

CĂTĂLIN CAUȘ

DETERMINANTELE MEDICO-SOCIALE ÎN BOALA INFLAMATORIE PELVINĂ ACUTĂ LA FEMEILE DE VÂRSTĂ REPRODUCTIVĂ

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Departamentul de Obstetrică și Ginecologie*

SUMMARY

Key words: PID -Pelvic inflammatory disease, medico-social determinants of PID, women's reproductive health.

Introduction. Pelvic inflammatory disease (PID) refers to infections of the female genital tract that may affect a portion of it (cervicitis, endometritis, salpingitis, oophoritis) or may include several segments of it (pelvic abscesses, appendages) with a tendency to generalize the inflammatory process (pelvioperitonitis, generalized peritonitis, perihepatitis) in the body. The term PID is used to combine several nosologies that are based on the inflammatory damage of different segments of the lower and upper female genital tract.

Disruption and destruction of the natural protective barriers of the female genitals lead to impaired immunity of the host organism under the action of internal or external exposure factors that increase the likelihood of a BIP outbreak. The etiopathogenetic causes of PID are described in many scientific papers and are variously grouped, being attributed to different potential degrees of infection of the female genital tract.

Objective: clinical research has focused on the analysis of the determinants involved in the onset of BIP and the occurrence of this disease. In our research we decided to group the medico-social determinants that can favor the appearance of BIP in: behavioral, social, biological, endogenous, exogenous.

Material and methods. The study of medico-social determinants included 644 patients with PID, during a calendar year within IMSP SCM no. 1 in the septic gynecology department, the only department specialized in this profile in the Republic of Moldova.

Results. According to the ranking, the social determinants, which led to the appearance of acute pelvic inflammatory disease, were: low educational level - 72.67% (I), young age - 68.96% (II), non-essential patients at the family doctor - 59, 16% (III), single women - 59.01% (IV), insufficient financial income - 52.02% (V), lack of permanent residence - 43.63% (VI), lack of medical insurance - 32.45% (VII), work at variable temperatures - 26.39% (VIII), lack of own income or unemployment - 25.93% (IX). The behavioral determinants that trigger BIPA are: more than 2 lifelong sexual partners - 65.07% (I), unprotected sex - 58.36% (II), increased frequency of sexual intercourse - 56.84% (III), onset of sexual life up to 16 years - 52.80% (IV), partners of different ethnicities - 34.63% (V), new sexual partner - 12.26% (VI), multiple sexual partners - 10.09% (VII). The direct medical determinants, which contributed to the appearance of acute pelvic inflammatory disease, were IUD - 20.03% (I), invasive medical interventions - 11.02% (II). Likewise, the indirect medical determinants involved in the development of BIPA were: late hospitalization of patients - 71.89% (I), personal defects - 24.84% (II), lack of local personal hygiene - 23.60% (III), tampons retained in the vagina during periods - 21.11% (IV), the use of intravaginal showers - 17.86% (V).

Conclusions. A society is prosperous when the population has equal opportunities for education, preparation for life and access to quality health services. A high standard of education is the foundation of a safe society. This assures the inheritance of morals that are passed down from generation to generation (grandmother, mother, daughter) like the respect for the traditions of self-care and maintenance of good personal health that is developed and adapted over the years, and the cultivation of self-respect. A society also prospers by providing equal opportunities and rights for girls and women and eradicating domestic violence. Women's reproductive health is a fundamental component in the development of modern society. Social security encourages and benefits women for continuity, thus stimulating an increase in the birth rate.

РЕЗЮМЕ

Ключевые слова: ВЗОМТ-воспалительные заболевания органов малого таза, медико-социальные детерминанты ВЗОМТ, репродуктивное здоровье женщин.

