

14. The EURAP Study Group. Seizure control and treatment in pregnancy. Observations from the EURAP Epilepsy Pregnancy Registry. *Neurology*. 2006;66:353-60. doi: 10.1212/01.wnl.0000195888.51845.80.
15. Vajda FJ, Hitchcock A, Graham J, et al. Seizure control in antiepileptic drug-treated pregnancy. *Epilepsia*. 2008;49(1):172-6. doi: 10.1111/j.1528-1167.2007.01412.x.
16. Власов П.Н. Беременность при эпилепсии, проблемы и перспективы // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2011. – № 4. – С. 45–46. [Vlasov PN. Beremennost' pri jepilepsii, problemy i perspektivy. Jepilepsija i paroksizmal'nye sostojanija. 2011;(4):45-6. (In Russ.)]
17. Власов П. Н., Серова О. Ф., Меньшикова Н. С. Особенности функции яичников у больных эпилепсией // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – № 4. – С. 40–44.
18. Власов П.Н. Планирование и ведение беременности у женщин, страдающих эпилепсией. – 2004. [Vlasov PN. Planirovanie i vedenie beremennosti u zhenshin, stradajushih jepilepsiej. 2004. (In Russ.)]
19. Власов П.Н. Эпилепсия у женщин: клинические, электрофизиологические, гормональные и терапевтические аспекты: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2001.
20. Громов С. А. Контролируемая эпилепсия. – Санкт-Петербург. – 2004. – 301 с.
21. Детская гинекология. Справочник / Под ред. Маркина Л. Б., Яковлевой Э. Б. – Киев. – Знание. – 2004. – 474 с.
22. Дмитренко Д.В., Шнайдер Н.А., Егорова А.Т., и др. Эпилепсия и беременность: монография. – М.: Медика, 2014. – 142 с. [Dmitrenko DV, Shnajder NA, Egorova AT, et al. Jepilepsija i beremennost'. Moscow: Medika; 2014. (In Russ.)]
23. Железнова Е. В., Соколова Л. В., Земляная А. А. О взаимосвязи эпилепсии и репродуктивной дисфункции у женщин. //Современные проблемы психиатрической эндокринологии. – М. – 2004. – 196 с.
24. Информационный бюллетень ВОЗ №999 2012.
25. Карлов В.А., Адамян Л.В., Жидкова И.А. Эпилепсия и материнство. Журн Новая Аптека 2009; 3: 89-93.
26. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. М: Медицина 2010.
27. Карлов В.А., Власов П.Н., Краснопольский В.И., Петрухин В.А. Терапевтическая тактика при эпилепсии во время беременности: Методические указания № 2001/130. – М., 2001. – 15 с.
28. Незнанов Н. Г., Громов С. А., Михайлов В. А. Эпилепсия. Качество жизни, лечение. – СПб. – 2005. – 293 с.

© Silvia Agop, Olga Cernetchi, Zinaida Sârбу, Constantin Ostrofeț, Irina Sagaidac, Tatiana Armaș

Silvia Agop, Olga Cernetchi, Zinaida Sârбу, Constantin Ostrofeț, Irina Sagaidac, Tatiana Armaș
PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI ȘI CONDUITA LĂUZELOR
CU BOALA INFLAMATORIE PUERPERAL-SEPTICĂ
USMF "Nicolae Testemițanu" Catedra Obstetrică și Ginecologie nr. 2

SUMMARY

**EVOLUTION PARTICULARITIES AND CONDUCT IN POSTPARTUM FEMALES
 WITH PUERPERAL-SEPTIC INFLAMMATORY DISEASE**

Key words: pelvic inflammatory disease, postpartum females, optimization, diagnostic, treatment.

Actuality: *one of the first places in maternal mortality structure is occupied by puerperal- septic inflammatory disease, being situated after hemorrhages and hypertensive states. Statistics of developed countries with good quality of health care do not show maternal mortality by infection or puerperal-septic infection (Willson, 1987). Maternal mortality due to septic complications was analyzed by researchers from our country during the 1990-2005 period and the incidence was ranged between 12.3 to 18.1%. The morbidity structure in puerperal – septic inflammatory disease has changed in the last years, due to increased rate of cesarean surgery, microbial virulence and aggression, and antimicrobial resistance. As a result, a rapid diagnostic, conservative and effective treatment method and prompt surgical treatment are required.*

The aim of the study: to study the particularities of clinical evolution of puerperal - septic inflammatory disease and to optimize diagnostic and treatment methods.

