

pneumoniei la nou-născut a fost în 3 (2,5%), septicemia s-a manifestat la 1 (0,83%) nou-născuți, piodermia congenitală a fătului – 1 (0,83%).

Complicațiile survenite în perioada lăuziei, în toate cele 3 loturi au fost: endometrita la 4 (3,33%) femei, care avea o evoluție latentă sau slab manifestă, cu tendință către recidivare și se caracteriza prin apariția tardivă (la a 5-7 zi a perioadei post-partum) și prin lipsa reacției la tratament; afecțiuni septicopurulente la 2 (1,6%) femei.

La examenul ultrasonografic cu Doppler s-a apreciat la 21 (17,5%) femei insuficiența circulatorie de gr. I, II și 3 (2,5%) IFP de gr. III. A fost apreciat și retardul de dezvoltare intrauterină la făt în 23 (19,16%) cu suferință severă a fătului în 4 (3,33%) cazuri. La USG simplă s-au vizualizat și alte complicații ale sistemului feto-placentar: polihidramnios, oligoamnios, patologia placentei (cu predominarea modificărilor morfologice în placentă) etc.

Concluzie

Astfel, infecția virală (CMV, HSV), bacteriană (chlamidia, micoplasma) și, îndeosebi, asocierea lor constituie un factor de risc major pentru apariția complicațiilor procesului de gestație. Se impune depistarea precoce a lor cu metode moderne de diagnostic și, de asemenea, elaborarea unui complex de măsuri curativo-profilactice în funcție de agentul patogen determinat ce ar permite reducerea morbidității și mortalității materne și perinatale.

Bibliografie

1. Paladi Gh. Maladiile sexual transmisibile // Ed. Didactică și Pedagogică, Chișinău, 1999, pag. 42-83.
2. Blanchier H., Huraux J. M., Huraux-Rendu C., Sante-Croix-le-Baleur A. // Europe J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol. 1994. Vol. 53. 1.
3. Dwyer D. E., Cunningham A. L. Herpes simplex virus infection in pregnancy. // Baillieres clinical Obstetrics and Gynecology. 1993. P. 75-105.
4. Guaschino S., F. De Seta, Alberico S., Sartore A., Panerari F. Infezioni Perinatale // Italia, 2007, pg. 418-428.
5. Асцатурова О. Р., Никонов А. П., Вульвовагинальная и хламидийная инфекция при беременности // Медиа Медика, 2000.
6. Кузьмин В. Н., Музыкантова В. С., Семенова Т. Б., Ильенко Л. Н. Герпетическая инфекция в акушерстве и перинатологии. // М., 1999. С. 27.

TUBERCULOZA ORGANELOR RESPIRATORII: PARTICULARITĂȚILE DE TRATAMENT LA GRAVIDE

Zoreana Cazacu

(Conducător științific – dr., hab., med., profesor universitar Olga Cernetchi)
(Consultant științific – dr., hab., med., profesor universitar Constantin Iavorschi)
Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Tuberculosis of the respiratory organs: treatment peculiarities in pregnant women

The treatment of tuberculosis of the respiratory organs in pregnant and post-partum women is a difficult problem for both obstetricians and phthisiologists. This is determined by the peculiarities of the antituberculous treatment including its safety and influence upon the foetal and maternal organisms and that of the newborn. The article is a review of worldwide current medical literature discussing study and research data on the peculiarities of tuberculosis treatment in pregnant and post-partum women.

Rezumat

Tratamentul tuberculozei organelor respiratorii la femeile gravide și lăuze constituie o problemă dificilă atât pentru obstetricieni cât și ftiziatri. Ea este determinată de particularitățile influenței și siguranța terapiei antituberculoase asupra organismului fetal, matern și al nou-născutului. Articolul dat prezintă o sinteză a datelor recente din literatura mondială, care analizează cercetări și studii consacrate particularităților de tratament la gravide și lăuze cu tuberculoza organelor respiratorii.

În condițiile situației epidemiologice agravate din cauza tuberculozei și a sporirii morbidității la femeile de vârstă reproductivă, ce s-a creat în Republica Moldova, studierea problemei tuberculozei și sarcinii este deosebit de actuală.