Вступление. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) относятся к инфекциям женских половых путей, которые способны вовлекать определённую изолированную структуру (цервицит, эндометрит, сальпингит, оофорит) или могут поражать одновременно несколько сегментов (абсцессы таза, придатки) с тенденцией к генерализации воспалительного процесса (пельвиоперитонит, генерализованный перитонит, перигепатит) во всем организме. Термин ВЗОМТ используется для объединения нескольких нозологий, базирующихся на воспалительном поражении различных сегментов нижних и верхних отделов женских половых органов. Повреждение и разрушение естественных защитных барьеров женских половых органов приводит к поражению иммунитета организма-хозяина под действием факторов внутреннего или внешнего воздействия, повышающих вероятность обострения ВЗОМТ. Этиопатогенетические причины ВЗОМТ описаны во многих научных статьях и сгруппированы по-разному, что связано с различной потенциальной степенью инфицирования женских половых путей.

Цель исследования. Клинические исследования были сосредоточены на анализе детерминант, участвующих в возникновении ВЗОМТ и возникновении этого заболевания. В нашем исследовании мы решили сгруппировать медико-социальные детерминанты, которые могут способствовать появлению ВЗОМТ : поведенческие, социальные, биологические, эндогенные, экзогенные.

Материалы и методы: Исследование медико-социальных детерминант включало 644 пациента с ВЗОМТ в течение календарного года в рамках IMSP SCM №1 отделения септической гинекологии, единственного специализированного отделения этого профиля в Республике Молдова.

Результаты исследования. Согласно статистике, социальными детерминантами, которые привели к возникновению острого воспалительного процесса на уровне органов малого таза, были: низкий уровень образования - 72,67% (I), молодой возраст - 68,96% (II), пациенты, не стоящие на учёте у семейного врача - 59 человек, 16% (III), одинокие женщины - 59,01% (IV), недостаточный финансовый доход - 52,02% (V), отсутствие постоянного места жительства - 43,63% (VI), отсутствие медицинской страховки - 32,45% (VII), работа, связанная с нестабильным температурным режимом - 26,39% (VIII), отсутствие собственного дохода или безработица - 25,93% (IX). Поведенческие детерминанты, вызывающие ВЗОМТ : более 2-х половых партнеров на протяжении всей жизни - 65,07% (I), незащищенный секс - 58,36% (II), повышенная частота половых контактов - 56,84% (III), начало половой жизни до 16 лет - 52,80% (IV), партнеры разных национальностей - 34,63% (V), новый половой партнер - 12,26% (VI), несколько половых партнеров - 10,09% (VII). Прямыми медицинскими детерминантами, способствовавшими возникновению острого воспалительного заболевания органов малого таза, были ВМС - 20,03% (I), инвазивные медицинские вмешательства - 11,02% (II). Аналогичным образом - косвенными медицинскими детерминантами, вовлеченными в развитие ВЗОМТ, были: поздняя госпитализация пациентов - 71,89% (I), личные проблемы - 24,84% (II), отсутствие местной личной гигиены - 23,60% (III), тампоны, оставшиеся во влагалище в период менструации - 21,11% (IV), использование интравагинального душа - 17,86% (V)

Выводы. Общество процветает, когда у населения есть равные возможности для образования, подготовки к жизни и доступа к качественным медицинским услугам. Повышенный образовательный уровень - это основа безопасности народа, которая передается от поколения к поколению: бабушка, мать, дочь - с уважением к традициям ухода и поддержанием уровня здоровья, выработанного и адаптированного с годами. Здоровье базируется на моральных принципах и поддерживается уважением к себе, предоставлением равных возможностей и прав девочкам и женщинам путем исключения домашнего насилия в обществе. Репродуктивное здоровье женщин является фундаментальным компонентом развития современного общества, а социальное обеспечение и его преимущества побуждают женщин к преимственности, тем самым стимулируя рост рождаемости.

Introducere.

Boala inflamatorie pelvină (BIP) se referă la infecțiile aparatului genital feminin care poate afecta o porțiune a acestuia (cervicite, endometrite, salpingite, oforite) sau poate include mai multe segmente din el (abcese pelvine, anexite) cu tendință de generalizare a procesului inflamator (pelvioperitonite, peritonite generalizate, perihepatite) în tot corpul[4,12]. Termenul de BIP este folosit pentru a îmbina mai multe nozologii care au la baza afectarea inflamatorie a diferitor segmente a tractului genital inferior și superior feminin[5].