Materials and Methods: a retrospective study was performed in 2017. It includes 301 postpartum females with puerperal-septic inflammatory disease, who were hospitalized in Septic Gynecology Department from IMSP SCM No. 1.

Results and conclusions: by assessment it was determined that 73% of postpartum females included in this study had obstetrical - gynecological and extra genital pathologies during pregnancy. It may explain the puerperal - septic inflammatory disease association in this patients group. According to data results of this study, a severe form of puerperal - septic inflammatory disease was recorded in 11 (3,6%) of cases and radical surgery was performed. Placental retention based endometritis prevailed. The research results determined laparoscopy as the early and timely diagnosis method that permitted in 26 (6,6%) of cases prompt decisions concerning the surgery volume. In postpartum pelvioperitonitis, organomenajant treatment with the preservation of the uterus and of the reproductive function in the future was possible in 22 cases (7.3%), due to studying the laparoscopic approach and the use of the transabdominal drainage technique. According to the statistics, it is gladdening that the puerperal - septic disease incidence decrease in the last years, being rarely encountered the severe form. Due to laparoscopy as a early method of diagnosis, a surgery with uterus preservation is possible.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ЭВОЛЮЦИИ И ВЕДЕНИЕ РОЖЕНИЦ С ПУЕРПЕРАЛЬНО-СЕПТИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ключевые слова: пуерперально-септическая воспалительная болезнь роженицы, оптимизация, диагностика, лечение.

Актуальность: одно из первых мест в структуре материнской смертности занимает пуерперально-воспалительная болезнь, следом за кровотечениями и поздним гестозом. Статистика развитых стран с высоким качеством жизни не регистрирует показатели уровня смертности от пуерперально-септической болезни (Willson, 1987). Материнская смертность из-за септических осложнений после родов изучалась учеными из нашей страны в период с 1990 по 2005 годы, и уровень смертности варьируется от 12.3 до 18.1 %. Структура заболеваемости от пуерперально-септической болезни изменилась за последние годы из-за увеличения числа кесарева сечения, микробной агрессии и устойчивости к микробам. В результате чего в таких случаях требуется быстрая диагностика, консервативные и эффективные методы лечения, а также соответствующее хирургическое лечение.

Цель работы: изучение особенностей клинической эволюции, оптимизация диагностики и лечения рожениц с пуерперально-септической воспалительной болезнью.

Материалы и методы: ретроспективная научная работа, проведенная на протяжении 2017 года. Она включает в себя 301 женщину после родов с пуерперально-воспалительной болезнью, которые были госпитализированы в Отделение Гнойной Гинекологии Первой Муниципальной Больницы №1.

Результаты и заключение: на основе этой научной работы было выявлено, что 73% женщин после родов имели акушерско - гинекологическую и экстра генитальную патологии на протяжении беременности. Это и объясняет присутствие пуерперально- воспалительной болезни у пациентов в этой группе. Согласно результатам исследования, тяжелые формы пуерперально-воспалительной болезни были выявлены в 11 случаях (3,6 %) и была проведена радикальная хирургическая операция. Преобладали случаи эндометрита, возникшие из-за остатков плаценты.

Результаты исследования показали, что лапароскопия является ранним и уместным методом диагностики, который позволил в 26 случаях (6,6 %) принять быстрые решения относительно объема операции. В лечении послеродового пелвиоперитонита сохранение матки и репродуктивной функции в будущем стало возможным в 22 случаях (7,3 %) благодаря лапароскопическому методу и использованию трансабдоминальной дренажной техники.

Согласно статистике, радует тот факт, что за последние годы уменьшилось число случаев пуерперально-воспалительной болезни, тяжелые формы болезни появлялись реже. Благодаря лапароскопии, как раннему методу диагностики, и хирургическому лечению стало возможным сохранение матки.

Cuvinte-chie: boală inflamatorie puerperal septică, lăuze, optimizare, diagnostic, tratament.

