

5. Placinta Gh. *Clinical and laboratory efficacy of interleukin-5 low dose and citomix in patients with larval toxocarosis*. In: J. Physiological Regulating Medicine, 2011, p. 31-34, Milano, Italy.
6. Schantz P. *Toxocara larva migrants*. In: Now. Amer. J. Trop. Med. Hyg., 1989, v. 41, nr. 3, p. 21-34.
7. Țibuleac S., Plăcintă Gh., Mudreac R., Stancu M., Rață S., Terteac L., Goraș V., Stancu V. *Ascaridoza câinelui și toxocaroză omului în orașul Chișinău*. În: Curierul medical, 2006, p. 13-15.
8. Zang V. *Parazitologie clinică. Nematodoze. Sindroame de larva migrans*. Cluj Napoca, 2001, p. 378-396.
9. Лысенко А., Авдюхина Т., Константинова Т. *Токсокароз*. Учебное пособие. Москва, 1999, 41с.

Prezentat la 22.07.2013

**Gheorghe Plăcintă,**  
șef Catedră Boli Infecțioase,  
FECMF USMF Nicolae Testemițanu,  
Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt 163  
Tel. (022) 205-348; mob. 068111142  
E-mail: gheorgheplacinta@yahoo.com

## ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ȘI ETIOPATOGENETICE ÎN DEBUTUL ȘI EVOLUȚIA AFECȚIUNILOR INFLAMATORII CRONICE ALE COLULUI UTERIN

**Ludmila EȚCO, Mihai BOTEZ,**  
IMSP Institutul Mamei și Copilului

### Summary

#### **Epidemiological and etiopathogenic aspects of the beginning and development of chronic inflammatory diseases of the uterine cervix**

*An important social, economic and medical problem of an urgent actuality faced by contemporary gynecology remains the CIDUC (chronic inflammatory disease of the uterine cervix).*

*In the majority of cases the cervicitis are detected incidentally, during the prophylactic or scheduled examinations, or when women are addressing due to other syndromes or diseases.*

*The given article is presenting a brief review of literature, highlighting the major risk factors in the development of cervicitis: young age, early onset of sexual life, contraception method, the number of births and abortion (on request and/or spontaneous) infectious agent, the immune status. A particular attention is given to the fact that a chronic inflammatory process (cervicitis) which is poorly supervised and untreated properly in time (after 8-10 years) may cause cervical cancer.*

*For the prevention of the malignization of the cervicitis it is recommended a strict adherence to well-defined sequence of*

*the following steps of detection of cervicitis onset: collecting anamnesis, determining risk factors, complex clinical and laboratory examination, including Babes-Papanicolau test.*

**Keywords:** *chronic inflammatory disease of the cervix, cervicitis, risk factors, cervical cancer.*

### Резюме

#### **Эпидемиологические и этиопатогенетические аспекты возникновения и развития хронических воспалительных заболеваний шейки матки**

*Важной социальной, экономической, медицинской и актуальной проблемой, с которой сталкивается современная гинекология, остаются хронические воспалительные заболевания шейки матки, в частности хронический цервицит. В большинстве случаев цервицит обнаруживается случайно, во время плановых профилактических осмотров при обращении женщин по поводу других болезней и синдромов.*

*В данной статье представлен краткий обзор литературы, подчеркивая основные факторы риска в развитии хронического цервицита: молодой возраст, раннее начало половой жизни, метод контрацепции, число родов и аборт (по желанию и/или спонтанных), инфекционный агент, иммунный статус. Обращается внимание на то, что отсутствие должного наблюдения и несвоевременное лечение хронического воспалительного процесса (цервицита) через 8-10 лет может вызвать рак шейки матки.*

*В профилактике цервицита необходимо строго соблюдать последовательность в установлении диагноза хронического цервицита: сбор анамнеза, уточнение факторов риска, комплексное клиническое обследование, в обязательном порядке выполнение теста Бабеш-Папаниколау.*

**Ключевые слова:** *хронические воспалительные заболевания шейки матки, цервицит, факторы риска, рак шейки матки.*

**Introducere.** O stringentă problemă socială, economică și medicală cu care se confruntă ginecologia contemporană rămân afecțiunile inflamatorii cronice ale colului uterin (AICCU) [6, 12, 16].

Se consideră, în general, că procentual AICCU variază în medie între 8,2% și 21,6% din numărul pacientelor care se prezintă voluntar la medicul de specialitate [1, 13]. Unii autori [4, 8, 17] menționează chiar o incidență mai mare, de până la 60-70%, reieșind din faptul că cele mai multe cervicite decurg asimptomatic și nu impun pacientele să se adreseze medicilor.

În majoritatea cazurilor, cervicitele se depistază întâmplător, la examenele profilactice programate sau la adresarea femeilor cu alte sindroame sau afecțiuni.