Perturbarea și distrugerea barierelor naturale de protecție ale organelor genitale feminine duc la alterarea imunității organismului-gază sub acțiunea unor factori de expunere interni sau externi ce sporesc probabilitatea de a face un puseu de BIP[3]. Cauzele etiopatogenetice a BIP sunt descrise în multe lucrări științifice și sunt variat grupate, fiindu-le atribuite diferite grade potențiale de infectare a tractului genital feminin[6]. Mecanismele de răspândire și dezvoltare a BIP sunt cunoscute incomplet, însă este clar că există o interacțiune complexă dependentă de numărul sumativ al acestor determinante ce sporește eventualitatea apariției bolii[1,2]. Infecțiile urogenitale stau la baza multor patologii ginecologice și obstetricale cu urmări grave asupra funcțiilor menstruale, sexuale și reproductive[7].

Scopul studiului

Cercetarea clinică a fost orientată spre analiza determinantelor implicate în declanșarea BIP și apariția acestei maladii. În cadrul cercetării noastre am decis să grupăm determinatele medico-sociale ce pot favoriza apariția BIP în: comportamentale, sociale, biologice, endogene, exogene.

Materiale și Metode

Studiul determinantelor medico-sociale a inclus 644 de paciente cu BIP, pe durata unui an calendaristic în cadrul IMSP SCM nr.1 în secția de ginecologie septică, unica secție specializată în acest profil din Republica Moldova.

Rezultatele studiului:

Vârsta pacientelor incluse în studiu a variat de la 18 până la 52 de ani, vârsta medie a pacientelor a constituit $27,4 \pm 0,3$ ani ($p < 0,05$). Repartizarea pacientelor după grupe de vârstă cu pasul 5 ani evocă concentrarea acestora la vârsta de 21-25 de ani – 162 ($25,16 \pm 1,73\%$) de cazuri și la vârsta de 26-30 ani – 117 ($18,17 \pm 1,52\%$) cazuri ce domină distribuția, urmată de cele până la vârsta de 20 ani – 98 ($15,22 \pm 1,41\%$) de cazuri. În aceeași grupare de clase de 5 ani se observă grupele de vârstă de 31-35 ani și de 36-40 ani cu un număr aproape egal de 67 ($10,41 \pm 1,20\%$), respectiv, 70 ($10,87 \pm 1,23\%$) de cazuri, ce se situează pe planul secund în distribuție. Grupele de vârstă de 41-45 de ani au avut 54 ($8,39 \pm 1,09\%$) de cazuri, 46-50 de ani – 44 ($6,84 \pm 0,99\%$) de cazuri, iar mai mult de 51 de ani – doar 32 ($4,97 \pm 0,85\%$) de cazuri. La o distribuție după grupele de vârstă cu pasul de 10 ani, informația expusă

