

a pacienților. Determinarea metodei optime și a elementelor necesare pentru a atinge obiectivele de studiu, rămâne o provocare și în curs de cercetare.

Referințe bibliografice

1. Association for Medical Education in Europe (AMEE).AboutUs. In: <https://amee.org/what-is-amee> (accesat: 29.09.2019).
2. Association for Medical Education in Europe (AMEE).askAMEE.<https://amee.org/amee-initiatives> (accesat: 29.09.2019).
3. AMEE Guide 13: The Use of Real Patients, Simulated Patients and Simulators in Clinical Examinations, J P Collinsand R M Harden. 1998.
4. BEME Guide No 4: Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME system at ice review, S Barry Issenberg , William C McGaghie, Emil R Petrusa, David Lee Gordon & Ross J Scalese. 2005.
5. AMEE Guide 42: The use of simulated patients in medical education, Jennifer A Cleland, Keiko Abe and Jan-Joost Rethans. 2009.
6. AMEE Guide 50: Simulation in Healthcare Education. Building a Simulation Programme: a Practical Guide, Kamran Khan, Serena Tolhurst-Cleaver, Sara White, William Simpson. 2011.
7. AMEE Guide 82: Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide, Ivette Motola, Luke A Devinie, Syun Soo Chung, John E Sullivan, S. Barry Issenber

UNELE ASPECTE ÎN TRATAMENTUL PACIENTELOR CU POLICHISTOZĂ OVARIANĂ

Voloceai Victoria, dr.șt.med., asist. univ.

Diana Mitriuc, asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

Chișinău, R. Moldova

victoria.voloceai@usmf.md diana.mitriuc@usmf.md

SOME ASPECTS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH OVARIAN POLYCHISTOSIS

In this state are described some particularities of PCOS and the it' simpatance in establishment of optimal tratament of PCOS.AMH has been involved in the pathogenesis of PCOS. The goal of this research was to mea-

sure AMH before and after laparoscopic ovarian drilling and to evaluate its prognosis regarding ovulatory respons, to investigate AMH changes and other hormonal disturbunces after LOD, to explore the effects of LOD further. This prospective study included anovulatory women with PCOS undergoing LOD (n= 40). Plasma AMH concentrations were measured before and 5 days after surgical treatment.

Actualitatea problemei: Sindromul ovarelor polichistice (SOP) reprezintă una din cele mai răspândite forme ale endocrinopatiei, care are drept consecință hiperandrogenia și infertilitatea anovulatorie [1]. Totodată aceasta este una dintre cele mai studiate patologii din ginecologia endocrinologică și reproductologie. În studierea manifestărilor SOP sunt îndreptate o multitudine de studii clinice și experimentale. Consensul de la Rotterdam din 2003 este considerat a fi acum standardul global de definire a SOP. Trebuie menționat că, deși tratează în detalii numeroasele dificultăți în obținerea unui diagnostic standardizat, din nefericire acesta nu a fost capabil să ofere clarificări diferențiate și de perspectivă [2].

La etapa actuală se practică diferite metode de tratament al SOP. Imposibilitatea definirii SOP drept nosologie unică face ca aceasta să determine 2 direcții de conduită medicală: corecția dereglărilor de ciclu menstrual, acnee, seboree, hirsutism și alopecie, iar pe de altă parte tratamentul infertilității. Boala ovarelor polichistice (PCOS) rămâne a fi o entitate incomplet înțeleasă care apare cu regularitate în practica majorității ginecologilor. PCOS este caracterizată de prezența unor ovare mărite în dimensiuni cu multiple formațiuni chistice într-o stromă hipervascularizată androgen secretoare (hirsutism, acnee) și dereglări ale ciclului menstrual (oligomenoree / amenoree) (1). Prin prezența acestor simptome, la paciente se constată infertilitatea de origine endocrină, determinată de o anovulație cronică, restabilirea funcției ovulatorii și a celei fertile fiind de importanță majoră. Incidența PCOS, după datele autorilor străini, variază de la 5-15% în grupul femeilor de vârstă fertilă. De asemenea ea este asociată cu aproximativ 75% din femeile care suferă de infertilitate datorită anovulației [3]. Actualitatea problemei se datorează numeroaselor controverse referitoare atât la diagnostic, cât și la tratament. Necesitatea stabilirii unor criterii universale a condus la convocarea conferinței de la Rotterdam în anul 2003, la care experții PCOS din lumea întreagă au ajuns la un consens referitor la diagnostic și tratament. Ședința a fost condusă de Societatea Europeană de Reproducere Umană și Embriologie și de Societatea Americană de Medi-

