

SUPLIMENT

INSTITUTUL  
MAMEI ȘI COPILULUI

SOCIETATEA DE PEDIATRIE  
DIN REPUBLICA MOLDOVA



# BULETIN DE PERINATOLOGIE

REVISTĂ ȘTIINȚIFICO-PRACTICĂ

## PERINATOLOGY BULLETIN

JOURNAL OF RESEARCH AND PRACTICE



MINISTERUL  
SĂNĂȚĂII, MUNCII ȘI  
PROTECȚIEI SOCIALE AL  
REPUBLICII MOLDOVA

3 (79)  
2018

# BULETIN DE PERINATOLOGIE

REVISTĂ ȘTIINȚIFICO-PRACTICĂ

# PERINATOLOGY BULLETIN

JOURNAL OF RESEARCH AND PRACTICE

Revistă științifico-practică  
Fondată în 1998

REPUBLICA MOLDOVA, CHIȘINĂU ISSN 1810-5289

AL VI-lea CONGRES NAȚIONAL DE OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ  
or. Chișinău, 13-15 septembrie

## SUPLIMENT

M. A. Moga, Dr. C. Anastasiu, Dr. Calin Cobelschi PLACENTAL VOLUME IN THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY EVALUATED BY 3D ULTRASOUND AND VIRTUAL ORGAN COMPUTER-AIDED ANALYSIS (VOCAL) AS PREDICTOR FOR PREECLAMPSIA	5
Grigoriu Corina, Anca Al. F., Virtej P., Grigoras Mirela, Cezar Cristina, Horhoianu V.V. ALGORITHM OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THROMBOPHILIA IN PREGNANCY – THE EXPERIENCE OF THE OBSTETRICS-GYNECOLOGY DEPARTMENT OF THE EMERGENCY UNIVERSITY HOSPITAL BUCHAREST	5
Vasiliev I., Vasilieva Maria, Vasilieva Irina, Litarczek G., Friptu V., Gladun S., Diug Valentina, Vartanov V., Stavrou I, Tarabrin O., D’ Ambra Mirta DE-INSTALLATION OF THE MULTI-ORGANIC DYSFUNCTION SYNDROME BY ASSOCIATING THE MITOCHONDRIAL MICROCIRCULATORY RECRUITMENT WITH MULTIPLE ORGAN SUPPORT THERAPY IN EXTRACORPOREAL LIFE SUPPORT ORGANIZATION	6
Liudmila Stavinskaya HORMONE REPLACEMENT THERAPY USED FOR CORRECTION OF MENSTRUAL DYSFUNCTION ASSOCIATED WITH LIVER PATHOLOGY	7
Codreanu Nadejda, Botnari-Guțu Mihaela PREECLAMPSIA AND FUTURE CARDIOVASCULAR RISK	8
Codreanu Nadejda, Codreanu I., Ignat Adriana ENDOMETRIOSIS AND APPENDICITIS	9
Dr.Codreanu Nadejda. OXIDATIVE STRESS IN EVOLUTION OF ENDOMETRIOSIS	9
Capros Hristiana, Luminita Mihalcean, Ignatiuc Lidia ULTRASOUND PREDICTION OF FETAL BIRTH WEIGHT IN PRETERM DELIVERY	10
Anca-Daniela Stănescu, Romina-Marina Sima, Denisa-Oana Bălălău, Liana Pleș CONDUITA TERAPEUTICĂ ÎN HEMORAGIA DIN POSTPARTUM	10
Valentina Vatamaniuc, Valentina Diug CONTRACEPȚIA ÎN PREMENOPAUZĂ	11
Ioana Pavaleanu, Raluca Balan, Simona Eliza Giusca, Ludmila Lozneau, Roxana Avadanii, Irina Draga Caruntu, Mihaela Grigore, Maricica Pavaleanu, Cornelia Amalinei NEOPLAZII OVARIENE DEZVOLTATE PE LEZIUNI ENDOMETRIOZICE PREEXISTENTE	12
Focșă Artur EXAMINAREA ECOGRAFICĂ ANTENATALĂ A ARCULUI AORTIC FETAL	12
Gheorghe Iliev, Maria Stamatina, Daniela Scripcaru, Eusebiu Vlad Gorduza VENA CAVĂ SUPERIOARĂ STÂNGĂ PERSISTENTĂ. DIAGNOSTIC ECOGRAFIC PRENATAL. CONDUITA OBSTETRICĂ ȘI CONSIDERAȚII REFERITOARE LA POPULAȚIA DE COPII ȘI ADULȚI	12
Дубчак А.Е. Милевский А.В. БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ В АНАМНЕЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ	13
Dubchak A., Milievskiy O. PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH A HISTORY OF TUBE-PERITONEAL INFERTILITY IN DEPENDENCE ON THE CONDUCTED PREGRAVIDANT PREPARATION	15

Н.С. Луценко ПРИМЕНЕНИЕ СЕЛЕКТИВНЫХ МОДУЛЯТОРОВ ЭСТРОГЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ	15
Краснопольский В.И., Новикова С.В., Малиновская В.В., Куш А.А., Шугинин И.О., Цивцивадзе Е.Б., Агаджанова Е.А. ПРОФИЛАКТИКА ВУИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	16
Милица К.Н., Луценко Н.С., Милица Н.Н. ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	17
Новикова С.В., Малиновская В.В., Куш А.А., Агаджанова Е.А., Цивцивадзе Е.Б. ВИФЕРОНОТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	15
Коркан А.И. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ	18
Нургалиева Г.Т., Бологан И., Манабаева Г.К., Кыстаубаева А.С. МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ РАННЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ	19
Кыстаубаева А.С., Бологан И., Танышева Г.А., Семенова Ю.М., Нургалиева Г.Т. ОПЫТ РАЗРАБОТКИ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ГРАВИДОГРАММЫ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ КАЗАХСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ	19
Raiu Natalia REZULTATELE MATERNE ŞI PERINATALE ÎN OPERAȚIA CEZARIANĂ ELECTIVĂ	20
Calaraş Maxim PESARIA CERVICALA ÎN PREVENIREA NAȘTERII PREMATURE LA GRAVIDELE CU COL UTERIN SCURT	21
Elena Mornealo, Diana Al Faraj, Victor Muntean EFICACITATEA TEHNICILOR DE REPRODUCERE ASISTATĂ ÎN CAZURI APARENT DEPĂȘITE. ABORDAREA MULTIDISCIPLINARĂ- CHEIA SUCCESULUI. CAZ CLINIC	21
Tabuica Uliana DIAGNOSTICUL ŞI MANAGEMENTUL LEZIUNILOR PRECANCEROASE ALE COLULUI UTERIN	22
Bologan Ion, Caproş Hristiana, Bologan Ludmila, Belousov Tatiana ÎNGRIJIRILE PERINATALE ÎN REPUBLICA MOLDOVA	22
Cerneţchi Olga, Ceban Emil PIELONEFRITELE GESTAȚIONALE OBSTRUCTIVE	23
Cerneţchi Olga MALPAXIS-UL ÎN OBSTETRICĂ ŞI GINECOLOGIE	24
Caproş Hristiana, Friptu Valentin, Caproş Natalia, Ana Popa MANAGEMENTUL TACHICARDIEI SUPRAVENTRICULARE LA GRAVIDE. Prezentare de caz	24
Ostrofeţ Constantin, Olga Cerneţchi ROLUL LAPAROSCOPIEI ÎN DIAGNOSTICUL ŞI TRATAMENTUL MALADIILOR SEPTICO-PURULENTE	25
Friptu Valentin, Cauş Cătălin, Moruz Liliana, Roşca Mariana DETERMINAREA PERCUTANATĂ A BILIRUBINEI ÎN PERIOADA NEONATALĂ PRECOCE	25
Friptu Valentin, Cauş Cătălin, Toma Tatiana, Cotelnic Anatol, Cernei Ştefan ANALGEZIA POSTOPERATORIE PRECOCE	26
Pavelescu Livia, Balan Sergiu, Revencu Dan, Burnusus Constantin RESTABILIREA FUNCȚIEI MENSTRUALE ŞI REPRODUCTIVE LA FEMEILE OBEZE DUPĂ TRATAMENT CHIRURGICAL BARIATRIC PRIN OPERAȚIE DE BY-PASS GASTRIC	26
Catrinici Rodica, Bodrug Vlada INCOMPETENȚA ISTMICO-CERVICALĂ – ASPECTE STATISTICE ŞI DE TRATAMENT	27
Burnusus Constantin, Pleşacov Ana, Vasilcan Tatiana CONDUITA NAȘTERII LA GRAVIDELE CU UTER CICATRICIAL	28
Fuior-Bulhac Liliana ASPECTE ECOGRAFICE ÎN EVALUAREA RETARDULUI DE CREȘTERE INTRAUTERINĂ FETALĂ (RCIU)	29
Zinaida Sarbu DISFUNȚIILE MENSTRUALE LA PACIENTELE TINERE CU SINDROM METABOLIC	29
Voloceai Victoria ROLUL HORMONULUI AMH ÎN IDENTIFICAREA DIFERITILOR FENOTIPURI ALE SINDROMULUI OVARELOR POLICHISTICE	30
Voloceai Victoria ASPECTE CORELAȚIONALE DINTRE HORMONUL AMH ŞI CRITERIILE CLINICE, BIOCHIMICE ŞI ULTRASONOGRAFICE LA PACIENTELE CU SOP	30
Elena Visternicean, Veaceslav Moşin HIPERHOMOCISTEINEMIA ŞI POLIMORFISMUL MTHFR C677T, MTHFR A1298C, MTRR A66G, MTR A2756G CA POTENȚIALI FACTORI DE RISC ÎN DEZVOLTAREA AVORTULUI SPONTAN RECURENT	31
Liudmila Stavinskaia UTILIZAREA TERAPIE HORMONALE DE SUBSTITUȚIE PENTRU CORECȚIA DISFUNȚIILOR MENSTRUALE LA PACIENTELE CU PATOLOGIE HEPATICĂ	32

Rodica Comendant, Irina Sagaidac, Virginia Șalaru, Ludmila Șirbu SĂNĂTATEA ȘI DREPTURILE SEXUALE ȘI REPRODUCTIVE ALE FEMEILOR CU DIZABILITĂȚI ÎN MOLDOVA	33
Zharkin N.A., Laveniukova E.A., Morozova G.S. CONTROL UTERINE BLEEDING IN CAESAREAN SECTION	34
Mișina Ana, Rojnovceanu Gh., Mișin I., Petrovici V. CHISTURILE EPIDERMIOIDE A VULVEI ȘI PERINEULUI	36
Mișina A., Harea P., Madan D., Fuior-Bulhac L., Petrovici V. TUMORILE OVARIENE BENIGNE LA PACIENTELE PEDIATRICE: ANALIZA A 124 CAZURI CONSECUTIVE	36
Mișina Ana, Cuțitari Irina, Harea Patricia, Mamonic Elena UTER SEPTAT TOTAL CU SEPT VAGINAL LONGITUDINAL	37
Liudmila Stavinskaia, Uliana Tabuica, Victor Petrov, Elena Mamonic, Veronica Stețco NAȘTEREA VAGINALĂ DUPĂ OPERAȚIE CEZARIANĂ –ANALIZĂ ȘI CONTRAVERSE	38
Daniela Roșca, A. Serbenco STATUTUL LIPIDIC MATERN PRENATAL ÎN SARCINA COMPLICATĂ CU DIABET ZAHARAT	39
Mișina Ana, Harea Patricia COLPOPOIEZA PERITONEALĂ LA PACIENTELE CU SINDROMUL MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER: rezultatele anatomice și funcționale	39
Mișina Ana, Harea Patricia, Petrovici V., Zaharia S., Mișin I. ENDOMETRIOZA CICATRICEI POSTOPERATORII CONDIȚIONATĂ DE OPERAȚIA CEZARIANĂ	40
Harea Patricia TUMORILE OVARIENE BENIGNE LA PACIENTELE PEDIATRICE: ANALIZA A 124 CAZURI CONSECUTIVE	40
Paladi Gheorghe, Iliadi-Tulbure Corina, Viorica Coșpormac CONDUITA HEMORAGIILOR POST-PARTUM ÎN REPUBLICA MOLDOVA	41
Petru Nedelciuc HISTERECTOMIA TOTALĂ VAGINALĂ CA PARTE COMPONENTĂ A TRATAMENTULUI CHIRURGICAL COMPLEX AL FORMELOR SEVERE DE PROLAPS GENITAL	42
Munteanu Igor, Șirbu Zinaida MANAGEMENTUL SARCINII ȘI NAȘTERII LA PACIENTELE CU CHIST OVARIAN	42
Moșin Veaceslav Jr, Bejan Feodosie, Certan-Bejan Rodica DIAGNOSTICUL ANTENATAL AL AGENEZIEI DE CORP CALOS	43
Veaceslav Moșin, Alina Hotineanu, Victoria Răcilă, Maria Croitor, Natalia Sorici, Zinaida Ciorap, Radu Strătilă, Elizaveta Rasohin, Elena Tabac, Mariana Caliga REPRODUCEREA ASISTATĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA: EXPERIENȚE A 23 ANI DE ACTIVITATE	43
Jubircă Svetlana, Iliadi-Tulbure Corina CONDUITA SARCINII, NAȘTERII ȘI PERIOADEI POST-PARTUM LA ADOLESCENTE	44
Iliadi-Tulbure Corina, Viorica Coșpormac MANAGEMENTUL PREECLAMPSIEI SEVERE	45
Stanislav Groppa, Anatolie Serbenco, Diana Hovanscaia, Natalia Stoianov PARTICULARITĂȚILE CLINICO-EVOLUTIVE ALE EPILEPSIEI ÎN ÎN SARCINĂ ȘI NAȘTERE	45
Rodica Comendant, Irina Sagaidac, Virginia Șalaru, Ludmila Șirbu SĂNĂTATEA ȘI DREPTURILE SEXUALE ȘI REPRODUCTIVE ALE FEMEILOR CU DIZABILITĂȚI ÎN MOLDOVA	46
Zoreana Cazacu TUBERCULOZA MATERNĂ – ASPECTE DE CONDUITĂ CLINICĂ	47
Cernețchi Olga, Cauș Natalia, Cauș Cătălin EVALUAREA ECOGRAFICĂ A RĂSPUNSULUI OVARIAN LA STIMULARE ÎN CADRUL TEHNICILOR DE REPRODUCERE UMANĂ ASISTATĂ	47
Cernețchi Olga, Cauș Natalia, Cauș Cătălin EVALUAREA ECOGRAFICĂ A ENDOMETRULUI ÎN CADRUL REPRODUCERII UMANE ASISTATE	48
Friptu Valentin, Cauș Natalia, Cauș Cătălin, Railean Ludmila DETERMINAREA ECOGRAFICA ȘI OBSTETRICALA A MASEI PROBABILE A FATULUI LA ZIUA TRAVALIULUI	49
Cauș Cătălin, Cauș Natalia, Armașu Tatiana DEFECT DE CICATRICIU UTERIN	50
Cernețchi Olga, Cauș Cătălin, Iliadi-Tulbure Corina REZULTATE OBSTETRICALE DUPĂ NAȘTEREA ASISTATĂ PRIN VENTUZĂ	51
Cernețchi Olga, Cauș Cătălin, Cauș Natalia, Crăciun Alina, Oțel Cristina NAȘTEREA CU FEȚI MACROSOMI	51
Silvia Agop, Olga Cernețchi VACCINAREA ANTI-HPV ÎN REPUBLICA MOLDOVA	51
Friptu Valentin, Cauș Cătălin, Moruz Liliana, Roșca Mariana DETERMINAREA PERCUTANATĂ A BILIRUBINEI ÎN PERIOADA NEONATALĂ PRECOCE	52

Natalia Corolcova, Mihaela Burac, Alina Alsatou SARCINA ȘI NAȘTEREA LA PACIENTELE CU DEREGLĂRI DE CICLU MENSTRUAL ÎN ANAMNEZĂ	53
V.Guzun, Olga Cernetchi REZULTATELE GRAVIDITĂȚII DUPĂ APENDICECTOMIE PE PARCURSUL SARCINII	53
Gh. Severin ANALGEZIA INTRAVENOASĂ ÎN NAȘTERE (travaliu) pro.	54
Cardaniuc Corina, Chesov Ion ANALGEZIA EPIDURALĂ PENTRU NAȘTEREA VAGINALĂ – ARGUMENTE PRO	55
Svetlan Plămădeală DE CE NU MI-AȘ DORI SĂ FIU ANALGIZATĂ SISTEMIC ÎN TIMPUL NAȘTERII?	55
Baltaga Ruslan DUREREA ÎN TRAVALIUL DIN VIZIUNEA MAMEI ȘI A FĂTULUI	56
Chesov Ion, Cardaniuc Corina ANALGEZIA EPIDURALĂ ÎN NAȘTEREA VAGINALĂ – ARGUMENTE PRO	57
Ion Bologan, Ludmila Bologan, Galina Galiț PREVENIREA TRANSMITERII MATERNO-FETALE A INFECȚIEI HIV. ROLUL MOASEI	57
Marina Cărașu, Tatiana Sulima ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII FORMĂRII MOAȘELOR PRIN PRIZMA REFORMELOR DIN ÎNVĂȚĂMÂNTUL PROFESIONAL TEHNIC	58
Lilia Canțir, Tatiana Gutium NAȘTEREA CA ACASĂ ÎN CONDIȚII SPITALICEȘTI SUB SUPRAVEGHEREA MEDICILOR	59
Andrei Miruna, Vania Limban IMPACTUL EDUCAȚIEI ASUPRA PROFESIEI DE MOAȘĂ	60
Vania Limban EDUCAȚIA PRENATALĂ – MODELE DE PREGĂTIRE PENTRU NAȘTERE	60
Ursu Rodica TABAGISM ȘI S TABAGISM ȘI SARCINA	61
Calancea Ana, Cozlova Svetlana TEHNOLOGII OPORTUNE IMPLEMENTATE ÎN IMSP SCM NR. 1	62
Țaulean Cristina, Jubircă Svetlana, Pancu Viorica MANAGEMENTUL NEMEDICAMENTOS AL DURERII ÎN TRAVALIUL	63
Ludmila Bologan, Ion Bologan, Galina Galiț AMELIORAREA ÎNGRIJIRILOR PERINATALE ÎN REPUBLICA MOLDOVA PRIN INTERMEDIUL FORMĂRII CONTINUE AL MOAȘELOR.	63
Achilina Svetlana, Bafir Tatiana MANAGEMENTUL HEMORAGIILOR POST-PARTUM	64
Oxana Zavtoni, Cătălina Zavtoni, Țaulean Cristina ECHIPA MULTIDISCIPLINARĂ ÎN ASISTENȚA PERINATALĂ	65
Camelia Irimia ARTA DE A FI PĂRINTE	66

În baza Regulamentului „Cu privire la evaluarea și clasificarea revistelor științifice”, aprobat prin Hotărârea comună a Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al Academiei de Științe a Moldovei și Consiliului Național pentru Acreditare și Atestare nr. 196 din 18.10.12, Consiliul Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al AȘM și Consiliul Național pentru Acreditare și Atestare "Buletinul de Perinatologie" s-a conferit **Categoria B**

#### EDITORIAL BOARD

**President**, executive Chairman of the editorial board -  
**GLADUN Sergiu**, M.D., Director of the MCI  
**Vice President** - prof. **EȚCO Ludmila**, doctor habilitate in medical sciences, professor of the MCI  
**Vice President** - prof. **REVENCO Ninel**, doctor habilitate in medical sciences, univ. professor, Head of Pediatric Department of the MFU "N. Testemițanu"  
**Responsible Secretary** - **OPALCO Igor**, M.D., Senior Researcher, Scientific laboratory in obstetrics of the MCI

#### MEMBERS PROFESSOR

Gudumac Eva, Cernetchi Olga, Boian Gavriil, Moșin Veaceslav, Curteanu Ala, Mihu Ion, Paliu Ina, Babuci Veaceslav, Paladi Gheorghe, Friptu Valentin, Sinișina Lilia, Stamatina Maria (Romania); Burlea Marin (Romania); Stoicescu Silvia (Romania); Dahno Feodor (Ukraine); Șunico Elizaveta (Ukraine); Godovaneț Iulia (Ukraine); Carapato RM. (Portugal); Ivanov Oleg (Russia); Șifman Efim (Russia); Rusnac Tudor (Russia); Maciej Banach (Polonia); Apostolis Athanasiadis (Greece); Anstacis Aris (Greece); Nejole Dvazdiene (Lithuania); Arunas Valiulis (Lithuania), Mihai Leonida Neamțu (Romania); Irina Nichitiina (Russia); Vartanov Vladimir (Russia).

**Adresa redacției:**  
2032, Republica Moldova,  
Chișinău, str. Burebista, 93, bir. 207  
Tel.: 079542533

Revista a fost înregistrată la Ministerul de justiție al Republicii Moldova a 03.06. 1998.  
Certificat de înregistrare Nr. 48  
Redactor V. Batâr/ Redactor tehnic și artistic C.C. Marius  
Tiparul a fost executat la Tipografia "Reclama" sub Comanda nr. 304, tiraj 500 ex.  
Chișinău, str. Alexandru cel Bun 111.

## SUPLIMENT



M. A. Moga, Dr. C. Anastasiu, Dr. Calin Cobelschi

### **PLACENTAL VOLUME IN THE FIRST TRIMESTER OF PREGNANCY EVALUATED BY 3D ULTRASOUND AND VIRTUAL ORGAN COMPUTER-AIDED ANALYSIS (VOCAL) AS PREDICTOR FOR PREECLAMPSIA**

*Faculty of Medicine, Transilvania University of Brasov, Romania*

**Introduction:** The placenta is an essential fetal organ, with multiple functions, that ensures the interchange between mother and fetus. All the changes in the normal development of the placenta are in accordance with its functions and any disturbance in the normal process of placentation can generate abnormal perinatal outcomes. Pregnancies affected by preeclampsia continue to be challenging for obstetricians since ancient times. The main reason for the occurrence of this entity is the abnormal placental development and in some cases, abnormal placental volume can predict the apparition of this pathology, sooner or later during pregnancy.

**Objective:** The aim of this study was to investigate if the placental volume measured in the first trimester by 3D ultrasound and Visual Organ-Aided Analysis (VOCAL) could be an early predictor for the apparition of hypertensive disorders, especially preeclampsia.

**Material and methods:** This is a prospective study conducted during the period January 2017 – December 2017. The study included a number of 140 pregnant women with singleton pregnancies and with low risk for the development of preeclampsia. Placental volume was measured by 3D ultrasound between 11-14 weeks of gestation and analyzed using VOCAL software. The affected cases were divided into two categories: early-onset preeclampsia and late onset preeclampsia, depending on the gestational age at which this hypertensive disorder was diagnosed.

**Results:** From the total number of patients included in our study- 140 cases, only 10 women (7,14%) developed preeclampsia: 6 cases (4,28%) developed early-onset preeclampsia (EPE) and 4 cases (2,85 %) developed late-onset preeclampsia (LPE) . The mean placental volume in normal pregnancies was approximately 43, 6 cm<sup>3</sup>. In preeclampsia group, the mean placental volume of the EPE was significantly reduced than the unaffected women: 36,1 cm<sup>3</sup>. The difference between the placental volume of the women with late onset preeclampsia and the normal women was insignificant: 40,5 cm<sup>3</sup> vs 43, 6 cm<sup>3</sup>.

**Conclusion:** A slightly smaller placental volume could be discover at the 3D ultrasound examination in the first trimester at the low risk women who will develop preeclampsia. This pathology seems to be induced by any abnormalities in the placental development, which could be identified even in the late first trimester and used as possible early predictors for the developing diseases. Despite the fail to reach statistical significance, our small study revealed placental modifications that could be more refined in the future and could find a place in the preeclampsia screening for low risk pregnancies.



Grigoriu Corina, Anca Al. F., Virtej P., Grigoras Mirela, Cezar Cristina, Horhoianu V.V.

### **ALGORITHM OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THROMBOPHILIA IN PREGNANCY – THE EXPERIENCE OF THE OBSTETRICS-GYNECOLOGY DEPARTMENT OF THE EMERGENCY UNIVERSITY HOSPITAL BUCHAREST**

*University Emergency Hospital, Dept of Ob/Gyn, Bucharest, Romania*

Thrombophilias defines a group of disorders associated with an increased tendency for thrombosis. They may also be seen as a heterogeneous group of conditions which have been associated during time with a variety of pregnancy complications, including early and late fetal loss, intrauterine fetal death, placental abruption, poor fetal growth (IUGR) and preeclampsia.

Our clinical retrospective study was performed between 1<sup>st</sup> January 2006 and 30<sup>th</sup> June 2008. We evaluated 11518 pregnant women, who delivered in our Clinic, out of which 254 (2.20%) had different types of thrombophilias: antiphospholipid antibody syndrome (62.20%), factor V Leiden (16.93%), protein S deficiency (14.17%), protein C deficiency (3.94%), antithrombin III deficiency (2.76%).

Preeclampsia was present at 27.17% of patients, out of which most cases were recorded in the APLS (36.08%), followed by APCR (30%) and the protein S deficiency (8.33%). There were mild forms of preeclampsia and they occurred in the patients who started treatment late (after the 26<sup>th</sup> week of pregnancy, due to the moment of diagnosis).

Fetal pathology was represented by IUGR (20.47%) and premature birth (11.81%). The health condition of new borns, expressed by Apgar index was very good in most of the cases (IA=10: 8.66%, IA=9: 71.26%, IA=8: 14.96%, IA=7: 3.94%, IA=6: 1.18%). The favorable evolution of the fetuses was due to the early diagnosis established and the properly treatment administrated.

We had no fetal death in the group of diagnosed and treated thrombophilia patients, as well as no other thrombotic complication.

As a conclusion, we think that there are several important issues that should be taken into account when managing a pregnant thrombophilic woman. It is of a great importance:

- To think that pregnancy is a state of acquired hypercoagulability, and that a women hiding a trombophilia may present with clinical symptoms for the first time during gestation or the puerperium – so think THROMBOPHILIA
- To correctly select the patients for thrombophilia testing
- To choose the correct moment for testing
- To provide thromboprophylaxis before the occurrence of any obstetrical complication mentioned above.
- To judge correctly especially during the second half of pregnancy the ultrasonic appearance of the placenta, the growth curves of the fetus and the placental circulation, elements that can modulate the management of that pregnancy (modifying the dosage of anticoagulant, establishing the right time for delivery).



Vasiliev I<sup>1,8</sup>., Vasilieva Maria<sup>1,4</sup>., Vasilieva Irina<sup>1,4</sup>., Litarczek G<sup>2</sup>., Friptu V<sup>3,4</sup>., Gladun S<sup>3,4</sup>., Diug Valentina<sup>3,4</sup>., Vartanov V<sup>1,5</sup>., Stavrou I<sup>6</sup>., Tarabrin O<sup>7</sup>., D'Ambra Mirta<sup>1,9</sup>.

## DE-INSTALLATION OF THE MULTI-ORGANIC DYSFUNCTION SYNDROME BY ASSOCIATING THE MITOCHONDRIAL MICROCIRCULATORY RECRUITMENT WITH MULTIPLE ORGAN SUPPORT THERAPY IN EXTRACORPOREAL LIFE SUPPORT ORGANIZATION

<sup>1</sup>World Academy of Medical Sciences (WAMS). Netherland. <sup>2</sup>Fundeni Institute. Bucharest. Romania.

<sup>3</sup>Institute of Scientific Research in the field of Mother and Child Health Care. Republic of Moldova. <sup>4</sup>State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testimitanu". Republic of Moldova. <sup>5</sup>State Medical University of Samara.

The Russian Federation. <sup>6</sup>Aretaieion University Hospital, Athens Medical School, National and Kapodistrian University of Athens. Greece. <sup>7</sup>Odesa National Medicine University. Ukraine. <sup>8</sup>Private Hospital Medical Institution "Via - Intosana". Republic of Moldova. <sup>9</sup>Medicine University of Buenos Aires . Argentina.

**Key words:** microcirculatory - mitochondrial distress syndrome (MMDs); microcirculatory - mitochondrial recruitment; multi-organ support therapy (MOST); extracorporeal life support organization (ELSO); hypo - (an) - ergic mitochondria; mitochondrial energy collapse; lysosomal clearance (mitophagia); mitochondrial permeability transition pore; canal uniporte - Ca<sup>++</sup>; the marker of tissue hypoxia, pCO<sub>2</sub>; systemic perfusion pressure; mean blood pressure; capillary resistance; extravascular lung water index (EVLWI); thoracic epidural block; alveolar recruitment; microcirculation; macro-circulation; pulmonary distress syndrome (ARD<sub>s</sub>); area metabolic capillary - cell; syndrome of multi-organic acute dysfunction (MODS).

**Introduction:** The installation of macro - circulation centralization in MODS triggering in critical obstetric states caused by intravascular coagulation, HELLP, shock, SIRS, septicemia, CARS, embolism of the pulmonary artery, cerebral and other, – microcirculation will also be seriously damaged, as the reduction in blood flow perfusion affects the venous return to eliminate the waste of cellular metabolism, where a marker of tissue hypoxia is the increase in carbon dioxide.

**Objective:** The mitochondrial microcirculatory recruitment with multiple organ support therapy in extracorporeal life support.

**Material and methods:** This is a retrospective study over 35 years, in a lot of critical situations in obstetrics.

**Results:** This disorder generates microcirculatory - mitochondrial distress syndrome, mitochondrial energy collapse, which can be recovered by microcirculation – mitochondrial recruitment to optimize systemic perfusion pressure (SPP), in turn dependent on mean blood pressure and capillary resistance. Microcirculation - mitochondrial recruitment decentralizes macro circulation benefits microcirculation in the capillary-cell metabolic area.

In cases of manifestation respiratory-pulmonary CO<sub>2</sub> ↑ (ARD<sub>s</sub>), confirmed ↓ PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ↓300 to Acute Respiratory Distress Syndrome (Berlin definition, 2012), thus also aggravates the microcirculatory-mitochondrial distress syndrome, mitochondrial collapse and the recruitment of the microcirculatory-mitochondrial is supplemented with multi-organ support therapy (MOST). 1. Alveolar recruitment through respiratory support in specific ventilation modes, predominantly APRV, with permissive hypercapnia at a normal pH. 2) MOST - extracorporeal with technical support. Extracorporeal Life Support Organization – ELSO. 3) Modeling of extra - vascular pulmonary fluid; 4) Th<sub>4</sub> - Th<sub>5</sub> thoracic epidural block.

**Conclusion:** The absence of decreasing of the pCO<sub>2</sub> tissue hypoxia marker at the A-V difference after microcirculatory - mitochondrial recruitment, rejects the necrosis / apoptosis, cellular hypo- (an) ergic and proves the mitochondrial eu-energetic metabolic remodeling with the elimination of the hypo (an) ergic mitochondria performed by clearance lysosomal (mitophagy), thus demonstrating eu-ergic mitochondria with the normalization of mitochondrial uniporter-Ca<sup>++</sup> and mitochondrial permeability pore transition, which productively inactivate the toxic forms of oxygen and nitrogen.

## REZUMAT

Instalarea centralizării macro - circulației în declanșarea MODS în stări critice de obstetrică cauzate de coagularea intravasculară, HELLP, șoc, SIRS, septicemie, CARS, embolie a arterei pulmonare, cerebrală și altele; - microcirculația va fi de asemenea grav afectată, iar perfuzia fluxului sanguin afectează revenirea venoasă pentru a elimina deșeurile de metabolism celular, unde un marker al hipoxiei tisulare este creșterea dioxidului de carbon, la diferența A-V. Această tulburare generează sindromul detresei microcirculator - mitocondriale (MMDs), colapsul energetic mitocondrial, care poate fi de-instalat (recuperat) prin recrutarea microcirculator - mitocondrială odată cu optimizarea presiunii de perfuzie sistemică, în dependență de tensiunea arterială medie și rezistența capilară. Recrutarea microcirculator - mitocondrială descentralizează macrocirculația și ameliorează microcirculația în spațiul metabolic capilar - celulă. În cazurile de manifestare a ↑CO<sub>2</sub>-dependent respirator-pulmonar, confirmat ↓ PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> ↓ 300 pentru ARDS, sindromul de detresă respiratorie acută (definiția de la Berlin, 2012), agravează de asemenea, și sindromul detresei microcirculator-mitocondriale, colapsul mitocondrial iar recrutarea microcirculator - mitocondrială este suplimentată cu terapia de sprijin multi-organ (MOST). 1. Recrutarea alveolară prin suport respirator în moduri de ventilație specifice preponderent APRV, cu hipercapnie permisivă la un pH normal. 2) MOST - extracorporeal cu suport tehnic în managementul vital prin sprijin extracorporeal - ELSO. 3) modelarea fluidului pulmonar extra-vascular; 4) Blocul epidural T4-Th5 toracic.

Reducerea markerului hipoxiei tisulare pCO<sub>2</sub> la diferența A-V după recuperarea microcirculator - mitocondrială, respinge necroza / apoptoza, hypo- (an) ergicul celular și dovedește remodelarea metabolică eu-energetică mitocondrială prin eliminarea hypo (an) mitocondriilor ergice efectuate prin clearance-ul lizozomal (mitofagie), demonstrând astfel mitocondriile eu-ergice cu normalizarea tranziției porilor permeabilității mitocondriale și canalului uniporter-Ca<sup>++</sup>, care inactivează productiv formele toxice de oxigen și azot.



Liudmila Stavinskaya

### HORMONE REPLACEMENT THERAPY USED FOR CORRECTION OF MENSTRUAL DYSFUNCTION ASSOCIATED WITH LIVER PATHOLOGY

*Obstetrics and Gynaecology Department N2 (resident), State University of Medicine and Pharmaceutics  
«Nicolae Testemitanu», Republic of Moldova*

The problem of viral hepatitis and menstrual dysfunctions stays present, being determined by the high incidence and severity of physiopathological abnormalities, specific to these associations. In Republic of Moldova 9% of population are chronic carriers of HVB, HVC affects 1.5-5% of population.

**The purpose of this work** was to study the therapeutic effect of hormone therapy in women with menstrual dysfunctions caused by chronic viral hepatitis.

**Materials and methods:** The controlled randomized study evaluated the treatment results of 80 patients with menstrual dysfunctions in association with liver pathology, randomly picked out from 319 women suffering from chronic viral hepatitis. The selection of the hormonal therapy was made depending on the menstrual irregularities, hormonal profile and results of the genitals sonography:

- 1<sup>st</sup> group (26 patients) – hepatoprotectors,
- 2<sup>nd</sup> group (23 patients) – Drogesteron 10 mg (Duphaston) + hepatoprotectors,
- 3<sup>rd</sup> group (31 patients) – Etradiol 2mg + Drogesteron 10 mg (Femoston) + hepatoprotectors. The control group included 15 healthy women of reproductive age with normal menstrual cycle.

**Results:** The examined patient's age varied between 18 and 40 years, mean age - 26.0±5 years. Bilirubin level in patients with HVB was 3 times higher compared with control group, but in mix-hepatitis -10 times. Transaminases were elevated 10-40 times, especially in mixed viral hepatitis. Alkaline phosphatase (27.81 ± 1.3 UI/l), prothrombin, total protein, and albumin were considerably decreased. Similar changes have been observed in **cholesterol level (dropped till 2.60±0.21 mmol/l) and β-lipoprotein (195.0 ± 25.3 Un)**, which are evidently decreased in all patients with all types of viral hepatitis. Regular menstrual cycle was present only in 7.5 ± 2.48.



Menstrual dysfunction in the evaluated patients was depend on the type of HV. Hypermenstrual syndrome and uterine bleeding were found in 2,4% patients. But  $22.6 \pm 1.48\%$  patients revealed a hypomenstrual syndrome and 67,5% was with amenorrhea. The disorder was more manifest in patients with HVC ( $35,3 \pm 2,3\%$ ) and in those with mix-hepatitis ( $28,58 \pm 1,08\%$ ). Analysis of hormone's reflects a wide range of variations in the content of estradiol (from 70.3 to 670 nmol / l) and progesterone (from 1.42 to 5.5 nmol / l). Hyperestrogenemia prevail in patients with severe HVB and those with mixed forms (in  $63.75 \pm 3.1\%$  cases). Progesterone was dropped in  $67,5 \pm 2,9\%$  patients and varied from 1,42 to 7,42 nmol/l, thus indicating an essential hypoprogesteronemia ( $p > 0,05$ ). FSH seric concentrations ( $6,62 \pm 0,3$  mME/ml) and LH ( $2,7 \pm 0,08$  mME/ml) slightly exceeded the maximal tolerated limit. High levels of Prolactin ( $505,3 \pm 46,3$  ng/ml ( $p < 0,05$ )) were registered in the majority of cases.

At the ultrasound investigation performed in the 13<sup>th</sup> day of the menstrual cycle, it has been observed a decreased M-echo till  $4.0 + 0.9$  mm, in patients with HVB,  $3.0 + 1.1$  mm – with HVC, and  $3.2 + 0.8$  mm – with mix- hepatitis.

The results of the study reveal serious disturbances in all hepatic functions in patients with viral hepatitis with direct repercussions over the ovaries, which lead to derangements in ovarian hormone biosynthesis. The correction of menstrual abnormalities depends on the activity degree of the viral hepatitis activity and the length of these dysfunctions.

In the 1<sup>st</sup> group a gradual normalization of hepatic function after 3 months of traditional treatment was observed, a full recuperation of the menstrual function using only hepatoprotectors is not possible. Duphaston is a selected treatment for correcting the menstrual function at women with the minimum and moderate hepatitis activity degree, contributed to menstrual cycle adjustment, thus decreasing menstrual cycle dysfunction's incidence with 52% compared with 1-st group (RR=0,246; IC=0,52±0,098; ( $p < 0,001$ )). Femoston is recommended for the recovery of serious hormonal dysfunctions, caused by viral the mixed hepatitis, moderate or severe forms. The high efficiency of the Femoston therapy was observed in 67.74% of cases (RR=0.51, IC=0.34±0.098, ( $p < 0.05$ )).

**Conclusions.** The clinical researches showed the lack of adverse effects of the Femoston and Duphaston therapies over the hepatic function.



Codreanu Nadejda, Botnari-Guțu Mihaela

### **PREECLAMPSIA AND FUTURE CARDIOVASCULAR RISK**

*Obstetrics and Gynaecology Department N1 (resident). State University of Medicine and Pharmaceutics  
«Nicolae Testemitanu», Republic of Moldova*

#### **Key Words: preeclampsia, maternal morbidity, complications**

**Introduction:** Preeclampsia is a pregnancy-specific disorder resulting in hypertension and multiorgan dysfunction. There is growing evidence that these effects persist after pregnancy. We aimed to systematically evaluate and quantify the evidence on the relationship between preeclampsia and the future risk of cardiovascular diseases. The goal of this review is to determine the association of preeclampsia and future cardiovascular risk and to explore the potential management options for these high-risk women.

**Materials and methods:** Study of obstetrical history of patients with a ischemic cardiovascular diseases. The study performed in the Cardiology department of IMSP SCM-3 mun. Chișinău during 2014-2016. The study also included 98 pregnant women whose pregnancy was complicated by preeclampsia of various degrees of severity during 2010-2012, analyzed after 5 years.

