul de sector. Doar 16,7% (n=11) dintre ele au efectuat consultări regulate la medicul oftalmolog, o dată în trimestru. De asemenea, consultația cu medicul endocrinolog până în săptămâna 34 de sarcină a fost efectuată de mai puțin de 30% dintre pacientele incluse în studiu (36,3%, n=24). După 34 de săptămâni de sarcină, un sfert dintre paciente (24,1%, n=16) nu au fost consultate deloc de medicul endocrinolog, iar jumătate au fost consultate doar o singură dată. Nivelul glicemiei bazale la jeun în primul trimestru de sarcină a variat între 4,0 mmol/l și 7,0 mmol/l. La 43,9% dintre gravide (n=29), diagnosticul de DG a fost stabilit în primul trimestru de sarcină. Testul oral de toleranță la glucoză (TOTG) a fost efectuat de 40,9% (n=27) dintre paciente. La 15,2% diagnosticul de DG a fost stabilit după 34 de săptămâni de sarcină. Dietoterapia a fost recomandată pentru 93,9% (n=62) dintre paciente, dintre

care 80,3% au confirmat că au respectat această recomandare. În timpul sarcinii, 16,7% (n=11) dintre paciente au necesitat insulinoterapie pentru corijarea DG. Momentul de debut al insulinoterapiei a variat semnificativ, între săptămâna a 10-a și săptămâna a 36-a de sarcină. În ceea ce privește durata medie a sarcinii, aceasta a fost mai mică în lotul de studiu, încheindu-se în medie la 38,36±0,19 săptămâni, în comparație cu 38,94±0,9 săptămâni în lotul de control (p=0,005). Un procent de 21,2% (n=14) dintre paciente au ajuns la termenul de ≥40 săptămâni. Rata de efectuare a operației cezariene a fost semnificativ mai mare în lotul de studiu, de 62,1% (n=41), în comparație cu 35,1% (n=109) în lotul de control (p<0,0001). Masa medie a nou-născuților a fost mai mare în lotul de studiu (3767,6±65,8g vs. 3314,01±31,16g, p<0,0001), la fel și talia nou-născuților (52,5±0,3 cm vs. 51,2±0,1 cm, p<0,0001). Prevalența nou-născuților macrosomi (m>4000g) în lotul de control a fost de 8,7% (n=27), iar în lotul de bază a fost de 33,3% (n= 22) (t Student=4,09, p<0,001).

Concluzii

Evaluarea managementului sarcinii la pacientele diagnosticate cu diabet gestațional a scos în evidență mai multe lacune, printre care se numără: 1) diagnosticarea tardivă a DG, constatată în 15,2% din cazuri, după ce sarcina a depășit 34 de săptămâni; 2) calitatea scăzută a consilierii acordate pacientelor cu DG poate conduce la lipsa de aderență la regimul alimentar și la tratamentul medicamentos recomandat; 3) coordonarea insuficientă între diferiții specialiști implicați în îngrijirea pacientelor cu DG, precum medicul obstetrician-ginecolog, medicul de familie, medicul endocrinolog și medicul oftalmolog.

Identificarea și eliminarea factorilor care contribuie la dezvoltarea DG și optimizarea managementului acestor cazuri sunt esențiale pentru îmbunătățirea rezultatelor materne și perinatale.

CZU: 618.33-073.43+:616.61-007-053.1



DIAGNOSTICUL ANTENATAL ȘI EVOLUȚIA POSTNATALĂ A ANOMALIILOR CONGENITALE RENALE FETALE

Artur Focșa

Gynelux, Zalău, România, medic primar

Cuvinte-cheie: dilatare a pelvisului renal, rinichi dispărut, distopie renală, rinichi în potcoavă, duplicație renală

Introducere

Utilizarea de rutină a sonografiei prenatale permite nu numai vizualizarea secvențială a dezvoltării rinichilor, dar, în unele cazuri, oferă și posibilitatea de a înregistra evoluția antenatală a anomaliilor de dezvoltare a rinichilor fetali. Vizualizarea confirmată a rinichilor în perioada prenatală și lipsa altor anomalii congenitale nu exclud un diagnostic de boală renală acută sau cronică în perioada postnatală.

Scopul este evitarea intervențiilor inutile postnatal în prezenta anomaliilor renale.

Materiale și metode

Lucrarea este o analiză a cazurilor tipice depistate antenatal în cadrul unor examinări ecografice standard și descrierea evoluției acestora postnatal.

Rezultate

Spectrul anomaliilor renale prezentate include: dilatări ale pelvisului renal, rinichi dispărut, distopii pelvine, toracice și încrucișate, rinichi în potcoavă, duplicație renală și boală a rinichiului chistic congenital. Evoluția postnatală a cazurilor prezentate a variat de la asimptomatic, boală renală cronică, septicemie renală sau incompatibil cu viața extrauterină.

Concluzii

Specialiștii neonatologi, nefrologii sau urologii pediatri trebuie să fie informați cu privire la existența anomaliilor renale depistate antenatal de către medicii ginecologi, pentru a interveni postnatal cât mai precoce și pentru a evita investigații și tratamente inutile.



DISPLAZIA MEZENCHIMALĂ A PLACENTEI: CAZ CLINIC

Margarita Sarî-Terzi¹, Ion Bologan²

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, medic rezident în obstetrică și ginecologie

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: displazie mezenchimală a placentei, sarcină molară, anomalie rară, placentomegalie

Introducere

Displazia mezenchimală placentară (PMD) este o anomalie rară a placentei, caracterizată în majoritatea cazurilor prin placentomegalie și transformarea chistică a vilozităților stem sub aspect de vezicule asemănătoare unor „struguri”. Se estimează că această patologie apare în aproximativ 0,02% din cazuri, cu o predominanță la fătul de sex feminin. Examenul ecografic (USG) este deosebit de important pentru a diferenția PMD de sarcina molară, de corioangiomi și de hematomi subcoriali.

Spre deosebire de sarcina molară, PMD poate avea ca rezultat un făt cu dezvoltare normală. Conform rezultatelor ecografice, placenta în PMD poate fi îngroșată, cu zone hipoecogene sau multichistice paralele cu zone de placenta normală, cu absența proliferării trofoblastice. Deși PMD nu prezintă manifestări clinice specifice, este adesea asociată cu hipoxie fetală intrauterină, retard de creștere fetală și, uneori, moartea antenatală a fătului. De asemenea, există riscul apariției sindromului Beckwith-Wiedemann (visceromegalie, macrosomie, macroglisie, omfalocel).

Scopul

Prezentarea unui caz clinic de patologie rară, și anume, displazia mezenchimală a placentei, pentru evaluarea importanței efectuării examenului ecografic prenatal, confirmarea definitivă a diagnosticului, diferențierea de alte patologii placentare și analiza evoluției sarcinii.

Caz clinic

Pacienta în vârstă de 31 de ani s-a prezentat de sine stătător la Spitalul Clinic Municipal „Gh. Paladi” la data de 24.09.2023, cu acuze de dureri lombare moderate bilaterale timp de 3 zile. Din anamneză, sarcina actuală este a treia, iar nașterea a doua. Pacienta a avut o sarcină stagnată la 8-9 săptămâni și o naștere fiziologică cu morbiditate crescută a nou-născutului, cu scor Apgar de 2/4 puncte în anul 2018. De asemenea, a suportat infecția de COVID-19 la 5-6 săptămâni de sarcină. La 16 săptămâni, a fost diagnosticată cu displazie placentară, iar la 35 de săptămâni de sarcină a suferit de pielonefrită cronică în acutizare. La examenul USG pe data de 23.09.2023, s-au observat următoarele aspecte: placenta cu structură bilobată (mic lobul accesoriu), aspect neomogen, cu semne de displazie mezenchimală (nu mai mult de 50% din placenta), inserată normal pe peretele anterior, la o distanță de 99.8 mm de la orificiul cervical intern. Placenta prezenta un grad de maturitate II (Grannum). Cordonul ombilical avea 3 vase, inserție placentară marginală, dilatare (<26.86 mm) varicoasă a venelor în locul inserției placentare a cordonului ombilical. Doppler fetal normal. Anatomia fetală era normală pentru vârsta gestatională respectivă. Pe data de 25.09.2023, în consiliu, s-a stabilit diagnosticul final: sarcină de 36 de săptămâni și 5 zile, fiind a treia sarcină și a doua naștere. Anamneză obstetricală complicată. Displazia mezenchimală parțială a placentei. Pielonefrită cronică latentă. Adăos ponderal patologic (+23 kg). În urma acestui consiliu, s-a decis finalizarea sarcinii prin operație cezariană, după terminarea profilaxiei detresei respiratorii la făt. Pe data de 26.09.2023, în cadrul operației cezariene, de cap a fost extras un făt viu de gen feminin, cu o greutate la naștere de 2900 de grame și un scor Apgar de 7/7 puncte, cu o circulară de cordon ombilical pericervical o dată. Macroscopic, placenta prezenta mărire în dimensiuni, cu schimbări difuze chistice-vasculare și dilatare varicoasă a venei ombilicale. Examenul histologic al placentei a confirmat diagnosticul de displazie placentară mezenchimală.

Acest caz clinic a fost selectat din cauza rarității patologiei și dificultății de stabilire a diagnosticului. Semnele și simptomele clinice în PMD nu sunt informative și aproape lipsesc, de aceea rezultatele ecografice și examenul histologic sunt de mare valoare pentru a confirma diagnosticul.

Concluzii

Diagnosticul prenatal precoce al displaziei mezenchimale a placentei contribuie la prevenirea întreruperii nejustificate a sarcinii și la stabilirea unui diagnostic precis, prin excluderea altor anomalii chistice placentare, deoarece aceste afecțiuni au un prognostic diferit atât pentru făt, cât și pentru mamă.



EFICACITATEA INDUCERII TRAVALIULUI CU MISOPROSTOL ÎN SARCINILE CU TENDINȚĂ DE PROLONGARE

Iurie Dondiuc¹, Victor Finciuc², Gheorghe Caliga³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, student doctorand

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, student doctorand

Cuvinte-cheie: travaliu, inducere, misoprostol

Introducere

Inducerea travaliului (IT) constră într-un ansamblu de proceduri, des întrebuițate în practica obstetricală, menite să inițiere artificial travaliul înainte de declanșarea sa spontană. Metodele farmacologice utilizate în acest scop includ mai multe remedii medicamentoase, printre care și se numără și misoprostolul – un analog sintetic al prostoglandinei (PG) E1, folosit pentru maturizarea cervicală și IT în cazul unui col uterin imatur.

Scopul lucrării acestei lucrări constă în studierea impactului inducerii travaliului cu misoprostol asupra rezultatelor obstetricale și perinatale în cazurile de sarcină cu tendință de prolongare.

Materiale și metode

Pentru realizarea acestui scop, s-a efectuat o analiză retrospectivă pe un eșantion de 89 de femei cu tendințe de suprapurtare a sarcinii și col uterin imatur (scorul Bishop < 5) în termen de 41-42 de săptămâni de graviditate. În toate aceste cazuri, travaliul a fost indus prin administrarea orală titrată a soluției de misoprostol.

Rezultate

Vârsta medie a gravidelor incluse în studiu a constituit 28,7 (+/- 1) ani, iar 60,7% dintre ele au fost primipare. La șapte femei numărul maxim de doze de soluție de misoprostol utilizate a fost de 9, reprezentând 14,6% din total. Procedura de inducere a travaliului s-a finalizat cu naștere *per vias naturalis* în 79,6% din cazuri și prin operație cezariană în 20,4% din cazuri. Indicațiile pentru operația cezariană (OC) au inclus suferință fetală acută (51%); eșecul IT (40%); hipertonusul uterin (3%); decolarea prematură a placentei normal inserate (2%) și disproporția fetopelvină (4%).

Concluzii

PG E1 utilizat *per os*, în doze titrate, este un remediu medicamentos eficient pentru inducerea nașterii la femeile cu o sarcină matură și un col uterin imatur. Utilizarea misoprostolului pentru inducerea travaliului contribuie la reducerea ratei de nașterilor prin OC. Cu toate acestea, complicațiile asociate cu utilizarea misoprostolului, întâlnite în aproximativ o treime din cazuri, pot include insuficiența forțelor de contracții și hiperstimularea uterină.

CZU: 618.3-085.356:577.164.13



EFICACITATEA VITAMINEI B6 ÎN TRATAMENTUL DISGRAVIDIEI DE PRIM TRIMESTRU AL SARCINII

Olga Cernetchi¹, Alesea Frumusache², Corina Cardaniuc³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

² Spitalul Internațional Medpark, medic obstetrician-ginecolog

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: disgravidie, metoclopramidă, vitamina B, PUQE, hiperemeză

Introducere

Disgravidia precoce, de regulă, apare chiar de la începutul sarcinii și continuă până la 12-14 săptămâni. Cu toate acestea, aproximativ 20% dintre femei mențin aceste simptome pentru perioade mai îndelungate, iar în 2% din cazuri starea continuă până la sfârșitul sarcinii. Bolile cronice ale tractului gastrointestinal, ale sistemului hepatobiliar, bolile tiroidiene, alimentația nesănătoasă și stresul predispun la dezvoltarea disgrauidiei de prim trimestru al sarcinii.

Simptomele disgravidiilor sunt bine cunoscute: pierderea poftei de mâncare, greață, salivare excesivă, vome, tensiune arterială scăzută și o sensibilitate crescută la mirosuri. Greața și vomelile sunt simptome foarte frecvente în timpul sarcinii, afectând între 70% și 85%, respectiv, între 40% și 50% dintre femeile însărcinate și reprezintă una dintre cele mai frecvente indicații pentru spitalizare a gravidelor. Deoarece până în prezent etiologia disgravidiei și a hiperemezei gravidice rămâne necunoscută, tratamentele disponibile s-au limitat la ameliorarea simptomelor, corectarea deshidratării și a deficiențelor nutriționale. Conform datelor din literatura de specialitate, este acceptat faptul că concentrația plasmatică a vitaminei B6 (piridoxină) este asociată cu severitatea disgravidiei, grețurilor și vomei în sarcină. Se consideră că vitamina B6 are un rol în sinteza serotoninei, dopaminei, norepinefrinei și acidului gamma-aminobutiric prin catalizarea procesului de decarboxilare, iar deficiența acidului gamma-aminobutiric poate induce greață și vărsături în timpul sarcinii. O ipoteză este că vitamina B6 ar putea funcționa ca o coenzimă pentru reactivitatea lizinei, un reziduu proteic al receptorilor hormonilor steroizi, iar reactivitatea lizinei poate reduce greața și vărsăturile cauzate de creșterea nivelului de estrogen la femeile însărcinate.

Scopul acestui studiu a fost de a evalua comparativ eficacitatea combinației vitaminei B6 și metoclopramidei pentru optimizarea tratamentului disgravidiei de prim trimestru al sarcinii.

Materiale și metode

A fost efectuat un studiu prospectiv randomizat în perioada 2022-2023, axat pe analiza comparativă a eficacității vitaminei B6 și a metoclopramidei în tratamentul disgravidiei de prim trimestru al sarcinii. Studiul a inclus 90 de gravide cu disgravidie de prim trimestru, repartizate aleatoriu în două loturi a câte 45 de participante fiecare. Primul lot a constat din gravide cu un termen de până la 13 săptămâni și 6 zile de sarcină, care au administrat vitamina B6 în doză de 25 mg la fiecare 8 ore, iar cel de-al doilea lor a inclus gravide cu același termen de sarcină, care au primit metoclopramidă în doză de 10 mg la fiecare 8 ore. Eficacitatea intervențiilor terapeutice a fost evaluată pe baza diminuării simptomelor, utilizând Scara de Cuantificare Unică a Emezei în Sarcină (PUQE), atât înainte de începerea tratamentului, cât și după 72 de ore de la administrarea acestuia.

Rezultate

Rezultatele studiului nu au evidențiat diferențe semnificative statistice între cele două grupuri în ceea ce privește vârsta, indicele de masă corporală, termenul de sarcină sau nivelul educațional al gravidelor ($p > 0,05$). La debutul tratamentului, scorurile mediane ale Scarei de Cuantificare Unică a Emezei în Sarcină (PUQE) au fost comparabile în ambele loturi de paciente: scorul PUQE a fost de 7.7 ± 2.06 (interval, 5-13) în lotul 1 și de 7.5 ± 1.99 (interval, 4-12) în lotul 2 ($P = 0,27$). Ulterior, la 72 de ore de la începerea tratamentului, s-a constatat o diminuare a scorului PUQE în ambele loturi de paciente, acesta reducându-se la 1.82 ± 1.57 (interval 1-3) în grupul gravidelor care au administrat vitamina B6 și la 2.42 ± 0.83 (interval, 1-4) în grupul gravidelor care au primit metoclopramidă ($P = 0,0001$), diferențele fiind semnificative din punct de vedere statistic. Nu s-au înregistrat efecte adverse la nicio femeie din loturile de gravide incluse în studiu pe parcursul tratamentului.

Concluzii

Rezultatele studiului au arătat o reducere semnificativă a vomei și a Scorului de Cuantificare Unică a Emezei în Sarcină (PUQE) în grupul femeilor însărcinate tratate cu vitamina B6, comparativ cu cele care au administrat metoclopramidă. Aceste constatări sugerează că vitamina B6 poate fi mai eficientă în diminuarea severității simptomelor disgravidiei de prim trimestru al sarcinii comparativ cu tratamentul tradițional cu metoclopramidă.

CZU: 618.33-007.12



EVOLUȚIA PERIOADEI PERINATALE ÎN RESTRICȚIA DE CREȘTERE FETALĂ

Corina Iliadi-Tulbure¹, Maria Cemortan², Cristina Bubulici³, Milena Manic⁴, Mihaela Coșpormac⁵

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale

³ Spitalul Raional Criuleni, Republica Moldova, medic obstetrician-ginecolog

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

⁵ USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

Cuvinte-cheie: restricție de creștere fetală, examen ecografic, velocimetrie Doppler, operație cezariană

Introducere

Restricția de creștere fetală (RCF) se manifestă prin patologia creșterii fetale, în cadrul căreia fătul nu își atinge potențialul intrinsec de creștere din cauza unei cinetici insuficiente de dezvoltare sau a unei anomalii de creștere, survenită în urma unor dereglări în sistemul feto-matern. RCF este o problemă complexă, necesitând implicarea specialiștilor pentru efectuarea unui management multiaspectual. În literatura de specialitate este prezentă o diferență considerabilă între incidența acestei afecțiuni în țările industrializate (3-7% din cazuri) și cele în curs de dezvoltare (până la 30% din cazuri). Studiile confirmă prezența unui spectru larg de factori de geneză maternă, fetală, placentară, de mediu, precum și frecvența asociere a acestora, care influențează dezvoltarea RCF. Caracterul poli etiologic al RCF relatează despre influența nivelului morbidității gestantei, apreciază importanța parității, a vârstei (≤ 20 ani și ≥ 35 ani) și a taliei materne (≤ 150 cm). RCF este asociată adesea cu evoluția patologică a gestației, manifestată prin acutizări ale maladiilor somatice și complicații obstetricale, precum pierderile reproductive, prematuritatea, distressul fetal etc.

Complexitatea diagnosticului RCF implică evaluarea vârstei de gestație, estimarea greutateii fetale, utilizând indicii biometriei fetale, cum sunt diametrul biparietal, circumferința craniană, circumferința abdominală și lungimea femurului, precum și compararea acestora cu curbele de creștere standardizate. Este indispensabilă efectuarea examenelor ecografice seriate la intervale de 14 zile. Velocimetria Doppler, aplicată pe arterele uterine, ombilicale, cerebrale medii ale fătului și ductul venos, permite evaluarea modificărilor în rezistența vasculară și identificarea sarcinilor cu risc crescut. Utilizarea Velocimetriei Doppler permite evaluarea gradului de suferință fetală pe baza criteriilor de suferință fetală (indicele de rezistență crescut, fluxul diastolic scăzut, nul sau inversat, prezența incizurii protodiastolice, indicele cerebro-placentar subunitar și modificări considerabile pe ductul venos).

Operația cezariană în caz de RCF este subiectul unor dezbateri, deoarece poate conduce la diminuarea indicilor neonatali, însă fiecare situație necesită o abordare individualizată. Decizia de a efectua o operație cezariană trebuie să fie justificată de indicații medicale clare și argumentate și de un bilanț al beneficiilor și riscurilor asociate intervenției chirurgicale. Survenirea RCF condiționează prognosticul imediat la naștere al copilului și poate influența dezvoltarea acestuia pe termen lung.

Scopul

Analiza evoluției sarcinii, a nașterii și a rezultatelor perinatale la 396 de gravide diagnosticate cu RCF a fost efectuată cu scopul facilitării managementului orientat spre beneficiar.

Materiale și metode

Studiul s-a desfășurat în Centrul Perinatal Terțiar, Institutul Mamei și Copilului din Chișinău, Republica Moldova (RM), în ultimii 4 ani. Au fost utilizate atât metode clinice (evaluarea înălțimii fundului uterin, parametrii hemodinamici, auscultarea frecvenței cardiace fetale), cât și metode paraclinice, incluzând examinarea ecografică, velocimetria Doppler la nivelul arterelor uterine, ombilicale, cerebrale medii la făt și/sau ductus venosus etc.).

Rezultate

Rezultatele studiului au arătat că incidența RCF a rămas practic neschimbată în RM în ultimii ani, fiind de aproximativ 6,2% din cazuri. Vârsta medie a pacientelor incluse în studiu a fost de $27 \pm 6,9$ ani. O evoluție mai dificilă a patologiei a fost observată la vârstele extreme, sub 20 de ani și peste 40 de ani, asociate cu RCF în sarcinile anterioare, pierderi reproductive, preeclampsie severă și infecții TORCH. Diagnosticul a fost stabilit preponderent la gravidele multipare (233 de cazuri – 58,8%) cu diverse patologii somatice cronice. Confirmarea diagnosticului a fost realizată în 100% din cazuri prin examenul ecografic. Au fost identificați mai mulți factori de risc materni, fetal și placentari. Patologiile asociate ale mamei au fost constatate în 261 de cazuri (66,0%), inclusiv hipertensiunea cronică esențială primară sau secundară patologiei renale sau endocrine, bolile cardiovasculare, diabetul zaharat, pielonefrita cronică etc. Au fost identificate, de asemenea, mai multe cazuri de patologii fetale (155 de cazuri – 39,1%) și maladii mediate placentar (174 de cazuri – 43,9%). Sarcinile diagnosticate cu RCF au fost complicate prin hipoxie fetală (69 de cazuri – 23,4%) și preeclampsie severă (57 de cazuri – 14,4%), care au necesitat finalizarea sarcinii și/sau nașterea prin operație cezariană. Majoritatea nașterilor s-au produs *per vias naturalis* (261 de cazuri – 65,9%), cu efectuarea de analgezie epidurală în aproape toate cazurile. În 223 de cazuri (56,3%), sarcinile au atins termenul, iar în 173 de cazuri (43,7%) a survenit nașterea prematură. Mortalitatea perinatală a fost înregistrată în 10 cazuri, toate sarcinile fiind finalizate între săptămânile 26-30 de gestație, după indicații materne și/sau fetale.

Concluzii

RCF reprezintă o problemă majoră, frecvent asociată cu numeroase complicații, iar etapa de bază a managementului implică finalizarea urgentă a sarcinii și/sau nașterea, de obicei prin operație cezariană. Luând în considerare aceste aspecte, este necesar ca gestantele cu diagnostic de RCF să fie direcționate către specialiști pentru confirmarea diagnosticului precis și elaborarea unui plan de conduită adecvat, adaptat nevoilor individuale.

CZU: 618.2:618.146-089.87



EVOLUȚIA SARCINII LA GRAVIDELE CU CONIZAȚIE DE COL UTERIN

Luminița Mihalcean¹, Natalia Corolcova², Veronica Cotelea³, Mihail Surguci⁴, Mihaela Burac⁵

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁵ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

Cuvinte-cheie: conizație de col uterin, sarcină, naștere prematură, avort spontan

Introducere

Una din problemele actuale în domeniul obstetricii și ginecologiei este problema realizării funcției reproductive la femei după un tratament invaziv al neoplaziilor intraepiteliale cervicale (CIN). Printre metodele adecvate de tratament pentru cancerul preinvaziv al colului uterin (displazie severă) la femeile de vârstă reproductivă se numără conizația de col uterin, care presupune o procedură concomitentă de diagnostic și tratament. Frecvența survenirii sarcinii după metodele invazive de tratament al patologiilor colului uterin variază considerabil, între 15,9% și 36,7%, conform diferitelor surse. Opiniile contradictorii din literatura de specialitate privind evoluția sarcinii și nașterii după astfel de proceduri distructive și invazive de tratament generează necesitatea unei cercetări aprofundate în acest domeniu.

Scopul acestui studiu este de a identifica particularitățile evoluției sarcinii și nașterii la gravidele care au tratat în anamneză neoplazii intraepiteliale cervicale prin conizație de col uterin. Această cercetare urmărește să dezvolte un algoritm de conduită a sarcinii și a nașterii pentru aceste paciente.

Materiale și metode

În studiul descriptiv au fost incluse 50 de gravide care au fost supuse conizației colului uterin pentru CIN III în anamneză. Studiul a fost efectuat la IMSP SCM „Gheorghe Paladi” în perioada anilor 2013-2023.

Rezultate

Vârsta medie a pacientelor incluse în studiu a constituit 30,2±3,2 ani. În urma analizei funcției reproductive, s-a constatat că sarcina prezentă a fost prima la 7 (14,0%) gravide, în timp ce 18 (36,0%) paciente fuseseră afectate de avorturi spontane în trecut. În ceea ce privește nașterile anterioare, 17 (34,0%) gravide au avut cel puțin o naștere. Intervalul de timp între tratamentul pentru CIN 3 și apariția sarcinii a variat între 2 și 6 ani.

În primul trimestru de sarcină, cea mai frecventă complicație a fost iminența de avort spontan (74,0%), gestoza precoce (28,0%), anemia (18,0%), vaginita (38,0%) și vaginoza bacteriană (58,0%). În trimestrul al doilea, a persistat incidența crescută a avortului spontan. S-au observat și alte complicații, precum îngroșarea difuză a placentei (24,0%) și dereglarea producerii adecvate a lichidului amniotic (8,0%). Totuși, suferința fetală marcată a fost constatată doar la o gravidă cu duplex bicorial biamnional. Una din cauzele persistenței iminenței de avort spontan a fost insuficiența istmico-cervicală, care a fost diagnosticată la 18 (36,0%) gravide. Deformarea semnificativă a segmentului vaginal al colului uterin contribuie la alterarea funcției de barieră a acestuia și la incompetența organică și funcțională a colului uterin, provocând astfel iminența de întrerupere a sarcinii și creează condiții pentru infectarea ascendentă.

În trimestrul III al sarcinii, complicația predominantă a fost iminența de naștere prematură (64,0%), în timp ce incidența anemiei (22,0%) și a HTA gestaționale (14,0%) a rămas înaltă. Semne de suferință intrauterină a fătului și insuficiență fetoplacentară au fost constatate la 19 (38,0%) gravide, RDIUF a fost observată

la 3 (6,0%) dintre ele, iar oligoamnios și polihidramnios au fost raportate la 5 (10,0%) gravide. Moartea antenatală a fătului a fost constatată la o gravidă cu duplex bicorial biamnion care a suportat conizație anterior sarcinii pentru CIN III.

La examenul în valve, s-au constatat diverse modificări ale colului uterin, precum hipertrofia acestuia la 3 (6,0%) gravide, deformarea cicatriceală la 32 (64,0%) gravide, ectropion la 6 (12,0%) gravide și lipsa porțiunii vaginale a colului uterin la 3 (6,0%) gravide. Numai 6 paciente (8,0%) nu au prezentat modificări ale colului uterin.

Tratamentul iminenței de întrerupere a sarcinii s-a efectuat cu preparate spasmolitice, sedative și antiinflamatoare nesteroidiene. Insuficiența de progesteron s-a compensat prin administrarea de progesteron micronizat. Pentru ameliorarea circulației fetoplacentare, s-au administrat preparate cu acțiune metabolică și antioxidantă, la fel ca și medicamente pentru ameliorarea proprietăților reologice ale sângelui și microcirculației.

Cu toate că insuficiența istmico-cervicală a fost întâlnită frecvent, corecția chirurgicală a fost efectuată doar la 2 paciente. În restul cazurilor, aplicarea suturii pe col a fost dificilă din cauza problemelor tehnice sau a lipsei condițiilor adecvate.

În ceea ce privește evoluția sarcinii, s-a constatat că 23 (46,0%) dintre gravide au născut *per vias naturalis*, iar 24 (48,0%), prin operație cezariană. Nașterea prematură a fost înregistrată la 6 (12,0%) gravide. Este de remarcat faptul că în trimestrul I al sarcinii nu s-a înregistrat niciun caz de avort spontan, însă în trimestrul II s-au înregistrat 2 (4,0%) avorturi spontane. Într-un singur caz (2,0%), sarcina s-a oprit în dezvoltare, iar la o altă gravidă (2,0%) s-a constatat moartea antenatală a fătului la 27 de săptămâni de gestație.

Este important de subliniat că frecvența operației cezariene a fost mai mare la gravidele care au suportat în anamneză conizația colului uterin (48,0%). În total, frecvența rezultatelor nefavorabile de finalizare a sarcinii (avorturi spontane, sarcină stagnată, moarte antenatală a fătului) a constituit 8,0%.

Concluzii

Pacientele care au suferit conizație de col uterin reprezintă un grup cu risc sporit pentru dezvoltarea complicațiilor în timpul sarcinii, ceea ce dictează necesitatea supravegherii minuțioase a acestora, inclusiv evaluarea stării colului uterin în dinamică, tratamentul prompt al infecțiilor urogenitale, precum și profilaxia nașterii premature și a tulburărilor circulației fetoplacentare.

CZU: 618.2/4:616.98:578.828



EVOLUȚIA SARCINII, NAȘTERII ȘI TRANSMITEREA MATERNO-FETALĂ A INFECȚIEI LA GRAVIDELE HIV POZITIVE

Olga Cernetchi¹, Ana Bîcos²

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, studentă doctorandă

Cuvinte-cheie: terapia antiretrovirală, virusul imunodeficienței umane, restricție de creștere intrauterină a fătului, naștere prematură

Introducere

Prevenirea transmiterii materno-fetale a virusului HIV a înregistrat cel mai bun rezultat în anul 2018, când rata de transmitere a constituit 2,6%, apropiind Republica Moldova de obiectivul validării eliminării transmiterii materno-fetale. În anul 2019, aceasta a crescut la 4,8%. În anul 2020, rata transmiterii HIV materno-fetale a constituit 4,0%, ceea ce este un fapt alarmant și indică posibile probleme în procesul de depistare a infecției HIV la gravide. Există date contradictorii cu privire la efectul infecției cu HIV și al terapiei antiretrovirale (ART) asupra rezultatului sarcinii.

Scopul acestui studiu este de a investiga și a analiza complicațiile sarcinii la gravidele HIV-pozitive care au urmat ART, pentru îmbunătățirea rezultatelor perinatale.

Materiale și metode

Materialele și metodele utilizate în acest studiu includ o analiză prospectivă a fișelor medicale a 21 de femei infectate cu HIV care au născut într-un centru perinatal de nivelul III, în perioada noiembrie 2023 -

februarie 2024. Rezultatele sarcinii la aceste femei au fost comparate cu cele ale 21 de gravide neinfectate cu HIV. Femeile au fost tratate cu ART conform protocolului pentru prevenirea transmiterii infecției de la mamă la copil, protocol care a variat în timpul perioadei de studiu. A fost analizat efectul utilizării ART asupra nașterii premature și restricției de creștere intrauterină.

Rezultate

Gravidele HIV pozitive au prezentat o probabilitate mai mare de a finaliza sarcina cu o naștere prematură (9,4%), restricție de creștere intrauterină a fătului (9,8%) și anemie (5,2%), în comparație cu femeile neinfectate (7,5%, 5,1% și, respectiv, 3,8%). Incidența unor afecțiuni, precum ca hipertensiunea indusă de sarcină, diabetul zaharat gestațional și colestaza intrahepatică a fost similară în ambele grupuri. Greutatea medie la naștere a fost semnificativ mai mică la nou-născuții gravidelor seropozitive (2563,40 g) comparativ cu cei ai femeilor neinfectate cu HIV (3106 g). Necesitatea de terapie intensivă pentru nou-născuții gravidelor HIV pozitive a fost semnificativ mai mare. Femeile infectate cu HIV tratate cu ART au prezentat o incidență redusă a nașterii premature și a restricției de creștere intrauterină a fătului.

Concluzii

O asistență prenatală adecvată și colaborarea între membrii unei echipe multidisciplinare pot optimiza rezultatele perinatale ale gravidelor HIV pozitive.

CZU: [618.3-06:616.8-009.24]-07



IMPLEMENTAREA SCREENINGULUI DE PRIM TRIMESTRU AL PREECLAMPSIEI

Mihaela Botnari-Guțu¹, Nadejda Codreanu²

¹USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctorandă

²USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: preeclampsie, screening, markeri biochimici

Introducere

Preeclampsia (PE) este o tulburare multisistemică care afectează între 2% și 5% dintre femeile însărcinate și este una dintre principalele cauze ale morbidității și mortalității materne și perinatale, mai ales atunci când afecțiunea apare în stadiile incipiente ale sarcinii. Această boală complexă are multiple cauze și interacțiuni care conduc la manifestările clinice variate pe care le prezintă. Insolubilitatea sa la un tratament eficient, în afară de decolarea și degajarea placentei, face ca preeclampsia să fie subiectul unor cercetări științifice considerabile, cu implicații importante pentru sănătatea femeilor la nivel global.

Scopul acestei investigații este de a examina valoarea potențială a examenului Doppler al arterei oftalmice materne la 11-13 săptămâni de gestație, atât singur, cât și în combinație cu biomarkerii preeclampsiei (PE) din primul trimestru, inclusiv indicele de pulsilitate a arterei uterine (UtA-PI), media presiunii arteriale (MAP), factorul de creștere placentară seric (PIGF) și proteina plasmatică A asociată sarcinii serice (PAPP-A), în predicția dezvoltării ulterioare a PE, urmată de o scurtă prezentare a rolului profilactic al aspirinei în prevenirea acestei afecțiuni.

Materiale și metode

Pentru realizarea scopului propus, a fost efectuată o analiză a review-ului literaturii, prin intermediul motoarelor de căutare: MEDLINE, PubMed, CENTRAL, EMBASE, analizând un total de 78 de studii.

Rezultate

Screeningul eficient pentru PE poate fi realizat în primul trimestru al sarcinii, cu o rată de detecție de aproximativ 95% și o rată a rezultatelor fals pozitive de 10%. Într-o nouă abordare propusă pentru îngrijirea prenatală, valoarea potențială a unui screening integrat la 11-13 săptămâni de gestație, în care caracteristicile materne și istoricul sunt combinate cu rezultatele unei serii de markeri biofizici și biochimici, cum ar fi factorul de creștere placentară (PIGF) și proteina plasmatică A asociată sarcinii (PAPP-A), pentru a evalua riscul pentru o gamă largă de complicații ale sarcinii, a fost documentată pe scară largă. De asemenea, artera oftalmică este un vas ușor accesibil pentru evaluarea Doppler care oferă informații despre circulația intracraniană mai

puțin accesibilă. La femeile cu preeclampsie, în comparație cu gravidele normotensive, există o scădere a impedanței la flux și o creștere a vitezelor în formele de undă ale vitezei fluxului din arterele oftalmice. În contextul PE, scopul principal al unui astfel de screening este identificarea cazurilor care ar putea beneficia de intervenții farmacologice profilactice pentru îmbunătățirea circulației placentare; valoarea screeningului precoce și a tratamentului grupului cu risc ridicat cu doze mici de aspirină.

Concluzii

Screeningul eficient pentru dezvoltarea preeclampsiei (PE) poate fi asigurat în primul trimestru al sarcinii. Screeningul printr-o combinație de factori de risc matern, Doppler a arterei uterine, presiunea arterială medie, proteina plasmatică A asociată sarcinii (PAPP-A) și factorul de creștere placentară poate identifica aproximativ 95% din cazurile de PE cu debut precoce, cu o rată de rezultate fals pozitive de 10%. Dopplerul arterei oftalmice este un instrument complementar cu performanțe bune pentru diagnosticul preeclampsiei severe, având sensibilitate și specificitate ridicate. Raportul PSV al arterei oftalmice la 11-13 săptămâni de gestație este un biomarker potențial util pentru predicția dezvoltării ulterioare a PE precoce, dar sunt necesare studii mai ample pentru a valida această constatare. Aspirina în doză mică s-a dovedit a fi benefică în prevenirea preeclampsiei atunci când este administrată într-o doză zilnică de ≥ 100 mg înainte de 16 săptămâni de gestație, fiind eficientă în tratamentul profilactic pentru preeclampsia precoce.

