INSTITUTUL DE CERCETĂRI ŞTIINŢIFICE
ÎN DOMENIUL OCROTIRII
SĂNĂTĂŢII MAMEI ŞI COPILULUI

ASOCIAŢIA DE MEDICINĂ
PERINATALĂ
DIN REPUBLICA MOLDOVA

4(40)■2008

BULETIN DE PERINATOLOGIE

REVISTĂ ŞTIINŢIFICO-PRACTICĂ

UN FĂT FRUMOS
ŞI SĂNĂTOS

Revistă ştiinţifico-practică
Fondată în 1998

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

CUPRINS

ARTICOLELE MEMBRILOR COLEGIULUI DE REDACŢIE

P. Stratulat
SITUAŢIA ACTUALĂ ÎN ASISTENŢA PERINATALĂ ŞI PROBLEMELE EXISTENTE ÎN ASISTENŢA MAMEI ŞI COPILULUI 3

Valentin Friptu
MORTALITATEA MATERNĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA 12

Ludmila Etco
REVISTA TEZELOR ŞTIINŢIFICE SUSŢINUTE LA CONSILIILE ŞTIINŢIFICE SPECIALIZATE DIN CADRUL IMSP ICŞDOSMSIC (ANII 1998-2007) 15

Olga Cernetchi
FORMAREA CADRELOR – FACTOR DECISIV ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ ACORDATĂ MAMEI ŞI COPILULUI 22

Veaceslav Moşin
ROLUL REPRODUCERII ASISTATE ÎN TRATAMENŢUL INFERTILITĂŢII 25

ARTICOL ORIGINAL

Eva Gudumac, I. Fuior, V. Babuci, V. Petrovici, Aliona Bîrsan, Ş.Samciuc
ROLUL CIRCULAŢIEI FETO-PLACENTARE ÎN EVOLUŢIA POSTNATALĂ ÎN HERNIILE DIAFRAGMATICE CONGENITALE LA COPIL 28

N. Şavga
HERNIE DE DISC INTERVERTEBRAL REGIUNII LOMBO-SACRALE LA COPII 36

Alexandru Voloc, Valentin Ţurea, Adrian Rotari
PARTICULARITĂŢILE CLINICE, DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT A STĂRILORV HIPOCALCEMICE LA COPIL 39

M. Rudi, Lucia Pîrţu
OBEZITATEA LA COPII CA FACTOR DE RISC AL HIPERTENSIUNII ARTERIALE CU DEBUT ÎN COPILĂRIE 45

Ina Palii, Rudi Marcu, Stratulat Petru
CONCEPTE NOI ALE INSUFICIENŢEI CARDIACE CONGESTIVE SECUNDARĂ CARDIOPATIILOR CONGENITALE LA COPII 49

CONTENTS

THE RESEACH PAPERS OF THE MEMBERS OF THE MAGAZINE BOARD

P. Stratulat
THE PROBLEMS AND SOLUTIONS FOR IMPROVING PERINATAL CARE

Valentin Friptu
MATERNAL MORTALITY IN REPUBLIC OF MOLDOVA

Ludmila Etco
MAJOR RESULTS OF THE PRESENTED THESES APPROBATED AT SPECIALIZED BOARDS MEETINGS WITHIN THE RESEARCH INSTITUTE OF MOTHER AND CHILD HEALTH CARE, PECIALITIES "OBSTETRICS AND GYNECOLOGY" AND "PEDIATRICS" FOR THE PERIOD 1998-2007

Olga Cernetschi
STAFF TRAINING - LEADING FACTOR IN THE PROTECTION SYSTEM OF MOTHER AND CHID HEALTH

Veaceslav Mosin
THE ROLE OF ASSISTED REPRODUCTION IN THE TREATMENT OF INFERTILITY

ORIGINAL PAPERS

Eva Gudumac, I. Fuyor, V. Babuci, V. Petrovici, Aliona Bîrsan, Ş.Samciuc
THE ROLE OF FETO-PLACENTAR CIRCULLATION IN POSTNATAL EVOLUTION OF CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA IN CHILDREN.