**Discussion results** The study found that 29 patients out of 52 had complicated pregnancies with preeclampsia, accounting for 56%, 13 patients having complicated pregnancies - 25%, and 19% - 10 patients had a physiological pregnancy. Preeclampsia is a major risk factor for developing cardiovascular complications 3 times more frequently than uncomplicated pregnancies (OR 17.62; 95% CI 6.65 to 46.4)  $P < 0.001$ . Women with a history of preeclampsia have a double risk of subsequent ischemic heart disease, stroke and thromboembolic events within the next 5-15 years after pregnancy. None of the 98 women after birth complicated with preeclampsia was not monitored, and so they developed complications.

**Conclusion:** Preeclampsia is associated with a 4-fold increase in future incident heart failure and a 2-fold increased risk in coronary heart disease, stroke, and death because of coronary heart or cardiovascular disease. This important association can be used to screen for women with an increased risk to better target counselling on lifestyle modifications such as weight loss, exercise, and a healthier diet.

●

Codreanu Nadejda, Codreanu I., Ignat Adriana  
**ENDOMETRIOSIS AND APPENDICITIS**

*Obstetrics and Gynaecology Department N2 (resident). State University of Medicine and Pharmaceutics  
«Nicolae Testemitanu», Republic of Moldova*

**Introduction:** Endometriosis is a common condition that can affect up to 15% of women of childbearing age. Women with endometriosis have multiple surgeries due to algic syndrome, infertility, endometriomas and adherence, one of the pathologies is also appendicitis. The risks and benefits associated with an elective coincidental appendectomy should be considered.

**Aim of study:** Assessing the incidence of appendicitis in patients with different forms of endometriosis compared to patients without endometriosis.

**Material and methods:** In a retrospective study, data were obtained by chart review of an internal database for women who had endometriosis. We analyzed 318 women with endometriosis and infertility and 150 women with infertility who underwent diagnostic laparoscopy for 3 years (2014-2016). We compared the rate of endometriosis of the appendix in women who were diagnosed with deep infiltrating endometriosis (DIE), superficial endometriosis, or no endometriosis.

**Results:** Endometriosis was diagnosed for 318 women, 165 (51,88%) had deep endometriosis and 153 (48,11%) superficial endometriosis. The prevalence of AppE was 23,27% (74/318) overall; 18 (11,76%) of 153 women with superficial endometriosis and 56 (33,93%) of 165 with DE were affected. The prevalence of Appendicitis in control group is 4,6 % (7/150). Frequency of AppE was increased among women with DE, abnormal appendix appearance, and surgical indication (all  $P < 0.001$ ). Women with DE had a higher risk of AppE compared with women without endometriosis, controlling for appendiceal appearance and surgical indication, and a higher risk of AppE compared with those with superficial endometriosis

**Conclusion:** The study demonstrated the need to check the appendix in patients with endometriosis, particularly those with deep ovarian endometriosis on the right (endometrium on the right), and its removal during endometriosis surgery, which would reduce the need for repeated surgery 5 times compared to patients without endometriosis. Women with DE have increased risk of AppE. Coincidental appendectomy should form part of complete endometriosis excision for these patients.

●

Dr.Codreanu Nadejda.

**OXIDATIVE STRESS IN EVOLUTION OF ENDOMETRIOSIS**

*1<sup>st</sup> Obstetrics and Gynecology department, State University of Medicine and Pharmacy.  
Republic of Moldova*

Spreading of endometriosis is succeeded by the destructive processes in myocytes membrane, in the myometrium connective tissue and also by the activation of lipid peroxidation processes.

**Objectives:** the purpose of this work was to estimate the oxidative stress degree in patients with adenomyosis and to determine the oxidant/antioxidant potential of different treatment methods.

**Materials and methods:** There was investigated 130 patients with adenomyosis in different stages of the disease, which were administered different methods of treatment. The oxidative stress degree was estimated by determining lipid peroxidation (POL) final product (malonic dialdehyde (DAM)), the serum antioxidant activity (AAO) and the enzymes: superoxide dismutase (SOD), catalase, and glutathione peroxidase (GP), and then calculated the antioxidant activity index AAO/DAM.

**Results:** DAM dynamics is correlated with severity of the disease, and in 4th stage it exceeds almost twice ( $p < 0,01$ ) the physiological normative in Republic of Moldova ( $4,56 \pm 0,09$  nmol/l). The antioxidant activity index marks a similar tendency, and this activity is suppressed as the disease progresses, in the 4th stage reaching  $54,83 \pm 0,80\%$  comparing with the tolerable normative  $74,28 \pm 0,48\%$  ( $p < 0,01$ )

**Conclusions:** The antioxidant protection index AAO/DAM, which has been calculated in this work, can serve as a supplementary preclinical criterion to objectivize the adenomyosis severity, to predict the disease evolution and treatment efficacy. Hysterectomy- a radical method of treatment, changes the AAO/DAM index, but in the same time it remains 2 times below the tolerable normative, persisting the risk of progression of the pathologic process, of spreading or malignization.

●

Capros Hristiana, Luminita Mihalcean, Ignatiuc Lidia  
**ULTRASOUND PREDICTION OF FETAL BIRTH WEIGHT IN PRETERM DELIVERY**  
*<sup>1st</sup>Obstetrics and Gynecology department, State University of Medicine and Pharmacy.*

**Key words: estimated fetal weight, birth weight, ultrasound, Hadlock formula.**

**Introduction.** The prediction of fetal birth weight is crucial for establishment of a correct birth plan. It gives to the obstetrician a lot of useful information concerning the possible evolution of labor, appearance of complications, the need for specific obstetrical intervention and delivery by cesarean section and at an equipped center. The internationally accepted set of quality indicators for patient safety in obstetrics, eg. prenatal morbidity and mortality depends and increase in abnormal birth weight range fetuses. The two main methods to predict the fetal size are: clinical estimation and ultrasound measurement. The clinical evaluation of fetal weight is based on abdominal palpation of fetus, determination of fundal height, body mass or abdominal circumference of the mother is subjective and not standardized. This is why the ultrasound examination is thought to be more helpful and accurate.

**The goal** of the study was to assess the precision of the ultrasound in the prediction of fetal birth weight.

**Material and methods.** This is a descriptive, non-experimental study of pregnant women hospitalized during 2017 in the Obstetrical department of Municipal Hospital No 1, Chisinau, Republic of Moldova. The pregnant patients were admitted to the hospital because of the pregnancy complication, or for delivery or because of a high possibility of spontaneous onset of labor in the next few days. All the patients who were included in the study fulfilled the inclusion criteria. All the patients underwent ultrasound examination by the same experienced sonographer. The obtained fetal measurements were: Biparital diameter, Head circumference, Femur length, Humerus length and Abdominal circumference by Gray-scale two-dimensional ultrasound. The results of these ultrasound data (head circumference, abdominal circumference, femur length, humerus length) was used to calculate the actual fetal weight. Birth weight was best estimated by different formulas: Chepard:  $\text{Log}_{10}\text{BW} = 1.7492 + 0.0166 (\text{BPD} +) + 0.0046 (\text{AC}) - 0.00002646 (\text{AC} \times \text{BPD})$  Campbell:  $\text{LnBW} = 4.564 + \text{Log}_{10}\text{BW} = 1.326 - 0.0000326 (\text{AC} \times \text{FL}) \times 0.00107 (\text{HC}) + 0.00438 (\text{AC}) + 0.0158 (\text{FL})$ , Hadlock  $\text{Log}_{10}\text{BW} = 1.304 + 0.005251 (\text{AC}) + 0.01938 (\text{FL}) - 0.00004 (\text{AC} \times \text{FL}) - 0.000016 (\text{FL})^2 - 0.0000169 (\text{FL})^3$ , Warsof  $\text{LnBW} = 2.792 + 0.108 (\text{FL}) + 0.000036 (\text{AC} \times \text{FL}) + 0.00316 (\text{BPD}) + 0.0045 (\text{AC}) + 0.01623 (\text{FL}) - 0.00027 (\text{FL} \times \text{AC})$ , Combs  $\text{BW} = (0.00023718 (\text{AC})^2 \times (\text{FL})^2) + 0.00003312 (\text{HC})$ , Ott  $\text{Log}_{10}\text{BW} = 0.004355 (\text{HC}) + 0.005394 (\text{AC}) - 0.00008582 (\text{HC} \times \text{AC}) + 1.2594 (\text{FL} / \text{AC}) - 0.326 + 0.00451 (\text{SDI}) + 0.383$ , Deter  $\text{EFW} = 101.335 - 0.0034 (\text{AC} \times \text{FL}) + 0.0316 (\text{BPD}) + 0.0457 (\text{AC}) + 0.1623 (\text{FL})$ . All the pregnant women delivered within 48 hours from the ultrasound examination. The newborns were weighed 2 hours after the delivery using a graduated scale and the actual birth weights were recorded. The data collection was made by extraction of the important information from medical files of the hospitalized patients, in accordance with the elaborated questionnaire for this research. Statistical processing was performed using the program "Microsoft Office Excel".

**Results.** The total number of 200 pregnant women were included in the study. From these 100 term and 100 who delivered prematurely. The average age of mothers of children was 29.07 years, the age ranged from 21 to 42 years. The average weight of neonates at birth was 2057 gr. The difference between the estimated fetal weight by ultrasound and the birth weight of the fetus varied from 10 grams to 520 grams. The deviation from birth weight in the formulas corresponded to: Shield 187g, Hadlock 362, Deter 572g. The average difference was 355.71 grams. The difference <300 grams was 47.62%, > 300 grams was 52.38%.

**Conclusion.** The ultrasound evaluation showed to have an average sensitivity in the predicting the foetal weight at birth (47.6%). From the used formulas the Hadlock formula shows less deviation from neonatal weight in term deliveries, and Shield formula in preterm. Accurate diagnosis of intrauterine fetal weight can be achieved by improvement of methods for assessing the foetal biometry.

●

Anca-Daniela Stănescu<sup>1,2</sup>, Romina-Marina Sima<sup>1,2</sup>, Denisa-Oana Bălăău<sup>2</sup>, Liana Pleș<sup>1,2</sup>

**CONDUITA TERAPEUTICĂ ÎN HEMORAGIA DIN POSTPARTUM**

*UMF „Carol Davila”, Clinica „Bucur”, Spitalul Clinic „Sf. Ioan”, Maternitatea „Bucur”, București România*

**Cuvinte cheie: Balon Bakri, Sutura B-Lynch, ligatura O'Leary**

**Introducere:** Hemoragia din postpartum reprezintă o cauză importantă de morbiditate și mortalitate maternă. Cauzele cele mai frecvente sunt: atonia uterină, soluțiile de continuitate, aderențele anormale ale placentei și coagulopatie.

**Material și metode:** Am revizuit baze de date medicale internaționale cu studii randomizate, meta-analize referitoare la tendințele actuale despre histerectomia postpartum și tehnicile alternative în hemoragia din postpartum.

**Rezultate:** Incidența hemoragiei din postpartum este de 1% în condițiile unei atitudini terapeutice rapide. Tratatamentul este direcționat de cauză. Astfel, pentru atonie uterină inițial se tentează mijloace farmacologice și ulterior gesturi chirurgicale precum ligatura arterei uterine - O'Leary sau ligatura arterei hipogastrice. Sutura B-Lynch și variantele acesteia sunt concepute pentru realizarea compresiei uterului prin forță mecanică. Baloanele uterine sunt proiectate pentru a realiza tamponarea zonei de sângerare placentară. Aceasta este cea mai eficientă metodă deoarece cateterul aplică presiune directă la locul de sângerare. Dispozitivele cu balon uterin concepute special pentru tamponadă uterină după naștere vaginală sau cezariană includ: cateterul Foley, Balon Bakri, dispozitiv B-T Cath și dispozitiv dublu-balon Ebb care este, de asemenea, proiectat și pentru hemostaza cervicală. Radiologia intervențională impune gestionarea avansată, minim invazivă a hemoragiei în postpartum.

**Concluzii:** Utilizarea uterotonicelor, ligaturile vasculare pelvine și tamponadele cu baloane sunt primii pași în abordarea terapeutică a hemoragiei din postpartum. Conduita adecvată constă într-o atitudine promptă, deseori cu echipă multidisciplinară.



Valentina Vatamaniuc, Valentina Diug  
**CONTRACEPȚIA ÎN PREMENOPAUZĂ**

*Liga Italiană de Luptă contra Tumorilor. or. Trento, Italia. USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău Moldova*

**Întroducere.** În această prezentare, metodele contraceptive disponibile vor fi analizate în funcție de beneficii și riscuri.

**Obiective.** Alegerile și recomandările contraceptive, sunt în dependență de unele caracteristici ale perimenopauzei ca fază de viață:

- a) Creșterea în funcție de vârstă a riscurilor cardiovasculare și a altor factori de risc.
- b) Modificări ale ciclului menstrual, incluzând apariția menoragiei.
- c) Fluctuații hormonale contribuind la simptome psihovegetative (simptomele vasomotorii sunt prezente de la 60% la 80% din femeile în postmenopauză, și la 90% din femeile în perioada perimenopauzală).
- d) Creșterea incidenței depresiei, tulburărilor de anxietate.

Fiecare femeie trebuie să fie considerată absolut individuală, deoarece sunt prezente asocierea acestor afecțiuni.

**Material și metode.** Metode de contracepție puse în discuție: criterii de eligibilitate medicală (OMS, domeniul sănătății sexuale și reproductive), orientări ale organizațiilor științifice internaționale,

**Rezultate:** Metodele pot fi caracterizate prin eficacitatea lor, inclusiv modul lor de aplicare, riscurile lor pentru sănătate, efectele secundare și potențialul lor preventiv și terapeutic. Ajutând o femeie în perioada perimenopauzală să găsească o metodă contraceptivă care i se potrivește cel mai bine, se bazează pe prioritățile și valorile ei personale, profilul de risc medical și psihologic, plângerile ei care afectează calitatea vieții și experiențele ei anterioare.

Preferințele femeilor pot exclude unele metode (convingeri de sănătate, valori culturale, experiențe anterioare). Femeile sănătoase în perioada perimenopauzală (fără riscuri majore și plângeri) pot folosi toate metodele disponibile cu un profil de risc avantajos (fără contraindicații medicale). Cea mai mare eficacitate datorită acțiunii independente de utilizator, combinată cu absența riscurilor cardiovasculare sunt DIU de cupru, LNG (progestinic) și implante. Pentru a minimiza problemele de sângerare, DIU cu LNG s-au dovedit a fi cele mai bune metode. Pentru femeile cu tulburări climacterice, risc înalt de osteoporoză, probleme de sănătate mintală trebuie implementată contracepția cu Estriol.

**Concluzie:** Consilierea contraceptivă în perimenopauză este o activitate importantă de menținere și de promovare a sănătății femeii.

**SUMMARY**

**CONTRACEPTION IN PREMENOPAUSE**

Methods can be characterized by their efficacy, including their mode of application, their health risks, their side effects and their preventive and therapeutic potential. Helping a woman in the perimenopausal period to find a contraceptive method that fits her best is based on her personal priorities and values, the medical and psychological risk profile, her complaints that affect her quality of life and her past experiences.

Ioana Pavaleanu<sup>1</sup>, Raluca Balan<sup>2</sup>, Simona Eliza Giusca<sup>2</sup>, Ludmila Lozneau<sup>2</sup>, Roxana Avadanii<sup>2</sup>,  
Irina Draga Caruntu<sup>2</sup>, Mihaela Grigore<sup>1</sup>, Maricica Pavaleanu<sup>3</sup>, Cornelia Amalinei<sup>1</sup>  
**NEOPLAZII OVARIENE DEZVOLTATE PE LEZIUNI ENDOMETRIOZICE PREEXISTENTE**

<sup>1</sup> UMF "Gr. T. Popa" Iasi-Departamentul Medicina Mamei si Copilului.

<sup>2</sup> UMF "Gr. T. Popa" Iasi- Departamentul Stiinte Morfofunctionale. <sup>3</sup> Universitatea Apollonia Iasi, România

**Cuvinte cheie:** endometrioza, tumora ovarian

**Introducere:** Capacitatea de transformare maligna a endometriozei este cunoscuta: fie implantele endometrioze pot suferi direct transformarea maligna, fie ambele procese impart aceleasi mecanisme precursoare si/factori predispozanti.

Cancerul ovarian asociat endometriozei apare la 60-80% din cazuri in asociere cu endometrioza atipica si este reprezentat de carcinomul cu celule clare si carcinomul endometrioid.

**Obiective:** Studiul vizeaza identificarea modificarilor atipice dezvoltate in cazul leziunilor de endometrioze ca si leziuni precursoare ale carcinoamelor endometrioide sau carcinoamelor cu celule clare precum si asocierea acestora .

**Material si metoda:** Studiul reprezinta o analiza retrospectiva a cazurilor de neoplazie ovariana cu celule clare si a carcinoamelor endometrioide internate la Institutul Regional de Oncologie in perioada 01 03 2012 si 01 03 2017.

**Rezultate:** Au fost identificate 21 de cazuri internate si tratate pentru aceste afectiuni.

Comparativ cu alte variante histologice de cancer ovarian, acestea au fost asociate cu un prognostic defavorabil.

**Concluzii:** Dificultatile de diagnostic in endometrioza sunt cauzate in parte de lipsa de specificitate a simptomelor, cele mai frecvent intilnite fiind dismenoreea, durerea pelvina si infertilitatea.

Asocierea cu neoplaziile reprezinta un motiv in plus in dorinta de a o diagnostica precoce, de a o trata adecvat si de a o supraveghea corespunzator.

Focşa Artur

## EXAMINAREA ECOGRAFICĂ ANTENATALĂ A ARCULUI AORTIC FETAL

*Cabinet obstetrică-ginecologie "Gynelux", Zalău, România*

Variațiile anatomice ale Arcului Aortei (AA) și ale ramificațiilor sale sunt comune în populația generală. Extinderea examinării cordului fetal pe crosa aortei permite depistarea celor mai frecvent întâlnite variante de AA și ne ofera posibilitatea excluderii altor anomalii cardiace sau extracardiace asociate.

Existența unei variante "neobișnuite" de AA poate fi asociată unor probleme genetice și crește semnificativ riscul afecțiunilor neurologice sau de boală a aortei toracice (anevrism, disecție, ș.a.). Aceste anomalii sunt considerate biomarker. AA atipic care nu este asociat cu defecte cardiace poate avea la bază deleția cromozomului 22q11.

Există 2 grupe mari de AA atipic: 1) anomalii ale ramificațiilor AA (cel mai des întâlnite); 2) anomalii ale AA propriu-zis (AA întrerupt, coarctăție de aortă, AA pe dreapta, aorta dublă). Crosa aortei cu 2 vase se întâlnește în variantele: artera carotidă comună (ACC) stg și trunchiul brahiocefalic (TB) cu bază comună pe AA; ori ACCstg are originea pe TB. Crosa aortei cu 4 vase poate avea artera vertebrală stg sau artera subclavia dr aberante. Anomaliile arcului aortic propriu-zis întâlnite mai frecvent sunt: "crosa pe dreapta" și AA dublu.

Actuala lucrare prezintă fundalul embriologic și aspectul anatomic al acestor "atipii". Sunt descrise cazuri de AA cu 2 vase, artera subclavia dr aberantă și AA pe dreapta, un caz de coexistență a originii comune a ACC stg cu TB și arterei vertebrale stg aberante, depistate în cadrul unor examinări ecografice standard.

Gheorghe Iliev<sup>1</sup>, Maria Stamatina<sup>2</sup>, Daniela Scripcaru<sup>3</sup>, Eusebiu Vlad Gorduza<sup>4</sup>

## VENA CAVĂ SUPERIOARĂ STÂNGA PERSISTENTĂ. DIAGNOSTIC ECOGRAFIC PRENATAL. CONDUITA OBSTETRICALĂ ȘI CONSIDERAȚII REFERITOARE LA POPULAȚIA DE COPII ȘI ADULȚI.

<sup>1</sup> Centrul Medical Dr. Gh. Iliev, Iași, România <sup>2</sup> Departamentul de Neonatologie, UMF "Gr.T. Popa" Iasi, România.

<sup>3</sup> Laboratorul de Anatomie Patologică, SCOG "Cuza Vodă", Iași, România.

<sup>4</sup> Departmentul de Genetică Umană, of Neonatology, Iași, România

**Cuvinte cheie:** Venă cavă superioară stânga persistentă, ecocardiografie fetală, diagnostic prenatal, diagnostic post-natal, ecocardiografie transtoracică.

**Obiective.** Vena cavă superioară stânga persistentă (VCSSP) este cea mai frecventă anomalie venoasă toracică. Identificarea postnatală a VCSSP în ecocardiografia transtoracică este dificilă. În general, la copii și adulți, malformația este descoperită accidental în timpul cateterizării cardiace prin vena subclaviculară stânga (VSCS). Prezentăm importanța ecocardiografiei fetale în diagnosticul prenatal al VCSSP și implicațiile clinice prenatale și postnatale ale acesteia.

**Material și metode.** Am efectuat studiul în perioada 01.01.2008-31.07.2018. Am practicat de rutină ecocardiografia fetală aprofundată în cadrul morfologiei fetale din trimestrul doi și trei de sarcină conform recomandărilor The International Society of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology (ISUOG) Practice Guidelines (2006, 2013). Am identificat VCSSP în incidența trei vase ca un vas supranumerar situat în stânga trunchiului pulmonar. Am identificat în incidența patru camere sinusul coronar (SC) dilatat.

**Rezultate.** Am diagnosticat 33 de cazuri cu VCSSP: A) 6 cazuri asociate cu malformații cardiace severe complexe, dintre care 2 cazuri cu agenezie de venă cavă superioară dreapta (VCSD); B) 4 cazuri asociate cu defect septal ventricular, dintre care 1 caz cu agenezie de VCSD; C) 10 cazuri asociate cu malformații extra-cardiace; D) 13 cazuri cu VCSSP izolată, dintre care 2 cazuri cu agenezie de VCSD. Conduita obstetricală a fost stabilită în funcție de complexitatea cazurilor.

**Concluzii.** Diagnosticul ecografic prenatal al VCSSP este facil. Conduita obstetricală este stabilită în funcție de complexitatea cazurilor. În același timp, la copii sau adulți, identificarea prenatală a VCSSP permite evitarea dificultăților sau a complicațiilor la cateterizarea cordului drept prin VSCS.

#### SUMMARY

##### PERSISTENT LEFT SUPERIOR VENA CAVA. PRENATAL ULTRASOUND DIAGNOSIS. OBSTETRICAL APPROACH AND CONSIDERATIONS IN CHILDHOOD AND ADULTHOOD.

**Objectives.** The persistent left superior vena cava (PLSVC) is the most common thoracic vein abnormality. Postnatal identification of PLSVC in transthoracic echocardiography is difficult. Generally, in children and adults, the malformation is accidentally detected during cardiac catheterization via the left subclavian vein (LSCV). We present the importance of fetal echocardiography in prenatal diagnosis of PLSVC and its prenatal and postnatal clinical implications.

**Material and methods.** We conducted the study between 1<sup>st</sup> January 2008 – 31<sup>st</sup> July 2018. We routinely performed fetal echocardiography in the second and third trimester of pregnancy as recommended by The International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology Practice Guidelines (2006, 2013). We identified PLSVC in the three vessels view as a supernumerary vessel to the left of the pulmonary trunk. We have identified dilated coronary sinus in the four-chamber view.

**Results.** We have diagnosed 33 cases with PLSVC: A) 6 cases associated with severe cardiac malformations, of which 2 cases with right superior vena cava agenesis (RSVC); B) 4 cases associated with ventricular septal defect, of which 1 case with RSVC agenesis; C) 10 cases associated with extra-cardiac pathology; D) 13 cases with isolated PLSVC, of which 2 cases with RSVC agenesis. Obstetrical approach was determined according to the complexity of the cases.

**Conclusions.** The prenatal ultrasound diagnosis of PLSVC is easy. Obstetrical approach is determined according to the complexity of the cases. At the same time, in children or adults, prenatal identification of PLSVC allows avoiding difficulties or complications in case of right heart catheterization by LSCV.



Дубчак А.Е. Милевский А.В.

#### БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ В АНАМНЕЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ.

*ГУ "Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины", г. Киев*

В работе установлен значительный процент осложнений течения беременности, родов, состояния плода и новорожденного у женщин без прегравидарной подготовки. При этом наиболее часто встречается угроза прерывания беременности (почти у 100% обследованных).

**Ключевые слова:** беременность, роды, бесплодие, прегравидарная подготовка.

**Введение.** По статистическим данным, в мире, бесплодием страдает каждая пятая супружеская пара, в Российской Федерации эта патология встречается не меньше, чем в 15-17% браков [1], в Украине около 1 млн. супружеских пар бесплодные [2].

В некоторых зарубежных странах, в частности в США и Германии, отмечают, что процент бесплодных пар растет именно за счет трубно-перитонеального фактора, поскольку с конца 70-х годов отмечается стремительный рост заболеваний, которые передаются половым путем и медицинских аборт [3,4,5].

Общепризнанно, что факт наступления беременности - это основной критерий преодоления бесплодия. Однако для конкретной пациентки не менее важным является благополучное завершение полученной беременности и рождение живого ребенка.

Далеко не все беременности после преодоления трубно-перитонеального бесплодия (ТПБ) заканчиваются рождением живого, здорового ребенка. Серьезность проблемы вынашивания беременности подтверждается высоким уровнем перинатальных потерь, которые составляют приблизительно 30-50% [6].

**Цель исследования.** Изучение течения беременности и родов у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе, в зависимости от прегравидарной подготовки.

**Материалы и методы.** Обследовано 90 беременных женщин (основная группа) с бесплодием воспалительного генеза в анамнезе. 65 из них (1 группа) до беременности прошли противовоспалительное лечение и возбудители инфекций передающихся половым путем, у них не выявлялись, 25 женщин (2 группа) до беременности не лечились или не вылечились в полном объеме. Контрольную (3 группу) составили 30 беременных с физиологическим течением беременности, у которых не было бесплодия в анамнезе.

Обследование проводилось с первых дней установления беременности, до 5 суток послеродового периода.

**Результаты.** В результате проведенных исследований установлено, что течение беременности в 70 (77,8%) пациенток основной группы осложнилось угрозой прерывания беременности, в контрольной группе эта патология наблюдалась в 4 (13,3%) случаев ( $p < 0,001$ ). Угроза прерывания беременности в сроке до 8 недель беременности была у всех женщин, которые не лечились до беременности. Критическими сроками угрозы прерывания беременности у женщин с ТПБ были 5-8, 16-18 и 28-30 недель.

Изучение течения беременности у обследованных женщин с ТПБ в зависимости от проведенного лечения до наступления беременности свидетельствует, что угроза прерывания беременности наблюдалась в 92,0% женщин, которые не получали противовоспалительную терапию или получали ее не в полном объеме,  $p < 0,05$ . Хронический ДВС-синдром отмечался почти втрое чаще у женщин, которые не получали прегравидарную подготовку в достаточном количестве, ранний токсикоз - в 5,3 раза, анемия беременных - почти в 5 раз ( $p < 0,05$ ).

Хорионит выявленный почти у всех женщин, которые не получали надлежащей прегравидарной подготовки, частичная отслойка хориона наблюдалась почти в 11 раз чаще чем в обследованных основной группы, которые лечились по поводу воспалительных заболеваний внутренних половых органов, гипоплазия хориона - в 21 раз.

В II и III триместре беременности обнаружено улучшение течения гестации у пациенток с ТПБ в анамнезе, но практически по большинству изученных параметров частота акушерских осложнений у женщин основной группы превышала показатели контрольной группы. Угроза прерывания беременности в обследованных основной группы была в 7,2 раза выше, чем у женщин контрольной группы ( $p < 0,05$ ), анемия определялась почти у каждой третьей беременной основной группы, гестоз - в 7,7% пациенток. Плацентарная дисфункция диагностирована в 30 (33,3%) пациенток основной группы и хронический ДВС-синдром - в 28 (32,2%) обследованных женщин с бесплодием в анамнезе. У 2 (2,2%) женщин основной группы была истмико-цервикальная недостаточность, в 3 (3,3%) - гипотрофия плода I ст. В III триместре все осложнения беременности не превышали 20%. Однако угроза преждевременных родов, анемия беременных, гестоз I - II ст. сохранялся почти у каждой пятой пациентки, что, возможно, связано с наличием у них хронического воспалительного процесса внутренних половых органов и персистенцией микроорганизмов.

Своевременными родами беременность закончилась в 77 (85,6%) обследованных основной группы. Преждевременными родами в 8 (8,9%) женщин с ТПБ. Самопроизвольный выкидыш произошел в 5 (5,6%) пациенток основной группы. Анализируя завершение беременности у обследованных женщин в зависимости от прегравидарной подготовки, обнаружен значительный процент осложнений у пациенток, которые не получали, или получали не в полном объеме, прегравидарную подготовку. В 59 (90,8%) женщин с ТПБ, которые получали лечение до беременности, беременность закончилась своевременными родами, у женщин 2 группы - в 72%, тогда как в контрольной группе 100% пациенток родили вовремя. Самопроизвольный выкидыш произошел в 4 (16%) обследованных 2 группы, в 1 группе - у 1 (1,5%) пациентки.

При анализе перинатальных последствий и заболеваний новорожденных нами было установлено, что у каждого пятого новорожденного 2 группы оценка по шкале Апгар менее 7 баллов, у каждого шестого - ишемическо-травматическое поражение ЦНС, из-за высокой частоты преждевременных родов в 16,7% наблюдений возникла необходимость в проведении реанимационных мероприятий и в переводе на второй этап лечения. Кроме этого, в 11,1% новорожденных 2 группы диагностировалась пневмония, в 5,6% - конъюнктивит.

**Выводы.** Таким образом, несвоевременное и неадекватное лечение генитальных инфекций у женщин с ТПБ является не только фактором риска осложнений течения беременности и родов, но и высокой перинатальной заболеваемостью.

Наши исследования свидетельствуют о необходимости проведения адекватной этиотропной терапии женщинам с бесплодием воспалительной этиологии.

Dubchak A., Milievskiy O.

## **PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH A HISTORY OF TUBE-PERITONEAL INFERTILITY IN DEPENDENCE ON THE CONDUCTED PREGRAVIDANT PREPARATION**

*State Institution "Institute of pediatrics, Obstetrics and Gynaecology of Academy of medical science of Ukraine"*

Pregnancy and delivery in women with a history of tube-peritoneal infertility.

We study the frequency of complications of pregnancy and delivery in women with a history of tube-peritoneal infertility.

Features of motion of pregnancy and delivery, state of fetus and new-born in women with a history of tube-peritoneal infertility of inflammatory genesis.

It has been developed the clinic-paraclinical criteria of complication origin in pregnant women depending on the conducted pregravidant preparation and mathematical model and algorithm of complication prognosis. Key words: pregnancy, infertility, delivery, treatment.

Литература

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. В.И.Кулакова.-М.:ГЭОТАР-МЕДИА, 2005.-616 с.
2. Національні громадські слухання з питань виконання Національної програми «Репродуктивне здоров'я 2001-2005»: 36. мат. / За ред. А. Гука, Н. Жилки та ш..- К.: Вид-во Раєвського, 2005.- 96 с.
3. The Johns Hopkins manual of gynecology and obstetrics/ Edited by Lambrou N.C., Morse A.N., Wallach E.E. - Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999. - 453 p.
4. Felberbaum R. Rationelle Therapie bei unerfulitem Kinderwunsch aus gynakologischer Sicht / Felberbaum R., Diedrich K. // Focus MUL. - 1998. - 15. - № 4. - S. 232-236.
5. Carey J.Ch. Obstetrics and Gynecology / Carey J.Ch., Rayburn W.F. // Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002. - 429 p.
6. Здановский В.М. Течение и исход беременностей после лечения бесплодия методами вспомогательной репродукции / Здановский В.М., Витязева И.И. // Проблемы репродукции. - 2000. - № 3. - С. 55-56.

Н.С. Луценко

## **ПРИМЕНЕНИЕ СЕЛЕКТИВНЫХ МОДУЛЯТОРОВ ЭСТРОГЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ**

*Запорожская медицинская академия последипломного образования, Украина*

**Введение.** В настоящее время подробно изучены морфологические изменения в тканях глаза, подтверждающие гипотезу, что глаукома чаще встречается при преждевременном старении организма и изменения, выявленные в дренажной системе глаза, являются частным проявлением инволюционных процессов во всем организме. Многие авторы считают, что независимой детерминантой качества жизни, физического состояния, старения является уровень половых стероидов. Исследования выявили увеличение частоты встречаемости первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) при ранней менопаузе или после хирургической менопаузы. Известно, что селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов (СЭРМ) применяются при лечении нейродегенеративных заболеваний.

**Цель исследования** – изучить содержание половых стероидных гормонов (эстрадиол, тестостерон) у женщин при ПОУГ и оценить эффективность применения препаратов СЭРМ в комплексном лечении

**Материалы и методы исследования.** Содержание половых стероидных гормонов изучено у 84 женщин (117 глаз) с ПОУГ и 45 женщин (90 глаз) аналогичного возраста, без глаукомы. Применение препаратов СЭРМ проводилось на основе информированного согласия у 39 больных (64 глаза) с первичной нестабилизированной глаукомой, но компенсированным внутриглазным давлением (ВГД). Пациентки были разделены на 2 подгруппы. Первая ( 22 больных, 36 глаз) получала в качестве СЭРМ - климадинон в виде таблеток или в виде капель 80мг/сутки в 2 приема на протяжении 3 месяцев. Вторая подгруппа (17 больных, 28 глаз) – ливиал, по 1,25 мг в сутки на протяжении 3 месяцев. Каждые 3 месяца курс терапии повторялся. Контрольную группу составили 18 женщин (28 глаз). Возраст больных колебался от 50 до 76 лет, в среднем составил 64,4±1,8 года.

**Результаты.** Установлено, что у женщин с ПОУГ отмечалось снижение содержания эстрадиола в 3,6 раза и увеличение уровня тестостерона в 2,9 раза по сравнению с контрольной группой. Применение препаратов Ливиал и Климадинон в комплексном лечении способствовало стабилизации глаукомного процесса у 58,8 %, улучшению – у 37,3%. В контрольной группе стабилизация отмечалась в 39,3 %, улучшения не наблюдалось ни у одного пациента, а ухудшение отмечалось в 60,7 % случаев.



**Заключение.** Включение в комплекс лечения больных первичной открытоугольной глаукомой с компенсированным ВГД препаратов СЭРМ (климадинон, ливиял) патогенетически обосновано и способствует не только стабилизации процесса, но и улучшению зрительных функций.

#### SUMMARY

#### USING OF SELECTIVE ESTROGEN RECEPTORS MODULATORS IN TREATMENT OF WOMAN WITH PTYMARY OPEN ANGLE GLAUCOMA

In this article are presented the results of examination of sex steroid hormones level in 84 women with primary open angle glaucoma (POAG) and 45 healthy woman. Established the expressed deficit of estradyol in patients with glaucoma. The using of selective estrogen receptors modulators of in complex treatment of 39 women (64 eyes) with glaucoma leads to the stabilization of glaucoma process, increasing visual acuity, improvement of hydrodynamic parameters.



Краснопольский В.И., Новикова С.В., Малиновская В.В., Куш А.А.,  
Шугинин И.О., Цивцивадзе Е.Б., Агаджанова Е.А.

#### **ПРОФИЛАКТИКА ВУИ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

*ГУЗ МОНИИАГ, ГУНИИ эпидемиологии и микробиологии им.*

*Н.Ф. Гамалеи, НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского РАМН, Москва, Россия*

Значение герпесвирусных инфекций в развитии ВУИ подтверждено многочисленными исследованиями, доказавшими, что у новорожденных с перинатальной патологией, обследованных в первые дни жизни для выявления представительской группы вирусов, врожденная герпесвирусная инфекция выявлялась достоверно чаще (63,3%), чем у здоровых детей.

**Цель и задачи исследования:** оптимизация лечебных мероприятий у беременных группы высокого риска в отношении развития ВУИ.

**Материалы и методы исследования:** под наблюдением находилось 150 беременных с ВПГ-2 инфекцией, 50 – с ВПГ-1 инфекцией и 120 с ЦМВ инфекцией. Терапия проводилась путем применения генно-инженерного рекомбинантного препарата виферон, представляющего собой  $\alpha$ -2-интерферон, ассоциированный с антиоксидантами. Виферон назначался с 14 недель беременности. Были разработаны и применены следующие схемы лечения: виферон 500000 МЕ по 1 свече через 12 часов (2 раза в день) в течение 10 дней, затем по 1 свече через 12 часов (2 раза в день) дважды в неделю – 10 свечей. Далее через 4 недели проводились профилактические интерферонстабилизирующие курсы препарата виферон 150000 МЕ по 1 свече каждые 12 часов в течение 5 дней. Профилактические курсы повторяли каждые 4 недели. Были применены общеклинические, ультразвуковые, вирусологические (ПЦР, RтПЦР, БКМ, тИФА, определение avidности антител) и иммунологические методы исследования (определение ИФН $\alpha$ , ИФН $\gamma$ , ИЛ 1 $\beta$ , ИЛ 6, ИЛ 8).

**Результаты:** на фоне проводимого лечения отмечено снижение общего числа случаев внутриутробной инфекции более чем в 3 раза, в том числе тяжелых ее форм (внутриутробная пневмония, сепсис) с 26,7 до 5,2%. С 25 до 11,3% уменьшилось число случаев перинатальной патологии неинфекционного генеза (ЗВУР, хроническая гипоксия, асфиксия при рождении, нарушение мозгового кровообращения). Частота перинатальных осложнений у новорожденных на фоне проведения виферонотерапии была обратно пропорциональна количеству курсов виферона. Общая частота осложнений беременности (ФПН, гестоз, угроза прерывания беременности) снизилась в 2 раза.

**Выводы:** проведенные исследования свидетельствуют о том, что применение виферона у беременных с герпесвирусной инфекцией улучшает состояние здоровья новорожденных и снижает частоту осложнений беременности, родов и раннего неонатального периода в результате опосредованного положительного воздействия проводимой иммунокоррекции на формирование иммунитета плода и новорожденного. Это имеет важное медико-социальное значение, поскольку способствует снижению перинатальных осложнений.

#### SUMMARY

#### PREVENTION OF INTRAUTERINE INFECTION IN PREGNANT WOMEN WITH HSV

Due to the high risk of IUI in children, born from mothers with HSV infection, an attempt was made to optimize the tactics of this group of patients. Examined and treated 320 pregnant women with HSV-2, HSV-1, CMV infection.

Therapy was conducted by using genetically engineered recombinant product Viferon representing the  $\beta$ -2-interferon, associated with antioksidants. Resulting from the treatment the total number of cases of intrauterine infection decreased in more than 3 times, including heavy forms (intrauterine pneumonia, sepsis) from 26,7 to 5,2%.



Милица К.Н., Луценко Н.С., Милица Н.Н.

## **ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОК С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

*Государственная медицинская академия последипломного образования, г.Запорожье, Украина.*

**Введение.** Известно, что дисплазия соединительной ткани (ДСТ) является, в настоящее время, широко распространенной и мало диагностируемой патологией, которая влияет на состояние тканей, а, следовательно, на процессы инволюции, репарации, ..... Учитывая отсутствие сведений об особенностях восстановления целостности тканей при сочетании таких состояний как климактерический синдром (КС) и ДСТ, целью работы стало: изучить предрасполагающие факторы развития несостоятельности передней брюшной стенки у пациенток с климактерическим синдромом и недифференцированной дисплазией соединительной ткани и определить особенности периперационной тактики.

**Материал и методы.** Обследовано методами анкетирования и антропометрии 316 пациенток хирургического стационара на наличие дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Фенотипические признаки дисплазии выявлены у 76 пациенток. Климактерический синдром (КС) диагностирован у 49 женщин с ДСТ.