Odată cu implementarea în practica clinică a preparatelor antituberculoase până la momentul actual au fost obținute succese semnificative în tratamentul tuberculozei la gravide, ceea ce permite protejarea sănătății mamei și a nou-născutului, ameliorând indicatorii morbidității și mortalității materne și perinatale.

Este demonstrat faptul, că tuberculoza activă netratată este mult mai periculoasă pentru făt și femeia însărcinată, decât aplicarea tratamentului specific la mamă în timpul gestației. În caz de tuberculoză netratată crește riscul de infectare intrauterină a fătului (tuberculoză congenitală) [14].

Tratamentul gravidelor și a lăuzelor cu tuberculoza organelor respiratorii se realizează conform principiilor generale de tratament al bolnavilor cu tuberculoză, în conformitate cu regimurile standardizate de chimioterapie, luând în considerație forma și faza procesului specific, sensibilitatea medicamentoasă a agentului patogen, farmacocinetica preparatelor administrate și interacțiunea lor, tolerabilitatea preparatelor, prezența complicațiilor, maladiilor concomitente și de fon [29].

Instituirea tratamentului antibacterian specific în timpul sarcinii și în perioada postpartum se realizează în toate formele active ale tuberculozei organelor respiratorii, inclusiv cele depistate primar, recidivante și acutizate [18,19,21,26].

Este bine cunoscut faptul, că chimioterapia la gravide cu tuberculoză activă trebuie aplicată cât mai precoce, indiferent de termenul sarcinii [14,36].

Scopurile tratamentului aplicat prevăd vindecarea cazului, reducerea riscului de recidive, prevenirea complicațiilor și deceselor, stoparea transmiterii bolii [14].

Principiile terapiei complexe se bazează pe respectarea dietei bogate în proteine, vitamine și în microelemente, psihoterapie, regimul medicamentos standardizat bifazic, asocierea medicamentelor tuberculostatice, regularitatea și continuitatea administrării lor, individualizarea terapiei, asigurarea confortului psihologic [14,36].

În prezent, majoritatea specialiștilor respectă regimurile și schemele de tratament chimioterapic recomandate de OMS [30,36,41].

OMS și Societatea Toracală Britanică recomandă administrarea la gravidele cu tuberculoză a preparatelor de linia I (izoniazidă, rifampicină, etambutol, pirazinamidă) în diferite combinații. Regimurile terapiei antibacteriene depind de starea activității procesului tuberculos, de durata tratamentului și de reacțiile adverse la preparatele administrate. În procesele acute și subacute extinse în primele 2-4 luni se recomandă administrarea combinației din 3 preparate antituberculoase. În faza de regresie a tuberculozei numărul de preparate administrate este micșorat până la două. În cazul procesului cronic neactiv și clinic vindecat se recomandă păstrarea sarcinii până la momentul nașterii [18,26].

Una dintre problemele stringente de care sunt preocupați clinicieni și care determină unele restricții în folosirea tuberculostaticelor la gravide, este eventualitatea unui efect toxic asupra organismului matern, fetal și asupra complexului fetoplacentar, ceea ce poate potența intoxicația specifică, sporind morbiditatea și mortalitatea perinatală [6,11,29]. Astfel, este necesară efectuarea chimioterapiei strict controlate, cu examinarea sistematică (lunară) a funcției hepatice și administrarea hepatoprotectorilor [19,36].

Practic toate preparate antituberculoase trec bariera placentară, însă concentrația lor în sângele fetal este de 2 ori mai mică, decât în sângele matern [33].

În SUA cele mai inofensive preparate pentru utilizare zilnică de către femeile gravide s-au dovedit a fi rifampicina, izoniazida și etambutolul [33,36]. Odată cu administrarea izoniazidei are loc scăderea nivelului seric de piridoxal-5-fosfat. Astfel, la aceste paciente este necesar de a efectua suplimentul cu piridoxină (vitamina B6) în doză de 25 mg/zi, în caz dacă gravida nu administrează un complex prenatal de vitamine, ce ar conține cantitatea echivalentă de piridoxină [3]. Unii autori consideră, că doza suficientă de piridoxină pentru restabilirea echilibrului intraeritocitar este de 4 mg/zi [16], alții – de 60-100 mg/zi [17,26].

