

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 supraomilicală 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 pacienților 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 medica-