**Результаты работы.** В наших предыдущих экспериментальных и клинико – морфологических исследованиях доказано нарушение процессов коллагенообразования, длительное (до 12 мес.) формирование рубцовой ткани апоневроза с исходом в ее несостоятельность в послеоперационном периоде при ДСТ. Сочетание ДСТ с КС, то есть с характерной для последнего редукцией коллагенообразования, ведет к взаимоотягощающему влиянию, что проявляется развитием грыж, в том числе и послеоперационных, увеличением окружности живота, формированием «отвислого живота».

**Выводы:** при оперативных вмешательствах у женщин с КС и ДСТ для профилактики формирования послеоперационных грыж, отвислого живота необходимо использование сетчатых трансплантов, а в послеоперационном периоде проводить ЗГТ в режиме не менее 6 мес. (при отсутствии противопоказаний).

### **SUMMARY**

#### **PECULIARITY OF PERIOPERATION TACTIC FOR PATIENTS WITH CLIMACTERIC SYNDROME AND DISPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE.**

The questions of prophylaxis of afteroperation complications are in-process examined, as insolveny of front abdominal wall for patients with displasia of connective tissue and climacteric syndrome. Drawn conclusion about the necessity of the use of reticulated transplants during an operation and use of hormonotherapy during 6 month.



Новикова С.В., Малиновская В.В., Куц А.А., Агаджанова Е.А., Цивцивадзе Е.Б.

## **ВИФЕРОНОТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

*ГУЗ МОНИИАГ, ГУНИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского РАМН, Москва, Россия*

Герпетическая инфекция у беременных создает серьезный риск внутриутробного инфицирования плода и неблагоприятного исхода беременности. Вирус простого герпеса (ВПГ) – этиологический агент этой инфекции, нередко является причиной развития неврологических, соматических и эндокринных проблем у новорожденных детей и детей более старшего возраста. У беременных ВПГ- инфекция встречается в 7 – 35% случаев, а в последнее время этот показатель постоянно увеличивается.

**Цель и задачи исследования:** улучшение перинатальных исходов у беременных с ВПГ- инфекцией путем оптимизации диагностики и проведения адекватной интерферонкорректирующей терапии.

**Материалы и методы исследования:** было обследовано 60 беременных с ВПГ- инфекцией, наблюдавших-ся в МОНИИАГ. Исследования проводились в динамике, начиная со II триместра беременности: в 14 недель,

22-24 недель и перед родоразрешением. Были применены общеклинические, а также вирусологические (БКМ), молекулярно-биологические (ПЦР, ПЦР real-time), серологические (*mИФА*) и иммунологические методы исследования. Пациентки были разделены на 2 группы: 27 (45%) из них получали базисную терапию, 33 (55%) беременным дополнительно проводилась виферонотерапия. Виферон-500000 МЕ назначался с 14 недель беременности *reg gestum* по разработанной схеме: по 1 свече через 12 часов в течение 10 дней (20 свечей), далее по 1 свече через 12 часов дважды в неделю (10 свечей).

**Результаты:** во время беременности ВПГ элиминировал из организма у 9 женщин (27,3%), получавших в дополнение к базисной терапии препарат виферон-500000 МЕ. На фоне виферонотерапии ни в одном наблюдении не отмечено реактивации ВПГ во время данной беременности. Среди беременных, не получавших виферон, элиминация вируса выявлена лишь в 3 наблюдениях, что составило 11,1 %. У 7 беременных (25,9%), не леченных вифероном, зарегистрировано нарастание титра низкоавидных (индекс авидности < 50%) антител класса IgG, что свидетельствовало о реактивации герпесвирусной инфекции. В группе женщин, получавших виферон-500000 МЕ случаев реактивации герпесвирусной инфекции не было. В обеих группах беременных первичного инфицирования не зафиксировано.

**Выводы:** включение виферона - 500000 МЕ в условиях амбулаторно-поликлинического наблюдения в комплексное лечение беременных с ВПГ-инфекцией с 14 недель беременности способствует элиминации вируса из организма в 2,5 раза чаще по сравнению с нелечеными вифероном, а также снижает риск реактивации герпесвирусной инфекции во время беременности. В конечном итоге это позволит снизить показатели перинатальной инфекционной заболеваемости.

#### SUMMARY

#### TREATMENT BY VIFERON IN PREGNANT WOMEN WITH HERPES INFECTION.

Herpetic infection in pregnant women poses a high risk of intrauterine fetal infection and adverse pregnancy outcomes. In order to improve perinatal outcomes were examined 60 pregnant women with HSV infection, starting at 14 weeks of gestation. In the group of patients treated in addition to standard treatment by Viferon-500000 IU, elimination of the virus detected in 27.3%, and there have been no cases of reactivation of HSV.



Коркан А.И.

#### ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Хирургическое лечение бесплодия является наиболее технически затратным и трудно достижимым в плане получения результата лечебным процессом, поэтому преодоление бесплодия и рождение ребенка несет в себе стратегическое видение совершенно отличное от понимания других патологических состояний женского организма. Перед хирургическим лечением бесплодия проводится оценка репродуктивных системы обоих супругов и проводится диагностика инфекционных процессов способных вызвать патологические состояния. В нашем исследовании при проведении ПЦР на урогенитальные инфекции обнаружилось, что: пять и более специфических групп возбудителей определяются в 0,9±0,06% случаев, четыре в 24,6±1,3%, три возбудителя УГИ в 55,3±0,7%, два в 19,1±1,4% и ни в одном случае не удалось определить моноинфекцию. В момент проведения самого оперативного лечения мы четко придерживаемся алгоритма, который включает в себя обследование в раннюю секреторную фазу, три этапа хирургического исследования (гистероскопия, лапароскопия, фаллопоскопия или ампулоскопия), прогностическая оценка вероятной беременности, и гормональная поддержка или даже стимуляция суперовуляции в следующий менструальный цикл после операции. И как результат при оценки эффективности проведенного лечения с учетом данных ВРТ, мы получили 62% беременностей в группе после хирургического лечения.

Нургалиева Г.Т.<sup>1</sup>, Бологан И.<sup>2</sup>, Манабаева Г.К.<sup>1</sup>, Кыстаубаева А.С.<sup>1</sup>.

## МАТЕРИНСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ РАННЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

<sup>1</sup>Государственный медицинский университет г. Семей, кафедра акушерства и гинекологии.

<sup>2</sup>Государственный Университет Медицины и Фармации имени Николая Тестемицану, кафедра акушерства и гинекологии № 1. Кишинев, Молдова

**Введение:** по данным ВОЗ тяжелая преэклампсия осложняет от 2 до 8 % всех беременностей, а так же остается одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. В Казахстане удельный вес гипертензивных состояний, как осложнений во время беременности в 2016г.- 4,5 %, в ВКО данный показатель выше республиканского и составляет 5,7%.

**Цель:** изучить материнские и перинатальные исходы при преэклампсии тяжелой степени в 24-34 недели беременности в зависимости от тактики ведения.

**Материалы и методы:** было проведено поперечное исследование материнских и перинатальных исходов с преэклампсией тяжелой степени в 24-34 недели за 2013 и 2016 гг. в г. Семей РК. В 2013 году при преэклампсии тяжелой степени в 24-34 недели применялась активная тактика: родоразрешение после проведения СДР-профилактики, в 2016 году - выжидательная тактика: пролонгирование беременности до 34 недель при наличии условий (стабильное состояние матери и плода, отсутствие жалоб и биохимических изменений крови) и при динамическом наблюдении за состоянием матери и плода, при ухудшении состоянии матери или плода – родоразрешение.

**Результаты:** И при активной, и при выжидательной тактике оперативное родоразрешение преобладало над родами через естественные родовые пути. Выжидательная тактика при преэклампсии тяжелой степени не повлияла на среднее время нахождения родильницы после родов (в среднем 7,5 дней при выжидательной тактике, 7,9 дней при активной тактике), увеличение количества койко-дней до родов (12,94 дня при выжидательной тактике, 3,9 дня при активной тактике) имеет большое значение для профилактики развития у недоношенного новорожденного РДС-синдрома. Отмечается уменьшение среднего времени нахождения новорожденных в ПИТ при выжидательной тактике М=5,58; Ме=3; IQR=9; в контрольной группе: М=7,13; Ме=4; IQR=10. Выживаемость в группе детей с экстремально низкой массой тела в основной группе увеличилась с 36,5 % до 49,6%; в группе с очень низкой массой при рождении этот показатель вырос более значительно с 59,1% до 92,4 %. Частота неблагоприятных перинатальных исходов при выжидательной тактике составила -13,9%, при активной тактике -17,1%, выявленная разница статистически значимая: критерий Хи-квадрат с поправкой Йейтса = - 0,496; p<0,001.

**Выводы:** не было получено убедительных данных о неблагоприятном влиянии выжидательной тактики ведения ранней преэклампсии тяжелой степени на материнские исходы, выживаемость в группе детей с экстремально низкой массой тела увеличилась с 36,5 % до 49,6%.

### SUMMARY

#### MATERNAL AND PERINATAL OUTCOMES IN EXPECTANT MANAGEMENT OF EARLY ONSET SEVERE PREECLAMPSIA

For today in the world there is no common management of conducting concerning preeclampsia, developed in 24-34 weeks of pregnancy. It was a transverse study of maternal and perinatal outcomes in active and expectant management of early onset severe preeclampsia. **Conclusion:** There was no convincing evidence of the adverse effect on maternal outcomes in expectant management of early onset severe preeclampsia, survival rate of children with extremely low body weight increased from 36.5% to 49.6%.

Кыстаубаева А.С.<sup>1</sup>, Бологан И.<sup>2</sup>, Танышева Г.А.<sup>1</sup>, Семенова Ю.М.<sup>1</sup>, Нургалиева Г.Т.<sup>1</sup>.

## ОПЫТ РАЗРАБОТКИ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ГРАВИДОГРАММЫ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ КАЗАХСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

<sup>1</sup>Государственный Медицинский Университет г. Семей, кафедра интернатуры по акушерству и гинекологии. <sup>2</sup> Государственный Университет Медицины и Фармации имени Николая Тестемицану, кафедра акушерства и гинекологии № 1 Кишинев, Молдова

**Введение:** Оценка темпов роста плода при помощи гравидограммы, является одной из эффективных мер, улучшающих диагностику нарушений плода и снижающих перинатальные потери на антенатальном этапе. Гравидограмма, построенная на референсных популяционных значениях, с учетом этнической принадлежности

матери и местности ее проживания повышает качество диагностики малого к гестационному возрасту плода (МГВП).

**Цель:** Разработать и определить диагностическую ценность гравидограммы, построенной на референсных значениях высоты стояния дна матки (ВДМ) популяции этнических казашек.

**Материалы и методы:** Для создания гравидограммы использованы данные 22640 измерений ВДМ, полученных в результате обследования 4170 беременных казахской национальности. По значению среднего арифметического, стандартного отклонения и гестационного срока, проведен расчет z-баллов, равных -1,28; 0; 1,28, что соответствует по значению 10-ому, 50-ому, 90-ому процентилям.

**Результаты:** Тестирование гравидограммы проведено в сравнении с золотым стандартом, в качестве которого использована гравидограмма Belizán J., в проспективном исследовании на выборке из 1362 беременной женщины. 74 случая МГВП были выделены путем тестирования веса новорожденного по неонатальной карте соответствия веса к гестационному сроку, рекомендованной ВОЗ. Кривые, расположенные по 10-ому, ниже 10-ого процентиля, имеющие пересечения процентильных кривых, направленные на понижение и пересечение 10-ого процентиля, были условно отнесены к МГВП. Кривые, располагающиеся по 50-ому, 90-ому, выше 90-ого процентиля или в коридоре между 90-ой – 50-ой и 50-ой – 10-ой процентильными кривыми, расценены как «не МГВП». Диагностическая ценность определена путем расчета чувствительности и специфичности, которые в разработанном графике показали 63% и 72% соответственно, по сравнению с 25% и 84% в действующем графике. Отношение правдоподобия положительного результата теста в новом графике имело результат 2,25 по сравнению с 1,56 в действующем графике. Площадь под ROC-кривой в разработанном графике равна 0,681, 95% ДИ: 0,468; 0,632. В графике Belizán J., данный показатель был ниже в 1,23 раза и составил 0,550, 95% ДИ: 0,605; 0,757.

**Выводы:** Гравидограмма, разработанная на референсных значениях популяции беременных казашек, имеет в 2,5 раза большую чувствительность при выявлении МГВП, чем действующая гравидограмма Belizán J.

#### SUMMARY

#### EXPERIENCE OF DEVELOPMENT OF A POPULATION GRAVIDOGRAM FOR PREGNANT OF KAZAKH ETHNIC GROUP

Estimating of fetal growth rates with gravidogram is one of the effective measures to improve the diagnosis of fetal disorders and reduce perinatal losses at the antenatal stage. Effective perinatal care for high-quality SGA diagnostics suggests using customized gravidograms premised on nationality, anthropometric data, parity, age, fetal gender and concomitant conditions. Conclusions: The gravidogram, developed at the reference values of the population of Kazakh expectant pregnant, has a sensitivity to SGA diagnostic 2,5 times higher than gravidogram of Belizán J.



Raiu Natalia

#### REZULTATELE MATERNE ȘI PERINATALE ÎN OPERAȚIA CEZARIANĂ ELECTIVĂ

*Spitalul Internațional Medpark, Chișinău, Moldova*

**Cuvinte cheie:** operație cezariană electivă, detresa respiratorie neonatală, tahipnee tranzitorie a nou-născutului.

**Introducere.** Rata operațiilor cezariene efectuate la nivel mondial este în continuă creștere. Aspectele etice și medicale ale operațiilor cezariene electivă constituie un subiect controversat și foarte discutat în literatura medicală. Există o variabilitate considerabilă în ceea ce privește termenul sarcinii la care este efectuată operația cezariană, în cazul în care nu există un risc iminent pentru viața mamei sau a fătului. Operațiile cezariene electivă la termenul sarcinii cuprins între 37 și 38 săptămâni de gestație, deși frecvente în practica medicală, nu sunt susținute în literatura de specialitate, care stabilește că operația cezariană electivă trebuie să fie efectuată după a 39-a săptămână de sarcină. Conform datelor existente, operația cezariană electivă efectuată până la 39 săptămâni de sarcină este asociată cu un risc mai mare de complicații materne și complicații respiratorii neonatale.

**Scopul studiului** a fost determinarea incidenței și tipului complicațiilor materne și neonatale în cazul operațiilor cezariene electivă efectuate până la și după a 39-a săptămână de sarcină.

**Material și metode.** Au fost analizate retrospectiv diferențele în rezultatele materne și neonatale în cazul operațiilor cezariene electivă la termen de 37+0 - 38+6 săptămâni și la termen de  $\geq 39+0$  săptămâni, efectuate în SI Medpark în perioada anilor 2013-2017.

**Rezultate.** În perioada anilor 2013-2017 în SI Medpark au fost efectuate 598 operații cezariene electivă. 368 operații cezariene electivă au fost efectuate la termen mai mare sau egal cu 39 s.a., iar 230 operații cezariene electivă au fost efectuate la termenul sarcinii mai mic de 39 s.a. Rata electivă efectuate până la a 39-a săptămână de sarcină a constituit

38,5%. Tahipnee tranzitorie cu necesitate de oxigenoterapie au dezvoltat 28 nou-născuți, dintre care 22 nou-nascuti la termen mai mic de 39 s.a. și 6 nou-nascuti la termen mai mare de 39 s.a. Hipoglicemie au dezvoltat 38 nou-născuți la termen mai mic de 39 s.a. și 11 nou-nascuti la termen mai mare de 39 s.a. Nu s-au constatat diferențe în rezultatele materne în dependența de termenul sarcinii la care a fost efectuată operația cezariană electivă.

**Concluzii.** Rezultatele studiului au evidențiat o incidență mai mare a tahipneei tranzitorii la nou-nascuti în cazul operațiilor cezariene electivă efectuate la termenul sarcinii mai mic de 39 s.a. Decizia clinică despre momentul efectuării operației cezariene electivă, atunci când este discutat cu pacienta și familia ei, trebuie să includă toate riscurile și beneficiile, iar intervenția ar trebui să fie amânată la termen de  $\geq 39+0$  săptămâni pentru a ameliora rezultatele neonatale.



Calaraș Maxim  
**PESARIA CERVICALĂ ÎN PREVENIREA NAȘTERII PREMATURE LA GRAVIDELE  
CU COL UTERIN SCURT**

*Spitalul Internațional Medpark, Chișinău, Moldova*

**Cuvinte cheie:** naștere prematură, beața colului uterin, pesar cervical.

**Introducere.** Nașterea prematură contribuie la peste 50% din totalitatea cazurilor de mortalitate perinatală la nivel mondial. Incompetența cervicală sau beața colului uterin reprezintă unul din multiplii factori de risc ai nașterii premature. Diverse strategii de prevenire a nașterii premature la gravidele cu col uterin scurt sunt descrise în literatura de specialitate. Aplicarea pesarului cervical reprezintă o metodă simplă care nu necesită anestezie, este mai puțin invazivă și poate înlocui cerclajul cervical la această categorie de paciente.

**Scopul studiului** a fost evaluarea utilității pesarului cervical în prevenirea nașterii premature la gravidele cu col uterin scurt.

**Material și metode.** Studiul a inclus 12 gravide cu sarcină monofetală la termen de 18-24 săptămâni și risc înalt de naștere prematură determinat de col uterin scurt  $< 25$  mm confirmat prin examen ecografic transvaginal (anii 2017-2018). Toate gravidele au fost informate despre alternativele existente de prevenire a nașterii premature, riscurile și complicațiile posibile ale fiecărei metode. Anterior aplicării pesarului cervical, toate pacientele incluse în studiu au semnat acordul informat.

**Rezultate.** Vârsta medie a gravidelor incluse în studiu a constituit 28 ani. Nici o gravidă nu au avut în antecedente întrerupere spontană tardivă a sarcinii, iar 2 gravide au prezentat în antecedente naștere prematură. Vârsta medie a sarcinii la care a fost aplicat pesarul cervical a constituit 20 săptămâni. Toate gravide au născut la termen 38-41 spt, fără re poziționarea pesarului pe parcursul sarcinii. Rata nașterilor premature a constituit 0%. Greutatea medie a nou-născuților la naștere a constituit 3000 gr. Nici un nou născut nu a dezvoltat distres respiratoric.

**Concluzie.** Aplicarea pesarului cervical reprezintă o alternativă rezonabilă pentru prevenirea nașterii premature la gravidele cu col uterin scurt.



Elena Mornealo, Diana Al Faraj, Victor Muntean  
**EFICACITATEA TEHNICILOR DE REPRODUCERE ASISTATĂ ÎN CAZURI APARENT DEPĂȘITE.  
ABORDAREA MULTIDISCIPLINARĂ- CHEIA SUCCESULUI. CAZ CLINIC**

*Spitalul Internațional Medpark, Chișinău, Moldova*

**Introducere.** Sindromul de insensibilitate parțială la androgeni reprezintă o formă rară de hipogonadism masculin, cauzată de mutația genei care codifică receptorul androgenic, ceea ce determină rezistența țesuturilor țintă la acțiunea androgenilor. În consecință apare afecțiunea de dezvoltare sexuală – la indivizii cu cariotipul 46 XY nu se produce virilizarea normală în ciuda prezenței testiculelor bilateral și a concentrației de testosteron în limitele sau chiar depășind limitele de referință. Gena incriminată este recesivă, X-linkată, se transmite de la mamă la fiu. Persoanele cu rezistență parțială la androgeni reprezintă ambiguitatea organelor genitale de diferit grad, hipogonadism și infertilitate. Fiind o patologie foarte rară (1 caz la 20000-100000 nașteri de feți genetic masculini), de obicei este doar menționată în ghiduri profesionale, lipsind consensul medical referitor la tratamentul acestor pacienți. Infertilitatea este o caracteristică invariabilă a sindromului de rezistență la androgeni, în majoritatea publicațiilor fiind stipulată drept ireversibilă. În literatură de specialitate sunt citate cazuri unice de naștere a copiilor după tehnici de reproducere asistată, utilizând sperma obținută de la bărbați cu formele ușoare ale sindromului rezistenței la androgeni.

**Prezentarea cazului.** Prezentăm cazul unui pacient cu sindromul de rezistență parțială la androgeni, având fenotipul predominant masculin, dar și ambiguitatea organelor genitale. La vârsta de 33 ani, în cadrul evaluărilor pentru aplicarea tehnicilor de reproducere asistată, prezentând azoospermie, virilizare incompletă a fost diagnosticat primar cu sindromul de rezistență la androgeni. Pacientul a fost tratat cu doze mari de androgeni, rezultând virilizarea ameliorată, urmată de extracția testiculară a spermatozoizilor și injecția intracitoplasmatică a spermei de succes. Munca coordonată în echipă a specialiștilor urolog, endocrinolog, embriolog, reproductolog a rezultat în obținerea sarcinii gemelare și nașterea a doi copii de gen masculin sănătoși.

**Concluzie.** Administrarea dozelor mari de testosteron la pacienți cu rezistență parțială la androgeni poate depăși deficitul funcțional al receptorilor androgenici și rezulta în îmbunătățirea condiției pacientului, ameliorarea pronosticului și chiar restabilirea fertilității. Tehnicile moderne de reproducere asistată aplicate individualizat oferă rezultate de succes, chiar în cazuri aparent depășite.



Tabuica Uliana

## DIAGNOSTICUL ȘI MANAGEMENTUL LEZIUNILOR PRECANCEROASE ALE COLULUI UTERIN

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu",*

*Catedra de Obstetrică-ginecologie*

**Introducere:** Dintre toate tumorile maligne, cancerul cervical poate fi prevenit cel mai eficient prin screening. Obiectivul principal al screening-ului cancerului cervical este de a identifica femeile care prezintă leziuni pre-invasive, astfel încât acestea din urmă să fie eliminate, ducând la împiedicarea dezvoltării cancerului de col uterin invaziv. Screening-ul cancerului cervical poate depista, de asemenea, tipuri asimptomatice de cancer, însă acestea urmează a fi detectate în etapele lor inițiale, spre deosebire de cazurile de cancer detectate pe baza simptomelor clinice, astfel determinându-se îmbunătățirea rezultatelor tratamentului, precum și reducerea mortalității.

Programele eficiente de screening cervical permit reducerea cu circa 80% a incidenței cancerului cervical, dar acest obiectiv poate fi atins doar dacă toate serviciile implicate sunt de înaltă calitate.

**Conținut:** Prezentarea accentuează rolul deosebit al colposcopiei, care integrează definitivarea diagnosticului și elaborarea tacticii de conduită ulterioară a pacientei. Colposcopia este destinată femeilor cu rezultate anormale la screening și reprezintă etapa secundară sau uneori și terțială a screening-ului, care include monitorizarea, definitivarea diagnosticului și tratamentul al patologiilor precanceroase. În lipsa unor mecanisme de referire eficiente și a unei capacități suficiente de realizare a investigațiilor suplimentare, precum și de diagnosticare și tratare a tuturor femeilor testate pozitiv, screening-ul cervical ar fi un proces atât inutil, cât și lipsit de etică.

Sunt discutate posibilitățile diagnostice ale colposcopiei în conduita pacienților cu leziuni precanceroase ale colului uterin. Astfel, managementul leziunilor precanceroase ale colului uterin depinde de: rezultatul citologic, prezența sau lipsa HPV, vârsta pacientei, manifestările colposcopice și durata persistenței leziunii. În prezentare sunt incluse imagini colposcopice ale diferitor cazuri clinice.

**Concluzii:** Managementul pacienților cu leziuni precanceroase ale colului uterin trebuie să fie individualizat în dependență de caracteristicile personale ale pacientei (vârstă, anamneză, patologii asociate, planuri reproductive) și rezultatele investigațiilor (citologice, colposcopice, patomorfologice).



Bologan Ion, Caproș Hristiana, Bologan Ludmila, Belousov Tatiana

## ÎNGRIJIRILE PERINATALE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

*USMF "Nicolae Testemițanu", Catedra obstetrică-ginecologie N 1*

**Introducere.** Implementarea tehnologiilor oportune și cost-efective în asistența perinatală au avut la bază necesitatea de revizuire a principiilor de acordare a asistenței perinatale oferind prioritate îngrijirii materne și neonatale axate pe familie și de îmbunătățire a calității acestor îngrijiri.

**Scop și obiective.** Evaluarea implementării tehnologiilor perinatale propuse de OMS și ghidurile naționale de perinatologie în maternitățile de nivel 1,2 și 3 din Republica Moldova.

**Materiale și metode** A fost evaluată organizarea asistenței medicale; supravegherea conduitei nașterilor, îngrijirea nou-născuților sănătoși și consilierea pacienților. A fost evaluat nivelul cunoștințelor și deprinderilor practice a medicilor și moașelor privind tehnologiile perinatale prin discuții și supravegere, convorbiri cu pacientele din maternitate

pentru aprecierea calității serviciilor perinatale prestate. Evaluarea s-a efectuat pe baza Instrumentului OMS de evaluare a calității asistenței perinatale spitalicești prestate mamei și nou-născuților.

**Rezultate** În cadrul evaluării au fost relevate următoarele momente pozitive:

- în toate maternitățile sunt săli individuale de naștere cu condiții corespunzătoare;
- s-a implementat conduita activă a perioadei a treia a nașterii;
- s-au dezis de proceduri de rutină (clizmă evacuatoare, berbierit, epiziotomie de rutină, examenul în valve după naștere cateterizarea vezicii urinare;

- demedicalizarea nașterii;
- a fost implementată prezenta partenerului la naștere;
- pretutindeni se incurajază administrarea lichidelor și hranei în naștere;
- în maternități se folosesc haine de acasă pentru mame și nou-născuți;
- copiii sînt precece aplicați la sân, contact "piele la piele";
- sunt toate condițiile pentru spălătul pe mâini (apa 24/24 ore, sapun licid, algoritm)
- sunt vacuum extractoare în toate maternitățile.

Totodată au fost relevate unele rezerve pentru îmbunătăți calitatea serviciilor perinatale:

- deseori partograma se completează post factum;
- majoritatea nașterilor în perioada a doua se petrec în fotoliul de naștere în poziție de litotomie, cu dirijarea scremetelor (recomandarea - numai nu pe spate și fără dirijarea scremetelor)

- sunt maternități unde medicii anesteziologi nu posedă tehnica anesteziei regionale în operațiile cezariene;

- au fost depistați copii în hipotermie, astfel se denotă nu tot timpul se măsoară temperatura nou-născuților în sala de naștere

- nu la toți copiii se efectuează profilaxia gonoblenoreii;

- după operația cezariană, în unele maternități, copiii sunt separați de mamă pe parcursul aflării ei în secția de ATI;

**Concluzii:** Majoritatea tehnologiilor sunt implementate, dar mai sunt unele rezerve pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirilor perinatale

## SUMMARY

### PERINATAL CARE IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

In this study we evaluated the implementation of the perinatal technologies proposed by WHO and national perinatal guidelines in the maternities of the Republic of Moldova. The majority of the technologies are already implemented, but some improvement is still needed to achieve a higher quality of perinatal care.



Cernețchi Olga<sup>1</sup>, Ceban Emil<sup>2</sup>

### PIELONEFRITELE GESTAȚIONALE OBSTRUCTIVE

USMF "Nicolae Testemițanu"

<sup>1</sup>Catedra Obstetrică și ginecologie nr. 2, <sup>2</sup>Catedra Urologie și nefrologie chirurgicală

**Întroducere.** Pielonefrita acută se înregistrează la 8-10% dintre femeile gravide, mai frecvent la prima sarcină și, de regulă, în cel de-al doilea trimestru. În timpul sarcinii apar modificări funcționale ale căilor urinare, care se manifestă prin micșorarea tonusului și hipokineziei ureterelor. În mod egal sunt afectați unul sau ambii rinichi. Pielonefrita gestațională se dezvoltă numai pe parcursul sarcinii, dar deseori în această perioadă are loc acutizarea pielonefritei cronice. Entitatea nosologică afectează negativ starea fătului, nou-născuții, fiind sursa infecției intrauterine și adesea asociindu-se cu diverse complicații.

**Scopul studiului:** evaluarea rezultatelor tratamentului pielonefritei gravidelor cu dereglarea pasajului urinar și semne de hidronefroză obstructivă.

**Material și metode.** Studiul a fost realizat în temeiul analizei retrospective a 124 cazuri de pielonefrită acută la gravidele internate în IMSP IMC (Chișinău, Republica Moldova) pe parcursul anilor 2015 – 2017 în termenele de gestație 12-34 săptămâni. Vârsta pacientelor era cuprinsă între 17 și 32 de ani.

Pacientele examinate, în funcție de gradul de dereglare a urodinamicii și modificările structurale asociate în sistemul calice-bazinet, au fost divizate în 3 grupuri clinice: 1 grup a inclus 62 (50,0%) paciente care, în prezența unei pielonefrite manifestate clinic, nu au fost diagnosticate cu dereglări obstructive ale sistemului reno-ureteral; cel de-al doilea - 44 (35,5 %) paciente gravide cu dilatarea bazinetelor renale, care corespundea hidronefrozei de gradul I; - 18 paciente (14,5 %) au fost incluse în al treilea grup cu diagnosticul de hidronefroză de gradul II.



Lipsa efectului de la terapia complexă antiinflamatorie a pielonefritei, acutizările frecvente ale maladiei au servit ca indicație pentru instalarea unui stent renovezical la 6 (13,6 %) paciente din al doilea grup clinic. Tratamentul conservator în al treilea grup a fost inefficient, prin urmare, pentru a restabili urodinamica, toate gravidele 18 (100%) au suportat stentarea ureterală.

**Concluzie.** Pielonefrita gestațională, complicată cu dereglarea pasajului urinar, hidronefroză de divers grad, se asociază frecvent și cu dereglări de vascularizare. În acest caz, drenarea căilor urinare prin stentare, restabilește urodinamica, contribuind la reducerea vădită a procesului inflamator și îmbunătățirea vascularizării rinichilor. Utilizarea acestei metode de tratament, de rînd cu terapia medicamentoasă, micșorează rata complicațiilor pe parcursul sarcinii și nașterii.



Cernețchi Olga

### MALPAXIS-UL ÎN OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică și ginecologie nr. 2

Malpraxis-ul reprezintă un eșec de a urma un standard acceptat de îngrijire profesională medicală sau cunoștințe, care provoacă **rănire, deteriorare sau pierdere** (A.Studdert et al, 2005). În ultimii ani se înregistrează tot mai multe cazuri de malpraxis în domeniul obstetricii și ginecologiei, care au mai multe repercusiuni sociale, deoarece sănătatea reproductivă este o temă sensibilă, interesul pentru care adesea este alimentat eronat de către mass-media. Cazurile de malpraxis sunt condiționate și de un șir de cauze medicale cum ar fi starea precară a sănătății femeii până la naștere, particularitățile de asistență medicală pe parcursul sarcinii, micșorarea numărului de nașteri fiziologice. În obstetrică mai frecvent malpraxis-ul poate fi determinat în distocia umerilor fătului în naștere, procedeul Kristeller, interpretarea eronată a rezultatelor cardiocografiei în aprecierea stării fătului, nedeagnosticarea malformațiilor, retardului fetal, localizărilor patologice de sarcină la examenul ultrasonografic. Acestea pot fi completate cu complicațiile tehnice din timpul operației cezariene și chiuretajelor uterine (perforații, lezarea intestinelor etc), conduita neadecvată a hemoragiilor uterine și, desigur, complicațiile anesteziologice în sarcină și naștere. În perioada postoperatorie subaprecierea diurezei, volumului eliminărilor prin dren, TA, respirației pacientei poate avea urmări grave, catalogate drept malpraxis din motivul nedepistării la timp a complicațiilor apărute.

**Concluzii.** În ultimii ani societatea, sistemul medical și jurisprudența semnalizează tot mai frecvent cazurile de malpraxis. În domeniul obstetricii și ginecologiei acest fenomen este destul de frecvent întâlnit cu repercusiuni negative asupra personalului medical. Căile de prevenire a malpraxis-ului obstetrical ginecologic sunt consimțământul informat al pacientei, conduita pacienților conform protocoalelor și ghidurilor clinice, analiza cazurilor de proximitate în domeniu, utilizarea Anchetei Confidențiale în analiza mortalității materne, perfecționarea deprinderilor practice și dezvoltarea abilităților de comunicare a medicului.



Caproș Hristiana, Friptu Valentin, Caproș Natalia., Ana Popa

### MANAGEMENTUL TACHICARDIEI SUPRAVENTRICULARELA GRAVIDE. Prezentare de caz

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

**Rezumat.** Scopul lucrării a constat în descrierea unui caz clinic de tachicardie supraventriculară diagnosticată la o gravidă în Spitalul Clinic municipal Nr.1. Rezultatele evaluării clinice, paraclinice, ecocardiografice și monitorizării a ritmului cardiac Holter a gravidei au fost în concordanță cu diagnosticul de prolaps mitral valvular și tachicardie supraventriculară. În cazul dat, gravida evoluat cu paroxisme și internări repetate, necesitând tratament individual. În concluzie, managementul personalizat al tachicardiei supraventriculare la gravide impune tratament oportun în baza unui diagnostic diferențiat desfășurat cu supraveghere clinică a stării gravidei și a fătului.

#### SUMMARY

#### MANAGEMENT OF SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIA IN PREGNANT WOMEN

The purpose of this paper was to describe a clinical case of supraventricular tachycardia diagnosed in a pregnant woman in the Municipal Clinical Hospital No. 1. The results of clinical, paraclinical, echocardiographic and Holter heart rate monitoring were consistent with the diagnosis of valvular mitral prolapse and supraventricular tachycardia.

In this case, the pregnant woman evolved with repeated paroxysms and hospital admissions, requiring individual treatment. In conclusion, personalized management of supraventricular tachycardia in pregnant women requires appropriate treatment based on a differential diagnosis conducted with clinical surveillance of the pregnant and fetal state.



Ostrofeț Constantin, Olga Cernețchi  
**ROLUL LAPAROSCOPIEI ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL MALADIILOR  
SEPTICO-PURULENTE**

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Catedra Obstetrică și ginecologie nr. 2*

**Introducere.** Maladiile septico-purulente reprezintă un grup de infecții acute, cronice, subacute sau recurente care interesează tractul genital feminin în porțiunea lui supracervicală. Netratată, această patologie poate evolua către dezvoltarea complicațiilor și sechelelor, cu constituirea formațiunilor tubo-ovariene inflamatorii (abcese ale anexelor). Patologia se caracterizează prin etiologie microbiană multifactorială, prevalând microorganisme ca: *N. gonorrhoeae*, *Ch. trachomatis*, *M. hominis*, *E. coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Streptococcus* etc., precum și frecvența asocierii acestora. Tratamentul laparoscopic al maladiilor septico-purulente prevede: înlăturarea focarului de infecție (rezeccia parțială sau extirparea organului afectat), lavajul minuțios al cavității peritoneale, drenajul cavității peritoneale.

**Scopul** studiului a fost de a analiza rolul laparoscopiei în diagnosticul și tratamentul maladiilor septico-purulente în Republica Moldova, pe parcursul anilor 2012-2017.

**Material și metode.** Am efectuat o cercetare pe un număr de 1500 paciente, diagnosticate cu patologii septico-purulente, care au fost diagnosticate și tratate prin metoda laparoscopică în IMSP SCM nr. 1, pe parcursul anilor 2012-2017.

**Rezultate și discuții.** Diagnosticurile stabilite, în cadrul cercetării, au fost: piosalpinx în 239 cazuri (15,9%), piovarium în 110 cazuri (7,3%), tumori tubo-ovariene în 160 cazuri (10,7%), pelvioperitonita fiind apreciată în 1017 cazuri (67,8%). Am observat că vârsta medie a pacientelor a fost de 29±2ani. Pacientele au avut anamnezic ginecologic complicat prin prezența bolii inflamatorii pelvine în 294 cazuri (19,6%); infertilitatea a fost apreciată în 256 cazuri (17,1%); pacientele au avut întreruperi de sarcină, sarcini stagnante, sarcini oprite în evoluție în 302 cazuri (20,1%). În 652 cazuri (43,5%) pacientele au primit tratament antibacterian, antiinflamator anterior. Acuzele prezentate de paciente au fost: durere pelvină acută, secreție vaginală sau cervicală anormală, febră peste 38,3C, cefalee, greață, vomă, dispareunie, sângerări menstruale neregulate, disurie, meteorism. Pacientele au beneficiat de un diagnostic complex, fiind utilizate examene de laborator, ecografia pelvină, testele bacteriologice și serologice, examenul histologic. În toate cazurile a fost efectuată laparoscopia pentru diagnostic și tratament. Ea a constituit 37,7% cazuri de utilizare în maladiile septico-purulente din numărul total de laparoscopii efectuate în cadrul IMSP SCM nr. 1 (3980 cazuri). Volumul operator, a fost preponderent organomenajant, luând în considerare vârsta tânără a pacientelor și dorința lor de a procrea în viitor. În piosalpinx, în peste 189 cazuri (79,1%), a fost efectuată plastia trompei uterine afectate; în piovarium în 97 cazuri (88,2%) – ovarul a fost păstrat, tratamentul fiind suplimentat prin terapie antibacteriană și de detoxificare etc. În toate cazurile a fost efectuat lavajul și drenarea cavității abdominale, drenul fiind păstrat și monitorizat pe parcursul a 3-4 zile. Pacientele au fost spitalizate pe o perioadă de 5-7 zile, fiind externate cu recomandări individualizate pentru investigații și tratament.

**Concluzii.** Laparoscopia reprezintă o metodă foarte bună și utilă de diagnostic și tratament în cazul maladiilor septico-purulente. Beneficiul metodei este dictat de: rapiditatea utilizării, permite efectuarea intervențiilor organomenajante în cazul unui grup de paciente tinere și care doresc să își exercite funcția fertilă în continuare și o spitalizare pentru o perioadă scurtă de timp, cu recuperarea satisfăcătoare și rapidă a pacientelor.



Friptu Valentin\*, Cauș Cătălin\*\*, Moruz Liliana\*\*\*, Roșca Mariana\*\*\*\*

**DETERMINAREA PERCUTANATĂ A BILIRUBINEI ÎN PERIOADA NEONATALĂ PRECOCE**

*\* Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu",*

*Catedra de obstetrică și ginecologie nr. 1, \*\*Catedra de obstetrică și ginecologie nr 2, \*\*\* Clinica Familia*

**Cuvinte cheie:** Bilitest, bilirubină, icter.

**Introducere** Icterul neonatal este o situație frecvent întâlnită la nou-născuți și constă în colorarea în galben a tegumentelor și mucoaselor în special a conjunctivei oculare, ca urmare a excesului de bilirubină în sânge. Bilirubina este un pigment normal rezultat din degradarea hemoproteinelor din eritrocite. În mod normal bilirubina este transportată la

ficat și excretată în materiile fecale. Icterul apare când nivelele de bilirubină cresc foarte mult iar capacitatea ficatului nou-nascutului de a prelua și excreta pigmentul sunt depășite.

**Scopul lucrării.** Determinarea bilirubinei percutanate în perioada neonatală precoce duce la reducerea riscului de encefalopatie bilirubinică; sporește calitatea examinării clinice și paraclinice; îmbunătățește calitatea tratamentului; reduce numărul cazurilor de deces prin icter neonatal.

