

8. Autret E., Radal M., Jonville-Bera A.P., Goehrs J.M. Isotretinone (Roaccutane®) chez la femme en bge de procreer: insuffi-sance de suivi des recommandations de prescription. Ann. Dermatol. Venerol. 2007, 124, 518-22.
9. Saurat J.H. Retinonides. Therapeutique dermatologique (Dubertret Louis). 2001, 797-812.
10. Allen J.G., Bloxham D.P. The pharmacology and pharmacokinetics of the retinonides. Retinonides (edition Ronam Mackie;Pergamon Press). 2009, 1-28.
11. Supplementation en vitamine A chez la femme enceinte. Bibliotheque de l'OMS.

FACTORII DE RISC ÎN PATOGENEZA MALADIILOR INFLAMATORII PURULENTE DE ANEXE UTERINE

Vitalie Mamaliga

Catedra de Obstetrică și Ginecologie, Facultatea de Medicină Generală
USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Inflammatory tuboovarian tumors: versions and contraversions

Pelvic inflammatory disease (PID) occupies one of the leading positions in the structure of gynecological morbidity. The incidence of PID, according to different authors ranges from 46,8% to 75%. A very important place in the structure of PID is occupied by adnexal inflammations, complicated by purulent tuboovarian tumors. One of the main risk factors in the development of adnexal purulent processes is the prolonged use (over 5 years) of an intrauterine device. During recent decades the incidence of purulent tuboovarian tumors increased 2-3 times. In the present work, conflicting literature data regarding the etiopathogenesis, clinical presentation, diagnosis and treatment of purulent tuboovarian tumors are presented. Contemporary data about the management of these patients are presented. The leading place in the tuboovarian tumors diagnosis is occupied by transvaginal ultrasonography. Leading medical schools from Russia and Europe lately propose that the treatment of adnexal purulent processes begin with laparoscopy. It is concluded that early surgery allows successful performing of conservative interventions, organ preservation and future restoration of menstrual function, sexual and reproductive health in patients with suppurative tuboovarian tumors. In patients with uncomplicated forms of purulent processes or complicated processes lasting less than 3 weeks performing laparoscopy is optimal, but in chronic complicated forms, without purulent endometritis, laparotomy is optimal, keeping the uterus, ovaries or a portion from the ovary, with further training to apply assisted reproductive techniques.

Rezumat

Au fost studiați factori de risc în patogeneza maladiilor inflamatorii ale organelor genitale feminine la ginecopatele cu maladii inflamatorii purulente de anexe uterine. În studiu au fost incluse 210 paciente cu maladii inflamatorii purulente ale anexelor uterine. Lotul de bază s-a constituit din 146 (69,5%) bolnave cu procese inflamatorii purulente complicate (piosalpinx, tumori tuboovariene), ce au necesitat volum extins de tratament chirurgical cu înlăturarea unuia sau mai multor organe implicate în sfera reproductivă. Lotul de comparație a inclus 64 bolnave cu maladii inflamatorii purulente necomplicate (salpingite purulente). În studiul efectuat s-au constatat următorii factori de risc exogeni: dispozitive intrauterine au fost utilizate de 47,3% bolnave din lotul de bază, comparativ cu 21,9% din lotul de comparație. Prin avort medical au reglat natalitatea 50,7% bolnave cu maladii inflamatorii purulente din lotul de bază și 25,0% bolnave din lotul de referință. Manopere diagnostice (metrosalpingografie, histerografie, hidrotubație, raclajul diagnostic etc.) au suportat 56,1% paciente din lotul de bază și 37,5% din lotul de comparație. Operații ginecologice și chirurgicale în anamneză au prezentat 38,4% paciente din lotul de bază, comparativ cu 28,1% din lotul de comparație. Toți acești factori de

risc în ansamblu au contribuit la deteriorarea barierei fiziologice la nivel de vagin, col uterin și la propagarea per continuitate a germenilor microbieni în tractul genital superior: uter, mucoasa salpingelui, ovar care s-a soldat cu dezvoltarea salpingitei, cronicizarea ei și o evoluție periodică la 66,4% ginecopate din lotul de bază și la 43,4% paciente din lotul de comparație. Toate acestea s-au răsfrânt negativ asupra tratamentului chirurgical, măbind volumului operației și în final au afectat sever funcția reproductivă, conducând la sterilitate primară și secundară.