Actualitatea: Boala inflamatorie puerperal septică ocupă în structura mortalității materne, unul din primele locuri după hemoragii și stări hipertensive, cu o incidență ce variază de la 5 la 29%, după diferiți

autori. O metaanaliză efectuată de OMS pe parcursul a 23 de ani plasează sepsisul obstetrical pe locul trei, cu incidența de 11%. (fig. 1)

Statistici importante ale țărilor dezvoltate, cu o asistență medicală de calitate, nu mai consemnează cazuri de mortalitate maternă prin infecție, sau in-

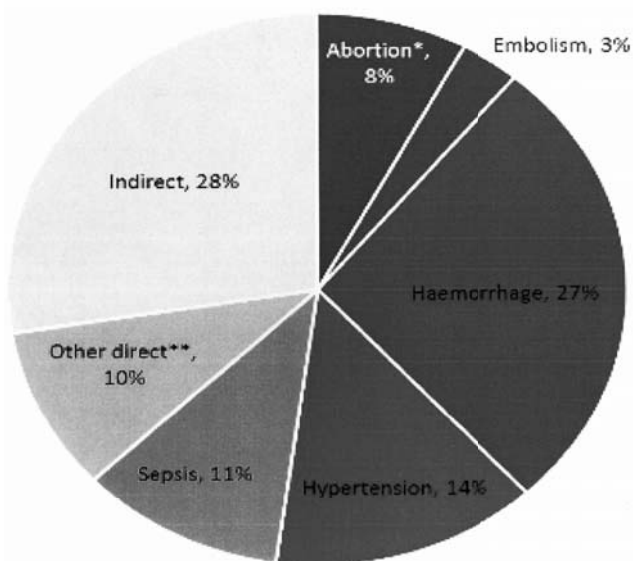


Fig.1 OMS- Cauzele mortalității materne : 1990 to 2013. OMS Press, 2014

fecția puerperal-septică este pe ultimul loc (Willson 1987). Datele bibliografice ne permit să menționăm că cercetătorii autohtoni au analizat mortalitatea maternă cauzată de boala puerperal-septică în perioada anilor 1990-1999 și au apreciat incidența de 12,3% (Roșca P. 2001). Un alt studio, efectuat în 2000-2005, plasează mortalitatea maternă pe locul doi, cu tendință de creștere și estimează o incidență de 18,1% (Friptu V., Metaxa I., 2005). Rezultatele analizei mortalității materne în ultimii 5 ani au constatat că letalitatea în stările septice este mare din următoarele motive: diagnosticul este stabilit tardiv, terapia intensivă nu este adecvată și tratamentul chirurgical este efectuat cu întârziere.

Descoperirea antibioticelor a dat o falsă siguranță în ceea ce privește profilaxia și eradicarea infecției, au apărut germeni iatrogeni rezistenți la antibioterapia uzuală. Antibiotoprofilaxia trebuie să fie scurtă, înainte de actul chirurgical cu un antibiotic de spectru larg.

Factorii de risc se amplifică prin tergiversarea rezolvării unor complicații în travaliu (travaliu prelun-

git, ruperea prematură de membrane, tacte vaginale multiple), sterilizări defectuoase și deficiențe de tehnică operatorie (suturi ischemiante, traumatisme tisulare întinse, delabrări). În ultimii ani s-a, modificat structura morbidității bolii puerperal-septice datorită creșterii incidenței operației cezariene, virulenței și agresivității microbiene, antibioretistenței, factori ce impun un diagnostic rapid, metode de tratament conservatoare eficiente și tratament chirurgical prompt.

Scopul studiului: constă în studierea particularităților evoluției clinice a bolii inflamatorii puerperal-septice și optimizarea metodelor de diagnostic și tratament.

Material și metode: Studiul este de tip retrospectiv și a fost efectuat în anul 2017, pe un lot de 301 lăuze diagnosticate cu boala inflamatorie puerperal-septică, internate în secția Ginecologie septică a IMSP SCM, nr.1.

Analiza datelor s-a realizat în baza unor anchete elaborate pentru studiul sus numit. Datele extrase din fișele medicale au fost prelucrate utilizând programele: Statistica 6.0 (Statsoft Inc), EXCEL, EPI-Info 2004 și SPSS 16.0 (SPSS Inc), cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestor programe.

Rezultate și discuții: Analiza minuțioasă a fișelor medicale ne-a permis să estimăm că, din 301 lăuze internate în secția ginecologie septică, 75 (24,9%) cazuri erau după operația cezariană și 226 (75,0%) cazuri, după nașterea per vias naturalis. Diagnosticul de patologie septico-purulentă post-partum a fost stabilit în baza datelor examenelor: clinic – sindrom febril, dureri pelviene, secreții patologice vaginale, subinvoluția uterului, paraclinic – leucocitoză, devierea formulei sangvine și instrumental – USG, radiologic.