N. Shavga
HERNIE OF THE LUMBAR SPINE IN CHILDREN.

A. Voloc, Valentin Ţurea, Adrian Rotari
MANAGEMENT OF HYPOCALCAEMIC STATES IN CHILDREN

Marcu Rudi, Lucia Pîrţu
OBESITY IN CHILDREN AS RISK FACTOR IN ARTERIAL HYPERTENSION WITH DEBUT IN CHILDHOOD

Ina Palii, Rudi Marcu, Stratulat Petru
NEW CONCEPTS OF THE CONGESTIVE HEART FAILURE SECONDARY TO CONGENITAL HEART DISEASE IN CHILDREN

INFORMAȚIE SCURTĂ		**BRIEF INFORMATION**
Covalciuc Grigore SPONDILOARTROPATIILE SERONEGATIVE LA COPII: DIAGNOSTICA, TRATAMENTUL	53	**Covalciuc Gr.** SERONEGATIVE SPONDILOARTHROPATIES OF CHILDREN: DIAGNOSIS AND TRATMENT
Tatiana Gorelco, Tatiana Culeşin, E. Gherman* DIETOTERAPIA COPIILOR SUGARI CU DERMATITĂ ATOPICĂ	56	**Tatiana Gorelco, Tatiana Kuleshin, E. Gherman** THE DIETOTHERAPY OF INFANTS WITH ATOPIC DERMATITIS
ÎN AJUTORUL MEDICULUI PRACTICIAN		**HELPING THE PRACTITIONER DOCTOR**
Diana Covalciuc REFLEXUL MIOTATIC ŞI IMPORTANȚA EVALUĂRII LUI ÎN RECUPERAREA COPIILOR CU PARALIZIE CEREBRALĂ INFANTILĂ	59	**Diana Covalciuc** MYOTACTIC REFLEX IN THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY
CAZ CLINIC		**CLINICAL LECTURE**
Adela Stamati*, Lilia Romanciuc, M. Rudi*** CARDIOMIOPATIA DILATATIVĂ PRIMARĂ FAMILIALĂ LA COPII – ASPECTE DE DIAGNOSTIC ŞI PRONOSTIC	61	**Adela Stamati, Lilia Romanciuc, M. Rudi** FAMILIAL FORM OF PRIMARY DILATATIVE CARDIOMYOPATHY IN CHILDREN - DIAGNOSIS AND PROGNOSIS
REVISTA LITERATURII		**REVIST OF THE LITERATURE**
V. Ciobanu ASPECTE ETIOPATOGENETICE ALE PROCESULUI ADERENȚIAL ÎN OPERAȚIILE GINECOLOGICE INTERACTIVE.	65	**V. Chiobanu** ETIOPATOGENETIC ASPECTS OF ADERENTIAL PROCESS IN GINECOLOGYCAL OPERATIONS
CONGRESE		**CONGRESS**
SECVENȚE DE LA A IX-A` CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ DIN ROMÂNIA	68	INFORMATION ABOUT IX-THS NATIONAL ROMAN CONFERENSE
ASPECTE DESPRE CONGRESUL MONDIAL AL GINECOLOGIEI MINIINVAZIVE DIN SUA	70	REVIEW OF GLOBAL COUNGRESS OF MINIINVAZIVE GINECOLOGY FROM THE USA
JUBILEU		**ANNIVERSARY**
PROFESORUL PETRU STRATULAT LA 60 DE ANI	74	PROFESOR MIHAIL MOLDOVANU - 60 YEARS
JUBILEUL LA 80 DE ANI VICTOR GHEȚEUL	77	VICTOR GHETSEU 'S ANNIVERSARY - 80 YEARS

COLEGIUL DE REDACȚIE

Preşedintele consiliului de redacție **E. GLADUN**
Vice-preşedinte **P. STRATULAT**
Vice-preşedinte **V. FRIPTU**
Vice-preşedinte **Ludmila EȚCO**
Secretar responsabil **M. ŞTEMBERG**
Viorica BERDAGA, Eva GUDUMAC, Olga CERNETCHI
Liubovi VASILOS, G. BOIAN, V. MOŞIN, I. FUIOR