Actualitatea temei

Conform ultimelor date statistice internaționale, maladiile inflamatorii de anexe uterine se întâlnesc la fiecare a zecea femeie, printre care procesele purulente se depistează la 15-30%. De menționat că în ultimii ani în toate țările se notează o majorare a ratei maladiilor inflamatorii ale organelor genital, totodată rata proceselor inflamatorii purulente complicate, cum ar fi tumorile inflamatorii purulente tuboovariene, a crescut de peste 3 ori [1,12,13,14] Actualmente, marea majoritate a bolnavelor cu maladii inflamatorii purulente de anexe uterine (MIPAU) sunt de vârsta reproductivă, ceea ce este condiționat în mare parte de creșterea incidenței infecțiilor sexual transmisibile (IST) [2, 3, 4, 7,11,].Dar, în paralel cu aceasta, mai există un șir de factori de risc care într-o măsură mai mare sau mai mică contribuie la propagarea, menținerea și dezvoltarea infecției în tractul genital feminin [3, 5, 8,11,]

Scopul prezentului studiu a fost de a evidenția factorii de risc la ginecopatele cu MIPAU în dependență de metoda chirurgicală de tratament aplicată, care ar putea influența evoluția procesului inflamator.

Material și metode

Conform evoluției clinice, rezultatelor examenului morfopatologic, au fost desemnate două forme clinice ale maladiilor inflamatorii purulente ale anexelor uterine (MIPAU): necomplicată și complicată. Sub supraveghere s-au aflat 210 ginecopate. Grupul de studiu (de bază) l-au constituit 146 femei cu forme complicate ale MIPAU. Lotul de bază, în dependență de metoda chirurgicală folosită în tratament a fost divizat în două subloturi: sublotul I a inclus 94 paciente tratate laparoscopic și sublotul II -52 femei cu MIPAU tratate prin metoda chirurgicală clasică, laparotomie. Lotul de comparație l-au alcătuit 62 paciente cu proces purulent necomplicat (salpingite purulente). Lotul de control a fost constituit din 51 femei practic sănătoase. Vârsta pacientelor în toate loturile varia de la 16 la 40 ani.

Rezultate și discuții

Factorii care contribuie la dezvoltarea maladiilor infecțioase ale organelor genitale la femei se împart în exogeni, endogeni, sociali și de conduită. Către factorii exogeni se referă: avorturile, chiuretajul diagnostic al cavității uterine, sondarea uterului, histeroscopia, histerosalpingografia, avorturile spontane, sarcinile stagnante, nașterile frecvente, operațiile efectuate, fertilizarea in vitro [9,10,14].

Una din cauzele majore și un factor de risc principal în dezvoltarea maladiilor infecțioase ale organelor genitale interne este contracepția mecanică cu dispozitive intrauterine (DIU). Riscul în dezvoltarea formelor complicate ale proceselor inflamatorii purulente în cazul utilizării DIU crește de 3-9 ori [6,10].

În studiul nostru, din numărul total de bolnave (210) - 83(39,5%) au utilizat DIU cu scop de contracepție, din ele 14(21,9%) din lotul de comparație cu forme necomplicate ale MIPAU (salpingite purulente), și 69(47,3%) din lotul de bază cu forme complicate ale MIPAU (piosalpinx, tumori inflamatorii tuboovariene purulente). Durata minimă de aflare în uter a DIU la pacientele investigate de noi a fost de un an și durata maximă de zece ani. În medie DIU s-a aflat în uter la pacientele cu MIPAU 5,2 ani.

Riscul de dezvoltare a maladiilor infecțioase de anexe uterine depinde mult de timpul introducerii și de marca DIU. Foarte periculoasă este introducerea DIU imediat după avort, chiuretaj sau naștere. Acest fapt se explică prin prezența defectelor mari în endometru, care permit pătrunderea ușoară a bacteriilor în țesuturile peretelui uterin. Creșterea și înmulțirea

germenilor patogeni este menținută de mediul nutritiv, cheagurile de sânge, fibrină, resturile țesuturilor necrotizate. În propagarea infecției în cavitatea uterină un mare rol îl joacă și ațele dispozitivului care atârnă din canalul cervical în vagin[9,10].