Vârsta lăuzelor incluse în studiu cuprinsă între 17 și 43 de ani, în medie $28 \pm 1,2$ ani. Analizând evoluția sarcinii la aceste paciente, am stabilit că în 95% cazuri gravidele s-au aflat în evidența medicului de familie. Conform parității, am determinat, că primipare erau în 62% și multipare 38% cazuri.

A fost studiată incidența bolii inflamatorii puerperal-septice raportată la conform Centrele Perinatologice din republică, unde s-au concentrat majoritatea nașterilor și am obținut următoarele date (tab 1).

Tabelul 1.

Incidența bolii inflamatorii-puerperal-septice conform Centrelor Perinatologice

IMSP SCM 1			Centrul Mamei și Copilului	Maternitatea nr.2	Raioanele republicii
Secția obs.1	Secția obs.2	Secția obs.3			
NPN 45(14,9%)	NPN 31(10,2%)	NPN 84(27,9%)	NPN20(6,6%)	NPN5(1,6%)	NPN 41(13,6%)
OC 16(21,3%)	OC 5(6,6%)	OC 13(17,3%)	OC 17(22,6%)	OC 5(6,6%)	OC 19(25,3)

Rezultatul studiului efectuat a evidențiat la majoritatea lăuzelor o anamneză obstetrical-ginecologică agravată: avorturi medicale în 201(66,7%) cazuri, avorturi spontane în 84(27,9 %) cazuri, operații ce-

zariene în anamneză 28(9,3%), TORCH infecții 34(11,2%). Studiind evoluția sarcinii prezente, am determinat următoarele nosologii: iminență de întreprindere a sarcinii în 106(35,2%) cazuri, gestoza pre-

coce în 24(7,9%) cazuri, stări hipertensive 10(3,3%) cazuri, anemie feriprivă 46(15,2%) cazuri, pielonefrita acută în 38(12,6%) cazuri, boala varicoasă a membrilor inferioare 24(7,9%) cazuri. Studiul modalității de terminare a sarcinii și a arătat că, din 301 lăuze cu boala inflamatorie puerperal-septică 226(75,0%) au născut PVN și 75 (24,9%) prin operație cezariană.

În NPN complicată cu suferință fetală hipoxică, nașterea s-a terminat prin aplicare de forceps în 5(1,6%) cazuri și de ventuză obstetricală în 28(12,3%) cazuri. Operația cezariană în mod urgent s-a efectuat în 5(68%) cazuri și la rece în 24 (32%) cazuri. Drept indicație pentru operația cezariană au servit: uter cicatricial 28 (37,3%) cazuri, hipoxia acută 11(14,6%) cazuri, decolarea placentei normal inserate 6(8%) cazuri, placenta praevia 5(6,6%)cazuri, stări hipertensive 4(5,3%) cazuri, prezența incorectă 9 (12%) cazuri, patologia extragenitală 12 (16%) cazuri.

Unul din obiectivele cercetării a fost de a aprecia evoluția clinică a bolii inflamatorii puerperal-septice la lăuzele incluse în studiu. În urma analizei datelor am stabilit morbiditatea prin infecții puerperal-septice și incidența patologiilor. (tab. 2).

Tabelul.2

Clasificarea morbidității infecției puerperal-septice la lăuzele incluse în studiu

Nosologii	Oparație cezariană	NPN
1. Sepsis	4 (5,3%)	2(0,8%)
2. Peritonită difuză	1(1,3%)	0
3. Pelvioperitonită	4(5,3%)	5(2,2%)
4. Dehiscenta plăgii pe uter		-
- totală	- 4(5,3%)	
- parțială	- 4(5,3%)	
5. Supurarea plăgii postoperatorii	26(34,6%)	-
6. Endometrită post-partum	70(93,3%)	206(91,1%)
7. Pielonefrită acută	6(8%)	8(3,5%)
8. Pneumonie	5(6,6%)	4(1,76%)
9. Bronșită acută	3(4%)	5(2,2%)
10. Pleurezie	2(2,6%)	3(1,3%)
11. Artrită reactivă	0	1(0,4%)
12. Diabet zaharat tip I	0	1(0,4%)
13. Dehiscenta plăgii pe perineu	-	12(5,3%)
14. Fistulă recto-vaginală	-	2(0,8%)
15. Hematom vaginal	-	1(0,4%)
16. Mastită infiltrativă/purulentă	4(5,3%)	12(5,3%)
17. Piosalpinx	-	2(0,8%)
18. Colpită	5(6,6%)	21(9,2%)
19. Flebotromboză	5(6,6%)	4(1,76%)