**Material și metode.** S-a determinat bilirubina prin metoda percutanată și sanguină la copiii născuți în Clinica Familia pe perioada martie 2017-martie 2018. Determinarea percutanată s-a efectuat cu ajutorul BILITEST-ului cât și determinarea sanguină din cordonul ombilical. Graficul examinării: imediat după naștere, la 6 ore, la 24 ore. Măsuratoarea prin BILITEST s-a măsurat la nou-născuți -1 deasupra nasului, 2 pe torace partea superioară, 3 plante. Procesul de măsurare durează 1-2 secunde. Rezultatul măsurării este afișat imediat pe ecranul său.

**Rezultate:** Valori bilirubinei determinate a permis depistarea noi născuți cu risc de dezvoltare a icterului neonatal. Risc de icter neonatal s-a observat când valorile bilirubinei sanguine erau mai mare de 80 mmol/l, iar la BILITEST atunci când valorile erau mai mari de 55 mmol/l. A permis de a iniția fototerapia și a preveni complicațiile imediate și la distanță

**Concluzii:** Avantajele determinării percutanate a bilirubinei: accesibilitate ; ușor de interpretat ; nu necesită echipament și personal de laborator ; disponibilitate 24 ore; nu necesită consumabile ; examinare fără durere.



Friptu Valentin\*, Cauș Cătălin\*\*, Toma Tatiana\*\*\*, Cotelnic Anatol\*\*\*\*, Cernei Ștefan\*\*\*\*\*

### **ANALGEZIA POSTOPERATORIE PRECOCE**

*\* Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu",*

*Catedra de obstetrică și ginecologie nr. 1, \*\*Catedra de obstetrica și ginecologie nr 2, \*\*\* Clinica Familia,*

*\*\*\*\* Catedra de antesteziologie și reanimatologie nr 2, \*\*\*\*\*Spital Clinic Municipal nr. 1*

**Cuvinte cheie:** Antiinflamatoare, Analgezia precoce, Operație cezariană

**Introducere:** Analgezia postoperatorie precoce permite o analgezie mai eficientă și o mobilizare mai rapidă pentru lăuzele bine motivate. Menținerea analgeziei se face cu opioide antiinflamatoare nonsteroidice și paracetamol.

**Scopul lucrării:** Studiarea eficienței în inițierea unei analgezii precoce cât și menținerea analgeziei postoperatorii și reducerea perioadei de imobilizare a lăuzei.

**Material și metode.** Au fost studiate 90 paciente postpartum ce au născut prin operație cezariană din Clinica Familia unde s-a administrat intraoperator preparate antiinflamatoare într-o doză unică.

**Rezultate.** Utilizare antiinflamatoarelor a permis reducerea consumului de opioizi în perioada postoperatorie, mobilizarea mai rapidă și mai eficientă după șase ore de la intervenție. O atenție sporită trebuie acordată în cazurile de hemoragii, afectarea renală în preeclamsiile severe. Determinantele materne cum ar fi: durerea postoperatorie, disconfort postoperator, restabilirea îngreunată și tardivă sunt înlăturate prin utilizarea regulată a preparatelor antiinflamatorii nonsteroidice.

**Concluzii:** Nașterea prin cezariană nu este un obstacol pentru lăuză care vrea să îngrijească de copilul său la șase ore după operație. Utilizarea antiinflamatorilor permite reducerea considerabilă a preparatelor opioide și a disconfortului de la utilizarea acestora.



Pavelescu Livia, Balan Sergiu, Revencu Dan, Burnus Constantin

### **RESTABILIREA FUNCȚIEI MENSTRUALE ȘI REPRODUCTIVE LA FEMEILE OBEZE DUPĂ TRATAMENT CHIRURGICAL BARIATRIC PRIN OPERAȚIE DE BY-PASS GASTRIC**

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Catedra Obstetrica și Ginecologie N 1; SCM "Sf. Arh. Mihail"; CSF "Galaxia"*

**Introducere:** Obezitatea este definită prin creșterea exagerată a masei corporale, mai exact, o creștere a indicelui masei corporale (IMC) peste 30kg/m<sup>2</sup>. Prevalența obezității este în continuă creștere în toate grupurile de vârstă. La nivel mondial, rata obezității în rândul femeilor a crescut de la 16% la 25% în ultimii 10 ani, una din 4 femei este supraponderală. Obezitatea este o tulburare multifactorială, adesea asociată cu multiple patologii semnificative, cum ar fi diabetul zaharat, hipertensiunea arterială și alte patologii cardiace, la fel cu un impact negativ sever și asupra funcției reproductive. La femeile obeze se atestă o rată mai mică a sarcinilor survenite spontan, comparativ cu femeile nor-

moponderale, într-o perioadă similară de timp. Mai mult decât atât, odată cu survenirea sarcinii, la femeile obeze crește riscul complicațiilor: avort spontan, nașteri premature, diabet gestational, preeclampsie și eclampsie, fat macrosom, moarte antenatală a fătului s.a.

**Scopul:** Evaluarea impactului obezității asupra funcțiilor menstruale și reproductive, cu estimarea ulterioară a efectului tratamentului chirurgical bariatric în restabilirea acestor funcții.

**Material și metode:** Studiul retrospectiv a vizat 40 femei obeze, având un IMC mai mare de 30kg/m<sup>2</sup>, cu vârsta cuprinsă între 18-45 ani, operate prin by-pass gastric, în perioada anilor 2011-2017.

**Rezultatele studiului:** În baza studiului, 28 din aceste femei suferă de obezitate din copilărie, având unul sau ambii părinți obezi, la celelalte 12 femei, obezitatea a survenit după prima sarcină. Ciclul menstrual în 12 cazuri până la operație era regulat, menstruația cu flux moderat. 28 (70%) femei au prezentat preoperator dereglări de ciclu menstrual: 13-menometroragie, 10-hipomenoree, amenoree-2, menoragie-3. Preoperator, sarcini spontane au survenit în 21 cazuri și 2 sarcini prin metoda de fertilizare in vitro (FIV), reușite. Într-un caz, la aceeași femeie, preoperator au fost 5 tentative de fertilizări in vitro fără succes. Avorturi spontane s-au produs în 4 cazuri: 3 în termen până la 12 săptămâni, 1 la termenul de 15-16 săptămâni, 1 caz de moarte antenatală a fătului. S-au înregistrat 15 cazuri de infertilitate: 12 cazuri-infertilitate primară, 3-secundară. În perioada postoperatorie, prin anchetare telefonică, s-a observat reducerea IMC semnificativ (în medie cu 14kg/m<sup>2</sup>) în primul an, în toate cazurile. Profilul funcției menstruale postoperator în grupul femeilor cu ciclul menstrual regulat (12cazuri): în 9 cazuri, ciclul menstrual a rămas regulat, nemodificat, într-un caz a survenit amenoreea și în 2 cazuri menometroragia. În grupul femeilor cu ciclul menstrual neregulat, acesta s-a normalizat în 22 cazuri (78,6%): până la 3 luni postoperator în 15 cazuri, 6 cazuri în termen de 3-6 luni postoperator și într-un caz peste 6 luni după operație; în 2 cazuri a rămas neregulat, ca și preoperator, în 2 cazuri s-a instalat amenoreea și în 2 menometroragia. În grupul femeilor cu infertilitate preoperatorie, postoperator a survenit sarcina spontană în 7 cazuri (46,6%): în decursul primului an postoperator -3 cazuri și 4 cazuri pe parcursul celui de al doilea an. O sarcină s-a obținut prin FIV, cu rezolvare reușită. 2 din sarcinile obținute spontan postoperator s-au încheiat cu avort spontan până la 12 săptămâni.

#### **Concluzii:**

1. Obezitatea are impact negativ sever asupra funcției menstruale și reproductive ;
2. Reducerea IMC, prin operație de by-pass gastric, normalizează funcția menstruală în majoritatea cazurilor;
3. Funcția reproductivă s-a restabilit în aproape jumătate de cazuri după lichidarea obezității morbide prin tratament chirurgical bariatric.

Restoration of menstrual and reproductive function in obese women after surgical bariatric treatment by gastric bypass.

Obesity is a rising epidemic affecting millions worldwide. Around 1 in 4 women are at least overweight. Obesity decreases the rates of successful pregnancy in natural conception cycle, also significantly affects woman's capacity to carry on a term pregnancy. Our study targeted 40 obese women. The results show that weight loss, after bariatric surgery, in 78,6% restores menstrual function and in almost half of cases – reproductive function.



Catrinici Rodica, Bodrug Vlada

### **INCOMPETENȚA ISTMICO-CERVICALĂ – ASPECTE STATISTICE ȘI DE TRATAMENT**

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Catedra Obstetrică și Ginecologie nr. 1*

#### **Cuvinte cheie. Incompetența istmico-cervicală, cerclaj, avort spontan, naștere prematură.**

**Introducere.** Incompetența istmico-cervicală (IIC), denumită și insuficiență cervicală, se întâlnește cu o incidență de 1,5-2% în sarcină. Aceasta reprezintă un factor de risc major, fiind una dintre cauzele principale ale avorturilor spontane și nașterilor premature.

**Scopul lucrării.** Evaluarea termenului și modului finisării sarcinii la pacientele cu și fără aplicarea cerclajului colului uterin, cu identificarea factorilor de risc ce sugerează diagnosticul de IIC.

**Material și metode.** Am efectuat un studiu retrospectiv care cuprinde 113 paciente diagnosticate cu IIC pe perioada 2016-2018. Pacientele au fost împărțite în 2 grupuri: cele cărora li s-a aplicat cerclajul colului uterin în cadrul IMSP SCM Nr1, secția Patologia sarcinii, și cele cărora nu li s-a aplicat cerclaj pe col, din cauza contraindicațiilor prezente: hemoragii, vulvovaginite, termenul mare de gestațieetc.Datele obținute au fost introduse și sistematizate prin programul Microsoft Excel.

**Rezultate.** Din totalul de 113 paciente, cerclajul cervical a fost aplicat la 87 de paciente – 77%. 72 de paciente (64%) au vârsta mai mare de 30 de ani, 31 (27%) – 25-30 ani și 10 (9%) – <25 ani. 56 de paciente (50%) au fost multigeste, 33 (29%) – secundigeste, iar 24 (21%) – primigeste. Cerclajul profilactic a fost aplicat în 63 de cazuri (72%), iar cel de

urgență – în 24 de cazuri (28%) din cele 87. În 26 de cazuri (30%) procedura de cerclaj nu a avut complicații. Sarcina s-a născut în termen în 60% (52 paciente): 40 prin naștere pervias naturalis și 12 prin operație cezariană.

**Concluzii.** (1) Studiul scoate în evidență incidența cazurilor de IIC în Republica Moldova în perioada 2016-2018. (2) Tehnicile de cerclaj McDonald și Shirodkar sunt de elecție, datorită eficacității și simplității în aplicare. (3) Perioada cea mai indicată pentru aplicarea cerclajului este de 14-18 săptămâni de gestație. (4) Decizia de aplicare a cerclajului cervical trebuie să fie individualizată pentru fiecare pacientă. Deși nu există o garanție că cerclajul va preveni întreruperea sarcinii, aplicarea lui contribuie, în majoritatea cazurilor, la prelungirea duratei sarcinii, deseori până la termen.



Burnus Constantin, Pleșacov Ana, Vasilcan Tatiana  
**CONDUITA NAȘTERII LA GRAVIDELE CU UTER CICATRICAL**

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Catedra Obstetrică și Ginecologie nr. 1*

Creșterea semnificativă a incidenței operației cezariene din ultima perioadă, remarcă o nouă problemă - conduita nașterii la gravidele cu uter cicatricial.

**Introducere.** Scopul studiului a fost de a analiza particularitățile evoluției sarcinii la gravidele cu uter cicatricial, analiza complicațiilor intra și postoperatorii, precum și posibii factori care au determinat necesitatea repetării operației cezariene.

**Materiale și metode.** S-a efectuat un studiu retrospectiv pe o perioadă de 3 ani, între 1 ianuarie 2011 și 31 decembrie 2013 (152 cazuri), a nașterilor cu uter cicatricial în cadrul Spitalului Clinic Municipal Nr 1. A fost utilizată metoda anchetei, cu analiza datelor privind evoluția sarcinii și nașterii la gravidele cu uter cicatricial.

**Rezultate.** În urma analizei perioadei incluse în studiu, în cadrul Spitalului clinic Municipal Nr 1 s-a determinat o menținere constantă a numărului de operații cezariene între anii 2011-2012, constituind 15,7 % din totalul număr de nașteri și o creștere nesemnificativă în anul 2013 cu aproximativ 1%, ajungând la 16,9%. Operațiile cezariene repetate reprezintă principalul motiv a creșterii acestor cifre. Astfel, în 2011, operațiile cezariene repetate au constituit 24%, în 2012 – 25,2%, iar în 2013 – 22,8%. Din totalul număr de operații cezariene efectuate, indicația principală pentru repetarea acesteia a fost starea insuficientă a cicatriciului. Într-un caz s-a determinat dehiscența cicatriciului, iar în 12 cazuri în perioada postoperatorie s-a determinat complicații septico-purulente. Din totalul numărului de gravide cu uter cicatricial, 14 au născut pe cale vaginală.

**Concluzie.** Actualmente, uterul cicatricial rămâne a fi principala indicație pentru o ulterioară intervenție chirurgicală. Posibilitatea nașterii vaginale a unei gravide cu uter cicatricial implică analiza detaliată a anamnezei obstetricale și ginecologice; a evoluției sarcinii actuale; cunoașterea indicațiilor, tipului de incizie și sutură efectuate anterior precum și evoluția perioadei postoperatorii. Toate acestea vor indica corect posibila selectare a gravidelor cu uter cicatricial pentru naștere vaginală.

**SUMMARY**

**LABOR MANAGEMENT IN WOMEN WITH SCARRED UTERUS**

Lately the cesarean section rates have been increasing dramatically, thus revealing a new problem as labor management in women with uterine scars.

**Introduction.** The purpose of the study was to analyze the particularities of labor outcomes in women with uterine scars, study intra and post-operative complications, as well as detect the possible triggers for having a repeat caesarean section.

**Materials and methods.** A retrospective three year study has been conducted from January 1, 2011 to December 31, 2013 (152 cases) in pregnant women with scarred uterus at Municipal Clinical Hospital No. 1. The survey method has been applied, including data on pregnancy evolution and delivery in women with uterine scars.

**Results.** Based on the analysis of cohort data conducted at the Municipal Clinical Hospital No.1, there was determined a steady cesarean section rate between 2011-2012 viz. 15.7% of the total number of births and a slightly increased rate in 2013 with approximately 1% viz. 16.9%. Repeat cesarean sections are the main reasons of an increase in the number. Thus, repeat cesarean operations made up 24% in 2011, 25.2% in 2012, and 22.8% in 2013. Of the total number of cesarean operations performed, the main recurring indication was insufficient scar condition. One case of dehiscence of the uterine scar and 12 postoperative septic-purulent cases have been detected. There was a total of 14 vaginal deliveries with uterine scars.

**Conclusion.** Currently, the scarred uterus remains a major indication for a subsequent surgery. The chances of a vaginal delivery with scarred uterus requires a detailed analysis of obstetric and gynecological anamneses, evolution of

the current pregnancy, knowledge of the indications and types of previously performed incisions and sutures, as well as evolution in the postoperative period. All these criteria indicate a possible selection among pregnant women with scarred uterus for having a vaginal birth.

●

Fuior-Bulhac Liliana  
**ASPECTE ECOGRAFICE ÎN EVALUAREA RETARDULUI  
DE CREȘTERE INTRAUTERINĂ FETALĂ (RCIU)**  
*IMSP Institutul Mamei și Copilului*

**Obiectivul studiului:** Evaluarea posibilităților examenului ecografic, inclusiv dopplerografia circuitului materno-fetal, în aprecierea stării funcționale a fetoșilor cu RCIU pentru ameliorarea diagnosticului prenatal și optimizarea conduitei obstetricale.

**Material și metodă:** Cercetarea a fost efectuată în secția de ecografie perinatală a IMSP Institutul Mamei și Copilului (IM și C) din Republica Moldova, pe parcursul anilor 2010-2015. Au fost analizate 227 de cazuri ale gravidelor de diferită vârstă gestațională cu nașteri premature. Dintre acestea 111 cazuri, care au constituit lotul de bază, au fost asociate cu RCIU a fătului și 116 cazuri de gravide fără RCIU a fătului, acestea constituind lotul de control.

**Rezultate:** Studiul a demonstrat că valoarea circumferinței abdomenului și cea a masei estimative fetale situate sub percentila a 10-a reprezintă parametrii de bază în depistarea cazurilor de RCIU a fătului (*CA o Se de 100%, Sp de 74,8%, VPP de 61,4%, VPN de 100%, MEF o Se de 97,1%, Sp – 100%, VPP – 100%, VPN – 97,4%*), indicând o corelare directă între valoarea percentilei pentru circumferința abdomenului și valoarea percentilei pentru masa estimativă fetală ( $p < 0,001$ ), fiind frecvent asociați cu oligoamnios ( $40,5 \pm 4,66\%$ ). S-a dovedit că înregistrarea parametrilor dopplerografici patologici în artera cerebrală medie este un criteriu de încredere în prognozarea hipoxiei fetale, înregistrând în cazul prezenței modificării IR *o Se de 100%, Sp până la 66,6%, VPP de 42,6% și un RP (+) 3,0*, în special la înregistrarea modificărilor patologice în artera ombilicală, având *o Se de 100% și VPP de la 46,7% până la 87,5%*. S-a demonstrat, că, concomitent cu avansarea gradului insuficienței circulatorii, crește riscul rezultatelor perinatale nefavorabile în caz de RCIU. Gradul III sporește frecvența sindromului detresei respiratorii până la  $87,5\%$  ( $p < 0,001$ ), frecvența instalării hipoglicemiei ( $68,7\%$ ), predispunerea la apariția acidozei metabolice (*Se de 100%, VPP de 87,5%*), în special a formelor decompensate de  $37,5\%$ , înregistrarea morbidității în  $75\%$  din cazuri.

**Concluzii:** Examenul ecografic și Dopplerografia reprezintă metoda de bază în evaluarea stării intrauterine a fetoșilor cu RCIU și prognozarea rezultatelor perinatale.

●

Zinaida Sarbu  
**DISFUNCTIILE MENSTRUALE LA PACIENTELE TINERE CU SINDROM METABOLIC**  
*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Catedra Obstetrică și Ginecologie nr.2*

**Actualitatea.** Sindrom metabolic este o constelație de factori de risc de origine metabolică, ce promovează dezvoltarea bolii cardiovasculare, aterosclerotice și a diabetului zaharat tip 2. Datele OMS (2009), evidențiază că afecțiunile menționate prezintă o povară majoră pentru societate, invocând pierderi considerabile economice și sociale, ocupând primele locuri în spectrul problemelor medico-sociale globale care influențează negativ economia țărilor, căpătând proporțiile unei epidemii.

**Scopul studiului:** Evaluarea formelor de disfuncțiilor ovariene la pacientele tinere cu sindrom metabolic cu aprecierea impactului DO asupra SM.

Pentru a realiza scopul au fost trasate următoarele obiective:

1. Aprecierea structurii disfuncțiilor ovariene la pacientele tinere.
2. Determinarea interrelației disfuncțiilor ovariene și SM.

**Materiale și metode:** Pentru realizarea scopului și obiectivelor studiului vor fi folosite următoarele materiale și metode: Statistice – anchetarea și perlucrarea datelor anchetei; Medicale – examenul obiectiv general și specific, de laborator și instrumental.

**Rezultatele studiului:** Analza datelor antropologice obținute, confirmă că toate pacientele incluse în studiul dat au corespuns criteriilor de includere în studiu: vârsta cuprinsă între  $\geq 19 < 30$  ani: din 135 paciente incluse în studiu 43 aveau vârsta de 20-23 ani, 52- 24-26 ani și 37 – 27-30 ani, adaus ponderal patologic sau obezitate sa constatat la toate

pacientele, din ele IMC între 25-30 sa apreciat la 11 paciente și > 30 la 124 paciente fără mari diferențe între loturi.

Analiza rezultatelor obținute, evidențiază prezența următoarelor dereglă a ciclului menstrual: numai opsomenoree prezintă în 38 (28,14±1,6%) cazuri, opsomenoree cu oligomenoree – în 19 (14,07±2,1%) opsomenoree cu hipermenoree – 18(13,33±2,3%). Numai spaniomenoree sa constatat în 27 (20,0 ± 1,8%), spaniomenoree cu oligomenoree – în 18 (11,85±3,1%), spaniomenoree cu cu hipermenoree - în 18 (11,85±3,1%) cazuri.

Analiza rezultatelor investigațiilor hormonale denotă date in limitele normei a hormonilor Prl și TSH, iar nivelele de FSH cât și cel de LH la toate pacientele incluse în studiul corespund fazei foliculare preovulatorii a CM. Aceste date ne dovedesc lipsa ovulației la pacientele estimate. Totodată Raportul LH /FSH mai mare de 1 în 68 (50,38±5,3%) și egal cu 1 - 67 (49,62±6,3%).

**Concluzii:** Pacinetele cu sindrom Metabolic au dereglări de ciclul menstrual de tim hipomenoreic.

1. Structura sindromului hipomenoreic este următoarea:opsomenoree,spaniomenoree, opsomenoree cu oligomenoree, opsomenoree cu hipermenoree, spaniomenoree cu oligomenoree, spaniomenoree cu cu hipermenoree.
2. Pacinetele cu sindrom Metabolic au lipsa ovulației.



Voloceai Victoria  
**ROLUL HORMONULUI AMH ÎN IDENTIFICAREA DIFERITOR FENOTIPURI  
ALE SINDROMULUI OVARELOR POLICHISTICE**

*Catedra de Obstetrică și ginecologie nr.1*

Consensul de la Rotterdam au identificat 4 fenotipuri ale SOP în baza combinării criteriilor dintre anovulație (AV), hiperandrogenie (HA), și semne USG caracteristice pentru SOP (SOP u) stabilind: fenotip 1 (AV+HA+SOP u), fenotip 2 (AV+HA), fenotip 3 (HA+SOPu), fenotip 4 (AV+SOPu). Hormonul AMH a fost sugerat să joace un rol patofiziologic și de diagnostic al acestui sindrom.

**Scopul studiului:** De a compara valorile hormonului AMH la pacientele cu diferite fenotipuri ale SOP în raport cu particularitățile clinice, endocrine și metabolice.

**Material și metode:** Au fost supuse examinării 179 de paciente cu SOP ( IMC: 26.54 ± 6,20 kg/m<sup>2</sup>, cu vârsta cuprină între 18-39 ani și 24 din grupul de control. Au fost evaluate caracteristicile antropometrice, scorul Ferriman-Gallway, caracteristicile USG, parametrii hormonal inclusive AMH.

**Rezultate:** Am constatat că: prevalența fenotipului 1 pînă la 4 este de: 63,4%, 8,6%, 11,1%, 16,9%. Fenotipul 1 a demonstrate prezența cea mai înaltă a nivelului LH, T, a volumului ovarian și a valorilor serice ale AMH( 10, 20 ± 8,87 ng/ml, p<0.05), versus fenotip 2, în care s-a apreciat o hiperandrogenie moderată, un volum ovarian diminuat și valori ale AMH care au fost cuprinse în limita 5,0±4,89 ng/ml. Fenotipul 3 a demonstrate o hiperandrogenie diminuată, valori ale AMH cuprinse între 4,87±4,22ng/ml. Particularitățile clinice și endocrine a fenotipului 4 au fost similar cu cele din grupul de control, exceptînd un volum ovarian mai mare și un AMH carev s-a încadrat în limitele 7,62±3,85ng/ml, p<0,05.

**Concluzie:** Rezultatele studiului au demonstrate o asociere dintre valorile homonului AMH, disfuncția menstruală, gradul de hiperandrogenie la diferite fenotipuri ale pacientelor cu SOP, stabilind AMH drept unul dintre criteriile certe de diagnostic al SOP.



Voloceai Victoria  
**ASPECTE CORELAȚIONALE DINTRE HORMONUL AMH ȘI CRITERIILE CLINICE,  
BIOCHIMICE ȘI ULTRASONOGRAFICE LA PACIENTELE CU SOP**

*Catedra de Obstetrică și ginecologie nr.1*

Hormonul AMH este o glicoproteină dimetrică, secretată exclusiv de către celulele granuloase ale foliculilor antrali. Pacientele cu SOP sunt diagnosticate cu un AMH de 2-3 ori mai mare, fapt explicabil printr-un număr de 2-3 ori mai mare a foliculilor antrali.

**Scopul studiului:** De a aprecia existența unor corelații dintre hormonul AMH și criteriile clinice, biochimice și ultrasonografice la pacientele cu SOP.

**Material și metode:** În studiul prospectiv au fost incluse 179 de paciente cu SOP, la care au fost apreciate gradul de hiperandrogenie clinică în baza scării Ferriman –Gallaway, calculate IMC, testate valorile hormonilor AMH, T, LH, FSH și descrise criteriile USG (volumul ovarian și numărul foliculilor antrali).

**Rezultate:** Studiul a constatat că AMH este într-o corelație directă cu IMC ( $r=0,694$ ,  $p<0,01$ ), scara Feriman-Gala-way ( $r=0,701$ ,  $p<0,01$ ), hormonii T ( $r=0,633$ ,  $p<0,01$ ), LH ( $r=0,692$ ,  $p<0,01$ ), invers proporțional cu FSH ( $r=-0,545$ ,  $p<0,01$ ). De asemenea este în corelație directă cu numărul foliculilor antrali ( $r=0,818$ ,  $p<0,01$ ), și volumul ovarian ( $r=0,498$ ,  $p<0,01$ ).

**Concluzie:** Hormonul AMH este într-o corelație strânsă cu criteriile clinice, biochimice și ultrasonografice la pacientele cu SOP.



Elena Visternicean, Veaceslav Moșin

## **HIPERHOMOCISTEINEMIA ȘI POLIMORFISMUL MTHFR C677T, MTHFR A1298C, MTRR A66G, MTR A2756G CA POTENȚIALI FACTORI DE RISC ÎN DEZVOLTAREA AVORTULUI SPONTAN RECURENT**

*Catedra de obstetrică și ginecologie nr. 2, USMF „Nicolae Testemițanu”*

**Introducere.** Homocisteina și expresia genelor metionin-sintetaza (MTR), metilen-tetrahidrofolat-reductaza (MTHFR) și metionin-sintetaza-reductaza (MTRR) ce codifică proteinele implicate în metabolismul homocisteinei și metioninei constituie factori de risc pentru producerea avortului spontan recurent.

**Scop.** Aprecierea și asocierea hiperhomocisteiniei și polimorfismelor genetice MTHFR C677T, MTHFR A1298C, MTRR A66G, MTR A2756G cu pierderea recurentă de sarcină.

**Materiale și metode.** În prezenta cercetare a fost proiectat un studiu de cohortă, realizat pe un lot de cercetare, care a cuprins 57 de femei cu avorturi spontane în antecedente. Criteriile de includere în cercetare au fost: vârsta femeilor – 20-45 ani; paciente cu cel puțin 2 avorturi spontane consecutive de cauză neprecizată în antecedente. Rezultatele obținute au fost raportate la cele din lotul de control, format din 57 de femei fără avorturi spontane în antecedente. Criteriile de includere în cercetare au fost: vârsta femeilor – 20-45 ani; femei cu cel puțin 1 sarcină fiziologică și naștere la termen în antecedente. Homocisteina serică totală a fost determinată prin metoda chemiluminiscentă. Pentru testarea genetică a polimorfismelor MTHFR C677T, MTHFR A1298C, MTRR A66G, MTR A2756G s-au realizat reacțiile PCR/RFLP (reacție de polimerizare în lanț și polimorfismul lungimii fragmentelor de restricție). Datele primare au fost procesate prin intermediul aplicației Excel (din pachetul Microsoft Office 2010). Semnificația statistică pentru a fost stabilită prin calcularea riscului relativ (RR) și intervalului de încredere pentru 95% ( $\hat{I}_{95}$ ).

**Rezultatele studiului.** Valoarea medie a nivelului seric de homocisteină totală în lotul de control a fost de  $6,90 \pm 0,40$   $\mu\text{mol/l}$ , iar în lotul de bază aceasta a constituit  $13,31 \pm 0,87$   $\mu\text{mol/l}$ , constatându-se semnificație statistică înalt semnificativă cu  $p < 0,0001$ . În acest context a fost apreciat RR și s-a constatat că RR de avort spontan recurent în cazul pacientelor cu hiperhomocisteinemie are valoare de 10,4 cu  $\hat{I}_{95}$  6,76-14,04. Astfel, pacientele cu hiperhomocisteiniei prezintă riscul de a dezvolta avort spontan recurent de 10,4 mai mare decât femeile din lotul de control ( $RR = 10,4$ ). Analiza genotipurilor polimorfismelor testate a permis identificarea mutațiilor în genele MTHFR, MTR și MTRR în  $98,25 \pm 0,98\%$  semnificativ statistic la pacientele cu avort spontan recurent față de lotul martor ( $p > 0,001$ ). În continuare, am analizat RR pentru fiecare polimorfism genetic în parte, presupuse a influența dezvoltarea avortului spontan recurent. Astfel, RR prezintă de câte ori este mai mare probabilitatea de a face avort spontan recurent la pacientele cu mutația prezentă, decât la cele cu mutația absentă. În cazul genotipurilor mutante heterozigot CT și homozigot mutant TT pentru polimorfismul genetic MTHFR C677T, RR are valoarea de 2,46 cu  $\hat{I}_{95}$  1,30 – 3,61, deci riscul este apreciat ca fiind dublu în prezența mutației. Pentru genotipurile mutante heterozigot AC și homozigot mutant CC pentru polimorfismul genetic MTHFR A1298C, RR are valoarea de 3,0 cu  $\hat{I}_{95}$  1,62 – 4,38, riscul este apreciat ca fiind triplu în prezența mutației respective. RR de avort spontan recurent în cazul pacientelor pentru mutația heterozigotă AG și homozigotă mutantă GG pentru polimorfismul MTR A2756G comparativ cu genotipul normal AA are valoare de 4,71 cu  $\hat{I}_{95}$  2,07 – 7,34, deci riscul este apreciat ca fiind de 4 ori mai mare în prezența mutației. Pentru polimorfismul genetic MTRR A66G, genotipurile mutante heterozigot AG și homozigot mutant GG determină, de asemenea, un risc de 4 ori mai mare în prezența mutației comparative cu genotipul normal AA, valoarea RR fiind 4,72 cu  $\hat{I}_{95}$  3,11 – 6,32. RR în cazul polimorfismelor asociate a constituit 7,93 cu  $\hat{I}_{95}$  3,94 – 15,98, deci riscul este apreciat ca fiind de 8 ori mai mare în prezența polimorfismelor asociate.

**Concluzii.** Rezultatele cercetării efectuate arată tendința de asociere a valorilor crescute ale homocisteinei ( $RR=10,4$ ), genotipurilor mutante pentru polimorfismele MTHFR C677T ( $RR=2,47$ ), MTHFR A1298C ( $RR=3,0$ ), MTR A2756G ( $RR=4,71$ ) și MTRR A66G ( $RR=4,72$ ) cu pierderea recurentă spontană a sarcinii.



Liudmila Stavinskaia

## UTILIZAREA TERAPIE HORMONALE DE SUBSTITUȚIE PENTRU CORECȚIA DISFUNȚIILOR MENSTRUALE LA PACIENTELE CU PATOLOGIE HEPATICĂ

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Catedra Obstetrică și ginecologie nr.2*

**Actualitatea.** Problema hepatitelor virale și a disfuncțiilor ciclului menstrual rămâne actuală, fiind determinată de incidența crescută și severitatea modificărilor fiziopatologice, specifice acestor două patologii. În Republica Moldova 9% din populație sunt purtători cronici de virusul hepatic HVB, iar 1.5-5% - HVC.

**Scopul studiului.** De a studia efectul terapeutic al terapiei hormonale la femeile cu dereglări ale ciclului menstrual cauzate de hepatita virală cronică.

**Materiale și metode:** A fost efectuat un studiu clinic randomizat în care s-au analizat rezultatele tratamentului hormonal aplicat la 80 de paciente cu patologie hepatică, selectate aleatoriu din 319 paciente, ce prezentau disfuncție menstruală. Tipul terapiei hormonale administrate fiecărei paciente a fost în dependență de dereglarea menstruală, profilul hormonal și examenul ecografic al organelor bazinului mic. Pacientele au fost incluse în 3 grupuri:

I grup(26paciente)- hepatoprotectoare,

II grup(23 paciente)- Didrogesteron 10mg(Duphaston) + hepatoprotectoare,

III grup(31 paciente)- Estradiol 2mg+ Didrogesteron 10mg(Femoston)+ hepatoprotectoare.

În grupul de control au fost incluse 15 femei sănătoase, de vârsta reproductivă cu funcție menstruală normală.

**Rezultate:** Vârsta pacientelor examinate a fost cuprinsă între 18-40 ani, vârsta medie fiind  $26.0 \pm 5$  ani. Nivelul seric al bilirubinei la pacientele cu HVB a fost de 3 ori mai mare comparativ cu cel al pacientelor din grupul de control, dar la pacientele cu hepatita mixtă – aceasta fiind de 10 ori mai mare. Transaminazele au atins valori de 10-40 de ori mai mare decât norma, în special la pacientele cu hepatită virală mixtă. Nivelul fosfatazei alcaline( $27.81 \pm 1.3$  UI/l), protrombinei, proteinei totale, și albuminei a fost considerabil scăzut. Modificări similare au fost observate și la nivelul colesterolului (scăzut pînă la  $2.60 \pm 0.21$  mmol/l) și al beta- lipoproteinei( $195.0 \pm 25.3$  UI). Aceste valori diminuate al parametrilor biochimici fiind observate la toate pacientele cu hepatită virală cronică. Doar la  $7.5 \pm 2.48\%$  de femei ciclul menstrual a fost regulat.

La pacientele examinate, tipul disfuncției menstruale a variat în funcție de tipul hepatitei virale. Sindromul hiper-menstrual și metroragia a fost întâlnit la 2.4% din paciente. La  $22.6 \pm 1.48\%$  din paciente a fost determinat sindromul hipomenstrual și în 67.5% cazuri acestea prezentau amenoree. A fost observat că tulburările de ciclu menstrual au o incidență mai mare printre pacientele cu HVC ( $35.3 \pm 2.3\%$ ) și cele cu hepatită mixtă ( $28.58 \pm 1.08\%$ ). Rezultatele testărilor hormonale au arătat o rată mai mare de variații al nivelului de estradiol (de la 70.3 la 670 nmol/l) și de progesteron (de la 1.42 la 5.5 nmol/l). Hiperestrogenemia a prevalat la pacientele cu HVB formă severă și la cele cu formă mixtă de hepatită (în  $63.75 \pm 3.1\%$  cazuri). Nivelul progesteronului a fost apreciat ca micșorat în  $67.5 \pm 2.9\%$  de cazuri, variind de la 1.42 la 7.42 nmol/l, aceste valori indicând o hipoprogesteronemie esențială ( $p > 0.05$ ). Concentrația FSH-lui ( $6.62 \pm 0.3$  mME/ml) și LH-lui ( $2.7 \pm 0.08$  mME /ml) ușor au trecut peste valoarea normală. În majoritatea cazurilor s-a observat nivelul înalt al Prolactinei( $505.3 \pm 46.3$  ng/ml( $p < 0.05$ )).

Examenul ecografic a fost efectuat la a 13-a zi a ciclului menstrual. Acesta a relevat a micșorarea a grosimii endometrului corespunzător fazei: M-Echo pînă la  $4.0 \pm 0.9$  mm la pacientele cu HVB,  $3.0 \pm 1.1$  mm- cu HVC, și  $3.2 \pm 0.8$  mm – cu hepatită mixtă.

Rezultatele studiului au arătat dereglări severe ale tuturor funcțiilor hepatice la pacientele cu HV, cu repercursiuni directe asupra funcției ovariene, fiind afectată biosinteza hormonilor ovarieni.

Tactica corecției dereglărilor menstruale este în strînsă corelare cu gradul de activitate a hepatitei virale și de durata apariției acestor disfuncții.

După 6 luni de tratament la pacientele din primul grup a fost observat o ameliorare trepatată a funcției hepatice, însă o recuperare deplină a funcției menstruale după administrarea doar a hepatoprotectoarelor nu a fost posibilă.

**Concluzii:** 1. Duphastonul a fost ales în tratamentul disfuncțiilor menstruale la pacientele cu hepatită virală cu activitate minimală sau moderată, contribuind la reglarea ciclului menstrual prin scăderea incidenței disfuncției menstruale în 52% comparativ cu pacientele din primul grup(RR=0.246; IC=0.52 ± 0.098; ( $p < 0.001$ )).

2. S-a dovedit eficiența înaltă a Femostonului la pacientele cu hepatită virală activitate moderată sau severă, fiind observată în 67.74% cazuri (RR=0.51; IC=0.34±0.098,( $p < 0.05$ )).

3. Administrarea terapiei hormonale cu Duphaston și Femoston în managementul disfuncției menstruale la pacientele cu hepatită virală, nu acționează asupra funcției hepatice.

●

Rodica Comendant, Irina Sagaidac, Virginia Șalaru, Ludmila Sîrbu  
**SĂNĂTATEA ȘI DREPTURILE SEXUALE ȘI REPRODUCTIVE ALE FEMEILOR  
CU DIZABILITĂȚI ÎN MOLDOVA**

CIDSR, Catedra Obstetrică și Ginecologie nr. 1, Catedra Obstetrică și Ginecologie, nr.2,  
Catedra Medicina de Familie, USMF „Nicolae Testemițanu”, UNFPA, Moldova

**Introducere.** Drepturile sexuale și reproductive (DSR) fac parte din categoria drepturilor fundamentale ale omului. Drepturile sexuale și reproductive ale persoanelor cu dizabilități, nu sunt expres reglementate în legislația R. Moldova. La nivel național nu există statistici sau sisteme stabilite de colectare, monitorizare, raportare și evaluare a datelor cu privire la accesarea serviciilor de planificare familială, utilizarea metodelor de contracepție, avorturi, infecții cu transmitere sexuală, numărul de nașteri în rândurile femeilor cu dizabilități. Articolul dat reprezintă rezultatul analizei situaționale a respectării DSR ale femeilor cu dizabilități locomotorii și a bazei legislative și actelor normative ale R. Moldova în domeniul DSR ale persoanelor cu dizabilități.

**Scopul.** Domeniul DSR ale persoanelor cu dizabilități a fost mai puțin explorat în Moldova. De aceea ne-am propus să identificăm problemele cu care se confruntă femeile și fetele cu dizabilități ale aparatului locomotor în exercitarea DSR și anume: a) identificarea nevoilor femeilor și fetelor cu dizabilități ale aparatului locomotor în sănătatea sexuală și reproductivă (SSR); b) identificarea nevoilor de asistență a principalilor intermediari (membri de familie, medici de familie, asistenți sociali) în oferirea sprijinului femeilor și fetelor cu dizabilități ale aparatului locomotor în accesarea informației și serviciilor de SSR; c) examinarea cadrului legal, normativ și instituțional cu privire la DSR ale persoanelor cu dizabilități; d) formularea de recomandări care să adreseze unele aspecte ale problemelor identificate.