CONSILIUL DE REDACȚIE

A. AILAMAZEAN (Rusia), **V. ANCAR** (România), **B. VENȚCOVSCHI** (Ucraina), **P. VÂRTEJ** (România), **G. LANDZENE** (Danemarca), **F. DAHNO** (Ucraina), **D. DEVICTOIR** (Franța), **V. ZAPOROJAN** (Ucraina), **G. COVALCIUC** (Moldova), **M. MOLDOVANU** (Moldova), **GH. PALADI** (Moldova), **Florentina PRICOP** (România), **M. ROTARU** (Moldova), **A. SERBENCO** (Moldova), **M. RUDI** (Moldova), **Vera SMETNIC** (Rusia), **V. SEDOV** (Rusia), **Elena UVAROVA** (Rusia), **F. STAMATIN** (România), **M. ŞTARC** (Israel), **F. UXA** (Italia), **M. CARRAPATO** (Portugalia), **A. ANSTAKLIS** (Grecia), **Alberta BACCI** (Danemarca), **Elizaveta Şunico** (Ucraina), **Silvia STOICESCU** (România), **D. GLINOVER** (Belgia).

Adresa redacției:
2032, Republica Moldova, Chişinău, str. Burebista, 93, bir. 115
Tel.: 55-96-62

Вестник перинатологии
Научно-практический журнал
ответственность за достоверность информации, содержащейся в рекламных материалах, несут рекламодатели

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 şi artistic C. Marius
Tiparul a fost executat la Tipografia "Reclama" sub Comanda nr. 308, tiraj 500 ex.
Chişinău, str. Alexandru cel Bun 111.

© P. Stratulat

P. Stratulat

SITUAȚIA ACTUALĂ ÎN ASISTENȚA PERINATALĂ ŞI PROBLEMELE EXISTENTE ÎN ASISTENȚA MAMEI ŞI COPILULUI

IMSP Institutul de Cercetări Ştiinţifice în Domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului
(director – dr. hab. şt. med., profesor-cercetător Ludmila Eţco)

În condițiile crizei demografice ca rezultat al dezagregărilor sociale, economice şi politice, care au dus la depopulație, îmbătrânirea populației, asociată cu o creştere a morbidității şi mortalității în toate grupele de vârstă, **menținerea sănătății copiilor trebuie să fie un obiectiv prioritar al politicii statului şi factor important al securității sociale**.

Pe parcursul anilor se observă o micşorare a ratei copiilor născuți prematur de la 5,1% în anul 1990 până la 4,3% în anul 2007. Dar, totodată, se observă o creştere a copiilor născuți cu retard de creştere intrauterină.

Înrăutățirea dezvoltării intrauterine a fătului duce şi la dereglări ale programului genetic de dezvoltare care se egalează cu factorii genetici ce duc la dereglări morfologice la făt cu scăderea ulterioară a potențialului de viață.

Însemnătatea indicatorilor perinatali în aprecierea situației demografice este confirmată prin faptul că nivelul incidenței copiilor cu greutate mică la naştere este invers proporțional cu indicatorul presupusei longevități, pe când nivelul deceselor infantile şi neonatale sunt direct proporționale cu durata vieții.

Este necesar să conştientizăm faptul că anume patologia perinatală determină structura şi nivelul deceselor infantile, morbidității şi invalidității şi astfel determină sănătatea nu numai a generației de astăzi, dar şi a generațiilor viitoare. Vom menționa că la moment puțin se iau în considerare pierderile demografice ce revin deceselor antenatale (mortinatalitatea). Cauzele principale ale deceselor antenatale sunt prezentate de hipoxie (65%) şi RDIU (35%) şi ele oglindesc calitatea supravegherii antenatale a gravidei.

Prin urmare una din principalele priorități ale sănătății mamei şi copilului trebuie să fie perinatologia (sarcina şi naşterea) cu acordarea priorității măsurilor profilactice pentru asigurarea unei maternități fără risc în populație. Menținerea sănătății perinatale şi optimizarea îngrijirilor medicale în sarcină, naştere şi perioada neonatală sunt factorii esențiali în menținerea sănătății în societate.