Nu trebuie trecut cu vederea nici rolul favorizant al congestiei cervicale cronice în apariția cancerului

de col uterin. De fapt, o cervicită, un proces inflamator cronic pierdut de sub supraveghere și netratat la timp (după 8-10 ani), precum și lipsa profilaxiei, de la igiena organelor genitale externe și până la controalele de rutină, adică minim de 1-2 ori pe an, pot condiționa cancerul colului uterin. Cervicita cronică nu determină neoplazii, dar favorizează apariția acestora în timp, ceea ce se deduce clar din toate statisticile naționale. Tratamentul cervicitei cronice poate fi considerat astfel și o măsură *profilactică* definitivă în lupta împotriva cancerului de col uterin ori a altor tumori maligne localizate [11, 12].

Cervicita este o inflamație totală a colului uterin, care include și mucoasa părții vaginale a colului uterin (exocervicită), dar și mucoasa canalului cervical (endocervicita).

Este cunoscut faptul că diagnoza cervicitei la femei este determinată după două criterii: existența eliminărilor din canalul cervical al colului uterin la examinarea în valde și depistarea unui număr mai mare decât zece leucocite polimorfonucleare, în același câmp de vedere, la examenul microscopic, cu folosirea microscopului de lumină (x1000).

Cervicita rar se exprimă izolat, de regulă este în combinație cu vulvitele vaginale, deoarece organele genitale ale femeii (vulva, vaginul și colul uterin) formează un sistem unitar.

Mulți medici de specialitate preferă termenul de *colpită* sau *cervico-vaginită*, ce desemnează generic inflamația cervico-vaginală globală. Metodele de *screening* pe care le avem la dispoziție actualmente, folosite într-o anumită succesiune la pacientele considerate cu risc, permit diagnosticarea timpurie și adoptarea unei atitudini terapeutice adecvate.

Cervixul uterin reprezintă segmentul inferior al uterului, ce este vizibil prin vagin. Este o parte importantă a tractului genital feminin, îndeplinind mai multe funcții:

- 1) *menstruală*: colul este un canal prin care sângele menstrual se scurge din uter în vagin; în caz de absență congenitală a colului sau în urma obstrucției acestuia, sângele menstrual stagnează în uter (hematometrie);
- 2) *în statica pelvină*: prin așezarea între uter și vagin, asigură menținerea unei poziții normale a organelor pelvine;
- 3) *sexuală*: având o bogată inervație, prin excitarea colului crește secreția glandelor cervicale și se declanșează prin conexiune inversă secreția gonado-hipotalamohipofizară;
- 4) *de fecundație*: secreția glandelor endocervicale (glera cervicală) prin compoziție favorizează ascensiunea spermatozoizilor;

- 5) *în sarcină*: colul are un rol foarte important atât în timpul sarcinii, acesta fiind o barieră între vagin și uter, cât și în timpul travaliului (dilatția).

**Materiale și metode.** Au fost studiate 58 de surse de literatură, naționale și internaționale, în legătură cu afecțiunile inflamatorii cronice ale colului uterin, inclusiv publicații la simpozioane, congrese; articole, monografii. O atenție majoră a fost acordată publicațiilor în care au fost analizați factorii de risc, dezvoltarea și prevenirea AICCU, în legătura cu faptul că factorii de risc sunt direct proporționali cu factorii ce cauzează cancerul colului uterin.

**Rezultate și discuții.** Primele observații privind cancerul colului uterin datează de la mijlocul secolului trecut, când, pe baza datelor de mortalitate prin cancer uterin, se face observația că incidența bolii este îngrijorătoare, că din acest punct de vedere se află într-o directă proporționalitate cu celelalte inflamații ale căilor genitale interne și externe (mai ales cu AICCU). Interesul pentru AICCU uterin re apare la începutul celui de al III-lea mileniu și se inițiază o nouă etapă de cercetări epidemiologice, marcată la început prin câteva lucrări izolate de demografie și sociologie medicală, etapă ce se extinde pe o perioadă de aproximativ 10 - 15 ani. În acest timp, studiile cu privire la riscul de AICCU sunt tot mai mult influențate de convingerea că bolile cronice, inclusiv AICCU și cancerul de col uterin, *află într-o directă proporționalitate*, sunt condiționate nu numai de factorii de mediu, ci și de unii factori sociali și epidemiologici (igiena organelor genitale externe, tradiții, obiceiuri, alimentație, iradiațiile ionizante etc.) [5]. Efectuarea examenului citologic, ca metodă de *screening*, a permis, în perioada 1990-2005, depistarea cu o frecvență de 3 ori mai mare a cazurilor de afecțiuni inflamatorii cervicale în stadii precanceroase „in situ” și în stadiul I cancerul colului uterin. [17] Astfel, pe parcursul studiului sunt analizați, sub aspect teoretic, și alți factori etiologici potențiali, de menționat filiația cervicită cronică (AICCU) → cancer (o proporționalitate directă).