CZU: 618.3-06:[616.6+618.1]-022.7:579.887



INFECȚIA CU UREAPLASMA ÎN SARCINĂ: EVALUAREA GRADULUI DE INOFENSIVITATE

Hristiana Caproș¹, Ion Bologan², Mihail Surguci³, Valentin Friptu⁴

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Cuvinte-cheie: infecție cu ureaplasma, *U. parvum*, *U. urealyticum*

Introducere

Ureaplasma este o bacterie condiționat patogenă care poate fi găsită în tractul genital inferior al femeilor sănătoase, active sexual. Această bacterie atipică a fost în trecut dificil de detectat din cauza dimensiunilor sale foarte mici și a absenței unei membrane celulare rigide. Odată cu progresele tehnologice, se ridică întrebarea despre inofensivitatea infecției cu Ureaplasma în timpul sarcinii. Prezența ureaplasmei la femeile gravide în diverse studii este corelată cu dezvoltarea complicațiilor perinatale.

Scopul cercetării a constat în revizuirea publicațiilor originale din literatura de specialitate națională și de peste hotare pentru evaluarea gradului de inofensivitate al infecției cu *Ureaplasma spp.* în timpul sarcinii și în perioada neonatală.

Materiale și metode

A fost efectuată o căutare sistematică în baze de date naționale și internaționale, inclusiv PubMed, Cochrane Library, DOAJ și IBN, folosind termenii „ureaplasma”, „sarcină” și „complicații perinatale”. Toate articolele originale publicate până în decembrie 2023 au fost incluse în această analiză. S-a căutat și extras raportul de șanse pentru dezvoltarea complicațiilor obstetricale și neonatale, precum infecția intrauterină, ruptura prematură a membranelor amniotice, travaliul prematur, avortul spontan, greutatea mică la naștere, displazia bronhopulmonară, hemoragia intraventriculară, sepsisul neonatal, enterocolita și decesul perinatal.

Rezultate

În perioada cuprinsă între ianuarie 1971 și decembrie 2024, au fost publicate 1194 de studii privind *Ureaplasma spp.* După aplicarea criteriilor de selecție, au fost incluse în analiză 53 de studii. Din acestea s-au extras raportul de șanse pentru dezvoltarea complicațiilor perinatale asociate cu infecția *Ureaplasma urealyticum* (*U. urealyticum*) și *Ureaplasma parvum* (*U. parvum*).

Astfel, raportul de șanse pentru nașterea prematură a fost următorul: *U. urealyticum* OR 1,96, 95% (CI 1,14 la 3,39) (16 studii, 6727 de participante), *U. parvum* OR 1,79, 95%, IC (14 studii, 8229 de participante).

Raportul de șanse de ruptură prematură a membranelor a fost următorul: *U. urealyticum* (4 studii, 1372 de paciente), OR 9,87, 95% (CI 1,81 până la 53,72), *U. parvum* (2 studii, 946 de paciente), OR 3,19, 95% (CI 1,25 până la 8,15).

Prezența *Ureaplasma spp.* a fost asociată și cu avortul spontan: *U. urealyticum* (3 studii, 1204 femei) OR 2,43, 95% (CI 1,21 până la 4,86), *U. parvum* (2 studii, 986 de participante) OR 1,65, 95% (CI 0,67 până la 4,05). Infecția cu *Ureaplasma spp.* ca o cauză a mortalității perinatale: *U. Urealyticum* – un studiu, 872 de participante, OR 3.52, 95% CI 0.14 to 87.0; *U. parvum* – un studiu, 872 de participante, OR 2.78, 95% (CI 0.11 to 68.46). Din studiile examinate, doar 6 au respectat criteriile NICE de validitate externă și internă.

Concluzii

Detectarea speciei *Ureaplasma* a fost foarte dificilă până în prezent din cauza dimensiunilor foarte mici și a structurii specifice a acestor bacterii. De asemenea, se observă o creștere a riscului de complicații ca avortul spontan, nașterea prematură, ruperea prematură a membranelor amniotice și mortalitatea perinatală la pacientele cu *Ureaplasma spp.* Studiile publicate pe acest subiect până în prezent, deși numeroase, prezintă defecte semnificative de proiectare. În concluzie, infecția cu *Ureaplasma* în timpul sarcinii reprezintă un subiect de cercetare important, având în vedere probabila asociere cu o morbiditate perinatală crescută.

CZU: 616-056.82:618.2/.4



INFLUENȚA OBEZITĂȚII ASUPRA CURSULUI SARCINII ȘI NAȘTERII

Andriana Marian¹, Iurie Dondiuc²

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctorandă

² USM „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: obezitate, sarcină, naștere

Introducere

Obezitatea maternă reprezintă un factor de risc major în timpul sarcinii și nașterii, având consecințe semnificative asupra sănătății mamei și a copilului. Frecvența complicațiilor asociate sarcinii în acest grup de femei este direct proporțională cu indicele lor de masă corporală și cu adaosul ponderal pe durata întregii gravității. Printre cele mai des întâlnite complicații la femeile obeze în timpul sarcinii se numără diabetul gestațional și hipertensiunea arterială indusă de sarcină. De asemenea, acestea prezintă adesea prima și a doua perioadă de travaliu prelungită. Epuizarea maternă precoce, insuficiența forțelor de contracție, eșecul inducerii travaliului, dificultăți mecanice în angajarea și coborârea capului fetal, macrosomiile, nașterea pneumatică sau operația cezariană sunt caracteristice pentru acest grup de parturiente. Copiii născuți de mame obeze prezintă un scor Apgar mai mic și un risc mai mare de a dezvolta sindromul metabolic în adolescență, precum și un risc crescut de a suferi de obezitate în copilărie, diabet și boli cardiace.

Scopul

Evaluarea evoluției sarcinii și a rezultatelor nașterii la gravidele cu obezitate, pentru a îmbunătăți managementul obstetrical.

Materiale și metode

Pentru realizarea scopului cercetării, a fost realizat un studiu retrospectiv, analitic, observațional, caz-control orientat spre determinarea evoluției sarcinii și a rezultatelor nașterii la 240 de femei, care au născut la IMSP Institutul Mamei și Copilului și IMSP SCM „Gheorghe Paladi”. Lotul de cercetare a inclus 120 de femei obeze, cu un indice de masă corporală mai mare de 30 kg/m², în timp ce lotul de control a fost format din 120 de femei normoponderale, cu un indice al masei corporale cuprins între 18,5 și 24,9 kg/m². Toate datele obținute au fost interpretate statistic prin intermediul SPSS 23 și Microsoft Excel.

Rezultate

Femeile incluse în acest studiu au avut o vârstă medie de $28,6 \pm 0,7$ ani. S-a constatat că stările hipertensive în sarcină s-au manifestat cu o frecvență mai mare în rândul femeilor obeze, în 42 din cazuri (35%), comparativ cu femeile normoponderale, în care s-au înregistrat 14 cazuri (11,6%). De asemenea, diagnosticul de diabet gestațional a fost stabilit la 39 (32,5%) de gravide obeze și doar la 4 (3,3%) gravide normoponderale.

În ceea ce privește termenul mediu de gestație în momentul nașterii, acesta a fost de $39,5 \pm 0,6$ săptămâni la femeile obeze, comparativ cu $38,6 \pm 0,5$ săptămâni de gestație în lotul de control. Analiza modului de finalizare a sarcinii a arătat că femeile obeze au născut *per vias naturalis* în 46 de cazuri (38,33%), dintre care în 37 de cazuri (30,83%) a fost o naștere absolut fiziologică, iar în celelalte 9 cazuri (7,5%) a fost o naștere asistată instrumental, prin aplicarea ventuzei obstetricale. Gravidele normoponderale au născut pe cale naturală în 66 de cazuri (55%), dintre care în 4 cazuri (3,33%) a fost aplicată ventuza obstetricală. Operația cezariană s-a efectuat la gravidele obeze în 74 de cazuri (61,6%), la cele normoponderale, în 54 de cazuri (45%). În ceea ce privește greutatea nou-născuților, aceasta a fost semnificativ mai mare în lotul cercetat, cu o medie de 3825 ± 294 g, comparativ cu 3110 ± 218 g în lotul martor. Transferul nou-născuților în secția de terapie intensivă neonatală a avut loc în 19 cazuri, dintre care 13 cazuri (10,8%) în lotul cercetat și 6 cazuri (5%) în lotul martor.

Concluzii

La femeile cu obezitate maternă, stările hipertensive asociate sarcinii au fost întâlnite de trei ori mai frecvent decât la cele normoponderale, iar prevalența diabetului gestațional a fost de nouă ori mai mare. Operația cezariană a fost efectuată mai des la gravidele obeze, comparativ cu femeile normoponderale, iar în cazurile nașterii pe cale naturală, aplicarea ventuzei obstetricale la primele a fost de patru ori mai frecventă. Aceste constatări evidențiază necesitatea unui management clinic mai riguros pentru femeile obeze, deoarece acestea prezintă un risc crescut de complicații pe durata sarcinii și în timpul nașterii.

CZU: 613.888+314.336:614.2



INTEGRAREA PREGĂTIRII PRECONCEPȚIONALE ÎN CADRUL PROGRAMELOR DE PLANIFICARE A FAMILIEI: PERCEPȚIILE SPECIALIȘTILOR ÎN SĂNĂTATEA REPRODUCERII

*Dumitru Șișcanu¹, Corina Iliadi-Tulbure², Anait Yu. Marianian³,
Patricia Cico Aldama⁴, Sarah Verbiest⁵*

¹IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, doctor în științe medicale

²USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³Centrul științific pentru Sănătatea familiei și problemele reproducerii umane, Irkutsk, Federația Rusă, doctor habilitat în științe medicale

⁴Institutul Național de Pediatrie, Ciudad de Mexico, Mexic

⁵Institutul Jordan pentru Familii, Școala de Asistență Socială, Universitatea din Carolina de Nord, Chapel Hill, SUA, doctor în sănătatea publică

Cuvinte-cheie: îngrijire preconcepțională, planificare a familiei, contracepție, studiul „PerConcept”

Introducere

Abordarea axată pe etapele vieții pentru ameliorarea indicatorilor sănătății materno-infantile prin îmbunătățirea sănătății parentale înainte de concepție atrage un interes internațional tot mai crescut. Atât prestatorii de servicii medicale, cât și cercetătorii caută modalități eficiente de a crește accesul femeilor și bărbaților la îngrijirea preconcepțională, în special prin intermediul serviciilor medicale primare.

Într-un alt context, programele de pregătire preconcepțională abordează aspectele legate de planificarea familiei, deoarece pregătirea pentru sarcină presupune, în mod evident, inițial, planificarea acesteia. Paradoxal, în majoritatea absolută a țărilor lumii, termenul „planificare familială” este perceput de către populație și de către furnizorii de servicii medicale ca fiind sinonim cu contracepția. Astfel, în realitate, politicile și programele de planificare familială sunt concentrate exclusiv pe contracepție, ignorând practic aspectele pregătirii preconcepționale.

Scopul acestei cercetări constă în înțelegerea percepțiilor medicilor, a căror activitate are tangență cu domeniul sănătății reproducerii, cu privire la argumentarea modificării conceptului de planificare familială prin integrarea componentei de pregătire preconcepțională.

Obiective

Acest studiu are următoarele obiective:

- 1) realizarea unui sondaj printre lucrătorii medicali pentru a evalua percepțiile lor despre componentele principale ale planificării familiale;
- 2) analiza sugestiilor participanților la sondaj privind oportunitățile de dezvoltare a serviciilor în pregătirea preconcepțională.

Materiale și metode

Studiul „PerConcept” este un demers de cercetare populațională, de natură cantitativă și calitativă, care vizează percepțiile conceptului de planificare familială în rândul prestatorilor de servicii în sănătatea reproducerii. Metoda de cercetare folosită este ancheta.

Inițiat de Asociația Obștească „Progres prin Alternativă” și de Secția Consultativă de Perinatologie de la IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, acest studiu a fost discutat în cadrul Asociației Latine de Analiză a Sistemelor de Sănătate (ALASS). Deși proiectul a fost susținut de specialiști din mai multe țări, în final, la sondajul „PerConcept” au participat cercetători din trei orașe din trei țări: Chișinău (Republica Moldova), Irkutsk (Federația Rusă) și Ciudad di Mexico (Mexic).

Chestionarul pentru sondaj a fost aprobat de comitetul de etică al Centrului științific pentru sănătatea familiei și problemele reproducerii umane din Irkutsk. Participanții la sondaj au avut posibilitatea să ofere comentarii suplimentare referitoare la subiectele abordate. Chestionarul a inclus 15 întrebări și a fost elaborat în limba română, fiind tradus ulterior în engleză, rusă și spaniolă.

Rezultatele sondajelor efectuate în fiecare țară au fost introduse într-o bază de date comună. Prelucrarea statistică a datelor cumulate a fost realizată de echipa de cercetare din Republica Moldova, utilizând programul SPSS.

Cercetarea s-a desfășurat în perioada anilor 2019-2020, pe bază de voluntariat.

Rezultate

Sondajul a implicat 1012 participanți, incluzând medici de familie, obstetricieni-ginecologi, urologi, andrologi și medici din alte specialități. Au fost validate și analizate 991 de chestionare.

Un număr de 79,5% din toți respondenții (788 de persoane) au asociat termenul de „familie” cu nașterea copiilor. Circa 96% dintre intervievați (951 de persoane) au menționat că sarcina ar trebui să fie planificată de cuplu sau de către femeie.

Din punct de vedere profesional, 94,5% dintre medici (862) consideră că conceptul de planificare a familiei ar trebui să includă și pregătirea pentru sarcină, alături de contracepție.

Majoritatea participanților, în proporție de 91,1%, (831 de persoane), au fost de părere că strategiile și programele în domeniul planificării familiei ar trebui revizuite, pentru a include și serviciile de sănătate preconcepțională.

Deși studiul „PerConcept” a avut unele limitări, autorii consideră că rezultatele obținute sunt interesante, deoarece medicii din trei părți ale lumii – Europa, Asia și America de Nord – au avut percepții similare cu privire la necesitatea modificării conceptului de planificare a familiei. Acesta ar trebui să includă componenta de îngrijire preconcepțională, abordată analogic cu o altă componentă – contracepția.

Concluzii

În condițiile resurselor limitate, integrarea serviciilor de pregătire preconcepțională în cadrul programelor naționale de planificare a familiei poate fi cea mai bună modalitate de consolidare a sănătății reproducerii și de pregătire a cuplurilor înainte de sarcină. Aceasta ar contribui la:

- 1) asigurarea continuității îngrijirilor în domeniul sănătății reproducerii;
- 2) deschiderea unor perspective optimiste pentru integrarea serviciilor de pregătire preconcepțională în asistența medicală primară, având în vedere implementarea deja existentă a programelor naționale de planificare familială în multe țări;
- 3) respectarea drepturilor sexuale și reproductive ale tuturor persoanelor/cuplurilor, indiferent de planurile lor de reproducere.



INVERSIUNEA UTERINĂ – O PROBLEMĂ ACTUALĂ ÎN OBSTETRICA CONTEMPORANĂ?

Constantin Burnus¹, Hristiana Caproș², Olga Dobrea³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

Cuvinte-cheie: inversiune uterină, hemoragie post-partum, perioada a treia activă, complicații în perioada puerperală

Introducere

Inversiunea uterină este o complicație cunoscută în obstetrica clasică, asociată cu morbiditate și mortalitate maternă. Incidența acestei afecțiuni variază între 1 la 2.000 și 1 la 50.000 de nașteri. În practica obstetrică modernă, se consideră că managementul activ al expulziei placentei în timpul celei de-a treia etape a nașterii reprezintă un factor crucial pentru prevenirea inversiunii uterine. Cu toate că acest management activ poate reduce semnificativ riscul de hemoragie postpartum, aplicarea incorectă a acestuia poate favoriza dezvoltarea inversiunii uterine.

Scopul acestui studiu constă în analiza literaturii publicate referitoare la problema inversiunii uterine din perspectiva obstetricii contemporane, incluzând estimarea incidenței, modalitățile de raportare și factorii de risc atribuiți acestei complicații obstetricale.

Materiale și metode

Materialul pentru acest studiu a fost colectat din mai multe surse de date, și anume: Cochrane Library, Hinari, PubMed, Google Scholar, BMC, Elibrary, Pubmed și SciSpace. Au fost incluse publicațiile în limbile franceză, engleză, rusă și daneză, publicate în perioada 2014-2024. S-au studiat serii de cazuri sau descrieri de cazuri clinice, ghiduri și protocoale naționale.

Rezultate

Pe parcursul anilor 2014-2024, în sursele internaționale au fost publicate 29 de articole referitoare la inversiunea uterină. Două dintre aceste publicații au prezentat serii de cazuri: o serie de trei cazuri a fost publicată în 2022, în India, de către Kaur Amanjot și Singh Beant, iar o altă serie de 2 cazuri a fost descrisă în același an, în Federația Rusă, de către Tskhai V. B., Glyzina Yu. N., Kupriyanova Yu. N. de la Universitatea Medicală de Stat din Krasnoyarsk, care poartă numele prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Centrul Clinic Regional Krasnoyarsk pentru Sănătatea Mamei și Copilului, Krasnoyarsk, Federația Rusă. Celelalte 26 de articole prezintă descrieri de cazuri clinice individuale, publicate în diverse țări, inclusiv India, Africa, Portugalia, Japonia, Brazilia, Bangladej și Danemarca, majoritatea fiind publicate în anul 2022. Această tendință de creștere a publicațiilor reflectă o revizuire a acestei complicații și o conștientizare a gravității sale. Conform unei publicații de Thomas F. Baskett MB, FRCSC, după instituirea managementului activ al celei de-a treia etape a travaliului în 1988, incidența inversiunii uterine acute după nașterea vaginală a scăzut de 4,4 ori.

Cauzele care ar fi declanșat inversiunea uterină, menționate în aceste lucrări, sunt următoarele: tracțiunea excesivă a cordonului ombilical – 34,48%; patologia contractibilității uterine – 10,34 %; presiunea asupra fundului uterin – 6,89%; localizarea fundică a placentei – 3,44%; inserția patologică placentară (placenta accreta) – 3,44%; lăuzele în urma epiziotomiei – 3,44%; cordonul ombilical scurt –3,44%. Raportul dintre femeile multipare și cele primipare este de 13:14. Această proporție echilibrată este cauzată de nașterile la domiciliu cu o conduită incorectă a perioadei de delivrență placentară, manifestată prin tracțiunea excesivă a cordonului ombilical sau presiunea agresivă pe fundul uterului, acest obicei fiind cel mai des întâlnit în India, unde se înregistrează cele mai multe cazuri de inversiune uterină.

Concluzii

Cu toate că incidența inversiunii uterine a scăzut odată cu implementarea managementului activ al celei de-a treia etape a travaliului, aceasta rămâne o problemă actuală până în prezent. Fiind o complicație foarte rar întâlnită, este important să fie adusă în atenția medicilor obstetricieni debutanți pentru a fi recunoscută și tratată corespunzător. Recunoașterea și tratarea acestei complicații pot contribui semnificativ la

reducerea ratei de morbiditate și mortalitate asociată. Totodată, informarea publicului cu privire la riscurile și semnele de avertizare asociate cu inversiunea uterină poate stimula căutarea rapidă a asistenței medicale și poate îmbunătăți rezultatele pentru femeile care se confruntă cu această complicație.

Raportarea și înregistrarea cazurilor de inversiune uterină din partea sistemului de sănătate ne vor permite să avem o statistică corectă și să dezvoltăm strategii eficiente pentru managementul de corijare a inversiunii uterine.

Mediatizarea inversiunii uterine prin publicații științifice și înregistrarea acestora în bazele de date ne poate ajuta să modificăm fișa de observație a gravidei și să elaborăm un protocol clinic național care să ofere sprijin medicilor obstetricieni în gestionarea acestei complicații.

CZU: 616.381-072.1-089:618.2



LAPAROSCOPIA ÎN SARCINĂ

Ion Bologan¹, Corina Darii², Irina Burdeniuc³, Margareta Uzun⁴

¹USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

²USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, medic rezident în obstetrică și ginecologie

³USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, medic rezident în obstetrică și ginecologie

⁴IMSP Spitalul Municipal „Gheorghe Paladi”, medic obstetrician-ginecolog

Cuvinte-cheie: laparoscopie, sarcină, colecistectomie, apendicectomie

Introducere

Afecțiunile ginecologice și chirurgicale generale care necesită un management chirurgical în timpul sarcinii reprezintă o provocare medicală, implicând adesea o echipă multidisciplinară. Situațiile medicale în care este necesară o intervenție chirurgicală la femeile gravide sunt rare, survenind în aproximativ 1-2/1000 de sarcini. Laparoscopia în sarcină poate fi utilizată atât în patologii non-obstetrice, cât și în cele obstetrice.

Laparoscopia prezintă o dilemă în sarcină din cauza riscului de leziuni uterine și a posibilei suferințe fetale cauzate de presiunea intraabdominală ridicată. Totuși, în comparație cu chirurgia deschisă, laparoscopia este asociată cu o recuperare mai rapidă, perioade mai scurte de spitalizare și o rată mai mică de infecție a plăgii.

Scopul

Analiza indicațiilor pentru utilizarea tehnicii laparoscopice la pacientele gravide, în vederea prevenirii complicațiilor ulterioare intervenției chirurgicale.

Materiale și metode

În cadrul acestui studiu, s-a realizat o sinteză a literaturii de specialitate, bazată pe articole publicate pe PubMed, NCBI, Cochrane Database și ScienceDirect, utilizând cuvinte-cheie precum: „laparoscopie”, „sarcină”, „colecistectomie” și „apendicectomie”. De asemenea, s-a efectuat o revizuire descriptivă a ghidurilor elaborate și emise de patru societăți naționale de prestigiu: Societatea Britanică pentru Endoscopie Ginecologică (BSGE), Societatea Americană a Chirurgilor Gastrointestinali și Endoscopiști (SAGES), Societatea Obstetricienilor și Ginecologilor din Canada (SOCG) și Colegiul Național al Ginecologilor și Obstetricienilor Francezi (CNGOF).

Rezultate

Gestionarea durerii abdominale la pacienta gravidă reprezintă o dilemă în care clinicianul trebuie să aleagă modalitățile de diagnostic și de tratament sigure atât pentru mamă, cât și pentru făt. În ceea ce privește diagnosticul patologiei abdominale, SAGES și SOCG afirmă că ultrasunetele sunt sigure și eficiente.

BSGE și SAGES susțin că laparoscopia poate fi efectuată în siguranță în orice trimestru al sarcinii. În ceea ce privește realizarea laparoscopiei în sarcina avansată, un studiu din anul 2017, realizat de către S. Guterman, care a inclus 23 de cazuri de laparoscopie între săptămânile 15 și 33 de gestație, nu a înregistrat nicio conversie în laparotomie. Cu toate acestea, trei paciente au născut prematur, iar două dintre ele au avut complicații ale sarcinii, cum ar fi corioamnionită. Un alt studiu realizat de Shiomo. B. Cohers în anul 2020, a analizat 12 paciente între săptămânile 27 și 38 de gestație care au fost supuse laparoscopiei. Ca rezultat, o intervenție a fost finalizată prin laparotomie, iar 2 dintre cele 12 paciente au avut un travaliu prematur.

Laparoscopia cu un singur port a fost studiată de Hyun Woong Cho în anul 2021. Studiul a inclus 12 paciente diagnosticate cu apendicită acută, având o vârstă gestațională cuprinsă între 6 și 30 de săptămâni. În timpul intervențiilor, la trei dintre acestea a fost necesară introducerea de porturi suplimentare, iar durata medie a operației a fost de 60 de minute, cu o incizie medie de 2 cm. Una dintre paciente a suferit un avort spontan. În anul 2022, Han a utilizat laparoscopia cu un singur port la 10 paciente cu mase anexiale, la o vârstă de gestație de 16-18 săptămâni. Durata medie a intervenției a fost de 112 minute, iar un caz s-a soldat cu o naștere prematură la 34 de săptămâni de gestație.

În ceea ce privește presiunea de insuflație în timpul intervenției chirurgicale laparoscopice în sarcină, BSGE afirmă că după ce presiunea atinge nivelul de 20-25 mmHg înainte de introducerea trocarului primar, presiunile operaționale acceptate și sigure pe care chirurgii ar trebui să le urmărească sunt de până la 12 mmHg.

Un alt aspect important în intervențiile laparoscopice în timpul sarcinii este manipularea minimă a uterului, în special în trimestrele II și III. Aceasta abordare este necesară pentru a evita leziunile mecanice și pentru a reduce la minimum posibila reacție contractilă a uterului.

Studiul european MARTINS 2017 a investigat opinia a 55 de respondenți din 17 țări europene. Datele colectate au demonstrat că laparoscopia ca abord de primă intenție în primul trimestru este utilizată în proporție de 84%, iar în trimestrul trei această opțiune a fost aleasă în 18% din cazuri. În ceea ce privește poziționarea pacientei în timpul intervenției, s-a constatat că poziția Trendelenburg a fost preferată în 96% din cazuri în T1, poziția decubit lateral în 60% din cazuri în T3 și poziția supraombilicală în 64% din cazuri în T3.

În paralel, un studiu american realizat de Reedt et al. în 2017 a publicat un sondaj semnificativ în care au fost întrebați chirurgii din cadrul Societății de Chirurgie Laparoscopică despre experiențele lor nepublicate în intervențiile laparoscopice asupra pacientelor gravide. Rezultatele au evidențiat un număr semnificativ de intervenții efectuate, incluzând 199 de colecistectomii laparoscopice și 67 de apendicectomii, demonstrând o tendință generală crescândă spre utilizarea laparoscopiei în sarcină.

Concluzii

Chirurgia laparoscopică în timpul sarcinii a devenit o opțiune sigură și eficientă pentru tratamentul patologiilor chirurgicale acute. În contextul progreselor semnificative în domeniul laparoscopiei și al pregătirii chirurgilor, o gamă mai largă de afecțiuni chirurgicale non-obstetrice poate fi gestionată endoscopic în timpul sarcinii. Laparoscopia este considerată a fi o procedură fără riscuri majore atât pentru mamă, cât și pentru făt, cu condiția respectării indicațiilor laparoscopiei generale.

CZU: 616.36-02:615.06:618.2



LEZIUNEA HEPATICĂ INDUSĂ MEDICAMENTOS ÎN SARCINĂ

Ilinca Doncilă¹, Irina Burdeniuc², Rodica Catrinici³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, studentă

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, medic rezident în obstetrică și ginecologie

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: insuficiență hepatică, medicamente, sarcină, acetaminofen, antibiotic, a-Metildopa

Introducere

Leziunile hepatice de etiologie medicamentoasă (LHIM) reprezintă una dintre cele mai frecvente cauze (< 40%) ale insuficienței hepatice acute la nivel global. Există peste 1000 de substanțe care pot provoca această afecțiune. Efectele medicamentelor sunt diferite, în funcție de particularitățile lor farmacocinetice, farmacodinamice și farmacotoxicologice, perioada în care acționează și de starea fiziologică sau patologică a viitoarei mame. Pe parcursul evoluției sarcinii, metabolizarea hepatică a substanțelor medicamentoase este redusă. Factorii principali care modifică farmacocinetica medicamentelor la femeile gravide sunt: modificările cardiovasculare și respiratorii, creșterea țesutului adipos, a volumului lichidului extracelular și diminuarea concentrației proteinelor plasmatic.

Studiile clinice abordează rar efectele medicamentelor la gravide din cauza problemelor etice. Incidența generală a LHIM este de la 10 la 15 cazuri la 100000 de femei însărcinate pe an. Factorii de risc pentru LHIM includ doza, lipofilitatea medicamentului și metabolismul hepatic. Cele mai frecvente remedii medicamen-

toase ale LHIM în sarcină sunt analgezicele, antihipertensivele (metildopa, hidralazina), antimicrobienele (nitrofurantoina, minociclina), agenții antiretrovirali, anticolinergicele și propiltiouracilul.

Scopul acestui studiu este de a investiga remediile medicamentoase care pot cauza leziuni hepatice la gravide, în scopul asigurării inofensivității administrării acestora.

Obiectivele cercetării includ studierea particularităților farmacocineticii la pacientele gravide; identificarea și enumerarea preparatelor medicamentoase care au fost asociate cu leziuni hepatice în timpul sarcinii; conștientizarea efectelor potențiale la nivel hepatic ale medicamentelor administrate în perioada de gestație.

Materiale și metode

Pentru atingerea acestor obiective, studiul a implicat cercetarea articolelor publicate în bazele de date: PubMed, Google Scholar, Cochrane Library, folosind termeni de căutare relevanți, precum „insuficiență hepatică”, „sarcină”, „acetaminofen”, „a-metildopa” și „antibiotic”.

Rezultate

Această cercetare a analizat efectele la nivel hepatic ale mai multor medicamente utilizate în timpul sarcinii, inclusiv acetaminofenul, α -metildopa, antibioticele, antituberculoasele și antitirodiencele. Acetaminofenul, un medicament comun utilizat pentru febră/durere, a fost asociat cu cea mai mare parte a cazurilor de insuficiență hepatică acută (42%). Supradozajul (o doză care depășește 4 grame pe zi) este adesea cauza principală, manifestându-se prin simptome precum greață și vărsături. Caracterul nespecific al simptomelor și apariția lor frecventă în timpul sarcinii pot întârzia stabilirea diagnosticului. Alte simptome includ: acidoză metabolică, coagulopatie, insuficiență renală acută, pancreatită și comă. Acetaminofenul traversează cu ușurință placentă, ceea ce poate duce la leziuni hepatice la făt sau chiar deces fetal, iar tratamentul precoce cu N-acetilcisteină poate reduce riscul de efecte adverse. α -Metildopa este un medicament antihipertensiv frecvent utilizat în timpul gravidității, fiind considerat sigur pentru făt și bine tolerat de pacientă. Cu toate acestea, au fost raportate cazuri de hepatită indusă de metildopa în sarcină. Mecanismul prin care acest medicament afectează ficatul este legat de metabolismul anormal al α -Metildopei de către citocromul P450. Prin procese imunologice, metabolitul acționează ca un antigen și declanșează un răspuns imun. Leziunile hepatice asociate cu α -Metildopa pot fi tranzitorii, de obicei, fără simptome, dar pot apărea acuze precum anorexie, dureri abdominale, prurit și semne de hepatomegalie. Examenul paraclinic relevă creșterea fosfatazei alcaline serice, a bilirubinei serice, a nivelurilor de transaminaze glutamice oxaloacetice, precum și retenție de bromsulfaleină. De obicei, leziunile hepatice cu α -Metildopa dispar spontan după întreruperea tratamentului, dar în unele cazuri, se recomandă terapia cu glucocorticosteroizi.

Antibioticele neteratogene sunt adesea prescrise în timpul sarcinii pentru tratarea infecțiilor tractului urinar și a infecțiilor respiratorii superioare, precum și pentru profilaxia în cazul operației cezariene sau al rupturii premature a membranelor înainte de travaliu. Azitromicina poate provoca colestază intrahepatică, iar nivelul probelor hepatice revine la normal în decurs de aproximativ 4 săptămâni după întreruperea tratamentului. Leziunea hepatică indusă de tetraciclină cauzează infiltrarea grasă a ficatului, iar riscul este mai mare în prezența disfuncției renale și a sarcinii.

Hipertiroidismul este o tulburare endocrină comună care afectează 2% dintre femeile din întreaga lume. Medicamentele antitirodience tionamidice, metimazolul, carbimazolul și propiltiouracilul sunt prescrise pentru tratamentul acestei afecțiuni în timpul sarcinii. Propiltiouracilul poate provoca necroză hepatică, dilatare a triadelor portale, formare a infiltratului limfoplasmocitar, insuficiență hepatică acută. Toate acestea favorizează avortul spontan, encefalopatia ischemică antenatală și cresc rata de nașteri prin cezariană. Organizația Mondială a Sănătății recomandă tratamentul tuberculozei active în timpul sarcinii cu patru medicamente de primă linie: etambutol, rifampicină, izoniazidă și pirazinamidă. Se știe că ultimele trei medicamente pot provoca hepatotoxicitate. Monitorizarea funcției hepatice și a simptomelor clinice precum anorexia, greața, vărsăturile, urina închisă la culoare, icterul și erupțiile cutanate este esențială pentru diagnosticul precoce al leziunilor hepatice induse de aceste medicamente.

Concluzii

Datele indică faptul că doar 30% dintre femei se simt informate cu privire la riscurile asociate administrării de medicamente în timpul sarcinii. Aceste pacientele sunt considerate parte din grupul de risc pentru dezvoltarea leziunilor hepatice de etiologie medicamentoasă. Principalele cauze includ schimbările fiziologice legate de sarcină care influențează farmacocinetica medicamentelor, precum modificările fluxului

sanguin hepatic, nivelurile de activitate a enzimelor microzomale, distribuția fluidelor corporale și nivelurile de albumină serică. Administrarea de medicamente ar trebui să fie efectuată numai cu recomandarea medicului atunci când beneficiile depășesc riscurile, după o consiliere prealabilă adecvată și în funcție de vârsta gestațională și de categoria medicamentului, pentru a minimiza reacțiile adverse.

CZU: 618.33-007.61:618.5-089.888.14



MACROSOMIA FETALĂ CA INDICAȚIE PENTRU INDUCEREA TRAVALIULUI

Irina Burdeniuc¹, Ion Bologan², Corina Darii³, Ana-Maria Bologan⁴

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, medic rezident în obstetrică și ginecologie

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, medic rezident în obstetrică și ginecologie

⁴ Royal Hampshire County Hospital, Winchester, United Kingdom, studentă

Cuvinte-cheie: macrosomie fetală, inducere, travaliu, distocie de umăr

Introducere

Nu există o definiție unică și universal acceptată pentru termenul de „făt macrosom”. Potrivit studiilor clinice, la stabilirea diagnosticului de făt macrosom se iau în considerare două criterii: greutatea la naștere peste 4000 g și greutatea care depășește percentila 90 pentru vârsta gestațională. Organizația Mondială a Sănătății definește un copil drept macrosom dacă greutatea acestuia la naștere depășește 4000 g. Frecvența macrosomiei fetale la mamele sănătoase este de aproximativ 12%, dar poate crește la 15-45% în cazul gravidelor cu diabet gestațional, în dependență de nivelul glicemiei. În Republica Moldova, rata macrosomiei fetale se estimează la 5% și are tendință de creștere. În literatura de specialitate, printre factorii de risc pentru macrosomia fetală se numără diabetul zaharat la mamă, obezitatea maternă, adaosul ponderal patologic, multiparitatea, vârsta gestațională mai mare de 40 de săptămâni de amenoree (s.a.) și fătul de sex masculin. Macrosomia fetală poate crește riscul de deces fetal și de complicații materne și neonatale pe termen lung de 2-3 ori. Nașterea unui făt macrosom poate fi asociată cu complicații în travaliu, precum insuficiența primară și secundară a forțelor de contracție, insuficiența forțelor scremetelor, disproporția fetopelvină, ruperea prematură pretravaliu a pungii amniotice, hemoragiile hipotone, creșterea frecvenței și a severității traumatismului matern și fetal. Pentru a preveni macrosomia fetală și complicațiile asociate, în special la pacientele cu risc crescut, având în vedere că fătul crește cu 230 g/săptămână după 37 s.a., în studiile clinice s-a propus inducerea electivă a travaliului înainte sau aproape de termen.

Scopul studiului este de a reduce numărul de cazuri de morbiditate și mortalitate perinatală și maternă cauzate de macrosomia fetală, prin utilizarea inducerii travaliului la termen sau aproape de acesta.

Materiale și metode

Metodologia acestui studiu se bazează pe o sinteză a literaturii de specialitate, care include articole publicate pe platformele PubMed, NCBI, Cochrane Database și ScienceDirect, în intervalul 2015-2023. Cuvintele-cheie utilizate pentru căutare au inclus: „macrosomie fetală”, „inducere”, „travaliu” și „distocie de umăr”.

Rezultate

Studiile efectuate au demonstrat că pentru a induce travaliul în mod sigur și eficient este important să se îndeplinească anumite condiții, cele mai importante fiind maturitatea pulmonară a fătului și un scor Bishop ≥ 6 p. Inducerea travaliului în cazul imaturității pulmonare a fătului sau a unui col uterin biologic nepregătit pentru naștere crește riscul de complicații și poate necesita intervenții medicale suplimentare sau chiar o naștere prin operație cezariană. În situația în care se estimează că greutatea fătului va depăși 4250 de grame într-o sarcină asociată cu diabet gestațional sau 4500 de grame în cazul unei sarcini fiziologice, se recomandă nașterea prin operație cezariană electivă. Alte indicații pentru o naștere prin cezariană în cazul unui făt macrosom includ disproporția fetopelvină și insuficiența forțelor de contracție.

Estimările prenatale ale greutății fetale pot fi adesea imprecise, ceea ce poate duce la inducerea inutilă a travaliului. Numărul exact de induceri ale travaliului necesare pentru a preveni un deces perinatal în cazul feților macrosomi poate varia. Conform unui studiu din anul 2018, pentru a preveni un deces perinatal în cazul feților macrosomi, sunt necesare în medie 426 de induceri. Studiile clinice au arătat că inducerea travaliului pentru macrosomia fetală suspectată poate duce la o greutate medie la naștere mai mică în comparație cu fătul care nu este supus inducerii. Aceasta poate reduce riscul de complicații asociate cu nașterea unui făt macrosom, cum ar fi distocia de umăr, hipoxia fetală, lezarea plexului brahial, traumatismul cerebral ș.a.

Pe de altă parte, cercetările demonstrează că inducerea travaliului pentru macrosomia fetală nu afectează semnificativ rata operațiilor cezariene sau a nașterilor asistate instrumental.