ne permite de a constata că pacientele cu vârsta până la 25 de ani sunt mai frecvent afectate de BIPA, numărul lor constituind 260 ($40,38 \pm 1,93\%$) de cazuri. Se atestă un număr crescut de paciente cu BIPA în grupul de vârstă 26-35 de ani – 184 ($28,58 \pm 1,78\%$), frecvența lor micșorându-se în grupele de vârstă 36-45 de ani, în care se întâlnesc 124 ($19,26 \pm 1,56\%$) de cazuri, cea mai scăzută frecvență de BIPA fiind înregistrată la pacientele după 46 de ani – 76 ($11,81 \pm 1,27\%$) de cazuri. Conform lui Stamatian F. ș.a.[8], incidența maximă a BIPA (70% din cazuri) se depistează la pacientele sub 25 de ani. Autorul ne convinge că vârsta tânără a femeilor reprezintă un factor de risc, acesta fiind de 3 ori mai mare la pacientele până la 25 de ani. În studiul nostru, incidența maximă de 68,96% din cazuri revine pacientelor până la vârsta de 30 de ani. Se știe că vârsta tânără a pacientei este un factor de risc în dezvoltarea BIPA[2], la fel și precocitatea debutului vieții sexuale. Debutul vieții sexuale la pacientele din studiul efectuat a fost prezentat astfel: până la 16 ani – 339 ($52,64 \pm 1,97\%$) de paciente; până la 17-18 ani – 133 ($20,65 \pm 1,59\%$) de paciente; până la 19-20 de ani – 95 ($14,76 \pm 1,39\%$) de paciente; după 21 de ani 15,22 25,16 18,17 10,41 10,87 8,39 6,84 4,9 51 de ani 58 – 77 ($11,96 \pm 1,28\%$) de paciente ($\chi^2 = 10,8$, $gl=3$; $p < 0,05$). Astfel, după cum s-a demonstrat în analiza efectuată, cel mai mare număr de paciente au avut un debut al vieții sexuale până la 16 ani ($52,64 \pm 1,97\%$). Numărul partenerilor sexuali pe parcursul vieții pacientelor cu BIPA: 1 partener indică 168 ($26,09 \pm 1,73\%$) de paciente, doi parteneri – 255 ($39,60 \pm 1,93\%$), 3 parteneri – 91 ($14,13 \pm 1,37\%$), 4 parteneri – 53 ($8,23 \pm 1,08\%$), 5 parteneri – 20 ($3,11 \pm 0,68\%$), nu au răspuns la întrebare 57 ($8,85 \pm 1,12\%$) de femei ($\chi^2 = 15,7$, $gl=5$; $p < 0,01$). La analiza datelor referitor la numărul partenerilor pe durata vieții în cercetarea noastră s-a stabilit că 65,07% dintre paciente au avut doi și mai mulți parteneri sexuali. Paralel s-a apreciat tipul de relații ale pacientelor, unde au declarat că sunt în relații monogame în 408 ($63,36 \pm 1,89\%$) cazuri, poligame – în 65 ($10,1 \pm 1,19\%$), relații la distanță au confirmat 92 ($14,2 \pm 1,38\%$), partener nou – 79 ($12,2 \pm 1,29\%$) de paciente ($\chi^2 = 8,3$, $gl=3$; $p < 0,05$).

Din numărul total de paciente ($n = 664$), au utilizat dispozitiv intrauterin (DIU) – 129 de paciente ($20,03 \pm 1,58\%$), iar durata utilizării DIU de către acestea a fost următoarea: până la 2 luni – 94 ($14,60 \pm 1,39\%$) de cazuri, 3-6 luni – un ($0,16 \pm 0,16\%$) caz, de la 1 an până la 4 ani nu s-a înregistrat niciun caz, până la 5-9 ani – 28 ($4,35 \pm 0,80\%$) de paciente, mai mult de 10 ani – 6 ($0,93 \pm 0,38\%$) cazuri ($\chi^2 = 9,5$, $gl=3$; $p < 0,05$). Conform datelor noastre [6], pacientele purtătoare de DIU mai mult de 5 ani au prezentat în 1/3 din cazuri factor de risc explicat prin utilizarea îndelungată a steriletului, iar la 3/4 din cazuri DIU a fost factor declanșator de BIPA, astfel cele 95 de femei au utilizat steriletul mai puțin de 90 de zile. Westrom L. et al. (1996) au demonstrat în lucrările lor că DIU la multipare crește acest risc de 2 ori, iar la nulipare de 7 ori. Se atestă o corelație clară între apariția

BIPA și durata folosirii DIU, care demonstrează că utilizarea îndelungată conduce la apariția formelor grave de BIPA, precum și favorizează prezența florei patogene în vagin la pacientele cu DIU recent inserat.