Pe parcursul ultimilor zece ani s-au efectuat eforturi considerabile în vederea restructurării şi fortificării calității serviciului perinatal în republică. În anul 2002 a fost finalizat procesul de regionalizare al sistemului, în anul 2001 a fost elaborată şi publicată politica națională privind asistența medicală perinatală inclusă în 2 ghiduri naționale de perinatologie. De asemenea, în prima fază a implementării Programului Național de Perinatologie (1998-2002) au fost pregătite circa 7000 de cadre medicale (medici de familie, obstetricieni, neonatologi, moaşe, asistente medicale şi manageri ai serviciului perinatologic) în implementarea tehnologiilor noi bazate pe dovezi ştiinţifice şi recomandate de OMS în asistența medicală acordată femeii gravide şi nou-născutului. Activitățile efectuate şi-au găsit reflectare în reducerea mortalității perinatale şi neonatale, începând cu anul 2000, şi în continuare pe parcursul ultimilor ani (Fig. 1).

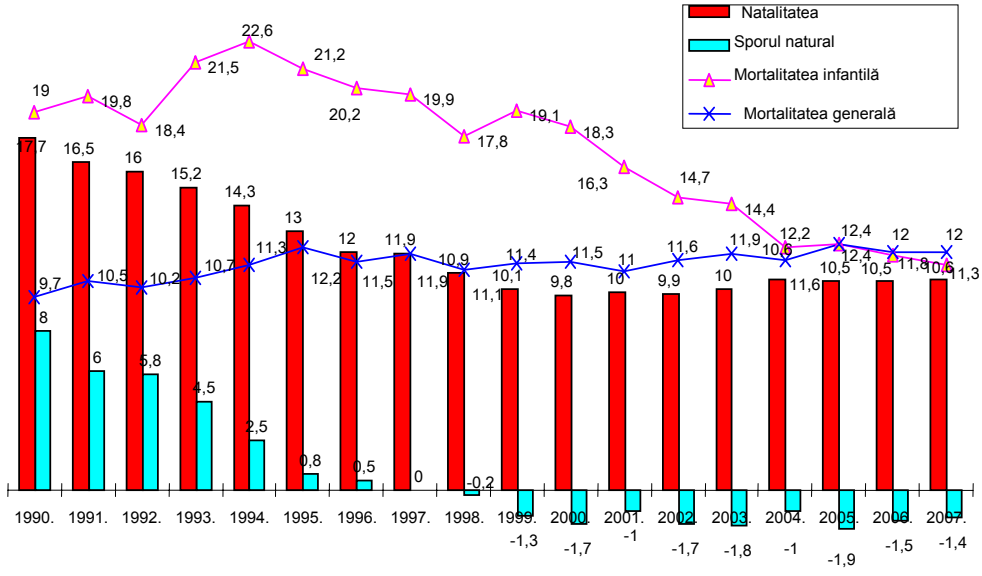


*Figura1. **Numărul** de născuți vii, sporul natural, mortalitatea generală şi infantilă în republică în perioada 1990-2007*

În perioada 1990 - 2007 **rata mortalității perinatale a scăzut cu 35,4%, rata mortalității neonatale precoce cu 30% şi a mortinatalității cu 40%**. Cu toate succesele înregistrate, mortalitatea neonatală constituie 47,0% din decesul infantil (în țările Europei de Vest acest indicator constituie 70-80%). Un alt lucru îngrijorător este că pe parcursul acestor ani aproape că nu s-au schimbat ratele deceselor perinatale cauzate de asfixie, hipoxie şi malformații congenitale.

Mortalitatea infantilă în țară s-a redus în primul rând pe baza micşorării deceselor neonatale, iar decesele neonatale s-au micşorat, la rândul lor, pe seama reducerii deceselor în grupele copiilor cu greutatea la naştere 2500-3000 g şi până la 1500 g (Fig. 2).