În câteva studii clinice a fost analizată eficacitatea administrării preparatului antituberculos fenazidă (din grupul izoniazidei și derivații ei) în cadrul chimioterapiei combinate la femeile însărcinate cu tuberculoza organelor respiratorii. Preparatul s-a dovedit a fi mai bine tolerabil, practic fără efecte adverse, în comparație cu izoniazida. Folosirea fenazidei nu necesită administrarea concomitentă a preparatelor de fier, deoarece posedă un efect antianemic [16,28,39,40].

Deși pirazinamida se recomandă de OMS și IUALTD pentru utilizarea zilnică în timpul sarcinii, medicamentul nu a fost recomandat pentru utilizare zilnică femeilor însărcinate din SUA din motiv că nu sunt suficiente dovezi în privința siguranței și eficacității [3]. Însă, dacă tratamentul chimioterapic este inițiat după primul trimestru de sarcină, pirazinamida trebuie să fie inclusă în regimurile standardizate pentru următoarele categorii de gravide: femeile HIV-pozitive; femeile cu factori de risc major pentru HIV-infecție, care refuză testarea; femeile suspecte la tuberculoză multirezistentă (MDR-TB) [13]. În cazul aplicării tratamentului cu pirazinamidă, la naștere copilului I se va administra vitamina K, din cauza riscului sporit de hemoragie postnatală [14].

În condițiile antiepidemiologice contemporane se atestă patomorfoza tuberculozei, se modifică sensibilitatea agentului patogen specific la preparate antituberculoase. Astfel, apar forme chimiorezistente de micobacterii [19].

Cele mai mari dificultăți survin în tratamentul MDR-TB la femeile însărcinate și la lăuze, care elimină micobacterii rezistente la izoniazidă și rifampicină. Datele din reviu literaturii studiate demonstrează insuficiența studierii incidenței și a eficacității tratamentului MDR-TB la gravide și la lăuze [27,37].

Nu există ghiduri de tratament valabile pentru asocierea MDR-TB și a sarcinii. Existența unei sarcini în evoluție la o pacientă cu MDR-TB oferă posibilitatea unei alternative dintre temporizarea tratamentului și inițierea lui imediată. Unica metodă sigură de tratament este întreruperea sarcinii. Nu există date suficiente versus siguranța folosirii medicamentelor antituberculoase de linia a II-a la femeile însărcinate și la lăuze [7,13,14,23,27,37].

În timpul sarcinii și în perioada postpartum sunt nocive (în special în primul trimestru) toate aminoglicozidele (streptomycină, canamicină, capreomicină, amikacină) datorită toxicității lor asupra aparatului auditiv și vestibular [16,31,32]. De asemenea, sunt contraindicate în timpul sarcinii tioamidele (etionamida, protionamida) datorită efectului teratogen prin studii pe animale, fluorchinolonele, macrolidele (claritromicina, azitromicina), care sunt folosite în tratamentul MDR-TB [8,33,34,36,38]. În plus, etionamida poate potența riscul apariției gestozelor precoce la femeile gravide [32]. Efectul cicloserinei nu a fost studiat pe deplin. Se presupune că preparatul poate provoca dereglări de psihică (agitație, somnolență etc.) [43].

Unicul chimiopreparat de linia a II-a ce poate fi administrat cu siguranță în perioada sarcinii este acidul para-aminosalicilic (PASC) [23,27,37]. Acest preparat a fost pe larg folosit în anii '50 - '60 sec.XX, în combinație cu izoniazida, și nu a determinat sporirea malformațiilor congenitale la copii, însă a cauzat efecte adverse gastrointestinale greu tolerabile în timpul sarcinii [4].

În anul 2005 în SUA a fost raportat un caz clinic de studiu al tratamentului chimioterapic de linia a II-a la gravide cu MDR-TB și al consecințelor acestuia, la distanță, asupra copiilor născuți. S-a dovedit, că beneficiul administrării acestor preparate este mult mai mare decât

MDR-TB maternă netratată. S-a determinat lipsa cazurilor de malformații congenitale, morbidității și mortalității perinatale [10].