**Materiale și metode.** Identificarea barierelor care stau în calea exercitării acestor drepturi a fost posibilă în baza analizei interviurilor și chestionarelor completate de către femeile cu dizabilități locomotorii, membrii familiilor acestora, medici de familie și asistenți sociali din Edineț, Cahul, Hîncești și Chișinău. Analiza interviurilor și chestionarelor completate precum și analiza cadrului legal care se referă la sănătatea și drepturile sexuale și reproductive pentru a evalua cum acesta facilitează sau dimpotrivă defavorizează persoanele cu dizabilități au fost efectuate de către experții grupului multidisciplinar de lucru, care a inclus experți în sănătatea reproductivă, medicina de familie, drept și reprezentanți ai ONG-urilor.

**Rezultate.** Accesul limitat la instituțiile publice în domeniul SSR, lipsa cunoștințelor în domeniul dat la toate grupurile intervievate și numărul restrâns al surselor de informare în domeniu au fost determinate, ca fiind problemele majore cu care se confruntă femeile cu dizabilități locomotorii în calea exercitării acestor drepturi.

**Concluzii.** Analiza situațională a permis să facem următoarele concluzii: femeile cu dizabilități în R. Moldova nu beneficiază pe deplin de existența unor prevederi legale elaborate în limitele standardelor internaționale, accesul la serviciile de SSR este limitat datorită lipsei accesului către instituțiile medicale, a echipamentului necesar, adaptat nevoilor acestui grup de beneficiari în instituțiile respective, medicii de familie evită consilierea sau prescrierea contraceptivelor femeilor cu dizabilități din cauza cunoștințelor insuficiente în domeniu dat, asistenții sociali și membrii familiilor femeilor cu dizabilități nu au cunoștințe îndeajuns în domeniu, pentru a putea oferi suport informațional femeilor cu dizabilități.

#### SUMMARY

#### A SITUATIONAL ANALYSIS OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS OF WOMEN WITH DISABILITY IN MOLDOVA

A situational analysis was carried out on knowledge of SRHR, sources of information, access and quality of services of women with locomotor disabilities in Moldova.

**The results showed** poor knowledge among women with disability about their SRHR, fear to have a disabled baby; low demand for services, due to existing barriers, poor knowledge where to address for services; poor access to services: 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.

**Key words:** Caesarean Section, intra-operation blood loss, devascularization the uterus.

**Abstracts.** Prospective trial of 137 pregnant women underwent C/s due to previous occurrence (110) or high risk (27) hemorrhage was performed. The ligation of a.uterine at 2 levels bilaterally (devascularization uteri), compression sutures and its combinations were used. The effectiveness of conservative surgery in case of obstetrical hemorrhage was 94.5%. There was no any short-term and long-term complication in all patients. The preventive devascularization uteri in case of high risk intra- or postoperative hemorrhage reduced blood lost and didn't cause any circulation disturbances.

**Introduction.** Caesarean Section has become the most frequent operation in medicine in 21<sup>st</sup> Century. Intra-operating complications are increase with successive number of CS [1]. The following categories were identified as specific problems: bleeding during and after CS, pre-eclampsia and eclampsia, anesthesia related death, pregnancy related sepsis and embolism [2]. Serious maternal morbidity progressively increased as the number of previous caesarean deliveries increased [3]. Among the life-threatening complications of multiple CSs the massive obstetrics hemorrhage and blood transfusion is on the 1<sup>st</sup> position [4]

**The aim** of our investigation is to minimize the intra-operation blood loss in the group with high risk of massive hemorrhage.

**Study Design.** Prospective trial of 137 pregnant women was performed. All patients underwent C/s due to previous occurrence (110) or high risk (27) hemorrhage. The indications of C/s in case of hemorrhage were placenta abruption (90), multiple C/s (14), rupture of the uterus in vaginal birth after C/s (1), uterus hypotonia after vaginal delivery (3), severe thrombocytopenia (2). The high risk hemorrhage associated with multiple pregnancy with severe preeclampsia, giant fetus, C/s plus myomectomy, 7<sup>th</sup> C/s for the patient, severe thrombocytopenia, severe placenta abruption without Cuveler's uterus.

In case of hemorrhage the surgeon complied with the clinical protocol. At the first stage the uterine artery was ligated bilaterally at 2 levels, such as called "devascularisation". If unsuccessfully, compression sutures were used either B-Linch or Pereira or its combination. If hemorrhaging persisted, the ligation of a.ilic int. or hysterectomy were per-

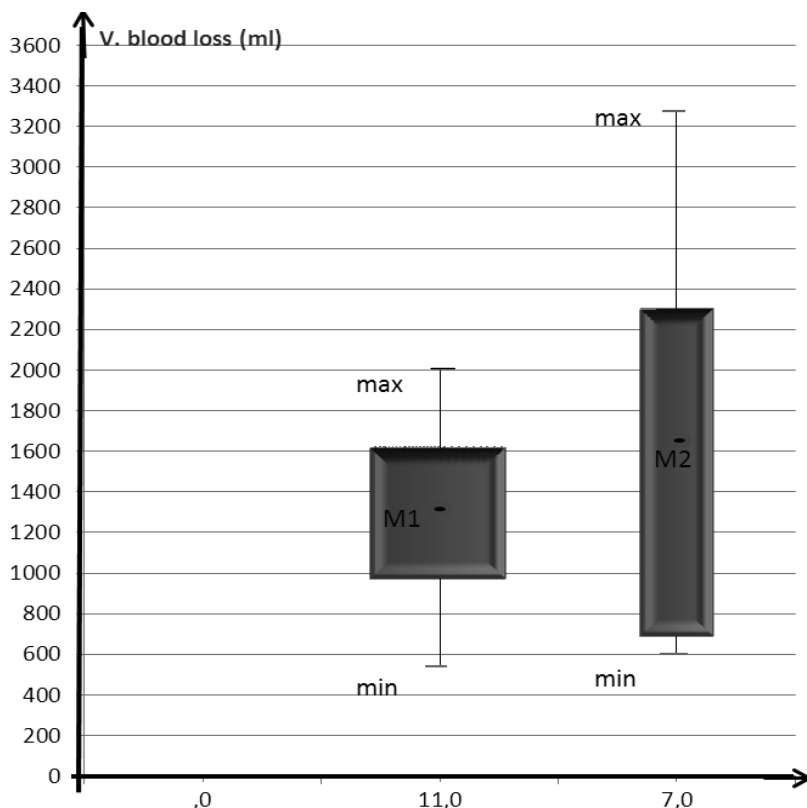


Figure 1. The volume of blood lost in the groups with devascularization (1) and without it (2)  
M – mediana.

formed. The ligation of a.uterine at 2 levels bilaterally as a preventive measure was carried after removing placenta and exteriorization uterus from abdominal cavity [5]. Doppler control was used in postoperative period.

**Results.** We performed 77 ligation of the uterine arteries at 2 levels bilaterally, 13 compression sutures by B-Linch, Pereira or its combination, 11 combination ligation of uterine arteries with compression sutures, 2 ligation of the iliac int. arteries and 6 hysterectomies for stop bleeding (total 110). Thus the effectiveness of conservative surgery in case of obstetrical hemorrhage was 94.5%. The indications for hysterectomy (5.5%) were uterus of Cuveler, placenta increta, stubborn hypotonia of the uterus, and rupture of the uterus resulting in damaged vessels. Preventive ligation of the uterine arteries were highly effective. No postoperative bleeding, lactation, low abdominal pain and menstrual disorders later were reported.

To assess the effectiveness of devascularization, the volume of blood loss in 18 patients was compared with Placenta Abruptio, of which in 11 patients devascularization was performed in comparison with those who did not have devascularization (7 patients). It turned out that in the group with devascularization the total volume of blood loss was significantly lower ( $1269 \pm 140$  ml) than in the group without devascularization ( $1454 \pm 367$  ml). The difference between the maximum blood loss in the patients of the compared groups was also significant ( $p < 0,01$ ). (Figure 1).

The question of the expediency of preventive uterine devascularization at a high risk of massive blood loss during caesarean section is debatable. We observed for a few years 17 patients, whose uterine arteries were ligated for preventive purposes, and out of these 17 normal menstrual function had 14, improved – 3 (decreased menstrual blood lost) and 4 got pregnant 3 years after the surgery with a favorable outcome.

We consider the indications for preventive ligation of uterine arteries at two levels are the factors that promote uterine hypotonia after a surgery, or disturbance of hemostasis. These factors include the following:

- Excessive distension of the uterus (polyhydramnios, multiple pregnancy, giant fetus), which demonstrates the low ability to contract during operation
- Factors that promote disorder of myometrial trophism (placenta abruptio, high parity, more than 2 cesarean section in history, endometritis in history, conservative myomectomy prior to or during pregnancy in past history)
- Disturbance of the hemostasis system
  - Blood disorder
  - Risk of, or ongoing DIC syndrome (severe preeclampsia)
- Placenta previa (ligation of arteries after removing the fetus and prior to removing the placenta)
- Complications of labor promoting uterine hypotonia (CPD, prolonged induction with oxytocin, prolonged labor, chorioamnionitis in labor, etc.)
- Conservative myomectomy after extracting the fetus

One should bear in mind that surgical preventive ligation of uterine arteries (devascularization) does not exclude prevention of uterine hypotonia using medicamentous therapy with uterotonic drugs. There was no any short-term and long-term complication in all patients.

**Conclusion.** Thus, the arresting intraoperative obstetrical hemorrhage through ligation of the a.uterine at 2 levels bilaterally solely as the first step in conservative surgery or in combination with compression sutures exhibits a success rate of 94.5%. This method as a preventive measure in case of a high risk of hemorrhage during C/s shows good indicators for success and doesn't result in any short-term/long-term reproductive disturbances.

#### References.

1. ACOG committee opinion no.559: Caesarean delivery on maternal request. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*, 2013; 121(4), 904-907.
2. Gebhardt GS, Fawcus S, Moodley J, Farina Z; National Committee for Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa. Maternal death and caesarean section in South Africa: Results from the 2011-2013 Saving Mothers Report of the National Committee for Confidential Enquiries into Maternal Deaths. *S Afr Med J*. 2015 Apr;105(4):287-91.
3. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Sep;205(3):262.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2011.06.035. Epub 2011 Jun 15.
4. Arulkumaran S. Life threatening complications of Multiple Caesarean Sections / Report on the 24<sup>th</sup> European Congress EB-COG, Torino – Italy, 19-21 May, 2016
5. Жаркин Н.А., Булавская Ю.В., Жаркин Ф.Н. Интраоперационная остановка и профилактика кровотечений во время кесарева сечения. *Российский вестник акушера-гинеколога*, 2014, Т 14, № 4, с.100-103. Zharkin N.A., Bulavskaya Yu.V., Zharkin F.N., Intraoperative stoppage and prevention of obstetric bleeding, *Russiiskiy vestnik akushera-ginekologa*, 2014, Т 14, № 4, p.100-103

●

<sup>1</sup>Mișina Ana, <sup>3</sup>Rojnoveanu Gh., <sup>3,4</sup>Mișin I., <sup>2</sup>Petrovici V.  
**CHISTURILE EPIDERMIOIDE A VULVEI ȘI PERINEULUI**

<sup>1</sup>*Secția Ginecologie Chirurgicală, <sup>2</sup>Secția Morfologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului,*  
<sup>3</sup>*Catedra chirurgie №1 „Nicolae Anestiadi”, Universitatea de Stat Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,*  
<sup>4</sup>*Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova*

**Cuvinte-cheie: chist epidermoid, vulva, perineu**

**Introducere:** Chistul epidermoid (histologic epidermis + din greacă eidos aparență; sinonim – chist epidermal) – formațiune de volum, partea internă a căreia este acoperită cu epiteliu scuamos stratificat, iar conținutul este prezentat de solzi cornificați. Chistul epidermoid (CE) este o tumoră destul de rară a organelor genitale feminine externe și în literatura de specialitate se întâlnesc publicații sporadice referitor la această patologie doar în calitate de cazuri clinice rare sau serii mici de pacienți. Diagnosticul preoperator al CE prezintă unele complicații și rezultatul final se bazează pe datele examenului morfopatologic a preparatelor înlăturate.

**Material și metod:** A fost efectuată o analiză retrospectivă a bazei de date a chisturilor vulvei și perineului, operate în două clinici din aa.1990 până 2017. Analizând baza de date au fost depistate trei cazuri, ce corespund cerințelor de selectare – CE morfologic confirmate. **Rezultate:** Vârsta medie a pacienților a constituit  $23.7 \pm 1.8$  ani (95% CI: 16.08-31.26). Manifestările clinice principale a CE sunt prezența unei formațiuni de volum, indolore în regiunea organelor genitale externe. Durata medie a maladiei a constituit -  $33.7 \pm 4.1$  luni (95% CI: 16.22-51.11). În majoritatea cazurilor (2:1) în anamneză s-au înregistrat intervenții chirurgicale în regiunea organelor genitale feminine externe. La palparea CE se apreciau ca tumori moi-elastice, relativ mobile și puțin sensibile la compresie. A fost stabilită localizarea preponderentă a CE din dreapta (2:1) a regiunii perineului și numai într-un caz cu implicarea vulvei. La efectuarea ultrasonografiei a CE pe perineu s-a vizualizat o formațiune chistică hipoecogenă cu incluziuni hiperecogene. Dimensiunile maxime a CE au constituit în mediu  $100.1 \pm 8.5$  mm (95% CI: 63.24–136.8), iar cele minime -  $77.7 \pm 5.8$  mm (95% CI: 52.66–102.7). Grosimea peretelui CE a variat de la 5 până la 7 mm. În calitate de abord chirurgical a fost folosită incizia verticală în partea proeminentă a chistului. Formațiunea chistică a fost enucleată din țesuturile adiacente moi cu păstrarea integrității pereților chistului (chistectomie ideală). La secționarea preparatelor înlăturate în interiorul chistului s-a constatat prezența de mase cazeoase (a.n. gunoi – debris). La examenul morfopatologic a stabilită diagnosticul de CE. Durata supravegherii acestor pacienți a constituit de la 37 până la 126 luni, fără a fi înregistrat recidiv la nici una din pacienți (*zero*).

**Concluzie:** CE din regiunea organelor genitale externe se referă la tipul de patologie rară. În majoritatea cazurilor ele se dezvoltă după intervențiile chirurgicale a organelor genitale externe (traume). Tratamentul chirurgical (chistectomie ideală) este metoda de elecție în tratamentul acestei patologii.

●

<sup>1</sup>Mișina A., <sup>1</sup>Harea P., <sup>1</sup>Madan D., <sup>2</sup>Fuior-Bulhac L., <sup>3</sup>Petrovici V.  
**TUMORILE OVARIENE BENIGNE LA PACIENTELE PEDIATRICE:  
ANALIZA A 124 CAZURI CONSECUTIVE**

<sup>1</sup>*Secția ginecologie chirurgicală, <sup>2</sup>imagistică, <sup>3</sup>morfopatologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului,*  
*Chișinău, Republica Moldova*

**Introducere:** Tumorile ovariene la paciențele pediatrice este o patologie destul de rar întâlnită și frecvența lor după datele literaturii anglo-saxone constituie 2.6 cazuri/100.000 pe an. *Scopul studiului* – stabilirea frecvenței tumorilor ovariene benigne (TOB) la paciențele pediatrice, particularităților diagnosticului, tratamentului chirurgical și caracteristicile morfologice.

**Material și metod:** A fost efectuată analiza retrospectivă a bazei de date a 259 cazuri de chisturi și tumori ovariene la paciențele pediatrice. Pentru diagnostic au fost folosite ultrasonografia (USG), tomografia computerizată (TC) sau imagistica prin rezonanță magnetică (IRM). Selectiv au fost determinați markerii oncologici (AFP, b-hCG, CA 125, CEA și CA 19.9).

**Rezultate:** TOB s-au întâlnit în 124(47.9%) cazuri. Vârsta medie a constituit  $16.1 \pm 0.2$  ani (95% CI: 15.66–16.46) inclusiv 5(4.1%) – premenarhe și 1(0.8%) – amenoree primară (sindromul Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser). Torsiunea TOB s-a înregistrat în 21(16.9%) cazuri. Tumorile ovariene au fost localizate din dreapta – 61(49.2%), stânga – 54(43.5%), bilateral – 6(4.8%) și în 3(2.4%) cazuri s-au combinat cu chist al ovarului con-

tralateral. După datele examenului radiologic formațiunile tumorale ovariene s-au caracterizat: dimensiunile max. –  $9.6 \pm 0.4$  cm (de la 3.8 până la 32.1), tumori mari – 61(49.2%) și gigante – 11(8.9%); indexul „morfologic” după Jeoung HY. –  $5.4 \pm 0.1$  (de la 2 până la 9). Intervențiile chirurgicale s-au efectuat cu folosirea laparotomiei după Phannenstiell – 92(74.2%) cazuri, aplicând tehnologiile endoscopice – 32(25.8%). După volumul operațiilor au fost efectuate: tumorectomie cu păstrarea țesutului ovarian – 103(77.4%), anexectomii – 21(15.8%), ovariectomii – 8(6.1%) și rezecție parțială de ovar – 1(0.7%). La examenul histologic au fost depistate următoarele categorii de tumori: epiteliale (n=72, 55.4%), germinogene (n=53, 40.8%), tumorile din mezenchim și cordoanele sexuale (n=4, 3.1%) și vasculare (n=1, 0.7%).

**Concluzii:** În structura TOB cel mai frecvent se întâlnesc tumorile epiteliale și germinogene. În majoritatea cazurilor este posibil de a efectua operații organamenajante. Factorii care influențează negativ la efectuarea acestor intervenții chirurgicale este torsionarea de ovar, dimensiunile gigante ale chistului și predominarea componentului solid în structura morfologică a chistului.



<sup>1</sup>Mișina Ana, <sup>2</sup>Cuțitari Irina, <sup>1</sup>Harea Patricia, <sup>1</sup>Mamoncic Elena  
**UTER SEPTAT TOTAL CU SEPT VAGINAL LONGITUDINAL**

<sup>1</sup>Secția ginecologie chirurgicală, IMSP Institutul Mamei și Copilului,

<sup>2</sup>Departamentul Radiologie și Imagistică,

Universitatea de Stat Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” Chișinău, Republica Moldova

**Cuvinte-cheie: uter septat, sept vaginal, tratament chirurgical**

**Introducere:** Septul uterin total cu implicarea colului uterin și septul vaginal longitudinal se referă la o anomalie destul de rară a ducturilor Mülleriene. Până în prezent în literatura anglo-saxonă sunt prezentate serii mici de paciente cu astfel de anomalie și problemele corecției chirurgicale rămân discutabile. Scopul acestui studiu – analiza frecvenței, manifestărilor clinice, diagnosticul și particularitățile corecției chirurgicale a acestei anomalii.

**Material și metode:** A fost analizată baza de date cu 98 de cazuri de uter septat, cărora li s-au efectuat operații reconstructive (metroplastii abdominale). Pentru diagnosticul acestor malformații a fost utilizată ultrasonografia 3D (USG 3D) și imagistica prin rezonanță magnetică (IRM). Variantele anomaliilor organelor genitale feminine se apreciau conform clasificării ESHRE/ESGE (2013).

**Rezultate:** Septul uterin total cu implicarea colului uterin și septul vaginal longitudinal sau clasa U2bC1/2V1 (după ESHRE/ESGE, 2013) s-a depistat în 8(8.2%) cazuri. La examinarea minuțioasă a acestei anomalii a fost stabilit că mai frecvent se întâlnea varianta cu sept în unicul col uterin (C1), comparativ cu duplicația colului (C2) și au constituit respectiv - 7(87.5%) vs 1(12.5%), ceea ce este statistic veridic ( $p < 0.05$ ). Analiza ulterioară a dovedit că varianta septului în unicul canal cervical s-a întâlnit statistic veridic mai des ( $p = 0.0291$ ), decât septul cu formarea a două canale cervicale și frecvența lor constituie respectiv - 85.7% vs 14.3%. Manifestările primare a acestei anomalii sunt legate de prezența septului vaginal longitudinal (dispareunie, dificultăți în timpul actului sexual sau introducerea tampoanelor igienice). În majoritatea cazurilor (7/8, 87.5%) a fost efectuată intervenția în două etape (excizia septului vaginal cu ulterioara metroplastie după Bret-Guillet) și numai la o singură pacientă s-a efectuat corecție reconstructivă unimomentană.

**Concluzii:** Clasa U2bC1/2V1 (după ESHRE/ESGE, 2013) este o anomalie destul de rară a ducturilor Mülleriene cu diferite variante de malformații a colului uterin (C1/C2). USG 3D și IRM sunt metodele de bază în diagnosticul anomaliilor uterine. Este oportun de a efectua intervenții etapizate – excizia septului vaginal longitudinal cu efectuarea ulterioară a metroplastiei.

●

Liudmila Stavinskaia, Uliana Tabuica, Victor Petrov, Elena Mamonic, Veronica Stețco  
**NAȘTEREA VAGINALĂ DUPĂ OPERAȚIE CEZARIANĂ –ANALIZĂ ȘI CONTRAVERSE**  
*Catedra Obstetrică și ginecologie nr.2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu",  
IMSP Institutul Mamei și Copilului (IMȘIC)*

**Actualitatea.** La momentul actual, problema creșterii ratei operației cezariene (OC) reprezintă o preocupare serioasă, atât printre profesioniști, cât și în întreaga societate. Datele statistice ale diferitor țări arată o tendință unidirecțională. Astfel, în SUA, în perioada anilor 1970-1988, rata OC a crescut de la 5% la 25%, iar, conform datelor anului 2006, aceasta a constituit mai mult de 31.1%. În Canada, în anul 2000, acest indicator a constituit în mediu aproape 23%. În medie, în lume 1 din 5 femei gravide naște prin OC, în Marea Britanie 1980-9%, 2001-21%, SUA 1970-5%, 1988-25%, 2006-31.1%, Ucraina 2006-14.3%, 2008-15.8%, după datele din IMSP IMC 2014- 33.6%, 2016 -30.5%, 2017-30.7 %. Indicația principală pentru operație este prezența cicatriciului pe uter. Conform unor rapoarte, fiecare a treia operație cezariană este operație repetată. Este bine știut că fiecare operație ulterior agravează prognosticul și crește numărul de complicații. Din aceste motive o soluție în micșorarea complicațiilor sus numite este reducerea ratei operației cezariene prin abordarea conduitei per vias naturalis în cazurile posibile. Însă acest lucru necesită combinarea nu numai a cunoștințelor și abilităților medicilor care conduc nașterea, dar și un management corespunzător pe parcursul sarcinii al pacientelor ce au în anamneză naștere prin operație cezariană conform recomandărilor protocoalelor internaționale, organizarea corectă a selecției contingentului de gravide cu uter cicatriceal. Toate acestea va permite reducerea în viitor a pierderile perinatale în cazul pacientelor cu uter cicatriceal, de a elimina unele incertitudini terapeutice și de a proteja practicianul din punctul de vedere al malpraxisului. Astfel, astăzi sloganul clasic al lui E.Gradin (1916): “o operație cezariană – întotdeauna operație cezariană” nu mai este actual.

**Scopul studiului:** De a evalua cazurile clinice de naștere vaginală după operația cezariană în cadrul IMȘIC.

**Materiale și metode:** A fost efectuat studiul retrospectiv nașterilor pe un eșantion de 2316 paciente care au în anamneză cicatriciu pe uter după operație cezariană în cadrul secțiilor obstetricale a IMSP IMȘIC, în perioada anilor 2015-2017.

**Rezultatele studiului:** Analiza datelor clinice au demonstrat ca pe parcursul a 3 ani, odată cu scăderea generală a numărului de nașteri în IMȘIC (2015- 6493 cazuri, 2017-6122 cazuri) cât și în întreaga țară –a fost înregistrat o creștere constantă a numărului de femei cu cicatriciu pe uter după operație cezariană anterioară, mai exact 808 (13.2%) în 2017 vs 756 (11.3%) în 2015. Este important de menționat faptul că IMȘIC este unica instituție de nivelul III în RM, unde sunt direcționate numărul maxim de femei cu această patologie, inclusiv cazurile cu 3 sau mai multe intervenții. Acest fapt determină o tendință regulată de creștere a numărului de operații repetate, de la 31.22% (2014) la 37.8% (2017). În același timp, trebuie remarcat faptul că implementarea în practica obstetricală a protocolului național pentru managementul NVDC din ianuarie 2015, a permis scăderea ratei operației cezariene, de la 33.6% în 2014 la 30.7% în 2017, inclusiv și din creșterea numărului de nașterii per vias naturalis la această categorie de pacienți. Numărul nașterilor vaginale la femeile după naștere anterioară abdominală se află în creșterea anuală de la 7.7% (57) la 12.1% (98) din numărul femeii cu cicatriciu pe uter.

Din cei 406 de pacienți selecționați pentru nașterea pe vias naturalis, 76.3% au avut nașterea conservativă, numai 38.96% dintre ei au avut o istorie de naștere prin operație cezariană. Acest fapt subliniază selecția destul de bună a pacienților. În același timp, prezența în 9,8% cazuri dintre nașterile spontane care aparut la femeile planificate pentru intervenție chirurgicală programată denotă că există rezerve existente în acest sector. Din numărul total de nașterii vaginale, 21.25% s-au finisat prin asistarea cu vacuum-tractor, datorită hipoxiei fetale acute sau insuficienței scretelor. Stimularea travaliului cu uterotonice a fost necesară la 12.5% dintre nașteri. Este de remarcat absența hemoragiei patologice în perioada III a travaliului la 100% dintre pacienți. Controlul cavității uterine a fost efectuat numai la 7.56% pentru defectul stabilit al țesutului placentar. În ceea ce privește rezultatele perinatale în cohorta studiată a pacienților, numai în două cazuri s-au născut copii cu 4/5 puncte după Apgar, datorită hipoxiei acute, restul având 7/8 puncte. Insuficiența primară a travaliului sau apariția semnelor de insuficiența cicatricelui care s-a înregistrat în 19.2% cazuri și hipoxia fetală în 4.4%, a constituit motivul efectuării delivrării abdominale urgente.

**Concluzii:** Managementul rațional al femeilor gravide cu cicatriciu pe uter, alegerea corectă a metodei și termenul de finisare a sarcinii permite reducerea riscului de patologie obstetricală și perinatală. În cazul sarcinii la termen și a colului biologic matur la pacientele cu cicatriciu pe uter, este posibilă inducerea travaliului prin amniotomie precoce. Gradul de maturitate al colului uterin și debutul spontan a travaliului este factor predictiv care indică competența cicatricelui pe uter.

Daniela Roșca<sup>1</sup>, A. Serbenco<sup>2</sup>

## STATUTUL LIPIDIC MATERN PRENATAL ÎN SARCINA COMPLICATĂ CU DIABET ZAHARAT

<sup>1</sup> IMSP Institutul Mamei și Copilului, Catedra Obstetrică-Ginecologie Nr.2

<sup>2</sup>Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Catedra Obstetrică-Ginecologie Nr.2.

**Introducere.** Sarcina fiziologică este asociată cu o serie largă de adaptări metabolice care pot, la fel, influența metabolismul lipidelor și lipoproteinelor. Modificările metabolismului lipidic pe parcursul sarcinii fiziologice, comparativ cu femeile non-gravide, sunt prezentate prin concentrația serică crescută de acizi grași nesaturați, trigliceride (TG), colesterol, fosfolipide și apolipoproteine. Diabetul zaharat (DZ) este considerat un important factor, care contribuie la afectarea metabolismului matern cu prejudicii frecvente a dezvoltării fetale. DZ este, de asemenea, asociat cu dislipidemii și cu tulburări ale profilului lipoproteinelor serice. Profilul lipidic în DZ este frecvent dependent de nivelul de rezistență la insulină - indicii de sensibilitate la insulină corelează negativ cu nivelul de lipide, în special cu nivelul de TG.

**Scopul studiului.** Studiarea unor particularități ale metabolismului lipidic la gravidele cu diferite forme de diabet zaharat.

**Material și metode:** S-a realizat un studiu prospectiv de cohortă: 96 de gravide cu diabet zaharat (lotul de bază) și 96 de gestante fără diabet zaharat (lotul martor), care au născut în IMSP IMC. Lotul de bază a fost divizat în 3 subloturi, în dependență de tipul DZ: 31 (32,3%) gravide cu DZ tip I (sublotul 1), 15 (15,6%) gravide cu DZ tip II (sublotul 2) și 50 (52,1%) paciente cu diabet zaharat gestațional (DZG) (sublotul 3). Vârsta gestantelor din ambele loturi era cuprinsă în limitele 18-44 de ani.

Pentru determinarea profilului lipidic prenatal (TG, colesterol total, LDL colesterol, HDL colesterol) la gravide s-a utilizat metoda enzimatică colorimetrică. Analiza rezultatelor s-a efectuat cu ajutorul programului statistic MedCalc.

**Rezultatele studiului:** Analiza statutului lipidic prenatal la gravidele cu DZ a evidențiat per total o creștere a valorilor TG  $-2.53 \pm 0.69$  mmol/L (1,75-5,68 mmol/L), comparativ cu gestantele fără DZ, care au avut valori medii de TG  $-2.21 \pm 0.28$  mmol/L (1,65-2,76 mmol/L),  $p < 0.0001$  și a LDL colesterolului, respectiv  $4.64 \pm 0.84$  mmol/L (1,38-7,43 mmol/L), versus  $4.07 \pm 0.67$  (1,72-5,02 mmol/L),  $p < 0.0001$ . HDL colesterolul a fost mai mic la gravidele din lotul de baza și anume  $1.54 \pm 0.55$  mmol/L (0,41-3,44 mmol/L), comparativ cu lotul martor-  $2.22 \pm 0.74$  mmol/L (0,31-3,37 mmol/L),  $p < 0.0001$ . Gestantele din ambele loturi au avut mărirea colesterolului total, în special în lotul martor-  $10.27 \pm 0.73$  mmol/L (7,94-11,48 mmol/L), comparativ cu lotul de bază-  $8.89 \pm 1.11$  (4,88-11,87) mmol/L,  $p < 0.0001$ , ceea ce denotă că aceasta creștere este independentă de statutul diabetic și este o manifestare simplă a sarcinii.

Studiul a relevat faptul, că un factor suplimentar predispozant pentru dislipidemia la gravidele diabetice cu consecințe pe termen scurt și lung este și indicele de masa corporală (IMC) preconcepțional ridicat, care la gravidele din sublotul 2 (DZ II) și 3 (DZG) a fost considerabil mărit, respective  $34.09 \pm 7.14$  și  $31.11 \pm 7.24$ , pe când la femeile din sublotul 1 (DZ I) și lotul martor a fost  $22.75 \pm 7.24$  și  $25.46 \pm 5.37$ . Am constatat că femeile obeze din ambele loturi au avut dereglări mai mari a metabolismului lipidic, comparativ cu gravidele din loturi similare, dar normoponderale. Astfel că TG la gravidele cu obezitate și DZ au avut o valoare medie -  $3.74 \pm 0.79$  mmol/L (1,87-5,26 mmol/L), versus  $3.56 \pm 0.62$  mmol/L (1,75-5,68 mmol/L) la normoponderale diabetice; la însărcinatele obeze din lotul martor-  $2.04 \pm 0.19$  mmol/L (1,99-2,71 mmol/L), versus  $2.31 \pm 0.22$  mmol/L (1,65-2,76 mmol/L) la normoponderale.

**Concluzii.** 1. Sarcina la femeile cu DZ este asociată cu modificări mai pronunțate în metabolismul lipidic, preponderent creșterea TG și LDL colesterol și micșorarea HDL colesterolului.

2. Modificările lipidelor în sarcină sânt destul de subtile și de scurtă durată, dar în viitor ele devin ca factor de risc pentru bolile cardiovasculare.

Mișina Ana, Harea Patricia

## COLPOPOIEZA PERITONEALĂ LA PACIENTELE CU SINDROMUL MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER: REZULTATELE ANATOMICE ȘI FUNCȚIONALE

IMSP Institutul Mamei și Copilului

**Cuvinte – cheie:** sindromul Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser • colpipoieza peritoneală • sănătatea sexuală

**Introducere:** Drept scop al acestui studiu a fost aprecierea particularităților anatomice și funcționale a rezultatelor tardive a vaginoplastiei cu folosirea lamboului peritoneal (tehnica Davâdov) la pacientele cu sindromul Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH).

**Material și metode:** A fost efectuată o analiză retrospectivă a 36 paciente cu agenezia vaginului (sindromul MRKH)



din practica personală, cărora li s-a efectuat reconstrucția vaginului cu utilizarea lamboului peritoneal (tehnica Davâdov). Rezultatele funcționale (calitatea vieții sexuale) au fost apreciate cu folosirea Female Sexual Function Index (FSFI) și revised Female Sexual Distress Scale (FSDS-R).

**Rezultate:** Durata medie de supraveghere a constituit  $9.3 \pm 0.5$  luni (95% CI:8.31–10.35). Lungimea medie a neovaginului (rezultatul anatomic) a fost de  $10.4 \pm 0.9$  mm (95% CI:8.50–12.22) până la intervenția chirurgicală și  $99.4 \pm 1.1$  mm (95% CI:97.28–101.6) după corecție. Mărirea medie a lungimii vaginului a constituit  $+89.1 \pm 1.3$  mm (95% CI:86.45–91.66) și a variat de la +74 până la +107 mm. Epitelizarea neovaginului a fost confirmată ca totală (se aprecia cu testul Schiller) în 25(69.4%) cazuri, test negativ  $\approx 10$ –30% din suprafața neovaginului (n=11, 30.6%). Peste 12 luni după tratamentul chirurgical epitelizarea completă s-a petrecut la toate pacientele. pH vaginului a constituit  $6.5 \pm 0.02$  (de la 6.2 până la 6.8) și bacilele Döderlein au fost prezente la 97.2. Calitatea vieții sexuale după vaginoplastie s-a schimbat considerabil: FSFI –  $13.7 \pm 0.6$  (95% CI:12.43–15.05) vs.  $27.9 \pm 0.5$  (95% CI:26.83–28.97) și FSDS-R –  $36.8 \pm 0.9$  (95% CI:34.86–38.79) vs.  $6.9 \pm 0.6$  (95% CI:5.63–8.29), un punctaj prevalent pentru ambele calculări, ceea ce este statistic veridic ( $p < 0.0001$ ).

**Concluzii:** Formarea vaginului artificial cu folosirea peritoneului pelvian (tehnica Davâdov) este o metodă eficientă pentru pacientele cu sindromul MRKH. După această procedură se obține un rezultat anatomic (100%) și funcțional (96.6%) satisfăcător pe o perioadă îndelungată de timp.



Mișina Ana, Harea Patricia, Petrovici V., Zaharia S., Mișin I.

### ENDOMETRIOZA CICATRICEI POSTOPERATORII CONDIȚIONATĂ DE OPERAȚIA CEZARIANĂ

*IMSP Institutul Mamei și Copilului*

**Introducere:** Endometrioza cicatricei postoperatorii (ECP) constituie o patologie rară și necercetată cu o incidență subapreciată, condiționată preponderent de operația cezariană. Scopul studiului - evaluarea riscurilor apariției ECP și particularităților de diagnostic preoperator.

**Material și metode:** Au fost studiate 25 cazuri de ECP tratate chirurgical la baza a doua clinici pe parcursul anilor 1991-2018. Diagnosticul ECP confirmat prin metode imagistice: ultrasonografie (USG) + dopplerografie, tomografie computerizată (TC), imagistica prin rezonanța magnetică (IRM), examen morfologic și imunohistochimic.

**Rezultate:** Vârsta medie a pacientelor cu ECP a constituit  $30.7 \pm 1.1$  ani (95% CI:28.43-32.93). Au fost constatate următoarele particularități caracteristice ECP: endometrioza pelvină absentă (84%,  $p < 0.0001$ ), predominarea la primipare (80%,  $p < 0.0001$ ), punga amniotică integră (88%,  $p < 0.0001$ ), după operațiile cezariene planice (76%,  $p = 0.0005$ ), incizia Pfannenstiel (92%,  $p < 0.0001$ ), unghiul stâng a cicatricei postoperatorii incizia Pfannenstiel (73,9%,  $p = 0.0028$ ), endometrioame monofocale (92%,  $p < 0.0001$ ). Metodele imagistice utilizate la stabilirea diagnosticului au fost: ultrasonografia (n=15), USG cu dopplerografie (n=11), TC și IRM (n=9). La examenul USG s-au determinat formațiuni hipoeogene cu contur hiperecogen, cu următoarele dimensiuni: media maximă  $24.1 \pm 3.2$  mm (95% CI:17.25-30.93), iar media minimă  $15.9 \pm 2.3$  mm (95% CI:10.88-20.91). La toate pacientele a fost efectuat tratament chirurgical cu excizia ECP *en bloc* cu respectarea marjei de siguranță. Examenul morfologic și imunohistochimic a confirmat diagnosticul de ECP și a stabilit că intervenția chirurgicală a fost radicală. Recidive la distanță în perioada postoperatorie nu au fost înregistrate.

**Concluzie:** Efectuarea intervenției chirurgicale înaintea declanșării travaliului ar putea crește riscul de apariție a ECP. Profilaxia ECP post-operație cezariană admite anumite măsuri de tehnică chirurgicală, dar aceste conduite preventive nu și-au dovedit eficacitatea deplină.



Harea Patricia

### TUMORILE OVARIENE BENIGNE LA PACIENTELE PEDIATRICE:

#### ANALIZA A 124 CAZURI CONSECUTIVE

*IMSP Institutul Mamei și Copilului*

**Introducere:** Tumorile ovariene la pacientele pediatrice este o patologie destul de rar întâlnită și frecvența lor după datele literaturii anglo-saxone constituie 2.6 cazuri/100.000 pe an. *Scopul studiului* – stabilirea frecvenței tumorilor ovariene benigne (TOB) la pacientele pediatrice, particularităților diagnosticului, tratamentului chirurgical și caracteristicile morfologice.

**Material și metode:** A fost efectuată analiza retrospectivă a bazei de date a 259 cazuri de chisturi și tumori ovariene la pacientele pediatrice. Pentru diagnostic au fost folosite ultrasonografia (USG), tomografia computerizată (TC) sau imagistica prin rezonanță magnetică (IRM). Selectiv au fost determinați markerii oncologici (AFP, b-hCG, CA 125, CEA și CA 19.9).

**Rezultate:** TOB s-au întâlnit în 124(47.9%) cazuri. Vârsta medie a constituit 16.1±0.2 ani (95% CI:15.66–16.46) inclusiv 5(4.1%) – premenarhe și 1(0.8%) – amenoree primară (sindromul Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser). Torsiunea TOB s-a înregistrat în 21(16.9%) cazuri. Tumorile ovariene au fost localizate din dreapta – 61(49.2%), stânga – 54(43.5%), bilateral – 6(4.8%) și în 3(2.4%) cazuri s-au combinat cu chist al ovarului contralateral. După datele examenului radiologic formațiunile tumorale ovariene s-au caracterizat: dimensiunile max. – 9.6±0.4 cm (de la 3.8 până la 32.1), tumori mari – 61(49.2%) și gigante – 11(8.9%); indexul „morfolologic” după Jeoung HY. – 5.4±0.1 (de la 2 până la 9). Intervențiile chirurgicale s-au efectuat cu folosirea laparotomiei după Phannestiel – 92(74.2%) cazuri, aplicând tehnologiile endoscopice – 32(25.8%). După volumul operațiilor au fost efectuate: tumorectomie cu păstrarea țesutului ovarian – 103(77.4%), anexectomii – 21(15.8%), ovarectomii – 8(6.1%) și rezecție parțială de ovar – 1(0.7%). La examenul histologic au fost depistate următoarele categorii de tumori: epiteliale (n=72, 55.4%), germinogene (n=53, 40.8%), tumorile din mezenchim și cordoanele sexuale (n=4, 3.1%) și vasculare (n=1, 0.7%).