Autorii Краснополский В. И., Буянова С. Н., Шукина Н. А. [9] explică fiziopatogenia acestui proces prin efectul de „filit” al firelor de la DIU pentru răspândirea de durată a micro-organismelor din vagin spre uter și anexe. Elementul comportamental, care influențează stabilitatea florei vaginale normale și duce frecvent la schimbarea acesteia sunt partenerii noisau multipli, contactele sexuale frecvente, neutilizarea condomului etc. Contacte sexuale frecvente cu ejaculări repetate, datorită pH-ului alcalin al spermei, pot perturba pH-ul vaginal normal (pH acid, cu valori între 3,8- 4,5). Se știe că există agenți declanșatori și determinante ce favorizează apariția bolii. La chestionarea pacientelor, am depistat că raporturile sexuale neprotejate au avut loc în 376 (58,38±1,94%) de cazuri, parteneri noi au indicat în 79 (12,26±1,29%) de cazuri, parteneri multipli în 65 (10,09±1,19%) de cazuri, lipsa unei igiene adecvate s-a determinat la 152 (23,60±1,67%) de femei. Autorii Ness R.B., Trautmann G., ș.a. consideră dușurile vaginale drept factor de risc major în dezvoltarea BIPA, explicat prin faptul că procedura respectivă ar propulsa microorganismele din tractul genital inferior spre cel superior [102]. Numărul pacientelor care practică dușurile vaginale, în cadrul studiului, a fost de 115 (17,86±1,51%) cazuri. Conform unor date noi [10], folosirea îndelungată a tampoanelor vaginale contribuie la crearea unui microclimat patogen de înmulțire bacteriană și favorizează trecerea lor din vagin spre colul uterin și răspândirea spre uter, astfel crescând incidența BIP la aceste femei. Utilizarea prelungită de tampoane vaginale s-a constatat în cercetarea noastră la 136 (21,11±1,61%) de femei. Un alt agent declanșator în apariția BIPA sunt gesturile medicale invazive: au declarat că au efectuat chiuretaje uterine în 11 (1,70±0,51%) cazuri, histeroscopie într-un caz (0,16±0,16%) și histerosalpingografie – în 59 (9,16±1,14%) cazuri. Se relevă o legătură strânsă a determinantelor comportamentale în dezvoltarea BIPA sub influența elementelor predispozante: libertinismul sexual exagerat, grație schimbărilor socioculturale recente, manifestat prin precocitatea raporturilor sexuale, multitudinea partenerilor sexuali, creșterea ratei divorțurilor, abandonul metodelor mecanice de contracepție și utilizarea pe scară largă a dispozitivelor contraceptive intrauterine. Consecința tuturor acestor cauze este creșterea explozivă a BIPA în ultimii ani. În marea lor majoritate infecțiile genitale superioare sunt produse de agenți patogeni transmisibili prin contact sexual, care au ca poartă de intrare mucoasa tractului genital [11].

La divizarea pacientelor după statutul marital, paciente căsătorite au fost în 264 (40,99±1,94%) de cazuri, celibatate în 233 (36,18±1,89%) de cazuri, iar văduve – în 3 (0,47±0,27%) cazuri. Pacientele divorțate au constituit 62

(9,63±1,16%) de cazuri, iar cele aflate în concubinaj – 82 (12,73±1,31%) cazuri. Studiind statutul marital, la rândul nostru, am constatat că rata pacientelor cu BIPA este mult mai mare la cele necăsătorite care au reprezentat 59,01%. Domiciliu permanent au declarat 357 (55,43±1,96%) paciente, iar domiciliu temporar – 287 (44,56±1,96%) de cazuri ($t=3,8988$; $p<0,05$).