Referindu-se la particularitățile de administrare a chimiopreparatelor la gravidele cu tuberculoza, Каюкова С.И. și coaut. (2003) recomandă administrarea rifampicinei în doză de 10 mg/kg în combinație cu hepatoprotectori. Isoniazida se administrează în doză de 5-8 mg/kg per os, etambutolul – în doză obișnuită de 20 mg/kg [16,17,26].

Durata tratamentului chimioterapic în timpul sarcinii și lactației depinde de rezultatul culturii microbiene și de prezența rezistenței specifice a agentului patogen la preparate antituberculoase. În general, tratamentul durează toată perioada sarcinii și a lactației, în special în cazul tuberculozei depistate primar în timpul sarcinii.

În perioada gestației Савула М.М. (2004) propune următoarele scheme de tratament etiotrop al tuberculozei organelor respiratorii [36]:

- pacientelor din I categorie (tuberculoza organelor respiratorii primar diagnosticată cu eliminarea de bacili) la prima etapă de tratament (intensivă) timp de 2-3 luni se administrează zilnic patru preparate: izoniazidă, rifampicină, etambutolul, pirazinamidă; la etapa a II-a (4-5 luni) – izoniazidă și rifampicină de trei ori pe săptămână sau zilnic;

- pacientelor din categoria a II-a (recidiva tuberculozei sau tratament ineficace al tuberculozei primar depistate) la prima etapă timp de 3 luni se administrează izoniazidă, rifampicină, etambutolul zilnic sau de trei ori pe săptămână. În procesele limitate la gravidele din categoria I și a II-a, în special în primul trimestru de sarcină, se indică chimioterapia fără administrarea pirazinamidei;

- pacientelor din categoria a III-a (tuberculoza organelor respiratorii primar diagnosticată, fără eliminarea de bacili) la prima etapă de tratament timp de 2 luni se administrează izoniazidă, rifampicină și etambutolul; la etapa a II-a (4 luni) – izoniazidă și rifampicină de trei ori pe săptămână sau zilnic;

- pacientelor din categoria a IV-a (forme cornice, chimiorezistente de tuberculoză a organelor respiratorii) se indică preparatele de rezervă (de linia a II-a) care posedă o toxicitate sporită și nu sunt recomandate pentru administrare în timpul sarcinii.

În SUA este elaborat următorul algoritm de chimioterapie la gravide cu tuberculoza organelor respiratorii, în funcție de cultura micobacteriilor depistată primar [13].

În caz de cultură pozitivă:

- dacă agentul patogen este complet sensibil, atunci se efectuează chimioterapia cu izoniazidă, rifampicină și cu etambutol, timp de 9 luni. Însă, dacă în primele 2 luni de tratament a fost administrată pirazinamida (înainte ca femeia să afle că este însărcinată sau când femeia este HIV-infectată), atunci durata tratamentului va constitui 6 luni;

- dacă bolnava este eliminator de bacilli fără susceptibilitate existentă și dacă rezistența antimicrobiană nu este suspectată, atunci tratamentul se va efectua cu izoniazidă, rifampicină și etambutol (și pirazinamidă) în faza intensivă, ulterior cu izoniazidă și rifampicină în faza de continuare. Dacă este suspectată rezistența antimicrobiană, atunci regimul standardizat cu trei preparate (izoniazidă, rifampicină și etambutol) va fi prelungit până la 9 luni. Regimul standardizat cu patru preparate (se adaugă pirazinamidă) va fi administrat timp de 6 luni;

- dacă cultura nu se modifică timp de 4 luni, este necesar de evaluat eficacitatea tratamentului prin determinarea absorbției și rezistenței la drogurile antituberculoase.

În caz de cultură negativă:

- dacă bolnavele nu au administrat tratament pentru tuberculoză în trecut și dacă rezistența antituberculoasă nu este suspectată, va fi administrat tratament cu izoniazidă, rifampicină și etambutol în faza intensivă, ulterior cu izoniazidă și rifampicină în faza de continuare timp de 7 luni;

- dacă bolnavele au administrat anterior tratament pentru tuberculoză și dacă rezistența antituberculoasă este suspectată, va fi recomandat tratament cu izoniazidă, rifampicină și etambutol în faza intensivă și în faza de continuare, timp de 9 luni.

