

lack of adapted infrastructure: lack of ramps, toilets, not adapted elevator, lack of adapted gynecological chairs. Women felt stigmatized, discriminated and coerced into making the decision to interrupt the pregnancy or discouraged to have kids when they addressed for SRH services. They mentioned low quality of services, due to services providers capacity gaps; poor knowledge of the SRR and needs of people with disability, unfriendly attitude and discriminatory behavior. At the policy level: there are gaps in policies/standards, making service providers accountable for respecting SR rights.

Zoreana Cazacu

TUBERCULOZA MATERNĂ – ASPECTE DE CONDUITĂ CLINICĂ

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică-Ginecologie Nr.2

Introducere. Riscul patologiei materne și perinatale crește semnificativ la gravidele cu tuberculoză (TB) activă a organelor respiratorii. Datele bibliografice de specialitate relatează sporirea frecvenței disgravidiilor precoce și gestozelor tardive, avorturilor spontane, nașterilor premature, retardului de creștere intrauterină a fătului (RDIF), anemiilor feriprive, travaliului discoordonat, hemoragiilor postpartum, patologiei neonatale. Severitatea acestor complicații sunt în funcție de forma clinică a procesului specific, momentul depistării și durata tratamentului administrat.

Scopul studiului a constat în analiza particularităților de evoluție clinică a sarcinii, nașterii și rezultatelor perinatale la pacientele cu TB activă a organelor respiratorii, cu elaborarea algoritmului de conduită clinică a sarcinii la aceste paciente.

Material și metode. În studiu au fost incluse 116 gravide cu vârsta cuprinsă între 18 și 41 de ani (vârsta medie 25,94±0,4 ani). Lotul general de studiu a fost divizat în 2 subloturi: lotul de bază (LB) - 58 de gravide cu tuberculoză activă a organelor respiratorii în vârstă de 19-41 de ani (vârsta medie 25,48±0,7 ani) și lotul de control (LM) - 58 de gravide practic sănătoase în vârstă de 18-35 de ani (vârsta medie 26,4±0,5 ani).

Rezultate. Am constatat că la gravidele cu TB activă a organelor respiratorii, comparativ cu gravidele fără TB (53 - 91,4±3,7% și 27 - 46,6±6,6%, respectiv; $p<0,001$) mult mai frecvent apar diferite complicații pe parcursul sarcinii: iminență de avort spontan precoce în trimestrul I (6 - 10,3±4,0% și 0 - 0%, respectiv, $p<0,05$), patologia sistemului feto-placentar (19 - 32,8±6,2% și 3 - 5,2±2,9%, respectiv, $p<0,001$), iminență de naștere prematură în trimestrul III (12 - 20,7±5,3% și 6 - 10,3±4,0%, $p>0,05$), edeme în sarcină (4 - 6,9±3,3% și 1 - 1,7±1,7%, $p>0,05$), gestoze precoce (4 - 6,9±3,3% și 0 - 0%, $p>0,05$). Mai mult de ½ din gravidele LB au prezentat anemie feriprivă: de gradul I (37 - 63,8±6,3% și 11 - 19,0±5,2%, respectiv; $p<0,001$) și anemie feriprivă de gradul II (9 - 15,5±4,8% și 1 - 1,7±1,7%, respectiv; $p<0,01$). Patologia lichidului amniotic (polihidroamnioza) a fost apreciată în 6 - 10,3±4,0% la gravidele din LB și 2 - 3,4±2,4% la gravidele din LM ($p>0,05$), oligoamnioza - la 4 - 6,9±3,3% printre gravidele din LB și la 0 - 0% printre gravidele din LM ($p>0,05$). În cadrul studiului am constatat că fiecare al 6-lea caz de sarcină a fost complicat cu RDIUF de tip hipotrofic: 9 - 15,5±4,8% la gravidele LB și 1 - 1,7±1,7% la gravidele LM ($p<0,05$). Au predominat forme de TB infiltrativă (36 (62,1±6,4%) cazuri) și pleurezie TB (16 (27,6±5,9%) cazuri). În 5 (6,1±2,6%) cazuri a fost diagnosticată TB-multidrogrezistentă. Patologii neonatale au fost diagnosticate statistic semnificativ mai frecvent în lotul gravidelor cu TB activă a organelor respiratorii, comparativ cu gravidele fără TB (27 - 46,6±6,6% și 5 - 8,6±3,7%, respectiv; $p<0,001$), inclusiv infecție intrauterină (7 - 12,1±4,3% și 0 - 0%, respectiv; $p<0,05$) și RDIUF (12 - 20,7±5,3% și 3 - 5,2±2,9%, respectiv; $p<0,05$).

