

10. Бицадзе В., Баймурадова С. Молекулярные механизмы тромбофилии как важнейшее звено патогенеза осложнений беременности // Матер. VI Российского форума «Мать и Дитя».— М., 2004.— С. 29–30.
11. Дубоссарская З., Дука Ю. Место тромбофилии в структуре синдрома потери плода // Таврический медико-биологический вестн.— 2011.— Т. 14, № 3, ч. 1 (55).— С. 75–77.

## SINDROMUL PREMENSTRUAL LA ADOLESCENTE

Zinaida Sârbu, Tatiana Armaş

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF "Nicolae Testemițanu"

### Summary

#### *PMS of teenage patientis*

A case control study was aimed to assess the therapeutic effect of the homeopathic preparation Guna-PMS in the treatment of PMS at adolescence. Results of the study did not determine any deviations from the norm in hormonal status at the teenagers estimated. As it was found that the severity of PMS is more pronounced when the teenage autonomic nervous system predominates. At the same time, it was considered that the homeopathic preparation Guna-PMS has presented a very good clinical effect in the treatment of PMS to teenage girls.

### Rezumat

Studiul caz control a avut drept scop de a aprecia efectul terapeutic al preparatului homeopatic Guna – PMS în tratamentul PMS la adolescente. Rezultatele studiului n-au determinat careva devieri de la normă în statutul hormonal la adolescentele estimate. La fel s-a constatat că severitatea PMS este mai pronunțată atunci când la adolescente predomină sistemul nervos vegetativ. Totodată, s-a apreciat că preparatul homeopatic Guna – PMS a prezentat un efect foarte bun clinic în tratamentul PMS la adolescente.

### Actualitatea problemei

Sindromul premenstrual (PMS) se manifestă clinic prin dureri acute, ciclice, care apar cu 1-12 zile înainte de menstruație și care persistă și în primele zile de menstruație fiind însoțite de simptome neuro-vegetative (slăbiciunea generală, grețuri, vomă, cefalee, diaree, pierderea cunoștinței

Conform datelor literaturii de specialitate PMS are o incidență de 31-52%, iar printre adolescente se constată 7,9 - 22% [1,2,10]. Deoarece PMS conduce la schimbări în statusul psihosomatic al pacientelor, mai ales printre adolescente la care statutul hormonal ca și celelalte organe și sisteme sunt încă în dezvoltare, este necesar de a avea în arsenal pentru tratament, preparate care ar duce la dispariția semnelor clinice, fără a influența maturizarea organismului care se finalizează definitiv, conform datelor literaturii de specialitate, la vârsta de 19 ani [2,9].

Deaceia ne-am propus să efectuăm un studiu care are *drept scop* de a aprecia efectul terapeutic al preparatului homeopatic Guna – PMS în tratamentul PMS la adolescente.

Pentru a realiza scopul propus au fost rezolvate următoarele *sarcini*.

- Aprecierea cauzei PMS primare la adolescente.
- Determinarea eficacității tratamentului PMS cu Guna –PMS.

### **Materiale și metode.**

Studiul caz control a fost efectuat la baza Catedrei de Obstetrică și Ginecologie FECMF în perioada aprilie-noembrie 2012 pe un eșantion de 25 adolescente, care sau adresat ambulator.

Criteriile de excludere din studiu au fost următoarele: Anomalii de dezvoltare a organelor genitale; Infecția acută mixtă; Prezența în anamneză a vieții sexuale; Patologia extragenitală gravă; Pacientele ce nu au semnat acordul informat.

Complexul diagnostic a inclus următoarele examinări: Clinice: culegerea datelor clinico-anamnestice; examenul obiectiv. De laborator: aprecierea hormonilor sexuali în funcție de faza ciclului menstrual (CM). În primele 7 zile a ciclului menstrual, serologic s-a apreciat nivelului de testosteron, tireotrop (TSH), Prolactina (Prl), hemoleucograma și glucoza; la a 13-a a 14-a zi de CM s-a determinat nivelul hormonilor – foliculostimulant (FSH), lutienizant (LH), estradiol; la a 21-22-a zi de CM s-a apreciat nivelului hormonilor LH și progesteron. Examinări instrumentale : examenul USG-fic, pentru a exclude anomalii de dezvoltare a organelor genitale s-a efectuat în prima fază a CM.