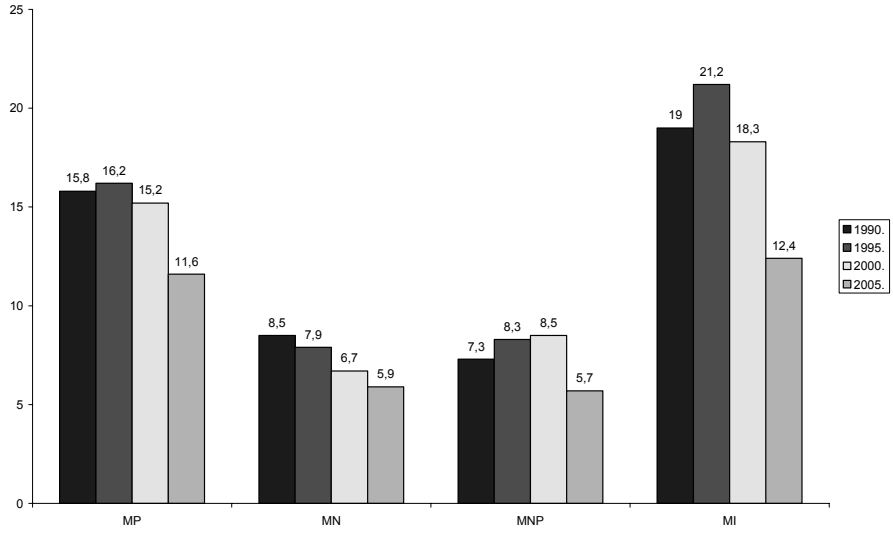


Figura 2. Dinamica decesului perinatal (MP), mortinatalității (MN), mortalității neonatale precoce (MNP) şi mortalității infantile (MI) (anii 1990-2005)

Pe figura 3 este arătată dinamica descreşterii ratei deceselor perinatale, neonatale precoce şi infantile, precum şi a mortinatalității în 3 perioade de timp: 1990-1995, 1995-2000 şi 2000-2005 ca punct de reper/comparație servind indicii anului 2007. Astfel, observăm că în fiecare perioadă de timp indicii menționați s-au redus cu un anumit %. Dacă vom compara dinamica reducerii fiecărui indicator în parte (pe verticală) vom observa că toți indicatorii s-au redus impunător în anii 1990-2000 şi mai puțin în 2000-2005, ceea ce se explică prin implementarea la nivel național în primele două cincinale a intervențiilor simple şi costeficiente care au avut impactul lor important asupra reducerii indicatorilor în cauză, indicatorii obținuți în ultimii cinci ani fiind imposibil de a-i reduce numai cu aceste intervenții, cu toate că implementarea intervențiilor recomandate de OMS a continuat în faza a doua fortificând astfel nivelul de aplicare a lor atât la nivel de instituții aparte cât şi de republică.

Compararea dinamicii de reducere a indicatorilor pe orizontală (pe perioadele comparate de timp) arată că în anii 1990-1995 mai mult decât % mediu de reducere (42%) s-a redus rata deceselor perinatale (cu 38%) şi a celor infantile (cu 52%). În perioada 1995-2000 % mediu de reducere al tuturor indicatorilor examinați a fost 34%, indici mai favorabili decât media atestându-se la decesele neonatale precoce şi infantile. În anii 2000-2005 media de reducere a indicatorilor a fost de 8,25% şi în aşa mod mai important ca această medie au scăzut rata decesului perinatal (cu 9%) şi neonatal precoce (cu 11%).

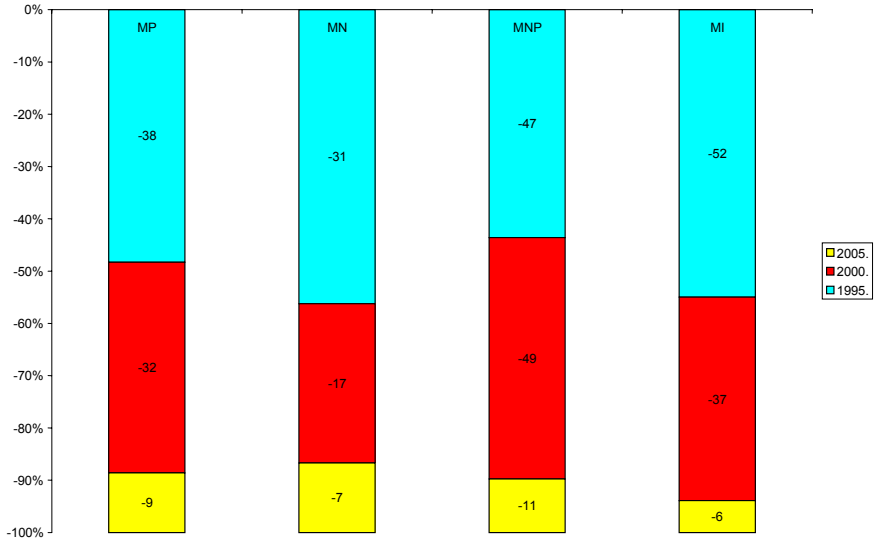


Figura 3. Dinamica de scădere a decesului perinatal, mortinatalității, deceselor neonatale precoce şi infantile (%)