*Factorii extrinseci* cei mai importanți sunt: mediul, rolul igienei sexuale deficitare (rolul smegmei, problema circumciziei ca factor virtual protector), rolul unor particularități ale vieții sexuale, al avorturilor, nașterilor și al asistenței obstetricale de calitate, ca factor profilactic.

*Factorii intrinseci*, fără a li se stabili o ordine prioritară, sunt: vârsta, factorii ce țin de structura genetică, factorii endocrini etc.

Este evident că o problemă atât de complexă nu poate fi redusă la tiparele rigide ale unei schematizări, atâta timp cât, în marea majoritate a cazurilor, în etiologia AICCU acționează concomitent sau succesiv foarte numeroși factori de risc, ce vor fi

apreciați individual, conform principiului unității prin diversitate. Astfel, femeile cu o viață sexuală absentă sau mai redusă au o incidență foarte scăzută a AICCU. În opoziție cu aceasta, o serie de alte cercetări atestă o incidență crescută la femeile având o viață sexuală agitată, cu numeroși parteneri sexuali, alături de o incidență crescută a bolilor venerice (prostituție, femei în detenție etc.). În aceste condiții, concluzia majorității acestor studii [19] este recunoașterea existenței unui factor comun, unui agent viral/bacterian, transmisibil prin contact sexual în condiții de igienă precară, ca *sursa tipică* cea mai frecventă, alături de alți factori favorizanți. În felul acesta, s-a ajuns și la punerea în discuție, pe de o parte, a rolului posibil al *smegmei* și, legat de aceasta, efectul posibil protector al circumciziei, iar pe de altă parte, a rolului posibil al unor factori virali sau bacterieni etc.

Majoritatea studiilor epidemiologice sunt unanime în a considera că repartizarea AICCU pe grupe de vârstă urmează o curbă ascendentă, începând cu decada 20 – 29 de ani, cu un maxim în decada 45-54 de ani, după care descrește ceva mai lent decât a urcat. Astfel, rolul factorilor genetici și celor familiali rămâne discutabil, iar în ceea ce privește factorul familial sunt delimitări importante, comparativ cu cei socioeconomi, și anumite studii [14] arată că nu a existat nicio coincidență a AICCU la gemene homo/heterozigote și nicio implicație posibilă a unui factor familial cu caracter dominant ori recesiv, de regulă.

Mucoasa colului uterin este o barieră la trecerea de la tractul superior al organelor genitale și mediul înconjurător și permanent este supusă acțiunii factorilor de distrugere. Dintre aceștia, cel mai agresiv antigen este infecția. Anume pe fond de infecție genitală se dezvoltă procesele inflamatorii ale colului uterin, căpătând un caracter cronic recidivant. Structura etiologică a cervicitelor se schimbă permanent.

Rezultatele cercetărilor din ultimii ani [3,19] arată 97% *microbi patogeni în colul lezional AICCU, după cum urmează: 44.5% germeni aerobi gram-pozitivi (mai ales stafilococ alb hemolitic 18,7%, streptococ din grupul DI 5,8%, streptococ a hemolitic 4,9%, streptococ grupa A 2,9%, enterococ și stafilococ auriu câte 0,9%; germeni gramnegativi 30,5%, E coli 24,7%, Haemophyllus 4,9% și Proteus 0,9%; germenii anaerobi prezenți în 13,8% (peptococi 8,9%, peptostreptococi 3,9% și bacteroides 0,9%). Trichomoniasa a fost diagnosticată în 46,5% din cazuri, iar candidoza – în 48,5%; Chlamidia Trachomatis a fost confirmată în 13,8% din cazuri, iar Mycoplasma hominis – în 10,8%, în total 23,7%. Virusurile herpetice: tipul I a fost diagnosticat în 8,9%, iar tipul II – în 13,8%, în total fiind diagnosticate 22,7% din cazurile investigate. În urma unui astfel de studiu realizat, se impune încheierea unui act normativ,*

astfel ca toate femeile să fie supuse unui screening cu *caracter obligatoriu*, având în vedere evaluarea statistică foarte îngrijorătoare, lipsa noțiunilor de educație sanitară legată de acest flagel (AICCU).

În ultimii 20 de ani, mai ales ipoteza etiologiei virale a AICCU, alături de alți factori favorizanți, a fost susținută de tot mai multe studii [8,18], atenția concentrându-se îndeosebi asupra grupului HPS și herpes simplex, cu cele două tipuri uzual recunoscute: tipul I – oral și tipul II – genital, iar studii aprofundate, aproape fără excepție, conchid că infecțiile ce determină AICCU sunt mai frecvente în prezența unor leziuni cervicale cronice (de la congestive – erozive – ulcerante), dar în același timp prevalența lor este semnificativ ridicată la populațiile având o viață sexuală dezordonată (prostituție, detenție și stări socioeconomice inferioare).