La aplicarea tratamentului sistematic corect, către momentul nașterii are loc normalizarea stării generale a gravidei, se determină dinamica clinico-radiologică pozitivă a procesului tuberculos (stoparea eliminării de bacili, închiderea cavernelor, reabsorbția infiltratelor și a focarelor de diseminare). Și invers, multiple studii clinice confirmă, că la bolnavele care refuză tratamentul în timpul sarcinii, are loc progresarea procesului tuberculos [42].

Siguranța alăptării la sân este o problemă importantă. Alimentația naturală a copiilor născuți de mame cu tuberculoza organelor respiratorii este susținută în cazurile când femeia este HIV-negativă și când administrează sau planifică să administreze izoniazida sau alte preparate antituberculoase. Concentrațiile mici de preparate antituberculoase în laptele matern nu sunt toxice pentru nou-născut. În plus, ele pot determina un efect terapeutic antituberculos eficace la copil [13].

În câteva studii clinice a fost determinată concentrația preparatelor antituberculoase în laptele matern [1,15]. S-a constatat, că concentrația izoniazidei în laptele matern atinge apogeul de 16,6 mg/l peste 3 ore de la administrare (la 300 mg de doză administrată) [1]. Rifampicina atinge apogeul concentrației de 10-30 mg/l (la doza administrată de 600 mg) [15]. Concentrația de streptomycină în laptele matern ajunge la 1,3 mg/l în 30 minute de la injectarea dozei de 1 gm [9]. Însă nu există un acord că în aceste cazuri trebuie de renunțat la alăptare [7].

Administrarea preparatelor antituberculoase se recomandă după alăptare, următoarea alimentare fiind înlocuită cu cea artificială. Copiilor, dacă mamele lor primesc izoniazidă, li se va administra un supliment de piridoxină [7].

Este discutabilă problema necesității și termenele efectuării tratamentului chirurgical al tuberculozei în timpul sarcinii. Analiza rezultatelor tratamentului tuberculozei organelor respiratorii la femeile operate până la sarcină și naștere sau după ele a arătat, că drept indicații pentru intervenție chirurgicală constituie atât particularitățile procesului tuberculos (tuberculoma, forma cirotică a tuberculozei, cavernele fibrotice), cât și eficacitatea scăzută a tratamentului conservator. În tuberculoame, volumul intervenției chirurgicale se limitează la rezecția segmentelor afectate, lobectomie, în unele cazuri se efectuează pneumonectomia. La femeile operate până la sarcină din cauza tuberculozei, sarcina și nașterea evaluează fără complicații grave, spre deosebire de femeile operate după naștere [35].

Ковганко П.А. (2004) a prezentat date contrare în cercetările științifice în domeniu. Autorul susține că evoluția sarcinii și a nașterii la femeile operate la plămâni pe motivul procesului tuberculos, poartă un caracter agravant. Copiii, născuți de aceste femei, fac parte din grupul de risc sporit pentru dezvoltarea asfexiei la naștere. Rata înaltă a complicațiilor sarcinii și a nașterii la pacientele operate chirurgical la plămâni, este determinată de tulburările reacției compensator-adaptative, micșorarea necesității de oxigen, apariția microhemoragiilor în alveole și schimbările locale emfizematoase. Modificarea funcției respiratorii externe și schimbările semnificative ale patului microcirculator cauzează dezvoltarea insuficienței fetoplacentare și, legate de ea, a hipoxiei cronice intrauterine a fătului [19].

Rămâne important aspectul privind profilaxia și tratamentul complicațiilor determinate de procesul specific, survenite în timpul sarcinii și a nașterii la femeile cu tuberculoza organelor respiratorii.

Ковганко П.А. (2004) a aplicat administrarea intravenoasă a ozonului, îmbunătățind astfel tolerabilitatea preparatului și determinând închiderea cavernelor în tuberculoza distructivă. Dinamică pozitivă s-a constatat în sistemul imun și sistemul fetoplacentar. Autorul confirmă, că administrarea ozonoterapiei preîntâmpină dezvoltarea insuficienței fetoplacentare, a hipoxiei cronice intrauterine a fătului, a retardului de dezvoltare intrauterină a fătului, a maturizării premature a placentei, iar la femeile bolnave de tuberculoză contribuie la prolongarea sarcinii până la termenele fiziologice de naștere, micșorând, astfel, incidența complicațiilor [24].