Studiul caz control a fost efectuat pe un eșantion de 25 adolescente, care au fost tratate cu Guna PMS 20 pic de 2 ori pe zi cu 30 min până sau după masă cu 2-3 zile până la apariția PMS și în zilele când ultima persista.

Grupa de control a constatat normele publicate în literatură de specialitate caracteristice pentru adolescente sănătoase [10].

Preparatul homeopatic Guna – PMS, este înregistrat în republica Moldova, reprezintă un flacon cu soluție transparentă, fără miros de 30 ml și are următoarea componență [12].

Tabelul 1

#### **Compoziția preparatului in homeopatic Guna PMS**

<b>Nr.</b>	<b>Denumirea substanței</b>	<b>Efectul terapeutic a substanței</b>
1.	Arsenium album 6C	Efect antidegenerativ
2.	B –estradiol 6X	Efect asemănător estrogenilor
3.	Chamomilla 6C	Efect antiinflamator
4.	Hydrastis canadensis 6C	Efect antiinflamator asupra mucoaselor. Preântâmpină procese proliferative în țesutul limfoid.
5.	Hypophysis, Porcine 8X	Efect reglator în disfuncție și insuficiență funcțională a hipofizei
6.	Lachesis mutus 4C	Efect antiinflamator
7.	Magnesia phosphorica 6C	Acțiune catalitică asupra funcțiilor enzimatice
8.	Melatonin 4C	Efect modulator neuro-endocrin
9.	Nux vomica 6C	Efect dezitoxicant și antiinflamator
10.	Oophorinum 8X	Efect stimulator asupra gonadelor
11.	Progesterone 6X	Acțiune stimulantă asupra corpului galben
12.	Sulphur 6C	Acțiune catalitică asupra funcțiilor enzimatice

Guna-PMS este indicat în sindromul premenstrual (dureri menstruale, dipresii, irecibilitate, cefalee, tensionarea și durerea în gl. mamare, hiperhidroz); dismenoree, sindromul menopauzal. Guna-PMS nu are contraindicații.

Gradul de severitate a PMS a fost apreciat după următoarele criterii (tab.2).

Efectul preparatului homeopatic Guna-PMS, a fost determinat prin, aprecierea timpului micșorării durerii până la dispariția semnelor clinice: peste 15 min., 30 min., o oră, o oră și 30 min fiecare 30 min până la dispariția completă a durerilor.

**Criteriile de apreciere a gravității dismenorheei.**

<b>Gradul</b>	<b>Definiție</b>
Ușor	Nu afectează viața personală socială și profesională
Moderat	Afectează viața personală socială și profesională dar persoana este capabilă de a funcționa și activă poate suboptimal
Sever	Persoana incapabilă să activeze personal, social și profesional ; se retrage din activitățile sociale și profesionale (este rezistent la tratament)

**Rezultate și discuții**

Analizând rezultatele obținute s-a constatat că vârsta medie a pacienților incluse în studiul a variat de la 14,5 ani până la 16,5 ani în mediu  $15,5 \pm 1,1$  ani. Toate adolescentele incluse în studiu sunt eleve în clasele 8 – 11-a a liceilor din R. Moldova, din ele 8 ( $32,0 \pm 0,1\%$ ) paciente locuiesc la sate și 17 ( $68,0 \pm 0,1\%$ ) paciente locuiesc în oraș.

Toate paciențele incluse în studiu, au menționat prezența stresului din motivul că au mult de învățat, 5 ( $20,0 \pm 0,9\%$ ) paciente mai au încă un mare stres din cauza că părinții sunt peste hotare și ele trăiesc cu bunicile, neamuri (să tem că nu o să fie luați de părinți).

Astfel, atât rezultatele studiului cât și datele literaturii de specialitate confirmă că factori predispozanți pentru apariția PMS sunt stresul cronic pe care îl au adolescentele din cauza învățământului și cel cauzat din frica de a fi lăsați de părinții care sunt peste hotare sau cel cauzat de frică să nu se întâmple ceva cu familia lor [2,3,6,15,16].