Se consideră însă mai puțin probabilă o corelație etiologică directă a acestora și se confirmă rolul lor de indicator (covariabil) al *poluării* sexuale – factorii epidemiologici prezentați privesc sexualitatea și deficiențele de igienă ca modalități de transmitere a unui agent etiologic de la partenerul sexual la femeia cu risc, în legătură cu vârsta primului contact sexual, vârsta căsătoriei, frecvența, felul și intensitatea raporturilor sexuale, frecvența sarcinilor și a nașterilor la tinerele femei (< 20 de ani), vârsta maturității genitale (menarha) și durata activității genitale. Studii majore efectuate asupra populații diferite [16], raportând debutul vieții sexuale la vârsta arbitrar aleasă de 20 de ani, la bolnave cu AICCU, găsesc invariabil că un procent mai ridicat de bolnave au avut debutul vieții sexuale sub 20 de ani. Aceste date sunt și mai mult întărite de un alt parametru imposibil de mistificat, și anume: *vârsta de la prima căsătorie*. Cifrele au fost mai semnificative pentru mediul rural (74,9% față de 49,2%, iar raportul ~ 1,5), la fel cu vârsta medie a căsătoriei și a fost cu 1,5 ani mai târziu la bolnave decât la martore. Se observă în mod pregnant că dacă se ia în considerație vârsta de 17 ani, între bolnave și martore se constată diferențe și mai evidente.

Înainte de vârsta de 20 de ani, mucoasa exocervicală nu este complet maturizată, posedând o sensibilitate înaltă la inflamații și infecții (cervicite acute/subacute sau cronice), favorizate și de actul sexual în sine. De asemenea, traumatismul sexual datorat necorespondențelor anatomice (traumatism fizic, excese sexuale, intensitate etc.), precum și din cauza contaminării cu diferiți agenți patogeni (virusuri, bacterii, paraziți, chlamidii, mycoplasme, ciuperci etc.), la care se adaugă [6, 9] și incompatibilitatea spermatică, ce poate duce la afectarea mucoasei exocervicale și endocervicale, la menținerea unei stări de inflamație cronică (exocervicite), cu erodări ale epiteliului normal.

Literatura de specialitate [8] susține implicarea contaminării cu HPV (*Human papilloma virus*) în etiologia a cel puțin 90% din procesele AICCU, ce determină secundar și procesele neoplazice cervicale. De asemenea, se susține ipoteza după care pacientele care au debutat în viața sexuală înainte de 20 de ani reprezintă procentul majoritar din categoria celor contaminate cu HPV, contaminarea fiind favorizată, probabil, și de lipsa de maturitate a epitelului cervical, precum și de infecțiile cronice persistente. Această categorie de paciente se pare că au cea mai mare șansă să dezvolte în timp AICCU, eventual secundar un neoplasm de col uterin (după 8-10 ani), mai ales dacă se adaugă o serie de factori favorizanți, cum ar fi: numărul de sarcini, numărul nașterilor, avorturile, parteneri sexuali multipli, antecedente de boli transmisibile sexual, infecții cervico-vaginale cronice, o igienă locală defectuoasă, carențe alimentare și vitaminice, nivel socioeconomic scăzut, stări de imunodepresie, tabagismul, etilismul cronic, contraceptivele orale, factori hormonal, factori genetici, patologia smegmei, factori spermatici, factori rasiali etc. Toate favorizează instalarea prealabilă a unei AICCU în câteva luni sau ani.

Concluzionând, putem menționa că pentru AICCU are importanță incidența crescută a debutului vieții sexuale sistematice la pacientele luate în evidență, ce se determină curent între 17 și 21 de ani, cu un maxim în jurul vârstelor de 19-20 de ani, iar creșterea incidenței exocervicitelor la pacientele care au debutat în viața sexuală la peste 24 de ani devine astfel o cauză discutabilă, deoarece este dificil să apreciem de ce marea majoritate a celor care au contractat o cervicită cu evoluție cronică (AICCU) au un debut al vieții sexuale sistematice relativ normal (17-21 ani), iar cele care au un debut timpuriu (15 ani) sau tardiv (23-24 ani) reprezintă un lot relativ mic din totalul pacientelor luate la evidență pentru a fi diagnosticate. Se pare că momentul debutului vieții sexuale ar fi factorul favorizant pentru exocervicite, și chiar viața sexuală sistematică, dar însoțită de toate riscurile ce le presupuse (lipsa educației sanitare, traumatisme perineale, infecții, deficite imunologice dobândite etc.).