În procesul studiului noi am stabilit, că mai multe paciente prezentau în anamneză avortul la cerere ca metodă de reglare a natalității. În lotul de bază de această metodă s-au folosit 74(50,7%) paciente, față de 16(25,0%) paciente în lotul de comparație.

În afară de aceasta intervențiile și manoperele efectuate cu pătrundere în cavitatea uterului, mai ales pe fundal de colpită, contribuie esențial la diminuarea sistemului de barieră local și propagarea infecției în cavitatea uterină și ulterior pe peretele salpingelui, ovar, peritoneumul bazinului mic[10,14]. Pacientelor incluse în studiul nostru le-au fost efectuate cu scop diagnostic și curativ următoarele manopere: metrosalpingografia, histerografia, hidrotubația, raclajul diagnostic etc. Astfel, în grupul de bază metrosalpingografia s-a efectuat la 29(19,8%) bolnave, histeroscopia - la 15(10,3%), hidrotubația -la 33(22,6%), raclajul diagnostic – la 18(12,3%), comparativ cu lotul de comparație: metrosalpingografia la 6(9,4%), histeroscopia – la 8(12,5%), hidrotubația – la 7(10,9%), raclajul diagnostic – la 3(4,7%) paciente. În total, manopere diagnostice și curative în lotul de bază s-au efectuat la 95(65,1%) paciente, comparativ cu 24(37,5%) paciente în lotul de comparație. În același timp menționăm, că aceste manopere au fost efectuate pe un fundal de colpită la 56(38,4%) bolnave în lotul de bază și la 17(26,7%) paciente în lotul de referință.

Un alt factor de risc sub aspectul dezvoltării maladiilor inflamatorii ale organelor genitale interne sunt intervențiile chirurgicale pe organele cavității abdominale și ale bazinului mic. Cel mai înalt risc prezintă histerectomia vaginală, factor de risc mediu –operațiile pe organele abdominale și factor de risc minor – operația cezariană și laparoscopiile ginecologice [10,13,14]. În studiul nostru mai multe paciente prezentau în anamneză unele operații ginecologice și chirurgicale suportate pe parcursul vieții. Laparoscopia diagnostică și curativă în lotul de bază au suportat 35(24,0%) bolnave, apendectomie – 11(7,5%), operații pe alte organe ale tractului gastrointestinal - 6(4,1%), operația cezariană -4(2,7%), comparativ cu 7(10,9%), 8(12,5%), 2(3,1%), 1(1,6%) paciente în lotul de comparație. În total, operații ginecologice și chirurgicale au suportat 56(38,4%) ginecocate din lotul de bază, comparativ cu 18(28,1%) bolnave din lotul de comparație.

Propagarea infecției din uter per continuitate a dus la salpingooforită cronică cu acutizări periodice în lotul de bază la 97(66,4%) paciente, din ele în subplotul I - la 58(61,7%) bolnave și în subplotul II - la 39(75%) femei, comparativ cu 28(43,4%) paciente în lotul de comparație.

Factorii de risc de comportament: viața sexuală precoce, relații cu mai mulți parteneri, contactele sexuale în timpul menstruației, contactul sexual netradițional, infecțiile sexual transmisibile de asemenea au o importanță destul de mare în provocarea maladiilor inflamatorii ale organelor genitale feminine [7, 9, 10].

În studiul nostru începutul vieții sexuale precoce în lotul de bază l-au confirmat 51(34,9%) ginecocate, inclusiv– 34(36,2%) din subplotul I, 17(32,7%) bolnave din subplotul II, comparativ cu 15(23,4%) în lotul de comparație. Infecțiile sexual transmisibile (Chlamydia, micoplasma, virusul herpes, toxoplasmoza, gonoreea, tricomonioza) au fost depistate la 57(39,0%) paciente din lotul de bază și la 18(28,1%) din lotul de comparație.