Condițiile de muncă nefavorabile și noxe profesionale pot favoriza apariția BIPA. La temperaturi variabile lucrează 170 (26,39±1,74%) de femei, muncă fizică grea îndeplinesc 58 (9,01±1,13%) de paciente, lucru cu substanțe toxice în 26 (4,03±0,77%) de cazuri, fumătoare se întâlnesc în 161 (25,16±1,71%) de cazuri. Analiza sferei de activitate demonstrează că 102 (15,83±1,44%) femei sunt ocupate în agricultură, vânzătoare în piață – 39 (6,05±0,94%) de femei, la ferme de animale lucrează 25 (3,88±0,76%) de femei, la fabrici – 21 (3,26±0,70%) de femei, în sfera salubrității – 16 (2,48±0,62%) femei, în construcție – 14 (2,17±0,58%) femei, vânzătoare în magazine – 13 (2,02±0,55%) femei, în uzine – 4 (0,62±0,30%) femei, în cariera de piatră – 1 (0,16±0,16%) femeie, la grădinițe de copii – 6 (0,93±0,38%) femei, în sfera alimentară – 30 (4,65±0,83%) de femei, croitorese – 3 (0,47±0,27%) femei, cadre didactice – 2 (1,86±0,54%) femei, frizerițe – 11 (1,71±0,51%) femei, la abator – 1 (0,16±0,16%) femeie, poștaș – 2 (0,31±0,22%) femei. E cunoscut faptul că femeile sărace mai frecvent sunt afectate de maladii inflamatorii legate de condițiile de muncă nefavorabile, noxe profesionale, lipsă de domiciliu permanent, salarii mici și subalimentare cronică. Pentru a evidenția grupul social vulnerabil ne-am propus să aflăm care sunt veniturile lunare ale fiecărei paciente. În cercetarea dată, salariu lunar până la 1000 de lei (MDL) au prezentat 230 (35,71±1,89%) de cazuri, 1000-1900 MDL – 37 (5,74±0,91%) de femei, 2000-2900 MDL – 70 (10,87±1,23%) de femei, 3000-3900 MDL – 19 (2,95±0,67%) femei, mai mult de 4000 MDL – 45 (6,98±1,00%) de femei, salariul mediu fiind de 1094,25±254,63 MDL. Sunt întreținute de către parteneri sau de alți membri de familie 141 (21,89±1,63%) femei, venituri instabile au 102 (15,84±1,44%) femei ($\chi^2=15,7$, $gl=5$; $p<0,01$).

Sumând cifrele expuse, am obținut că 79,18% din numărul total de femei sunt sărace, dintre cele cu venituri stabile circa 55,27% au salarii mici, iar ponderea celor care nu au sursă de venit constituie 21,89%. Fără asigurare medicală au fost 209 (32,45±1,85%) femei.

Determinante medico-sociale ce favorizează apariția BIP[1].

Determinante exogene -medicale	Determinante endogeni	Determinante sociale	Determinante comportamentale
Biopsie cervicală	Stări de imunosupresie HIV/SIDA	Venituri insuficiente	Debutul vieții sexuale precoce
Excizia colului uterin	Supresie imunologică cu preparate citostatice, antivirale	Rata înaltă de divorț din țară	Vârsta tânără 15-25 ani
Sondarea colului uterin		Războaie, războaie civile	Partener sexual cu MST
Biopsie uterină	Radioterapie, chimioterapie	Emigrări în masă	Partener sexual nou
Control instrumental al uterului	Boli urinare cronice în acutizare	Condiții socio-economice precare	Parteneri sexuali multipli
Dispozitiv intrauterin DIU	Diabet, leucoze	Muncă la negru, neremunerată	Contacte sexuale în mensis
Avort chirurgical	Hormonal – preparate COC	Epidemii de MST	Raporturi sexuale ocazionale
Puncție prin fornexuri, Exemplu: FIV	Carențe de hormoni trofici	Lipsă de educație sexuală în familie și în societate	Raporturi sexuale cu prostituate
Însămânțare intra uterină cu spermă	Carențe de proteine, vitamine		Rapoarte sexuale netradiționale
Histeroscopie	Anomalii de dezvoltare organelor din bazilul mic	Lucru sezonier peste hotarele țării	Contact sexual neprotejat
Histerosonografie		Părinți ce abandonează copii pentru a merge la muncă în străinătate	Dușuri intravaginale frecvente
Histerosalpingografie	Anomalii de dezvoltare a uterului, vaginului, colului uterin		Narcomania, alcoolismul
Chisturi, polipi vaginali			