Deoarece durerea în regiunea inferioară a abdomenului este sindromul principal prezentat de adolescente, iar pragul de sensibilitate la durere este format dintr-un echilibru a sistemelor endogene durere și antidurere care sunt controlate de sistemul nervos vegetativ, iar caracterul durerii este dependent de tipul sistemului nervos vegetativ implicat: dacă la persoană predomină sistemul nervos vegetativ simpatic, adrenoergic, durerea este acută, tăetoare, împunsătoare, împușcătoare; atunci când predomină sistemul nervos vegetativ (SNV) parasimpatic durerea este surdă, strângătoare, apăsătoare, săcîitoare [7,12,13,15].

Pentru a aprecia care tip de disfuncție neuro-vegetativă predomină în PMS la adolescentele estimate, am analizat datele din ancheta pacientului (tab. 3).

Tabelul 3

**Semnele disfuncției neurovegetative**

<b>Semnele clinice</b>	<b>SNV Simpatic</b>	<b>SNV parasimpatic</b>	<b>Combinat</b>
Durerea de cap	++	±	+
Simțul de căldură,	+	-	-
Tremurici mărit,	-	+	-
Grețuri	±	+++	-
T- corpului	mărit	N	micșorată
Vârtejuri, pierderi de cunoștință	-	+	±
Diaree	-	+	-
Neajuns de aer, înădușală, aerofobie	-	-	+
Tahicardia	+	-	+
Bradicardia	-	+	-

(unde cu minus " -" se notează când lipsesc semnele clinice, cu un plus "+" când ele sunt nepronunțate și cu "++" când semnul clinic apreciat este pronunțat).

Astfel, analizând datele prezentate de adolescente din ancheta de acasă, am constatat că, la paciențele cu PMS estimate predomină semnele clinice caracteristice pentru SNV parasimpatic la 12 ( $48,0 \pm 0,7\%$ ) paciente, a celui SNV simpatic la 8 ( $32,0 \pm 0,8\%$ ) paciente, iar la 5

(20,0±0,9%) paciente s-a determinat prezența semnelor clinice caracteristice și pentru sistemul nervos parasimpatic și pentru cel simpatic, adică forma combinată. Menționăm că anume la aceste 5 adolescente PMS decurgea cu grad sever de exprimare clinică.

Așadar, cele menționate mai sus ne permit să concluzionăm că, la cele 12(48,0±0,7%) paciente cu predominarea semnelor SNV simpatic s-a constatat grad mediu de severitate a dismenoreei, la cele 8 (32,0±0,8%) paciente cu predominarea SNV parasimpatic - grad mediu de severitate a dismenoreei, iar la cele 5 (20,0±0,9%) paciente s-a determinat grad grav de severitate a dismenorheei. Rezultatele studiului nu vin în contradicție cu datele de literatură [8,9,10,16].

Adică, severitate PMS este mai pronunțată atunci când sunt semne clinice caracteristice pentru ambele forme de sistem nervos vegetativ.

Este cunoscut că hormonii sexuali acționează asupra SNV. Estrogenele – activează *SNV parasimpatic*, majorează nivelul de acetilcolin și majorează sensibilitatea receptorilor către neurotransmițători. Progesteronul activează *sistemul NV simpatic*, prin majorarea nivelului de noradrenalin și adrenalin și micșorarea sensibilității receptorilor către neurotransmițători [1,2,3].

Este și foarte interesant faptul că, analizând rezultatele investigațiilor hormonale la adolescentele estimate nu s-a constatat careva deviere de la normă: adică toți parametrii hormonal studiați în prima fază a ciclului menstrual, la ovulație și în a doua fază a ciclului menstrual au corespuns parametrilor normei pentru vârsta adolescentelor, publicați în literatura de specialitate [2, 5,6 ,15].

Deaceea, rezultatele obținute ne permit să concluzionăm că PMS la adolescentele estimate rezulta din cauza fluctuațiile fiziologice caracteristice pentru această perioadă de vârstă a concentrațiilor normale ale acestor hormone sexuali.

Deoarece în componența preparatului homeopatic Guna-PMS sunt prezente plante medicale și extrase în diluări mari de glande de la animale, care reglează disfuncția funcțională în sistemul cortex-ovare-organe țintă, ce nu influențează negativ maturizarea ulterioară a organismului, în studiul dat am folosit acest preparat homeopatic a câte 20 pic de 2 ori pe zi [8].