cină Reproductivă, iar concluziile au fost publicate în ghidul „Fertilitate, Sterilitate și Reproducere Umană asistată”. Criteriile propuse la Rotterdam au fost stabilite cu scop de a defini fenotipuri variate ale sindromului, în definirea originii genetice, în evaluarea unor consecințe de durată și descrierea tratamentului optimal. Avantajele și dezavantajele acestor criterii și în special variațiile fenotipice, au fost discutate în publicațiile [4, 5]. Deși progrese semnificative au fost făcute referitoare la definirea unor criterii de diagnostic universal acceptabile pentru PCOS, tactica curativă și tratamentul femeilor infertile cu PCOS încă nu a fost definit. Au fost propuse diferite căi de tratament de la modificarea modului de viață, administrarea preparatelor farmaceutice (precum clomifen citrat, agenți insulin senzitivi, gonadotropine și gonadotropin releasing hormon), drillingul ovarian, și aplicarea reproducerii umane asistate. Drillingul ovarian laparoscopic este foarte satisfăcător în stimularea ovulației, în particular la pacientele cu niveluri înalte de LH. Se acordă atenție studierii inhibinei B, ca indicator al rezervei ovariene. Se consideră că, aprecierea nivelului inhibinei B este mai informativ, decât aprecierea FSH. Inhibina B, inhibă secreția de FSH. Prin urmare inhibina B reprezintă un predictor, al eficacității stimulării ovulației la femeile cu PO. Mai informativ în aprecierea rezervei ovariene și a potențialului reproductiv este hormonul anti-Mullerian. Odată cu înaintarea în vârstă nivelul AMH scade continuu la femei în corelație cu rezerva ovariană. Scăderea sa este semnificativă cu mult înainte de o creștere evidentă a FSH. Din acest motiv AMH poate identifica femeile a căror fertilitate este în scădere. (te Velde 2002; Burger 1999). Acestea fiind spuse cercetării o deosebită importanță științifică o are starea rezervei ovariene în cadrul PCOS, care ne permite nu doar alegerea tacticii curative cea mai favorabilă, dar și confirmarea mecanismelor patogenetice ale patologiei. Recent a fost stabilit că în SOP, în lipsa foliculului dominant, are loc acumularea foliculilor în creștere – proces numit *stockpiling* a foliculilor antrali (2-5 mm) în timp ce foliculii de 6-9 mm rămân nemodificați. Această discrepanță dintre rata foliculilor mici și a foliculilor antrali selectați susține teoria nou apărută de “arest folicular” care a fost ulterior susținută prin variația concentrației AMH. AMH sau hormonal anti – Müllerian este secretat de celulele granulose ale foliculului în creștere. Acțiunea sa principală este de a inhiba recrutarea foliculului primordial și de a micșora răspunsul la FSH a foliculilor în creștere. De asemenea, fiind secretat de foliculii antrali, nivelul seric al AMH reflectă starea rezervei ovariene. Studiile anterioare au arătat

că femeile cu SOP au un nivel seric al AMH de 2-3 ori mai mare, fapt care confirmă existența unui număr de foliculi antrali dublu.

Una din metodele de inducere a ovulației, îndeosebi la pacientele CC – r (clomifen citrat rezistente) este drillingul ovarian laparoscopic. Totuși, aproximativ 30% din femeile cu SOP nu răspund la acest tratament, cauza exactă rămânând necunoscută. Identificarea factorilor care determină răspunsul femeilor SOP la drillingul ovarian ne va ajuta să selectăm pacientele care vor avea de beneficiat de pe urma acestui tratament, iată de ce AMH este considerat a fi un criteriu util în aprecierea răspunsului la tratament prin drilling ovarian laparoscopic (DOL).

Mecanismul acțiunii DOL rămâne până la moment inexplicabil. În particular, nu este cunoscut dacă DOL are efect direct asupra ovarului sau acțiunea sa se exercită printr – un mecanism endocrin special. AMH nu este reglat de gonadotropine și acționează ca un factor autocrin / paracrin, deci nu este o parte componentă a sistemului de reglare endocrină. Modificarea concentrației AMH ca rezultat al DOL indică faptul că acesta are o acțiune locală de a reduce secreția intra-ovariană a AMH, facilitând procesul de selecție foliculară intra – ovariană, provocând progresia foliculului și ovulația. Impactul DOL asupra concentrației serice a AMH de asemenea a fost investigată.

Scopul lucrării: Estimarea impactului hormonului anti – Müllerian la pacientele cu polichistoză ovariană supuse drillingului ovarian laparoscopic”.

Materiale și metode: Acest studiu prospectiv a fost efectuat în cadrul IMSP SCM Nr. 1, secția ginecologie aseptică Nr.1, a inclus 40 de femei cu SOP CC – rezistente (50-150mg), care au fost supuse tratamentului chirurgical laparoscopic prin drilling ovarian. Criteriile diagnostice au corespuns convenției de la Rotterdam: clinice (oligo / amenoree și sau hiperandrogenie), biochimice LH/FSH mai mult de 2,5, testosteron mai mult de 2,6 nmol) semne ecografice de ovare polichistice. Probele sanguine la AMH au fost colectate înainte de intervenție și 5 zile după DOL, pentru a determina concentrația AMH, LH, FSH, testosteron. DOL a fost efectuat folosind cârligul monopolar. Au fost efectuate câte 5 drillinguri la fiecare ovar. Investigarea probelor serice ale AMH s-au efectuat folosind criteriile (Imunotech, Beckman), conform protocolului de fabrică.