Conform clasamentului, determinantele sociale, care au dus la apariția bolii inflamatorii pelvine acute, au fost: nivelul scăzut educațional – 72,67% (I), vârsta tânără – 68,96% (II), paciente nedispensarizate la medicul de familie – 59,16% (III), femei celibatate – 59,01% (IV), venituri financiare insuficiente – 52,02% (V), lipsa domiciliului permanent – 43,63% (VI), lipsa asigurării medicale – 32,45% (VII), muncă la temperaturi variabile – 26,39% (VIII), lipsă de venituri proprii sau șomaj – 25,93% (IX). Determinantele comportamentale care declanșează BIPA sunt: mai mult de 2 parteneri sexuali pe parcursul vieții – 65,07% (I), relații sexuale neprotejate – 58,36% (II), frecvența crescută a raporturilor sexuale – 56,84% (III), debutul vieții sexuale până la 16 ani – 52,80% (IV), parteneri de etnie diferite – 34,63% (V), partener sexual nou – 12,26% (VI), parteneri sexuali multipli – 10,09% (VII). Determinantele medicale directe, ce au contribuit la apariția bolii inflamatorii pelvine acute, au fost DIU – 20,03% (I), intervenții medicale invazive – 11,02% (II). La fel, determinantele medicale indirecte, implicate în dezvoltarea BIPA, au fost: spitalizarea tardivă a pacientelor – 71,89% (I), viciile personale – 24,84% (II), lipsa unei igiene locale personale – 23,60% (III), tamponare reținute în vagin la menstrue – 21,11% (IV), utilizarea dușurilor intravaginale – 17,86% (V).

Concluzie:

O societate este prosperă atunci când populația are șanse egale la educație, pregătire pentru viață și accesul la serviciile calitative de sănătate. Nivelul educațional crescut este temelia de siguranță a unui popor, care se

transmite din generație în generație: bunică, mamă, fiică cu respectarea unor tradiții de îngrijire și menținere a unui nivel sanitar dezvoltat și adaptat peste ani, conturat de moravuri și menținut prin respectul de sine, oferind șanse și drepturi egale pentru fetițe și femei prin excluderea violenței domestice din comunitate. Sănătatea reproductivă a femeii este componenta fundamentală în dezvoltarea societății moderne, iar siguranța socială și beneficiile ei încurajează femeile pentru continuitate, astfel stimulând creșterea ratei natalității.

BIBLIOGRAFIE:

1. Cauș C. Optimizarea conduitei medico-chirurgicale în boala inflamatorie pelvină acută. Teza de dr. în șt. medicale. Chișinău, 2017, 128 p
2. Cauș C., Cauș N., Railean L., Cernetchi O. Contemporary profile of the patient with patient with acute pelvic inflammatory disease. În: Curierul medical. Chișinău, 2016, vol. 59. nr. 6, p. 21-25. ISSN 1857-0666.
3. Cauș C. Optimizarea conduitei medicale în boala inflamatorie pelvină acută. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Chișinău, 2012, nr. 1(33), p. 375-378. ISSN 1857-0011. Categoria B. 3. Cătălin Cauș. Prognozarea evoluției bolii inflamatorii pelvine acute. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2014, nr. 1(42), p. 97-100. ISSN 1857-0011.
4. Cauș C. Boala inflamatorie pelvină și abcesul pelvin.

- În: Anale științifice ale IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Zilele Universității, 19-21 octombrie. Ediția XII. Vol. 5. Probleme actuale ale sănătății mamei și copilului. Chișinău, 2011, p. 145-149. Categoria C.
5. Cauș C. Aspecte imagistice în boala inflamatorie pelvină. În: Anale științifice ale IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Zilele Universității, 19-21 octombrie. Ediția XII. Vol. 5. Probleme actuale ale sănătății mamei și copilului. Chișinău, 2011, p. 149-152.
 6. Cernetchi O., Caus C.; Caus N.; Railean L.; Iliadi Tulbure C. Assessing the severity of acute pelvic inflammatory disease. Proceedings of the 13th National Congress of Urogynecology. Brasov, Romania, 2016, p. 73-77.
 7. Ionescu C.A. Laparoscopia în ginecologie – manual universitar. București: Editura universitară „Carol Davila”, 2016, 302 p
 8. Stamatian F. ș.a. Infecțiile în ginecologie. Cluj: Echinox, 2003, 178 p
 9. Краснопольский В.И., Буюнова С.Н., Шукина Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология, 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2013, 320 с.
 10. United Kingdom National Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease (2019 Interim Update) <https://www.bashhguidelines.org/media/1217/pid-update-2019.pdf>
 11. Pelvic Inflammatory Disease (PID) <https://www.cdc.gov/std/tg2015/pid.htm>
 12. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease 2017 <https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/IUSTIPIIDGuideline2017.pdf>