Un șir de autori au demonstrat influența pozitivă a ozonoterapiei și actoveghinului asupra complexului fetoplacentar, din conținutul efectului imunomodulator, membranostabilizator, antiinflamator, dezintoxicant și antihipoxic [20,26]. Astfel, Евстигнеев С.В. (2007) a dovedit, că aplicarea tratamentului patogenetic argumentat cu ozon și actoveghin pe fondul terapiei

tradiționale al femeilor cu tuberculoza organelor respiratorii, permite micșorarea frecvenței complicațiilor sarcinii și a nașterii, precum și ameliorarea rezultatelor perinatale.

Pe lângă terapia etiotropă și patogenetică complexă a tuberculozei organelor respiratorii, Скворцова М.А. (2007) recomandă administrarea de hepatoprotectori tuturor femeilor însărcinate bolnave de tuberculoză, în scopul micșorării acțiunii toxice a preparatelor antituberculoase asupra hepatocitelor [39].

Unii specialiști în domeniul fiziatricii recomandă în următorii 2-3 ani după finisarea curei totale de chimioterapie, în scop antirecidivant, administrarea profilactică a izoniazidei cu o durată de cel mult 3 luni. Aceasta se efectuează în lunile de primăvară și toamnă, și, în special, în condiții nefavorabile pentru acutizarea tuberculozei (cu 6 săptămâni înainte de naștere, și, de asemenea, după întreruperea sarcinii) [43].

Concluzii

1. În procesul tratamentului bolnavilor cu tuberculoză apar multe obstacole care pot determina scăderea bruscă a eficacității chimioterapiei. Între acestea se enumeră: caracterul răspândirii și evoluției procesului tuberculos, masivitatea eliminării de bacilli, polirezistența micobacteriilor, pneumoscleroză, tolerabilitatea preparatelor medicamentoase, prezența bolilor concomitente ale organelor respiratorii, intoxicațiile (în ultimul caz scade biodisponibilitatea preparatelor antibacteriene).

2. Tratamentul tuberculozei în timpul sarcinii și în perioada de alăptare necesită selectarea riguroasă a medicamentelor și a substanțelor potențial periculoase pentru făt și pentru nou-născut.

3. În vederea îmbunătățirii indicatorilor morbidității și mortalității materne și perinatale, tratamentul complex oportun al gravidelor cu tuberculoza organelor respiratorii permite realizarea însănătoșirii femeii, prolongarea sarcinii până la termenele fiziologice de naștere și nașterea unui copil sănătos.

Bibliografie

1. Berlin C., Lee C. Isoniazid and acetylisoniazid disposition in human milk, saliva and plasma. *Fed Proc* 1979; 38 : 426.
2. Bothamley G. Drug treatment during pregnancy: safety considerations / G.Bothamley // *Drug. Sat.* – 2001. – № 7. – P. 553-565.
3. Controlul tuberculozei în cadrul strategiei DOTS. Ghid. - Chișinău. – 2008.
4. Good JT (Jr), Iseman MD, Davidson PT, Lakshminarayan S, Sahn SA. Tuberculosis in association with pregnancy. *Am J Obstet Gynaecol* 1981; 140 : 492-98.
5. Guidelines for treatment of tuberculosis in pregnancy. – Queensland Tuberculosis control Centre. - 2006
6. Holdiness M. *Chest* – 1998; 28:12: p. 270-274
7. Khilnani G.C. Tuberculosis and Pregnancy. - Review article. - *Indian J Chest Dis Allied Sci.* - 2004; 46: p.105-111
8. Lazarus A., Sanders G. Management of tuberculosis; choosing an effective regimen and ensuring compliance / A.Lazarus, G.Sanders // *Posgrad. Med.* – 2000. – № 2. – P. 71-84.
9. Moulding TS, Redeker AG, Kanel GC. Twenty isoniazid associated deaths in one state. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140 : 700-05.
10. Peter C. Drobac et al. Treatment of Multidrug-Resistant Tuberculosis during Pregnancy: Long-Term Follow-Up of 6 Children with Intrauterine Exposure to Second-Line Agents BRIEF REPORT • *CID* 2005;40 (1 June) • p. 1689-1692
11. Snider DE (Jr). Pregnancy and tuberculosis. *Chest* – 1984. – Vol.86. – p. 10-14
12. Thompson N.P. et al. Anti-tuberculosis medication and the liver: dangers and recommendations in management. *European Respiratory Journal*, 1995, 8: 1384-1388
13. Tuberculosis Clinical Policies and Protocols, 4th Edition.– Bureau of Tuberculosis Control New York City Department of Health and Mental Hygiene. – March 2008. – p. 56-58