Unele studii au sugerat că inducerea travaliului ar putea fi asociată cu o ușoară creștere a ratei de operații cezariene.

În mod normal, maturitatea pulmonară a fătului este atinsă în jurul celei de-a 37-a săptămâni de gestație. Totuși, la fetușii născuți de mame cu diabet gestațional, plămânul poate să nu fie complet matur până la 38-39 de săptămâni de amenoree sau chiar mai târziu. Prin urmare, o sarcină complicată cu diabet gestațional necesită o atenție specială.

Concluzii

Inducerea travaliului la termen sau înainte de termen poate reduce masa nou-născutului și poate scădea riscul de distocie de umăr în cazul suspectării de macrosomie fetală sau la gravidele cu diabet gestațional. Cu toate acestea, beneficiile pot varia și pot depinde de mai mulți factori, inclusiv momentul exact al inducerii, caracteristicile individuale ale fiecărei sarcini etc. Decizia de a induce travaliul ar trebui să fie luată în urma unei discuții între medic și pacientă, ținând cont de factorii de risc prezenți, preferințele și valorile individuale ale gravidei.

CZU: 618.33-073.43:616.12-007-053.1



MALFORMAȚIILE CONOTRUNCALE FETALE. DIAGNOSTIC PRENATAL ȘI CONDUIȚĂ OBSTETRICĂ. EXPERIENȚA UNUI SINGUR CENTRU DE DIAGNOSTIC PRENATAL

Gheorghe Iliev^{1}, Daniela Scripcaru², Vlad Gorduza³, Violeta Martiniuc⁴*

¹ Centrul Medical Dr. Gh. Iliev, Iași, România, doctor în științe medicale

² Laboratorul de Anatomie Patologică, SCOG „Cuza Vodă”, Iași, România, doctor în științe medicale

³ Disciplina de Genetică Medicală, UMF „Gr.T. Popa”, Iași, România, doctor în științe medicale, profesor doctor universitar

⁴ Laboratorul de Genetică, SCOG „Cuza Vodă”, Iași, România, biolog

Cuvinte-cheie: malformații cardiace congenitale, malformații conotruncale, ecocardiografie fetală, diagnostic prenatal, evoluție

Introducere

Malformațiile conotruncale (MCT) se caracterizează prin anomalii ale căilor de ejecție ale cordului și sunt cauzate de dezvoltarea aberantă a regiunii conotruncale a inimii embrionare. Diagnosticul prenatal al MCT optimizează îngrijirea obstetricală și neonatală.

Scopul

Evaluarea acurateții diagnosticului prenatal al MCT, al malformațiilor cardiace și al extracardiace asociate și stabilirea prognosticului perinatal.

Materiale și metode

Studiul este unul retrospectiv și a inclus perioada 01.05.2007-30.11.2023. Pentru morfologia și ecocardiografia fetale au fost folosite ecografele HITACHI-ALOKA, modelele F37 și Arietta 70. Examinarea cardiacă fetală a fost realizată conform unui protocol extins de ecocardiografie. Au fost incluse în studiu cazurile cu transpoziție de vase mari (TVM), TVM corectată congenital (TVMcc), tetralogie Fallot (TF), ventricul drept cu dubla ejecție (VDDE), atrezie pulmonară asociată cu defect septal ventricular (AP+DSV) și trunchi arterial

comun (TAC). Pentru căile de ejecție a fost calculat scorul Z. Reconfirmarea diagnosticului de MCT s-a făcut prin ecocardiografie prenatală/postnatală efectuată de cardiologi pediatri, prin necropsie în cazurile de avort terapeutic (AT) sau deces neonatal (DN). De asemenea, s-a efectuat diagnosticul genetic prenatal (DGP) pentru aneuploidii și microdeleții 22q11. Intervențiile chirurgicale s-au realizat în centrele specializate din țară sau din străinătate. Informațiile despre evoluția cazurilor au fost obținute din scrisorile medicale la externare.

Rezultate

Am diagnosticat 68 de cazuri cu MCT. Din studiu au fost excluse 11 cazuri care nu au fost urmărite ulterior. Astfel, 57 de cazuri rămase în studiu au fost reprezentate după cum urmează: 16 cazuri cu TVM (din care 10 cazuri au avut asociat DSV), 1 caz cu TVMcc (asociat DSV), 15 cazuri cu TF (3 cazuri au avut asociat sindromul absenței valvei pulmonare), 16 cazuri cu VDDE, 1 caz cu AP+DSV și 8 cazuri cu TAC. Diagnosticul prenatal de MCT a fost corect în 53/57 (93,0%) cazuri, corect, dar incomplet în 3/57 (5,3%) cazuri și incorect în 1/57 (1,7%) cazuri. Malformațiile asociate intracardiace au fost prezente în 63,1% din cazuri, iar cele extracardiace în 33,3% din cazuri. Diagnosticul genetic prenatal a fost efectuat în 8/57 (14,0%) cazuri, identificându-se 5/8 (62,5%) cazuri cu anomalii cromozomiale, dintre care 2 cazuri cu trisomia 13, 2 cazuri cu trisomia 9 și un caz cu două microduplicații (16p12.1p11.2 și 19q12.13.43). În ceea ce privește evoluția cazurilor, s-au efectuat 22/57 (38,6%) de avorturi terapeutice, iar în 3/35 cazuri (8,6%) s-a constatat decesul fetal *in utero*. Din cei 32 de nou-născuți (n-n), 5 (15,6%) au decedat înainte de intervenția chirurgicală. Au fost operați 23/27 (85,2%) de n-n, iar 3 pacienți sunt în așteptarea intervenției chirurgicale. S-a înregistrat un deces postoperator în 1/23 (4,3%) cazuri. Mortalitatea neonatală globală a constituit 18,7% (6/32), iar în două cazuri s-a înregistrat deces infantil (ambele cazuri neoperate).

Concluzii

Malformațiile conotruncale pot fi diagnosticate ecografic prenatal cu un grad de precizie ridicat. În cadrul studiului nostru, am obținut o acuratețe de 93,0% în diagnosticul prenatal al MCT. Cu toate acestea, în unele cazuri, definirea relației spațiale a căilor de ejecție poate fi dificilă, în special când este prezent și defectul septal ventricular. Prognosticul perinatal în cazurile cu MCT este rezervat și este determinat de complexitatea malformațiilor cardiace, precum și de prezența altor malformații extracardiace și anomalii cromozomiale. Am constatat o rată a deceselor perinatale de 54,4%, inclusiv cazurile care au implicat avorturi terapeutice. MCT simple, care de obicei ajung la termen, au un prognostic mai bun. Astfel, am constatat un deces neonatal global de 18,7%. Diagnosticul prenatal al MCT poate îmbunătăți prognosticul postnatal al nou-născuților printr-o mai bună consiliere prenatală a cuplurilor. Abordarea pluridisciplinară a cazurilor cu MCT, implicând obstetricieni, neonatologi, cardiologi pediatri, geneticieni, cardiochirurghi, este esențială pentru stabilirea unui diagnostic prenatal precis și pentru îmbunătățirea conduitei perinatale.

CZU: 618.2/.7:614.2(478-25)



MONITORIZAREA RISCURILOR ASOCIATE SARCINII ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU (proiectul-pilot MORIAS)

Dumitru Șișcanu¹, Stelian Hodoroșea², Cristina Rotaru³, Rodica Negru⁴

¹ IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, doctor în științe medicale

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ Consultant independent

⁴ IMSP Institutul de Cardiologie, medic cardiolog

Cuvinte-cheie: Proiectul MORIAS, activitate participativă, sănătatea mamei și a copilului

Introducere

Programele naționale de perinatologie implementate în ultimele două decenii au contribuit semnificativ la îmbunătățirea calității îngrijirilor la naștere și a asistenței medicale neonatale. Cu toate acestea, sustenabilitatea îmbunătățirilor în sănătatea mamei și a copiilor, în special din regiunile rurale, a rămas

o provocare, influențată de mai mulți factori, inclusiv de ordin economic și social. Problema în cauză e determinată și de faptul că, frecvent, intervențiile manageriale în domeniul sănătății materno-infantile nu sunt axate pe nevoile potențialilor beneficiari, deoarece opiniile și sugestiile acestora nu sunt suficient de bine studiate și analizate.

În acest context, o echipă de specialiști au inițiat proiectul-pilot „Monitorizarea riscurilor asociate sarcinii în municipiul Chișinău” (MORIAS), realizat în Secția Consultativă de Perinatologie a IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, în parteneriat cu Asociația Obștească „Progres prin Alternativă” și cu sprijinul financiar al Ambasadei SUA în Moldova, în cadrul concursului de granturi pentru absolvenții programelor de schimb americane.

MORIAS este rezultatul adaptării la condițiile țării noastre a experienței SUA pe baza Programului PRAMS (The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System), lansat în anul 1987 pentru reducerea nașterilor premature și a morbidității și mortalității infantile.

Proiectul-pilot a fost implementat în perioada anilor 2020-2021 și a constat în realizarea unui sondaj continuu printre femeile recent devenite mame. Participantele au completat un chestionar special elaborat privind cunoștințele și experiențele lor materne, dar și opinii referitoare la calitatea și volumul asistenței medicale primite înainte de concepție, în timpul sarcinii, la naștere și în primele luni post-partum.

Scopul

Identificarea unor noi oportunități pentru prevenirea mortalității și morbidității materne și infantile în municipiul Chișinău, prin implicarea activă a beneficiarelor de servicii medicale în domeniul sănătății mamei și copilului. Acest lucru presupune elaborarea și testarea unui sistem de monitorizare a riscurilor asociate sarcinii în condițiile Republicii Moldova, prin efectuarea unui sondaj continuu printre femeile care recent au devenit mame (la trei luni după naștere).

Materiale și metode

Echipa proiectului a elaborat un protocol de desfășurare a sondajului printre femei la trei luni după nașterea copilului în maternitatea de la IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”. Pentru a asigura o selecție aleatorie a respondentelor, a fost aplicată o metodă simplă, fiecare a cincea persoană din Registrul certificatelor de naștere al instituției fiind selectată pentru a participa la sondaj.

Chestionarul a fost disponibil în limbile română și rusă atât pe suport de hârtie, cât și în format online, facilitând accesul pentru toate respondentele. Acesta a inclus 12 secțiuni cu un număr total de 206 întrebări, majoritatea oferind opțiuni de răspuns.

Datele colectate prin intermediul chestionarelor au fost stocate într-un program elaborat pe platforma Microsoft Forms. Pentru analiza statistică a datelor, s-a utilizat programul Excel, oferind un cadru riguros pentru interpretarea rezultatelor.

O atenție specială a fost acordată managementului datelor cu caracter personal.

Rezultate

Din cele 842 de femei selectate pentru a participa la sondajul MORIAS după naștere, 430 (51,0%) au completat toate cele trei module ale chestionarului, iar altele 35 (8,4%) au finalizat cel puțin un modul. O majoritate covârșitoare (98%) dintre participantele intervievate au ales să completeze varianta online a chestionarului. În același timp, 40 de persoane (4,8%) contactate au refuzat să participe în sondaj.

Cu toate că au completat chestionarul, 70,8% dintre respondente au menționat dificultăți în participarea la sondaj, cum ar fi lipsa de timp, starea de oboseală etc.

Datele analizate și incluse în raportul final al sondajului furnizează o imagine generală a tendințelor privind cunoștințele și comportamentele femeilor participante la sondaj, precum și a opiniilor acestora despre calitatea îngrijirilor medicale primite în diferite etape: preconcepțională, în timpul sarcinii, la naștere și în primele trei luni după externare din maternitate.

În cadrul unui atelier de lucru pentru specialiștii responsabili de gestionarea asistenței medicale perinatale în municipiul Chișinău, s-a realizat un exercițiu de identificare a problemelor din domeniul sănătății mamei și copilului, luând în considerare rezultatele sondajului MORIAS. Pe baza acestor informații, au fost propuse și discutate acțiunile necesare pentru soluționarea problemelor identificate, completate de către participanții la atelier. Totodată, experții și specialiștii din instituțiile partenere au apreciat caracterul inovativ al proiectului-pilot MORIAS și au recomandat extinderea acestuia la nivel național.

Concluzii

Managementul calității serviciilor medicale în domeniul sănătății mamei și a copilului trebuie să includă abordări mai complexe, utilizând potențialul activității participative a beneficiarelor acestor servicii.

Sondajul MORIAS oferă oportunitatea de a cunoaște opiniile beneficiarelor privind calitatea asistenței medicale acordate mamei și copilului în toate etapele, precum și de a identifica domeniile care necesită îmbunătățiri la nivel instituțional și comunitar.

CZU: 618.4+618.5-089.888.61



NOUĂ NAȘTERI *PER VIAS NATURALIS* DUPĂ OPERAȚIE CEZARIANĂ ÎN ANAMNEZĂ: O EVOLUȚIE INEDITĂ A EXPERIENȚEI MATERNE

Ana Jora¹, Ion Bologan²

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, medic resident

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: naștere vaginală după operație cezariană, multipară

Introducere

Nașterea vaginală după o operație cezariană anterioară reprezintă un subiect complex care a stârnit numeroase dezbateri în domeniul obstetricii moderne. Această evoluție reflectă schimbarea perspectivelor și a practicilor medicale, oferind femeilor care au trecut prin cezariană posibilitatea de a alege modalitatea de naștere dorită. Ruptura uterină este cea mai gravă complicație care poate apărea în nașterea vaginală după o operație cezariană. Totuși, nașterea naturală prezintă numeroase avantaje, cum ar fi recuperarea postpartum mai rapidă, perioade de spitalizare mai scurte, rata redusă de tromboză venoasă profundă, morbiditatea maternă mai mică, precum și facilitarea contactului piele la piele între mamă și copil. Rata de succes pentru nașterea vaginală după o operație cezariană poate varia, dar în general, la nivel mondial este estimată între 60% și 70%. Decizia privind modalitatea de naștere depinde de o serie de factori, inclusiv motivele care au stat la baza operației cezariene anterioare, starea de sănătate a mamei și a fătului, vârsta mamei și masa fătului. Este important ca femeia și medicul acesteia să fie conștienți de resursele spitalicești și de disponibilitatea personalului medical obstetrical, anestezic și neonatologic.

Prezentare de caz clinic

Femeie de 38 de ani, S10N10. Din anamneză, prima ei sarcină la vârsta de 22 de ani, care a decurs fără particularități, s-a încheiat cu o cezariană de urgență la 35-36 sa, în urma căreia s-a născut un copil prematur în prezența pelviană. S-a născut un băiețel cu masa de 2400 g, s. Apgar 7/8 p, dar care a decedat peste 9 zile, din cauza anomaliilor multiple de dezvoltare. Peste 9 luni de la nașterea primului făt, femeia a conceput al doilea copil. Sarcina și nașterea au decurs fără complicații, iar cu interval de un an și 5 luni de la cezariana anterioară, a născut al doilea copil. La termenul de 40 sa, a născut o fetiță cu masa de 3900 g, s. Apgar 8/8 p. Placenta degajată activ. Lacerarea perineului gradul II. Au urmat apoi încă 8 nașteri *per vias naturalis* cu masa copiilor între 3150 g și 4150 g. Toate sarcinile, nașterile și perioadele post-partum au decurs fără particularități și complicații, copiii fiind născuți la termenul de 39-40 sa. Toți copiii au fost alăptați la sân cel puțin câte un an fiecare.

Acest caz al unei femei care a avut nouă nașteri *per vias naturalis* după o operație cezariană în anamneză ar putea servi drept sursă de inspirație pentru alte femei și obstetricieni. El demonstrează că nașterea vaginală cu un uter cicatricial este posibilă și că este o opțiune viabilă pentru multe femei.

Concluzii

Nașterea vaginală după o operație cezariană poate fi benefică pentru femei, mai ales dacă condițiile permit acest lucru. Cu toate acestea, este crucial să se ia în considerare mai mulți factori înainte de a lua o decizie. Printre aceștia se numără istoricul medical al femeii, numărul de cicatrici pe uter, prezența fătului și alți factori individuali. Este important să se echilibreze beneficiile cu riscurile potențiale, pentru a lua cea mai potrivită decizie în funcție de circumstanțele individuale și dorințele personale.



OBEZITATEA LA GRAVIDE

*Chiril Grecu¹, Natalia Bursacovscaia², Valeriu Pădure³,
Igor Opalco⁴, Mihaela Guțu-Botnari⁵*

¹IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

²IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

³IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, cercetător științific

⁴IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

⁵IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, medic obstetrician-ginecolog

Cuvinte-cheie: obezitate, sarcină, supraponderalitate, indice de masă corporală

Introducere

Dezvoltarea și creșterea fătului într-un mediu de obezitate maternă se asociază cu un risc ridicat de complicații la mamă și cu un rezultat neonatal advers.

Scopul

Studierea evoluției sarcinii și a nașterii în contextul obezității materne, în vederea identificării și atenuării potențialelor complicații perinatale.

Rezultate

Studiul a inclus un total de 532 de cazuri, femei gravide internate în IMSP Institutul Mamei și Copilului în perioada 2020-2023. Lotul de studiu a fost compus din 209 cazuri, iar lotul de control a inclus 323 de cazuri de femei gravide cu indicii masei corporale (IMC) în limitele normei înainte de sarcină (18,50-24,99 kg/m²).

Lotul de studiu a fost divizat în următoarele grupuri: grupul I: femei supraponderale, cu IMC între 25-29,99 kg/m² – 101 (38,4%) cazuri; grupul II: femei cu obezitate de gradul I, cu IMC 30-34,99 kg/m² – 57 (21,7%) de cazuri; grupul III: femei cu obezitate de gradul II, cu IMC 35-39,99 kg/m² – 28 (10,6%) de cazuri; grupul IV: femei cu obezitate morbidă, cu IMC ≥40 kg/m² – 22 (8,4%) de cazuri.

Analiza datelor a relevat o diferență de vârstă, în mediu de 5 ani, în grupurile studiate din lotul de studiu comparativ cu lotul de control. Această constatare sugerează că, odată cu înaintarea în vârstă, femeile gravide ≥31,4 ani au o predispoziție crescută spre supraponderabilitate, având un IMC >25,00 kg/m², în proporție de 79,9%, iar un sfert dintre acestea pot dezvolta obezitate morbidă.

În ceea ce privește încadrarea în câmpul muncii înainte de sarcină, din lotul de studiu, 137 (65,55%) de femei erau angajate, dintre care 75 (57,74%) proveneau din mediul rural, iar aproximativ o treime dintre ele au indicat condiții de muncă nefavorabile. În lotul de control, 175 (54,17%) de femei erau angajate, majoritatea, adică 102 (58,88%) provenind din mediul urban, iar 48 (27,42%) dintre acestea au menționat condiții de muncă nefavorabile.

Semnele simptomatice caracteristice obezității au fost evidente în studiul nostru. Oboseala a fost raportată de 100 (47,8%) dintre pacientele cu IMC ≥25,00 kg/m², în comparație cu doar 50 (16,65%) de paciente din lotul de control. De asemenea, sentimentul de plictiseală sau depresie a fost mai frecvent întâlnit în rândul pacientelor cu obezitate, cu 13 (6,2%), comparativ cu doar 4 (1,5%) din grupul de control. Sforăitul în timpul somnului a fost un alt simptom semnificativ, manifestat de 50 (23,9%) de paciente, palpitațiile cardiace au percepute de 39 (18,7%) de paciente din lotul de studiu, în timp ce doar 8 (2,98%) paciente din lotul de control au raportat această simptomatologie. Transpirațiile excesive au fost înregistrate la fiecare a patra pacientă cu obezitate, în comparație cu doar 11 (4,1%) dintre cele cu IMC ≤24,99 kg/m². Dispneea a fost raportată de 26,8% dintre pacientele cu obezitate, iar dintre acestea, 12,5% au indicat că se manifestă la efort minim, comparativ cu lotul de control, unde doar 8,04% au raportat dispnee, și doar un caz a indicat prezenta acesteia la efort minim, $\chi^2=1,83$, $p=0,04$. Dureri lombare sau articulare persistente au fost semnalate de 74 (35,4%) de paciente din grupul cu obezitate și de 74 (22,91%) cu IMC normal, $\chi^2=14,3$, $p=0,001$.

În ceea ce privește îngrijirea prenatală, s-a constatat că 181 (86,60%) dintre gravidele din lotul de studiu au fost în evidență medicală precoce, comparativ cu 252 (78,01%) din lotul de control. De asemenea, 142 (67,9%) dintre gravidele din lotul de studiu au beneficiat cel puțin de 4 consultații ale medicului obstetrician-ginecolog, în timp ce în lotul de control 268 (82,97%) s-au prezentat la medicul obstetrician de două ori pe parcursul sarcinii.

Pe fundalul obezității, sarcina s-a complicat cu preeclampsie $\chi^2=27,73$, $p=0,0001$, OR 5,29 (2,74-10,22) CI 95%, iar cu HTAIS, $\chi^2=5,6$, $p=0,017$, OR 6,38 (1,32-30,38) CI 95%, comparativ cu lotul de control, ceea ce demonstrează necesitatea monitorizării zilnice a TA la aceste femei.

Nașterea naturală s-a realizat în 202 (62,5%) cazuri la parturientele din grupul de control, pe când în grupul de studiu rata operațiilor cezariene a fost de 113 (54,06%) dintre cazuri. Nașterea prematură a fost înregistrată la 34 (10,5%) dintre parturiente din lotul de control și la 35 (16,74%) în cadrul lotului de studiu, $\chi^2=3,8$, $p=0,05$, OR 1,71 (1,29-2,84) CI 95%.

În ceea ce privește complicațiile la naștere, s-a observat că 55 (26,31%) dintre pacientele din lotul de studiu au avut ruptură vaginală profundă, comparativ cu doar 13 (4,02%) din lotul de control. De asemenea, nașterea s-a complicat cu retenție placentară în 17 (8,13%) cazuri din lotul de studiu și în 15 (4,64%) cazuri în lotul de control. Totodată, există un risc sporti de hemoragie mai mare de 500 ml în lotul de studiu, $\chi^2=3,5$, $p=0,008$, OR 3,71 (1,43-10,03) CI 95%, comparativ cu femeile cu un IMC în limitele normale.

Referitor la sănătatea neonatală, s-a observat că 19 (9,09%) din copiii din lotul de studiu au avut un scor Apgar ≤ 6 la naștere, comparativ 13 (4,02%) din lotul de control, $\chi^2=3,61$, OR 2,09 (0,96-4,54) CI 95%. A fost necesar tratament intensiv sau reanimare a nou-născutului în 18 (11,3%) cazuri din lotul de studiu, comparativ cu 8 (2,4%) în grupul parturientelor cu un IMC în limitele normei, $\chi^2=4,9$, OR 2,38 (1,15-4,93) CI 95%.

Concluzii

Între pacientele obeze și cele normoponderale se atestă o diferență de vârstă medie de 5 ani. Gravidele cu vârsta peste 31 de ani au o predispoziție mai mare spre supraponderabilitate, iar un sfert dintre acestea prezintă manifestări clinice, precum oboseală, palpitații cardiace, dificultăți respiratorii la efort minim, transpirații, dureri lombare sau articulare persistente, sforăit, depresie ș.a.

Peste 50% dintre gravidele obeze au necesitat finalizarea nașterii prin operație cezariană. În cazul $IMC \geq 30$ kg/m^2 probabilitatea de a naște prematur și necesitatea transferului nou-născutului în secția de reanimare și terapie intensivă crește de două ori.

Este esențial ca medicul obstetrician să gestioneze corect problemele clinice întâlnite la femeile însărcinate obeze, deoarece acest lucru poate preveni unele complicații atât pentru mamă, cât și pentru făt.

CZU: 618.3/.5-036.88+614.2+159.9



OPORTUNITĂȚI DE AMELIORARE A CALITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE ACORDATE FEMEILOR CARE AU SUPTORAT STĂRI DE PROXIMITATE DE DECES MATERN

*Dumitru Șișcanu¹, Ion Bologan², Liliana Spînu³, Corina Darii⁴,
Maria-Magdalena Gogu⁵, Irina Burdeniuc⁶*

¹ IMSP SCM „Gheorghe Paladi”, doctor în științe medicale

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ IMSP SCM „Gheorghe Paladi”, medic obstetrician-ginecolog

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, medic rezident în obstetrică și ginecologie

⁵ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, medic rezident în obstetrică și ginecologie

⁶ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, medic rezident în obstetrică și ginecologie

Cuvinte-cheie: proximitate de deces matern, suport psihologic, recuperare medicală

Introducere

În ultimii ani, în cadrul IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi” nu au fost înregistrate cazuri de mortalitate maternă, fapt care constituie o performanță importantă pentru întregul colectiv al instituției. În același timp, anual, circa 1,5-2% din nașteri sunt complicate cu stări de proximitate de deces matern (SPDM), survenite antenatal, intrapartum sau în perioada postnatală. În anul 2023, în spital au fost înregistrate 99 de cazuri de proximitate de deces matern, care au inclus 56 de cazuri de hemoragii cu un volum mai mare de 1000 ml; 32 de cazuri de preeclampsie severă, 7 de sindrom HELLP, 2 de eclampsie, precum și câte un caz de ruptură de uter și de sepsis. Auditul cazurilor de proximitate de deces matern, efectuat conform principiului

„de la ușă până la ușă”, nu oferă întotdeauna o înțelegere completă a opiniilor și sugestiilor femeilor care au trecut prin aceste situații, în ceea ce privește calitatea îngrijirilor primite în spital și după externare.

Scopul acestui studiu constă în evaluarea percepțiilor femeilor care au suportat SPDM pentru ajustarea programului de recuperare medico-psiho-socială.

Materiale și metode

În cadrul studiului a fost utilizată metoda interviului personalizat. Din totalul de cazuri de SPDM înregistrate în anul 2023 la IMSP SCM „Gheorghe Paladi”, au fost selectate pentru studiu 25 de cazuri cu un grad mai avansat de severitate, pentru a obține o înțelegere mai profundă a acestei afecțiuni. Pe baza unui chestionar, au fost intervievate telefonic 23 de paciente care au fost disponibile să participe la studiu. Agenda interviului a inclus 27 de întrebări, abordând inclusiv aspecte legate de starea fizică și emoțională la momentul externării din spital, calitatea asistenței medicale primite în timpul spitalizării, precum și îngrijirile de recuperare după externare.

Caracteristica lotului de studiu. Pacientele incluse în studiu au vârsta cuprinsă între 20 și 40 de ani. Din cele 23 de participante la studiu :

- 11 au suferit hemoragii cu volume între 1500 ml și 4300 ml, inclusiv 6 cazuri de *placenta praevia* cu hemoragie, 4 cazuri de decolare de placenta normal inserată și un caz de hematom retrovezical masiv;
- 12 au prezentat stări hipertensive, inclusiv 10 cazuri de preeclampsie severă și 2 de eclampsie;
- 4 femei au născut pe cale naturală, 5 femei au finalizat sarcina prin operație cezariană planificată, iar 14 au născut prin operație cezariană de urgență;
- 10 nașteri au fost pretermen;
- 3 cazuri s-au finalizat cu histerectomie subtotală.

Rezultate

Starea generală la externare a fost evaluată ca „foarte bună” de către 13 intervievate și ca „bună” de către celelalte 10. În ceea ce privește aspectul psiho-emoțional, 14 femei au considerat că au fost suficient de calme, 9 dintre ele au fost alarmate, iar două mame au fost într-o stare de depresie, motiv pentru care, ulterior, deja fiind la domiciliu, au solicitat ajutorul unui psihoterapeut.

În 19 cazuri, femeile au raportat un suport psihologic insuficient din partea lucrătorilor medicali din spital, sugerând necesitatea unei implicări mai frecvente a psihologului. La întoarcerea acasă din maternitate, 8 femei au fost vizitate de medicul de familie sau de asistenta medicală, în principal pentru a evalua starea copilului nou-născut. Celelalte 15 femei au fost contactate de personalul medical doar telefonic, 13 dintre ele fiind locuitoare ale municipiului Chișinău și 2 din raioanele țării. Două din intervievate au apelat de sine stătător la medici specialiști pentru consultații.

La momentul interviului, toate cele 23 de participante și-au apreciat starea fizică și psihologică ca fiind satisfăcătoare. Două femei au fost diagnosticate cu hipertensiune arterială cronică (în urma preeclampsiei severe suportate). De asemenea, o femeie care a suferit o hemoragie masivă la naștere urma un tratament pentru anemie.

Concluzii

Deși femeile care au suportat SPDM sunt mulțumite de calitatea asistenței medicale primite, un număr semnificativ dintre acestea consideră că suportul psiho-emoțional din partea personalului medical este insuficient pentru a depăși stresul post-partum.

După externare, majoritatea femeilor care au suportat complicații obstetricale severe nu au fost vizitate sau examinate de către medicii de familie.

Recomandări

În lumina acestor constatări, studiul sugerează necesitatea implicării mai active a psihologului și a asistentului social din cadrul spitalului pentru susținerea femeilor care au suportat SPDM. De asemenea, pentru o recuperare adecvată din punct de vedere medical, psihologic și social, se recomandă ca femeile care au suportat SPDM să fie monitorizate în primele luni după externare de către medicii specialiști din Secția Consultativă de Perinatologie din cadrul spitalului.



PLACENTA PRAEVIA – CAUZE, DIAGNOSTIC ȘI MORBIDITATE

Nadejda Codreanu¹, Hristiana Caproș², Alexandra Chiricenco³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, medic rezident

Cuvinte-cheie: placenta praevia, factori de risc, morbiditate materno-fetală

Introducere

Placenta praevia (PP) reprezintă o cauză majoră de hemoragie în obstetrică, adesea punând în pericol viața femeii sau având influențe psihoemoționale pe termen lung prin consecințele pe care le antrenează, cum ar fi histerectomia de hemostază. *Placenta praevia* rămâne o problemă importantă în patologia gravidității, iar monitorizarea corespunzătoare, dispensarizarea corectă și managementul atent al nașterii joacă un rol esențial în evitarea complicațiilor.

Scopul acestui studiu este de a cerceta impactul *placentei praevia* asupra morbidității materno-fetale și de a evita factorii de risc asociați acestei patologii.

Materiale și metode

Studiul, de natură retrospectivă, a implicat un lot de 59 de paciente, cu vârste variate, internate în secțiile obstetricale nr. 1, nr. 2 și nr. 3 ale IMSP SCM Nr. 1 în perioada anilor 2018-2020, diagnosticate cu *placenta praevia* și a căror sarcină a fost rezolvată prin operație cezariană.

Rezultate

Analizând numărul de nașteri al pacientelor, am constatat că majoritatea, adică 40 (68%), erau multipare și doar 19 (32%) dintre ele erau primipare. Din numărul total de 59 de paciente diagnosticate cu *placenta praevia*, 29 (49%) au avut în anamneză avorturi, iar celelalte 30 (51%) nu au avut. O analiză mai detaliată a numărului de avorturi printre cele 29 de paciente a arătat că 11 (55%) au suferit un singur avort, 7 (35%) au avut două avorturi și doar 2 paciente (10%) au avut trei avorturi. Analiza structurii avorturilor a depistat că dintre cele 29 de paciente care au avut în anamneză avorturi, 31 (69%) au efectuat un avort medical, iar 14 (31%) au suferit avorturi spontane.

În ceea ce privește prezența operațiilor cezariene în anamneză, 10 paciente (17%) au avut operații cezariene, iar celelalte 49 (83%) nu au avut operații cezariene în anamneză. Analiza pacientelor în funcție de prezența *placentei praevia* în anamneză a relevat că doar o pacientă (2%) avea acest diagnostic în anamneză, în comparație cu celelalte 58 (98%). De asemenea, s-au examinat pacientele în funcție de prezența adenomiozei, identificându-se patru femei (7%) care aveau adenomioză uterină, în timp ce la celelalte 55 (93%) acest diagnostic lipsea.

Din cele 59 de paciente incluse în studiu, 44 (75%) au fost diagnosticate cu PP hemoragică, iar 15 (25%) au suferit PP nonhemoragică. În cazul a 33 de paciente, reprezentând 75%, hemoragia a fost prezentă pentru prima dată, în timp ce 11 (25%) dintre ele au mai avut hemoragii pe parcursul sarcinii. Din cele 44 de paciente diagnosticate cu PP hemoragică, doar 6 (14%) au suferit un șoc hemoragic.

Sarcina tuturor pacientelor examinate s-a rezolvat prin intermediul operației cezariene, dintre care 32 (54%) de intervenții au fost de urgență, iar 27 (46%) au fost planificate. Majoritatea pacientelor au născut la termen, respectiv 36 (61%) dintre ele, însă 23 (39%) au avut nașteri premature. Un alt criteriu analizat a fost prezența *placentei accreta*. Astfel, 6 paciente (10%) au fost diagnosticate cu *placenta accreta*, iar 53 (90%) nu au avut această afecțiune. Analizând cauzele hemoragiilor masive, s-a constatat că la 6 (46%) paciente cu hemoragie masivă s-a efectuat histerectomia, la 5 dintre ele a fost prezentă *placenta accreta* și la 2 dintre ele a fost prezentă *placenta Cezara*.

În funcție de necesitatea recurgerii la histerectomie, 6 paciente (10%) au suferit o histerectomie, iar la celelalte 53 (90%) nu s-a recurs la această intervenție. În ceea ce privește durata spitalizării, majoritatea pacientelor, și anume 53 (90%), au fost internate timp de 3 până la 10 zile, iar doar 6 (10%) dintre ele au necesitat o spitalizare mai lungă de 10 zile.

Concluzii

Studiul a confirmat ca *placenta praevia* este mai frecvent întâlnită la femeile multipare (68%). Factorii de risc major pentru PP menționați în literatura de specialitate au fost evidențiați și în cadrul acestui studiu după cum urmează: prezența în anamneză a avorturilor constatate (49%), a operațiilor cezariene constatate (17%), adenomioza (7%), *placenta praevia* în anamneză (2%). PP este asociată cu o rată înaltă a proximităților materne cauzate de instalarea șocului hemoragic în 14% din cazuri, hemoragii masive în 22% din cazuri, iar rata ridicată a intervenției cezariene (100%) a fost una cu dificultăți tehnice cauzate de *placenta Cezara* în 29% din cazuri, de *placenta accreta* în 10% din cazuri și a necesității de histerectomie în 12% din cazuri.

CZU: 618.5-089.888



PREINDUCȚIA ȘI INDUCȚIA NAȘTERII LA PACIENTELE CU BOLI NON-TRANSMISIBILE (BNT)

Irina Castraveț¹, Victor Petrov²

¹IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, cercetător științific

²IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific de Obstetrică, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

Cuvinte-cheie: sarcină, inducție a nașterii, cateter Folley, mizoprostol

Introducere

În ultimele decenii, datele statistice indică o creștere a numărului de nașteri provocate. Aceasta tendință este generată în mare măsură de numărul tot mai mare de sarcini cu risc, care necesită inducerea nașterii la gravidele cu col uterin imatur. Această intervenție poate conduce, la rândul său, la perturbarea procesului natural de declanșare a nașterii, având consecințe negative asupra evoluției travaliului, cu creșterea intervențiilor obstetricale și a rezultatelor perinatale nefavorabile. Printre complicațiile frecvente care pot apărea se numără hipoxia intrauterină a fătului, distocia colului uterin, insuficiența forțelor de contracție atât primară, cât și secundară, sau insuficiența scremetelor. Procedura de inducere a nașterii poate varia în funcție de regiune și țară, dar prevalența ei este tot mai mare în țările dezvoltate, ajungând să reprezinte până la 25% din totalul nașterilor.

Scopul studiului constă în evaluarea eficacității preinducției și inducției nașterii prin metoda mecanică cu aplicarea cateterului Folley.

Materiale și metode

Studiul a inclus 114 gravide spitalizate în secția Terapiei sarcinii a IMSP Institutul Mamei și Copilului cu BNT la termen >37 s.a. pentru pregătire prenatală și declanșarea nașterii, având în vedere riscurile majore pentru mamă și făt. Maturația colului uterin a fost evaluată conform scorului Bishop, arătând un col imatur (scorul 3-5 puncte) la toate gravidele. Factorii de excludere pentru efectuarea preinducției au inclus indicațiile pentru operația cezariană electivă, ruperea prematură a membranelor și procesele inflamatorii ale cailor de naștere. Astfel, la toate pacientele, pentru preinducție s-a utilizat cateterul Folley, 18 G, cu un volum de 30-50 ml. Rezultatele au fost evaluate conform scorului Bishop peste 18 ore sau la debutul travaliului, cu înlăturarea ulterioară a dispozitivului. În cazurile în care acțiunea mecanică de pregătire a colului uterin timp de 18 ore a fost insuficientă, s-a continuat preinducția cu o doză de prostaglandina E₁ (PG E₁) – Mizoprostol 25 μg oral, eficacitatea etapei a doua de preinducție fiind apreciată la 24 de ore. La gravidele cu col uterin matur, inducerea nașterii a fost realizată prin amniotomie, iar la cele cu col uterin imatur s-a recurs la administrarea PG E₁ în forma buvabilă.