Concluzii

În studiul nostru, cei mai importanți factori de risc care au contribuit la dezvoltarea maladiilor inflamatorii purulente de anexe uterine au fost:

1. DIU ca factor de risc major în declanșarea proceselor inflamatorii purulente de anexe uterine, a fost depistat la 47,3% bolnave din lotul de bază, din ele la 21,9% paciente a fost din lotul de comparație; fiind un corp străin el era responsabil de dezvoltare a endometritei cornice și propagarea infecției per continuitate pe mucoasa salpingelui, ulterior pe suprafața ovarului, iar în timpul ovulației în țesutul ovarian cu dezvoltarea ooforitei etc.

2. Avortul efectuat la cerere la 74(50,7%) paciente din lotul de bază, comparativ cu 16(25,0%) paciente din lotul de comparație a influențat substanțial dezvoltarea maladiilor inflamatorii ale organelor genitale feminine prin formarea de plăgi cu suprafețe mari pe endometru care duc la diminuarea sistemului de barieră locală, pătrunderea mai ușoară a bacteriilor în peretele uterin.
3. Un număr semnificativ de femei (65,1%) din lotul de bază aveau în anticidente mai multe manopere în scop de diagnostic și curativ (metrosalpingografie, histescopie, hidrotubație, raclagul diagnostic etc.), comparativ cu 37,5% în lotul de comparație.
4. Un factor important în dezvoltarea maladiilor infecțioase purulente de anexe îl constituie operațiile ginecologice și chirurgicale suportate. În total, operații ginecologice și chirurgicale au suportat 56(38,4%) ginecotate din lotul de bază, comparativ cu 18(28,1%) bolnave din lotul de comparație.
5. Salpingooforita cronică cu acutizări periodice s-a depistat în lotul de bază la 97(66,4%) paciente, comparativ cu 28(43,4%) paciente în lotul de referință.
6. Factorii de risc de comportament de asemenea joacă un rol important în dezvoltarea maladiilor inflamatorii de anexe uterine, totodată viața sexuală necontrolată la adolescente, și nu numai, se îmbină strâns cu infecțiile sexual transmisibile. Începutul vieții sexuale precoce l-au confirmat 51(34,9%) ginecotate din lotul de bază, comparativ cu 15(23,4%) din lotul de comparație. Infecții sexual transmisibile (Chlamydia, micoplasma, virusul herpes, toxoplasmoza, gonoreea, tricomonioza) au fost depistate la 57(39,0%) paciente din lotul de bază și la 18(28,1% din lotul de comparație.
7. Factorii de risc depistați, în asociere cu infecțiile sexual transmisibile suportate au un impact negativ asupra funcției reproductive, conducând la sterilitate mecanică primară și secundară.

Bibliografie:

1. Ebi K.L., Piziali R.L., Rosenberg M., Wachob H.F. Evidence against tailstrings increasing the rate of pelvic inflammatory disease among IUD users. *Contraception* 1996.-V 53.-NL-P. 25-32.
2. Friptu V., Metaxa I., Cernetchi O. Afecțiunile purulent-septice în obstetrică- - Chișinău, 2005. – 376 p.
3. Lauper U., Schlatter C. Adnexitis and pelvic inflammatory disease // *Gynecol. Geburtshiffiache Rundsch.*- 2005.- Vol.45, № 1.- P.14- 18.
4. Lush L., Walt G., Ogden J. Transferring policies for treating sexually transmitted infections: what's wrong with global guidelines? *Health Policy Plan.* -2003.- V 18.-N 1.-P. 18-30.
5. Patel D.R. Management of pelvic inflammatory disease in adolescents // *Indian J. Pediatr.* – 2004. V. 71. – P 845-847.
6. Scanlan K.A., Propeck P.A., Lee Jr.F.T. Invasive procedures in the female pelvis: value of transabdominal, endovaginal and endorecta US guidance // *Radiographics.* – 2001. V. 21, no 2. –
7. Simms I., Eastick K., Mallinson H., et al. Associations between *Mycoplasma genitalium*, *Chlamydia trachomatis*, and pelvic inflammatory disease". *Sex. Transm. Infect.* - 2003.- V 79,- N 2,- P.154-156.
8. Sweet. R.L., Wiesenfeld H.C. *Pelvic inflammatory disease.*- London ;New-York : Taylor & Francis, 2006. - 174 p.
9. Wiesenfeld H.C., Hillier S.L., Krohn M.A. et al., Lower genital tract infection and endometritis: insight into subclinical pelvic inflammatory disease. // *Obstet. Gynecol.* – 2002. – Vol. 100. – P. 456-463.
10. Балакшина Н.Г., Кох Л.И. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки в гинекологической практике. - Томск, СГМУ, 2009. - 133 с.