Studiind minuțios nosologiile lăuzelor cu infecție puerperală, am constatat prezența endometritei post-

partum la pacientele după NPN în 206(91,1%) cazuri, inclusiv retenții placentare s-au apreciat în 196(86,7%) cazuri, care s-au rezolvat prin efectuarea chiretajului uterin, cu intubarea uterului prin aplicarea unui tub de silicon pentru deranj, fixat de colul uterin, în 21(9,2%) cazuri endometrita purulentă s-a condus conservator prin aplicarea terapiei antibacteriene.

La lăuzele internate după operație cezariană endometrita s-a apreciat în 70(93,3%) cazuri, inclusiv în 51(68%) cazuri endometrita a fost pe fond de retenții uterine și s-a efectuat chiuretaj uterin, și în 19(25,3%) cazuri s-au diagnosticat endometrite purulente care au fost conduse conservator.

Forme severe ale bolii puerperal-septice au fost înregistrate în 11(3,6%) cazuri, inclusiv: peritonita difuză - 1(0,3%) caz, insuficiența totală a suturilor pe uter 4(0,9%) cazuri și în 6 (1,9%) cazuri sepsis. Datele literaturii de specialitate autohtonă evidențiază o incidență în medie de 12% a formelor grave de boală inflamatorie puerperal-septică. Estimând datele obținute în studiu, este îmbucurător faptul că patologiile severe puerperal-septice sunt în diminuare, constituind 3,6%.

În baza rezultatelor studiului am determinat o durată medie a tratamentului de $7 \pm 1,4$ zile pat, care depinde de gravitatea nosologiilor și de evoluția clinică a bolii.

Conform datelor literaturii de specialitate, constatăm că spectrul agenților patogeni s-a modificat, predomină infecția mixtă și s-a majorat ponderea infecției virale. Ca rezultat, forma infecției obstetricale este mai complexă, manifestările clinice mai perfide, factorii favorizanți multipli și terenul modificat. Vom menționa că deocamdată, în clinică nu există posibilitatea de diagnostic al infecției anaerobe neclostridiene și virale, tratamentul medicamentos fiind administrat empiric.

Datele cercetării de față arată că s-au folosit două metode de diagnostic al microorganismelor patologice: bacterioscopică și bacteriologică. Au fost prelevate culturi din vagin, plaga postoperatorie, cavitatea abdominală, cu determinarea următorilor agenți patogeni (tab.3).

Rezultatele cercetării au determinat că cei mai frecvenți agenți patogeni depistați în cazul bolii puerperal-septice la lăuze au fost E. coli și Klebsiela, iar teste pentru diagnosticul infecției anaerobe neclostridiene și virale nu s-au efectuat.

Principiile fundamentale ale strategiei curative în cazul bolii inflamatorii puerperal-septice includ utilizarea terapiei antibacteriene, terapiei de dezintoxicare, uterotonice și simptomatice. Studiind tratamentul conservator administrat la lăuzele incluse în studiu am stabilit: terapie de infuzie cu sol. NaCl 0,9% , sol. Glucoză 5% s-au efectuat în 225 (59,8%) cazuri, antibiotice s-au administrat în 301–(100%) cazuri, tratament antiinflamator în 180 (47,8%) cazuri, uterotonice 275(91,3%) cazuri.

Tabelul.3

Agenții patogeni determinați la paciențele cu boala inflamatorie puerperal-septică

Agenți patogeni	Operație cezariană	NPN
Stafilococ auriu (Gram +)	9(12%)	34(11,2%)
Stafilococ epidermal	7(9,3%)	29(9,6%)
Str. hemolitic	1(1,3%)	17(5,6%)
Str. grup B	2(2,6%)	24(7,9%)
Enterococ	13(17,3%)	87(28,9%)
E. colli	34(45,3%)	134(44,5%)
Ps. aeruginosa	3(4%)	8(2,6%)
Klebsiela	16(21,3%)	68(22,9%)
Gonococi	1(1,3%)	8(2,6%)
Trihomonade	3(4%)	15(4,9%)
Chlamidii trahomatis	0	0
Ureaplasme/micoplasme	0	0
Anaerobi neclostridieni (peptostreptococi)	0	0
Virusi(HVS)	2(2,6%)	5(1,6%)