14. Ustian A. Ftizio pneumologie. Ghid. – Chişinău. – 2008. – p. 86-88
15. Vorherr H. Drug excretion in breast milk. Postgrad Med J 1974; 56 : 97-104.
16. Архипов В.В., Валеев Р.Ш. и др. Заболевания лёгких при беременности / Под редакцией Чучалина А.Г., Краснопольского В.И., Фассахова Р.С. – Москва: АТМОСФЕРА, 2002. – с.79 с.
17. Валиев Р.Ш. Особенность и эффективность лечения различных вариантов деструктивного туберкулеза легких в современных социально-экономических условиях : автореф. дис. На соискание ученой степени докт. мед. наук : спец. 14.01.25 “Фтизиатрия” / Р.Ш.Валиев. – М., 2000. – 24 с.
18. Валиев Р.Ш. Туберкулез и беременность / Р.Ш.Валиев, З.Ш.Гилязутдинова. – Казань: МЕДПРЕСС, 2000. – 63 с.
19. Гошовська А.В., Польова С.П., Рак Л.М. Особливості лікування вагітних, хворих на туберкульоз (огляд літератури). Буковинський медичний вісник. Том 13, №1, 2009 с. 114-116
20. Евстигнеев С.В. Профилактика и лечение перинатальных осложнений у беременных, страдающих активным туберкулезом лёгких. Автореф. дис. на соискание канд. мед. Наук. – Москва, 2007. – с. 13-15.
21. Жученко О.Г. Репродуктивное здоровье женщин, страдающих легочным и урогенитальным туберкулезом: автореф. дис. на соискание докт. мед. наук: спец. 14.01.01 “Акушерство и гинекология” / О.Г.Жученко. – М., 2001. – 42 с.
22. Задорожний В.А. Стан фетоплацентарного комплексу у вагітних з туберкульозом легень та його корекція / В.А.Задорожний // Педіатрія, акушерство та гінекол. – 2004. – № 2. – С. 74-77.
23. Иванова Л.А. Тактика лечения больных лекарственно-устойчивым туберкулезом / Л.А.Иванова, Павлова Н.В., Арчакова Л.И. // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 5. – С. 14-16.
24. Ковганко П.А. Влияние медицинского озона на беременность, роды и неонатальный период у женщин с активным туберкулезом легких при различных патологических состояниях / П.А.Ковганко, А.А.Ковганко // Вестн. физиотерапии и курортол. – 2004. – Т. 10, № 2. – С. 56-61.
25. Ковганко П.А. О некоторых особенностях беременности и родах у женщин с туберкулезом легких : матеріали III з'їзду фтизіатрів і пульмонологів України / П.А.Ковганко, А.А.Ковганко. – К., 2003. – 205 с.
26. Макаров О.В. Беременность и туберкулез / О.В.Макаров, С.И.Каюкова, В.А.Стаханов // Рос. вестн. акуш.-гинекол. – 2004. – Т. 4, № 1. – с. 23-26
27. Мишин В.Ю. Эффективность лечения туберкулеза легких, вызванного микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью / В.Ю.Мишин, В.И.Чуканов, И.А.Васильева // Пробл. туберкулеза. – 2002. – № 12. – С. 18-23.
28. Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Голышевская В.И. Эффективность феназида в комбинированной химиотерапии впервые выявленного и рецидивного туберкулеза лёгких: Информативное письмо. – СПб, 2002. – с. 3-10.
29. Омарова Х.М. Родовспоможение у больных туберкулезом женщин Автореф. дис. На соискание канд. мед. Наук. – Махачкала, 2000. – с. 22
30. Польова С.П. Проблеми лікування туберкульозу у вагітних / С.П.Польова, Ю.І.Бажора // Одес. мед. ж. – 2007. – № 2. – С. 58-61.
31. Польова С.П. Стан репродуктивного здоров'я жінок, інфікованих мікобактеріями туберкульозу / С.П.Польова. – Чернівці: Медуніверситет, 2007. – 264 с.
32. Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза. ВОЗ. – 2007. – с. 75-76
33. Савула М.М. Діти хворих на туберкульоз матерів / М.М.Савула // Вісн. наук. досліджень. – 2003. – № 2. – С. 4-6.