Analizând rezultatele obținute în prima lună de tratament cu Guna-PMS, ce țin de timpul dispariției durerii, am constatat că ultimile au început să deminueze puțin peste 15 min de la administrarea a celor 20 picături de Guna – PMS, cu fiecare 30 min. durerea diminuea cu câte un plus dispărând cu totul peste 2 ore la 20 (80,0±0,1%) paciente, iar la cele 5 (20,0±0,9%) paciente a mai fost nevoie de administrat adăugător încă 10 pic. de Guna – PMS, peste 2 ore de la ultima administrare.

În cel de-a doilea ciclul menstrual am recomandat de a folosi Guna-PMS cu 2-3 zile înainte de apariția PMS, iar la adolescente la care era prezentă tensionarea glandelor mamare (10 (40,0±0,9%)paciente) și la cele care pe lângă tensionare mai aveau și mastalgie (5 (20,0±0,9%) paciente) de a le indica Guna-PMS în următorul regim: cu 3-5 zile până la apariția semnelor clinice sus menționate.

Astfel s-a constatat că, la 10 (40,0±0,9%) paciente PMS nu a mai apărut, iar la 10 (40,0±0,9%) paciente a fost prezentă numai forma ușoară a PMS, iar la cele 5 (20,0±0,9%) paciente care au avut formă severă s-a constatat că ultima a diminuat considerabil în formă ușoară.

În cel de-a treilea ciclul menstrual am recomandat de a folosi Guna-PMS după aceeași schemă ca în al doilea ciclul menstrual. Astfel, am constatat că semnele clinice caracteristice PMS nu s-au manifestat la 20(80,0±0,9%) paciente, iar semne clinice ușoare au fost prezente numai la 5(20,0±0,9%) paciente.

Totodată menționăm că, adolescentelor estimate le-au fost recomandat să mai folosească Guna –PMS pe parcursul încă a 6 luni a câte 20 pic de 2 ori pe zi cu 1-2-3 zile înainte de apariția menstruației, pentru a menține efectul obținut, după ce se v-a contramanda preparatul.

Așadar, tuturor adolescenților cu PMS înainte de a administra Guna – PMS vor efectua EUSG, pentru a exclude anomalii de dezvoltare a organelor genitale, vor aprecia statutul hormonal pentru a exclude careva dereglări endocrine, vor efectua hemoleucograma pentru a exclude un proces inflamator acut. Numai după aceea se va recomanda preparatul Guna-PMS a câte 20 pic., de 2 ori pe zi cu 1-2-3 zile de la apariția clinicii dismenoreei timp de cât durează menstruația 9 cicluri menstruale.

### **Concluzii**

1. Dismenoreea primară la adolescente este cauzată de stresul cronic îndelungat.
2. Nu s-a determinat careva devieri de la normă în statutul hormonal la adolescentele estimate.
3. Atunci când la adolescente sunt prezente dereglări în sistemul nervos vegetativ parasimpatic și simpatic este mai pronunțată severitatea PMS.
4. Guna – PMS este un preparat homeopatic, înregistrat în R. Moldova, care s-a dovedit de a prezenta un efect foarte bun clinic în tratamentul dismenoreei la adolescente.

### **Recomandări**

De administrat Guna PMS adolescentelor a câte 20 pic., de 2 ori pe zi cu 1-2-3 zile de la apariția clinicii PMS până la 1-2 zile de menstruație, după excluderea cauzelor organice a PMS.

### **Bibliografie**

1. Angst J, Sellaro R, Merikangas KR, et al. The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(2):110-6.
2. Campbell EM, Peterkin D, O'Grady K, et al. Premenstrual symptoms in general practice patients. Prevalence and treatment. *J Reprod Med*. 1997;42(10):637-46
3. Chawla A, Swindle R, Long S, et al. Premenstrual dysphoric disorder: is there an economic burden of illness? *Med Care* 2002;40(11):1101-12
4. Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med* 1999;8(2):122-8
5. Freeman EW, Sondheimer SJ. Premenstrual dysphoric disorder: recognition and treatment. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2003;5:30–9.
6. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, et al. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2003;28 Suppl 3:1–23
7. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, et al. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2003;28 Suppl 3:1–23
8. Johnson SR, McChesney C, Bean JA. Epidemiology of premenstrual symptoms in a nonclinical sample. I. Prevalence, natural history and help-seeking behavior. *J Reprod Med* 1988;33(4):340-6
9. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, et al. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002;32(1):119-32
10. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, et al. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002;32(1):119-32
11. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. М., 2000.
12. Тираспольский И.В. Антигомотоксическая терапия в практике акушера-гинеколога М.: Арнебия, 2001, -288с. ISBN 5-9244-0006-9.
13. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, et al. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002;32(1):119-32
14. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, et al. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002;32(1):119-32
15. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. М., 2000.