Rolul factorului imun în declanșarea AICCU este pe larg discutat în literatura de specialitate, unii cercetători considerându-1 unul dintre cei mai importanți factori. Drept criterii clinice de diagnostic au servit cele oferite de examenul în valde (congestie locală, tromboze microvasculare la nivelul colului, uneori fără inflamație evidentă a peretelui exocervical/endocervical), confirmate sau infirmate parțial sau total de BP. În ceea ce privește rolul calității spermei în declanșarea sau evoluția AICCU, datele științifice sunt controversate. O părere pe care o îm-

părtășesc mai mulți autori este că ar exista o legătură între o spermogramă anormală și declanșarea unei AICCU. Aceste afirmații sunt juste în cazul prezenței unei infecții permanetizate, când s-a constatat că microorganismele (chlamidiile, micoplasmele, infecțiile bacteriene, virale etc.), alipindu-se de spermatozoizi, servesc drept sursă de infecție a celor doi parteneri. În acest caz, microorganismele dereglează procesul de diviziune celulară, cauzând mutații „de novo” incompatibile, concomitent cu prezența unei mucoase indemne din punct de vedere morfologic și funcțional.

În studii efectuate de curând [13], în urma efectuării spermatoamei la 120 parteneri, în 27 (22,5%) cazuri s-au constatat devieri de la normă a ejaculatului, iar spermograma la 50 de parteneri ai femeilor din lotul de comparație prezenta devieri de la normă, fiind constatate modificări revelatoare pentru 12,0-13,3 % din cazuri, iar modificările din spermogramă în toate cazurile au avut caracter inflamator (leucocitoză, prezență de bacterii, pH < 7,2 sau > 7,8 și viscozitate patologică), dar se observă concomitent și o frecvență mai mare a spermogramelor patologice, ceea ce este firesc, luând în considerație și frecvența mai mare a infecțiilor organelor genitale la paciente, odată cu creșterea numărului factorilor de risc – vârsta, numărul partenerilor și condițiile socioeconomice precare. Noțiunea de metodă de diagnostic a AICCU și CCU se referă la latura organizatorică a depistării (triaj, screening), presupunând o activitate largă, de masă.

Un parametru relativ frecvent abordat în studiile recente de epidemiologie a AICCU este folosirea *metodelor anticoncepționale* ca factor de risc posibil. Numeroase studii fac referiri mai ales la mijloacele anticoncepționale locale (*prezervativ, diafragmă, coit întrerupt, lavaje vaginale cu substanțe chimice, metoda ritmicității, creme și jeleurii anticoncepționale, dispozitive intrauterine* etc.) și arată că nu se poate stabili nicio corelație statistică valabilă constant cu incidența AICCU. Totuși, tipul obstructiv de contracepție apare clar ca element protector față de AICCU, ceea ce ar putea să însemne că o barieră protectoare ar putea împiedica agentul etiologic să ajungă pe col, de unde incidența mai scăzută a AICCU la aceste femei.

Metodele de studiu utilizate au fost inițial aproape exclusiv citologice (în subsidiarul cercetării rezultatelor diferitor screeninguri citologice), iar concluziile, chiar dacă nu toate au admis producerea unor modificări structurale în epitelul cervical, au convers spre inocuitatea generală [15] a anticoncepționalelor hormonale de sinteză, vădind, însă, evident o anumită „părtinire”, scontându-se pe unele beneficii de ordin comercial al celor care au efectuat statisticile. De exemplu, deoarece din punct de vedere al parametri-

lor urmăriți se poate atribui un rol protector diafragmei cervicale, ceea ce denaturează rezultatele, autorii nu trag nicio concluzie, socotind că este necesar să se înlocuiască în studiu diafragma cervicală cu mijloace de tipul dispozitivelor intrauterine, ce nu influențează nici acțiunea posibilă a unui agent etiologic heterogen asupra colului, nici acțiunea generală a anticoncepționalelor de tip hormonal.

Din toate aceste date, se confirmă totuși efectul incontestabil al anticoncepționalelor hormonale asupra epiteliului cervical, dar rolul acestora în favorizarea AICCU rămâne încă o *problemă deschisă*, rezolvabilă numai prin studii prospective, pe loturi perfect randomizate și suficient de mari, pentru a suporta a analiză corectă statistic (femei testate și tot atâtea martore, urmărite pe o perioadă de 10 ani, după aprecierea statisticienilor). Nu sunt lipsite de interes studiile ce vizează *statusul endocrin* al femeii prin unele date indirecte și, bineînțeles, încercarea de evaluare a riscului diferențial dintre bolnavele AICCU și martore, cum ar fi: vârsta apariției menarhei și a menopauzei, durata perioadei de activitate genitală, intervalul efectiv și regularitatea ciclurilor etc.