**Concluzii:** În structura TOB cel mai frecvent se întâlnesc tumorile epiteliale și germinogene. În majoritatea cazurilor este posibil de a efectua operații organamenajante. Factorii care influențează negativ la efectuarea acestor intervenții chirurgicale este torsiunea de ovar, dimensiunile gigante ale chistului și predominarea componentului solid în structura morfolologică a chistului



Paladi Gheorghe<sup>1</sup>, Iliadi-Tulbure Corina<sup>1</sup>, Viorica Coșpormac<sup>2</sup>  
**CONDUITA HEMORAGIILOR POST-PARTUM ÎN REPUBLICA MOLDOVA**  
*Catedra Obstetrică și ginecologie nr. 21 Catedra Anesteziologie și reanimatologie nr. 22*  
*USMF “Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul Mamei și Copilului (IMȘIC)*

**Introducere.** Hemoragia post-partum (HPP) ca și cauză directă a deceselor materne, reprezintă 27% la nivel global, în special în țările în curs de dezvoltare, cu resurse economice scăzute. HPP va continua să rămână o problemă actuală, cu repercusiuni asupra vieții pacientei prin: atonia uterină (26,5%), apoplexia utero-placentară (21,3%), rupturi uterină (19,5%), retenția de resturi placentare (16%), placenta praevia (12,5%), placenta adherens (2,5%), lacerările căilor de naștere (1,8%) etc.

**Scopul studiului** a constat în evaluarea conduitei cazurilor clinice diagnosticate cu HPP în Republica Moldova.

**Material și metode.** Am efectuat un studiu retrospectiv descriptiv, pe un eșantion de 57 paciente cu HPP ≥1500 ml, menajate în cadrul IMSP IMȘIC și IMSP SCM nr. 1 pe parcursul anilor 2014-2016.

**Rezultate și discuții.** Vârsta medie a lăuzelor a constituit 27±3ani. În peste 50% cazuri, femeile au fost secundipare (29 cazuri – 50,9%). În 30 cazuri (52,6%), s-a determinat istoric obstetrical complicat. Cicatrice pe uter au prezentat 20 paciente (35,1%). În 33 cazuri (57,9%), pacientele au prezentat istoric somatic complicat. Evoluția sarcinii s-a complicat prin preeclampsie severă 8 cazuri (14,0%). În 42 cazuri (73,7%) sarcina a finalizat prin operație cezariană, din cauza cicatricei pe uter după operație cezariană anterioară (19 cazuri – 45,2%), fiind apreciate cazuri cicatrice după ≥2 intervenții și/sau insuficiența cicatricei. Cauzele legate de patologia placentei s-au atestat în: 14 (24,6%) cazuri prin placenta accreta, în 10 (17,5%) cazuri prin placenta praevia și în 7 (12,3%) cazuri prin dezlipirea prematură a placentei normal inserate. În 6 (10,5%) cazuri, extracția fătului a avut loc prin placenta cezareea. HPP datorate resturilor placentare au fost în 3 cazuri (5,2%), atonia uterină a fost apreciată într-un caz (1,8%). Alte 9 paciente (15,8%) au suportat lacerării profunde ale vaginului și perineului, iar într-un caz (1,8%) a avut loc ruptura de uter. Cea mai înaltă rată a HPP i-a revenit placentei accreta (14 cazuri – 24,6%), incidența acestei patologii crescând alarmant în ultimii ani. Volumul estimat al hemoragiei a fost: <2000 ml – în 20 cazuri (35,1%); între 2000-2500 ml – în 25 cazuri (43,9%); între 2501-3000 ml – în 8 cazuri (14,0%) și >3000 ml – în 4 (7,0%) cazuri. Subestimarea volumului de sângerare a constituit 500 ml în 5 (8,8%) cazuri, între 500-1000 ml – în 7 cazuri (12,3%), iar ≥1000 ml – într-un caz (1,8%). La 35 paciente (61,4%) a fost stabilit sindromul CID, în cadrul căruia s-au determinat: hematom retroperitoneal la 7 (15,6%) lăuze; hemoragii din vasele mici ale ligamentului lat – 2 (3,5%) femei; hematom al vaginului – într-un caz (1,8%).

**Concluzii.** HPP practic în jumătate din cazuri sunt favorizate de patologia de inserție a placentei, ultima fiind determinată de creșterea ratei de nașteri prin operație cezariană. Mortalitatea și morbiditatea maternă sunt reduse dacă nașterea este realizată de o echipă multidisciplinară competentă, care acordă ajutor medical specializat printr-o abordare standartizată.

Petru Nedelciuc

## HISTERECTOMIA TOTALĂ VAGINALĂ CA PARTE COMPONENTĂ A TRATAMENTULUI CHIRURGICAL COMPLEX AL FORMELOR SEVERE DE PROLAPS GENITAL

*Centrul Perinatal, IMSP SCM Bălți, Catedra Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”*

**Generalități.** Histerectomia reprezintă unul dintre principalii timpi al tratamentului chirurgical complex în formele severe de prolaps genital, chiar dacă nu rezolvă problema defectelor de statică pelvină.

**Scopul studiului.** Evaluarea eficacității histerectomiei totale vaginale ca parte componentă a tratamentului chirurgical al formelor severe de prolaps genital.

**Material și metode.** Pe parcursul ultimilor 5 ani în cadrul secției ginecologie a Centrului Perinatologic Bălți histerectomia totală vaginală, în diverse modificații, a fost efectuată la 59 de paciente:

a) în 25 cazuri a fost efectuată histerectomia vaginală asociată cu colpectomie extinsă, asociată cu obliterarea fundului de sac Douglas și miorafia înaltă a ridicătorilor anali;

b) în 23 cazuri a fost efectuată colpectomia parțială cu colpoperineorafie posterioară și miorafia ridicătorilor anali cu păstrarea funcționalității vaginului;

c) în 11 cazuri histerectomia a fost efectuată la pacientele fără prolaps genital, indicațiile fiind fibromioamele asociate cu metroragii persistente sau cu hiperplazii benigne și leziuni precanceroase de endometru, cu examen biopsic preoperator obligatoriu.

**Rezultate.** În perioada postoperatorie accidente grave, așa ca lezarea vezicii urinare sau a rectului n-au fost înregistrate. În 13,56% cazuri au fost constatate hemoragiile din spațiul de clivaj, în 6,78% cazuri au fost constatate hematoame vaginale și perineale, în 5,08% cazuri s-a înregistrat supurarea plăgii perineale, iar în 28,8% cazuri au fost diagnosticate tulburări tranzitorii de micțiune imediat după operație. Recidive ale prolapsului pereților vaginali de diverse grade au fost diagnosticate la 7 paciente (11,8%).

**Concluzie.** Rezultatele au demonstrat o eficiență înaltă a utilizării histerectomiei vaginale ca prim timp operator la pacientele cu forme severe de prolaps genital.

Munteanu Igor<sup>1</sup>, Sârbu Zinaida<sup>2</sup>

## MANAGEMENTUL SARCINII ȘI NAȘTERII LA PACIENTELE CU CHIST OVARIAN

*<sup>1,2</sup> USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică și ginecologie nr.2*

**Introducere:** Conform datelor literaturii de specialitate incidența chisturilor ovariene în timpul sarcinii variază între 0,15 și 5,7%. Din numărul total de formațiuni ovariene depistate în timpul sarcinii incidența celor cu potențial malign variază în limitele 0,8 – 13%. Important de cunoscut este faptul că cancerul ovarian se numără printre primele 5 tipuri de cancer depistate în timpul sarcinii. Incidența joasă îi incriminează patologiei statut de incognito pentru majoritatea practicienilor cu crearea dificultăților în adoptarea unei conduite raționale atât a sarcinii cât și nașterii pentru aceste paciente.

**Scopul studiului:** elucidarea momentelor cheie în managementul sarcinii și nașterii la pacientele cu chisturi ovariene în urma analizei literaturii de specialitate existente.

**Material și metode:** reviuul surselor bibliografice existente în bazele de date precum Pubmed și Google Scholar prin accesarea în motoarele de căutare a cuvintelor cheie: sarcină, chisturi ovariene în sarcină, managementul sarcinii la gravidele cu chisturi ovariene. Analizei au fost supuse doar lucrările publicate în ultimii 5 ani consacrate acestei patologii și care reflectă structurat principiile obiective și fezabile în adoptarea unei conduite corecte a sarcinii și nașterii pentru pacientele cu chisturi ovariene.

**Rezultate:** evaluarea lucrărilor selectate demonstrează încă odată cât de controversată este abordarea problemei chisturilor ovariene la gravide, nu sunt stabilite criteriile clare, bine definite pentru selectarea pacienților eligibili pentru o conduită expectativă sau chirurgicală. Totuși într-un final toți cercetătorii ajung la un consens și anume necesitatea supravegherii cu atenție deosebită a acestor paciente cât și adoptarea unei conduite individualizate a sarcinii și nașterii. Necesitatea înlăturării formațiunilor anexiale în cursul sarcinii, în timpul nașterii sau postpartum în dependență de manifestările clinice cât și caracteristicile morfologice evidențiate obiectiv sau instrumental. Totodată oferă unele recomandări cu privire la metodologia de diagnostic și tratament.

**Concluzii:** în urma realizării acestui reviu pot fi trasate următoarele concluzii:

- Managementul sarcinii și nașterii la pacientele cu chisturi ovariene poate fi atât expectativ cât și chirurgical.
- Pentru conduita expectativă vor fi selectate gravidele cu formațiuni ovariene mici sau medii, clinic asimptomatice și care nu sunt identificate ca fiind suspecte pentru patologia oncologică la examenul clinic și paraclinic.

- Vor beneficia de tratament chirurgical acele paciente la care vor fi depistate chisturi ovariene suspecte atât clinic cât și paraclinic, de dimensiuni mari și gigante, clinic simptomatice și cele care continuă să crească în dimensiuni pe parcursul sarcinii.
- Sunt necesare deasemenea studii suplimentare orientate atât spre diagnosticarea cât și spre tratamentul acestor paciente cât mai precoce posibil.



Moșin Veaceslav Jr, Bejan Feodosie, Certan-Bejan Rodica  
**DIAGNOSTICUL ANTENATAL AL AGENEZIEI DE CORP CALOS**

*Catedra de Radiologie si Imagistica, Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie "Nicolae Testemițanu",  
 Centrul Medical Repromed, Chișinău, Republica Moldova*

**Cuvinte-cheie: agenezia corpului calos, diagnostic ultrasonografic prenatal.**

**Introducere:** Corpul Calos este foarte important pentru dezvoltarea funcțională și structurală a creierului, iar lipsa acestuia având repercusiuni grave asupra dezvoltării ulterioare a copilului. Conform Fundației de Medicină Fetală (Londra), este cea mai frecventă malformație cerebrală, fiind parte componentă a peste 250 de sindroame genetice, iar incidența constituie 1:300 nou-născuți (pentru comparație, incidența sindromului Down constituie 1:600). În circa 80% cazuri se atestă manifestări neurologice severe.

**Conținut:** Prezentarea accentuează importanța diagnosticului imagistic prenatal în stabilirea Ageneziei Corpului Calos. Sunt discutate posibilitățile și limitele radiologiei în diagnosticul prenatal, mai multă atenție este acordată ecografiei. Investigarea prin rezonanță magnetică permite o acuratețe mai bună în aprecierea structurilor cerebrale și poate fi utilizată prenatal, însă posedă unele dezavantaje. Tomografia computerizată oferă posibilitatea de a stabili diagnosticul, dar din cauza radiației ionizante nu poate fi indicată prenatal. Sunt prezentate ilustrații și imagini obținute în cadrul Centrului Medical Repromed.

**Concluzii:** Agenezia de Corp Calos impune o conlucrare dintre mai multe specialități, având în vedere asocierea cu o multitudine de anomalii, iar în cazul diagnosticării acesteia este nevoie de examinat minuțios toate organele și sistemele. Protocolul examenului ecografic din al doilea trimestru trebuie să includă și evaluarea cavității septului pelucid. Imagistica este de neconceput în stabilirea acestei malformații, vârsta gestațională optimală fiind 20-22 săptămâni amenoree.



Veaceslav Moșin, Alina Hotineanu, Victoria Răcilă, Maria Croitor, Natalia Sorici, Zinaida Ciorap,  
 Radu Strătilă, Elizaveta Rasohin, Elena Tabac, Mariana Caliga

**REPRODUCEREA ASISTATĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA: EXPERIENȚE A 23 ANI DE ACTIVITATE**

*Centrul Medical Repromed*

**Introducere:** Actualmente reproducerea asistată este principala metodă de tratament a infertilității, de care beneficiază anual sute de mii de femei din întreaga lume. Se estimează că aproximativ 350.000 de copii concepuți prin metode de reproducere asistată se nasc anual în întreaga lume.

În Republica Moldova primul laborator de embriologie în Republica Moldova a fost deschis în incinta Centrului Mamei și copilului în anul 1995. Experiența acumulată pe parcursul a peste 20 ani de activitate ne permite de a ne împărtăși cu societatea medicală despre progresele obținute de noi în domeniul reproducerii asistate.

**Obiectivele studiului** au fost aprecierea eficacității metodelor reproducerii asistate în funcție de cauzele de bază a infertilității și metodele de stimulare hormonală cu evidențierea factorilor ce afectează succesul procedurii și determinarea posibilităților de îmbunătățire a rezultatelor fertilizării in vitro (FIV).

**Materiale și metode.** A fost efectuată o analiză retrospectivă a 5400 cazuri de proceduri FIV efectuate în cadrul Centrului Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală (actualmente Centrul mamei și Copilului) și Clinica "Repromed". Indicații pentru efectuarea procedurii FIV au fost: infertilitatea tubo-peritoneală, disfuncția hormonală, endometrioza, infertilitatea imunologică, patospermia la soț, infertilitatea de origine neclară. Procedura FIV a inclus următoarele etape: pregătirea către procedură, stimularea ovariană cu gonadotropine, puncția foliculilor, fertilizarea in vitro a oocitelor, transferul embrionilor și suportul fazei luteine.

**Rezultatele studiului.** Experiența acumulată de noi pe parcursul acestor ani de activitate a arătat, că printre factorii principali ce influențează rezultatele FIV sunt: schema de stimulare, experiența clinicii și performanțele laboratorului embriologic, vârsta pacientelor, patologia asociată și factorul masculin.

**Concluzii.** Reproducerea asistată este o metodă destul de efectivă în tratamentul infertilității. Cele mai bune rezultate ale procedurii FIV pot fi obținute la femeile de vârstă până la 35 ani ce nu au patologie tubară, cu ciclul menstrual regulat, uter fără patologie, normospermie la soț. Insuccesul programului FIV în mare măsură e determinat de vârsta avansată a femeii, rezerva ovariană diminuată, patologia tubară (obturarea trompelor în regiunea ampulară, în special cu formarea hidrosalpinxului), endometrioza ovariană, patologia uterină și ipatospermia severă.



Jubîrcă Svetlana<sup>1</sup>, Iliadi-Tulbure Corina<sup>2</sup>

## CONDUITA SARCINII, NAȘTERII ȘI PERIOADEI POST-PARTUM LA ADOLESCENTE

<sup>1</sup>IMSP Institutul Mamei și Copilului, Catedra Obstetrică și ginecologie nr. 2,

<sup>2</sup>USMF „Nicolae Testemițanu”

**Introducere.** Statisticile arată că la nivel global, zilnic, cca 20000 femei cu vârsta sub 18 ani devin mame, acest fenomen manifestându-se preponderent în țările în curs de dezvoltare. Din numărul total de 7,3 mln mame adolescente, anual, cele cu vârsta sub 15 ani reprezintă 2 mln. În cazul în care tendințele menționate vor continua, conform datelor UNFPA (2014), numărul nașterilor la adolescentele sub 15 ani ar putea crește până la 3 mln către anul 2030. Nașterile la adolescente reprezintă 10% din totalul nașterilor în lume și 23% din nivelul morbidității și mortalității materne. Astfel sarcina în adolescență trebuie considerată ca fiind cu un risc înalt de complicații și necesitând o conduită complexă. Drept motiv pentru aceasta ar servi faptul că adolescentele sunt mult mai predispuse la stresul psihologic când devin gravide, au tendința de a nega prezența sarcinii și, ulterior, de a întârzia cu stabilirea la evidență prenatală. Actualitatea problemei date este determinată de numărul înalt al sarcinilor la adolescente, la care imaturitatea sistemelor de adaptare, labilitatea psiho-emoțională, indexul de sănătate scăzut conduc la dezvoltarea complicațiilor pe parcursul gravidității, nașterii și perioadei post-partum atât la mame, cât și la nou-născuți.

**Scopul studiului** a constat în aprecierea particularităților conduitei sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente.

**Material si metode.** Studiul a inclus cercetarea unui număr de 261 gestante, perioada perinatală a cărora a fost monitorizată în IMSP Institutul Mamei și Copilului, pe parcursul anilor 2013-2017. Gestantele au fost divizate în două grupuri în funcție de vârstă: grupul de cercetare a inclus 126 gravide adolescente cu vârsta cuprinsă între 13-18 ani 11 luni și 29 de zile și grupul de comparație – 135 gestante cu vârsta de 19-24 ani. Ca instrument pentru cercetare a servit un chestionar special elaborat, care a inclus compartimente medico-sociale și psihologice de evaluare.

**Rezultatele studiului.** În baza rezultatelor obținute a fost elucidat profilul adolescentei gravide: vârsta medie de 16,5 ani ( $p<0,01$ ), nivel educațional scăzut (83,3%), ( $p<0,001$ ), debut precoce al vieții sexuale în medie la 15,5 ani (46,0%) ( $p<0,001$ ), raporturi sexuale neprotejate (59,5%), parteneri adulți  $\geq 5$  ani ( $p<0,01$ ), evidența prenatală precară (73,0%) ( $p<0,001$ ). Dintre particularitățile clinico-evolutive ale sarcinii nașterii și perioadei post-partum la adolescente au fost elucidate: gestoză precoce ( $p<0,01$ ), anemia feridficitară în 80,2%, ( $p<0,05$ ), pielonefrita gestațională în 50,8% ( $p<0,001$ ), infecții ale căilor genitale în 60,3% ( $p<0,01$ ), iminența și naștere prematură ( $p<0,01$ ), preeclampsia în 12,7% ( $p<0,05$ ), bazin anatomic strâmtat în 7,9% ( $p<0,05$ ), distocie dinamică în 51,6% ( $p<0,001$ ), complicații septico-purulente ( $p<0,05$ ), hipoxie fetală ( $p<0,01$ ), restricția de creștere intrauterină a fătului ( $p<0,05$ ), anomalii congenitale 7,1%, ( $p<0,05$ ), în urma acțiunii factorilor psihologici și sociali, corelând direct cu Vârsta ginecologică. Sarcinile la adolescente evoluează pe fondal de stres, fiind determinate de insuficiența dezvoltării neuro-psihologice și statutul social vulnerabil (lipsa susținerii familiare ( $p<0,05$ ), violența în sarcină (42,6%),  $p<0,001$ , apariția sarcinii nedorite (6,3%), psihologic acceptate (54,8%), etc.).

**Concluzii.** Datele prezentate confirmă necesitatea aprecierii prenatale a factorilor de risc în apariția complicațiilor sarcinii și stării de depresie printre adolescente, pentru a acționa prompt în scopul diminuării acestora. Este evidentă necesitatea screeningului și tratamentului infecțiilor urogenitale și stărilor hipertensive. Din cauza riscurilor apariției unor complicații ca rupere prematură a membranelor amniotice, restricția de creștere intrauterină a fătului, nașterea prematură, sarcina survenită în perioada de adolescență trebuie abordată ca o sarcină cu risc sporit care necesita conduită mai deosebită.

Iliadi-Tulbure Corina<sup>1</sup>, Viorica Coșpormac<sup>2</sup>  
**MANAGEMENTUL PREECLAMPSIEI SEVERE**

<sup>1</sup>Catedra Obstetrică și ginecologie nr. 2, <sup>2</sup>Catedra Anesteziologie și reanimatologie nr. 2  
USMF "Nicolae Testemițanu", IMSP Institutul Mamei și Copilului (IMȘIC)

**Introducere.** Preeclampsia severă constituie una dintre cele mai frecvente complicații ale sarcinii, printre cazurile clinice menajate în Centrul Perinatal de nivel III IMPS IMȘIC din Republica Moldova. Se atestă la vârsta de gestație peste 20 săptămâni și poate persista pentru 4-6 săptămâni post-partum. Cele mai frecvente manifestări sunt: creșterea valorilor TA >160/110 mmHg, asocierea semnelor de afectare a organelor-țintă, proteinuria, precum și patologia fetală (restricția de creștere intrauterină a fătului). Patologia necesită diagnostic și tratament riguros, cea mai importantă etapă de algoritm fiind finalizarea oportună a sarcinii prin operație cezariană.

**Scopul studiului** a constat în evaluarea cazurilor clinice de preecclampsia severă în cadrul IMȘIC.

**Material și metode.** Studiul a fost efectuat pe un grup de 1019 paciente diagnosticate cu preecclampsia severă, internate în mod urgent în secția Reanimare obstetrical-ginecologică (ROG), în perioada anilor 2014-2017, ceea ce a constituit 11,7% din numărul total de paciente internate.

**Rezultatele studiului.** În funcție de structurarea nozologiilor, s-a constatat că preecclampsia severă a constituit cel mai frecvent diagnostic obstetrical stabilit, monitorizat și tratat în secția ROG. Preeclampsia severă a prezentat o rată stabil crescută, pe parcursul perioadei cercetate. În anul 2014, pacientele cu preecclampsie severă au constituit 258 cazuri (15,5%), în anul 2015 – 247 cazuri (12,6%), în anul 2016 – 266 (14,7%) cazuri, iar în anul 2017, diagnosticul constituind 248 cazuri (13,2%). Frecvența relativ constantă, în medie de 13-15%, explică aspectul etiopatogenetic strict dependent de modificările procesului de gestație. Vârsta medie a pacientelor a constituit 27±6,9 ani, cele mai complicate cazuri fiind apreciate sub 20 și peste 38 ani. Patologia s-a manifestat preponderent la primipare (552 cazuri – 54,2%). Preeclampsia severă s-a complicat prin eclampsie în 18 cazuri constituind 1,8%. Sindromul HELLP a complicat evoluția sarcinii în 113 cazuri (13%), ponderea cea mai înaltă revenindu-i perioadei anilor 2016-2017, când diagnosticul a fost stabilit în 33 cazuri (12,4%) și, respectiv, în 32 cazuri (12,9%). Patologia somatică asociată sarcinii a constituit: HTA cronică, boala varice, diabet zaharat, pielonefrită cronică etc. Toate pacientele au primit terapie intensivă polimodală, fiind cu disfuncții sau insuficiențe multiple de organe (MODS/MSOF). În toate cazurile menționate, sarcina a fost finalizată prin operație cezariană urgentă.

**Concluzii.** În ultimii ani, preecclampsia severă se apreciază preponderent la primipare, cele mai complicate cazuri fiind determinate la vârsta sub 20 ani și peste 38 ani. Preeclampsia severă constituie o complicație gravă, asociată frecvent cu un șir de complicații, tratamentul de bază fiind finalizarea urgentă a sarcinii (de cele mai dese ori prin operație cezariană). Se atestă necesitatea informării pacientelor și familiilor acestora despre riscurile, semnele clinice ale acestei patologii și necesitatea adresării urgente la serviciul specialiștilor.

Stanislav Groppa, Anatolie Serbenco, Diana Hovanscaia, Natalia Stoianov  
**PARTICULARITĂȚILE CLINICO-EVOLUTIVE ALE EPILEPSIEI ÎN ÎN SARCINĂ ȘI NAȘTERE**  
*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"*

**Actualitatea.** Astăzi epilepsia este una din cele mai frecvente boli cronice a sistemului nervos central. Conform datelor ILAE (Liga Internațională Antiepilepsie) pe glob se înregistrează 50 mln bolnavi de epilepsie. În Republica Moldova de epilepsie suferă aproximativ 60.000 oameni, printre care până la 15.000 (25%) sunt femei de vârstă reproductivă. În ultimele decenii numărul gravidelor cu epilepsie a crescut de 4 ori, iar incidența epilepsiei constituie 0,5% (1 caz la 200 de sarcini).

**Material și metode.** Pentru a descrie particularitățile anamnestice, debutul, forma, evoluția bolii și tratament anticonvulsivant la femeile gravide cu Epilepsie în perioada retrospectivă a fost realizat un studiul transversal. Studiul a fost efectuat pe un lot de 153 de gravide cu epilepsie care au născut la IMSP IM și C în perioada anilor 2010-2014.

**Rezultatele.** Datele studiului efectuat de noi arată că în majoritatea cazurilor debutul epilepsiei a avut loc în copilărie (0-12 ani) - 68 de cazuri (44,4 ± 4,0%), și în perioada adolescență (12-18 ani) -52 de cazuri (34,0±3,8%), în 2 cazuri s-a constatat apariția primară a crizelor convulsive în timpul sarcinii. În majoritatea cazurilor se întâlnește forma simptomatică al epilepsiei, în 103 de cazuri (67,3±3,8%), dar cele mai dese cauze sînt patologia perinatală și traume cranio-cerebrale suportate de către femei. După tipul crizelor epileptice în majoritatea cazurilor -120 (78,4±3,3%) pacientele au avut convulsii tonico-clonice generalizate în anamneză. Studiul nostru a relevat că rata crizelor epileptice cu frecvența mare (plure cotidiene, săptămânale sau lunare) în sarcină nu se deosebea semnificativ -42 de cazuri (27,5±3,6%), comparativ cu rata convulsiilor pînă la naștere 41 de cazuri (26,8±3,6%) la acestea paciente. Cauza principală a fost abandonarea

sau administrarea incorectă tratamentului anticonvulsivant. In 2 cazuri s-a complicat grav cu apariția statusului epileptic la gestante. La pacientele cu epilepsie rezolvarea sarcinii prin operație cezariană s-a constatat în -71 de cazuri (46,4±4,0%) și în majoritatea cazurilor- 28 ( 39,4±4,0% ) a fost efectuată după indicații neurologice.

**Rezultate.** Datele studiului efectuat de noi arată că in majoritatea cazurilor debutul epilepsiei a avut loc in copilărie și în perioada adolescență. In majoritatea cazurilor se întâlnește forma simptomatică al epilepsiei cu convulsii tonico-clonice generalizate. Rata crizelor epileptice frecvente în sarcină nu se deosebea semnificativ comparativ cu rata convulsiilor pînă la nastere . Cauza principală a convulsiilor dese a fost abandonarea sau administrarea incorectă tratamentului anticonvulsivant, ceea ce a dus în unele cazuri la apariția așa complicației grave ca ”statusul epileptic” și crizelor în cursul travaliului. Cercetarea noastră a relevat un impact considerabil al epilepsiei asupra modalității de finisare a nașterii.



Rodica Comendant, Irina Sagaidac, Virginia Șalaru, Ludmila Sîrbu  
**SĂNĂTATEA ȘI DREPTURILE SEXUALE ȘI REPRODUCTIVE ALE FEMEILOR  
CU DIZABILITĂȚI IN MOLDOVA**

*CIDSR, Catedra Obstetrică și Ginecologie nr. 1, Catedra Obstetrică și Ginecologie, nr.2,  
Catedra Medicina de Familie USMF „Nicolae Testemițanu”*

**Introducere** Drepturile sexuale și reproductive (DSR) fac parte din categoria drepturilor fundamentale ale omului. Drepturile sexuale și reproductive ale persoanelor cu dizabilități, nu sunt expres reglementate în legislația R. Moldova. La nivel național nu există statistici sau sisteme stabilite de colectare, monitorizare, raportare și evaluare a datelor cu privire la accesarea serviciilor de planificare familială, utilizarea metodelor de contracepție, avorturi, infecții cu transmitere sexuală, numărul de nașteri în rândurile femeilor cu dizabilități. Articolul dat reprezintă rezultatul analizei situaționale a respectării DSR ale femeilor cu dizabilități locomotorii și a bazei legislative și actelor normative ale R. Moldova în domeniul DSR ale persoanelor cu dizabilități.

**Scopul.** Domeniul DSR ale persoanelor cu dizabilități a fost mai puțin explorat în Moldova. De aceea ne-am propus să identificăm problemele cu care se confruntă femeile și fetele cu dizabilități ale aparatului locomotor în exercitarea DSR și anume: a) identificarea nevoilor femeilor și fetelor cu dizabilități ale aparatului locomotor în sănătatea sexuală și reproductivă (SSR); b) identificarea nevoilor de asistență a principalilor intermediari (membri de familie, medici de familie, asistenți sociali) în oferirea sprijinului femeilor și fetelor cu dizabilități ale aparatului locomotor în accesarea informației și serviciilor de SSR; c) examinarea cadrului legal, normativ și instituțional cu privire la DSR ale persoanelor cu dizabilități; d) formularea de recomandări care să adreseze unele aspecte ale problemelor identificate.

**Material și metode.** Identificarea barierelor care stau în calea exercitării acestor drepturi a fost posibilă în baza analizei interviurilor și chestionarelor completate de către femeile cu dizabilități locomotorii, membrii familiilor acestora, medici de familie și asistenți sociali din Edineț, Cahul, Hîncești și Chișinău. Analiza interviurilor și chestionarelor completate precum și analiza cadrului legal care se referă la sănătatea și drepturile sexuale și reproductive pentru a evalua cum acesta facilitează sau dimpotrivă defavorizează persoanele cu dizabilități au fost efectuate de către experții grupului multidisciplinar de lucru, care a inclus experți în sănătatea reproductivă, medicina de familie, drept și reprezentanți ai ONG-urilor.

**Rezultate.** Accesul limitat la instituțiile publice în domeniul SSR, lipsa cunoștințelor în domeniul dat la toate grupurile intervievate și numărul restrâns al surselor de informare în domeniu au fost determinate, ca fiind problemele majore cu care se confruntă femeile cu dizabilități locomotorii în calea exercitării acestor drepturi.

**Concluzii.** Analiza situațională a permis să facem următoarele concluzii: femeile cu dizabilități în R. Moldova nu beneficiază pe deplin de existența unor prevederi legale elaborate în limitele standardelor internaționale, accesul la serviciile de SSR este limitat datorită lipsei accesului către instituțiile medicale, a echipamentului necesar, adaptat nevoilor acestui grup de beneficiari în instituțiile respective, medicii de familie evită consilierea sau prescrierea contraceptivelor femeilor cu dizabilități din cauza cunoștințelor insuficiente în domeniu dat, asistenții sociali și membrii familiilor femeilor cu dizabilități nu au cunoștințe îndeajuns în domeniu, pentru a putea oferi suport informațional femeilor cu dizabilități.

**SUMMARY**

**A SITUATIONAL ANALYSIS OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS OF WOMEN  
WITH DISABILITY IN MOLDOVA**

A situational analysis was carried out on knowledge of SRHR, sources of information, access and quality of services of women with locomotor disabilities in Moldova.

**The results showed** poor knowledge among women with disability about their SRHR, fear to have a disabled baby; low demand for services, due to existing barriers, poor knowledge where to address for services; poor access to services:

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 subploturi: 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*

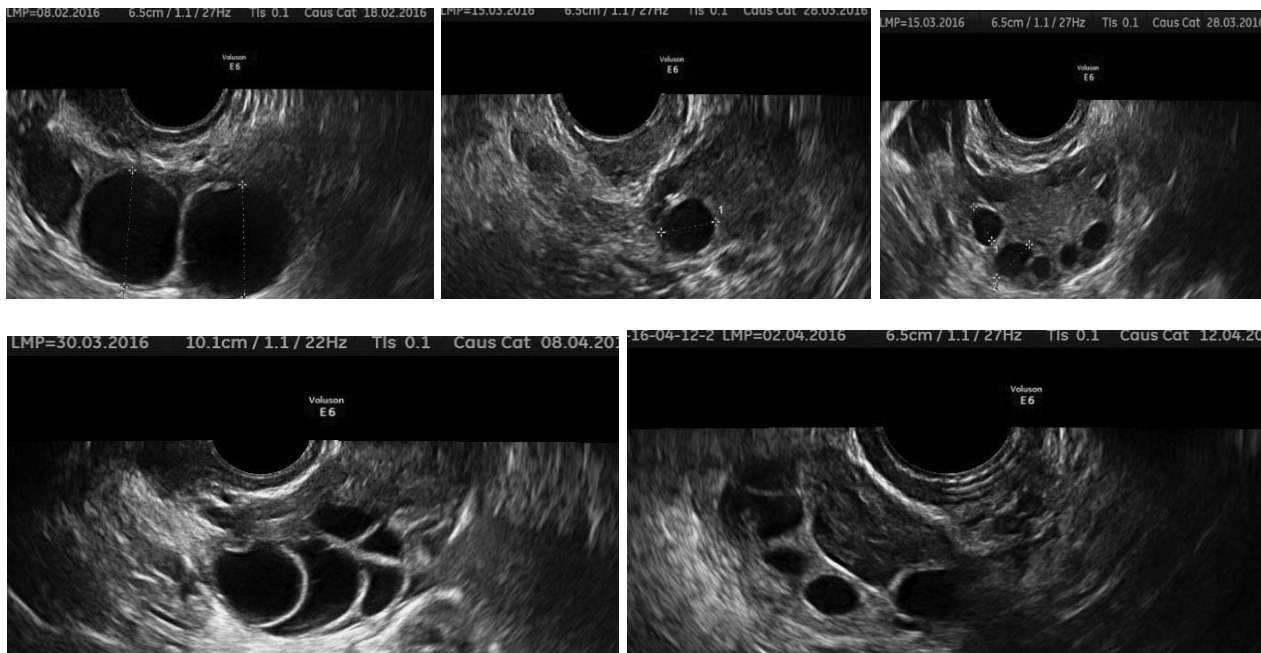
### Cuvinte cheie: stimulare ovariană, ecografie, reproducere umană

**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. Mișcările 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**

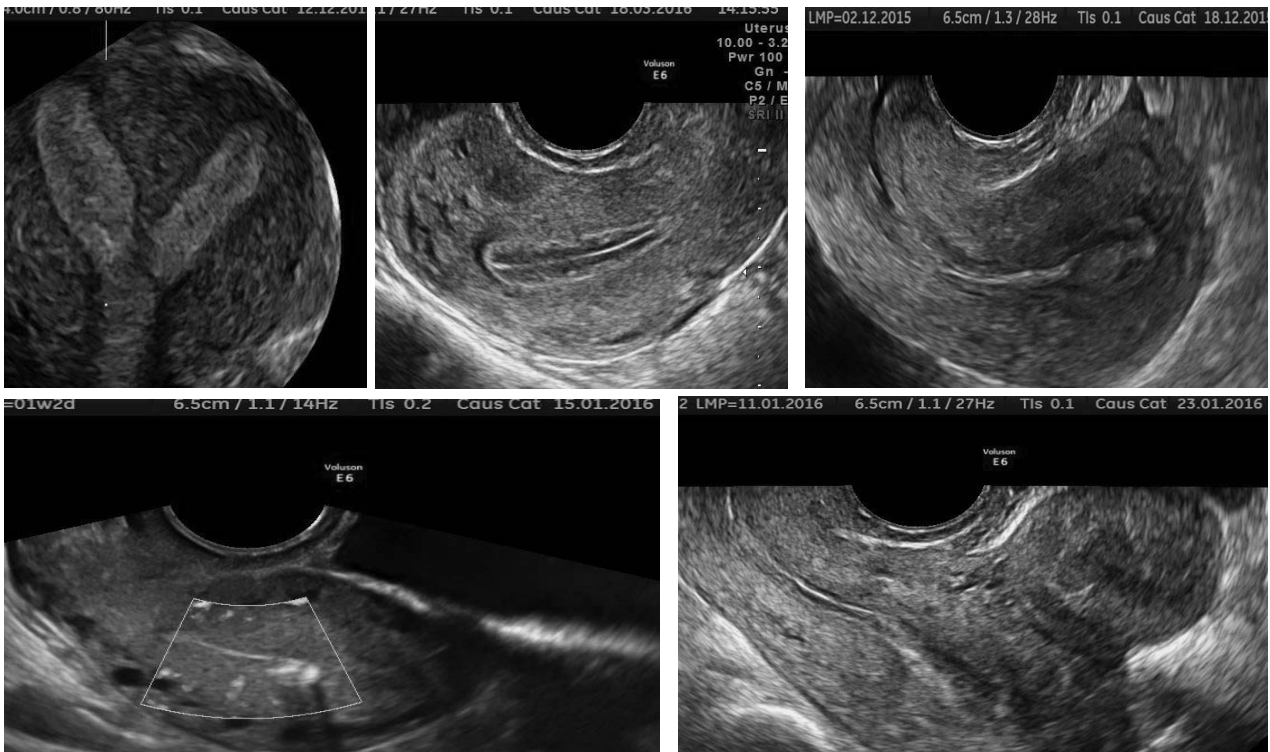
**Introducere:** Infertilitatea feminină poate fi cauzată de orice tip de anomalii: cervicali, uterine/ endometriale, tubare, peritoneale, ovariene. Endometrul este o componentă a sistemului reproductiv feminin, ce se transformă sub acțiunea hormonilor și suferă modificări funcționale ritmice ca răspuns 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-

ografiei endovaginale, pe secțiune sagitală. Ecografia transvaginală este superioară ecografiei transabdominale datorită utilizării transductorului de înaltă frecvență și cu rezoluție net crescută.

**Rezultate:** Leziunile uterine de tip: mioame, polipi, corpi străini, malformații, etc au anumite caracteristici ultrasonografice ce pot fi recunoscute la examenul ecografic cu o rată crescută de sensibilitate și specificitate care permite de diagnostic corect și în timp util pentru o conduită medico-chirurgicală adecvată sau la stabilirea cauzei infertilității feminine legate de uter.



**Concluzii:** Modificările patologice ale uterului asociate cu cele endometriale pot determina performanța reproductivă scăzută. Evaluarea ecografică a endometrului și a corpului uterin a permis progresul în tratamentul infertilității.



Friptu Valentin\*, Cauș Natalia\*\*, Cauș Cătălin\*\*, Railean Ludmila\*\*  
**DETERMINAREA ECOGRAFICĂ ȘI OBSTETRICALA A MASEI PROBABILE A FATULUI  
LA ZIUA TRAVALIULUI**

*\*Catedra de obstetrică și ginecologie nr 1, \*\*Catera de obstetrică și ginecologie nr. 2*

**Cuvinte cheie: masa probabilă a fătului, ecografie, formule**

**Introducere:** Aprecierea masei probabile a fătului după formule obstetricale (Iakubova, Jordania, Publicenko, Lankoveț, Jonson) include: înălțimea fundului uterin (IFU), circumferința abdominală (CA), masa parturientei (MP), talia gravidei (TG). Determinarea greutateii fătului prin ecografie se bazează pe diametrul bi-parietal, circumferința capului, circumferința abdominală, lungimea femurului. Suspiciunea unei disproporții fetopelvine și/sau macrosomii fetale induce o frică pentru naștere pe cale vaginală, optând pentru finalizarea nașterii prin operație cezariană iterativă. Dificultățile în luarea deciziei apar atunci când masa probabilă a fătului constată un făt macrosom astfel conduita obstetricală devine incertă, iar evoluția nașterii se bazează pe elemente de pronostic a partogramei, corelată la experiența personală și posibilitatea de a lua decizii la momentul oportun evitând potențialele riscuri materno-fetale.