Rezultate

În 111 (96,5%) cazuri, aplicarea cateterului Folley a condus la modificări structurale ale colului uterin. La 19 (16,6%) gravide, pe fondul aplicării cateterului Folley, nașterea a debutat într-un interval de 6-18 ore. La evaluarea stării colului uterin peste 18 ore, s-a constatat că la 66 (57,9%) de paciente scorul Bishop a fost mai mare de 5 puncte, ceea ce a permis inducerea ulterioară a nașterii prin amniotomie sau administrarea PG E₁ – forma buvabilă. La 29 (25,4%) paciente, cu scopul continuării preinducției, s-a

administrat Mizoprostol într-o priză. La examinarea peste 24 de ore, doar la 3 gravide (2,6% din numărul total de preinducții sau 10,3% din numărul gravidelor cu administrare de PG), nu s-au observat schimbări structurale ale cervixului.

Conform rezultatelor studiului, maturația colului uterin s-a obținut în 42 de ore de la inițierea preinducției în 97,3% din cazuri.

Ținem să vă informăm că procentul nașterilor naturale a fost de 80,7%, dar totodată, au necesitat stimularea forțelor de contracții în travaliu 40 de parturiente, ceea ce a reprezentat 35,1% din cazuri. Din cazurile cu insuficiență a forțelor de contracție, 77,5% din cazuri s-au supus corecției după administrarea soluției de oxitocină, iar într-un caz (2,5%) de insuficiență a scremetelor, s-a aplicat ventuza obstetricală. Analizând datele cercetării, putem sublinia faptul că în lotul de studiu, operația cezariană a fost efectuată doar în 19,4% din cazuri. Indicațiile pentru finalizarea urgentă a nașterii au inclus hipoxia acută intrauterină a fătului (33,3%), făt macrosom (22,2%) în asociere cu lichid amniotic meconial (16,7%) și altele (27,8%).

Concluzii

La gravidele cu BNT care au necesitat inducerea nașterii pe fundalul unui col imatur, aplicarea cateterului Folley pentru preinducție s-a dovedit a fi o metodă eficientă, maturația colului uterin fiind obținută în primele 18 ore în 74,6% din cazuri.

În lipsa efectului de maturație necesar la utilizarea cateterului Folley, administrarea PG într-o priză a permis majorarea numărului de paciente cu condiții optime pentru inducere încă în 22,8% din cazuri. La aplicarea metodei mecanice de preinducție în combinație cu PG E₁ în doză de 25 μg oral, maturația colului uterin s-a realizat în primele 42 de ore la 97,3% din gravide. Astfel, schema propusă s-a dovedit a fi ineficientă doar în 2,6% din totalul cazurilor din studiu.

Datorită preinducției eficiente, finalizarea nașterilor *per vias naturalis* a fost înregistrată în 80,7% din cazuri, în timp ce în fiecare al cincilea caz s-a efectuat operația cezariană de urgență.

CZU: 618.331



PREZENTAȚIA TRANSVERSALĂ A FĂTULUI ÎN CONCEPTUL OBSTETRICAL CONTEMPORAN. CAZ CLINIC

Constantin Burnusus¹, Diana Antoci²

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

Cuvinte-cheie: prezentație transversală a fătului, varietate dorsoanterioară, varietate dorsoposterioară, prezentație a umerășului

Introducere

Prezentația transversală a fătului (PTF) reprezintă o naștere distocică rar întâlnită, având o frecvență de aproximativ 3 cazuri la 10000 de nașteri, cu un grad ridicat de risc atât pentru mamă, cât și pentru nou-născut. Prezentația transversală a fătului apare atunci când axul fetal longitudinal este poziționat transversal față de axul lung al uterului și formează cu acesta un unghi de 90°. În această situație, capul fătului este înclinat într-o parte de la linia mediană a corpului gravidei și se află mai sus de crista iliacă.

Etiologia PTF poate fi atribuită atât factorilor materni, cât și celor fetalii. Printre cauzele materne se numără multiparitatea (mai mult de 2 nașteri anterioare), anomaliile uterine și ale ductului Mullerian, precum și prezența unui bazin îngust. În ceea ce privește cauzele fetale, se remarcă nașterile premature, sarcina multiplă, polihidramniosul, placenta praevia cu blocarea pelvisului, cordonul ombilical scurt și anomalii fetale.

Prezentația transversală implică o serie de particularități obstetricale, ceea ce a determinat decizia noastră de a investiga această problemă în detaliu.

Scopul

Elucidarea aspectelor clinice și paraclinice în diagnosticul și managementul PTF, în conformitate cu conceptul obstetrical actual.

Caz clinic. Pacienta X, în vârstă de 22 de ani, S3N2, AOC: un avort medical în 2022, la 6-7 s.a. Examenul clinic și obstetrical a confirmat prezența unei sarcini 41 s.a. cu prezentație transversală fetală și cu dilatarea de 7 cm a colului uterin, precum și ruptura membranelor amniotice la examenul vaginal. În acest context, s-a decis efectuarea unei operații cezariene de urgență. Intervenția a început la ora 20:40. Procedura a constat într-o laparotomie după Pfannenstiel, cezariană cu incizia transversală în segmentul inferior, din cauza modificărilor structurale ale peretelui uterin, care a prezentat o grosime de 1,5-2 cm și o consistență dură. Varietatea dorsoanterioară, versiunea internă clasică a fost realizată, transformând prezentarea transversală în prezentare podalică, cu o incizie suplimentară în formă de T inversat. A fost extras nou-născutul de sex masculin, cu o greutate de 3200 g, o talie de 52 cm și un perimetru cranian de 35 cm, prezentând un scoru Apgar 7/7. Placenta a fost decolată spontan, iar anexele au fost normale. Au fost aplicate măsuri de profilaxie împotriva hemoragiei, urmate de histerorafie cu vicryl nr. 1, cu fire separate, precum și peritonizare. Peretele abdominal a fost restabilit pe straturi, fiind aplicate suturi intradermale. S-a înregistrat o hemoragie estimată la 800 ml, iar durata totală a intervenției chirurgicale a fost de 50 de minute. Pacienta a fost externată la domiciliu în a patra zi postoperator.

Pentru investigarea acestui caz clinic, am consultat literatura de specialitate referitoare la situațiile obstetricale similare.

Rezultate

Unul dintre indicii relevanți pentru diagnosticul PTF este determinarea poziției căpușorului. Amplasarea căpușorului la stânga de linia mediană a corpului gravidei este caracteristică primei poziții, iar orientarea căpușorului la dreapta este specifică celei de-a doua poziții.

Un moment important în acest context este determinarea varietății poziției fetale, care este evaluată în funcție de raportul dintre spatele fătului și peretele anterior sau posterior al uterului. Astfel, distingem varietatea dorsoanterioară, mai frecvent întâlnită, și varietatea dorsoposterioară. În varietatea dorsoanterioară, suprafața flexorie a fătului, iar în dorsoposterioară — suprafața extensorie sunt adaptate la convexitatea coloanei vertebrale materne. În cazul PTF, umărul fetal este partea prezentată cel mai frecvent.

Diagnosticul PTF se efectuează prin intermediul mai multor metode de evaluare, incluzând examenul obiectiv, examenul vaginal (TV), examenul ecografic și, dacă este necesar, imagistic și se confirmă la începutul nașterii. Astfel, în cazul prezentației transversale, forma uterului este extinsă în sens transversal, și nu oval, indicând o poziție anormală a fătului. Înălțimea fundului uterin pare mai mică și nu corespunde termenului de gestație. Capul fetal poate fi palpat la dreapta sau la stânga de linia mediană a corpului gravidei, în timp ce feșele, în partea opusă. Corpul fătului ocupă o poziție mai ridicată în comparație cu capul. Această poziție poate sugera la o versiune spontană a fătului în varietatea dorsoposterioară, deși aceasta este mai puțin frecvent întâlnită. Bătăile cordului fetal (BCF) sunt mai ușor de ascultat în varietatea dorsoanterioară decât în cea dorsoposterioară. La tușeul vaginal, excavația sacrală este liberă, iar partea prezentată este înaltă și diferită de capul sau feșele fătului.

Diagnosticul definitiv este stabilit cu precizie prin examenul ecografic, care evidențiază și concretizează toate particularitățile prezentației transversale. De obicei, gravidele au diagnosticul stabilit de la 36-37 s.a., sunt informate și monitorizate corespunzător pentru a se asigura că managementul pus în aplicare este unul adecvat.

PTF prezintă multiple riscuri materno-fetale în timpul sarcinii și nașterii, incluzând procidența de cordon, ruptura prematură a membranelor amniotice cu risc de prolabare a cordonului ombilical, angajare neglijată cu prolapsul umărului și prolabare de braț în timpul nașterii, traumatism fetal și matern, ruptură de uter, hemoragii masive intrapartum și postpartum, șoc hemoragic și șoc septic.

Odată ce diagnosticul de PTF este stabilit, nașterea trebuie să fie finalizată doar prin operație cezariană. Particularitățile operației cezariene în PTF sunt: anestezie spinală sau peridurală, laparotomie mediană subombilicală care este mai accesibilă și mai rapidă, histerotomie segmento-transversală, iar în caz de necesitate, poate fi efectuată o incizie suplimentară în formă de T inversat în varietatea dorsoanterioară. Este important de menționat că în această varietate, histerotomia segmento-transversală prezintă un risc crescut de traumatism materno-fetal, din cauza efectuării versiunii fetale interne în prezentația pelviană. Totodată, hemoragia intraoperatorie poate fi mai abundentă, iar durata operației poate fi prelungită. Histerotomia corporală este o opțiune mai bună în varietatea dorsoanterioară, deoarece facilitează extracția fătului, în comparație cu histerotomia segmento-transversală; Varietatea dorsoposterioară presupune o procedură de extracție a fătului mai simplă, deoarece membrele fetale sunt vizibile și accesibile, iar rotația este mai ușor de realizat.

Concluzii

Prezența transversală fetală reprezintă o prezență distocică asociată cu un risc crescut de morbiditate și de mortalitate. În prezent, nașterea în prezența transversală fetală este posibilă doar prin operație cezariană. În anumite situații, versiunea internă a fătului în prezența transversală poate fi considerată acceptabilă, însă doar în cazul unei sarcini gemelare, la al doilea făt, și numai sub supravegherea unui medic obstetrician calificat, competent și bine pregătit. Din experiența noastră clinică și din studiile recente din literatura de specialitate, am constatat că operația cezariană în prezența transversală fetală implică particularități obstetricale individuale, iar gestionarea acestei situații necesită o abordare atentă și specializată pentru a minimiza riscurile pentru mamă și copil.

CZU: 618.2:618.177-089.888.11



REZULTATELE PERINATALE LA GRAVIDELE CU SARCINĂ MONOFETALĂ ȘI GEMELARĂ OBTINUTĂ PRIN FERTILIZARE IN VITRO

Gheorghe Caliga¹, Iurie Dondiuc², Victoria Colța³, Victor Finciuc⁴

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctorand

² USMF „Nicolae Testemițanu”, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, medic rezident

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctorand

Cuvinte cheie: fertilizare *in vitro*, duplex, rezultate perinatale

Introducere

Sarcinile obținute prin fertilizarea *in vitro* (FIV) sunt asociate cu un risc crescut pentru complicații obstetricale și rezultate perinatale nefavorabile, cum ar fi nașterea prematură, hipertensiunea indusă de sarcină, diabetul zaharat gestațional, copii cu greutatea mică la naștere, restricția de creștere intrauterină a fătului, ruperea prematură a membranelor amniotice ș.a. Frecvența crescută a nașterilor premature în cazurile de FIV deseori se explică prin numărul mare de nașteri multiple, precum și alte stări, cum ar fi vârsta reproductivă târzie a femeilor, anamneza somatică obstetricală și ginecologică agravată, influența stimulării ovariene asupra nivelurilor hormonale și a parametrilor homeostaziei.

Scopul

Analiza comparativă a rezultatelor perinatale la femeile cu sarcina monofetală și gemelară obținută prin FIV, în vederea adaptării unei tactici de conduită și management adecvat pentru îmbunătățirea rezultatelor perinatale.

Materiale și metode

Pentru atingerea scopului propus a fost realizat un studiu descriptiv care a inclus analiza rezultatelor perinatale la un eșantion de 62 de femei. Acestea au fost împărțite în două grupuri: unul format din 31 de femei cu sarcină monofetală și celălalt – din 31 de femei cu sarcină gemelară, toate aceste sarcini fiind obținute prin fertilizare *in vitro*. Datele analizate au fost colectate de la femeile care au născut în cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului, în perioada iulie 2022 – ianuarie 2024. Rezultatele obținute au fost prelucrate, folosind programele de analiză statistică precum Microsoft Excel și SPSS Statistics.

Rezultate

Vârsta medie a participantelor la studiu a constituit 34 ± 5 ani, majoritatea femeilor (82%) au fost la prima naștere, cu o perioadă medie de infertilitate de 7,81 ani. S-a constatat că în 77,4% de cazuri, sarcina s-a încheiat la termen, iar în 25,6% au fost nașteri premature. În cazul sarcinilor monofetale, graviditatea a avansat până la un termen matur la 27 femei (87%), în timp ce înainte de termen au născut 4 femei (13%), pe când în sarcinile cu duplex, nașterea prematură a fost în 42% dintre acestea. În 90,3% din cazuri, sarcina a fost finalizată prin operație cezariană, dintre care indicațiile de o anamneza ginecologică complicată cu

infertilitate și vârsta pacientelor a fost aproape în jumătate de cazuri (46%). Alte motive pentru încheierea sarcinii prin cezariană au inclus cicatrici pe uter, malformații cardiace la făt, preeclampsie, restricția creșterii intrauterine a fătului și ruperea membranelor amniotice fără debutul spontan al travaliului. Starea feților la naștere a fost evaluată folosind scorul Apgar. La un minut de viață, 12 dintre nou-născuții din sarcinile dúplex și 2 dintre cei din sarcinile monofetale au obținut cu un scor Apgar de 6-7 puncte. În ceea ce privește al doilea nou-născut din sarcinile dúplex, 50% au obținut un scor de 5-7 puncte și 50% au obținut 8 puncte. Din cauza prematurității și a detresei respiratorii, 5 nou-născuți au avut nevoie de resuscitare cardio-pulmonară, suport respirator cu oxigen și administrare de surfactant, dintre care 4 au provenit din sarcini gemelare. De supraveghere în secția de terapie intensivă au avut nevoie 9 noi-născuți din sarcinile gemelare (30%) și 2 copii din sarcinile monofetale (6%). Greutatea medie a nou-născuților a constituit 2900 g în cazul sarcinilor monofetale și de 2300 g în cazul sarcinilor cu duplex.

Concluzii

Rezultatele obținute confirmă necesitatea unei supravegheri complexe în cazul sarcinilor și nașterilor la parturientele care au obținut sarcina prin FIV. Aceste sarcini prezintă adesea complicații precum nașterea prematură și necesitatea unei operații cezariene de urgență, greutatea mică la naștere, ceea ce contribuie la rezultate perinatale nefavorabile. Copii născuți din sarcină multiplă după FIV au o adaptare mai îndelungată, scoruri mai mici la naștere și necesită îngrijiri spitalicești prelungite.

CZU: 618.211-006.2-07-08



REZULTATELE PERINATALE LA GRAVIDELE CU SINDROMUL OVARELOR POLICHISTICE

Victoria Voloceai

USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, asistent universitar

Cuvinte-cheie: sindrom al ovarelor polichistice (SOP), gravide, nou-născuți

Introducere

Infertilitatea și dificultatea de a obține o sarcină reprezintă o problemă globală a pacientelor cu sindromul ovarelor polichistice (SOP). Acest sindrom este strâns legat de complicațiile materne, neonatale și perinatale. O sarcină la o femeie cu SOP poate fi asociată cu multiple complicații, inclusi un risc crescut de avort spontan, nașteri premature, diabet gestațional, boală hipertensivă, preeclampsie și o probabilitate mai mare de naștere prin cezariană. Rezultatele fetale și neonatale confirmă faptul că SOP poate fi asociat cu prematuritate, morbiditate neonatală crescută, varietăți ale greutății la naștere (atât subponderalitate, cât și greutate excesivă pentru vârsta gestațională), restricție de creștere fetală și necesitatea transferului într-o unitate neonatală de terapie intensivă.

Scopul acestui studiu a fost să analizeze particularitățile de evoluție a sarcinii, a nașterii și a datelor despre nou-născuții în rândul gravidelor cu sindromul ovarelor polichistice, în vederea îmbunătățirii rezultatelor perinatale.

Materiale și metode

A fost realizat un studiu retrospectiv care a inclus un lot reprezentativ de 120 de cazuri (atât paciente, cât și feții acestora), repartizate în două loturi distincte: lotul de cercetare a cuprins 60 de respondente gravide diagnosticate cu SOP și feții acestora, și lotul de control, care a inclus 60 de respondente gravide sănătoase și nou-născuții acestora. Pentru colectarea și analiza datelor, s-au folosit programele SPSS Statistics versiunea 26.0 și Excell, ceea ce a asigurat o prelucrare statistică riguroasă a informației colectate.

Rezultate

Vârsta medie a gravidelor cu SOP a fost de 31.5 ± 5.37 ani și de 29.95 ± 5.7 ani în grupul de control. Sarcina a fost asociată cu un procent mai mare de stări hipertensive, înregistrându-se 25% din grupul cu SOP în comparație cu 10% ($p < 0.05$) în grupul de control, diabet gestațional în 28.3% vs. 5% ($p < 0.001$), prematuritate în 13.3% vs. 0% ($p < 0.01$), și avorturi spontane în 11.7% vs. 0% ($p < 0.01$). Rezultatele studiului

privind nașterea și rezultatele perinatale au arătat că inducerea travaliului s-a realizat în 75.47% vs. 40% ($p < 0.001$), operația cezariană fiind necesară în 62.26% vs. 21.7% ($p < 0.001$) din aceste cazuri. De asemenea, macrosomia fetală s-a constatat în 26.43% vs. 0% ($p < 0.001$), iar scorul Apgar de 7-8 puncte a fost înregistrat în 38.3% vs. 0% ($p < 0.01$). Prezența diabetului gestațional printre gravidele cu SOP demonstrează o corelație puternică cu macrosomia fetală ($r = 0.74$, $p < 0.001$). De asemenea, apariția diabetului gestațional și a stărilor hipertensive a demonstrat, de asemenea, o corelație evidentă cu nașterea prematură la pacientele gravide cu SOP comparativ cu grupul de control ($r = 0.57$, $p < 0.001$; $r = 0.40$, $p < 0.01$).

Concluzii

Rezumatul subliniază importanța strategiilor de management preconcepțional în cazul gravidelor cu SOP prin reducerea indicelui de masă corporală (IMC), screeningul pentru diabetul zaharat și stările hipertensive. De asemenea, ajustarea tratamentului corespunzător și monitorizarea atentă a sarcinii sunt esențiale pentru a reduce riscurile asociate cu SOP și complicațiile perinatale ale acestora.

CZU: 618.381-073.43



ROLUL CARDIOTOCOGRAAMEI (CTG) ÎN DIAGNOSTICUL PROLABĂRII DE CORDON OMBILICAL

Olesea Glodeanu¹, Ion Bologan²

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, medic rezident în obstetrică și ginecologie

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: CTG, prolaps de cordon, hipoxie acută, urgență obstetricală

Introducere

Prolabarea cordonului ombilical este o situație clinică rară, cu o incidență raportată de la 1-6 la 1000 de sarcini, dar în scădere în ultimul timp, probabil datorită numărului redus de femei multipare și a incidenței în creștere a operației cezariene. Situația este descrisă atunci când cordonul ombilical alunecă prin colul uterin dilatat sub partea de prezentare a fătului. În cele mai multe cazuri, prolabarea este o urgență clinică, deoarece cordonul este vulnerabil la compresia dintre partea prezentată a fătului și țesuturile moi materne, în special colul uterin. Există mai mulți factori de risc asociați cu prolabarea cordonului, inclusiv intervențiile obstetricale (amniotomia în caz de prezență înaltă a fătului, prezență mobilă, transversală sau oblică), precum și manipulările vaginale asupra fătului (presiunea asupra părții prezentate în cazul membranelor rupte și versiunea cefalică externă). Printre factorii materni se numără multiparitatea, polihidramniosul, nașterea prematură, masa fătului de până la 2500 g, ruptura prematură a membranelor și alți factori.

Scopul

Revizuirea literaturii contemporane și determinarea rolului examenului GTC pentru diagnosticul prolăbării de cordon ombilical.

Materiale și metode

Au fost analizate mai multe articole din bazele de date UpToDate, PubMed, Medscape din ultimii cinci ani.

Rezultate

Prolabarea cordonului ombilical este o urgență obstetricală în care este crucială o naștere rapidă pentru a minimiza riscul hipoxic-ischemic pentru țesutul cerebral neonatal. Conform unui studiu, s-a constatat faptul că un interval de timp mai scurt de la prolăbarea cordonului până la extracția fătului, mai mic de 30 de minute, este asociat cu rezultate mai bune. S-a observat, de asemenea, că scorurile Apgar mai mici (mai puțin de 7 la 5 minute) sunt corelate cu un interval mai lung de la diagnosticul prolăbării până la extracția fătului, mai mare de 60 de minute. Câteva studii mici au raportat, de asemenea, un interval de timp lung de la diagnostic până la extracția fătului, mai ales din cauza factorilor asociați precum (locul diagnosticului, disponibilitatea blocului operator, manevrele clinice aplicate înainte de naștere pentru a preveni obstrucția fluxului sanguin). În toate cazurile prezentate, prolăbarea cordonului ombilical a fost diagnosticată pe baza modificărilor bruște ale traseului CTG. Cu toate acestea, toate pacientele prezentau factori de risc pentru această afecțiune, care au fost identificați în timpul evaluării clinice și anamnestică inițiale. Riscul este asociat

cu obstrucția totală sau parțială a fluxului sanguin ombilical care se reflectă în modificările specifice ale traseului CTG. Obstrucția completă a cordonului ombilical este relativ rară (0,14–0,62%) și, ca urmare, riscul de leziuni cerebrale este, de asemenea, scăzut. Pentru prevenirea obstrucției complete a cordonului ombilical au fost propuse mai multe manevre. Acestea includ ridicarea manuală transvaginală (împingerea în sus a porțiunii de prezentare a fătului pentru a decompresa cordonul ombilical), umplerea vezicii urinare materne cu soluție salină (cu efect de împingere indirectă în sus a părții de prezentare), poziționarea parturientei în decubit lateral stâng (poziția Sims) sau în poziție Trendelenburg sau genu-pectorală. Într-un studiu s-a menționat că prolabarea cordonului poate fi asociată cu bradicardie persistentă, decelerații recurente sau un traseu normal. În același studiu, autorii au remarcat că pH-ul sângelui arterial a scăzut cu 0,009 pe minut, cu un risc ridicat de acidoză atunci când nașterea a avut loc după 20 de minute. Bradicardia persistentă ca urmare a unei decelerații prelungite este una dintre principalele cauze ireversibile ale hipoxiei acute intrapartum, necesitând o naștere rapidă. În cazul unei hipoxii acute, pH-ul arterei ombilicale scade cu 0,1 la fiecare 10 minute. Deoarece este o afecțiune clinică gravă, care poate pune viața în pericol, este necesar un nivel ridicat de suspiciune atunci când factorii de risc sunt asociați cu schimbări în traseul CTG.

Concluzii

Prolabarea cordonului ombilical rămâne a fi una dintre urgențele obstetricale ireversibile. Standardul de aur al diagnosticului este examenul clinic vaginal, efectuat după un eveniment clinic sau paraclinic suspectat. În cazul în care evenimentul survine în timpul spitalizării, rezultatul este de obicei favorabil datorită intervenției rapide. Cu toate acestea, atunci când evenimentul are loc în ambulatoriu, riscul de deces fetal este foarte mare. Prin urmare, pacientele cu risc ridicat trebuie să fie consiliate prenatal cu privire la prolapsul cordonului ombilical. Când se înregistrează o decelerație persistentă pe urma CTG în timpul travaliului, după ruptura membranelor amniotice spontane sau amniotomie, prolabarea cordonului trebuie luată în considerare și verificată de urgență.

CZU: 618.1/.2-089-072.1



ROLUL LAPAROSCOPIEI ÎN OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

Constantin Ostrofeț¹, Olga Cernetchi², Zinaida Sârbu³, Silvia Agop⁴

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: laparoscopie, SCM „Gheorghe Paladi”

Introducere

Laparoscopia reprezintă o provocare pentru obstetrica și ginecologia contemporană din Republica Moldova, deoarece tot mai mult înlocuiește laparotomia clasică. Acest progres a început în anul 1990, când academicianul Gheorghe Paladi a introdus laparoscopia în clinica SCM nr 1. Analiza datelor din literatura de specialitate națională arată că prima lucrare, intitulată „Experiența a 800 de laparoscopii chirurgicale în practica ginecologică”, a fost publicată în Materialele conferinței științifice anuale consacrate semicentenarului USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, 1995, p. 377. De atunci până în 2000 au fost publicate 18 teze, dintre care două în SUA, la Washington, și două în Rusia, la Moscova, în care a fost relatată experiența în tratamentul laparoscopic al afecțiunilor ginecologice. De atunci, s-au făcut multe modificări în tehnica și indicațiile laparoscopiei în obstetrică și ginecologie, iar în ultimii 5 ani, la Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi” au fost efectuate 3576 de laparoscopii.

Scopul

Evaluarea ratei laparoscopiei diagnostic-curative în tratamentul chirurgical al patologiei ginecologice.

Materiale și metode

Analiza statistică a rapoartelor referitoare la intervențiile chirurgicale efectuate în domeniul ginecologiei în perioada 2019-2023 în cadrul clinicii Spitalului Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”.

Rezultate

Pe parcursul anilor 2019-2023, în cadrul clinicii Spitalului Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, laparoscopia cu scop diagnostic a fost efectuată în 22 de cazuri ($1,6 \pm 1,3\%$), iar cea chirurgicală în 3554 de cazuri ($98,4\% \pm 2,3\%$). Dintre acestea din urmă, 3369 de cazuri ($72,5\% \pm 1,3\%$) au fost intervenții planificate, în timp ce în 207 cazuri ($27,5\% \pm 1,3\%$) a fost necesară o intervenție de urgență. Laparoscopia diagnostico-curativă a fost efectuată pentru următoarele patologii: apoplexie ovariană - 54 de cazuri ($27,5\% \pm 1,3\%$), piosalpinx - 50 de cazuri ($27,5\% \pm 1,3\%$), sarcină extrauterină - 300 de cazuri ($27,5\% \pm 1,3\%$), chist ovarian - 897 de cazuri ($27,5\% \pm 4,3\%$), infertilitate - 1249 de cazuri ($27,5\% \pm 3,9\%$), absces tuboovarian - 26 de cazuri ($27,5\% \pm 4,3\%$).

În perioada 2019-2023, s-au efectuat un total de 1886 de laparotomii ginecologice. Dintre acestea, 1286 ($55 \pm 4,3\%$) au fost intervenții planificate, iar 600 ($45 \pm 3,9\%$) au fost urgente. Structura indicațiilor pentru laparotomia ginecologică a fost următoarea: miom uterin - 1508 cazuri ($80 \pm 5,1\%$), incluzând miomectomie în 603 cazuri ($40 \pm 5,9\%$), histerectomie subtotală în 663 de cazuri ($50 \pm 1,3\%$), histerectomie totală în 179 de cazuri ($10 \pm 3,3\%$), intervenții pe anexe - 410 cazuri ($20 \pm 3,9\%$), anexectomie în 54 de cazuri ($14 \pm 1,3\%$), sarcină extrauterină - 278 de cazuri ($71 \pm 5,3\%$), piosalpinx - 50 de cazuri ($10 \pm 1,1\%$), absces tuboovarian - 26 de cazuri ($5 \pm 1,6\%$).

Pacientele care au suferit laparoscopii diagnostico-curative au fost externate în 3552 de cazuri ($98,0\% \pm 2,5\%$) după două zile de la intervenție, iar în 22 de cazuri ($2,0 \pm 1,5\%$) după 4-5 zile.

Pacientele care au suferit laparotomii ginecologice au fost în mare parte externate după 5 zile de la intervenție în 2268 de cazuri ($80,0 \pm 3,3\%$), iar peste 7 zile în 1380 de cazuri ($20,0 \pm 3,5\%$).

Concluzii

Laparoscopia diagnostico-curativă reprezintă metoda de elecție în tratamentul chirurgical al patologiei ginecologice la Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”.

Raportul de 3 laparoscopii la 1,5 laparotomii este benefic din punct de vedere medical și financiar.

Este necesar să ne îndreptăm către un tratament chirurgical laparoscopic de 100% pentru pacientele de vârstă reproductivă, deoarece repercursiunile postchirurgicale asupra fertilității sunt minime.

Beneficiile pacientului în urma intervenției laparoscopice sunt net superioare față de chirurgia clasică prin: durerea postoperatorie scăzută, minimizarea riscurilor de hemoragie după intervenția chirurgicală, lipsa traumei produse asupra peretelui abdominal, rata scăzută de complicații, recuperarea postoperatorie rapidă, timp de spitalizare redus, reintegrarea rapidă în activitatea socială.

CZU: 618.3-06:616.8-009.24:612.015.11



ROLUL STRESULUI OXIDATIV ÎN PATOGENIA PREECLAMPSIEI

Ludmila Ețco¹, Natalia Boșcăneanu², Cătălina Budianu³

¹ IMSP Institutul Mamei și Copilului, doctor habilitat în științe medicale, profesor cercetător

² IMSP Institutul Mamei și Copilului, medic obstetrician-ginecolog

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

Cuvinte-cheie: preeclampsie, stres oxidativ, markeri prooxidanți, markeri antioxidanți

Introducere

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), preeclampsia (PE) reprezintă una din cele mai frecvente cauze de suferință fetală și deces matern la nivel global. Maladaptarea vasculară maternă în preeclampsie este un fenomen complex, care implică o gamă variată de factori patologici. Pentru a preveni complicațiile materno-fetale asociate cu această afecțiune, este important să se efectueze studii exhaustive ale tuturor aspectelor implicate, inclusiv impactul asupra sistemului cardiovascular, disfuncției placentare, precum și efectele asupra dezvoltării fătului. O abordare comprehensivă în cercetarea acestei maladaptări vasculare va contribui la dezvoltarea de strategii eficiente de prevenire și management al preeclampsiei. O teorie importantă în patogenia PE este reprezentată de activizarea stresului oxidativ cu alterarea funcției placentare și endoteliale. Stresul oxidativ este apreciat printr-un dezechilibru dintre indicii nivelului de produși prooxidanți și activitatea sistemului antioxidant. Factorii prooxidanți principali în PE sunt verpre-

lizina și pentozidina (AGE verprelizine like, AGE pentozidine like), dialdehida malonică (DAM), albumina ischemic modificată, produșii proteici ai oxidării avansate (PPOA), ce vor determina dereglarea funcției și structurilor endoteliale vasculare. Cercetarea activității sistemului antioxidant implică evaluarea activității antioxidante totale (sumarea antioxidantilor enzimatici precum superoxid dismutaza, glutation-reductaza, glutation-peroxidaza, ceruloplasmina, metalotioninele) și a capacității cuprului de a oxida ioni. Condițiile de hipoxie-ischemie placentară pot determina frecvent afectarea neurologică a fătului. În acest context, este necesară evidențierea unor biomarkeri capabili să depisteze precoce afectarea fătului și să-l monitorizeze pe parcursul sarcinii. Printre cei mai studiați biomarkeri sunt proteinele S100B și Activina A, cu posibilitate de dozare în sângele matern. Studiul stresului oxidativ în preeclampsie nu doar aduce în prim-plan mecanismele patogene implicare în această afecțiune, ci și deschide calea către identificarea unor noi strategii terapeutice și preventive, esențiale pentru îmbunătățirea sănătății materno-fetale.

Scopul

Evidențierea principalilor markeri ai stresului oxidativ în patogenia preeclampsiei pentru prevenirea complicațiilor materno-fetale.

Materiale și metode

Studiul a inclus un lot de cercetare (L1) format din femei însărcinate diagnosticate cu PE, internate în IMSP IMȘC. Criteriile de includere au fost următoarele: termenul de sarcină cuprins între 28⁺⁰ s.a. – 41⁺⁶ s.a., sarcină monofetală în evoluție, absența diabetului zaharat, absența izoimunizării după factorul Rh și lipsa malformațiilor fetale, precum și acceptarea de a participa la studiu. Lotul de control (L0) a inclus 366 de gravide fără PE.

Rezultate

Studiul valorilor medii ale markerilor prooxidanți în lotul gravidelor cu PE a evidențiat valori semnificativ mai mari în comparație cu lotul de control L0: produșii proteici ai oxidării avansate (PPOA) – 174.7±90.1 μU/ml vs L0 - 46.6±40.5 μU/ml (p<0.0001), produșii finali ai glicării avansate (AGE verprelizine like - 1229.8±1067.3 μU/ml vs L0 - 349.9±136.7 μU/ml (p<0.0001) și AGE pentozidine like - 2161.6±949.9 μU/ml vs L0 - 527.9±193.3 μU/ml (p<0.0001), dialdehida malonică (DAM) - 34.5±20.9 μU/ml vs L0 - 18.3±11.4 μU/ml (p<0.0001). Capacitatea antioxidantă totală (AAT) a evidențiat valori mai mari la gravidele din lotul de control (3.5±1.9 μU/ml), comparativ cu gravidele cu PE din L1, unde media acestui parametru a fost 1.9±1.8 μU/ml (p<0.0001). Totuși, studiul capacității antioxidante a ionilor de cupru nu a evidențiat modificări semnificative între cele două loturi cercetate. Un alt marker antioxidant studiat a fost albumina ischemic modificată, cu valori medii de 0.5±0.9 μU/ml în L1 și 0.6±1.0 μU/ml în L0, fără modificări semnificative între gravidele cu PE și lotul de control. Toți markerii prooxidanți și antioxidanți au fost evaluați și în puseele de hipertensiune arterială. În cazurile de oscilații ale tensiunii arteriale sistolice (TAS) ≥30 mmHg, în 40 de cazuri (8,5%) s-a observat o creștere a factorilor prooxidanți: PPOA 203.7±123.6 μU/ml (lotul absent 88.8±70.8 μU/ml), AGE verprelizina 1046.8±495.5 μU/ml (lotul absent 728.7±937.2 μU/ml), AGE pentozidina 2316.0±933.1 μU/ml (lotul absent 1119.7±966.4 μU/ml), DAM 33.8±13.6 μU/ml (lotul absent 24.7±19.3 μU/ml). Datele paraclinice prezentate atestă existența unui dezechilibru între cele două componente ale stresului oxidativ, cu o creștere a indicilor prooxidanți în detrimentul celor antioxidanți. Conform rezultatelor studiului, se observă că în PE capacitatea antioxidantă este parțial păstrată, fiind asociată cu o acumulare semnificativă a factorilor prooxidanți.

Concluzii

Studiul a demonstrat o creștere semnificativă a valorilor markerilor prooxidanți în preeclampsie comparativ cu grupul de control, în timp ce markerii antioxidanți au prezentat valori relativ neschimbate. Această constatare sugerează că preeclampsia este asociată cu un dezechilibru între procesele de oxidare și antioxidante în organism, cu o acumulare excesivă a factorilor prooxidanți.

De asemenea, s-a observat că oscilațiile tensiunii arteriale sistolice peste limitele fiziologice au fost asociate cu niveluri maxime ale factorilor prooxidanți, subliniind importanța monitorizării atente a tensiunii arteriale în gestionarea preeclampsiei.

Pe baza rezultatelor studiului nostru, considerăm că prooxidanții în exces joacă un rol semnificativ în patogenia preeclampsiei, iar evaluarea meticuloasă a factorilor prooxidanți la gravidele cu această patologie ar permite prevenirea complicațiilor materno-fetale.



SARCINA CU HIV/SIDA. CONDUITĂ ȘI TRATAMENT

Diana Mitriuc¹, Rodica Catrinici², Lina Bodiu³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, medic rezident în obstetrică și ginecologie

Cuvinte-cheie: diagnostic HIV, SIDA, transmitere verticală, TARV

Introducere

Sarcina reprezintă un moment important pentru ca orice femeie să-și cunoască statutul HIV, iar pentru femeile infectate cu HIV – să beneficieze de intervențiile necesare prevenirii transmiterii HIV către viitorul copil. Testarea pentru infecția HIV este necesară pentru toate femeile gravide, în vederea inițierii la timp a măsurilor de prevenire a transmiterii acestei infecții de la mamă la copil și trebuie efectuată doar după obținerea consimțământului informat. În anul 2020, în Republica Moldova au fost înregistrate 191 de femei gravide HIV pozitive, inclusiv 53 la care diagnosticul de infectare cu HIV a fost stabilit pentru prima dată în timpul sarcinii. Pe parcursul anului 2020, 171 de femei HIV pozitive au născut, dintre care 53 prin cezariană. Din cele 171 de femei HIV pozitive care au născut în anul 2020, 15 nu au primit tratament profilactic pentru prevenirea transmiterii infecției HIV de la mamă la făt. Astfel, acoperirea cu tratament profilactic a constituit 91,2%, fiind mai mică cu 4,5% comparativ cu anul 2019. În prezent, statutul HIV pozitiv a fost stabilit la 4 copii născuți în anul 2020, astfel încât rata transmiterii materno-fetale a infecției HIV constituie 2,3%. Transmiterea verticală a infecției cu HIV poate avea loc în timpul sarcinii, al nașterii și al alăptării, deoarece virusul poate traversa placentă și este prezent în sânge, secrețiile cervicale și laptele matern. Screeningul adecvat și inițierea timpurie a tratamentului antiretroviral (TARV) previne infectarea fătului.