34. Савула М.М. Перебіг вагітності та пологів у хворих на туберкульоз легень / М.М.Савула, Д.Вітик, Ю.Сливка // Інфекційні хвороби . – 2004. – № 4. – С. 71-75.
35. Савула М.М. Результати лікування, перебіг вагітності і пологів у жінок, яким виконані операції з приводу туберкульозу / М.М.Савула // Шпит. хірургія. – 2005. – № 2. – С. 128-130.
36. Савула М.М. Туберкульоз і вагітність / М.М.Савула // Мистецтво лікування. – 2004. – № 4. – С. 54-57.
37. Савула М.М. Частота хіміорезистентного туберкульозу і ефективність його лікування у вагітних жінок / М.М.Савула, М.І.Сахелашвілі // Практ. мед. – 2005. – № 1. – С. 41-44.
38. Сенчук А.Я., Голяновський О.В., Артамонов В.С. [та ін.]. Ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду у хворих на туберкульоз легень: методичні рекомендації /– К., 2001. – 37 с.
39. Скворцова М.А. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с инфильтративной формой туберкулеза легких. Автореф. дис. на соискание канд. мед. Наук. – Волгоград, 2007. – с. 28.
40. Стаханов В.А., Макаров О.В и др. // Пробл. туб. 2004. - № 2. С. 45-48.
41. Фещенко Ю.І. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу / Фещенко Ю.І., Мельник. В.М. К.: Здоров'я. 2002. 904 с.
42. Чеботарєва Т.В. // Пробл. туберкулеза и болезней легких. 2000. № 11. С. 23-24.
43. Хоменко А.Г. Туберкулёз органов дыхания. Москва: МЕДИЦИНА, 1988. с.333-343

UTILIZAREA ALGORITMULUI DE DIAGNOSTIC ÎN REDUCEREA ERORILOR ȘI MANAGEMENTUL CONTEMPORAN AL HIRSUTISMULUI

Vitalie Cobzac

(Coordonator științific: Prof. univ., d.h.ș.m. Codreanu Nadejda)
Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Abstract

The use of diagnostic algorithm in reducing errors and contemporan management of hirsutism

Hirsutism is on excessive growth of terminal hair type in women by male pattern. Although, hirsutism is one of the most common manifestations of endocrinopathies accompanied by elevated androgen levels, that affect 10 – 15% of womens. This publication presents a screening algorith of women with endocrine disorders and management performed by them in solving of this problem.

Key words: *hirsutism, acromegaly, elevated androgen levels, polycystic ovary syndrome, congenital adrenal hyperplasia, Cushing's syndrome, hypothyroidism, idiopathic hirsutism, endocrinopathie.*

Rezumat

Hirsutismul reprezintă creșterea excesivă a pilozității de tip terminal la femei după patern masculin. Astfel, hirsutismul este una din cele mai des întâlnite manifestări ale unei endocrinopatii însoțite de hiperandrogenemie, afectînd aproximativ 10 – 15% din femei. Această publicație este prezentarea unui algoritm de screening al femeilor cu dereglări endocrine și managementul efectuat de catre ele în rezolvarea acestei probleme.

Cuvinte cheie: *hirsutism, acromegalie, hiperandrogenemie, sindromul ovarelor polichistice, hiperplazie adrenală congenitală, sindromul Cushing, hipotiroidism, hirsutism ideopatic, endocrinopatie.*