**Materiale și metode:** examinarea clinică obstetricală și paraclinică prin ecografie a 50 de paciente internate în sala de naștere pentru a evalua masa probabilă a fătului după formule obstetricale existente și comparate cu biometria fetală evaluată ultrasonografic.

**Rezultate:** determinarea masei probabile a fătului după diferite formule obstetricale au demonstrat rezultate diferite cu o marjă de eroare până la 400 de grame, determinarea greutateii fetale prin ecografie a prezentat la fel o marjă de eroare până la 200gr. Date în favoarea macrosomii fiind observate de la o circumferință abdominală >100cm, înălțimea fundului

uterin >35cm, adaos ponderal a parturientei >20kg, diametrul biparietal superior de 100 mm, circumferința abdominală >370mm, lungimea femului >77mm, diametru abdominal transvers este mai mare cu 15 mm ca diametru biparietal.

**Concluzii:** Studiul a reiterat necesitatea de cercetare în această direcție prin crearea de formule noi, cât și reevaluate intrapartum prin diferite scoruri sau recomandări clinice pentru a fi utile în luarea unei conduite obstetricale bazate pe protocoale și ghiduri de bună practică.

Formula /Parametru examinat	Masa probabilă
Iakubova (IFU+CA)/ 4 x100	
Jordania IFU x CA	
Bublicenko MP/20	
Lankoveț (MP+TG+IFU+CA) x 10	
Jonson până 90 kg= (IFU-11) x 155	
Jonson după 90kg= (IFU-12) x 155	
Masa probabilă a fătului la ecografie	
IFU înaltimea fundului uterin	

Formula /Parametru examinat	Masa probabilă
CA circumferinta abdomenului	
MP masa parturientei	
TG talia gravidei	
DBP diametru biparietal	
DTA diametru transvers abdominal	
DBA diametru biacomial	
CA circumferința abdomenului	
LF lungimea femului	

●  
Cauș Cătălin, Cauș Natalia, Armașu Tatiana  
**DEFECT DE CICATRICIU UTERIN**  
Catedra de obstetrică și ginecologie nr.2

**Cuvinte cheie: defect de cicatriciu uterin, istmocel, dehiscență uterină**

**Introducere:** Defect de cicatriciu uterin (DCU) este caracterizat printr-o discontinuitatea miometrială a peretelui anterior uterin (în segmentul inferior) situat la nivelul cicatricei după operație cezariană. Defectul poate afecta parțial sau toată suprafața cicatricelui după operație cezariană. În literatura de specialitate poate fi întâlnită sub diferite denumiri ca diverticul uterin deficiență, istmocel uterin, nișă, pouch uterin, dehiscență a cicatricei uterine. Incidența raportată în literatură este diferită de la 5%-19%. Manifestările clinice ce prezintă paciențele sunt diverse: dispareunie, secreții vaginale maronii după coitus, sângerări intermenstruale, dismenoree, infertilitate.

**Materiale și metode:** Ecografie transvaginală fiind recomandată ca primă intenție în stabilirea diagnosticului de DCU deoarece este o metodă imagistică non invazivă ce poate ușor depista modificări de miometru și prezența discontinuității de țesut. Autorul Vaate descrie mai multe tipuri de DCU și recomandă descrierea formei DCU, lățimea DCU, adâncimea DCU cât și grosimea miometrului rămas. Alte metode invazive de evaluare a DCU sunt: histerosonografia cu soluție salină, histerosalpingografia, histeroscopia, rezonanța magnetică nucleară.

**Rezultate:** Paciențele incluse în acest articol prezintă în antecedente obstetricale naștere prin operație cezariană repetată. Diagnosticul DCU a fost stabilit prin ecografie transvaginală 2D, completat de manifestările clinice și antecedente personale. Motivul consultațiilor acestor paciențe fiind sângerarea cu debut postmenstrual cu aspect lichid fluid de culoare maroniu cu durată variabilă, ce apare după act sexual, efort fizic.

**Concluzie:** Diagnosticul de defect de cicatriciu uterin poate fi stabil exclusiv prin metode imagistice, iar ecografia transvaginală este standardul de aur. Operația cezariană (repetată) este factor de risc în dezvoltarea DCU.



●

Cernețchi Olga Cauș Cătălin Iliadi-Tulbure Corina  
**REZULTATE OBSTETRICALE DUPĂ NAȘTEREA ASISTATĂ PRIN VENTUZĂ**  
*Catedra de obstetrică și ginecologie nr.2*

**Introducere:** Pentru trecerea capului fătului prin căile de naștere sunt suficiente forțele de naștere. Atunci când survine pericol pentru mamă și/sau făt este necesară terminarea rapidă a nașterii se recurge la metode chirurgicale sau instrumentale. Una din metodele moderne ale obstetricii operative face parte extracția fătului cu ventuza obstetricală. Rezultatele aplicării ventuzei sunt apreciate după principiul cu cât este mai dificilă aplicarea lui cu atât mai multe complicații materno-fetale.

**Materiale și metode:** a fost studiate date din 3 maternități din Chișinău, Republica Moldova. S-a cercetat indicațiile pentru finisarea nașterii, prezența dificultăților la aplicarea ventuzei obstetricele și complicațiile materno-fetale după nașterea asistată.

**Rezultatele:** au fost clasificate după mai multe criterii- indicațiile materne sau fetale, dificultăți tehnice sau de aplicare a ventuzei, pașii efectuați, aprecierea varietății și fontanelor, tipul de complicații materne sau fetale s-a observat.

**Concluzie:** aplicarea ventuzei obstetricele reprezintă un progres al practicii obstetricele cu având grijă, să fie respectate condițiile și tehnica de aplicare. Necesitatea evaluării modului de aplicare a ventuzei obstetricele poate descoperi unde se ascunde posibile erori și cum pot evitate complicațiile materno-fetale.

●

Cernețchi Olga\*\*, Cauș Cătălin\*\*, Cauș Natalia\*\*, Crăciun Alina\*\*, Oțel Cristina\*.

**NAȘTEREA CU FEȚI MACROSOMI**

*\*Catedra de obstetrică și ginecologie nr 1, \*\* Catedra de obstetrică și ginecologie nr.2*

**Cuvinte cheie: macrosomie, complicații materne, complicații fetale.**

**Introducere:** Macrosomia este definită – ca greutatea nou născutului ce constituie 4000gr și mai mult (până la 4999gr) la naștere. Prevalența macrosomiei în lume este de 10%. Acest fenomen obstetrical este asociat cu dereglări metabolice materne, diabet gestațional, obezitate, etc. Semne clinice obstetricele caracteristice pentru macrosomie fundul uterin  $\geq 40$ cm, circum-ferința abdomenului matern  $\geq 100$ cm. Antecedente de macrosomie: în familie, în nașterile precedente, constituția personală sau a partenerului, etc. Macrosomia frecvent este asociată cu complicații antepartum, intrapartum, postpartum și neonatale imediate și/sau la distanță.

**Scopul lucrării.** Studiarea modului de naștere și tipul complicațiilor materno fetale cu feți macrosomi, și care au fost date clinice, paraclinice ce au diagnosticat această stare obstetricală.

**Material și metode.** Au fost studiate retrospectiv 1550 de nașteri cu făt macrosom din trei maternități din Chișinău, Republica Moldova.

**Rezultate.** Determinantele materne cum ar fi: obezitatea, ados ponderal în sarcină  $\geq 15$ kg, diabet zaharat, anamneză de macrosomie. Nașterea prin operația cezariană s-a constat într-un număr considerabil de cazuri. Iar complicațiile materne au o frecvență crescută (laceratiile de tract genital de grad 2,3; travaliu prelungit; hemoragie postpartum, disproporție fetopelvină, etc ) la fel și complicațiile fetale (distocie de umerai, naștere asistată, leziuni de diferit grad a brațului brahial, ruptură de claviculă, asfixie fetală).

**Concluzii:** Nașterea cu făt macrosom se asociază cu o rată crescută de operație cezariană, în caz de naștere naturală crește probabilitatea complicații materno-fetale. Necesitatea elaborării de noi formule de diagnostic al macrosomiei prin examen obstetrical și ultrasonografic.

●

Silvia Agop, Olga Cernețchi  
**VACCINAREA ANTI-HPV ÎN REPUBLICA MOLDOVA**  
*Catedra Obstetrică și Ginecologie nr. 2*

**Introducere.** Cancerul cervical ocupa locul II din toate tipurile de cancer la femei cu vârsta cuprinsă între 15-44 ani, conform datelor disponibile ale Agenției Internaționale de studiu a Cancerului (IRAC). Datele OMS relatează ca în lume decedază la fiecare 2 minute o femeie de cancer cervical, anual se diagnostică 528 000 cazuri noi, 266 000 decese, din ele 85% - în țările în curs de dezvoltare. IRAC examinează rata estimativă a mortalității cauzate de cancer cervical la

nivel mondial și către anul 2050 vor fi raportate: un milion de cazuri noi, 90% -în țările în curs de dezvoltare. Incidența estimativă a cancerului de col uterin în RM reprezintă 15,6 % în anul 2015 și plasează Republica Moldova printre primele locuri din țările Europei Centrale. Tratament etiologic pentru infecția cu HPV nu există! Pirghiile eficiente în lupta cu cancerul cervical reprezintă prevenirea primară prin vaccinare anti-HPV. Conform datelor GAVI (alianța globală pentru vaccinuri și imunizare) vaccinul anti HPV a fost introdus în 74 țări. Acoperirea cu vaccin împotriva HPV în Regatul Unit al Marii Britanii, aa. 2008-2016 – 88% din populația țintă. Studiile clinice de monitorizare a duratei protecției conferite de vaccin au estimat imunogenitatea – până la 8,4 ani și eficacitatea – până la 9,4 ani și nici un caz de infecție la cei vaccinați – până la 10 ani, nu există dovezi că eficacitatea ar scădea în timp. Evenimentele adverse postvaccinale (EAPV) sunt rare, riscul de anafilaxie a fost caracterizat ca fiind de aproximativ 1,7 cazuri la un milion de doze, iar sincopa a fost stabilită ca o anxietate comunitară sau o reacție legată de stres la injectare. Privind siguranța vaccinului – există experiența mondială de vaccinare a peste 100 milioane persoane cărora li s-au administrat peste 280 milioane doze de vaccin anti-HPV ne fiind confirmate EAPV cauzate de vaccin. Gratie suportului UNICEF, OMS, GAVI RM a beneficiat de vaccinul Gardasil tetravalent – care se efectua gratis în cabinetele de vaccinare a Centrelor Medicilor de Familie din noiembrie 2017 pentru fetele cu vârsta de 10 ani, în două doze 0 și 6 luni.

**Scopul lucrării.** Evaluarea rezultatelor vaccinării anti HPV în RM.

**Material și metode.** Studiu retrospectiv pe parcurs a 4 luni (decembrie –martie ) anul 2017-2018 ce a inclus fetele cu vârsta de 10 ani din toată țara, supuse vaccinului anti – HPV. Rezultatele au fost extrase din actele medicale a centrelor medicilor de familie conform domiciliului.

**Rezultate.** În rezultatul studiului a fost estimat că pe parcursul lunilor decembrie 2017 – martie 2018 au fost cuprinse cu prima doză de vaccin 11.167 fete, doar 64,3% din contingentul planificat de IMSP AMP. Cercetarea a detriminat că șapte teritorii administrative (Florești, Basarabeasca, Briceni, Cimișlia, Edineț, Nisporeni, Ungheni) au utilizat integral stocul de vaccin destinat pentru administrarea primei doze. Cea mai critică situație se atestă în r-nul Vulcănești în care au fost cuprinși cu vaccinări doar circa 8% din contingentul planificat, de asemenea în lunile februarie și martie nici o doză nu a fost administrată. Rate scăzute de acoperire vaccinală au fost raportate în mun. Bălți (32,3%), mun. Ciadâr-Lunga (32,8%), mun. Chișinău (43,9%), mun. Cahul (44,3%), r-nul Rîșcani (46,6%) și r-nul Dondușeni (49%). EAPV a fost înregistrat doar un caz în raionul Orhei manifestat prin atac de panică, respectiv în acest raion ulterior rata vaccinării a fost zero, ce vorbește despre lipsa informării și comunicării eficiente.

**Concluzii:** Cancerul cervical reprezintă o dramă a femeilor tinere aflate în plină activitate iar vaccinarea anti-HPV – reprezintă un instrument util în lupta cu el.

În rezultatul cercetării a fost estimat că vaccinarea anti-HPV se realizează insuficient (64,3%) și necesită o comunicare mai eficientă a persoanelor abilitate cu populația țintă și explicarea minuțioasă a beneficiilor.

Comunitatea medicală autohtonă în comun cu Societatea de Colposcopie și Patologie Cervicală din RM ține să sensibilizeze populația feminină în conștientizarea problemei cancerului cervical și să pledeze pentru metodele eficiente de prevenire.



Friptu Valentin\*, Cauș Cătălin\*\*, Moruz Liliana\*\*\*, Roșca Mariana\*\*\*\*

## DETERMINAREA PERCUTANATĂ A BILIRUBINEI ÎN PERIOADA NEONATALĂ PRECOCE

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

*\*Catedra de obstetrică și ginecologie nr 1, \*\*Catedra de obstetrică și ginecologie nr 2*

*\*\*\*Clinica Familia*

**Cuvinte cheie:** Bilitest, bilirubină, icter.

**Introducere:** Icterul neonatal este o situație frecvent întâlnită la nou-născuții și constă în țesut și

Introducere Icterul neonatal este o situație frecvent întâlnită la nou-născuții și constă în colorarea în galben a tegumentelor și mucoaselor în special a conjunctivei oculare, ca urmare a excesului de bilirubină în sânge. Bilirubina este un pigment normal rezultat din degradarea hemoproteinelor din eritrocite. În mod normal bilirubina este transportată la ficat și excretată în materiile fecale. Icterul apare când nivelele de bilirubină cresc foarte mult iar capacitatea ficatului nou-născutului de a prelua și excreta pigmentul sunt depășite.

**Scopul lucrării.** Determinarea bilirubinei percutanată în perioada neonatală precoce duce la reducerea riscului de encefalopatie bilirubică; sporește calitatea examinării clinice și paraclinice; îmbunătățește calitatea tratamentului; reduce numărul cazurilor de deces prin icter neonatal.

**Material și metode.** S-a determinat bilirubina prin metoda percutanată și sanguină la copiii născuți în Clinica Familia pe perioada martie 2017-martie 2018. Determinarea percutanată s-a efectuat cu ajutorul BILITEST-ului cât și determinarea sanguină din cordonul ombilical. Graficul examinării: imediat după naștere, la 6 ore, la 24 ore. Măsuratoarea

prin BILITEST s-a măsurat la nou-născuți -1 deasupra nasului, 2 pe torace partea superioară, 3 plante. Procesul de măsurare durează 1-2 secunde. Rezultatul măsurării este afișat imediat pe ecranul său.

**Rezultate:** Valori bilirubinei determinate a permis depistarea noi născuți cu risc de dezvoltare a icterului neonatal. Risc de icter neonatal s-a observat când valorile bilirubinei sanguine erau mai mare de 80 mmol/l, iar la BILITEST atunci când valorile erau mai mari de 55 mmol/l. A permis de a iniția fototerapia și a preveni complicațiile imediate și la distanță

**Concluzii:** Avantajele determinării percutanate a bilirubinei: accesibilitate ; ușor de interpretat ; nu necesită echipament și personal de laborator ; disponibilitate 24 ore ; nu necesită consumabile ; examinare fără durere.



Natalia Corolcova<sup>1</sup>, Mihaela Burac<sup>1</sup>, Alina Alsatou<sup>2</sup>

## SARCINA ȘI NAȘTEREA LA PACIENTELE CU DEREGLĂRI DE CICLU MENSTRUAL ÎN ANAMNEZĂ

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

*<sup>1</sup> Catedra de obstetrică, ginecologie și reproducere umană Nr.1, <sup>2</sup> Catedra de obstetrică și ginecologie Nr.2*

### **Cuvinte cheie: dereglările ciclului menstrual, naștere, sarcină.**

**Introducere.** Dereglările ciclului menstrual sunt unele dintre cele mai frecvente afecțiuni ginecologice care se întâlnesc la 9–30% paciente de vârstă reproductivă. Un interes deosebit prezintă studierea evoluției sarcinii și nașterii la gravidele cu această patologie în anamneză.

**Scopul studiului.** Evaluarea particularităților sarcinii și nașterii la pacientele cu dereglările ciclului menstrual în anamneză.

**Material și metode.** În studiu au fost incluse 185 de paciente care au fost divizate în două loturi: L<sub>1</sub> (de cercetare) – 65 de respondente cu dereglarea funcției menstruale și L<sub>0</sub> (de control) – 120 de respondente cu ciclul menstrual regulat.

Datele statistice au fost analizate în programul SPSS 20. Analiza variabilelor s-a efectuat prin aplicarea testelor statistice U Mann – Whitney, corelația Pearson.

Valoarea  $p < 0,05$  a fost considerată statistic semnificativă.

**Rezultatele studiului.** Pacientele incluse în studiu au fost omogene conform vârstei, media în ambele loturi fiind  $26,75 \pm 4,63$  ani. La pacientele cu dereglările ciclului menstrual în anamneză mai frecvent au fost depistate: afecțiuni nefrouinare  $\chi^2 = 6,643$   $df = 1$   $j = 0,189$   $cc = 0,186$   $p = 0,010$ ; afecțiuni digestive  $\chi^2 = 6,059$   $df = 1$   $j = 0,181$   $cc = 0,178$   $p = 0,014$ ; dar sarcina s-a complicat cu iminență de naștere prematură  $\chi^2 = 4,644$   $df = 1$   $j = 0,158$   $cc = 0,156$   $p = 0,031$ ; disgravidii precoce și/sau tardive după testul U Mann–Whitney 3258,000,  $p = 0,037$ . Pe parcursul nașterii n-au fost depistate criterii statistice semnificative ( $p > 0,05$ ).

**Concluzii.** Dereglările de ciclu menstrual în anamneză la pacientele incluse în studiu s-au asociat mai frecvent cu afecțiuni nefrouinare, digestive și au avut un impact important în evoluția sarcinii, complicată cu disgravidii precoce și/sau tardive, iminența de naștere prematură.



V.Guzun<sup>1</sup>, Olga Cernetchi<sup>2</sup>

## REZULTATELE GRAVIDITĂȚII DUPĂ APENDICECTOMIE PE PARCURSUL SARCINII

*<sup>1</sup> IMSP SCM nr.1, Chișinău. <sup>2</sup> Catedra obstetrică și ginecologie Nr 2, USMF “Nicolae Testemițanu”*

**Introducere:** Apendicita acută (AA) în timpul sarcinii este o problemă dificilă, care necesită o diagnosticare și intervenție chirurgicală urgentă. Conform diferitor surse AA la gravide variază de la 1:1.500 până la 1:2.500 de sarcini. Laparotomia reprezintă un factor de risc esențial atât pentru evoluția sarcinii, cât și pentru viața mamei. Anterior s-a demonstrat, că efectuarea oricărei laparotomii pe parcursul gravidității comportă un risc al nașterii premature în 10-15% cazuri.

**Material și metode:** Pe parcursul a 3 ani în Clinica chirurgie generală au fost operate pentru AA 41 gravide. Vârsta femeilor a variat între 18 și 35 ani, termenul sarcinii – de la 4 la 38 săptămâni. Pacientele au fost spitalizate de la 3 la 96 ore de la debutul bolii. Diagnosticul a fost stabilit prin colectarea anamnezei, examenul clinic chirurgical și ginecologic, testele de laborator și datele ultrasonografice. La două paciente a fost efectuată laparoscopia diagnostică. Metoda de anestezie (locală, combinată, spinală, generală) a fost selectată în dependență de gradul modificărilor inflamatorii presupuse ale apendicelui, răspândirea peritonitei, termenul sarcinii, starea fătului, patologia concomitentă prezentă. Antibioticoterapia postoperatorie a fost administrată în 28 (68,2%) cazuri. Viabilitatea fătului a fost apreciată pre- și postoperator prin ecografie sau stetoscopie.

**Rezultate:** Mortalitate maternă în studiul de față nu a fost înregistrată. Postoperator în secția patologiei gravidei au fost reinternate 25 (60,9%) femei, în majoritatea cazurilor cu iminență de naștere prematură la diferite termene a gestației. Două gravide au finisat sarcina prin avort medical în perioada postoperatorie precoce după apendicectomie prin prezența indicațiilor sociale. Au finisat nașterea per vias naturalis 35 (85,4%) gravide, în unele cazuri cu prezența complicațiilor obstetricale: ruperea prematură a pungii amniotice (RPPA) – în 9 cazuri, insuficiența contracțiilor uterine cu hipoxia progresivă a fătului – în 4 cazuri. La 4 (9,7%) gravide sarcina s-a rezolvat prin operație cezariană, indicațiile fiind RPPA cu insuficiența contracțiilor uterine – în trei cazuri, și termenul mai mare de 41 săptămâni, prezentare pelviană – într-un caz.

**Concluzii:** Apendicectomia oportună, anestezia cât și terapia medicamentoasă contemporane efectuate gravidelor cu AA sunt inofensive și rezultă cu un risc minor al morbidității și mortalității materne sau fetale.

Apendicectomia pe parcursul sarcinii nu a influențat tactica de rezolvare a acesteia, ultima fiind dependentă de complicațiile obstetricale caracteristice: RPPA, insuficiența contracțiilor uterine, sarcina suprapurtată și prezentarea pelviană.

#### SUMMARY

#### GESTATIONAL OUTCOME AFTER APPENDECTOMY DURING PREGNANCY

During 3-years period 41 pregnant women underwent appendectomy for acute appendicitis. The diagnosis was established by reviewing the anamnesis, surgical and gynecological examinations, blood tests and ultrasound scanning. A living fetus was identified either by ultrasound or stethoscopy. There was no maternal mortality. Two pregnancies were terminated before term by requested therapeutic abortion. Another 35 (85,4%) patients had in-term delivery, and 4 (9,7%) underwent caesarean section due to obstetrical indications. In conclusion, appendectomy during pregnancy is not associated with maternal and fetal mortality, and has not influenced the mode of delivery.



Gh. Severin

#### **ANALGEZIA INTRAVENOASĂ ÎN NAȘTERE (travaliu) pro.**

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”  
Catedra Anestezilogie – Reanimatologie „V. Ghereg” universitatea*

#### **Cuvintele cheie: Analgezia, intravenoasă, travaliu, trimeperidin, fentanil etc.**

Durerea provocată de procesul de naștere este una fiziologică, iar managementul durerii este influențat de o interacțiune între statutul emoțional al gravidei cât și schimbările fiziologice care apar în timpul travaliului. Cu toate acestea lipsa unui management al durerii în timpul travaliului poate avea răsunet negativ, cu asocierea complicațiilor asupra stării atât ai mamei cât și ai copilului. Durerea își are impactul său asupra duratei de naștere cât și asupra calității nașterii.

Alinarea durerii poate fi efectuată în diverse modalități, analgezie intravenoasă, intramusculară, epidurală, spinală sau inhalatorie. În ultimul perioadă în țările înalt dezvoltate promovarea analgeziei epidurale este tot mai largă. Cu toate acestea dolianțele pacienței de a nu fi aplicată anestezia epidurală sau lipsa dotării serviciului cu anestezia epidurală, duce la utilizarea preparatelor opoide atât intravenos cât și intramuscular tot atât de frecvent cât și celelalte tipuri de analgezi.

Tehnica analgeziei intravenoase poate fi efectuată atât prin injectarea unică cât și prin administrarea continuă a analgeticului, cu implicarea parturientei sau complet automatizat.

**Beneficiile:** tehnică simplă de utilizare, cu scutirea necesității implicării instrumentale este miniivazivă. Accesibilitate la toate nivelele instituționale, posibilitatea aplicării de o singură persoană, cost eficiență bună, timpul scurt de aplicare. Beneficiu plus la paciențele care au contraindicații pentru anestezia locoregionale. Dolianțele pacienței.

Preparatele analgetice și combinația lor în mare parte depinde de protocoalele internaționale, naționale, instituționale cât și de specialistul care aplică. Preparatele utilizabile sunt: trimeperidin, pentazocina, petidina, fentanil, tramadol, diamorfina, nanlbufina etc. La moment nu este clar elucidat care dintre aceste opoide eventual ar fi mai benefice, cu mai puține efecte adverse, cu lipsa efectului nociv asupra mamei și copilului.

#### **Bibliografie:**

1. Ullman R, et al. Parenteral opioids for maternal pain management in labour (Review) Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
2. Weibel S et al. Patient-controlled analgesia with remifentanyl versus alternative parenteral methods for pain management in labour (Review) Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

●

Cardaniuc Corina, Chesov Ion  
**ANALGEZIA EPIDURALĂ PENTRU NAȘTEREA VAGINALĂ – ARGUMENTE PRO**  
*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Moldova*

Analgezia epidurală este utilizată pe scară largă ca metodă de ameliorare a durerii în timpul travaliului. Dintre toate beneficiile epiduralei, creșterea confortului în timpul travaliului este ceea ce atrage cel mai mult gravidele și parturientele. Dovezile care susțin că analgezia epidurală este mai eficace în reducerea durerii în timpul travaliului comparativ cu metodele non-epidurale sunt de calitate slabă. În plus, există motive de îngrijorare cu privire la efectele adverse nedorite asupra mamei, fătului și nou-născutului. Efectele nedorite tind să fie mai mari la doze mai mari de medicamente utilizate, la un interval mai lung în care medicamentul este în acțiune și în caz de imaturitate sau suferință fetală. Astfel, pe lângă argumente pro, ca orice procedură medicală, epidurala are și argumente contra.

Reviul sistematic efectuat de Anim-Somuah, M., Smyth, R.M., & Jones, L. (2011) a evidențiat că epidurala cauzează hipotensiune maternă care duce la administrarea adițională de medicamente, utilizarea oxitocinei pentru accelerarea nașterii, naștere asistată mai frecvent prin aplicarea ventuzei obstetricale sau a forcepsului, retenție maternă de urină, febră maternă care poate duce la proceduri invazive la nou-născut pentru a exclude un proces infecțios, perioada II a nașterii prelungită, incidență crescută a operației cezariene. Lacerările genitale (cervicale, vaginale sau perineale) sunt mai frecvente la parturientele cu analgezie epidurală, din cauza necesității crescute de aplicare a ventuzei sau a forcepsului obstetrical.

Analgezia epidurală în naștere implică o utilizare mai largă a intervențiilor pentru monitorizarea și tratamentul efectelor adverse, iar parturientele rămân în pat, atașate la aceste echipamente. Epidurala implică de asemenea monitorizare electronică fetală continuă, linii intravenoase, măsurarea frecventă a TA și administrarea medicamentelor contra pruritului. În aproximativ 10% din cazuri, epidurala asigură o diminuare parțială a durerii. Aproximativ 1% din parturientele care beneficiază de analgezie epidurală, dezvoltă cefalee severă după naștere, care poate persista zile sau chiar săptămâni. Durerea de spate are o incidență de două ori mai mare la femeile care au avut epidurală în travaliu. În cazuri rare, complicațiile pot include amorteală reziduală, cauzată de leziuni ale nervilor la locul injectării și, cel mai grav, leziuni cerebrale sau chiar deces.

În unele cazuri, complicațiile epiduralei pot cauza efecte adverse asupra nou-născutului, inclusiv complicații neuro-comportamentale pe termen scurt, cum ar fi iritabilitatea, capacitatea scăzută de urmărire vizuală și scăderea capacității de reacție.

Ghidurile cele mai recente sugerează că, în absența contraindicațiilor medicale, solicitarea maternă este o indicație suficientă pentru analgezia epidurală în timpul travaliului. Ținând cont de cele expuse, însă, fiecare gravidă ar trebui să înțeleagă alternativele, avantajele, dezavantajele și riscurile implicate înainte de a decide dacă va solicita sau nu o epidurală în timpul nașterii.

**Bibliografie:**

1. Williams Obstetrics Twenty-Second Ed. Cunningham, F. Gary, et al, McGraw Hill Professional, 2005
2. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4
4. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour (Review) Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

●

Svetlan Plămădeală  
**DE CE NU MI-AȘ DORI SĂ FIU ANALGIZATĂ SISTEMIC ÎN TIMPUL NAȘTERII?**  
*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,  
Catedra Anesteziologie și Reanimatologie nr. 1 „Valeriu Ghereg”*

Deși durerea în naștere este una dintre cele mai intense dureri pe care au enunțat-o generații de femei, există un șir de NU-uri la capitolul analgeziei sistemice.

**Nu, deoarece** toate preparatele analgezice utilizate în scop analgezic la naștere se folosesc ”off label”, ce-ar însemna ca FDA nu a acceptat aceste preparate în scopul analgizării nașterii.

**Nu, deoarece** în mai bine de 2/3 de cazuri de nașteri analgizate cu opioizi administrați sistemic durerile persistă, intensitatea variind de la medie la înaltă și de cele mai dese ori efectul reziduă mai degrabă la sedare vs analgezie.



**Nu, deoarece** analgezicele opioide (Morfina, Petidina, Meperidina, Diamorfina, Fentanil ș.a.) administrate sistemic provoacă greață, vomă, prurit, somnolență, confuzie, depresie respiratorie (în funcție de dozele) însoțită de desaturare înregistrată între contracții; întârzie golirea gastrică ce rezultă în sporirea volumului conținutului gastric. În cazul Meperidinei metabolismii activi posedă proprietăți proconvulsivante.

**Nu, deoarece** analgezicele opioide traversează bariera hemato-placentară și, astfel, sporesc riscul depresiei respiratorii la nou născut. Analgezicele opioide ce se comportă ca alcalii, ajunse în mediul acid al circulației fetale, circulă în formă ionizată, ce rezultă în sporirea concentrației fetale și, respectiv, accentuiază efectele adverse, în mod special, în cazul copiilor născuți în acidoză marcată. Depresia respiratorie a nou-născutului este potențată de imaturitatea centrului respirator și de concentrația sporită a opioidului circulant în formă liberă, grație concentrației reduse a proteinelor plasmatiche. Depresia respiratorie la rândul său rezultă într-un scor Apgar mai mic, saturații oxigenice reduse și presiuni mai mare ale CO<sub>2</sub> seric.

**Nu, deoarece** grație efectelor respiratorii ale opioizilor atât parturienta, cât și nou-născutul, impune monitorizare mai complexă atât în timpul nașterii cât și după, precum sporește și necesitatea în administrare de O<sub>2</sub>.

**Nu, deoarece** nici metoda inhalatorie de analgezie prin utilizarea de Entonox (care reprezintă amestecul de Protoxid de Azot și Oxigen), agenți halogenați nu asigură efectul analgezic dorit, ba mai mult ca atât, cele din urmă impun anumite cerințe de dotare și organizare a sălii de naștere pentru conformitate.

Sunt mult prea multe de "NU" pentru această metodă de analgezie, și, timp în care există alternative, nu pare logică rutina de utilizare a metodei date.



Baltaga Ruslan

## **DUREREA ÎN TRAVALIUL DIN VIZIUNEA MAMEI ȘI A FĂTULUI**

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

*Catedra Anestezilogie și Reanimatologie nr. 1 “Valeriu Ghereg”*

Modul în care este exprimată durerea în naștere este o reflectare a circumstanțelor lor emoționale, motivaționale, cognitive, sociale și culturale ale individului [1]. Multe femei, în special nulipare, apreciază durerea în travaliu ca fiind foarte severă sau intolerabilă [2]. Durerea în travaliu și naștere variază în rândul femeilor, iar fiecare naștere a unei femei individuale poate fi destul de diferită. De exemplu, o prezentare normală a fătului (de exemplu, occipital posterior) este asociată cu o durere mai severă și poate fi prezentă într-o singură sarcină, dar nu în următoarea.

Colegiul American de obstetricieni și ginecologi (ACOG) notează că nu există o altă situație în care se consideră acceptabil ca un individ suferind de o durere severă, să fie supus unei calmări ușoare a durerii, în timp ce se află sub îngrijire medicală (3).

Efectele adverse ale durerii în naștere pot cuprinde creșterea consumului de oxigen, hiperventilația cu hipocarbă și alcaloză respiratorie secundară, creșterea acidității gastrice, lipoliza, creșterea rezistenței vasculare periferice, a debitului cardiac, a tensiunii arteriale, scăderea perfuziei placentare, activitate necoordonată a uterului, efecte psihologice postpartum, cum ar fi tulburarea de stres post-traumatic – toate fiind cu efecte negative atât asupra mamei cât și asupra fătului [4].

Din Recomandările ACOG pentru analgezia nașterii reiesesc: Analgezia neuraxială nu sporește rata cezarienelor; Opioidul este asociat cu efecte adverse pentru mamă, făt și nou-născut cu precădere depre respiratorie; Anestezia spinală, CSE, sau generală sunt disponibile pentru cezariană urgentă (în lipsa cateterului ei dural); Trombocytopenia este o contra-indicație relativă pentru blocadă neuroaxială; În absența contra-indicațiilor medicale, solicitarea mamei este o indicație medicală suficientă pentru analgezia nașterii; Analgezia/anestezia Epidurală și spinală sunt considerate acceptabile la un pacient cu un număr de trombocite  $\geq 80,000$  / microliter cu condiția că nivelul trombocitelor este stabil, nu este o altă coagulopatie congenitală sau dobândită, funcția trombocitelor este normă și pacientul nu primește medicație antiplachetară sau anticoagulantă.

### **Bibliografie.**

1. Lowe NK. The nature of labor pain. Am J ObstetGynecol 2002; 186:S16.
2. Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, et al. Maternal expectations and experiences of labour pain-options of 1091 Finnish parturients. Acta Anaesthesiol Scand 1995; 39:60.
3. Goetzl LM, ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 36, July 2002. Obstetric analgesia and anesthesia. ObstetGynecol 2002; 100:177.
4. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 177: Obstetric Analgesia and Anesthesia. ObstetGynecol 2017; 129:e73.
5. Plante L., Gaiser R., et al. Obstetric Analgesia and Anesthesia Guidelines. ObstetGynecol; April 2017 - Volume 129 - Issue 4 - p e73–e89).

●

Chesov Ion, Cardaniuc Corina  
**ANALGEZIA EPIDURALĂ ÎN NAȘTEREA VAGINALĂ – ARGUMENTE PRO**  
*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Moldova*

La nivel instituțional, analgezia travaliului reprezintă una din componentele care a îmbunătățit semnificativ experiența de naștere a femeii [1]. În prezent analgezia epidurală este cea mai răspândită metodă de management al durerii în travaliu [2]. Analgezia epidurală este recomandată de OMS ca metodă de analgezie a nașterii vaginale pentru gravidele sănătoase care solicită tratamentul durerii în timpul travaliului [1].

Analgezia epidurală a evoluat succesiv de la administrarea intermitentă de bolusuri de anestezic local, la administrarea continuă de anestezic local, ulterior la analgezie controlată de către pacientă și, în final, la o combinație de tehnicilor menționate. Spațiul epidural poate fi abordat prin instalarea unui cateter (tot mai rar) sau prin efectuarea unui bloc combinat spinal și epidural, sau prin instalarea cateterului epidural în combinație cu puncție a durei mater [4].

Totodată, analgezia epidurală reprezintă o tehnică invazivă de analgezie care ar putea genera reacții adverse (greață, frison, prurit, cefalee) și, uneori, complicații (ar putea crește incidența nașterii asistate) [3]. Pentru a diminua potențialul impact negativ al analgeziei epidurale asupra travaliului și nașterii, recent este aplicată o nouă paradigmă de utilizare a medicamentelor pentru analgezia epidurală în nașterea vaginală – soluții diluate de anestezic local în combinație cu doze mici de opioizi [2, 3, 5, 6].

Printre avantajele oferite de analgezia epidurală se numără [4,6, 7]:

- Oferă o analgezie mai eficientă comparativ cu alte metode de analgezie;
- Nu are o influență asupra nou-născutului (scorul Apgar, rata internării în terapie intensivă, administrare de naloxon);
- Permite mobilizarea parturientei în timpul travaliului;
- La mamă scade incidența grețurilor, vomei și a depresiei respiratorii care ar putea necesita administrare de oxigen;
- Nu are impact asupra incidenței operației cezariene;
- Nu influențează pe termen lung incidența durerii de spate;
- Permite mamei să se odihnească în caz de travaliu prelungit;
- Poate oferi o experiență pozitivă a nașterii, prin reducerea disconfortului asociat cu travaliul;
- Permite mamei să fie alertă și să participe activ la naștere;
- La necesitate, permite efectuarea anesteziei pentru operația cezariană și analgeziei postoperatorii.

Deși ar mai exista încă unele dificultăți, posibile complicații și controverse, analgezia epidurală, prin prisma abordărilor actuale, oferă un control eficient al durerii în condiții de siguranță.

#### **Bibliografie**

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Kutlesić M, Kutlesić R. Epidural analgesia in labor: specific characteristics, dilemmas and controversies, *Med Pregl.* 2012 Sep-Oct;65(9-10):441-7.
3. Sng BL, Leong WL, Zeng Y, Siddiqui FJ, Assam PN, Lim Y, Chan ESY, Sia AT. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 10. Art. No.: CD007238. DOI: 10.1002/14651858.CD007238.pub2.
4. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub4
5. Simmons SW, Taghizadeh N, Dennis AT, Hughes D, Cyna AM. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD003401. DOI: 10.1002/14651858.CD003401.pub3.
6. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology\*. *Anesthesiology* 2016;124(2):270-300. doi: 10.1097/ALN.0000000000000935.
7. Pregnancy and birth: Epidurals and painkillers for labor pain relief., Version: March 22, 2018 PMHID: PMH0072751, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072751/>

●

Ion Bologan<sup>1</sup>, Ludmila Bologan<sup>2</sup>, Galina Galiț

**PREVENIREA TRANSMITERII MATERNO-FETALE A INFECȚIEI HIV. ROLUL MOASEI**

<sup>1</sup> USMF “N. Testemițanu”, Catedra de Obstetrică și Ginecologie nr.1.

<sup>2</sup> Centrul de Educație Medicală Continuuă a Personalului Medical și Farmaceutic cu Studii Medii (CEMCPMFMSM)

**Introducere:** În Republica Moldova, în anul 2016 graviditatea a fost stabilită la 225 femei HIV pozitive, dintre acestea la 95 diagnosticul HIV pozitiv a fost stabilit prima dată în timpul sarcinii. Pe parcursul anului au născut 203

femei HIV pozitive, dintre care 51 prin operație cezariană. Din 203 femei HIV pozitiv care au născut în anul 2016, 7 nu au primit TARV profilactic. La moment, statutul HIV pozitiv este stabilit la 3 copii născuți în anul 2016, astfel rata transmiterii materno-fetale constituind 1,5%. În R.Moldova este elaborat Protocolul Clinic național "Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV" ce ține cont de recomandările OMS: WHO consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV-infection. Recommendations for a public health approach, second edition 2016 - <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/> (WHO 2016), dar spre regret nu este specificat rolul moasei în prevenirea acestei maladii și acțiunile ei.

**Scopul:** deducerea rolului moasei și spectrul ei de acțiuni în prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV, bazându-se pe recomandările specificate în Protocolul Clinic Național: „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV”

**Material și metode:** au fost deduse rolului moasei și spectrul ei de acțiuni conform nivelului de asistentă medicală în prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV, bazându-se pe recomandările PCN „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV”.