Antibioterapia prevede administrarea preparatelor cu spectru larg de acțiune (peniciline, cefalosporine, aminoglicozide), combinate cu preparate antiaerobe (metronidazol), reieșind din etiologia mixtă a infecției cu asociere de aerobi/anaerobi. Schemele combinate de antibiotice pot fi modificate în dependență de rezultatele antibiogramei. Preparatele uterotonice au efect benefic asupra uterului – locul cu rezistență minoră în cazul bolii inflamatorii puerperal-septice.

Rezultatele cercetării au evidențiat la lăuzele cu boala inflamatorie puerperal-septică următoarele intervenții chirurgicale (tab. 4).

Tabelul 4

Clasificarea intervențiilor chirurgicale efectuate la paciențele incluse în studiu

Intervenții chirurgicale	Operație cezariană	NPN
Histerectomii totale	4(5,3%)	2(0,6%)
Laparoscopii curativ-diagnostice	8(10,6%)	18 (3,9%)
Chiuretaje uterine	51(68%)	196(65,1%)
Tratarea chirurgicală a plăgii postoperatorii	25(33,3%)	-
Apendicectomie	1(1,3%)	1(0,3%)
Aplicarea suturilor secundare	18(24%)	-
Tratarea chirurgicală a mastitei	7(9,3%)	12(3,9%)

Tratamentul chirurgical efectuat a inclus abord laparotomic cu extirpația uterului în 6(1,9%) cazuri de sepsis puerperal, inclusiv 2(0,6%) cazuri după NPN și 4(1,3%) cazuri după operația cezariană.

Un loc aparte deține abordul laparoscopic, efectuat în 26(8,6%) cazuri, din ele în 8 (2,6%) cazuri s-a diagnosticat insuficiența suturilor pe uter, în 4(1,3%) cazuri, dehiscența tranșei pe uter a fost parțială și a permis volumul intervenției prin drenare și lavaj al cavității abdominale, cu păstrarea uterului, în celelalte 4(1,3%) cazuri s-a depistat la laparoscopie dehiscența totală cu formare de abces al plăgii pe uter și s-a recurs la extirpația de organ. Ulterior, în 2 (0,6%) cazuri s-a depistat apendicita acută flegmonoasă și s-a recurs la apendicectomie. În alte 9(2,9%) cazuri s-a diagnosticat pelvioperitonită, de asemenea 1(0,3%) caz de peritonită difuză, și 6 (1,9%) cazuri de sepsis puerperal. Abordul laparoscopic organomenajant a fost posibil în 22 (7,3%) cazuri, și a permis păstrarea funcției menstruale și reproductive pe viitor la aceste paciente. Conduita postoperatorie la aceste paciente a necesitat o supraveghere și vigență sporite pentru a preveni dezvoltarea complicațiilor iar în caz de agravare sau evoluție stagnată s-a efectuat tratament chirurgical rapid și prompt.

Concluzii:

1. Datele obținute în studiu evidențiază că la 73% din lăuzele investigate sarcina a decurs pe fond de anamneză obstetrical-ginecologică complicată și patologie extragenitală, fapt ce explică asocierea bolii inflamatorii puerperal-septice la acest contingent de paciente.

2. Conform rezultatelor obținute putem menționa că forme grave ale bolii inflamatorii puerperal-septice s-au înregistrat în doar 11 (3,6%) cazuri, rezolvate prin operații radicale și au predominat endometritele pe fond de retenții placentare.

3. Rezultatele cercetării au arătat că metoda endoscopică a permis un diagnostic precoce și oportunitate asigurând acțiuni și decizii prompte referitoare la volumul intervenției chirurgicale în 26(8,6%) cazuri.

4. Abordul laparoscopic și utilizarea tehnicii de drenaj transabdominal în cazul pelvioperitonitei postpartum la 22 (7,3%) lăuze a permis conduita tratamentului organomenajant, cu păstrarea funcției menstruale și reproductive.

5. Este îmbucurător faptul că, în ultimii ani, a scăzut incidența bolii puerperal-septice, mai rar se întâlnesc forme grave, iar datorită unui diagnostic precoce prin utilizarea metodei laparoscopice a devenit posibil tratamentul chirurgical cu păstrarea uterului.