Scopul

Interpretarea aspectelor etiopatogenetice, clinice, de diagnostic și de management la pacientele cu HIV/SIDA în sarcină.

Materiale și metode

A fost efectuat un studiu descriptiv, retrospectiv, în incinta IMSP SCM „Gheorghe Paladi”, la secțiile obstetricale nr. 1 și nr. 2, în perioada 2021-2022. Primul lot a inclus 42 de gravide cu HIV, în timp ce lotul al doilea a cuprins 50 de gravide fără HIV. Pentru analiză, au fost utilizate programele statistice Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 27 și Stat Plus LE.

Rezultate

Sarcina la gravidele cu HIV a evoluat diferit: 26 de paciente au fost asimptomatice, 10 au prezentat o simptomatologie minoră, iar 6 moderată. Un procent de 36% cazuri au prezentat un ARN viral >40 copii/ml, iar în 64% ARN-ul a fost mai mic de 40 copii/ml, ceea ce a influențat decizia privind modalitatea de naștere. Analiza numărului LT CD4+ a arătat că 36 de gravide au prezentat o ușoară imunosupresie, iar 6 au avut o imunosupresie moderată. În primul lot, 38 de femei au urmat TARV (90%), iar cele mai frecvente reacții adverse au fost semnele dispeptice, anemia, afectarea neurologică și erupțiile cutanate. Modalitatea de naștere la pacientele cu HIV a fost în 64% de cazuri pe cale naturală, iar în 36% prin cezariană. În lotul de cercetare, 38 de gravide au optat pentru alimentarea nou-născutului cu lapte praf, în timp ce 4 paciente au ales alăptarea la sân.

Concluzii

S-a identificat o corelație puternică între nivelul ARN HIV >40 copii/ml și finalizarea sarcinii prin cezariană ($R=0,8485$). Administrarea tratamentului antiretroviral a condus la diminuarea nivelului ARN, reducerea imunosupresiei cauzate de virus și ameliorarea stării clinice a pacientelor. O modalitate de împiedicare a progresiei infecției cu HIV și de evitare a transmiterii acesteia de la mamă la făt este consilierea gravidelor în legătură cu tratamentul antiretroviral.



SARCINA MULTIPLĂ CU TRIPLEX – CAUZA NAȘTERILOR PREMATURE EXTREME

Zinaida Sârbu¹, Uliana Tabuica², Irina Sagaidac³, Liudmila Stavinskaia⁴

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, asistent universitar

Cuvinte-cheie: tripleți, naștere prematură extremă, sepsis

Introducere

Nașterea prematură (NP) continuă să fie o provocare în obstetrica contemporană și medicina perinatală. Incidența acestora în întreaga lume variază între 2,5% și 30%, iar în Republica Moldova este de 5,6%.

Analiza datelor din literatura de specialitate din ultimii 5 ani indică faptul că anual se nasc prematur aproximativ 15 milioane de copii, ceea ce implică un consum imens de resurse materiale pentru îngrijire, tratament și reabilitare. De asemenea, unul din zece copii născuți prematur (1 milion) decedează în fiecare an din cauza complicațiilor nașterii premature, iar cei care supraviețuiesc se confruntă adesea cu dizabilități, inclusiv probleme neurologice, vizuale și auditive.

Scopul

Prezentarea a două cazuri clinice de sarcină cu tripleți, pentru a demonstra lipsa unei corelații între modul de finalizare a sarcinii și rezultatele perinatale în nașterea prematură extremă.

Materiale și metode

Evaluarea rezultatelor clinice ale sarcinilor cu tripleți care s-au finalizat cu naștere prematură extremă.

Caz clinic

În primul caz, pacienta X, în vârstă de 38 de ani, a fost transferată la Centrul Perinatal de nivel III cu diagnosticul: Sarcină 24+5 s.a, GII NIII Triplex tricorionic, triamniotic, obținută prin fertilizare *in vitro* (FIV). AOC (1 naștere prematură la 22 s.a). A fost diagnosticată cu insuficiență istmico-cervicală. Cerclaj pe col+pesar obstetrical. RPPA pretermen și HTA esențială de gradul II, precum și obezitate de gradul III.

Din extras s-a constatat că înainte cu 7 zile s-a finalizat profilaxia SDR cu dexametazon. La examenul obstetrical ulterior, s-a scos sutura și pesarul obstetrical de pe col, obținând o deschidere a colului de 6 cm, cu prezență cefalică a primului făt .

S-a stabilit diagnosticul de sarcină 25 de săptămâni și 4 zile, multiplă cu tripleți și RPPA pretermen.

S-a decis continuarea nașterii *per vias naturalis*. După aproximativ 4 ore, nașterea s-a finalizat cu nașterea a trei feți vii, F1 – M=690 g, Apgar 3/5 p, F2 – M=800 g, Apgar 3/5 p, F3 – M=600g, Apgar 3/5 p. Aceștia s-au dovedit a fi extrem de imaturi la naștere, prezentând respirații ineficiente și tegumente cianotice, motiv pentru care nou-născuții au fost intubați și plasați la VAP cu FiO₂ 100%. Evoluția stării nou-născuților F2 și F3 a fost negativă, ambii decedând pe 23.05.22, din cauza sepsisului neonatal precoce.

Nou-născutul F1, care a prezentat o stare gravă la naștere, a răspuns pozitiv la tratamentul complex și, cu o dinamică pozitivă, a fost transferat în secția de prematuri pentru monitorizare ulterioară. Apoi, a fost externat la domiciliu în stare satisfăcătoare. În anul 2024 a implinit 2 ani.

În al doilea caz, pacienta Z., în vârstă de 30 de ani, a fost internată în spital prin intermediul AMU cu dureri moderate în regiunea inferioară lombară, preponderent pe partea dreaptă, cu diagnosticul: Sarcină 25 s.a., GI. NI. AOC (sterilitate 13 ani) și AGC (laparoscopie în 2017 și 2018). Concepție obținută prin FIV. Diagnosticul prenatal a relevat un triplex biamniotic (F2/F3), bicorial (F2/F3) și iminentă de naștere prematură.

Gravida a fost monitorizată în dinamică în condiții de staționar obstetrical, timp de 14 zile, după care au apărut brusc eliminări sangvinolente abundente și s-a decis finalizarea sarcinii prin operație cezariană de urgență. La operație au fost extrași 3 feți vii: F1 – M=970, Apgar 6/7 p, F2 – M=790 g, Apgar 6/7 p și F3 – M=870 g, Apgar 6/7 p.

Nou-născuții au fost transferați în secția de reanimare pentru nou-născuți, având în vedere imaturitatea lor extremă și respirațiile ineficiente. Starea nou-născuților a evoluat negativ, iar decesul acestora a survenit la F1 pe 7 decembrie 2020, la F2 pe 19 noiembrie 2020 și la F3 pe 22 noiembrie 2020, din cauza sepsisului neonatal precoce și a pneumoniei congenitale.

Concluzii

Nașterea în sarcinile multiple premature extreme prezintă rezultate perinatale similare indiferent de metoda de finalizare – *per vias naturalis* sau prin operație cezariană. Operația cezariană este indicată în cazul apariției complicațiilor care pun în pericol viața gravidei: DPPNÎ, *placenta previa*, preeclampsie severă sau eclampsie etc.

CZU: 618-3-06:616.379-008.64



SARCINA ȘI DIABETUL ZAHARAT

Zinaida Sârbu¹, Uliana Tabuica², Irina Sagaidac³, Liudmila Stavinskaia⁴

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, asistent universitar

Cuvinte-cheie: diabet, patologie extragenitală, nefropatie, sarcină

Introducere

Diabetul zaharat complică până la 10% din toate sarcinile. Dintre acestea, între 0,2% și 0,5% sunt pacienți cu diabet zaharat de tip I. Progresele recente în tratamentul cu insulină și metodele de administrare au crescut numărul de opțiuni disponibile pentru echipa obstetrical-endocrinologică pentru finalizarea sarcinii la termene viabile pentru făt.

Scopul studiului este de a investiga abordarea multidisciplinară a conduitei sarcinii la gravidele cu DZ tip I complicat, în vederea finalizării sarcinii la termen viabil pentru făt, luând în considerare și semnele de pericol pentru viața gravidei.

Materiale și metode

Evaluarea rezultatelor clinice, de laborator și instrumentale la o gravidă cu DZ de tip I insulino-dependent complicat.

Caz clinic

Pacienta X, în vârstă de 21 de ani, s-a prezentat inițial prin intermediul AMU cu diagnosticul de sarcină în săptămâna a 25-a, GI, NI. Iminență de naștere prematură. DZ de tip I complicat cu insuficiență renală cronică, nefropatie, hidronefroză de gradul III și retinopatie diabetică.

Potrivit antecedentelor, gravida a fost diagnosticată cu DZ de tip I de la vârsta de 6 ani. Cu toate că a urmat un tratament cu preparate insulinice corijate de medicul endocrinolog, afecțiunea s-a agravat prin complicațiile descrise mai sus.

Pe fondul acestor complicații, sarcina a evoluat fiziologic până la săptămâna a 25-a, moment în care DZ de tip I și complicațiile asociate s-au acutizat (creatinina 229, ureea 22).

A fost organizat un consiliu multidisciplinar între consultanții specialiști (nefrolog, urolog, ginecolog, reanimatolog, endocrinolog) pentru a evalua evoluția sarcinii în favoarea menținerii acesteia. Rezultatul acestui consiliu a fost un plan de tratament multidisciplinar al gravidei care a condus la o ameliorare clinică și de laborator (creatinina 135, ureea 12).

La termenul de 36 de săptămâni, conform planului stabilit, sarcina a fost finalizată prin operație cezariană. A fost extras un făt de gen feminin, cu o greutate de 2380 de grame și un scor Apgar 7/8.

Concluzii

Abordarea multidisciplinară a unei gravide cu patologie extragenitală agravată permite elaborarea unei conduite complexe interdisciplinare, având ca rezultat obținerea unor condiții optime pentru finalizarea favorabilă a sarcinii atât pentru mamă, cât și pentru copil.



SIMPTOMELE CLINICE RARE LA FEMEILE CU COLESTAZĂ INTRAHEPATICĂ DE SARCINĂ

Maria Cemortan¹, Olga Cernetchi²

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Cuvinte-cheie: colestază intrahepatică de sarcină, sarcină, naștere, simptome clinice, diagnostic

Introducere

Colestaza intrahepatică de sarcină (CIS) este o afecțiune hepatică caracterizată prin creșterea valorilor testelor biochimice hepatice și ale acizilor biliari (AcB) în prezența pruritului cutanat, care reprezintă cel mai frecvent simptom în această patologie. Totodată, simptome constituționale precum slăbiciunea generală, inapetența și durerile abdominale pot fi prezente la femeile cu CIS. De asemenea, au fost descrise și simptome mai rar întâlnite ale CIS, cum ar fi icterul, steatoreea, decolorarea maselor fecale și colorația brună a urinei.

Scopul studiului este de a evalua incidența simptomelor clinice rare la femeile cu CIS pentru a oferi o orientare corectă medicilor specialiști.

Materiale și metode

A fost realizat un studiu prospectiv, care a inclus 71 de cazuri de CIS. Pe lângă evaluarea intensității pruritului cutanat la apariția primelor simptome clinice, la momentul evaluării și la a treia zi post-partum, s-a constatat și prezența altor simptome clinice relevante pentru afecțiunea cercetată.

Rezultate

Vârsta participantelor incluse în studiu a variat în intervalul 18-43 ani, cu o vârstă medie de $29,5 \pm 6,3$ (Me 30 (25;34)) ani. Nivelul AcB serici a variat între 10 și $211,3 \mu\text{mol/l}$, cu valorile medii de $34,7 \pm 37,7$ (Me 18,9 (11,1;44,0)) $\mu\text{mol/l}$. Astfel, CIS de grad ușor (AcB 10 – $40 \mu\text{mol/l}$) a fost diagnosticată la 50 (70,5%) femei, CIS de grad mediu (AcB 40 – $100 \mu\text{mol/l}$) la 16 (22,5%) femei și CIS de grad sever (AcB $>100 \mu\text{mol/l}$) în 5 (7,0%) cazuri.

Studiul a arătat că la debutul patologiei cercetate, majoritatea femeilor (60,7%) au raportat o intensitate a pruritului cutanat mai mică sau egală cu 5 puncte, caracterizată ca moderată, care nu provoacă un disconfort considerabil, predominând perioadele asimptomatice. Un compartiment al acestei cercetări a fost destinat evaluării simptomelor clinice rare ale colestazei intrahepatice de sarcină și incidenței acestora. Astfel, la debutul patologiei cercetate, icterul pielii a fost observat la o gestantă (1,4%), colorația icterică a urinei la 9 (12,7%) femei, decolorarea maselor fecale la o femeie (1,4%), iar dureri abdominale au fost raportate de 7 (9,9%) participante. Între simptomele constituționale, femeile incluse în studiu au acuzat inapetența în 4 (5,6%) cazuri, grețuri într-un singur caz (1,4%), fatigabilitate în 6 (8,5%) cazuri și insomnie în 11 (15,5%) cazuri. Totodată, în cadrul studiului nu au fost înregistrate cazuri de steatoree.

La momentul includerii în studiu, majoritatea femeilor (67,6%) au evaluat intensitatea pruritului cutanat ≥ 8 puncte, iar în 53,6% din cazuri acesta a fost descris ca insuportabil sau aproape insuportabil. De asemenea, s-a constatat o creștere a frecvenței simptomelor constituționale: inapetența în 10 (14,1%) cazuri ($p=0.1593$), grețuri în 6 (8,5%) cazuri ($p=0.1210$), fatigabilitate în 40 (56,3%) de cazuri ($p<0.0001$) și insomnie în 38 (53,5%) de cazuri ($p<0.0001$).

În perioada post-partum, intensitatea pruritului cutanat a scăzut, fiind ≤ 5 puncte în 92,6% din cazuri, iar în 89,7% dintre aceste femei au descris pruritul ca rar, fără a provoca disconfort. În această perioadă, simptomele clinice rare ale colestazei intrahepatice de sarcină s-au diminuat considerabil în decurs de 5-8 zile.

Concluzii

Pruritul reprezintă principalul simptom clinic al CIS, fiind motivul pentru care gravidele solicită un consult medical suplimentar în timpul sarcinii. Prin urmare, este important să nu fie ignorat, chiar și în cazul în care este de intensitate scăzută și se diminuează în perioada post-partum. Printre simptomele rare ale CIS se numără cele constituționale, cum ar fi fatigabilitatea și insomnia cauzată de creșterea intensității pruritului cutanat, în special în timpul nopții. Aceste simptome nu ar trebui să fie neglijate, deoarece pot afecta frecvent starea psiho-emoțională a gravidei și pot pune în pericol evoluția sarcinii.



TERAPIA CU PRESIUNE NEGATIVĂ ÎN TRATAMENTUL AFECȚIUNILOR SEPTICO-PURULENTE PUERPERALE

Olga Cernețchi¹, Mariane Nicole Pușcașu²

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, studentă doctorandă

Cuvinte-cheie: afecțiuni septico-purulente puerperale, terapie cu presiune negativă, plăgi supurate, VAC

Introducere

Afecțiunile septico-purulente puerperale rămân printre cele mai actuale probleme în structura morbidității și mortalității materne, ocupând locul 3 după hemoragii și gestoze. Conform literaturii de specialitate, formele nozologice cel mai frecvent întâlnite în structura afecțiunilor purulento-septice sunt: endometritele puerperale, ulcerațiile puerperale, dehiscența suturilor plăgilor post-operatorii și inflamația țesutului celular pelvian (parametrită, paracolpită). Endometrita puerperală este o infecție a tractului reproductiv care poate apărea în orice moment de la naștere până la 6 săptămâni post-partum. Aceasta survine în 1% până la 3% din nașterile vaginale și până la 27% din nașterile prin operație cezariană. Pe lângă metodele clasice de tratament, în unele surse de literatură chirurgicală este descrisă terapia cu presiune negativă (TPN) ca o metodă nouă de accelerare a vindecării plăgilor, utilizând Sistemul Vacuum Assisted Closure (VAC). Terapia cu presiune negativă (TPN) constă în evacuarea permanentă a secrețiilor și detritusurilor locale, scurtarea timpului de decontaminare bacteriană, oxigenarea și regenerarea țesuturilor. Principiul acestei terapii constă în aplicarea unei presiuni negative controlate la nivelul plăgilor, cu ajutorul unui sistem alcătuit din sursă de vacuum, material absorbant pentru umplerea plăgii, biofilm adeziv pentru etanșietate și tubulatură de conexiune. Deoarece există puține studii și date veridice despre eficiența acestei abordări terapeutice în tratamentul plăgilor și endometritelor post-partum, este necesară cercetarea și implimentarea acestei terapii în ginecologie, prin plasarea sistemului cu presiune negativă nu numai la nivelul plăgilor, dar și în cavitatea uterului, o direcție ce trebuie studiată și implementată în viitorul apropiat.

Scopul

Studierea implementării terapiei cu presiune negativă în tratamentul plăgilor obstetricale supurate pentru reducerea morbidității materne, reducerea duratei de tratament și prevenirea consecințelor complicațiilor septico-purulente.

Materiale și metode

VAC a fost utilizat în cazul a 20 de paciente cu dehiscențe postoperatorii ale plăgii abdominale care au supurat după 6-14 zile post-partum și au prezentat un tablou clinic caracteristic complicațiilor purulente, cu febră mai mare de 37,8 °C, dureri și eliminări purulente la nivelul cicatricului. Dispozitivul VAC a fost plasat după revizia și debridarea chirurgicală a plăgii obstetricale, la o presiune negativă de -75 până la -125 mm Hg. Pansamentul a fost schimbat la fiecare două zile. Terapia cu VAC a fost continuată până când integritatea peretelui abdominal a fost restabilită prin aplicarea suturilor secundare, în momentul apariției semnelor de regenerare – granulara patului plăgii.

Rezultate

Nouă paciente cu dehiscență a plăgii până la nivelul mușchilor abdominali au obținut condițiile necesare pentru suturi secundare după zece zile de tratament cu cinci pansamente VAC. Alte cinci paciente cu dehiscență a plăgii până la aponevroză au necesitat doar șase zile de aspirație VAC cu trei aplicări. Celelalte șase paciente cu supurație limitată la nivelul țesutului subcutanat au necesitat doar patru zile de drenaj VAC, urmat de aplicarea suturilor secundare în toate cazurile.

Concluzii

Terapia cu presiune negativă în managementul dehiscenței plăgii post-cezariene la pacientele cu vindecare compromisă reduce durata de regenerare și de spitalizare de la 30 de zile la maximum 10 zile, permițând astfel externarea precoce a lăuzelor împreună cu nou-născuții la domiciliu. Țesuturile granulate și regenerare *per secundum* cu ajutorul drenajului VAC facilitează suturarea și restabilirea peretelui abdominal fără riscul de a fi infectate cu o altă floră patogenă fie din mediul exterior, fie din cel nozocomial.

CZU: 618.132-002.3-089:618.5-089.888.61



TRATAMENTUL CHIRURGICAL ORGANOMENAJANT LA LĂUZELE CU COMPLICAȚII PUERPERALE DUPĂ OPERAȚIE CEZARIANĂ

Silvia Agop¹, Olga Cernețchi², Constantin Ostrofeț³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: tratament organomenajant, lăuze, complicații puerperale septice, operație cezariană

Introducere

Numeroase cercetări medicale au demonstrat că infecția puerperală rămâne una dintre principalele cauze ale mortalității materne, în ciuda progreselor înregistrate. În ultimii ani, complicațiile septice puerperale grave s-au modificat din cauza creșterii incidenței operațiilor cezariene. Factorii de risc importanți includ operațiile de urgență, sterilizările defectuoase, travaliul prelungit, ruperea prematură a membranelor, tacte vaginale multiple, deficiențele în tehnica operatorie, precum și gravidele din medii sociale vulnerabile, subalimentația și anemia. Medicina contemporană pledează tot mai mult pentru adoptarea unui tratament chirurgical organomenajant, care are ca scop conservarea organului afectat și, ulterior, a funcției menstruale și reproductive la pacientele tinere de vârstă fertilă pentru care este la fel de importantă supraviețuirea în sine ca și calitatea vieții.

Scopul

Sudierea particularităților evoluției clinice, optimizarea tratamentului și rezultatele la distanță ale lăuzelor după operație cezariană diagnosticate cu pelvioperitonită, insuficiență parțială a suturilor pe uter, hematom și/sau abces al tranșei uterine și posibilitatea de a păstra uterul afectat puerperal.

Materiale și metode

Studiul de tip retrospectiv a fost efectuat în perioada anilor 2018-2022, pe un lot de 212 lăuze diagnosticate cu complicații septico-purulente după operație cezariană, internate în secția de Ginecologie septică a IMSP SCM „Gheorghe Paladi”.

Rezultate

Analiza detaliată a fișelor medicale ale celor 212 lăuze internate în secția de Ginecologie septică, cu complicații septice puerperale după operație cezariană, a relevat că în 24 de cazuri (11,3%) s-a diagnosticat pelvioperitonită și tranșă uterină compromisă parțial. Rezultatele studiului au indicat că în 18 cazuri (75,0%) operația cezariană a fost efectuată în regim de urgență, având ca indicație de bază suferința fetală și/sau dilatarea completă a colului uterin în 17 cazuri (70,8%), ceea ce sugerează un factor de risc major și posibile deficiențe tehnice operatorii. În alte 6 cazuri (25%), operația cezariană a fost planificată, având ca indicații cicatrici pe uter și un făt macrosom. Culturile prelevate din cavitatea abdominală, uter și vagin au relevat rezultate pozitive pentru bacteriile *E. Colli*, *Enterococ*, *Klebsiela*, sensibile la terapia antibacteriană uzuală. Rezultatele cercetării au estimat că abordul laparoscopic, lavajul cavității abdominale, aspirarea conținutului și utilizarea tehnicii de drenaj transabdominal, combinate cu chiuretajul uterin blând și eliminarea parțială a tranșei uterine infectate, cu plasarea de drenaj uterin la cele 24 de lăuze incluse

în studiu și diagnosticate cu pelvioperitonită și dehiscență parțială a suturii pe uter, au permis conduita organomenajantă, cu păstrarea uterului. Rezultatul la distanță a estimat funcția menstruală la toate pacientele incluse în cercetare, dintre acestea, în 2 cazuri (8,3%) peste 2 și 3 ani, s-au înregistrat nașteri la termen fără complicații. Într-un alt caz (4,1%), sarcina a survenit prematur peste 6 luni de la nașterea anterioară și s-a soldat cu ruptură de uter la termenul de 28 de săptămâni, iar într-un alt caz (4,1%), s-a diagnosticat o nișă după operația cezariană, însă sarcina a avut un curs normal și s-a finalizat cu naștere la termen. Perioada de internare a fost una prelungită, cu o medie de 25 de zile, necesitând o monitorizare clinică și paraclinică sporită a pacientelor. Complicații severe sau conversie în laparatomie cu înlăturarea de organ nu s-au înregistrat.

Concluzii

Tratamentul chirurgical organomenajant efectuat a permis păstrarea uterului și, ulterior, a funcției menstruale și reproductive la pacientele incluse în studiu. Un punct forte în succesul obținut ține de sensibilitatea agenților patogeni la antibiotice în toate cazurile clinice. De asemenea, vigilența sporită în managementul postoperator a contribuit la evitarea complicațiilor grave.

CZU: 616-002:612.017.1:616.396



VALOAREA SERICĂ A INTERLEUKINEI-1 β LA FEMEILE CU NAȘTERE PREMATURĂ SPONTANĂ

Veronica Cotelea¹, Iurie Dondiuc², Natalia Corolcova³, Mihai Surguci⁴, Luminița Mihalcean⁵, Mihaela Burac⁶

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁵ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁶ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

Cuvinte-cheie: naștere prematură, inflamație, citokine, IL-1 β

Introducere

Nașterea prematură (NP) reprezintă principala cauză a morbidității și a mortalității neonatale, iar consecințele acesteia constituie o povară economică și socială semnificativă. Deși severitatea rezultatelor neonatale este invers proporțională cu vârsta gestațională, o bună parte a copiilor născuți prematur care au supraviețuit suferă de dizabilități pe tot parcursul vieții. Cu toate că progresele în îngrijirea neonatală au redus considerabil mortalitatea neonatală, incidența prematurității și a complicațiilor asociate rămâne constantă. Cercetările recente au evidențiat că majoritatea cazurilor de nașteri premature este asociată cu un proces inflamator, steril sau infecțios, care se derulează la interfața materno-fetală prin secreția de interleukine proinflamatorii. Astfel, aceste interleukine declanșează un răspuns tisular prin creșterea contractilității uterine, maturarea cervicală și/sau ruperea prematură a membranelor amniotice.

Scopul acestui studiu urmărește determinarea valorii serice a IL-1 β în sângele periferic matern și în cordonul ombilical la femeile cu naștere prematură spontană, pentru a optimiza conduita obstetricală și a îmbunătăți rezultatele perinatale.

Materiale și metode

A fost realizat un studiu prospectiv de cohortă care a inclus un lot reprezentativ de 130 de cazuri (paciente și feții acestora), repartizate în două loturi, cu un raport de 1:1. Lotul de cercetare (L₁) a cuprins 65 de respondente care au născut prematur și 65 de feți ai acestora. Lotul de control (L₀) a inclus 65 de respondente care au născut la termen și 65 de feți ai acestora. Datele colectate au fost analizate folosind programele R Studio versiunea 4.1.3 și IBM SPSS Statistics versiunea 26.0, ceea ce a asigurat validitatea

și reproductibilitatea procedurilor efectuate. Evaluarea comparativă a variabilelor cantitative din cadrul loturilor formate a fost realizată prin intermediul testelor neparametrice, în corespundere cu numărul de grupe formate, și anume testul Mann–Whitney–Wilcoxon pentru grupele independente. Pentru totalitatea testelor statistice efectuate în cadrul acestui studiu, valoarea prag (α) a fost considerată valoarea 0.05.

Rezultate

Valoarea medie serică maternă a IL-1 β a constituit: $\mu_{\text{median}}=3,99$ pg/ml în lotul de cercetare, comparativ cu $\mu_{\text{median}}=1,08$ pg/ml în lotul de control, ($r_{\text{rank biserial}}=0,84$, 95%CI -0,89, -0,77 $p<0,001$), ($L_1 - 0,99-10,60$ pg/ml vs $L_0 - 0,05-3,16$ pg/ml). Valoarea medie a IL-1 β în sângele cordonului ombilical a constituit: $\mu_{\text{median}}=4,29$ pg/ml în lotul de cercetare, comparativ cu $\mu_{\text{median}}=1,13$ pg/ml în lotul de control, ($r_{\text{rank biserial}}=0,86$, 95%CI -0,90, -0,80 $p<0,001$), variind în ambele loturi ($L_1 - 0,76-10,70$ pg/ml vs $L_0 - 0,10-3,50$ pg/ml). Analiza corelațională a valorilor serice a IL-1 β din sângele periferic matern și din cordonul ombilical a stabilit o corelație ρ Spearman directă puternică în ambele loturi: L_1 ($r_s=0,858$ 95%CI 0,712, 0,956; $p<0,001$) vs L_0 ($r_s=0,800$ 95%CI 0,610, 0,914; $p<0,001$).

Concluzii

Răspunsul imun inflamator reprezintă un factor major în declanșarea nașterii premature, iar triggerele moleculare și mecanismele care stau la baza activării căilor imune asociate cu inducerea travaliului prematur rămân insuficient studiate. În urma studiului realizat, s-au determinat valori semnificativ mai mari ale nivelului de IL-1 β în serul matern și în cordonul ombilical la femeile care au născut pretermen în comparație cu cele care au avut nașteri la termen, ceea ce confirmă ipoteza că IL-1 β reprezintă unul din factorii principali care declanșează travaliul prematur. De asemenea, s-a constatat o corelație directă între valorile de IL-1 β în serul matern și valorile de IL-1 β în serul fetal la femeile care au născut prematur. Prin urmare, putem concluziona că nivelul ridicat de IL-1 β în serul matern și în cel fetal are un rol major în declanșarea nașterii premature și poate fi considerat un biomarker precoce pentru această complicație a sarcinii.



APRECIEREA PLASMOCITELOR ÎN ENDOMETRUL FEMEILOR CU INFERTILITATE PRIMARĂ

Mihaela Burac¹, Natalia Corolcova², Luminița Mihalcean³, Veronica Cotelea⁴

¹USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

²USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁴USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, asistent universitar

Cuvinte-cheie: endometru, infertilitate, plasmocite, criteriile Noyes

Introducere

Importanța endometrului în patogeneza infertilității este fundamentală. Pacientele cu infertilitate primară prezintă o incidență mare a patologiei ginecologice care duce la modificări inflamatorii la nivelul colului uterin, salpingo-ooforită cronică, hidrosalpinx și procese aderențiale în organele pelvine, cu implicații importante în endometru, care pot determina dezvoltarea disfuncției endometriale. În prezent, există studii care descriu prezența microbiomului endometrial și consecințele sale funcționale și structurale asupra endometrului.

Scopul

Evaluarea plasmocitelor în endometru la pacientele care suferă de infertilitate primară, în vederea stabilirii gradului de inflamație al acestuia.

Materiale și metode

S-a efectuat un studiu prospectiv de cohortă care a inclus 96 de paciente, împărțite în două loturi: lotul de studiu (L_1) format din 48 de paciente cu infertilitate primară și lotul de control (L_0), care a inclus 48 de paciente fertile. Țesutul endometrial a fost recoltat prin biopsie Pipelle. Rezultatele studiului au fost analizate statistic prin intermediul software-urilor SPSS 20 și Microsoft Excel.

Rezultate

Studiul histologic al endometrului în lotul pacientelor cu infertilitate primară a evidențiat următoarele constatări: modificări inflamatorii ale țesutului endometrial în 79,2% (38) față de lotul pacientelor fertile, unde această prevalență a fost de 31,3% (15), $\chi^2 = 22,238$; $p < 0,001$; prezența celulelor plasmatiche într-un procent mai mare în L_1 (25,0% sau 12 cazuri) comparativ cu L_0 (8,3% sau 4 cazuri), $\chi^2 = 4,800$; $p = 0,028$; edem al stromei endometriale L_1 85,4% (41) vs L_0 54,2% (26), $\chi^2 = 12,099$; $p = 0,002$; fibroza stromei endometriale L_1 6,3% (2) vs L_0 0% (0), $\chi^2 = 3,097$; $p = 0,07$; modificări inflamatorii periglandulare L_1 60,4% (29) vs L_0 6,3% (3), $\chi^2 = 9,478$; $p = 0,002$; modificări inflamatorii perivasculare L_1 58,3% (28) vs L_0 50% (24), $\chi^2 = 5,061$; $p = 0,024$.

Concluzii

Endometru la pacientele care suferă de infertilitate primară prezintă modificări de ordin inflamator, sugestive pentru un proces inflamator cronic.



CHIRURGIA LAPAROSCOPICĂ VERSUS CHIRURGIA ABDOMINALĂ DESCHISĂ LA PACIENTELE CU BOALĂ INFLAMATORIE PELVINĂ

Constantin Ostrofeț¹, Corina Cardaniuc², Silvia Agop³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: boală inflamatorie pelvină, abces tubo-ovarian, piosalpinx, laparoscopie, laparotomie, salpingectomie, anexectomie, histerectomie

Introducere

Boala inflamatorie pelvină (BIP) este o infecție a tractului genital superior la femei, care poate afecta uterul, trompele uterine, ovarele sau organele pelvine adiacente. Principala cauză a BIP este reprezentată de maladiile cu transmitere sexuală netratate, care se deplasează din tractul genital inferior către cel superior. În ultimii ani, odată cu creșterea gradului de conștientizare a societății cu privire la sănătatea și progresul tehnologic, rata de detectare a bolii inflamatorii pelvine a crescut semnificativ.

BIP este cea mai frecventă cauză a durerii pelvine acute și a infertilității datorate factorului tubar. Printre complicațiile acute se numără complexul inflamator și abcesul tubo-ovarian, piosalpinxul și peritonita. La sechelele tardive se referă durerea pelvină cronică, infertilitatea, sarcina extrauterină care pune în pericol viața pacientei, dacă BIP nu a fost diagnosticată la timp. Conform datelor din literatura de specialitate, aproximativ 10% din femeile cu BIP vor suferi de infertilitate, 30% vor suferi de durere pelvină cronică, iar 5% dintre cele care rămân însărcinate ulterior pot avea o sarcină extrauterină. Abcesul tubo-ovarian reprezintă o complicație gravă a bolii inflamatorii pelvine, iar incidența acestuia printre paciente poate ajunge până la 34%. Diagnosticul precoce și tratamentul eficient în stadii incipiente reprezintă cea mai bună strategie pentru gestionarea BIP, având potențialul nu doar de a reduce complicațiile, ci și de a menține fertilitatea sau de a salva viața pacientei.

Tratamentul bolii inflamatorii pelvine și al abceselor tubo-ovariene este complex, incluzând antibiotice cu spectru larg, proceduri de drenaj și intervenții chirurgicale. Printre procedurile chirurgicale majore utilizate se numără chirurgia abdominală deschisă și chirurgia laparoscopică, ambele având ca scop îndepărtarea focarului infecțios. Chirurgia laparoscopică oferă avantajele inciziilor mici și ale unei recuperări mai rapide comparativ cu operația standard de laparotomie deschisă. Cu toate acestea, există îngrijorări cu privire la modalitatea chirurgicală optimă pentru a preveni leziunile organelor adiacente în timpul tratamentului chirurgical al BIP și al abcesului tubo-ovarian, precum și în ceea ce privește durata intervenției și beneficiile reale pentru paciente.

Scopul

Evaluarea comparativă a eficacității și complicațiilor perioperatorii ale chirurgiei laparoscopice față de chirurgia abdominală deschisă la pacientele diagnosticate cu boală inflamatorie pelvină.

Materiale și metode

În perioada 2021-2023, s-a efectuat un studiu retrospectiv cu scopul de a analiza și de a compara metoda laparoscopică și chirurgia abdominală deschisă în tratamentul bolii inflamatorii pelvine în cadrul IMSP SCM „Gheorghe Paladi”. Studiul a inclus 300 de paciente diagnosticate cu boală inflamatorie pelvină și tratate chirurgical, repartizate în două loturi: un lot format din 229 de paciente care au fost tratate prin metoda laparoscopică și un al doilea lot compus din 71 de paciente care au fost supuse intervenției chirurgicale abdominale deschise clasice. Informațiile referitoare la paciente au fost extrase din fișele medicale ginecologice ale acestora. Eficacitatea comparativă a intervențiilor chirurgicale a fost evaluată pe baza mai multor criterii, inclusiv timpul operator, pierderea estimată de sânge, durata spitalizării, complicațiile perioperatorii și postoperatorii.

Rezultate

În perioada 2021-2013, în IMSP SCM „Gheorghe Paladi” au fost internate 508 paciente diagnosticate cu boală inflamatorie pelvină, dintre care 208 au fost tratate conservativ, iar celelalte 300 au fost supuse intervenției chirurgicale. Pacientele tratate chirurgical au constituit eșantionul general al acestui studiu, divizat în două loturi în funcție de metoda chirurgicală utilizată. Vârsta medie a pacientelor a constituit 43.0 ± 11.1 ani în primul lot și 40.9 ± 11.2 ani în al doilea lot ($p > 0.05$). În primul lot, laparoscopia pentru piosalpinx a fost efectuată în 36,7% cazuri (84 de paciente), pentru abces tubo-ovarian – în 50,22% cazuri (115 paciente) și în 44,1% cazuri (101 paciente) pentru pelviperitonită. În al doilea lot, pentru abces tubo-ovarian au fost operate 20 de paciente (28,17%), 25 de paciente (35,21%) pentru piosalpinx și 26 de paciente (36,62%) pentru pelviperitonită. Durata medie a operației a fost de 126.5 ± 3.29 minute în primul lot (laparoscopie) și de 166.71 ± 6.04 minute în al doilea lot (laparotomie), $p < 0.001$. Laparoscopia a fost convertită în laparotomie la 16 (6,98%) paciente. Salpingectomia s-a efectuat la 24,46% dintre paciente în primul lot și la 14,08% în al doilea lot; anexectomia/salpingooforectomia s-a realizat la 66,37% în primul lot și la 43,66% în al doilea lot; histerectomia a fost efectuată la 9,17% dintre paciente din primul lot și la 42,26% dintre cele din al doilea lot. Complicațiile, cum ar fi lezarea intraoperatorie a intestinului, au apărut la 7 paciente (3,06%) din primul lot și la 6 paciente (8,45%) din al doilea lot ($p < 0.001$). Transfuzia sanguină a fost necesară pentru 11 paciente (4,80%) din primul lot și pentru 7 paciente (9,85%) din al doilea lot ($p < 0.001$). Durata medie a perioadei de spitalizare a fost de $4,89 \pm 0,63$ zile în primul lot și de $6,84 \pm 0,89$ zile în lotul al doilea ($p < 0.05$). Nu s-au observat diferențe semnificative statistic în ceea ce privește rata leziunilor intraoperatorii ale aparatului urinar, rata intervențiilor repetate sau incidența complicațiilor septice postoperatorii în ambele loturi de paciente.