Majoritatea cazurilor de cervicită cronică rămân netratate, deoarece femeile nu sunt conștiente de prezența infecției. Deseori, inflamarea cervixului nu produce semne sau simptome, iar cervicita apare cu precădere la femeile tinere, cu vârste de 25 – 35 de ani. De fapt, peste jumătate din femei pot suferi de cervicită la un moment dat [2, 9]. În ultima vreme, s-a reușit chiar să se stabilească implicarea certă a unor „tipuri de populație” cu un risc crescut de îmbolnăvire („high risk population”), noțiune de mare însemnătate pentru organizarea economică și eficace a profilaxiei depistării și a diagnosticului timpuriu al AICCU, și ca o etapă premergătoare dezvoltării cancerului colului uterin. Riscul AICCU apare în adolescență, odată cu începerea activității sexuale, și continuă până în jurul vârstei de 50 de ani, ceea ce indică posibilitatea ca hormonii reproductivi să fie implicați în producerea AICCU. Dar și numărul nașterilor a fost relativ frecvent pus în legătură cu etiologia AICCU, bazându-se pe observația că incidența AICCU este mai mare la femeile care au avut copii decât la nuligeste, la cele care au avut mai multe nașteri, decât la cele care au avut mai puține. Când s-a procedat la o standardizare strictă după vârstă și mediu, ponderea multiparității a fost mult mai ridicată la bolnave decât la martore: 38% față de 22% – global, mai pregnant în mediul rural: 44,8% față de 24,8% (urban). Calitatea precară a asistenței la naștere (nașteri neasistate medical sau incorect asistate, rupturi și dilacerări ale colului, plăgi perineale neobservate și nesuturate sau vindecate prin cicatrice vicioase etc.) pe fondul unui col uterin biologic imatur (la femeile foarte tinere)

sunt elemente ce conferă, în ultimă analiză, o *stare de risc crescut* de îmbolnăviri de AICCU.

Caracterul insidios al evoluției AICCU o face mai dificil de evaluat simptomatologic și de tratat. Simptomatologia cervicitei cronice este destul de săracă, cel puțin în stadiile inițiale, pentru a deveni caracteristică, sugestivă și supărătoare în stadiile avansate.

Primele simptome ale cervicitei, ca proces inflamator, sunt de obicei secrețiile vaginale – la început albicioase, apoi rozatice și în final fetide, ce devin tot mai pronunțate imediat după menstruație, pruritul și congestia organelor genitale externe.

- *secrețiile vaginale* devin tot mai abundente și mai urât mirositoare; amestecul de cheaguri sangvine sau de sânge în secreție; *durerea* la nivelul fundurilor de sac vaginale sau cu un caracter pelvian, dureri percepute ca o senzație de jenă, mai mult decât o durere reală, ceea ce ne indică deja apariția unor fenomene inflamatorii asociate, eventual, cu un caracter extensiv, de vecinătate.
- *durere* în timpul raporturilor sexuale (unele până la dispareunie), metroragii după contactele sexuale și/sau *menometroragii*, senzație de arsură în timpul micțiunii (disurie), lombalgii și/sau hipogastralgii resimțite uneori numai în timpul contactului sexual, iar în cazurile grave de cervicită se pot manifesta prin secreții abundente, urât mirositoare, însoțite de prurit și de dureri abdominale (colicative).

Semnalul de alarmă ce trebuie să pună în gardă orice femeie este sângerarea, ce denotă, de obicei, o inflamație deosebit de gravă. Aceasta este redusă cantitativ, cel puțin la debutul afecțiunii, este inconsistentă și episodică, determinată în mod special de raportul sexual.

Cervicita cronică (AICCU) poate evolua ani de zile doar cu o leucoree mai mult sau mai puțin abundentă, iar femeia se obișnuiește în timp cu starea fără dureri, febră ori tulburări menstruale sau afectarea vieții sexuale. Dar cel mai frecvent (72%) se complică, se dezvoltă inflamații ale organelor pelviene din vecinătate și apar:

- *parametrita* (inflamația ligamentelor ce susțin organele pelviene) și se manifestă prin: dureri lombare sau abdominale, dismenoree, dispareunie, metromenoragii;
- *salpingita* (inflamația trompei uterine), ce poate cauza infertilitate prin obstrucția tubară secundară proceselor inflamatorii;
- *infecții acute* sau cronice ale tractului urinar [12, 17].

Cervicita des este dificil de depistat, chiar și în perioada acută, în legătură cu lipsa simptomelor ce

duc la întârzierea tratamentului și trecerea maladiei în proces cronic îndelungat, care va decurge cu acutizări și se va opune tratamentului medicamentos.

Totodată, diagnosticul cervicitei dispune de o secvențialitate bine determinată, ce trebuie să cuprindă următoarele etape posibile:

- **Anamneza** – poate asigura o orientare a clinicianului asupra pacientelor cu riscul de a dezvolta o cervicită cronică, cu evoluție spre o neoplazie cervicală la un moment dat, iar din acest punct de vedere se poate distinge:

I. *risc minor*:

- femei fără activitate sexuală;
- cele care folosesc contraceptivele de tip barieră (sterilete, membrane etc.);
- femei cu vârsta de peste 60 de ani;
- femei la care s-au practicat examene citologice cervicale periodice;

II. *risc mediu*:

- femei cu activitate sexuală obișnuită;
- femei cu avorturi și/sau nașteri multiple în antecedente;
- femei care prezintă ectropion cervical persistent;

III. *risc major*:

- femeile cu viață sexuală începută devreme (sub 20 de ani);
- cele cu parteneri sexuali multipli;
- femei cu mai multe căsătorii;
- femei care aparțin unui mediu social cu nivel foarte scăzut, cu igienă sexuală precară sau absentă.