Concluzii. Cercetarea realizată a arătat că procesul tuberculos influențează negativ evoluția sarcinii și nașterii, de aceea gravidele cu TB activă a organelor respiratorii fac parte din grupul de risc major pentru dezvoltarea complicațiilor obstetricale și perinatale. S-a constatat proporționalitatea directă între forma clinică a procesului specific pulmonar activ și frecvența complicațiilor obstetricale. Algoritmul de conduită clinică a sarcinii elaborat pentru paciente cu TB activă a organelor respiratorii va facilita și va protocoliza conduita acestor cazuri.

Cernețchi Olga**, Cauș Natalia*/**, Cauș Cătălin**

EVALUAREA ECOGRAFICĂ A RĂSPUNSULUI OVARIAN LA STIMULARE ÎN CADRUL TEHNICILOR DE REPRODUCERE UMANĂ ASISTATĂ

**Catedra de obstetrică și ginecologie nr.2- doctorand, medic obstetrician- ginecolog Clinica Familia.*

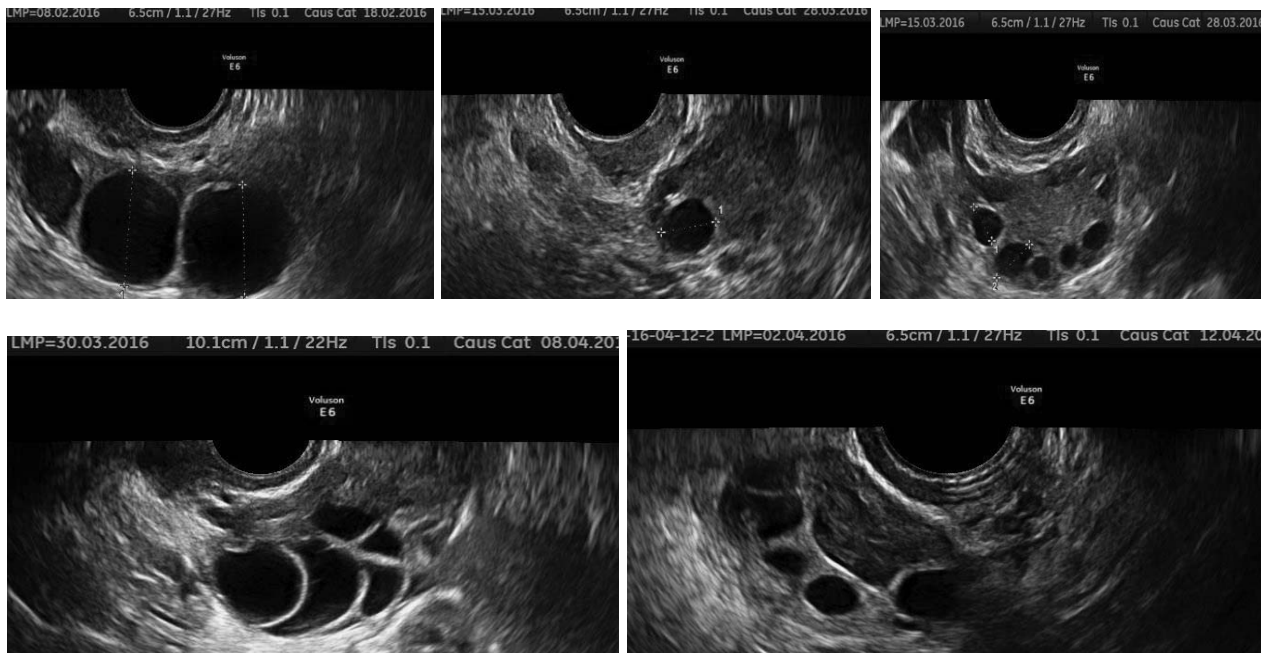
*** Catedra de obstetrică și ginecologie nr 2*