Concluzii

Având în vedere creșterea incidenței bolilor cu transmitere sexuală și rezistența bacteriilor la multiple antibiotice, ne putem aștepta la o creștere a prevalenței BIP tratate chirurgical. Conform rezultatelor acestui studiu, laparoscopia a fost superioară laparotomiei în ceea ce privește volumul mai mic al hemoragiei intraoperatorii, necesitatea mai redusă a transfuziilor de sânge, rata mai mică a lezării intraoperatorii a intestinului și durata redusă de spitalizare. Prin urmare, laparoscopia prezintă avantaje și beneficii semnificative în comparație cu laparotomia pentru pacientele cu boală inflamatorie pelvină. Recuperarea pacientelor este mai rapidă, mobilizarea mai timpurie, funcția intestinală revine mai repede și riscul de pareză intestinală este mai mic.

CZU: 618.145-007.415-07



ENDOMETRIOZA PROFUNDĂ – EVALUAREA CLINICĂ ȘI IMPACTUL CLASIFICĂRII #ENZIAN ÎN DIMINUAREA ERORILOR DIAGNOSTICE

Elena Ivanova¹, Nadejda Codreanu²

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctorandă

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, conducător științific

Cuvinte-cheie: endometrioza profundă, clasificarea #Enzian, disurie, dispareunie

Introducere

Diagnosticul endometriozei profunde (EP), cea mai dureroasă formă a endometriozei (E), care se ascunde sub alte afecțiuni chirurgicale, este considerat una dintre cele mai dificile provocări în domeniul ginecologiei. Ca metodă de clasificare a acestei patologii a fost propusă clasificarea #Enzian, care poate fi utilizată și în etapa preoperatorie a diagnosticului de EP.

Scopul

Compararea intensității și spectrului sindromului de durere în diferite fenotipuri ale endometriozei și analiza manifestării simptomelor EP în funcție de localizarea acesteia conform clasificării #Enzian pentru optimizarea diagnosticului preoperator al EP.

Materiale și metode

În studiul de cohortă au fost incluse 190 de paciente diagnosticate cu endometrioza, împărțite în două grupuri: grupul principal, format din 85 de femei cu EP, și grupul de control, alcătuit din 105 paciente cu alte forme de E. Pentru stadializarea procesului patologic, s-a utilizat clasificarea #Enzian, iar pentru evaluarea obiectivă a durerii, s-a folosit scala SAV.

Rezultate

Nivelul durerii conform scalei SAV în rândul femeilor cu EP s-a distribuit astfel: durere pelvină cronică (DCr) – 7,9 puncte (Îl 95%; 7,47 – 8,34), dismenoree (Dm) – 9,02 puncte (Îl 95%; 8,67 – 9,38), dispareunie (Dp) – 7,85 puncte (Îl 95%; 7,18 – 8,53), disurie (Du) – 1,46 puncte (Îl 95%; 0,51 – 2,42), dishezie (Dh) – 3,83 puncte (Îl 95%; 2,70 – 4,96). În rândul femeilor din cel de-al doilea grup, nivelul durerii conform scalei SAV a fost următorul: DCr – 2,41 puncte (Îl 95%; 1,49 – 3,33), Dm – 5,31 puncte (Îl 95%; 4,24 – 6,37), Dp – 2,18 puncte (Îl 95%; 1,23 – 3,13), Du – 0 puncte și Dh – 0 puncte. S-a identificat o diferență semnificativă statistic în grupurile de studiu pentru DCr, Dm și Dp ($p < 0,01$), în timp ce Du și Dh s-au dovedit a fi simptome patomonice ale EP.

Leziunile EP în compartimentul A al clasificării #Enzian au corelat statistic cu următoarele simptome ($p < 0,05$): DCr după SAV > 7 puncte (85,1%), Dm > 7 puncte (97,8%), Dp > 7 puncte (93,6%), Dh > 7 puncte (53,1%), tenesme rectale (57,4%), tulburări de defecație (57,4%), simptom Benjamin (85,1%), slăbiciune (74,5%). Leziunile EP în compartimentul B au corelat cu următoarele simptome ($p < 0,05$): DCr, Dm, Dp după SAV > 7 puncte (100%), Dh > 7 puncte (42,8%), tenesme rectale (71,4%). Leziunile EP în compartimentul FA au corelat cu următoarele simptome ($p < 0,05$): DCr și Dm după SAV > 7 puncte (100%), Dp > 7 puncte (86,6%), Dh > 7 puncte (46,6%), menoragie (100%), tenesme rectale (73,3%), tulburări de defecație (60,0%), simptom Benjamin (80,0%), slăbiciune (80,0%). Leziunile EP în compartimentul FB au corelat cu următoarele simptome ($p < 0,05$): DCr după SAV > 7 puncte (86,6%), Dm > 7 puncte (93,3%), Du > 7 puncte (86,6%), hemataturie (60,0%), tenesme vezicale (100%), hidronefroză cu stentare a ureterului în timpul sarcinii (26,7%), tulburări de defecație (57,4%), simptom Benjamin (93,3%), slăbiciune (73,3%). Leziunile EP în compartimentul FI au corelat statistic cu următoarele simptome ($p < 0,05$): DCr după SAV > 7 puncte (87,5%), Dm > 7 puncte – (100%), Dp > 7 puncte (75,0%), Dh > 7 puncte (87,5%), tulburări de defecație (100%), subocluzie intestinală (62,5%), meteorism (87,5%), simptom Benjamin (100%), slăbiciune (87,5%). Leziunile EP în compartimentul FO au corelat statistic cu următoarele simptome ($p < 0,05$): DCr după SAV > 7 puncte (90,9%), Dm > 7 puncte (90,9%), Dp > 7 puncte (45,4%), tuse și hemoptizie (18,2%), dureri toracice (18,2%), sângerare la locul cicatricei (45,5%), sughit (27,3%), simptom frenicus (27,3%).

Concluzii

Studiul efectuat a confirmat că EP se diferențiază de alte fenotipuri ale E prin durerea mai intensă (SAV $\geq 7,18$, $p < 0,01$) și diversitatea spectrului de durere, iar simptomele clinice corelate cu clasificarea #Enzian vor permite utilizarea metodelor suplimentare paraclinice, atunci când diagnosticul de etapa I și II nu este suficient, oferind pacientei un management multidisciplinar atât în diagnosticul preoperator, cât și în tratamentul chirurgical.

CZU: 618.173-02:618.1-089.87



EVALUAREA SEVERITĂȚII SINDROMULUI CLIMACTERIC LA FEMEILE DE VÂRSTĂ REPRODUCTIVĂ ÎN MENOPAUAZĂ CHIRURGICALĂ

Olga Cernețchi¹, Irina Sagaidac², Zinaida Sârbu³, Elena Vataman⁴

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, studentă doctorandă

Cuvinte-cheie: menopauză chirurgicală, histerectomie, sindrom climacteric

Introducere

Histerectomia rămâne standardul de aur în tratamentul patologiilor ginecologice benigne atunci când tratamentul medicamentos sau chirurgical minim invaziv a eșuat, iar 23% dintre femeile cu vârsta cuprinsă între 40 și 44 de ani și 45% dintre femeile cu vârsta cuprinsă între 45 și 49 de ani sunt supuse concomitent și ovarectomiei bilaterale. La femeile de vârstă reproductivă, histerectomia cu sau fără ovarectomie poate implica numeroase schimbări, inclusiv apariția sindromului climacteric cu instalarea simptomelor psiho-emoționale, neurovegetative și metabolice. Sindromul climacteric are un impact socio-medical pronunțat asupra calității vieții și capacității de muncă.

Scopul studiului este de a evalua severitatea sindromului climacteric la femeile de vârstă reproductivă după menopauza chirurgicală.

Materiale și metode

A fost realizat un studiu observațional prospectiv care a inclus 50 de paciente care au avut histerectomie fără ovarectomie (Lotul I) și 50 de paciente care au suportat histerectomie cu ovarectomie bilaterală (Lotul II). Lotul de control (Lotul 0) a inclus femei sănătoase, fără histerectomie, având o vârstă similară cu cea a pacientelor incluse în lotul de cercetare. Pentru a evalua severitatea sindromului climacteric, a fost calculat Indicele Menopauzal Kupperman-Uvarova. Un scor între 12 și 34 de puncte a fost considerat ca indicând un sindrom climacteric de grad ușor, între 35 și 58 de puncte pentru un grad moderat, iar mai mult de 58 de puncte pentru un grad sever. Pacientele eligibile au fost chestionate în perioada preoperatorie, la 10-12 zile postoperator, la 6 luni și la 12 luni după intervenția chirurgicală.

Rezultate

Vârsta pacientelor incluse în studiu a variat între 27 și 49 de ani, vârsta medie fiind $41,9 \pm 4,9$ ani în lotul I, $46,1 \pm 2,9$ ani în lotul II și $43,7 \pm 3,5$ ani în lotul de control. Principala indicație pentru histerectomie, cu sau fără ovarectomie, în toate cazurile, a fost patologia ginecologică benignă. Nicio pacientă inclusă în studiu nu prezenta o patologie extragenitală severă și nici nu administra terapie hormonală. Rezultatele studiului arată că, înainte de intervenție, pacientele din lotul I au raportat lipsa manifestărilor climacterice în 42% dintre cazuri, iar din lotul II – în 58% dintre cazuri. Pacientele din lotul I au relatat, preoperator, în 58% din cazuri manifestări climacterice de grad ușor și în 2% de grad mediu, cu predominarea simptomelor neurovegetative, printre care se numără cefaleea (84%) și tulburările de somn (56%), precum și a simptomelor psiho-emoționale, cum ar fi labilitatea emoțională (54%) și scăderea memoriei (56%). S-a constatat că în lotul II, înainte de intervenție, 41% dintre paciente aveau sindrom climacteric de grad ușor. De asemenea, în lotul II au predominat simptomele neurovegetative (cefalee în 54% dintre cazuri, tulburări de somn și iritabilitate în 40% dintre cazuri) și psiho-emoționale (scăderea memoriei în 56% dintre cazuri și labilitate emoțională în 50% de cazuri). La a 10-12-a zi postoperator s-a observat o îmbunătățire a simptomelor psiho-emoționale în ambele loturi, ceea ce poate fi explicat prin diminuarea anxietății în urma intervenției chirurgicale suportate. Pe de altă parte, la această etapă, s-a constatat apariția simptomelor vasomotorii manifestate prin bufeuri și transpirații nocturne. După 6 luni de la intervenția chirurgicală, pacientele au raportat o creștere evidentă a severității sindromului climacteric în ambele loturi. În lotul I, în 88% dintre cazuri sindromul climacteric a fost de grad ușor și în 8% de grad mediu. În lotul II, sindromul climacteric a avut un grad mai sever, fiind exprimat în 74% din cazuri ca grad ușor, în 18% ca grad moderat și în 4% ca grad sever. Este de menționat faptul că la 6 luni postoperator, pacientele din lotul I au acuzat preponderent simptome psiho-emoționale, în timp ce cele din lotul II au raportat simptome vasomotorii. La un an postoperator, s-a constatat o creștere a severității sindromului climacteric în ambele loturi, cu predominarea simptomelor vasomotorii, fiind statistic semnificativ mai sever în comparație cu grupul de control ($p < 0,001$).

Concluzii

Rezultatele studiului demonstrează că simptomele vasomotorii, precum bufeurile și transpirațiile nocturne, sunt simptomele primare la pacientele după histerectomie cu sau fără ovarectomie. Severitatea acestor simptome este mai mare în cazul histerectomiei cu ovarectomie bilaterală în comparație cu histerectomia fără ovarectomie. Este necesar să înțelegem mecanismele neurofiziologice care stau la baza sindromului climacteric, pentru a oferi un tratament individualizat precoce și pentru a preveni complicațiile, contribuind astfel la îmbunătățirea calității vieții acestor paciente.

**FIBROAME/TECOAME OVARIENE**

*Ana Mișina¹, Patricia Harea², Cristina Dobrevă³,
Liliana Fuior-Bulhac⁴, Vergil Petrovici⁵*

¹ IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția Ginecologie chirurgicală, doctor habilitat în științe medicale, profesor cercetător

² IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția Ginecologie chirurgicală, doctor în științe medicale, medic obstetrician-ginecolog

³ IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția Ginecologie chirurgicală, medic obstetrician-ginecolog

⁴ IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția Imagistică, doctor în științe medicale, medic ecografist

⁵ IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția Patomorfologie, doctor în științe medicale, medic morfopatolog

Cuvinte-cheie: ovar, fibrom, tecom

Introducere

Fibroamele/tecoamele ovariene (FTO) sunt tumori rare și reprezintă aproximativ 1%-4,7% din neoplazmele ovariene.

Scopul acestui studiu este de a investiga particularitățile diagnosticului și tratamentului chirurgical al FTO.

Materiale și metode

Au fost analizate datele a 32 de paciente operate în secția de ginecologie chirurgicală a IMȘC în perioada 2008-2023 cu un diagnostic histopatologic final de FTO. Pentru diagnostic au fost utilizate: ultrasonografia, tomografia computerizată sau imagistica prin rezonanță magnetică și markerii tumorali.

Rezultate

Vârsta medie a pacientelor cu FTO a fost de $45,4 \pm 2,5$ ani (95% CI:40,24–50,63). Pacientele cu vârsta <40 ani au fost statistic semnificativ mai puține ($p=0,0237$) decât cele >40 ani, iar raportul acestor grupe de vârstă a fost de 24,4% vs. 65,6%. FTO au fost mai frecvent unilaterale decât bilaterale și acest raport a fost de 93,7% vs. 6,3% ($p<0,0001$). Conform metodelor imagistice, FTO au fost mai des ($p<0,05$) definite ca formațiuni solide de formă rotundă (ovală) ($n=21$, 65,6%) și mai rar de formă neregulată – 11 (34,4%). Dimensiunea maximă medie a tumorilor a fost de $9,8 \pm 1,6$ cm (între 4,3 și 15,3 cm), iar volumul tumorilor a fost de $338,5 \pm 77,1$ cm³ (95% CI:180,7–496,4). La dopplerografie, fluxul sanguin absent sau neînsemnat a fost observat semnificativ mai des în comparație cu fluxul sanguin moderat și pronunțat (82,1% vs. 17,9%, $p<0,0001$). În 12 cazuri (37,5%) s-a vizualizat lichidul liber în cavitatea abdominală și s-a confirmat prezența lichidului ascitic limpede intraoperator într-un volum mediu de $236,3 \pm 14,1$ ml (95%CI:205,2–267,3). Volumul intervențiilor chirurgicale pentru FTO a inclus: histrectomie subtotală + anexectomie bilaterală ($n=12$, 37,5%), histrectomie subtotală + anexectomie unilaterală ($n=1$, 3,1%), anexectomie bilaterală ($n=2$, 6,2%), anexectomie ($n=9$, 28,2%), tumorectomie bilaterală ($n=1$, 3,1%) și tumorectomie ($n=7$, 21,9%). Examenul histologic al tumorilor ($n=34$) a evidențiat următoarele variante morfologice: fibroame – 11 (32,4%), tecoame ovariene – 13 (38,2%) și fibrotecoame – 10 (29,4%). Perioada de supraveghere a fost în medie de $55,5 \pm 6,6$ luni. (95% CI:42,07–68,99), toate pacientele au fost asimptomatice, nu s-a observat nicio recidivă tumorală.

Concluzii

Fibroamele/tecoamele ovariene sunt mai frecvente la pacientele aflate în perimenopauză și menopauză. Destul de des sunt diagnosticate ca fibrom uterin și tumori ovariene maligne. Efectuarea tumorectomiei pentru FTO este o metodă de tratament adecvată pentru pacientele de vârstă reproductivă.



METODELE DE TRATAMENT CHIRURGICAL AL PROLAPSULUI ORGANELOR GENITALE

Gheorghe Găină

USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, student doctorand

Cuvinte-cheie: prolaps uterin, cistocel, rectocel, prolaps vaginal, elongație de col

Introducere

Prolapsul organelor genitale reprezintă dereglarea staticii pelvine care se caracterizează prin schimbarea poziției anatomice a organelor bazinului mic și alunecarea acestora prin canalul vaginal ca urmare a extinderii sistemului de susținere. Această stare patologică afectează circa 50% de femei, în special în perioada perimenopauzală, dar este înregistrată și la un număr mare de paciente de vârstă reproductivă. Este o patologie pe cât de jenantă, pe atât de importantă ca impact asupra calității vieții pacientelor. Simptomele prolapsului organelor pelvine sunt variate și nu corespund întotdeauna severității leziunii care l-a provocat. Astfel, prolapsul organelor genitale poate induce o serie de tulburări funcționale ale organelor pelvine ca incontinența urinară, care se înregistrează la 10-60% dintre femeile cu prolaps genital, polakiurie, nicturie, retenție urinară cronică, cistită interstițială, disfuncții intestinale (constipație, incontinență fecală și gazoasă la 10-20% dintre femeile cu prolaps genital), dureri pelvine. Opțiunile de tratament în cazul acestei afecțiuni variază în funcție de gradul prolapsului. În situațiile în care prolapsul genital nu afectează activitățile zilnice ale pacientei, tratamentul nu este necesar.

În prezent, sunt cunoscute mai multe metode de tratament ale patologiei vizate: nechirurgicale și chirurgicale. Atunci când manifestările devin evidente, se poate opta pentru efectuarea de exerciții fizice pentru întărirea musculaturii planșeului pelvin sau utilizarea dispozitivelor medicale pentru susținerea uterului și a pereților vaginali. Dintre metodele chirurgicale, o amploare crescândă revine celor endoscopice de tratament.

Scopul

Aprecierea structurii și frecvenței metodelor de tratament chirurgical al prolapsului genital pentru optimizarea tehnicii de corecție a disfuncției organelor genitale provocate de această afecțiune.

Materiale și metode

A fost efectuat un studiu observațional care a inclus 248 de paciente cu dereglări de statică a organelor pelvine (prolaps uterin, cistocel, rectocel, prolaps vaginal, elongație de col) de diferit grad, spitalizate pentru tratament chirurgical în IMSP „Gheorghe Paladi”, municipiul Chișinău, pe parcursul anului 2023.

Rezultate

Pacientele incluse în studiu au avut vârsta cuprinsă între 28 și 78 de ani, cu media de vârstă de $62,5 \pm 9,0$ ani. Simptomele principale prezente în rândul acestor paciente au inclus: durerea, dispareunia, dereglările dizurice, tulburările de defecație. În funcție de gradul prolapsului, cele mai frecvente operații efectuate au fost: colporafiile anterioare și posterioare – 126 (50,8%) de paciente și operația Manchester (operația Donald-Fothergill) – 24 (9,67%) din cazuri. Alte operații au inclus rezecția de col uterin – 21 (8,46%) din cazuri și uteropexia cu lamboul aponeurozei mușchilor dreپți abdominali – 2 (1,5%) cazuri. Histerosuspensiile laterale cu meșă sintetică au fost efectuate în 66 (26,6%) din cazuri prin abord endoscopic și în 6 (2,4%) cazuri prin abord abdominal. În 5 cazuri, la pacientele diagnosticate cu incontinență urinară de efort a fost efectuată colposuspensia transobturatorie cu meșă sintetică. Nu au fost înregistrate incidente intraoperatorii. Evoluția postoperatorie s-a încadrat în limitele normale pentru aceste tipuri de intervenții.

Concluzii

Prolapsul organelor genitale continuă să reprezinte o afecțiune cu impact negativ asupra calității vieții femeilor, atât în perioada de postmenopauză, cât și de vârsta tânără. Abordul vaginal rămâne, deocamdată, cea mai frecventă variantă chirurgicală de tratament a prolapsului organelor genitale, exprimată prin colporafiile anterioare și posterioare. Totodată, se înregistrează frecvența în creștere a corecției endoscopice a prolapsului genital – un tratament de perspectivă în rezolvarea acestei stări patologice.



SĂNĂTATEA REPRODUCTIVĂ CONTEMPORANĂ ȘI IMPACTUL ACESTEIA ASUPRA NATALITĂȚII ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Natalia Cauș¹, Cătălin Cauș²

¹USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctorandă

²USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: sănătatea reproducerii, natalitate, demografie

Introducere

În ultimii ani, Republica Moldova se confruntă cu o problemă gravă legată de scăderea natalității, generând o adevărată criză demografică ce se resimte cu fiecare an tot mai acut în societate. Depopularea satelor și orașelor, creșterea ratei de imigrare a populației băștinașe și un nivel ridicat al șomajului social agravează și mai mult situația economică a Republicii Moldova și incapacitatea de a restabili demografia de altă dată.

Scopul acestui studiu este de a conștientiza cauzele scăderii natalității în Republica Moldova și de a identifica modalități de prevenire a fertilității precoce (sub 18 ani) și a fertilității târzii (după 40 de ani).

Materiale și metode

Pentru realizarea acestui scop, s-au analizat informațiile din ultimii ani disponibile pe portalurile online PubMed și Elsevier, precum și literatura de specialitate în limba română și tezele de doctorat relevante.

Rezultate

Nașterile la minore reprezintă o problemă de educație sexuală, evidențind incapacitatea sistemului educațional și sanitar, împreună cu familia, de a preveni sarcinile la adolescente sub vârsta de 16 ani în țara noastră. Această situație a fertilității precoce necesită o abordare complexă, care să includă nu doar aspecte economice, prin programe de prevenție a sarcinilor la minore, ci și o educație adecvată despre sănătatea reproductivă începând de la nivelul școlilor, liceelor și colegiilor. De asemenea, este important să se promoveze o strategie națională care se încurajeze nașterile după vârsta de 18-20 de ani. Pe de altă parte, o altă provocare a societății moderne o reprezintă tranziția spre o fertilitate târzie, după vârsta de 40 de ani. Această tendință de a amâna rolul de părinte a condus la o creștere a ratei de infertilitate, deoarece multe cupluri au încredere absolută în tehnicile de reproducere umană asistată pentru rezolvarea problemelor de fertilitate. Cu toate acestea, o parte dintre cuplurile din această categorie de vârstă avansată (↑40 de ani) se pot confrunța cu dificultăți în a concepe un copil biologic și pot avea nevoie de programe de fertilizare *in vitro* cu celule donate și/sau de servicii de maternitate surogată. Factori biologici precum scăderea cantitativă și calitativă a ovocitelor la femei după vârsta de 30 de ani, precum și modificările biologice ale parametrilor spermogramei la bărbați în decada a patra de viață, care se caracterizează prin forme patologice ale spermatozoizilor și scăderea numărului, mobilității și capacității de fecundare spontană, pot afecta capacitatea de a concepe un copil pe cale naturală. Lipsa conștientizării vârstei biologice în rândul cuplurilor, promovarea conceptului „anti-aging” (persoană fără vârstă = încetinirea îmbătrânirii), cunoașterea progresului tehnologic în domeniul reproducerii umane asistate favorizează și întrețin conceperea copiilor la vârste mai înaintate, având repercusiuni asupra natalității în țară. Întârzierea căsătoriei și amânarea maternității la femei sunt alimentate de conflictele interpersonale legate de aspirațiile profesionale în carieră, stabilitatea financiară proprie și participarea activă pe piața muncii. Aceste aspecte constituie una dintre problemele contemporane ale societăților industrializate, ceea ce a dus la scăderea demografiei globale în ultimii 30 de ani. Schimbările în structura nașterilor în funcție de vârsta mamei care au avut loc au influențat semnificativ rata totală de fertilitate în Republica Moldova. Astfel, apogeul fertilității în prezent este concentrat în grupul de femei din decada a treia de viață. Este evident că îmbătrânirea populației și dorința de a concepe la vârste mai avansate sunt determinate de factori economici, sociali, educaționali, sanitari, culturali etc. Valorile fundamentale ale întemeierii unei familii sunt strâns corelate cu siguranța în ziua de mâine, bunăstarea și echilibrul social, schimbând prioritățile comportamentale ale tinerilor.

Concluzii

Republica Moldova poate face față crizei demografice concentrând-se nu doar pe creșterea numărului populației, ci și pe îmbunătățirea calității vieții cetățenilor săi. Țările înregistrează succese economice și demografice atunci când investesc în educație și în sănătatea reproducerii populației acestora.



SEMNIIFICAȚIA CLINICĂ A DEREGLĂRILOR ENDOCRINE ÎN GENEZA DISFUNȚIILOR MENSTRUALE LA ADOLESCENTELE CU OBEZITATE

Liliana Profire¹, Gabriela Solcanu²

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

Cuvinte-cheie: ciclu menstrual, sângerare uterină anormală, amenoree, oligomenoree

Introducere

Una dintre componentele sănătății reproductive a unei națiuni este sănătatea reproductivă a adolescenților. Starea de sănătate în adolescență determină situația demografică viitoare a țării. Actualmente, în literatura de specialitate se menționează o rată înaltă (cca 50%) a morbidității în rândurile adolescenților, care în mod inevitabil, poate avea impact negativ asupra funcției de reproducere, iar aproximativ o treime dintre aceștia suferă de patologii ale sistemului reproductiv. Există o legătură directă între funcția organelor de reproducere și cantitatea de țesut adipos în organism. Astfel, menarha apare atunci când greutatea corporală atinge media de 47,8 kg și raportul dintre țesutul adipos și greutatea corporală totală constituie 17%. Pentru a se menține un ciclu menstrual regulat, acest raport ar trebui să constituie 22%. În cazul în care conținutul de țesut adipos depășește sau este mai mic decât cel indicat (22%), se modifică activitatea proceselor de aromatizare extragonadală a androgenilor în estrogeni, ceea ce va afecta ulterior feedbackul în sistemul hipotalamus-hipofiză-ovare. În ultimele decenii, obezitatea la copii și adolescenți a înregistrat o creștere covârșitoare la nivel mondial. Obezitatea alimentară provoacă în adolescență neregularități menstruale de șase ori mai frecvent și poate dubla riscul de infertilitate primară. Printre cele mai frecvente dereglări ale ciclului menstrual la adolescentele cu obezitate se numără: amenoreea, oligomenoreea, sângerarea uterină anormală și dismenoreea. Obezitatea provoacă și dereglări endocrine în perioada pubertății, având un impact asupra dezvoltării sexuale – pubertatea precoce sau tardivă.

Scopul

Estimarea și valorizarea dereglărilor endocrine în dezvoltarea disfuncțiilor menstruale pentru elaborarea unor strategii de management al dereglărilor de ciclu menstrual la adolescentele cu obezitate incluse în această cercetare.

Materiale și metode

Studiul curent este de tip descriptiv, neexperimental. Metodele de studiu au inclus metoda chestionarului și analiza statistică matematică. Lotul de studiu a inclus 186 de adolescente cu obezitate și dereglări ale ciclului menstrual internate în secția de ginecologie infantilă a IMSP Institutul Mamei și Copilului, pe o perioadă de 5 ani (anii 2018-2023). Lotul de cercetare a fost constituit din 150 de paciente, iar grupul de control a inclus 136 de paciente sănătoase cu IMC 19,4 kg/m² și ciclu menstrual regulat.

Rezultate

Vârsta medie a pacientelor din grupul de studiu a constituit 14,87±1,78 ani și 15 ani±1,6 ani în grupul de control. Toate adolescentele cu dereglări ale funcției menstruale din studiu au prezentat un indice de masă corporală (IMC) crescut: 132 (88%) cu obezitate de gradul I; 8 (5,34%) cu obezitate de gradul II, 3 (2%) cu obezitate morbidă și 7 (4,67%) cu supraponderabilitate. În grupul de control, IMC- ul mediu al pacientelor a fost de 19,4 kg/m². Obezitatea în grupul de cercetare s-a asociat cu tulburări de metabolism, manifestate nu doar prin IMC crescut, ci și prin niveluri ridicate ale glicemiei a jeun sau postprandial și niveluri mai scăzute de globulină care leagă hormonii sexuali. Analiza profilului glicemic la pacientele din grupurile de studiu a relevat că glicemia a jeun și postprandială crescută a fost observată în ambele grupuri de paciente – la 23 de paciente din grupul de cercetare (15,33%) cu IMC crescut și la 3 paciente (2,20 %) din grupul celor cu IMC normal. Nivelul hiperglicemiei a jeun a constituit 6,75±0,23 mmol/l, hiperglicemia postprandială (la 1-2

h) la 3 paciente a fost de $11,01 \pm 0,15$ mmol/l. Insulinorezistența, evaluată prin HOMA IR, a fost determinată la 36 de paciente din grupul de cercetare și la 3 paciente din grupul de control. IR, măsurată prin HOMA, a indicat o rezistență crescută la insulină de 2,47 în toate cazurile de hiperglicemie din grupul de cercetare (23 de paciente) și la 2 paciente din grupul de control, cu o valoare de 2,2. Astfel, sindromul metabolic, confirmat prin metode de laborator, a fost diagnosticat preponderent în grupul de studiu. Dereglările ciclului menstrual întâlnite în rândul pacientelor din studiu au inclus: amenoree secundară la 42 (28%), sângerare uterină anormală la 42 (28%), dismenoree la 27 (18%), oligomenoree la 36 (24%), amenoree primară la 21 (14%). Analiza profilului hormonal a relevat următoarele dereglări: hiperandrogenemie la 65 de paciente, hiperprolactinemie la 28 de paciente, hipotiroidism la 41 de paciente și hipertiroidism la 10 paciente.

Concluzii

Pentru a gestiona eficient pacientele obeze cu dereglări ale ciclului menstrual, este esențială o abordare holistică ce ar lua în considerare nu doar parametrii fizici, cum ar fi IMC-ul, ci și profiul biochimic și hormonal al acestora. În scopul evitării hiperdiagnosticului de insulinorezistență și a polipragmaziei în cazul pacienților cu obezitate, se recomandă investigarea nivelului HOMA IR și a glicemiei a jeun. Rezultatele acestor teste sunt importante pentru selectarea preparatelor insulin-sensibilizatoare, cum ar fi Metforminul, însă indicațiile pentru acesta în cazul adolescentelor sunt limitate.

CZU: 618.17-008.8-02:616.36-002.2:612.018



STUDIAREA MODIFICĂRILOR PROFILULUI HORMONAL LA PACIENTELE CU DEREGLĂRI MENSTRUALE CAUZATE DE HCV

Liudmila Stavinskaia¹, Zinaida Sârbu², Uliana Tabuica³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, asistent universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: dereglări menstruale, hormoni hipofizari, estrogen, progesteron, hepatită cronică virală

Introducere

Funcția menstruală normală este unul din indicatorii principali ai stării de sănătate a femeii. Dereglările menstruale sunt frecvente la femeile cu patologii extragenitală, inclusiv hepatitele cronice de etiologie virală.

Conform datelor statisticii oficiale a Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, hepatitele cronice de etiologie virală (HCV) au o incidență de 52,2%. Conform datelor din literatura de specialitate, modificările la diferite niveluri ale sistemului hipotalamo-hipofizo-ovarian-ficat sunt principalele mecanisme patogenetice ale tulburărilor funcției menstruale și reproductive la femeile care au suferit de hepatită virală. Este posibil ca principalele cauze ale tulburărilor menstruale în hepatită să fie insuficiența ovariană, inclusiv funcția ovariană producătoare de steroizi și disfuncția hepatică în metabolizarea lor.

Scopul

Studierea profilului hormonal la pacientele cu HCV pentru a evalua tipurile de dereglări menstruale.

Materiale și metode

A fost efectuat un studiu prospectiv pe un eșantion de 320 de femei cu vârsta cuprinsă între 18 și 45 de ani, care sufereau de dereglări ale funcției menstruale cauzate de HCV. Aceste femei au fost selectate folosind un chestionar special conceput în acest scop.

Profilul hormonal a fost evaluat prin metoda analizei imuno-enzimatice a hormonilor sexuali – estradiol, progesteron și a hormonilor hipofizari – FSH (foliculostimulant), LH (luteinizant), Pr (Prolactină), precum și prin screeningul funcției glandei tiroide – TSH (tireotrop) și T₄ (tiroxin) total. Rezultatele investigațiilor au fost comparate cu valorile standard de laborator pentru un grup de femei sănătoase (n=25) cu vârstă reproductivă și ciclu menstrual regulat ovulator.

Analiza modificărilor profilului hormonal în funcție de dereglările ciclului menstrual și particularitățile bolii de bază – HCV a fost efectuată folosind metoda multifactorială cu regresie ANOVA.

Rezultate

Din cele 320 de paciente incluse în studiu, HCV B a fost confirmată la 161 de paciente, ceea ce constituie 50,31% (ÎI 95% 42,59-58,04), forme mixte HCV B+C și HCV B+D au avut câte 52 de paciente în fiecare grup (16,25% cu ÎI 95% 6,22- 26,28), iar HCV C a constituit 17,19% (ÎI 95% 7,22- 27,16) din eșantionul total.

S-a constatat că durata maximă a ciclului menstrual, cuprinsă între 35 și 60 de zile, a fost întâlnită la 73,08% dintre femeile cu HCV B+D și la fiecare a doua pacientă cu HCV B – 47,83% (95% ÎI 36,67-58,98%). Durata menstruației mai scurtă de 22 zile a fost înregistrată la 38,18% dintre paciente cu HCV C și la 19,88% dintre cele cu HCV B.

Sindromul hipermenstrual (incluzând menoragii și meno-metroragii) s-a înregistrat la femeile cu hepatite mixte HCV B+C în $23,07 \pm 23,84\%$, și HCV B+D – în $26,92 \pm 23,23\%$ din cazuri. Analizând datele obținute, s-a constatat că sindromul hipomenstrual a fost mai frecvent întâlnit la pacientele cu HCV B și HCV C ($37,89 \pm 12,17\%$ și $50,91 \pm 18,52\%$, respectiv).

Studierea hormonilor hipofizari a demonstrat lipsa devierilor semnificative de la valorile normale în toate tipurile de HCV.

Analiza indicilor de FSH a arătat cele mai ridicate valori la pacientele cu HCV B, înregistrându-se în lotul LA $7,09 \pm 29,03$ UI/l comparativ cu lotul LB $11,89 \pm 44,123$ UI/l, cu diferența statistic semnificativă (F-2,57; df-7, p=0,014). În același timp, cele mai înalte valori ale LH au fost înregistrate la pacientele cu HCV B+D, cu o prevalență nesemnificativă în lotul LA $5,59 \pm 0,795$ UI/l (F- 1,932; df-7, p=0,064).

Cu toate acestea, s-a constatat o interacțiune între caracterul schimbărilor ciclului menstrual și tipul etiologic al HCV în explicarea nivelului de LH, confirmat prin ANOVA (F-3,713, p=0,001).

În cadrul studiului, s-a observat o creștere semnificativă a nivelurilor de prolactină la toate pacientele cu HCV în comparație cu lotul de control (H-39.084; df-4, p<0,001), cele mai înalte fiind la pacientele cu HCV B+D $534,13 \pm 165,35$ mUI/l (F-11,205, df-4, p<0,001).

Analiza multifactorială a arătat o interacțiune semnificativă între activitatea HCV și tipul etiologic al HCV și nivelul de prolactină (F- 3,122; df-3, p=0,026). Cu certitudine, pot fi observate niveluri crescute de prolactină, împreună cu scăderea LH, la pacientele cu amenoree sau sindrom hipomenstrual pe fundalul evoluției active a hepatitei cronice, care provoacă aceste tulburări.

Un aspect important îl reprezintă evaluarea hormonilor ovarieni, care a constatat niveluri scăzute de estrogen în prima fază a ciclului menstrual, $119,91 \pm 38,32$ ng/l (H-19.878, df-4, p=0,001) la pacientele cu activitatea HCV (F-5,726; df-1, p=0,03). Studiul nivelului de progesteron în sânge a evidențiat o scădere de 5-8 ori mai mică decât în grupul de control, cu o medie de $8,14 \pm 10,98$ nmol/l (F-45,45, df-4, p<0,001). În studiul realizat, valorile TSH au variat în medie $2,30 \pm 1,03$, fără diferențe semnificative între loturi și tipuri. Valorile T4 au variat în medie de $94,82 \pm 25,40$ mmol/l, rămânând în limitele normale.

Concluzii

Rezultatele studiului confirmă prezența următoarelor dereglări ale ciclului menstrual: amenoree, sindrom hipomenstrual și sindrom hipermenstrual. Analiza dezechilibrului între nivelurile FSH, LH și prolactină condiționează dereglarea sintezei de estradiol și progesteron, care la rândul lor sunt dependente de gradul de severitate al HCV.

CZU: 618.177-089.888.11



SUCESUL ÎN TIMPUL EMBRIOTRANSFERULUI CA ULTIMA ETAPĂ DIN PROCEDURA DE FERTILIZARE *IN VITRO*

Natalia Cauș

USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctorandă

Cuvinte-cheie: fertilizare *in vitro* (FIV), endometru, embriotransfer

Introducere

Datorită progreselor în domeniul reproducerii umane asistate în ultimele decenii, în aproape toate țările lumii, s-au consolidat cunoștințele despre factorul uterin de infertilitate și s-a observat o creștere a ratelor de

implantare și de naștere a copiilor la termen. Cu toate acestea, endometrul rămâne încă o enigmă în procesul de reproducere umană, fie spontană, fie asistată. Funcțiile de bază ale endometrului sunt legate de procesul de procreare, cum ar fi implantarea embrionului, placentarea și dezvoltarea fătului în uter. Toate aceste procese complexe sunt strâns interconectate și guvernate de mecanisme încă neînțelese complet de către știința și practica medicală.