## COMPLICAȚIILE ÎN PERIOADA NEONATALĂ LA COPII NOI-NASCUȚI MATURI (Reviul literaturii)

**Diana Șeptichita**

(Conducător științific – Natalia Corolcova, dr., conf. univ.)  
Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF “Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *Complications in neonatal period at mature babies*

Despite the high achievements in contemporary obstetrics and gynecology mother's intrauterine infections, mother's concomitant pathologies, habitual abortions, antenatal death of child, miscarriages, early gestations and imminent abortions, acute viral respiratory infections, harmful habits of pregnant, source of chronic infection in pregnant or child (chronic pyelonephritis intrauterine infection), anemia in pregnant women, the drugs during pregnancy and many others remain the main cause of neonatal morbidity. Asphyxia in newborns, respiratory distress, ABO incompatibility, bronchopneumonia in newborns, mono and poly organic failure shows indications for monitoring the newborns in intensive therapy section. All these are urgent states of the new babies requiring special care, monitored with an efficient apparatus in sections as intensive therapy.

### Rezumat

În pofida realizărilor performante în obstetrică și ginecologie contemporană infecțiile intrauterine ale mamei, patologiile concomitente ale mamei, avorturi habituale, moartea antenatală a fătului, avorturi spontane, gestoze și iminența de avort precoce, infecții respiratorii virale acute, deprinderi nocive ale gestantei, focar de infecție cronică la gravide sau la făt (pielonefrită cronică, infecție intrauterină), anemia gravidelor, primirea medicamentelor în timpul sarcinii și multe altele rămân cauza majoră a morbidității neonatale. Asfizia nou născuților, destres respirator, incompatibilitate de ABO, bronhopneumonie a nou născuților, insuficiența mono și poli organică prezintă indicații pentru monitorizarea nou-născuților în secția de terapie intensivă. Toate acestea reprezintă stări urgente a noi-născuților care necesită o îngrijire specială monitorizată cu un aparat performant în secția specializată ca terapie intensivă.

### Actualitatea

În ultimii ani, țara noastră a dezvoltat un sistem cu trei etape de reanimare și terapie intensivă neonatală, cu un volum definit de măsurile organizatorice și terapeutice necesare în fiecare etapă [8]. În 1997 Jonh P. consideră în lucrarea sa că copiii născuți la termen dar cu una din patologiile (asfizia neonatală, encefalopatie hipoxica-ischemică, incompatibilitate ABO cu icter neonatal, infecții materno-fetale) respective sunt destul de des întâlnite, monitorizarea lor necesită doar o supraveghere intensivă în secția de terapie intensivă. Cauzele fiind foarte diverse în dependență de anamneza mamei pînă la sarcina și în timpul sarcinii copiii se nasc cu patologii diferite începînd cu malformații congenitale și terminînd cu bronhopneumonii.

Monitorizarea mai amănunțită a gravidei în timpul sarcinii pentru a evita situații dificile ca: destresa respiratorie, boala hemolitică a nou-născutului, nou-născut afectat de polihidramnioza, infecție intrauterine, bronhopneumonii bilateral, asfizie la naștere ischemie cerebral, edeme paraventriculare. traumatismul nou-născutului, dereglări de ritm cardiac, soc hypoxic și cardiogen, acidoza mixtă, hepatite cu etiologii diferite, icterul neonatal [1,2,3]. Toate acestea sunt doar cîteva din complicațiile apărute la nou-născut atît în urma nașterii per vias naturalis cît și operații cezariene. Deși mai sunt un șir de complicații sau schimbări aparute în