Bibliografie:

1.Cernețchi O., Cojocaru V., Sârbu Z., Ostrofeț C., Agop S., Sagaidac I. ș. a., Sepsisul și șocul septic în obstetrică și ginecologie, Protocol Clinic Național, Chișinău 2016, 25 p.

2.Cernețchi O., Sârbu Z., Sepsisul în obstetrică și ginecologie. Monografie. Chișinău., 2014, 126 p.

3. Friptu V., Metaxa I., Cernețchi O., ș. a., Afecțiunile purulento-septice în obstetrică. Chișinău 2005, 376 p.
4. Luca V., Editoriale. Sinteze. Idei. Brașov, 2008, 238 p.
5. Daraselia M., Particularitățile evoluției clinice și structura formelor celulare sangvine în sepsisul obstetrical-ginecologic. Autoreferat., Bacu 2007, 20 p.
6. Niconov A., Anchirsaia A., Abordări noi în tratamentul endometritei post-partum., Obstetrică și Ginecologie, Moscova 1999, 35-38p.
7. Hatabe M., Tabloul clinic-ecografic al endometritei

- după operație cezariană. Diagnosticul și conduita., Autoreferat. Moscova 1994, 21p.
8. Gladun E., Ețco L., Poclitaru M., ș. a. Operația cezariană în obstetrica contemporană. Monografie. Chișinău 2007, 223p.
9. Luca V. Infecția puerperală., 1994, 267p.
10. Bone M. et. Al., Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/CCM Consensus Conference Committee. American College of Chest of Physicians/Society of Critical Care Medicine. 1992, (Pub. Med).

© Olga Cernețchi, Silvia Agop, Zinaida Sârbu

Olga Cernețchi, Silvia Agop, Zinaida Sârbu
INFECȚIA HERPETICĂ ASIMPTOMATICĂ LA GINECOPATE
 USMF "Nicolae Testemițanu" Catedra Obstetrică și Ginecologie nr. 2

SUMMARY

ASYMPTOMATIC HERPES INFECTION AT WOMEN

Key words: asymptomatic herpes infection, women, dysuria, hyperpolimenory, Uviromed.

Actuality: *Herpes infection level increasing in the last 10 years is connected with asymptomatic non-diagnostic form. According to multiple references, asymptomatic herpes infection (AHI) ranges from 42 to 68% and remains difficult to diagnose due to the lack of characteristic herpetic eruptions. Evolution of AHI at women is instable, clinical symptoms frustrated, and in these cases symptoms are similar with symptoms of other pathologies. Herpes simplex virus persists in sacral ganglia, it can affect bladder and uterus nerves and clinically manifests by: inguinal lymphadenopathy, dysuria, hyperpolimenory, pseudo flu, aqueous leucorrhea, acute urinary retention. AHI diagnosis is difficult because clinical signs are obscure, and the patients were frequently given symptomatic treatment. According to the special literature, antiviral therapy remains the medication of choice in AHI.*

Objective of the study. *Determination of the most frequent clinical manifestations of AHI at women and therapeutic approach in these cases.*

Materials and methods. *Prospective study over 2 years (2016-2017) in the IMSP SCM No.1 based on the analysis of 67 clinical cases of women diagnosed with AHI. Diagnosis was established by assessing antiherpes IgM and IgG, positive polymerase chain reaction permit to find viral AND and avidity test. Treatment administered: Tab. Uviromed 500 mg 2 times per day, 5-10 days.*

Results and conclusions: *According to the data obtained in the study, these 67 women with AHI were between 18 and 47 years old (39,2 ± 2,8). The clinical signs had the following structure: dysuria was placed first with an incidence of 20 (29,8%) cases, then hyperpolimenory with 19 (28,3%) cases, inguinal lymphadenopathy was assessed in 10 (14,9%) cases, pseudo flu was estimated in 8 (11,9%) cases, aqueous leucorrhea in 13 (19,4%) cases, and 1 case (1,4%) of acute urinary retention. Clinical signs decreased after antiviral treatment within 2-8 days (average 4-5 days). Dysuria and hyperpolimenory remain the basic clinical sign of asymptomatic forms of genital herpes. Therapeutic efficacy was estimated as a result of antiviral therapy: tab. Uviromed, resulting in cessation of signs in 4-5 days.*