Scopul acestui studiu este de a înțelege mai bine etapa de embriotransfer în cadrul procedurii de fertilizare *in vitro* (FIV).

Materiale și metode

S-au examinat și analizat informațiile din ultimii ani disponibile pe portalurile online PubMed și Elsevier, precum și literatura de specialitate în limba română.

Rezultate

Factorii care influențează funcționalitatea endometrului sunt variați și includ prezența unui uter anatomic corect format, activitatea ciclică a menstruației determinată de funcția și fluctuațiile hormonale din ovare, acțiunea hormonilor steroizi în sânge (estrogen, progesteron etc), precum și stratul bazal intact al endometrului care îi permite să se regenereze, fiind responsabil de proliferare, secreție și descumare. Sensibilitatea endometrului la hormoni sexuali este, de asemenea, un factor important care determină receptivitatea și selecția embrionilor. Receptivitatea endometrului este descrisă ca o perioadă tranzitorie care durează câteva zile în faza de secreție și este cunoscută sub denumirea de „fereastră de implantare”. Această perioadă este caracterizată prin schimbul de informații genetice care este esențial pentru implantare. Se consideră că condițiile fiziologice, în prezența unui embrion euploid, se păstrează un echilibru între selectivitatea și receptivitatea endometrului. Pierderea acestui echilibru poate duce la pierderea unui embrion euploid atunci când se accentuează selecția și se micșorează receptivitatea endometrului sau poate duce la altă situație de dezechilibru când se plantează un embrion aneuploid atunci când selectivitatea scade și receptivitatea endometrului crește. Embriotransferul este etapa finală a procedurii de fertilizare *in vitro*, care oferă o concluzie la un parcurs lung al tratamentului. Deși embriotransferul este considerat un gest rapid și ușor, nu trebuie subestimate eforturile clinice și biologice depuse anterior, care au inclus stimularea ovariană controlată, puncția productivă de ovocite și obținerea embrionilor de calitate și cantitate adecvată de către embriolog. Pentru a preveni eșecul embriotransferului, este necesar să se efectueze manevre de pregătire pre-transfer pentru a aprecia pasajul prin colul uterin către cavitatea uterului.

Concluzii

Numărul de embrioni transferați este un subiect larg discutat între medici, aceștia având opinii divergente. Unii susțin că introducerea unui număr mai mare de embrioni ar crește șansele de implantare. Cu toate acestea, cercetările au arătat că transferul a doi și mai mulți embrioni nu a crescut rata de sarcini după FIV. În schimb, a crescut numărul sarcinilor multiple, care au fost asociate cu riscuri crescute, incluzând avorturi spontane tardive, nașteri premature și alte complicații neonatale și obstetricale.

CZU: 618.211-006.2-053.2



TERATOAMELE OVARIENE MATURE LA PACIENTELE PEDIATRICE: ANALIZA A 64 DE CAZURI CONSECUTIVE

**Ana Mișina¹, Patricia Harea², Cristina Dobrevă³, Liliana Fuior-Bulhac⁴,
Vergil Petrovici⁵, Gheorghe Secu⁶**

¹ IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția Ginecologie chirurgicală, doctor habilitat în științe medicale, profesor cercetător

² IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția Ginecologie chirurgicală, doctor în științe medicale

³ IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția Ginecologie chirurgicală, medic obstetrician-ginecolog

⁴ IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția Imagistică, doctor în științe medicale

⁵ IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția Patomorfologie, doctor în științe medicale

⁶ IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția Ginecologie chirurgicală, medic rezident în obstetrică și ginecologie

Cuvinte-cheie: teratoame ovariene mature, teratom epidermoid, dermoizi, paciente pediatrice

Introducere

Teratoamele ovariene mature (TOM) sau dermoizii sunt cele mai frecvente tumori la copii și adolescente și, conform literaturii anglo-saxone, reprezintă de la 55 până la 70% din structura neoplasmelor din această grupă de vârstă. În pofida progreselor obținute în metodele de vizualizare și tratamentul chirurgical al TOM, frecvența intervențiilor ovaromenajante rămâne destul de scăzută.

Scopul studiului este evaluarea rezultatelor diagnosticului și tratamentului chirurgical al TOM la copii și adolescente.

Materiale și metode

A fost efectuată o analiză a bazei de date (n=173) cu chisturi ovariene (CO) la copii și adolescente operate în perioada 2000 – ianuarie 2024. Pentru diagnostic și stratificare s-a utilizat ultrasonografia (USG), tomografia computerizată (TC) sau imagistica prin rezonanță magnetică (IRM). Markerii tumorali au fost determinați selectiv (CA-125, CEA, CA 19.9, αFP).

Rezultate

TOM au fost depistate la 64 (36.9%) de paciente pediatrice, cu o vârstă medie de 16.1 ± 0.3 ani. Tumorile au fost localizate în principal pe partea dreaptă – 36 (56.2%), pe partea stânga – 25 (39.1%) și bilateral în 3 (4.7%) cazuri. În cazurile de TOM necomplicate, simptomul principal a fost durerea pelvină – în 46 (86.8%) de cazuri, iar în 6 (11.3%) cazuri a fost depistată incidental. Conform metodelor imagistice, TOM au fost repartizate în următoarele clase: A – 5 (7.7%), B – 28 (53.8%), C – 18 (34.7%) și D – 2 (3.8%). Dimensiunea maximă a acestora a variat între 2.6 și 12.8 cm, iar indicele „morfolologic” ultrasonografic a fost de 6.1 ± 0.1 (între 4 și 8). În 11 (21.1%) cazuri, s-au efectuat intervenții chirurgicale pentru complicații asociate TOM, incluzând torsiunea anexelor uterine (n=10) și ruptura spontană în cavitatea abdominală liberă (n=1). Intervențiile chirurgicale au fost efectuate prin laparotomie Pfannenstiel – 58 (90.6%) din cazuri și folosind tehnologii laparoscopice – în 6 (9.4%) cazuri. În timpul efectuării unei tumorectomii ideale, pasul principal ar trebui să fie disecția stratului cortical la granița dintre formațiunea tumorală și țesutul ovarian rezidual. Un plan de disecție adecvat permite să nu perturbe integritatea tumorii ovariene și asigură enuclearea formațiunii ovariene fără reducerea volumului de țesut ovarian rezidual și cu pierderi minime de sânge. În total, operațiile ovaromenajante au fost efectuate în 57 (89.1%) din cazuri. Nu au fost observate complicații în perioada postoperatorie (zero). Examenul histopatologic al tumorilor îndepărtate a relevat că în 63 (98.4%) din cazuri tabloul morfolologic corespundea teratoamelor mature (dermoide), iar într-un singur caz a fost identificat un teratom monodermic (epidermoid). La evaluarea distribuției țesuturilor în tumoră în funcție de stratul embrionar, s-a constatat că țesuturile stratului mezodermic sunt mai frecvente decât țesuturile straturilor ectodermic și endodermic.

Concluzii

În pofida mărimii TOM și a complicațiilor asociate, cum ar fi torsiunea anexelor uterine, implementarea intervențiilor ovaromenajante este posibilă în marea majoritate a cazurilor. Un argument suplimentar în favoarea acestui volum de operații trebuie considerat faptul dezvoltării potențiale a tumorilor metacronice în ovarul contralateral.



ANEVRISME ANASTOMOTICE FEMURALE COMPLICATE

Dumitru Casian¹, Vasile Culiuc², Igor Spinei³, Alexandru Predenciuc⁴, Sergiu Danu⁵, Pullolil Ajayan Sreelakshmi⁶

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală – Semiologie nr. 3, IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Clinica Chirurgie Vasculară, Chișinău, Republica Moldova, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală – Semiologie nr. 3, IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Clinica Chirurgie Vasculară, Chișinău, Republica Moldova, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Clinica Chirurgie Vasculară, Chișinău, Republica Moldova, doctorand

⁴ IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Clinica Chirurgie Vasculară, Chișinău, Republica Moldova, doctorand

⁵ IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Clinica Chirurgie Vasculară, Chișinău, Republica Moldova, chirurg vascular

⁶ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală – Semiologie nr. 3, student

Cuvinte-cheie: anevrism anastomotic, arteră femurală, complicații, revascularizare deschisă

Introducere

Anevrismele anastomotice femurale (AAF) reprezintă o complicație caracteristică a reconstrucțiilor vasculare deschise efectuate în segmentul aorto-femural, fiind diagnosticate cu o incidență de aproximativ 10-20%. Deși inițial evoluează adesea asimptomatic, AAF pot genera ulterior o serie de complicații periculoase atât pentru membrul inferior implicat, cât și pentru viața pacientului.

Scopul acestei analize retrospective este de a examina o serie de cazuri de AAF complicate, care au fost supuse tratamentului chirurgical în mod urgent sau urgent amânat, pentru (1) a analiza caracteristicile morfologice și evolutive ale AAF; (2) a descrie variantele de prezentare clinică și (3) a evalua rezultatele tratamentului chirurgical.

Rezultate

În cadrul studiului au fost analizate 6 cazuri de AAF complicate. Majoritatea pacienților, adică 4 (66%), au fost bărbați, având o vârstă medie de $72,3 \pm 6,0$ ani. Intervalul de timp de la operația primară (bypass aorto-femural – 2 cazuri, aorto-bi-femural – 4 cazuri) a variat între 3 și 8 ani, cu o medie de $5,3 \pm 1,9$ ani. Reconstrucțiile primare au fost efectuate folosind grefe sintetice din poliester. La momentul internării, conform datelor tomografiei computerizate, diametrul mediu al AAF a fost de $52,0 \pm 21,0$ mm (interval: 20-87 mm). AAF necomplicate contralaterale au fost diagnosticate la 3 (50%) dintre pacienți. Prezentarea clinică a pacienților cu AAF complicate a fost foarte variată: (1) ischemie acută a membrului de gradul IIB Rutherford, cauzată de tromboza completă a sacului anevrismal ($n=2$) sau embolizarea arterio-arterială cu ocluzia arterei poplitee ($n=1$); (2) erupere a AAF cu hemoragie intratisulară ($n=1$); (3) ischemie cronică critică corespunzătoare stadiului III Fontaine pe fondul trombozei complete a AAF și a branșei ipsilaterale a bypass-ului aorto-bi-femural ($n=1$); (4) sindrom algic pronunțat cauzat de compresia nervului femural de către AAF ($n=1$). Diametrul AAF cu tromboza completă a sacului a variat între 20 și 60 mm, iar diametrul AAF erupt a fost 87 mm. Diagnosticul în 5 (83%) cazuri a fost confirmat prin CT-angiografie, iar într-un caz a fost folosită ultrasonografia Duplex. Toți pacienții au fost supuși intervențiilor vasculare reconstructive deschise cu anestezie generală ($n=2$) sau spinală ($n=4$). Sacul anevrismal, pereții arterei implicate în anastomoză și segmentul para-anastomotic (infrainghinal) al grefei au fost rezecați prin acces longitudinal în regiunea femurală. În 2 (33%) cazuri, înainte de accesul spre AAF, grefa funcțională a fost mobilizată și controlată printr-un acces retroperitoneal suprainghinal. Hemoragia retrogradă din arterele femurale a fost inițial controlată prin ocluzia intraluminală cu ajutorul unui cateter cu balon. Revascularizarea membrului în 5 (83%) cazuri s-a efectuat prin interpoziția unui grefon sintetic din PTFE ($n=3$) sau poliester ($n=2$) între proteza vasculară veche și arterele femurale. La un singur pacient, din cauza ocluziei extinse a grefei și eșecului trombectomiei, s-a efectuat un by-pass crossover ilio-femural tunelizat prin spațiul Retzius. Au fost

utilizate grefe de un diametru de 8-10 mm. În 4 cazuri, în circulația sangvină a fost inclusă doar artera femurală profundă, în timp ce în celelalte 2 observații s-a inclus și artera femurală superficială (la un pacient, după distalizarea bifurcației). Un pacient cu AAF complicat cu embolizare distală a necesitat tromboectomie din artera poplitee. Fragmentele excizate de greafă și sacul anevrismal au fost trimise pentru examen bacteriologic, care a fost pozitiv doar într-un singur caz (*Staphylococcus haemolyticus* x 10⁵). Complicațiile postoperatorii au inclus: hematom al plăgii (n=2, un caz a necesitat drenare) și limfoare (n=1). La termenul de 30 de zile postoperator, toate reconstrucțiile arteriale au fost funcționale, iar amputații nu s-au efectuat. Un pacient (16%) a decedat la a 28-a zi după intervenție din cauza infarctului miocardic acut.

Concluzii

Majoritatea AAF complicate au un diametru mai mare de 2 cm, devenind simptomatice în medie la 5 ani după operația primară și nu sunt asociate cu infecția grefei. Complicațiile AAF sunt destul de variate și necesită intervenții urgente de revascularizare, iar interpoziția unui grefon sintetic nou reprezintă tehnica chirurgicală standard. Rezultatele tratamentului pe termen scurt sunt satisfăcătoare, iar riscurile sunt influențate de vârsta înaintată și de comorbiditățile pacienților.

CZU:616.381-003.217-02:616.145.74-007.63-072.1



ASCITĂ DUPĂ BANDAREA ENDOSCOPICĂ A VARICELOR ESOFAGIENE

Andrei Șcureac¹, Evghenii Guțu², Serghei Cumpată³, Liuba Niculița⁴

¹IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, doctorand, medic chirurg-endoscopist

²USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

³IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, asistent universitar

⁴USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

Cuvinte-cheie: ascită, presiune portală, bandare endoscopică, sclerozare

Introducere

Majoritatea studiilor despre ligatura/bandarea elastică endoscopică a varicelor esofagiene la pacienții cu ciroză hepatică și hipertensiune portală se concentrează pe rata de obținere a hemostazei și pe incidența hemoragiilor recurente în perspectivă imediată și pe termen lung. Totodată, rămâne puțin elucidată influența întreruperii bruște a fluxului venos splanchnic prin calea azigo-portală, care teoretic ar trebui să ducă la o creștere semnificativă a presiunii portale și a ascitei. Conform unor date limitate disponibile, revenirea presiunii portale la nivelul pretratamentului după bandarea varicelor esofagiene are loc în aproximativ 48 de ore, în timp ce după sclerozare rămâne ridicat timp de peste 120 de ore.

Scopul

Studierea evoluției ascitei după bandarea endoscopică a varicelor esofagiene asociată cu injectarea paravariceală de trombină la pacienții cu ciroză hepatică, pentru a evalua rolul întreruperii fluxului colateral prin varice în creșterea presiunii portale și decompensarea cirozei.

Materiale și metode

În lotul de studiu au fost incluși 23 de pacienți cu ciroză hepatică și hipertensiune portală, dintre care la 6 pacienți bandarea fusese efectuată anterior. La 6 pacienți, bandarea a fost realizată în contextul unei hemoragii active. Prima etapă a constat în bandarea endoscopică, cu o medie de 4,6 (cu un minimum de 1 inel și un maximum de 6 benzi) aplicate per pacient, totalizând 106 benzi la cei 23 de pacienți. Ulterior, s-a efectuat injectarea de trombină în volum de 2,5 ml, în total de 250 de unități, în 2-4 puncte paravazale. Injectarea a fost realizată după aplicarea ultimului inel, pe perimetrul varixului hemoragic, sub inel aplicat (în hemoragie acută) sau a varixului cel mai mare după diametru și prezența semnelor roșii (profilaxie primară sau secundară). Au fost monitorizate recurențele hemoragiei, precum și evoluția ascitei în timpul spitalizării pacienților după procedura de bandare și timp de peste 30 de zile după aplicarea inelelor.

Rezultate

În 11 (48%) dintre cazuri, s-a observat prezența ascitei înainte de tratament. Creșterea temporară a ascitei a fost remarcată la toți pacienții cu ascită preexistentă și la 3 pacienți fără ascită inițial. După 30 de zile,

ascită a persistat la 13 (57%) dintre pacienți: în 2 cazuri – ascită severă, în 6 cazuri – ascită moderată și în 5 cazuri – ascită ușoară. Din cei 23 de pacienți, 7 nu au primit betablocante după bandare, iar din acest grup, la 2 s-a observat prezența ascitei după 30 de zile. Diureticele (spironolactonă, 100-200 mg/zi; furosemid, 40-120 mg/zi) au fost administrate tuturor pacienților.

Concluzii

Ascita survenită după bandarea endoscopică elastică a varicelor esofagiene reprezintă o consecință importantă care trebuie luată în considerare la pacienții cu ciroză hepatică. Nu s-a constatat o legătură directă între numărul de benzi aplicate, volumul de trombină injectat și evoluția ascitei. Se presupune că această creștere se datorează mai degrabă bandării, care determină o redirecționare a fluxului venos splanhnic, decât decompensării cirozei hepatice. Sunt necesare mai multe cercetări pentru a înțelege mai bine fiziopatologia creșterii presiunii portale și evoluția negativă a ascitei și pentru a determina strategiile optime de tratament.

CZU: 616.361/.37-072.1:618.2



COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADĂ ENDOSCOPICĂ ÎN TIMPUL SARCINII

Eleferii Pitel¹, Alexandru Danci², Andrei Șcureac³

¹ Centrul Medical „Sănătate EVP”, Chișinău, Republica Moldova, doctor în științe medicale

² Spitalul Republican al Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare, Chișinău, Republica Moldova, doctor în științe medicale

³ Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, doctorand, medic chirurg endoscopist

Cuvinte-cheie: colangiopancreatografie retrogradă endoscopică, sarcină, coledocolitiază, pancreatită

Introducere

Afecțiunile pancreatico-biliare în timpul sarcinii pot prezenta un risc crescut atât pentru mamă, cât și pentru făt. Datele referitoare la eficacitatea și siguranța colangiopancreatografiei retrograde endoscopice (ERCP) în timpul sarcinii sunt limitate.

Scopul

Analiza utilizării ERCP la un grup specific de paciente, gravide cu patologie pancreatico-biliară acută, pentru evaluarea posibilității și siguranței procedurii.

Materiale și metode

Au fost analizate retrospectiv trei cazuri de ERCP la femei gravide, efectuate în cadrul Spitalului Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”. Analiza a inclus indicațiile și volumul intervențiilor endoscopice, utilizarea radioscopiei, complicațiile post-procedurale și evoluția sarcinii.

Rezultate

Vârsta pacientelor a fost de 22, 24 și 30 de ani, iar termenul sarcinii a fost cuprins între 20 și 34 de săptămâni. Indicațiile pentru ERCP au inclus pancreatita biliară (n=1) și icterul obstructiv cu colangită (n=2). Diagnosticul patologiei care a necesitat o intervenție endoscopică a fost confirmat prin ecografie, teste de laborator și rezonanță magnetică în regimul colangiografic la toate pacientele. Toate procedurile au fost efectuate cu monitorizare cardiopulmonară materno-fetală. Calculii biliari au fost eliminați la două paciente, iar sfincterotomia a fost efectuată în trei cazuri. Radioscopia nu a fost utilizată în timpul procedurilor. Nu au fost observate evenimente adverse materne sau fetale imediate sau la distanță după proceduri.

Concluzii

ERCP curativă poate fi necesară în timpul sarcinii și pare a fi sigură atunci când este efectuată conform indicațiilor stricte și fără sau cu utilizarea restrictivă a radioscopiei. În cazul programării sarcinii la femeile cu coledocolitiază, se recomandă colecistectomia laparoscopică profilactică.



COLPOPOEZA INTESTINALĂ ÎN AGENEZIA VAGINULUI

Gheorghe Paladi¹, Evghenii Guțu², Nicodim Belev³, Corina Iliadi-Tulbure⁴

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

³ Spitalul „Repromed”, Chișinău, Republica Moldova, doctor habilitat în științe medicale, profesor cercetător

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică și Ginecologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: sindromul Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, agenezie a vaginului, colpopoeză, colon sigmoid

Introducere

Agenezia vaginului este diagnosticată atunci când porțiunea inferioară a acestuia este alcătuită doar din țesut fibros. În 90% dintre cazuri, agenezia vaginală este asociată cu sindromul Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, care implică un uter rudimentar necanalizat, în timp ce trompele uterine și ovarele prezintă un aspect normal. Tratamentul ageneziei vaginale are drept scop crearea unui neovagin prin vaginoplastie sau colpopoeză.

Scopul

Studiul urmărește determinarea posibilității utilizării intestinoplastiei pentru colpopoeză în sindromul Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser.

Materiale și metode

O pacientă în vârstă de 23 de ani a fost diagnosticată cu sindromul Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, confirmat prin rezonanța magnetică nucleară. Pacienta a fost motivată să efectueze corecția chirurgicală a anomaliei. S-a decis să se realizeze colpopoeza din contul colonului sigmoid.

Rezultate

Etapa abdominală a intervenției a implicat mobilizarea ansei colonului sigmoid pe peduncul vascular, pregătirea grefei intestinale de 25 cm lungime și crearea canalului retrovezical. Ulterior, s-a efectuat etapa perineală: crearea canalului din partea perineală, coborârea ansei izolate și fixarea acesteia circular cu suturi mucocutanate. Operația s-a încheiat cu aplicarea anastomozei sigmo-rectale. S-au observat rezultate precoce și tardive satisfăcătoare ale intervenției chirurgicale.

Concluzii

Din cauza complexității și perioadei îndelungate a diferențierii și formării sistemului urogenital, există probabilitatea dezvoltării malformațiilor congenitale, printre care cea mai frecventă este agenezia vaginului, prezentată de sindromul Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Neocolpopoeza din colonul sigmoid își are indicațiile individualizate, fiind urmată de rezultate postoperatorii precoce și la distanță satisfăcătoare.



CORPURI STRĂINE TEXTILE REȚINUTE ÎN CAVITATEA ABDOMINALĂ DUPĂ OPERAȚIILE OBSTETRICALE ȘI GINECOLOGICE

Serghei Guțu¹, Vasile Guzun², Iurie Punga³

¹ Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova, doctorand

² Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, doctor în științe medicale

³ Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, șef Secție Ginecologie Septică

Cuvinte-cheie: cavitate abdominală, corpuri străine textile, textilom, tomografie computerizată, tratament chirurgical

Introducere

Dintre numeroasele complicații postoperatorii potențiale, lăsarea neintenționată a obiectelor chirurgicale în câmpul operator rămâne una dintre cele mai grave, fiind complet prevenibilă și cauzată exclusiv

de erori umane. Corpurile străine textile (CST) reprezintă cea mai frecventă categorie de obiecte lăsate în abdomen după intervențiile chirurgicale, cu o incidență cuprinsă între 70 și 90%. Această problemă este frecvent întâlnită în practica medicală, datorită utilizării comune a acestor materiale în operațiile chirurgicale. Cu dimensiuni mici și o structură amorfă, CST-urile pot varia ca formă și culoare, ceea ce le face dificil de identificat în câmpul operator, mai ales atunci când sunt îmbibate cu sânge și devin greu vizibile.

Scopul

Analiza caracteristicilor clinice și imagistice ale textilomului abdominal ca urmare a procedurilor obstetrice și ginecologice, precum și evaluarea rezultatelor tratamentului chirurgical ale acestora.

Materiale și metode

Pe parcursul perioadei de studiu (2009-2019), au fost identificate 10 cazuri de CST reținute în abdomen după procedeele obstetrice sau ginecologice. La momentul diagnosticării CST-ului abdominal, vârsta pacienților a variat între 21 și 50 de ani, cu o medie de $32,0 \pm 2,86$ ani. Volumul intervențiilor obstetrice și ginecologice cauzale a inclus cezariană pentru sarcina matură (n=3), cezariană pentru decolarea placentei (n=1), tubectomie pentru sarcină extrauterină (n=2), histerectomie pentru miom uterin (n=2), chistectomie ovariană pentru chistom (n=1) și drenaj al hematomului parametral (n=1). Durata aflării materialului textil în cavitatea abdominală a variat între o zi și 18 ani, cu o medie de 1060 ± 656 zile.

Rezultate

Manifestările clinice sugestive ale unui abces abdominal au fost prezente la patru dintre paciente, iar în celelalte cazuri tabloul clinic a fost oligosimptomatic și nespecific. Toate cele șapte paciente care au efectuat tomografie computerizată au primit un diagnostic precis, în timp ce ultrasonografia, efectuată în toate cazurile, a furnizat informații relevante doar în trei cazuri. CST-ul uitat în urma intervențiilor obstetrice și ginecologice a fost localizat preponderent în cavitatea pelviană (n=5), pe flancul lateral stâng inferior (n=1), și în 4 cazuri în abdomenul mediu superior. La opt paciente, intervenția chirurgicală a constat în extragerea sau enuclearea simplă a CST-ului. Intervenții chirurgicale mai extinse au fost necesare în două cazuri: la o pacientă, CST-ul a provocat o fistulă a colonului sigmoid, necesitând suturarea defectului; la o altă pacientă, procesul inflamator local datorat CST-ului a condus la necesitatea histerectomiei.

Concluzii

În timpul operațiilor obstetrice și ginecologice, în abdomen pot fi uitate nu numai meșele de tifon folosite nemijlocit în zona manevrei chirurgicale – în cavitatea pelviană, ci și cele folosite pentru izolarea câmpului operator de ansele intestinale. Deși cel mai comun volum al operației repetate constă în extragerea simplă a obiectului textil din cavitatea abdominală, modificările patologice severe ale organelor adiacente cauzate de prezența CST-ului pot impune necesitatea procedurilor rezeccionale extinse.

CZU: 616.33-089.86-072.1-06



COMPLICAȚII ALE GASTROSTOMIEI ENDOSCOPICE PERCUTANATE ȘI PROFILAXIA ACESTORA

Tudor Ababii¹, Gheorghe Popa², Andrei Șcureac³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală – Semiologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală – Semiologie, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală – Semiologie, asistent universitar

Cuvinte-cheie: gastrostomie endoscopică percutanată, complicații

Introducere

În prezent, gastrostomia endoscopică percutanată (GEP) este considerată metoda de elecție pentru alimentația parenterală (AE) pe termen mediu și lung, permițând restabilirea cu riscuri minore a statutului nutrițional al pacienților.

Scopul acestui studiu este de a evalua managementul pacienților cu gastrostomie endoscopică percutanată pentru prevenirea complicațiilor în urma acestei proceduri.

Materiale și metode

Lotul de studiu a implicat 46 de pacienți care au necesitat AE de lungă durată. Majoritatea pacienților, adică 37 (80,43%), sufereau de patologii neurologice, iar 9 (19,57%) de traumatisme cranio-cerebrale. În perioada cuprinsă între anii 2015 și 2023, tuturor pacienților li s-a aplicat GEP, folosind metoda GauravAro-ra, cu setul standard „Nutricia” (Elveția). Toate operațiile au fost efectuate sub anestezie locală. Perioada de menținere a gastrostomei a variat între 6 luni și 7 ani, în funcție de caz.

Rezultate

Procedura GEP a fost efectuată cu succes la toți cei 46 (100%) de pacienți. La majoritatea pacienților, adică 36 (78,26%), s-a observat o creștere a indicelui masei corporale în primele șase luni după aplicarea GEP. Au fost înregistrate următoarele complicații postoperatorii: infecția plagii – 3 (6,52%), sindromul manșonului de protecție îngropat (buried bumper syndrome) – 2 (4,34%), scurgeri parastomale – 2 (4,34%) și blocarea tubului – 1 (2,17%).

Concluzii

GEP, spre deosebire de metoda clasică, este o metodă fezabilă de AE la pacienții cu sistem gastro-intestinal funcțional care necesită o alimentație de lungă durată. Un management corect al tuburilor GEP intra- și postoperator poate preveni o serie de complicații asociate acestei intervenții.

CZU: 615.477.87.06:616.349-089.853



MIGRAREA INTRAPERITONEALĂ A DISPOZITIVULUI INTRAUTERIN COMPLICATĂ CU PERFORAȚIA COLONULUI SIGMOID. CAZ CLINIC

*Marian Pîrțu¹, Gheorghe Găină², Iurie Țugui³, Veaceslav Popa⁴,
Serghei Cumpătă⁵*

¹ Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic chirurg, șef Secție Chirurgie Aseptică

² Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic ginecolog, șef Secție Ginecologie Aseptică nr. 1

³ Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, vicedirector medical

⁴ Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic chirurg

⁵ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3, asistent universitar

Cuvinte-cheie: dispozitiv intrauterin, migrare intraabdominală, perforație de colon

Introducere

Prevenirea sarcinii nedorite prin utilizarea dispozitivelor intrauterine (DIU) reprezintă o metodă bine tolerată, accesibilă și eficientă în planificarea familială. Cu toate că inserția DIU-urilor este în general considerată simplă și sigură, este important să se sublinieze necesitatea supravegherii periodice și a înlocuirii acestora. Ignorarea acestor recomandări poate conduce la complicații severe, cele mai grave fiind perforația uterului și migrarea intraperitoneală a DIU-ului. Conform literaturii de specialitate, modificarea poziției DIU-ului după inserare și migrarea acestuia, cu lezarea structurilor anatomice adiacente, sunt considerate unele dintre complicațiile majore cu consecințe grave care pot conduce la peritonită generalizată, aderențe sau fibroză.

Caz clinic

Pacienta X, în vârstă de 39 de ani, a fost internată planificat în secția ginecologie aseptice nr. 1 cu diagnosticul de DIU amplasat extrauterin. Acuze: disconfort în regiunea hipogastrică. Istoricul bolii relevă că DIU-ul a fost inserat cu 2 ani în urmă în condiții de ambulatoriu, fără particularități în timpul procedurii. Ultrasonografia (USG) efectuată ulterior a indicat DIU dislocat în bazinul mic. Analizele de laborator au evidențiat un nivel crescut al neutrofilelor – $7,22 \times 10^3$ (în raport cu norma 1,78-5,38) și VSH de 36 mm/h. ECG-ul a arătat bradicardie sinusală, cu o FCC de 57 bătă/min și semne de hipertrofie ventriculară stângă. USG repetată a confirmat poziționarea incorectă a DIU-ului, invadarea în miometru 50% cu perforarea conturului uterin în regiunea fundică, spațiul Douglas liber. În timpul laparoscopiei curativ-diagnostice s-a constatat prezența unui proces aderențial moderat în bazinul mic – adezioliză; la mobilizarea sigmoidului de la fundul uterin, s-a depistat o branșă orizontală liberă a DIU-ului migrat, iar cealaltă branșă orizontală perfora lumenul colonului sigmoid (prin apendicele epiploice) printr-un orificiu de 0,5 cm; branșă

verticală se afla în orificiul de perforație la fundul uterin. Astfel, DIU-ul a fost extras din orificiul uterin cu diatermocoagularea defectului. Un medic chirurg a fost invitat pentru evaluarea conduitei chirurgicale. S-a decis efectuarea conversiei la laparotomie – au fost mobilizate marginile defectului de perforație al sigmoidului și apendicele epiploice adiacente; a fost efectuată rezecția marginilor defectului în colon cu suturarea defectului în două planuri; bazinul mic a fost drenat cu două tuburi de dren, iar procedura s-a încheiat cu laparorafie. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații și fără particularități: alimentația enterală a fost reluată în a treia zi, tranzitul intestinal s-a restabilit în a cincea zi, drenurile au fost îndepărtate în prima săptămână, iar suturile au fost extrase în a zecea zi. La 12 zile după intervenția chirurgicală, pacienta a fost externată în stare satisfăcătoare.

Rezultate

Conform literaturii de specialitate, perforarea cu DIU poate fi primară sau secundară. Perforația primară apare în timpul inserției DIU-ului sub acțiunea unei forțe mecanice exagerate. Perforația secundară este cauzată de erodarea peretelui uterin, urmată de deplasarea DIU-ului. În funcție de gradul de penetrare, se disting două tipuri de perforare: parțială, fiind limitată la peretele uterin, și totală, când dispozitivul este localizat complet în cavitatea peritoneală. Aproximativ 15% dintre cazuri prezintă migrația DIU-ului în organele și spațiile anatomiche adiacente. S-a constatat că cel mai frecvent afectat este colonul sigmoid (așa cum s-a întâmplat și în cazul raportat), urmat de intestinul rect. Există, de asemenea, cazuri de deplasare a DIU-ului în regiunea cecului, a apendicelui, a intestinului subțire, a peretelui gastric sau chiar în flexura splenică a intestinului gros.

Migrarea DIU-ului are o incidență estimată între 0,2 și 3,6 cazuri la 1000 de inserții. Cu toate acestea, studiile din domeniu sugerează că incidența acestei patologii este subraportată în realitate. Factorii considerați responsabili pentru perforarea uterului de DIU, cu migrarea ulterioară a acestuia, ar include momentul inserării, abilitățile operatorului, tipul și particularitățile anatomiche ale uterului, atitudinea pacientei, caracteristicile dispozitivului, anamneza ginecologică agravată și presiunea abdominală crescută. În ultimii zece ani, în literatura de specialitate s-au identificat 47 de cazuri de migrare a DIU-ului în tractul gastrointestinal. Pentru identificarea DIU-ului sunt utilizate mai multe metode imagistice, printre care se numără examenul radiologic simplu al abdomenului, ecografia abdominală sau transvaginală, tomografia computerizată și endoscopia diagnostică, inclusiv colonoscopia, restosigmoidoscopia sau histeroscopia. Mai rar se recurge la gastroscopie, RMN sau laparoscopie diagnostică. Tehnicile minim invazive, cum ar fi colonoscopia și laparoscopia, sunt preferate pentru extracția DIU-ului (66,7% vs 33,3%). Tabloul clinic în DIU-ului migrat este divers, variind de la asimptomatic (aproximativ 80%) la cel de peritonită.

Tratamentul variază în funcție de prezența manifestărilor clinice. Conform unor autori, extragerea DIU-ului nu este obligatorie la pacientele asimptomatice, dar este necesară monitorizarea și intervenția chirurgicală la apariția complicațiilor. Această abordare este justificată prin faptul că orice intervenție chirurgicală este asociată cu un risc înalt de migrare secundară intraoperatorie, cu sau fără leziuni accidentale ale unor organe intraabdominale. Organizația Mondială a Sănătății recomandă îndepărtarea chirurgicală a DIU-ului pentru prevenirea complicațiilor severe. Abordarea tacticilor curative depinde de particularitățile cazului și necesită o echipă multidisciplinară pentru determinarea opțiunilor diagnostice și de îngrijire optime. Metodele de îndepărtare a DIU-ului care sunt luate în considerare includ extragerea colonoscopică și tratamentul chirurgical, fie pe cale deschisă, fie laparoscopică. Abordarea minim invazivă (laparoscopică sau endoscopică) s-a dovedit a fi eficientă și este recomandată ca metodă de primă intenție pentru îndepărtarea dispozitivelor migrate, fiind aplicată în 71,4% din cazuri. Rata de succes este estimată între 44 și 100%, cu o rată de conversie de până la 25%.

Concluzii

Indiferent de abordarea aleasă, în majoritatea cazurilor pentru rezolvarea defectului intestinal și uterin după îndepărtarea dispozitivului migrat se practică sutura primară pe intestine și cauterizarea cu bisturiul bipolar (pentru orificiul la nivelul uterului). În cazul în care sutura nu este posibilă pentru rezolvarea perforației, este necesară o intervenție chirurgicală de volum mare, cum ar fi rezecția segmentară a intestinului cu anastomoză primară. Localizările rare ale DIU-urilor migrate necesită abordare specială, precum rezecția gastrică sau apendicectomia.



PATOLOGIA CHIRURGICALĂ ACUTĂ ÎN SARCINĂ ȘI PERIOADA DE LĂUZIE

Gheorghe Ghidirim¹, Ala Suman², Corina Șerbatiuc-Condur³, Igor Mișin⁴

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, academician AȘM, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

³ USMF „Nicolae Testemițanu”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, cercetător științific

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, doctor habilitat în științe medicale, profesor cercetător

Cuvinte-cheie: apendicită acută, coledocolitiază, pancreatită acută, ocluzie intestinală

Introducere

Patologia chirurgicală acută în perioada de gestație reprezintă o provocare atât pentru gravide, cât și pentru echipa multidisciplinară implicată în managementul de diagnostic și de tratament.

Scopul

Determinarea managementului de diagnostic și de tratament al patologiei chirurgicale acute la gravide, prin implementarea metodelor minim invazive și endoscopice.

Materiale și metode

Metodologia constă în analiza retrospectivă a bazei de date privind gravidele cu patologie chirurgicală acută. Cele mai frecvente patologii chirurgicale întâlnite la gravide în perioada 2020-2023 au fost: apendicita acută (AA) (n=30; 52%), coledocolitiază (n=5; 9%), pancreatita acută (PA) de etiologie biliară (n=17; 29%), colecistita acută (n=2; 3%) și ocluziile intestinale (n=4; 7%).