11. Горин В.С., и др. Принципы диагностики и терапии гнойных воспалительных заболеваний придатков матки. // Рос. вестн. акушера-гинеколога- 2008. - № 5. – С. 30-38.
12. Коротких И.Н., Савельева Н.В., Шемаринов Г.А., Попова Е.И. Лапароскопия как один из современных методов лечения гнойных tuboовариальных образований придатков матки. //Эндоскопическая хирургия . – 2005 - №1. – С 64..
13. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. – М.: МЕДпресс, 2006. – 304 с.
14. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. – М.: Медицина, 1996. – 255 с.

PROFILUL HORMONAL LA PACIENTE CU SINDROM PREMENSTRUAL

Ina Mazur

Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „N.Testemițanu”

Summary

Hormonal profile in patients with premenstrual syndrome

Premenstrual syndrome is a variety of somatic and/or psychological cyclic symptoms characteristic for women of fertile age, which have negative effect for women's wellbeing. It is known that fluctuations of reproductive hormones are involved in the mechanism of occurrence of premenstrual symptoms. The aim of the present study was to evaluate plasma concentrations of reproductive hormones in patients with PMS. Study results showed that the concentration of reproductive hormones corresponds to ovulatory menstrual cycle, associated with relative estrogen excess in luteal phase.

Rezumat

Sindromul premenstrual prezintă o varietate de simptome somatice și/sau psihologice repetate ciclic întâlnite la femei de vârstă reproductivă, care sunt atât de pronunțate, încât afectează bunăstarea femeii. Este cunoscut, că în mecanismul de apariție a simptomelor premenstruale sunt implicate fluctuațiile ciclice a hormonilor sexuali. Scopul studiului prezent a fost de a evalua particularitățile statutului hormonal la paciente cu SPM. Rezultatele studiului au demonstrat că nivelul hormonilor sexuali la paciente cu SPM corespunde indicatorilor hormonalilor pentru ciclul menstrual ovulator, însă, asociat cu hiperestrogenie relativă în faza luteală.

Actualitatea temei

Sindromul premenstrual (SPM) prezintă o varietate de simptome somatice și/sau psihologice care se manifestă în faza luteală a ciclului menstrual și dispar odată cu începutul menstruației. Frecvența SPM este 24-35%, conform datelor autorilor diferiți. Pentru prima dată SPM a fost descris de către R.T.Frank, 1931, care a presupus cauza hormonală în dezvoltarea simptomelor ciclice legate de menstruație [1,2,4]. Cu toate că s-au efectuat studii numeroase, etiopatogenia SPM nu este studiată definitiv. Au fost propuse teorii etiopatogenice numeroase, care explică anumite mecanisme patogenice al SPM. Teoria hormonală, propusă inițial de către R.T.Frank mai târziu a fost susținută de către alți cercetători. Această teorie este întemeiată pe particularitățile specifice ale SPM: simptomele premenstruale lipsesc înainte de menarhă, sunt în strictă legătură cu ciclicitatea menstruală, simptomele ciclice lipsesc atunci, când nivelul hormonilor ovarieni se menține la un nivel constant (anovulație, ovariectomie, menopauză), simptomele ciclice lipsesc în timpul sarcinii și perioadei de lactație [5,9].

Există mai multe opinii care explică mecanismul de acțiune a steroizilor sexuali în geneza simptomelor premenstruale [1,4]. Estrogenii cauzează retenția de lichide și Na, drept rezultat apar edeme, tumefiere și dureri în glandele mamare, balonare abdominală, dureri de cap etc.