Rezultate și discuții: Pacientele supuse DOL, au avut o concentrație medie de AMH (1,0-21,0) ng / ml. Ginecopatele care au ovulat ca rezultat al DOL au avut un AMH preoperator mai scăzut comparativ cu cele care nu

au răspuns la tratament. AMH s-a constatat a fi un predictor util și al lipsei ovulației după DOL. Pacientele cu nivelul seric al AMH mai mare decât 7,7 ng / ml au arătat o rată a ovulației mai scăzută cu 60%, decât cele cu AMH mai mic decât 7,7ng/ml care au ovulat 95% dup DOL. S-a constatat de asemenea o corelație dintre AMH / volumul ovarian și concentrația testosteronului. AMH plasmatic s-a dovedit a fi un predictor important al eficacității DOL. De asemenea am determinat limita de 7,7 ng/ml, valori mai ridicate ale acesteia indicând o rezistență a ovulației. Eșecul DOL la pacientele cu AMH ridicat, poate confirma severitatea SOP la aceste femei. Este posibil chiar ca destrucția foliculară prin DOL la aceste femei să nu fie suficientă pentru a induce ovulația, necesitând ulterior chiar stimulare repetată cu CC. Pacientele cu nivel seric preoperator mai mare decât 7,7 ng/ml trebuie informate despre șansele joase a eficacității procedurii pe de o parte, dar și a necesității acesteia, ca o cale de alternativă a tratamentului medicamentos. De asemenea am stabilit o corelație dintre AMH și volumul ovarian. Nu este surprinzător, deoarece volumul ovarian este o reflectare a numărului foliculilor antrali în SOP, care sunt unica sursă a AMH. În rezultatul studiului nu am stabilit o corelație dintre AMH și vârstă, indexul masei corporale, LH și FSH, dar s-a constatat o scădere ușoară a nivelului testosteronului la pacientele supuse DOL. Au fost evaluate modificările AMH plasmatic după DOL. Datele arată că are loc o micșorare cu 25% a AMH –lui plasmatic la paciente postoperator. Această modificare semnificativă a fost doar la femeile care au ovulat după drilling ovarian și se datorează distrugerii foliculilor antrali (sursa AMH) după DOL. Este posibil de asemenea ca scăderea AMH să conducă la creșterea răspunsului folicular la FSH, asigurând creșterea unui folicul dominant.

Studiile anterioare asupra rezervei ovariene au arătat că nivelul scăzut al AMH este asociat cu un răspuns scăzut la stimularea ovariană în programele FIV la pacientele fără SOP. Iată de ce este important a stabili nivelurile adecvate ale AMH –ului necesare pentru a atinge nivelul optimal de răspuns ovarian la inducția ovulației. Ambele niveluri atât scăzute, cât și ridicate ale AMH sunt determinante la obținerea unui răspuns stimulant ovarian bun.

Concluzie: Investigarea concentrației AMH serice preoperator este o armă utilă în prezicerea rezultatului drillingului ovarian laparoscopic. Acest fapt poate ajuta la consilierea pacientelor referitor la posibilul rezultat al inducerii ovulației și poate servi criteriu de diagnostic important în conduita curativă a pacientelor cu polichistoză ovariană.

Referințe bibliografice

1. Андреева Е.Н., СемичеваТ. В., ВеснинаА. Ф. Молекулярно-генетические аспекты патогенеза синдрома поликистозных яичников. В: Проблемы репродукции, 2007, №6, с.29-35.
2. Краснопольская К. В., Горский С. Л., Булычева Е. С. Характер изменений андрогенсекретирующей функции яичников после хирургического лечения синдрома поликистозных яичников и его влияние на эффективность последующего экстракорпорального оплодотворения. В: Акушерство и гинекология, 2009, №1, с.49-52.
3. Назаренко Т. А. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечению бесплодия. Москва: Медпресс-информ, 2005, 208 с.
4. Adashi E. Y., Rock J. A., Guzick D. et al. Fertility following bilateral ovarian wedge resection: a critical analysis of 90 consecutive cases of the polycystic ovary syndrome. In: Fertil. Steril., 1981, Vol. 35, p.320-325.
5. Azziz R., Woods K. S., Reyna R. et al. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. In: J. Clin. Endocrinol. Metab., 2004, Vol. 89, p.2745-2749.

TONSILITA CRONICĂ ȘI PIELONEFRITA

Daniela Balagura, medic ORL, doctorand

Marcel Balagura, medic chirurg-urolog

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

Chișinău, R. Moldova

ma.bal@mail.ru

CHRONIC TONSILLITIS AND PYELONEPHRITIS

The work is devoted to chronic tonsillitis and pyelonephritis. 1500 people from rural areas were examined to determine the incidence of chronic tonsillitis and pyelonephritis. The results of the study were as follows: Tonsilita record in the rural population amounted to 23,6%, and in patients who are suffering from pyelonephritis-tonsilita chronic, was diagnosed in the 49,0% of them, which means that the tonsilita record meets two times higher than in patients with pyelonephritis. Chronic tonsillitis can be considered as the cause of pyelonephritis.

Introducere. Tonsilita cronică reprezintă o patologie de o actualitate permanentă(5,3). In pofida faptului că ea este destul de raspândită în rân-