Rezultate

AA este cea mai frecventă urgență chirurgicală non-obstetricală. În managementul diagnosticului, datele de laborator sunt deosebit de valoroase: leucocitele în medie $14.9 \pm 1.5 \times 10^9/L$ (95% CI: 11.73-18.12), nesegmentate (devierea spre stânga) $12.8 \pm 2.1\%$ (95% CI: 8.575-17.11), viteza de sedimentare a hematiilor 22.9 ± 2.2 mm/h (95% CI: 18.24-27.55), proteina C-reactivă – 62.7 ± 7.5 mg/ml (95% CI: 44.33–81.10), procalcitonina – 0.75 ± 0.08 ng/ml (95% CI: 0.5415–0.9585). La evaluarea scorurilor specifice pentru AA: Alvorado, Alvorado modificat, RIPASA, AIRS, KARAMAN, s-a stabilit că cel mai sensibil este scorul RIPASA cu o valoare medie de 8.9 ± 0.4 (de la 6 la 11). Conform curbei ROC, la evaluarea scorului RIPASA prezintă o arie în limitele curbei ROC (AUC)=0.930 (95% CI: 0.872-0.989) ($p < 0,0001$), iar scorul Karaman cu o valoare medie de 9.1 ± 0.5 (de la 6 la 12). La evaluarea datelor curbei ROC, se identifică o valoare de (cut off) < 7.5 , cu o sensibilitate de 97% și cu o specificitate de 85.2%, cu o probabilitate a AA de 6. În cadrul examenului imagistic, la ultrasonografia abdominală, conform acestui studiu, s-a reușit vizualizarea apendixului vermiform la gravide în 37% din cazuri. Tratamentul chirurgical este de urgență, fiind recomandată apendicectomia laparoscopică, cu o durată de spitalizare de două zile.

Colecistita acută calculoasă complicată reprezintă a doua cauză de abdomen acut la gravide, vârstă medie a acestor paciente fiind de 27.5 ± 4.1 ani. Termenul de gestație al pacientelor gravide s-a distribuit astfel: trimestrul II – 62.5% și trimestrul III – 37.5%. Din datele de laborator de rutină, s-a evidențiat un nivel crescut al leucocitelor, în medie constituind $9,9 \pm 0,85$ (95% CI: 8,45-12,15), iar la examenul biochimic al sângelui s-au determinat niveluri crescute ale ASAT în medie de $50,4 \pm 0,32$ (95% CI: 30,47-83,37) U/l, ale ALAT în medie de $43 \pm 0,25$ (95% CI: 30,66-77,62) U/l și ale Proteinei C-reactive 99% ($96 - 214$ ng/ml (1:16)). Severitatea colecistitei acute complicate a fost determinată conform Ghidului de la Tokyo (GT) 2018 și a corespuns gradului II (mediu) în raport de 85,7% și gradului I (ușor) în 14,3% din cazuri. În acest studiu au fost incluse 24 de gravide cu litiază veziculară complicată, dintre care: coledocolitiază (CL) în 5 (21%) cazuri, pancreatite acute de etiologie biliară în 17 (71%) și 2 cazuri de colecistită acută calculoasă, reprezentând 8%. La examenul USG al abdomenului, s-a identificat prezența litiazei biliare, însoțită de dilatarea căilor biliare intra- și extrahepatice, precum și modificări caracteristice PA edematoase. În cazul complicațiilor asociate litiazei biliare, cum ar fi coledocolitiază sau pancreatita acută, se efectuează o intervenție endoscopică transpapilară pentru drenarea căii biliare principale. Colangiopancreatografia endoscopică (CPGRE) este o procedură de primă elecție în gestionarea pacientelor

însărcinate cu semne de compresie și de obstrucție a căilor biliare. Există două opțiuni tehnice pentru realizarea acestei proceduri: radiantă (cu utilizarea radioscopiei) și non-radiantă. Deși nu a fost demonstrată nocivitatea expunerii la iradiere pentru pacienți, în prezent se discută despre CPGRE cu utilizarea tehnicilor imagistice non-radiante alternative. În cadrul acestui grup de pacienți s-a efectuat sfincterotomia endoscopică (STE), iar într-un caz s-a plasat un stent în căile biliare principale, cu o proteza de plastic – 8.5 french (fr). În două cazuri (33.3%) a fost necesară repetarea procedurii: într-un caz, după naștere, pacienta a fost supusă intervenției chirurgicale deschise cu coledocotomie și coledocolitextractie; a doua pacientă a fost supusă inițial tehnicii non-radiante, care a rezolvat coledocolitiaza endoscopic. Într-un singur caz, pacienta a dezvoltat pancreatită după intervenția transpapilară. Timpul mediu de spitalizare a fost de 5.1 zile.

Colecistectomia laparoscopică este standardul de aur în tratarea litiazei biliare la toți pacienții, inclusiv la pacienți în timpul sarcinii și în perioada de lăuzie (n=24). Intervenția chirurgicală este indicată doar în cazuri bine monitorizate și argumentate: persistența sindromului algic, care nu este controlat cu spasmolitice și analgetice. Procedura laparoscopică, și anume amplasarea troacarelor, se decide luând în considerare dimensiunile uterului în timpul sarcinii.

Ocluzia intestinală (OI) la gravide – studiul a implicat patru gravide diagnosticate cu ocluzie intestinală acută. Particularitățile gravidelor cu OI sunt următoarele: dificultăți de diagnostic, adresare tardivă și tablou clinic neclar. Pacientele au beneficiat de tratament complex și individualizat: două gravide au fost supuse intervențiilor chirurgicale de urgență: cezariană cu naștere de copii vii, apoi laparotomie pentru rezolvarea OI, iar alte două au fost tratate în mod conservator. Cauzele OI mecanice la gravide au inclus volvulusul colonului sigmoid și procesul aderențial intraabdominal după intervențiile chirurgicale anterioare.

Concluzii

Patologiile chirurgicale acute la gravide reprezintă o urgență majoră și necesită o abordare multidisciplinară. Tratamentul minim invaziv și endoscopic reprezintă o modalitate sigură și eficientă de rezolvare, cu un prognostic favorabil pentru evoluția sarcinii și nașterea la termen a fetiilor vii.

CZU: [616.37+616.27+617.534]-006.2-089



PSEUDOCHISTUL PANCREATIC MEDIASTINAL CU RĂSPÂNDIRE CERVICALĂ – CAZ CLINIC EXTREM DE RAR

*Vladimir Iacob¹, Serghei Cumpătă², Marian Pîrțu³, Mihai Sîrbu⁴,
Sergiu Moscalciuc⁵, Igor Donțu⁶*

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3, asistent universitar

³ Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic chirurg, șef Secție Chirurgie Aseptică

⁴ Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic chirurg, șef Secție Chirurgie Septică

⁵ Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic chirurg

⁶ Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, medic imagist

Cuvinte-cheie: pseudochist pancreatic mediastinal, extindere cervicală, drenaj chirurgical

Introducere

Pseudochistul pancreatic (PsP) este o complicație comună a pancreatitei acute sau cronice. În mod obișnuit, aceste chisturi au o localizare peripancreatică. Cu toate acestea, în cazuri rare, ele se pot extinde în mediastin și, chiar mai rar, pot progresa ulterior în zona cervicală, aceasta situație fiind descrisă în doar câteva rapoarte de caz. Astfel, prezentăm un caz foarte rar de PsP, cu extensie mediastinală și cervicală, tratat cu succes prin abord abdominal și drenaj cervical.

Scopul acestei publicații a fost prezentarea cazului rar de pseudochist pancreatic mediastinal cu răspândire cervicală pentru îmbogățirea practicii chirurgicale.

Caz clinic

Pacientul G., un bărbat în vârstă de 55 de ani, a fost spitalizat de urgență în IMSP SCM „Gheorghe Paladi”, prezentând dureri violente în abdomen, preponderent în etajul superior, și o mărire a dimensiunilor abdomenului, însoțită de astenie. Din anamneză reiese că în urmă cu o lună a fost operat pentru un PsP erupt în

cavitatea peritoneală, intervenție în cadrul căreia s-a efectuat perichistectomie cu drenare externă. După externare, peste 20 de zile, au reapărut durerile și mărirea dimensiunilor abdomenului.

La examenul obiectiv, în epigastru se palpează o formațiune de 20x10 cm, tensionată și dureroasă. Se stabilește un diagnostic prezumtiv de PsP recidivant supurat (?). Examinarea prin USG și CT abdominală relevă prezența a două formațiuni lichidiene gigante: una în regiunea epigastrică, cu dimensiuni de 11x14.4x19.8 cm, situată între lobul stâng hepatic și curbura mare gastrică, cu o capsulă îngroșată la 6 mm, iar cealaltă localizată în regiunea cozii pancreasului, cu dimensiuni de 7.3x9.3 cm, cu extindere subdiafragmală pe stânga, 5.2x12.2 cm, și cu o comunicare certă între ele.

La a treia zi de spitalizare, cu 4 ore înainte de operația planificată, pacientul prezintă o formațiune elastică în regiunea cervicală parajugular pe stânga, având dimensiuni de 4,0x7,0 cm. La puncția acestei formațiuni, s-a obținut un lichid seros maroniu caracteristic pentru PsP. Analiza aspiratului a relevat un nivel al amilazei de 80368 U/L, confirmând proveniența pancreatică a formațiunii. Examinarea regiunii prin USG a evidențiat un sector hipoecogen (lichidian) cu extindere paraesofagiană (mediastinal). S-a presupus că PsP a erupt în mediastin cu răspândire ulterioară în regiunea cervicală. După o pregătire preoperatorie adecvată, s-au stabilit indicații pentru operație urgentă. Prin abord laparotomic medio-median, s-a efectuat drenarea externă a celor două PsP gigante, cu eliminarea a 1500 ml de lichid seros maroniu, conținând mase necrotice, caracteristice pentru PsP postnecrotic. Au fost plasate câte două tuburi de dren. Postoperator, formațiunea cervicală a început treptat să-și reducă dimensiunile, confirmând astfel ipoteza preoperatorie.

La două săptămâni postoperator, starea pacientului s-a agravat prin apariția febrei de 38.0 °C și a semnelor inflamatorii locale în regiunea cervicolaterală stângă. În mod urgent, prin abord lateral cervical stâng, s-a efectuat deschiderea și drenarea mediastinitei purulente care a erupt cervical parajugular pe stânga, eliminându-se 500 ml de puroi dens. De asemenea, s-a efectuat drenarea mediastinului posterior. Ulterior, starea pacientului a avut o dinamică progresivă pozitivă, pe fundalul unei antibioterapii intravenoase adecvate, a pansărilor zilnice cu antiseptice și a lavajelor. La a 17-a zi postoperator, drenul din mediastin a fost înlăturat. La a 18-a zi, după o perioadă totală de spitalizare de 42 de zile, pacientul a fost externat într-o stare satisfăcătoare, pentru continuarea tratamentului ambulatoriu. Pe o perioadă de urmărire de 3 luni, nu s-au înregistrat recidive ale bolii.

Rezultate

PsP este o complicație comună a pancreatitei acute și cronice recurente. Termenul „pseudochist” se referă la o colecție delimitată, bine definită, care conține țesut necrotic, sânge vechi și secreții pancreatice. Aceste secreții pot rămâne în interiorul capsulei pancreatice sau, mai frecvent, se localizează în bursa omentală sau se extind de-a lungul retroperitoneului în orice direcție. Răspândirea acestora în mediastin este extrem de rară și poate surveni mai frecvent prin hiatusul esofagian sau aortic.

Manifestările clinice ale PsP sunt determinate de prezența durerilor în regiunile afectate, cu semne clinice de dereglări de funcție ale organelor comprimate. În investigațiile paraclinice (instrumentale), se pot observa formațiuni limitate lichidiene cu origine pancreatică. Perforarea PsP este o complicație acută, cu extravazarea conținutului în spațiile învecinate, de obicei în cavitatea peritoneală liberă, provocând peritonită. Perforarea PsP în mediastin, cu răspândirea conținutului până în regiunea cervicală, se prezintă ca o mediastinită cu flegmon cervical, necesitând o intervenție chirurgicală urgentă. Letalitatea în astfel de cazuri este foarte mare, ajungând până la 90%, și este direct proporțională cu timpul scurs de la debutul simptomelor.

În majoritatea cazurilor, perforarea PsP survine în afara mediului spitalicesc, ceea ce conduce la întârzierea diagnosticului și a operației, și implicit, la rezultate nefavorabile. Perforarea PsP la un pacient deja internat reduce acest interval, corelând corespunzător cu rate mai mari de rezultate pozitive. Diagnosticul stării acestui pacient a fost stabilit prin intermediul CT, USG și aspirării fluidului chistic, urmate de măsurarea nivelurilor de amilază. Această abordare este în concordanță cu alte rapoarte din literatura de specialitate, subliniind importanța analizelor biochimice în diagnosticarea și înțelegerea naturii formațiunilor chistice, în special cele legate de pancreas sau de patologii ale acestuia. Managementul optim al PsP mediastinale este controversat și depinde de localizarea exactă, anatomia ductală, dimensiunea pseudochistului și expertiza disponibilă. Indiferent de locație, PsP sunt tratate inițial în mod conservator. Procedurile chirurgicale descrise pentru PsP sunt variate și ar trebui luate în considerare în cazul pacienților simptomatici sau în prezența complicațiilor asociate, cum ar fi infecția, obstrucția, ruptura sau hemoragia.

Concluzii

Perforarea PsP cu răspândirea în mediastin și în regiunea cervicală reprezintă o raritate clinică în practica chirurgicală. Tratamentul PsP mediastinale poate fi variat, iar rezultatele sunt influențate de mai mulți factori, cel mai important fiind intervalul de timp scurs de la debutul simptomelor.



REZULTATELE CULTURII LICHIDULUI PERITONEAL ȘI ANTIBIOTICOTERAPIA LA GRAVIDE CU APENDICITĂ ACUTĂ

Vasile Guzun¹, Evghenii Guțu², Serghei Cumpătă³, Iurie Țugui⁴

¹Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, doctor în științe medicale, director interimar

²USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

³USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală și Semiologie nr. 3, asistent universitar

⁴Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, Chișinău, Republica Moldova, vicedirector medical

Cuvintele-cheie: apendicită acută, sarcină, antibioticoterapie, cultura lichidului peritoneal

Introducere

Antibioticele (AB) reprezintă o componentă de rutină a tratamentului pacienților non-obstetricali după apendicectomie (APE). Cu toate acestea, utilizarea AB în timpul sarcinii poate expune fătul la acțiuni teratogene. Conform recomandărilor acceptate, alegerea AB ar trebui să se bazeze pe rezultatele culturii lichidului peritoneal pentru identificarea microorganismului cauzal și a sensibilității acestuia la antibiotic.

Scopul cercetării

Analiza rezultatelor culturii lichidului peritoneal cu determinarea microorganismului cauzal și sensibilitatea acestuia la antibiotic.

Materiale și metode

Pe parcursul unei perioade de cinci ani, 80 de gravide au fost supuse intervenției chirurgicale pentru apendicita acută (AA). Vârsta medie a acestor paciente a fost de $24,97 \pm 0,38$ ani (18-37 ani). Cele mai multe paciente au fost spitalizate în al doilea trimestru de sarcină – 74 (67,89%), comparativ cu cele admise în primul trimestru – 14 (12,84%) sau în al treilea trimestru – 21 (19,27%), $p < 0,05$. Dintre cele 80 de paciente operate, diagnosticul de AA a fost confirmat histologic în 69 (86,25%) din cazuri (APE pozitivă). În 15 (21,73%) dintre acestea s-a determinat AA catarală, în 48 (69,56%) AA flegmonoasă și în 6 (8,69%) AA gangrenoasă. La 11 (13,75%) paciente nu s-au detectat schimbări inflamatorii acute apendiculare (APE negative). Probele de lichid peritoneal au fost colectate în mod de rutină intraoperator la toate pacientele, cu determinarea ulterioară a sensibilității și rezistenței microorganismelor la AB.

Rezultate

Creșterea microorganismelor în lichidul peritoneal a fost observată în 39 (48,75%) de cazuri, în timp ce în 41 (51,25%) de cazuri a fost absentă. Microorganismele identificate au inclus: *Escherichia coli* (28 de cazuri), *Enterococcus* (5), în asocierie cu *Klebsiella pneumoniae* (1), *Proteus mirabilis* (1), *Pseudomonas aeruginosa* (1), *Streptococcus epidermidis* (2), *Streptococcus viridans* (1). Aceste microorganisme s-au dovedit a fi sensibile la: Ampicilină (3 cazuri), Gentamicină (18), Ofloxacină (8), Ciprofloxacina (23), Levomicetină (10), Cefazolină (10), Cefalexină (8), Ceftriaxonă (6), Triaxon (24) și Imipenem (11).

AB au fost administrate postoperator la 57 (71,25%) din paciente. În primul trimestru de sarcină, AB au primit 7 (8,75%) femei, în al doilea – 34 (42,5%), în al treilea – 16 (20,0%). AB au fost administrate în aproximativ jumătate din cazurile de AA catarală, în 70,83% din cazurile de AA flegmonoasă și în toate cazurile de AA gangrenoasă, $p < 0,05$. Au fost administrate peniciline semisintetice, cum ar fi Ampicilina (4 paciente) și Amoxicilina (2), precum și cefalosporine de generația 1 – Cefazolină (38) și de generația a 3-a – Ceftriaxonă (1) și Ceftazidimă (4). Opt paciente au primit Cefazolină sau Ceftazidimă în combinație cu Metronidazol. Durata antibioticoterapiei în cazurile fără schimbări patologice a fost de $4,89 \pm 0,51$ zile, în AA catarală – $5,50 \pm 0,42$ zile, în AA flegmonoasă – $4,82 \pm 0,27$ zile, iar în cazurile de AA gangrenoasă a fost maximă, de $5,67 \pm 1,38$ zile.

AB s-au dovedit a fi eficiente în toate observațiile, reflectate în răspunsul clinic pozitiv și scăderea progresivă a temperaturii corpului (de la $37,0 \pm 0,04$ °C în prima zi postoperatorie la $36,77 \pm 0,03$ °C în a patra zi după intervenția chirurgicală, $p < 0,05$) și numărul leucocitelor din sânge (de la $12,33 \pm 0,49 \times 10^9/l$ în ziua operației la $9,45 \pm 0,15 \times 10^9/l$ în a patra zi postoperatorie, $p < 0,05$).

Rezultatele culturii lichidului peritoneal par puțin neașteptate, având în vedere patogeniza infecțioasă a AA. Nu este suficient de clar de ce, în condiții de peritonită purulentă, probele din cavitatea abdominală nu au dezvăluit o creștere microbiană în 50% dintre cazurile de AA gangrenoasă. Se poate presupune că un

număr mare de culturi negative este cauzat primordial de deficiențe tehnice, cum ar fi metodele inadecvate de colectare a fluidului și sensibilitatea scăzută a testelor bacteriene. Spre regret, determinarea sensibilității microorganismelor la AB se efectuează empiric, fără a lua în considerare prezența sarcinii, incluzând AB care nu sunt recomandate în timpul sarcinii din cauza riscului de efecte teratogene. Din punct de vedere practic, determinarea sensibilității și a rezistenței florei abdominale patogene la AB în cazul gravidelor este necesară doar pentru AB care sunt relativ sigure în timpul sarcinii și acceptabile conform ghidurilor internaționale.

Administrarea AB în acest studiu s-a bazat pe extinderea procesului inflamator în apendice și termenul de gestație. Astfel, pacientelor cu inflamație mai puțin pronunțată în primul trimestru li s-au administrat peniciline semisintetice sau cefalosporine de prima generație, iar pacientelor din al doilea și al treilea trimestru – cefalosporine de prima sau a treia generație. În cazurile de forme distructive de AA, s-au administrat cefalosporinele de generația a treia împreună cu metronidazol. De remarcat este faptul că niciuna dintre paciente nu și-a schimbat AB după primirea rezultatelor antibioticogramei. Astfel, determinarea indicațiilor pentru terapia cu AB rămâne empirică și se bazează în principal pe date clinice. Din punct de vedere practic, atât rezultatele culturii lichidului peritoneal, cât și antibioticograma au o importanță limitată în practica clinică.

Concluzii

Creșterea microflorei din lichidul peritoneal în cazurile de AA confirmate histologic a fost observată doar la 48,75% dintre pacientele însărcinate. Atât rezultatele culturii lichidului peritoneal, cât și antibioticograma au avut o importanță limitată în practica clinică. Volumul și durata terapiei cu AB ar trebui determinate pe baza unor criterii stricte, incluzând severitatea inflamației apendiculare, termenul de sarcină, precum și evoluția bolii.

CZU: 616.136-007.64-089.819



TRATAMENTUL ENDOVASCULAR AL PSEUDOANEVRISMELOR ARTERIALE VISCERALE ERUPTIVE

Roman Smolnițchi¹, Dumitru Casian², Vasile Culiuc³, Viorel Istrati⁴

¹ IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova, șef Laboratorului de Medicină Intervențională

² IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova, USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală – Semiologie nr. 3, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar

³ IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova, USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală – Semiologie nr. 3, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

⁴ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală – Semiologie nr. 3, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar

Cuvinte-cheie: pseudoanevrism visceral, angiografie, tratament endovascular

Introducere

Pseudoanevrismele de artere viscerale sunt relativ rare. Frecvența identificării acestora a crescut odată cu implementarea mai largă în practica cotidiană a metodelor imagistice de diagnostic, precum tomografia computerizată și angiografia. Evoluția clinică a pseudoanevrismelor necomplicate este una nespecifică, de cele mai multe ori silențioasă. Totuși, aneurismele eruptive reprezintă o urgență medicală și chirurgicală care poate avea consecințe grave, inclusiv o rată ridicată de morbiditate și mortalitate. Eruperea pseudoanevrismelor necesită intervenții urgente cu intenție de hemostază care pot fi realizate prin abord chirurgical deschis, percutanat sau endovascular.

Scopul acestui studiu este să evalueze particularitățile clinice și evolutive, metodele diagnostice și rezultatele precoce ale tratamentului endovascular al pseudoanevrismelor arteriale viscerale complicate.

Obiectivele studiului:

- (1) evidențierea manifestărilor clinice și a evoluției acestora la doi pacienți cu pseudoanevrisme viscerale;
- (2) evaluarea eficienței clinice a abordului endovascular în managementul respectivei entități nozologice.

Rezultate

Cazul clinic nr. 1. Un bărbat în vârstă de 44 de ani a fost internat inițial în staționarul de chirurgie generală cu acuze de durere în epigastru și în regiunea lombară dextra. După examenul obiectiv și investigațiile

paraclinice, a fost diagnosticat cu pancreatită acută. Cu șapte luni în urmă, pacientul a fost supus drenajului extern al unui pseudochist pancreatic. În a doua zi de spitalizare, pacientul a dezvoltat o hemoragie digestivă superioară, asociată cu un șoc hipovolemic (Hb=79 g/L, Er=2,5 x 10¹²/L). A fost efectuată o fibrogastroduodenoscopie cu hemostază, iar ulterior o tomografie computerizată în regim angiografic care a relevat prezența unui pseudoanevrism de arteră gastroduodenală. Pacientul a fost transferat în clinica de chirurgie vasculară pentru o abordare minim invazivă a situației. În sala de intervenții endovasculare, sub anestezie locală, s-a realizat o puncție retrogradă a arterei brahiale drepte, urmată de montarea tecii 6F. Trunchiul celiac a fost cateterizat, cu ulterioara efectuare a angiografiei cu substracție digitală. S-a identificat extravazarea de contrast din bazinul bifurcației arterei hepatice proprii și a arterei gastroduodenale cu prezența unui pseudoanevrism al acesteia din urmă (8 cm x 6 cm) cu un colet larg (d=2 cm). După negocierea arterei gastroduodenale la origine cu fir-ghid, urmată de introducerea unui microcateter, s-a procedat la embolizarea cu spirale Azur[®], cu excluderea fluxului retrograd. Ulterior, s-a plasat un stent-graft în artera hepatică proprie, în proximitatea arterei gastroduodenale. Angiografia de control a identificat o endoscurgere de tip Ib, care a dispărut după dilatarea endoscopică cu balon. Evoluția clinică ulterioară a fost fără complicații, iar ecografia Doppler de control post-procedural și angiografia prin tomografie computerizată efectuate în urma procedurii au confirmat patența stentului și absența fluxului sangvin/contrastului în proiecția pseudochistului pancreatic.

Cazul clinic nr. 2. Un bărbat în vârstă de 43 de ani a fost internat în mod urgent în cadrul serviciului de chirurgie generală cu acuze de durere în epigastru, vome repetate și slăbiciune generală. Inițial, s-a instituit un tratament conservator pentru pancreatita acută, iar investigațiile ultrasonografice transabdominale în dinamică și tomografia computerizată ulterioare, efectuate peste trei săptămâni de la spitalizare, au relevat prezența unei formațiuni chistice peripancreatice cefalice (5,9 cm x 3,4 cm) și a ascitei. Au fost stabilite indicații către tratamentul chirurgical, intraoperator constatându-se că peretele formațiunii de volum peripancreatice implică (infiltrație dură) vena portă schimbată aneurismal. S-a recurs la rezecția segmentului venos afectat și ulterioara protezare mezenterico-portală cu o grefă sintetică din PTFE de 10 mm. Perioada postoperatorie a decurs anevoios, cu persistența prelungită a parezei tractului gastrointestinal. În următoarele șase săptămâni, s-au înregistrat episoade recurente de hemoragie importantă din cavitatea peritoneală, exteriorizată prin tuburile de dren, cu scăderea valorilor Hb până la 53 g/L și a Er până la 1,9 x 10¹²/L, necesitând hemotransfuzii masive. Pentru identificarea sursei de hemoragie, s-a efectuat o angiografie cu substracție digitală după puncția arterei femurale comune drepte și cateterizarea trunchiului celiac. S-a diagnosticat un pseudoanevrism de arteră hepatică stângă (5 cm x 6 cm). După conversia la abord transbrahial dextra, s-a plasat o teacă 8F în artera hepatică comună și s-a embolizat artera hepatică stângă cu spirale Azur[®]. De asemenea, a fost plasat un stent-graft autoexpandabil la nivelul bifurcației arterei hepatice proprii cu continuitate spre artera hepatică dreaptă pe o lungime de aproximativ 2 cm. După dilatarea cu balon și controlul angiografic, s-a confirmat excluderea pseudoanevrismului din flux cu păstrarea permeabilității arterei hepatice drepte. Ulterior, episoadele de hemoragii intraabdominale nu s-au mai repetat, iar evoluția postprocedurală a fost favorabilă.

Concluzii

Pseudoanevrismele viscerale necomplicate se caracterizează printr-un parcurs clinic asimptomatic, însă atunci când apare eruperea, ele pot determina episoade recurente de hemoragie, conducând la anemie acută severă. Tratamentul endovascular al pseudoanevrismelor viscerale prin embolizare sau stentare asigură o eficacitate clinică înaltă și un grad redus de invazivitate.

CZU: 616.147.3-007.64-08



TRATAMENTUL MALADIEI VARICOASE CU PREZERVAREA TRUNCHIULUI SAFEN: REZULTATE LA DISTANȚĂ

Luminița Vescu

USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală - Semilogie nr. 3, asistent universitar, studentă doctorandă

Cuvinte-cheie: maladie varicoasă, strategia ASVAL, calitate a vieții

Introducere

În prezent, maladia varicoasă (MV) afectează între 30 și 40% din populația generală, având un impact socioeconomic important. În majoritatea cazurilor, MV este necomplicată (C1-3, CEAP), dar afectează semnificativ calitatea vieții pacienților și implică cheltuieli substanțiale odată cu apariția schimbărilor trofice (C4-6, CEAP). Cele două principale strategii în tratamentul chirurgical al varicelor se bazează pe ablația (chirurgicală, termală etc.) sau pe prezervarea trunchiului venei safene. Intervențiile care implică înlăturarea venelor tributare cu păstrarea trunchiului principal se bazează pe teoria ascendentă și multifocală a dezvoltării refluxului venos patologic în *vena safena magna* (VSM) și pe reversibilitatea incompetenței acesteia. Strategia ASVAL (Ablația Selectivă a Varicelor sub Anestezie Locală) a devenit din ce în ce mai răspândită în practica chirurgiei vasculare moderne, în special la pacienții tineri cu insuficiență venoasă cronică (IVC) C2-3 CEAP, datorită prezervării VSM pentru o eventuală utilizare a acesteia drept grefon venos. Totodată, în cazul pacienților vârstnici, cu IVC avansată și complicată, această tactică are limitări. Datele ecografice preoperatorii, tipul de reflux venos și manifestările clinice au o valoare prognostică ridicată în astfel de cazuri, pentru vizualizarea și evaluarea rezultatului postoperator.

Scopul

Evaluarea rezultatelor la distanță a tratamentului chirurgical al varicelor cu prezervarea venei safene mari la pacienții cu trunchiul VSM refluxiv (conform clasificării Pittaluga tip 3 și 4) și demonstrarea posibilității includerii acestuia în arsenalul metodelor curative pentru boala varicoasă.

Materiale și metode

Studiul a inclus 93 de pacienți (cu un total de 103 extremități afectate de maladia varicoasă), care au fost supuși examinărilor clinice și imagistice, urmate de intervenții chirurgicale cu prezervarea venei safene mari, în perioada 2009-2023.

Rezultate

Perioada de evaluare a pacienților după procedura ASVAL a constituit în medie 7,37 ani (IQR 4,0 – 10,0). Vârsta medie a fost de 42,9 ani, cu predominarea genului feminin – 69 de paciente (74,1%). Durata medie a MV a fost de 10,4 ani. Distribuția conform criteriilor clinice ale clasificării CEAP a fost următoarea: C2 – 62 de cazuri (60,2%), C3 – 35 de cazuri (34%), C4 – 5 cazuri (4,8%) și C6 – 1 caz (0,9%). În toate cazurile, refluxul patologic a implicat trunchiul principal al VSM cu joncțiunea safeno-femurală (JSF) competentă (Pittaluga tip 3) sau incompetentă (Pittaluga tip 4). Respectiv, au fost diagnosticate 82 de cazuri (79,6%) cu reflux tip P4 și 21 de cazuri (20,4%) cu reflux tip P3. Reversibilitatea refluxului în VSM a fost evaluată cu ajutorul testului de eliminare a refluxului prin compresia digitală a venelor tributare. Înainte de operație, pacienții au completat chestionarele VCSS și ABC-V pentru evaluarea severității IVC și a calității vieții. Toți pacienții au fost supuși miniflebectomiei izolate a varicelor, fără a se practica crosectomia. Durata medie a operației a constituit 32 de minute. Scorul mediu VCSS a scăzut de la 5,18 (IQR 3,0 - 5,75) la 1,57 (IQR 0,0 - 2,0) postoperator. Scorul ABC-V a scăzut de la 18,7 (IQR 8,75 - 29,0) preoperator la 7,75 (IQR 0,0 - 4,25) în perioada postoperatorie. Dispariția completă a refluxului în VSM a fost observată în 57 de cazuri (55,3%), iar în 25 de cazuri (24,27%) s-a înregistrat o diminuare a duratei refluxului și a diametrului trunchiului. Din totalul pacienților operați, 21 (20,38%) au prezentat recurență clinică, iar 6 dintre aceștia (28,57%) au suportat safenectomie. Un rezultat hemodinamic satisfăcător s-a înregistrat în 60-70% din cazuri, iar în 80-90% din situații s-a obținut un rezultat clinic favorabil. Pe durata perioadei de monitorizare, s-a constatat o ameliorare semnificativă a calității vieții, indiferent de efectul hemodinamic al intervenției.

Concluzii

Experiența acumulată demonstrează rezultate clinice satisfăcătoare ale intervențiilor cu prezervarea venei safene, chiar și în cazul refluxului în trunchiul VSM, confirmând astfel oportunitatea aplicării acestora la un anumit grup de pacienți. Totuși, pentru a asigura satisfacția pe termen lung a pacienților, tratamentul pentru MV trebuie să fie individualizat, selectat în funcție de manifestările clinice, tipul și gradul dereglărilor hemodinamice, precum și de preferințele individuale.



TROMBOZA VENOASĂ PROFUNDĂ ÎN SARCINĂ ȘI PERIOADA POST-PARTUM

Marcel Sochircă¹, Evghenii Guțu², Igor Donțu³

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală - Semiologie nr. 3, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie Generală - Semiologie nr. 3, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

³ IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, medic imagist-sonografist

Cuvinte-cheie: tromboză venoasă profundă, sarcină, perioadă post-partum

Introducere

Tromboza venoasă profundă (TVP) a membrelor inferioare dezvoltată pe parcursul sarcinii sau post-partum are o incidență de 1,72 cazuri la 1000 de nașteri, reprezentând un factor important ce sporește morbiditatea și mortalitatea maternă. TVP este o manifestare a tromboembolismului venos (TEV) care poate duce la o complicație acută și severă – embolia pulmonară (EP). Sarcina este o stare fiziologică hipercoagulantă în care TEV determină un risc crescut de morbiditate și mortalitate maternă, cu 13,5% de decese în țările dezvoltate și 3,2% la nivel mondial. În 2/3 din cazuri, TVP prezintă o distribuție relativ egală în toate cele trei trimestre de sarcină, în timp ce EP apare în 60% din cazuri post-partum, fiind cea mai importantă complicație a TVP în 10% din cazuri și a șaptea cauză de mortalitate maternă (9%). Creșterea riscului de a dezvolta TVP în timpul sarcinii poate fi influențată de modificări ale nivelurilor hormonale și ale compoziției sângelui care influențează coagularea, precum și scăderea fluxului sanguin în membrele inferioare din cauza presiunii exercitate de făt asupra venelor. În timpul nașterii, fie pe cale naturală, fie prin cezariană, se pot produce leziuni ale venelor, la fel și inactivitatea lăuzelor având un rol important în acest context.

Scopul

Analiza particularităților clinice, imagistice și evolutive ale TVP survenite în timpul sarcinii sau lăuziei, pentru elucidarea importanței lor în managementul acestei afecțiuni. În cadrul studiului, au fost examinați factorii de risc pentru dezvoltarea TVP în timpul sarcinii, complicațiile asociate, strategiile de management, precum și rolul tratamentului anticoagulant în TVP în sarcină și în perioada post-partum.

Materiale și metode

Studiul a inclus 24 de paciente cu TVP confirmată prin examenul Duplex scanare. În toate cazurile, a fost inițiată o medicație anticoagulantă în asociere cu compresia elastică. În situațiile în care examenul imagistic primar a fost dificil sau atunci când manifestările clinice s-au agravat pe fundalul tratamentului, Duplex scanarea s-a repetat la intervale de 3-5 zile.

Rezultate

Vârsta medie a pacientelor a fost de 30,4 ani. TVP a fost depistată la primipare în 8 cazuri, pe durata celei de-a doua sarcini – în 11 sarcini, la gravidele cu a treia sarcină – în 4 cazuri, iar într-un caz – pe durata celei de-a patra sarcini. Trei paciente (12,5%) aveau antecedente de TVP. Tromboza a survenit în primul trimestru al gestației la 4 (16,6%) paciente, în al doilea la 5 (20,83%), în al treilea trimestru la 9 (37,5%) și post-partum la 6 (25%). Afectarea extremității stângi s-a înregistrat în 18 (75%) cazuri. Localizarea TVP: vv. tibiale – 5 cazuri, v. poplitee – 3, v. femurală – 2, v. femurală comună – 2, vv. iliace – 10, v. cavă inferioară – 2 cazuri. Duplex scanarea repetată a evidențiat progresia trombozei spre segmentul anatomic venos proximal (n=3; 12,3%) sau extinderea în sens descendent (n=2; 8,3%). În lotul de cercetare, tromboza flotantă a fost observată la 4 (16,6%) paciente aflate în al treilea trimestru de sarcină, la o gravidă (4,16%) – în al doilea trimestru de gestație și la 2 (8,3%) lăuze, ambele traversând perioada de lăuzie tardivă. În 2/3 din cazuri, tromboza a survenit la nivelul extremității inferioare stângi. Riscul de tromboză venoasă este de 5-6 ori mai mare la femeile însărcinate decât la cele care nu sunt gravide de aceeași vârstă. Chiar și în timpul sarcinii fiziologice, în special în al treilea trimestru, se dezvoltă o stare de hipercoagulare, care este asociată cu o creștere de aproximativ 200% a factorilor de coagulare I, II, VIII, IX, X în combinație cu o scădere a activității fibrinolitice și a celei de anticoagulare naturală (antitrombină III, proteina S). Starea fiziologică hipercoagulantă la gravide implică o

abordare diferită a TVP față de celelalte femei. Totodată, în al treilea trimestru al sarcinii, viteza fluxului sanguin în venele membrelor inferioare este redusă la jumătate. Acest lucru se datorează obstrucției mecanice a fluxului venos de către uterul gravid și scăderii tonusului venos, determinate de modificările hormonale din organism în timpul sarcinii. În același timp, diagnosticul precoce și includerea acestor paciente în anumite grupuri de risc determină scăderea riscului de dezvoltare a emboliei pulmonare acute în timpul nașterii sau post-partum. USG de compresie și examenul Doppler permit localizarea precisă a trombului și evaluarea gradului de obstrucție a vasului, iar în asocierie cu testarea D-dimerilor este posibilă stratificarea riscului și determinarea grupului pentru profilaxia anticoagulantă.

Concluzii

TVP se poate dezvolta în orice trimestru al sarcinii, precum și în perioada post-partum, având tendința de a se localiza inițial mai frecvent în regiunea iliacă sau tibială și cu potențial de progresare chiar și pe fundalul anticoagulării inițiale adecvate. Evaluarea continuă a factorilor de risc pentru TVP, atât înainte și în timpul sarcinii, cât și după aceasta, influențează considerabil rata de apariție a bolii. Tratamentul conservator rămâne opțiunea de elecție pentru managementul TVP în timpul sarcinii.