**Rezultate:** Moasa detine un rol important în prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV, fiind una din verigile echipei multidisciplinare. Spectrul ei de influență și de activități este dictat de nivelul de asistentă medicală unde aceasta își desfășoară activitatea. La Nivelul de asistentă medicală primară și consultativ specializată activitatea de bază este interpretată spre profilaxia primară a transmiterii materno-fetale a infecției HIV, a monitorizării sarcinii gravidelor cu infecție HIV și a stării intrauterine a fătului, precum și a lauzelor cu infecție HIV și a nou-născuților din mame HIV pozitive. La nivelul asistentei medicale spitalicești moasa pe lângă activitățile de la nivelul asistentei medicale primare își alătură și supravegherea intrapartum a femeii cu infecție HIV și a nou-născutului ei, precum și consilierea, educarea familiei acesteia. Pe lângă activitățile moasei la nivelul asistentei medicale primare, în responsabilitățile ei intră și supravegherea intrapartum a femeii cu infecție HIV și a nou-născutului ei, precum și consilierea, educarea familiei acesteia.

**Concluzii:** Moasa este una din verigile echipei multidisciplinare care are un spectru larg de activități autonome, dependente și semidependente îndreptate spre profilaxia transmiterii materno-fetale a infecției HIV.

#### SUMMARY

##### THE PREVENTION OF THE MATERNAL-FETAL TRANSMISSION OF THE HIV INFECTION. THE MIDWIFE'S ROLE.

In the Republic of Moldova, in 2016, 225 HIV positive women have become pregnant. Out of them, 95 were discovered to be HIV positive during the pregnancy. In the course of the year, 203 HIV positive women have given birth and out of them 51- through a cesarean section. Out of all the 203 HIV positive women who have given birth in 2016, 7 were not given prophylactic ART (antiretroviral therapy). The National Clinical Protocol "The prevention of the maternal-fetal transmission of HIV" has been elaborated in the Republic of Moldova, but unfortunately the role and activity of the midwives in preventing this infection has not been specified. After conducting the necessary research, the role and activity of the midwives has been established, depending on the level of medical assistance in the prevention of the vertical transmission of the HIV infection.

**Conclusion:** The midwife is one of the main links in the multidisciplinary team, who has a large spectrum of autonomous, dependent and semi-dependent activities directed towards the prophylaxis of the vertical transmission of the HIV infection.



Marina Cărăușu1, Tatiana Sulimal

#### ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII FORMĂRII MOAȘELOR PRIN PRIZMA REFORMELOR DIN ÎNVĂȚĂMÂNTUL PROFESIONAL TEHNIC

*1. Centrul de excelență în medicină și farmacie "Raisa Pacalo" (CEMF "Raisa Pacalo").*

**Întroducere:** Asigurarea calității procesului educațional în învățământul medical postsecundar nonterțial este realizată printr-un ansamblu de acțiuni ce țin de dezvoltarea capacității instituționale și a bazei tehnico-materiale și didactice, de calitatea standardelor educaționale și racordarea acestora la cerințele pieței muncii, de pregătirea și competența cadrelor didactice, de calitatea managementului educațional, care în ansamblu formează încrederea beneficiarilor că instituția furnizoare de formare profesională asigură educația de calitate.

**Scopul:** Îmbunătățirea sistemului de învățământ profesional tehnic din RM prin modernizarea procesului de formare a specialistului medical cu studii postsecundare nonterțiare, ajustată la reformele actuale din domeniul ocrotirii sănătății și racordarea rezultatelor învățării la cerințele pieței muncii.

**Materiale și metode:** Studiind experiențele de reformare și modernizare a învățământului profesional tehnic din Republica Moldova am ținut cont de următoarele direcții de instruire profesională a moașelor:

1. Elaborarea și implementarea Planurilor de învățământ în baza Sistemului de Credite de Studii Transferabile în conformitate cu Planurile-cadru aprobate de Ministerul Educației, Culturii și Cercetării, Cadrul Național al Calificărilor și Nomenclatorul domeniilor de formare profesională.

2. Elaborarea și implementarea în procesul didactic a curricula la unitățile de curs axate pe formarea și dezvoltarea de competențe profesionale la moașă.

3. Asigurarea procesului educațional cu resurse educaționale și crearea Centrului de simulare în cadrul CEMF "Raisa Pacalo"

**Rezultate:** Conform planului de studii durata instruirii moașelor este de 3 ani, 6 semestre cu o durată de 15 săptămâni. Fiecare semestru se finalizează cu sesiune de examene cu o durată de 2-3 săptămâni semestrial. Durata săptămânii de studii este de 5 zile cu 36 ore săptămânale de contact direct. Unitatea principală de măsură este creditul de studii.

Creditele se alocă fiecărei unități de curs, stagiilor de practică, examenelor de absolvire și exprimă cantitatea de muncă sub toate aspectele ei (activități didactice, inclusiv lucrul individual). Creditele se acumulează pe parcursul semestrelor și anilor de studii, constituie 60 credite anual și 30 credite semestrial, care sînt proporțional repartizate pe ani de studii și semestre. *Numărul total de credite pentru trei ani de studii este 180.*

*Instruirea practică* reprezintă o parte componentă obligatorie a programului de formare profesională inițială, include: practica didactică, patru stagii practice și practica ce precede probele de absolvire.

**Concluzii:** Implementarea direcțiilor de instruire profesională a moașelor în Centrul de excelență în medicină și farmacie "Raisa Pacalo" asigură formarea specialiștilor competitivi și sunt racordate la cerințele pieței muncii.

**Summary:** Ensuring the quality of education in post-secondary medical education is achieved through a set of actions related to the development of institutional capacity and material, technical and didactic base, quality of educational standart and their alignment with labor market requirements and the training and competence of teachers, quality management education, which as a whole form tre trust beneficiaries that the providing institute of vocational training ensures the educational standarts of quality.

**Conclusion:** The implementation of professional training directions of the midwives in Center of excellens in medicine and pharmacy "Raisa Pacalo" ensures the training of compelling specialists and are linked to labor market requirements.



Lilia Canfir, Tatiana Gutium

## NAȘTEREA CA ACASĂ ÎN CONDIȚII SPITALICEȘTI SUB SUPRAVEGHEREA MEDICILOR

*IMSP Maternitatea Municipală Nr. 2*

**Introducere:** Nașterea acasa are din ce în ce mai mulți adepți, chiar și în țara noastră. Din ce în ce mai multe mămici aleg să nască natural, acasă, fără să mai permită intervenția medicilor și toate procedurile medicale "obligatorii", din dorința de a face această experiență mai plăcută, de a simți că bebelușul lor vine pe lume într-un mediu familiar, cald și sigur.

Să naști acasă înseamnă să te simți ca acasă pe tot parcursul travaliului: confortabil și în siguranță. Principalul motiv pentru care femeile aleg să nască în propria casă este nevoia de liniște, intimitate și control. Nașterea va decurge mai relaxat și acesta este motivul pentru care, majoritatea nașterilor acasă sunt percepute ca fiind experiențe plăcute în ciuda durerilor și sunt chiar mai rapide.

**Scopul:** Depistarea de către echipă a complicațiilor care pot apărea în lipsa pregătirii prenatale și nesupunerii pacientei la cerințele protocoalelor obstetricale instituționale.

Evitarea complicațiilor pe parcursul nașterii, cât și postpartum, în condițiile de casă, reducînd riscurile posibile la maxim și prezența echipei de gardă ce permite asistența medicală de urgență în cazurile neprevăzute.

**Material și metode:** În acest context, administrația, „Maternității Municipale Nr.2” a venit în întîmpinarea gravidelor – adepți ale nașterii acasă și a permis amenajarea unui salon special, cu anturaj, „ca acasă” pentru a evita complicațiile pe parcursul nașterii, cât și postpartum, reducînd riscurile la maxim.

**Rezultate:** Reieșind din activitatea „salonului roz” pe perioada 01.08.2017 pînă în prezent putem afirma că cele 30 de nașteri asistate în acest salon special puteau fi riscante la domiciliu fără prezența echipei necesare.

**Concluzii:** Datorită acestui salon s-a micșorat numărul de nașteri la domiciliu și concomitent și numărul de paciente care ni se adresează după o naștere la domiciliu fără succes.

## SUMMARY

### HOME BIRTH IN HOSPITAL CONDITIONS UNDER THE DOCTOR'S SUVEILLANCE

Home birth has more and more followers, even in our country. More and more mothers choose to give birth naturally at home, without allowing physicians to intervene, and also all the medical, "obligatory" procedures, desiring to make this experience more enjoyable, to feel that their baby comes to the world in a familiar environment - warm and safe.

In this context, the administration of "Municipal Maternity Nr.2" came to meet the pregnant women needs - followers of the birth at home and allowed the setting up of a special salon with an entourage like "at home" to avoid complications during birth and postpartum, reducing risks to the maximum.

The priority of this salon is to be in the immediate vicinity of the team on duty, that provides emergency medical assistance in unforeseen circumstances.

**Conclusion:** Due to this salon, the number of births at home and the number of patients who are addressing us after a homebirth have failed.



Andrei Miruna, Vania Limban

### IMPACTUL EDUCAȚIEI ASUPRA PROFESIEI DE MOAȘĂ

*Active Family Center (AFC)*

**Introducere:** Educația pentru moașe a fost o cerință la admiterea României în Uniunea Europeană, ceea ce a determinat definirea de urgență a unui cadru legislativ și educațional prin adoptarea legii practicării profesiei de Moașă în România și înființarea facultăților de moașe.

**Scopul:** Moașe cu studii superioare în conformitate cu cerințele UE pentru practicarea legală a profesiei, atât în UE, cât și în România în mediul urban sau rural, ca moașă angajată sau moașă independentă în maternități de stat sau private, centre de sănătate din comunitate, în proiecte de cercetare.

NB. Absolventele Facultății de Moașe au sarcini complexe pentru care sunt pregătite în cei 4 ani de facultate. Ele constau în: \*informarea și consilierea în planificarea familială \*diagnosticarea sarcinii \*supravegherea sarcinii normale \*efectuarea examinărilor necesare supravegherii evoluției sarcinii normale \*îngrijirea și asistarea mamei în timpul travaliului și monitorizarea stării fătului în uter prin mijloace adecvate \*asistarea nașterii normale \*recunoașterea la mamă sau la făt a patologiilor care necesită intervenția medicului \*examinarea și îngrijirea nou-născutului \*îngrijirea mamei și monitorizarea progreselor în perioada post-natală \*consilierea viitorilor părinți în materie de igienă și alimentație.

Atribuțiile unei moașe nu pot fi preluate de alți profesioniști din sistemul de sănătate

**Materiale & Metode:** \*Definirea inițială și modelarea continuă a curriculei facultăților pentru moașe în conformitate cu „Directivelor Uniunii Europene pentru Moașe” \*Norme de practică pentru moașe la legea practicării profesiei de moașă \*Proiectul înființării „Ordinului Moașelor din România” pentru înregistrarea moașelor cu studii superioare, controlul și reglementarea profesiei \*Promovarea Facultăților de Moașe la conferințe, simpozioane

**Rezultate:** În România, în prezent există 1000 de moașe licențiate absolvente ale Facultăților de Moașe” gata să se angajeze în sistemul pentru sănătatea reproducerii și să ajute la reducerea ratei mortalității materno-infantile, la creșterea ratei nașterii naturale cu perineu intact, la creșterea ratei alăptării, la scăderea numărului de nașteri la adolescente și reducerea abandonului nou-născutului, dar nu o pot face pentru că sistemul nu le angajează.

**Concluzii:** În România, moașele licențiate vor contribui substanțial la îmbunătățirea indicilor de sănătate ai mamei și copilului în perioada prenatală, intranatală, la naștere și postnatală, la ridicarea nivelului de educație a fetelor tinere pentru scăderea ratei nasterilor la adolescente, la creșterea sporului populației.

**“The Impact of Education on the Midwifery Profession”** - Andrei Miruna Student at Midwives Faculty, University of Craiova, addresses the midwifery education model in Romania, its global recognition, the problems of student midwives and the way in which they are integrated in the labor market after graduating from the faculty.



Vania Limban

### EDUCAȚIA PRENATALĂ – MODELE DE PREGĂTIRE PENTRU NAȘTERE

*Active Family Center(AFC) – Centru de pregătire a viitorilor părinți pentru naștere și îngrijirea nou născuților prin metode naturale Asociația Moașelor din România (AMsR). Parenting Ads & Social Moms*

**Introducere:** În vederea susținerii dorinței femeilor de a da naștere naturală fără intervenții și fără să sufere, de-a lungul timpului, medicii de obstetărie și ginecologie și moașele au structurat diferite modele de pregătire pentru nașterea naturală, oferind alternative benefice care și-au dovedit eficacitatea.

**Scopul:** \* Informarea medicilor de obst & gin, moaselor, asistentelor de obstetrica & gin care urmaresc gravidele in perioada de sarcina si le asista in travaliu & la nastere \*Informarea si educarea gravidelor si cuplurilor de viitori parinti, despre modelele de pregatire pentru nastere care si-au adus contributia de-a lungul timpului si contribuie si in prezent la luarea deciziilor informate pentru o nastere naturala, avand ca puncte de reper: cresterea autocontrolului, reducerea durerii, scaderea considerabila a duratei travaliului, mentinerea perineului intact la nastere, altele. In conformitate cu rezultatele studiilor, nasterea naturala este nasterea cea mai sigura si mai lipsita de riscuri pentru mama si copil.

#### **Materiale și Metode**

**Materiale:** In urma constatarilor facute prin observatiile directe referitoare la nivelul de educatie si a deciziilor legate de nastere luate de gravide si cuplurile de viitori parinti, ca si a constatarilor legate de cresterea interesului acestora pentru primirea unor informatii corecte din partea personalului medical in conexiune cu diferitele metode educationale si modul in care, in conformitate cu specificul fiecareia, pot sa-si foloseasca propriile resurse fizice si psihoemotionale, ca si asocierea acestora cu beneficiile folosirii fortei de gravitatie si a efectului de relaxare al apei in anumite conditii, s-a structurat prezentarea “**Educatia Prenatala – Modele de Pregatire pentru Nastere**” despre istoricul si beneficiile folosirii principalelor modele de pregatire pentru nastere.

**Metode:** Sustinerea acestei prezentari in cadrul \*Evenimentelor publice de parenting adresate gravidelor si viitorilor parinti (Conferintele Parenting ADs & Social Moms, altele) \*Simpozioanelor de training pentru moase “Arta de a fi Parinte” - Proiect educational derulat in Romania de Asociatia Moaselor din Romania \*Cursurilor de instruire a gravidelor & viitorilor parinti de la Active Family Center.

**Rezultate:** \*Constientizarea de catre personalul medical, gravide si cupluri de viitori parinti a necesitatii informarii constante si corecte la nivel macro si micro \*Cresterea substantiala a numarului de participanti la conferinte & simpozioane de parenting, cursuri de pregatire pentru nastere, alte forme de educare si informare.

**Concluzii:** Educarea si informarea cuplurilor de viitori parinti va contribui la \*Cresterea ratei nasterilor naturale \*Scaderea mortalitatii materno - infantile si a complicatiile survenite la nasterile medicalizate \*Scaderea considerabila a numarului de nasteri prin operatie cezariana.

“**Prenatal Education - Birth Training Models**” - **Vania Limban**, independent midwife at Active Family Center, presents the most important models of prenatal education for future parents, as they have shaped them over time and their benefits for natural birth to the detriment of birth by cesarean surgery, birth with peridural anesthesia, medicalised birth. Vania Limban presents her concept of “Assumed Birth - Yes, I can”.



Ursu Rodica

### **TABAGISM ȘI SARCINA**

*IMSP SCM nr.1, s. Patologie gravidității nr. 1*

**Introducere.** În ciuda avertismentelor din partea cercetătorilor, companiilor industriale, campaniilor publice și a recomandărilor profesioniștilor în domeniul sănătății publice, fumatul în timpul sarcinii rămâne o problemă de sănătate publică. Statistica ne demonstrează că 20-30% de gravide fumează în timpul sarcinii, punând în pericol nu numai sănătatea proprie, dar și sănătatea fătului.

**Obiectivele studiului** sunt elucidarea factorilor de risc pentru tabagism în timpul sarcinii.

**Rezultate.** Tabagismul în timpul sarcinii afectează sănătatea atât a mamei, atât și a fătului. A fost demonstrat că fumatul antrenează următoarele riscuri pentru sarcina așa ca: moartea antenatală a fătului și avort spontan, restricție de creștere intrauterină a fătului, prematuritate, placenta praevia, moartea subită a sugarului. Totodată fumatul antrenează și riscuri pentru mamă, așa ca infertilitate și menopauza precoce. Monoxid de carbon are afinitatea crescută cu hemoglobina fetală, ceea ce reduce aportul de oxigen la făt și duce inevitabil la retard de dezvoltare intrauterină a fătului. Nicotina are efecte vasoconstrictoare asupra uterului, placentei, ceea ce diminuează circulația fetoplacentară. Concentrația de nicotina este cu 15% mai mare la nivelul circulației fetale și a lichidului amniotic. Tutunul diminuează biodisponibilitatea a vitaminei B12, vitaminei C, zincului, acidului folic, elemente care sunt esențiale pentru dezvoltare armonioasă a fătului. Studiile arată o scădere a fertilității la femeile fumătoare. Astfel, fumatul diminuează rezerva ovariană de ovocite, are un efect antiestrogenic și stimulează secreția de androgeni suprarenali. Cu toate acestea rata de succes a fertilizării in vitro la femeile cu tabagism cronic este redusă de 8 ori. Fumatul în timpul sarcinii crește riscul de sarcina ectopică, într-o relație doza-efect.

**Concluzii.** Sarcina este un bun prilej și un motiv destul de puternic pentru o femeie pentru a renunța la fumat – beneficiile pentru sănătatea fumătorului sunt de necontestat, iar argumentul unei sarcini sigure și a unui copil sănătos ar trebui să fie suficient!

## SUMMARY

### SMOKING AND PREGNANCY

Tobacco smoking and pregnancy is related to many effects on health and reproduction, in addition to the general health effects of tobacco. A number of studies have shown that tobacco use is a significant factor in miscarriages among pregnant smokers, and that it contributes to a number of other threats to the health of the fetus. Ideally, women should not smoke before, during or after pregnancy. If this is not the case, however, the daily number of cigarettes can be reduced to minimize the risks for both the mother and child. This is particularly important for women in developing countries where breastfeeding is essential for the child's overall nutritional status.

**Conclusions.** Pregnancy is a good opportunity and a strong reason for a woman to quit smoking - the benefits to the health of the smoker are undeniable, and the argument of a safe pregnancy and a healthy baby should be enough!



Calancea Ana, Cozlova Svetlana

### TEHNOLOGII OPORTUNE IMPLEMENTATE ÎN IMSP SCM NR. 1

*IMSP SCM nr. 1, s. Obstetricală nr. 1*

**Introducere.** IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1 actualmente este una dintre instituțiile medicale de frunte în domeniul obstetricii, perinatologiei, ginecologiei operative clasice și endoscopice, care fac tangență cu infertilitatea feminină, dar și una din instituțiile de top în profilul chirurgiei vasculare și terapiei generale. Scopul principal al instituției noastre constă în asigurarea necesităților și așteptărilor pacienților privind calitatea serviciilor medicale prestate cu respectarea standardelor medicale de specialitate.

**Material și Metode.** Pentru a obține scopul și obiectivele lucrării noastre au fost colectate date reprezentative în vederea posibilităților, tehnologiilor noi, implementate în cadrul instituției noastre.

**Rezultate.** În scopul monitorizării permanente a nivelului calității asistenței medicale și implementării unor mecanisme de evaluare obiectivă a calității serviciilor prestate a fost fondat în anul 2010 Consiliul Calității. Începând cu anul 2012, în cadrul spitalului au fost elaborați și aprobați indicatorii de calitate și de rezultat ai Centrului Perinatologic. Mortalitatea perinatală — principalul indicator de rezultat al instituției, înregistrat de la 500 gr. constituie 9,8 ‰ în perioada I trimestru al anului 2015, comparativ cu 9,1 ‰ în aceeași perioadă a anului 2014. Un succes al anului 2014 pentru spitalul nostru poate fi considerat realizarea unui proiect investițional în sumă de circa 2800 mii lei, care a permis procurarea, montarea și darea în exploatare a 2 generatoare producătoare de oxigen medical, care asigură blocurile de operații și secțiile de reanimare în regim non stop cu oxigen calitativ cu o puritate de 94-95% și în condiții de siguranță garantată. Grație ajutorului acordat de o structură umanitară din țara menționată, spitalul a recepționat sub formă de asistență umanitară 19 pătucuri pentru nou/născuți, 2 lămpi moderne pentru sălile de operații și 2 mese universale pentru intervenții chirurgicale, care deja au fost montate și sunt utilizate cu succes, începând cu 10 mai curent. În cadrul IMSP SCM nr.1 sunt aprobate 2 documente necesare conform Standardelor de bază de evaluare și acreditare pentru spitalele din Republica Moldova: Planul de management al riscurilor; Registrul de riscuri în activitatea instituției. În vederea progresului continuu și autodepășirii au fost trasate unele obiective concrete ale nivelului calității serviciilor prestate, fiind apreciată activitatea medicală în baza respectării cerințelor Protocoalelor clinice instituționale. La moment, în spitalul nostru sunt aprobate 246 de Protocoale Clinice Instituționale, inclusiv numai în anul 2014 au fost aprobate 139 astfel de protocoale.

**Concluzii.** Astfel, unul din obiectivele spitalului constă în ameliorarea stării sănătății populației în perioada antenatală și perinatală, prin îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale și satisfacției pacienților tratați.

## SUMMARY

### MODERN TECHNOLOGIES IMPLEMENTED IN MCH NR. 1

The Municipal Clinical Hospital no. 1 is currently one of the leading medical institutions in the field of obstetrics, perinatology, classical and endoscopic operative gynecology, which are tangential to female infertility, but also one of the top institutions in the profile of vascular surgery and general therapy. In order to permanently monitor the quality of healthcare and implement objective evaluation mechanisms for the quality of services provided, the Quality Council was established in 2010. Perinatal mortality - the main result indicator of the institution, registered from 500 gr. is 9.8 ‰ in the first quarter of 2015 compared to 9.1 ‰ in the same period of 2014.

**Conclusions.** Thus, one of the objectives of the hospital is to improve the health status of the population during the antenatal and perinatal period, by continuously improving the quality of medical services and the satisfaction of the treated patients.

●

Țaulean Cristina<sup>1</sup>, Jubîrcă Svetlana<sup>2</sup>, Pancu Viorica<sup>3</sup>  
**MANAGEMENTUL NEMEDICAMENTOS AL DURERII ÎN TRAVALIULUI**  
*IMSP Institutul Mamei și Copilului*

**Introducere.** Intensitatea durerii în travaliu depinde de multipli factori fiziologici și psihosociali, iar intensitatea acesteia variază de la o femeie la alta. Durerea în travaliu este probabil cea mai severă durere experimentată pe parcursul vieții. Majoritatea femeilor necesită aplicarea unor metode de reducere a durerii. Acestea pot beneficia, în timpul travaliului, de un spectru larg de metode de management al durerii, care includ metode nemedicamentoase (hipnoza, biofeedbackul, injectarea intracutanată sau subcutanată a soluției fiziologice sterile, hidroterapia, aromaterapia, metodele de relaxare (yoga, muzica, audio), acupunctura sau acupresura, metode manuale (masaj, reflexologia), stimularea magnetică nervoasă transcutanată (TENS) și metode farmacologice (anestezia inhalatorie, medicamentele opioide și non-opioide, blocarea nervoasă regională, injecțiile epidurale și intratecale cu anestezice locale sau opioide).

**Scopul studiului.** Evidențierea mecanismelor durerii în travaliu și a metodelor non-farmacologice de management ale acesteia.

**Materiale și metode.** Am efectuat un review al literaturii de specialitate referitor la metodele non-farmacologice utilizate pentru reducerea durerii în travaliu.

**Concluzii.** În timpul sarcinii, gravidele trebuie informate despre avantajele și rezultatele potențial negative pentru sine și copil a diferitor metode de analgezie în travaliu. Majoritatea metodelor nemedicamentoase de reducere a durerii în travaliu sunt non-invasive și inofensive pentru mamă și copil.

În general, femeile pot alege o metodă de reducere a durerii în timpul travaliului care este mai eficientă. Femeile care aleg metodele nemedicamentoase de reducere a durerii în timpul travaliului, trebuie să cunoască că în caz de necesitate acestea pot beneficia și de analgezie medicamentoasă.

●

**SUMMARY**

**NON-DRUG PAIN MANAGEMENT IN LABOUR**

The pain that women experience during labour is affected by multiple physiological and psychosocial factors and its intensity can greatly vary. The labour pain has been reported to be the most severe pain that a woman experiences in her lifetime. Most women in labour require pain relief.

A wide range of pain management methods are used by women during childbirth. Commonly, these include non-pharmacological interventions (hypnosis, biofeedback, intracutaneous or subcutaneous sterile water injection, immersion in water, aromatherapy, relaxation techniques (yoga, music, audio), acupuncture or acupressure, manual methods (massage, reflexology), transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)) and pharmacological interventions (inhaled analgesia, opioids, nonopioid drugs, local anaesthetic nerve blocks, epidural and intrathecal injections of local anaesthetics or opioids, or both).

**Conclusions.** During pregnancy, women should be told about the benefits and potential adverse effects their babies and on themselves of the different methods of pain control. Most methods of non-pharmacological pain management are non-invasive and appear to be safe for mother and baby.

Overall, women should feel free to choose whatever pain management they think would help them most during labour. Also, women who choose non-drug pain management shouldn't hesitate, if needed, to move onto a drug intervention.

●

Ludmila Bologan<sup>1</sup>, Ion Bologan<sup>2</sup>, Galina Galiț<sup>1</sup>  
**AMELIORAREA ÎNGRIJIRILOR PERINATALE ÎN REPUBLICA MOLDOVA PRIN INTERMEDIUL FORMĂRII CONTINUE AL MOAȘELOR.**

<sup>1</sup>Centrul de Educație Medicală Continuă a Personalului Medical și Farmaceutic cu Studii Medii (CEMCPMFSM).

<sup>2</sup>USMF "N. Testemitanu", catedra de obstetrică și ginecologie nr.1

**Introducere:** Formarea profesională continuă reprezintă un ansamblu de procese organizate în vederea educației recurente și compensatorii, care continuă educația inițială și datorită cărora moasele își dobândesc/dezvoltă competențele profesionale, își formează o nouă orientare și fac posibilă evoluția aptitudinilor și comportamentelor lor într-o dublă perspectivă: de dezvoltare integrală a naturii umane și de participare la dezvoltarea sistemului de sănătate.

Una din sarcinile de bază a CEMCPMFSM este instruirea continuă a moașelor capabile să acorde îngrijiri perinatale de calitate.

**Scopul:** ameliorarea îngrijirilor perinatale în Republica Moldova prin intermediul formării continue a moașelor



**Material si metode:** au fost elaborate si implimentate un sir de actiuni la nivel de CEMCPMFSM ce au fost indreptate spre imbunatatirea calitatii procesului educational in cadrul formarii continue a moaselor. In urma studierii procesului de dobandire si dezvoltare a competentelor, care au fost apreciate la inceputul si finalul instruirii, s-a putut concluziona reusita activitatilor intreprinse prin calcularea indicelui de calitate.

**Rezultate:** Calitatea formării continue a moaşelor necesită o bună planificare și proiectare a procesului de studii, adaptarea conținuturilor planurilor tematice la nevoile formabililor. Planul de studii cuprinde o gamă largă de cursuri cu durata perioadei de instruire de la 0,25 săptămîni (36 ore/credite) pînă la 1,0 luni (156 ore/credite). Pe parcursul întregii instruirii competențele profesionale dezvoltate ale cursanților sunt evaluate permanent prin diverse metode tradiționale și complementare cum ar fi: brainstorming-ul, testarea, studiu de caz, proiectare, planuri de îngrijiri, problematizare, portofoliu, simularea medicală, etc. La finalul cursurilor se realizează evaluarea prin testare și proba practică.

Un compartiment nou al planului de studii este introducerea orelor/creditelor pentru studiul individual, care reprezintă o activitate de autoinstruire și autoformare a cursantului.

Sunt implimentate un sir de cursuri tematice axate pe nevoile cursantilor.

În urma acțiunilor întreprinse în scopul îmbunătățirii procesului de formare continua a moaselor am obținut următoarele rezultate: Indicele de calitate s-a marit de la 92% în anul 2016 la 96% în anul 2017.

**Concluzii:** Masurile întreprinse de catre Centrul de Educație Medicală Continuă a Personalului Medical și Farmaceutic cu Studii Medii prin intermediul formării continue a moaşelor vor spori calitatea îngrijirilor perinatale în Republica Moldova.

#### SUMMARY

#### THE IMPROVEMENT OF PERINATAL CARE IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA THROUGH THE CONTINUOUS EDUCATION OF MIDWIVES

One of the main tasks of CEMCPMFSM is the increase in the professional level of midwives through further professional education. As a result of the measures taken to improve the process of continuous training of midwives, we have obtained the following results: the quality index has increased from 92% in 2016 to 96% in 2017. Therefore, the midwives that possess professional abilities of good quality will be able to increase the quality of perinatal care in the Republic of Moldova.

**Conclusion:** The measures taken by CEMCPMFSM will increase the level of the midwives' professional training, who will be able to provide good quality perinatal care.



Achilina Svetlana, Batîr Tatiana

#### MANAGEMENTUL HEMORAGIILOR POST-PARTUM

*IMSP SCM nr.1, s. Obstetricală nr.2. IMSP SCM nr.1, s. Obstetricală nr.3*

**Introducere.** Hemoragia post-partum este cauza principală a mortalității materne în toată lumea cu o rată anuală estimată de 140000, sau 1 deces la fiecare 4 minute. Majoritatea acestor decese au loc în decurs a 4 ore de naștere, ceea ce indică că acestea sunt consecințele perioadei a treia a travaliului.

**Obiectivul principal** este de a acționa prompt și de a stopa hemoragia la etapa inițială pentru a preveni starea de șoc și pierderile masive sangvine.

**Rezultate.** Tratamentul anemiei fierodeficitare în cadrul asistenței antenatale, evitarea epiziotomiei de rutină este un factor de protecție pentru evitarea hemoragiilor post-partum. Conduita activă a perioadei a III-a a nașterii include administrarea uterotoniceilor imediat după nașterea copilului a 10 UN Sol. Oxitocină i/m, pensarea și incizia precoce a cordonului ombilical, tracțiunea controlată a cordonului ombilical, masaj fin al uterului după extracția placentei, monitorizarea contractării uterului la fiecare 15 min. după eliminarea placentei reduc semnificativ riscul apariției hemoragiilor post-partum. Formarea cheagului mai mult de 7-8 min ne indică o agravarea a sistemului de coagulare la pacienta. Cauzele principale a hemoragiilor post-partum sunt defect placentar, hipotonia uterului, traumatism matern la naștere, dereglări a sistemului de coagulare a singelui. În cazul apariției hemoragiilor post-partum se recomandă de apelat la echipa anesteziologică, se punctează vena periferică cu instalarea perfuziei cu oxitocină, se cateterizează și se golește vezica urinară, se efectuează operația controlul manual/instrumental al cavității uterine, se administrează preparate uterotonice, dacă hemoragia nu se oprește, pacienta se transferă în sala de operație.

**Concluzie.** Cunoașterea factorilor de risc permite identificarea pacientelor la care se poate dezvolta o hemoragie post-partum și efectuarea măsurilor necesare de prevenire și/sau tratament, pentru a evita consecințele nedorite ale acestei complicații. De cele mai dese ori hemoragia post-partum este imprevedibilă, fără prezența factorilor evidente de risc.

## SUMMARY

### MANAGEMENT OF POSTPARTUM BLEEDING

Postpartum bleeding or postpartum hemorrhage (PPH) is often defined as the loss of more than 500 ml or 1,000 ml of blood within the first 24 hours following childbirth. The most common cause is poor contraction of the uterus following childbirth. Not all of the placenta being delivered, a tear of the uterus, or poor blood clotting are other possible causes. Prevention involves decreasing known risk factors including procedures associated with the condition, if possible, and giving the medication oxytocin to stimulate the uterus to contract shortly after the baby is born. Misoprostol may be used instead of oxytocin in resource poor settings.

**Conclusions.** Knowing the risk factors allows identification of patients in whom post-partum haemorrhage can be developed and necessary prevention and / or treatment measures to avoid the unintended consequences of this complication. Most often post-partum haemorrhage is imprecise without the presence of obvious risk factors



Oxana Zavtoni, Cătălina Zavtoni, Țaulean Cristina

#### ECHIPA MULTIDISCIPLINARĂ ÎN ASISTENȚA PERINATALĂ

*IMSP AMT Ciocana, Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor. USMF, „N. Testemițanu”, IMSP CMC.*

**Introducere:** Una din prioritățile sistemului de sănătate publică din Republica Moldova este grija față de sănătatea mamei și copilului. Lucrul în echipă existent în prezent în centrele perinatale reprezintă una dintre cele mai importante orientări existente în asistența perinatală din Republica Moldova și țările lumii. Echipa este formată din totalitatea persoanelor care conlucrează pentru o anumită perioadă de timp în vederea atingerii unui rezultat. Scopul principal al lucrului în echipa multidisciplinară în asistența perinatală este îmbunătățirea principalilor indicatori de calitate, obținerea satisfacției materne și reducerea nivelului mortalității materne, perinatale și infantile, rata cărora este direct proporțională cu eficiența lucrului în echipa perinatală.

La nivel național și internațional există un program de perfecționare continuă a lucrului în echipă orientate spre atingerea unui scop comun și obținerea unor rezultate cât mai înalte în asistența perinatală.

**Scopul:** Sporirea volumului și calității serviciilor medicale acordate mamei și copilului prin eficientizarea utilizării resurselor umane.

**Material și metode:** Am efectuat un review al literaturii de specialitate referitor la metodele de lucru în echipă pentru îmbunătățirea serviciilor în asistența perinatală. Activități eficiente bazate pe protocoalele și ghiduri clinice în conformitate cu standardele profesionale. Au fost studiate rapoartele anuale de statistică ale IMSP IMȘIC, și rapoartele de evaluare a experților OMS în, „Implimentarea tehnologiilor moderne bazată pe dovezi științifice”.

#### Rezultate:

Lucrul în echipă presupune interacțiunea cu alți indivizi, urmărind un anumit scop comun și se diferențiază de alte tipuri de lucru prin identitate, autonomie, control, coeziune. Contrar grupurilor, în echipe se pune foarte mult accent pe o comunicare deschisă, nemijlocită, discutarea continuă și constantă a performanțelor, respectiv oferirea de feedback constructiv. În acest fel, într-o echipă, membrii își însușesc atât meritele, cât și vina eventualelor eșecuri.

Echipa multidisciplinară are ca scop mobilizarea cunoștințelor teoretice și practice a personalului medical prin crearea unei forțe unice capabilă să găsească soluții în cele mai dificile și urgente situații. Eficiența lucrului în echipa multidisciplinară depinde de capacitățile individuale ale fiecărui membru, de interacțiunea și comunicarea între membri echipei. Lucrul în echipă presupune încredere, colaborare, respect între membrii acesteia.

Pentru a asigura un serviciu perinatal de calitate este necesară crearea unor echipe multidisciplinare profesionale, bine instruite, care se modernizează continuu și oferă servicii de înaltă calitate. Lucrul în echipă este considerat una dintre cele mai eficiente practici în obstetrică și ginecologie. Fiecare membru al echipei trebuie să-și cunoască atribuțiile în cadrul secției, dar și să posede capacitatea să rezolve probleme în comun și să contribuie la reducerea riscurilor și posibilităților de eșec în stările de urgență.

Respectul și conștientizarea responsabilităților de către fiecare membru al echipei este o necesitate în obținerea unor indici de calitate.

#### Concluzii:

1. Ambiția de a oferi servicii medicale de calitate este obiectivul unei echipe multidisciplinare performante focusată pe pacient.

2. Este necesară o continuă modernizare a echipei cu practici tradiționale pentru a obține o echipă cu efort orientat spre obținerea unei asistențe perinatale de cea mai bună calitate.

3. Organizațiile care oferă servicii medicale trebuie să asigure o îngrijire excepțională a pacientului prin adoptarea

unei culturi bazate pe o echipă multidisciplinară în care există principii și valori care sunt comunicate în mod transparent între membrii acesteia, iar pacienții să fie plasați în centrul eforturilor comune ale acesteia.

#### **Multidisciplinary perinatal care team**

**Summary:** Nowadays, the teamwork in Perinatal Healthcare Centers is one of the most important oriented goal in perinatal care in the Republic of Moldova and worldwide as well. The teamwork consists of all the people who work together for a certain period of time to achieve a common result. The scope is to increase the volume and quality of medical services provided to mother and child by increasing the use of human resources.



Camelia Irimia  
**ARTA DE A FI PĂRINTE**  
*Vicepreședinte AmsR*

Proiectul „Arta de a fi părinte „ este un proiect exclusiv al Asociației Moaselor din Romania, acesta luând naștere în anul 1999, la început în cadrul Spitalului Universitar de Urgență București bazele acestuia fiind puse de Vania Limban, Mirela Gherghina și Marcela Dobre. De-a lungul timpului, proiectul a suferit numeroase modificări, ajungând în prezent să aibă o valoare foarte mare în ceea ce privește pregătirea moaselor și asistenților de obstetrică din Romania. Scopul acestui proiect este acela de a forma pentru moase și asistente de obstetrică abilitați în comunicarea cu pacientele atât în timpul travaliului cât și pregătirea acestora în vederea efectuării de cursuri cu viitori părinți.

În anul 2017 în cadrul acestui proiect au fost organizate două Simpozioane cu titlul „Arta de a fi părinte” la Târnăveni și Turda la care au participat un număr de aproximativ 80 de moase și asistente de obstetrică, acestea fiind pilot ale proiectului urmând ca acesta să continue în marile orașe ale țării: Timișoara, Cluj, Brașov, Iași, Craiova, Galați, Constanța, București.

În martie anul 2018 a fost organizat la Timișoara Simpozionul „Arta de a fi părinte „ unde au participat peste 40 de moase și asistente de obstetrică. Sponsorii și partenerii proiectului au fost primăriile din orașele respective și Transgaz Mediaș, Fucș ventilatoare Târnăveni, LifeCare, Stem cels, Regina Maria, Spitalul Premier, Spitalul Târnăveni, Spitalul Turda, Salina Turda, Stuco, Active Center, Did fara rid, Școala mamei nu Irimia Camelia. La evenimente au fost invitate oficialități ale orașelor în care s-au derulat evenimentele și gravide și bebeluși.

În cadrul simpoziunilor au fost organizate tombole atât pentru participante cât și pentru gravide.

**„The Art of Being Parent”** - Camelia Irimia, assist ob & gin Premier Timisoara. vice-president of the Association of Midwives in Romania, present the conclusions and results of the Proiect “The Art to be a Parent” which addresses to midwives and ob& gin nurses & pediatric nurses to acquire theoretical and practical skills in order to initiate and sustain educational courses for future parents. On the other hand it offers them and a group of pregnant and future parents, too, a demo about how these skills can be used in connection with three topics of high interest: the modern principle of the breastfeeding, the benefits of the labor ball in pregnancy and at birth and methods of toning the perineum for and after birth.

REPUBLICA MOLDOVA, CHIȘINĂU  
**ISSN 1810-5289**