- **Cercetarea secreției exfoliative**

- **Examenul clinic ginecologic complet și corect.** Medicul care investighează cervixul observă o zonă violacee, eritematoasă, inflamată, care poartă numele de *eroziune* sau *ectopie*. Majoritatea femeilor care au eroziune cervicală nu întâmpină niciun fel de dificultăți. În unele cazuri însă poate apărea sângerarea excesivă după contactul sexual (hemoragie postcoitală).

- **Biopsia** – aceasta este etapa finală a explorării, care ne conferă și certitudinea de diagnostic.

Gradul dificultății metodei adecvate de tratament în cervicite este determinat de un șir de factori, printre care o importanță majoră o are stabilirea etiologică corectă a diagnosticului. Diagnosticul incorect duce la un tratament greșit, ceea ce în majoritatea cazurilor este îndreptat asupra distrucției chirurgicale a țesuturilor schimbării patologice.

## Concluzii

1. AICCU rămân o importantă problemă socială, economică și medicală, de o stringentă actualitate pentru ginecologie, având în vedere majorarea

frecvenței numărului de cazuri întâlnite de cancer al colului uterin la femei tinere (până la 30 de ani).

2. A fost determinat că factorii de risc principali ai afecțiunilor de fond și precanceroase a colului uterin sunt: vârsta fragedă, debutul timpuriu al vieții sexuale, existența unui număr de infecții cu transmitere sexuală, clinica asimptomatică, adresarea tardivă la medic.

3. Diagnosticul cervicitei dispune de o secvențialitate bine determinată, care trebuie strict urmată conform etapelor sale, inclusiv realizarea obligatorie a testului Babeș-Papanicolau.

## Bibliografie

1. Anderson P.S., Runowicz C.D. *Beyond the pap test new techniques for cervical cancer screening minimizing false negative results*. In: Women's Health in Primary care, 2001, vol. 4, p. 753-758.
2. Botez M., Ețco L., Anton E. et al. *Laserterapie. Clinica neinvazivă*. România, 2010, 312 p.
3. Dalgic H., Kusru N.K. *Laser therapy in chronic cervicitis*. In: *Process Citation*. In: Arch. Gynecol. Obstet., 2001, vol. 265, nr. 2, p. 64-66.
4. Gaibova N.T., Tkachenko E.R., Adamyan L.V. *Treatment of background and precancer diseases of uterine cervix with use of radiowave surgery. Advanced technologies for diagnosis and treatment*. Edited by acad. L. Adamyan, 2007, p. 476-477.
5. Ghamsari S.M. et al. *Histopathological effects of Low Level Laser Therapy on Secondary Healing of Teat Wound*. In: *Dairy Cattle Laser Therapy*, 1995, nr. 2.
6. Hay F. *Bacterial Vaginosis*. In: *Medicine*, 2005, v. 33, nr. 10, p. 58-61.
7. Lazăr Elena ș. a. *Morfopatologie generală*, 2008.
8. Laysseus A.Vanhoenacker, Liber C. *Pelvic inflammatory disease*. In: *J. BR-BTR*, 2011, vol. 94, nr. 3, p. 128-129.
9. Naaber P., Uuscula A., Naaber J. et al., *Laborator Diagnosis of Sexually Transmitted Infections in Estonia 2001-2002: short comings with impact on diagnostic quality an surveillance*. In: *Sex. Transm. Dis.*, 2005, v. 35, nr. 12, p. 759-764.
10. Ohshiro T., Calderhead R.G. *Low Level Laser Therapy. A Practical introduction*. Chichester, New York, 1988.
11. Pricop Fl. ș.a. *Forme rare de cancer genital*. În: *Revista Medico-Chirurgicală Zilele Medicale „V. Dobrovici”*, 2011p.
12. Radulescu G. *Ginecologie*, 1995.
13. Shchetinina Iu.S., Konstantinova O.D. *Natural factors in the combination treatment of women with chronic genital inflammatory diseases*. In: *Ros. Vestn. akushereginec.*, 2012, vol. 12, nr. 1, p. 57-59.
14. Wilbur D.C. *Cervical cytology automation: an update for 2003. The end of the quest nears?* In: *Clin. Lab. Med.*, 2003, vol. 23, nr. 3, p. 755-774.
15. Woods J.L., Bailey S.L., Henzel D.S. et al. *Cervicitis in adolescents: do clinicians understand diagnosis and treatment?* In: *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, 2011, In: 24, nr. 6, p. 359-364.
16. *Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы* (под ред. В.Н. Прилепской), 2000, 432 с.