Cuvinte cheie: stimulare ovariană, ecografie, reproducere umană

Introducere: Infertilitatea feminină rămâne un mister pe care departamentele de reproducere umană asistată încearcă să-l descopere. Odată cu avansarea tehnologiei și a tehnicilor de reproducere umană asistată, jumătate dintre cupluri infertile au obținut sarcini, iar altă jumătate sunt în așteptarea împlinirii, urmând noi diverse scheme de trata-

ment. Evaluarea unui cuplu infertil impune un algoritm de investigare complex care conține o multitudine de analize de laborator, examene imagistice, iar uneori necesită manipulații invazive cu scop de diagnostic și tratament. Examinarea ecografică intră întotdeauna în bilanțul infertilității pentru că permite evaluarea morfologiei organelor pelviene feminine, în vederea identificării etiologiei, dar și evaluarea rezervei ovariene prin numărarea foliculilor ovarieni antrali.

Materiale și metode: Metoda de monitorizare a stimulării ovariene în cadrul tehnicilor de reproducere umană asistată revine ecografiei. Numărarea și măsurarea foliculilor se face cu sondă transvaginală de frecvență înaltă, iar imaginea ovarului trebuie magnificată, astfel încât să ocupe cel puțin jumătate de ecran. Mișcărilor de baliere trebuie să fie lente, cu viteză constantă.



Rezultate: În ciclurile în care se practică stimularea ovariană examenul ecografic este util și necesar pentru a aprecia efectele stimulării și a stabili momentul potrivit pentru puncția ovariană în cadrul procedurii de fertilizare in vitro. Răspunsul ovarian bun reprezintă numărul de foliculi ovarieni mari care la momentul puncției ovarine prin ghidaj ecografic va obține un număr optimal de ovocite mature. Ecografia permite identificarea pacientelor cu risc mare de sindrom de hiperstimulare ovariană.

Concluzie: Ecografia transvaginală rămâne standardul de aur ce permite evaluarea aparatului reproductiv în cadrul tehnicilor de reproducere umană asistată. Mai cu seamă a devenit esențială în fertilizare in vitro în procesul de monitorizare: a stimulării ovariane, a puncției foliculare și a embrio-tansferului.



Cernețchi Olga**, Cauș Natalia* /**, Cauș Cătălin**

EVALUAREA ECOGRAFICĂ A ENDOMETRULUI ÎN CADRUL REPRODUCERII UMANE ASISTATE

* Clinica Familia **Catedra de obstetrică și ginecologie nr.2

Cuvinte cheie: uter, endometru, reproducere umană asistată, ecografie

Introducere: Infertilitatea feminină poate fi cauzată de orice tip de anomalii: cervicali, uterine/ endometriale, tubare, peritoneale, ovariene. Endometrul este o componentă a sistemului reproductiv feminin, ce se transformă sub acțiunea hormonilor și suferă modificări funcționale ritmice ca răspuns la schimbările ovariene. Modificările fiziologice ale endometriului sunt dirijate încât să se creeze condiții optime pentru implantarea la momentul oportun a ovului fecundat. Uterul este locul de creștere a sarcinii în evoluție, iar factorii uterini care pot compromite fertilitatea feminină sunt: malformațiile corpului uterin, polipii endometriali, sinechiile intrauterine, corpii străini, fibromioame, etc.

Examenul ecografic poate evalua și diagnostica marea majoritate din acești factori enumerați.

Materiale și metode: Măsurarea ecografică a endometriului reprezintă acum o componentă indispensabilă a monitorizării în cadrul tehnologiilor de reproducere umană. Grosimea endo-metrului poate fi apreciată cu ajutorul ec-