17. Прилепская В.Н. Профилактика рака шейки матки. Методы ранней диагностики и новые скрининговые технологии. В: Гинекология, 2007, № 9(1), с. 12-14.
18. Тирская Ю.И., Рудакова Е.Б., Шакина И.А и др. Роль цервицитов в акушерско-гинекологической патологии. В: Лечащий врач. 2009, т. 10, с. 63-66.
19. Унанян А.Л., Коксович Ю.М. Хронический цервицит: особенности этиологии, патогенеза, диагностики и лечения. В: Росс. Вестн. акуш. и гинек., 2012, т. 12, № 6, с. 40-45.

Prezentat la 12.07.2013

**Ludmila Ețco,**

tel. 022-52-36-63; mob. 060345601

e-mail: bunduchiludmila@yahoo.com

## EVALUAREA MODIFICĂRILOR FUNCȚIONALE ALE ORGANISMULUI FEMEILOR ÎN PROCESUL ANTRENAMENTULUI SHAPING

**Galina TOMAȘ,**

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu

### Summary

#### *Evaluation of functional changes of women's body in shaping training processes.*

*This paper presents the peculiarities of functional changes of women's body, which practice systematic physical exercises, in the training process. It was established that the systematic practice of physical exercises produce functional changes of all organs and systems, especially the circulatory and respiratory systems. Moderate physical activity, directed and performed correctly has a favorable influence on women's body and helps to maintain long-term beauty and health.*

**Keywords:** *women body, functional changes, physical exercises, shaping.*

### Резюме

#### *Оценка функциональных изменений организма женщин в процессе шейпинг тренировки*

*В работе представлены особенности функциональных изменений организма женщин, которые практикуют систематические физические упражнения, в процессе тренировки. Установлено, что систематические занятия физическими упражнениями производят функциональные изменения во всех органах и системах, в особенности кровеносной и дыхательной. Умеренная физическая деятельность, рекомендуемая и выполненная правильно, имеет благоприятное влияние на организм женщин и позволяет поддерживать продолжительно красоту и здоровье.*

**Ключевые слова:** *женский организм, функциональные изменения, физические упражнения, шейпинг.*

**Introducere.** Exercițiul fizic este o activitate prin care se urmărește îmbunătățirea stării de sănătate și a condiției fizice. Necesitatea ridicării nivelului calitativ al pregătirii fizice este de necontestat și una dintre condițiile de păstrare a sănătății și frumuseții. Exercițiile fizice pot preveni sau trata multe afecțiuni cronice de sănătate, cauzate de stilul de viață nesănătos sau de îmbătrânire. Pentru ca omul să rămână sănătos, este important să se angajeze în activități fizice. Actualmente, ideea despre practicarea mișcării (sportului, exercițiilor fizice) trebuie să fie în atenția fiecăruia, pentru a putea face față vieții deosebit de stresante, iar un aport deosebit în acest sens îl are medicina, mai ales educația fizică, cu tot arsenalul ei de mijloace și metode specifice [1, 3, 5].

Printre metodele creative ale educației fizice este și shapingu, care tratează individual fiecare persoană și care are scopul de a promova sănătatea și frumusețea. Actualmente, shapingu este una dintre cele mai populare antrenamente și acoperă diverse păături sociale, este o metodă unică și garantată de corecție a corpului femeilor. Modelarea organismului este aplicată nu numai pentru perfecțiunea fizică, dar și pentru dezvoltarea spirituală. Comparativ cu alte tipuri de gimnastică, shapingu are o serie de caracteristici distinctive. Pentru a evalua datele privind dezvoltarea fizică, se utilizează examinările medicale și de testare antropometrice, care asigură selectarea programului de exerciții fizice adecvate. În rezultatul practicării exercițiilor fizice, pot fi observate următoarele efecte pozitive: creșterea volumului sangvin total, astfel încât crește posibilitatea de a îmbunătăți transportul de oxigen, mușchiul inimii devine mai puternic, mai bine alimentat cu oxigen, crește capacitatea pulmonară, întărește sistemul osos etc. [2, 4].

Scopul lucrării este studierea modificărilor fiziologice din organismul femeilor care practică exercițiile fizice sistematice.

**Materiale și metode.** Pentru aprecierea stării funcționale a organismului persoanelor care practică sistematic exerciții fizice, s-au efectuat investigații ale indicilor fiziologici ai sistemelor circulator și respirator până și după antrenament, pe un eșantion reprezentativ de 17 persoane de sex feminin de la filiala *Bio-Shape* a Clubului *Unica*, cu vârsta între 17 și 35 de ani.

Evaluarea modificărilor sistemului cardiovascular s-a efectuat după frecvența pulsului și tensiunea arterială. Pentru aprecierea complexă a acțiunii medicamentului de antrenament asupra sistemului respectiv am folosit un șir de indici integrali – volumul sistolic,