Posibil, indicatorii menționați ar fi putut fi mult mai buni, reieşind din volumul activităților întreprinse pe parcursul acestor ani, dar există un şir de probleme, după părerea noastră, care au încetinit şi continuă să minimizeze efectul acestor măsuri asupra calității serviciilor perinatale şi anume (sunt expuşi în ordinea în care considerăm că au influențat):

a) Schimbarea lentă a mentalității personalului medical, îndeosebi a unor persoane implicați în implementarea tehnologiilor bazate pe dovezi ştiințifice şi schimbării practicilor medicale;

b) Finanțarea substandard a asistenței mamei şi copilului care nu este un domeniu prioritar de finanțare a Casei Naționale de Asigurări în Medicină, reieşind din situația demografică existentă;

c) Situația sanitaro-epidemiologică încă nesatisfăcătoare într-un şir de maternități (prezența numai a 1-2 puncte sanitare, lipsa apei calde în sălile de naştere, insuficiența inventarului moale, ş.a). Lipsa consumabilelor de o singură folosință, pachetelor sterile pentru primirea naşterii, detergenților, dezinfectanților, cateterelor pentru infuzie, alimentație, echiparea insuficientă a secțiilor de reanimare şi terapie intensivă din centrele mari perinatale (ICŞOSMşiC, Centrele perinatale mari din mun. Chişinău şi Bălți) pun în pericol sănătatea pacienților. De exemplu pentru o secție de reanimație de 12 paturi (conform standardului) sunt necesare 12 incubatoare, monitoare, aparate de perfuzie, un ventilator la 2 copii etc., pe când la moment asigurarea este de 2 ori mai mică.

d) Schimbarea frecventă a conducerii Ministerului Sănătății a dus la diminuarea rolului lui în susținerea politică a programului, ceea ce a condiționat situația în care managerii instituțiilor medicale din țară considerau că Programul de Perinatologie este susținut numai de organismele internaționale (UNICEF, OMS). O consecință a acestui fapt este respectarea inadecvată de către instituțiile medicale a criteriilor de referire în cadrul sistemului regionalizat.

e) Debutul implementării Programului Național de Perinatologie a avut loc în timpul când alte sisteme ale serviciului de sănătate rămâneau neschimbate, ceea ce a condiționat lipsa înțelegerii, un scepticism sau chiar ignorarea Programului de către conducerea spitalelor raionale.

Analiza detaliată a morbidității şi mortalității perinatale şi neonatale precoce pe parcursul ultimilor 16 ani a stabilit un şir de **probleme nesoluționate sau soluționate parțial,** dintre care cele mai importante sunt:

a) Referitor la sănătatea mamei şi copilului:

- Regionalizarea sistemului perinatal de nivelul II;
- Referirea cazurilor în dependență de nivel (conform criteriilor de referire);
- Transportarea „*in utero*”, neonatală şi maternă;
- Rata înaltă a deceselor copiilor născuți la termen (cu greutatea ≥2500 g);
- Decesele nou-născuților cauzate de malformații şi infecții congenitale prezintă principalele cauze de deces în structura deceselor perinatale;
- Managementul naşterilor multiple, pelviene, cu preeclampsie, eclampsie şi în operațiile cezariene prezintă risc major de deces perinatal/neonatal la nivel național;
- Managementul îngrijirilor şi conduitei copiilor cu greutate mică şi foarte mică la naştere;
- Supravegherea copiilor cu greutate mică şi foarte mică la naştere şi celor cu patologii grave este cauza invalidizării unui număr relativ mare de copii;
- Managementul întreținerii aparatajului medical şi deservirii tehnice a lui, asigurarea inadecvată a maternităților cu piese de schimb şi reactive.

b) în pediatrie:

- Urgența pediatrică (înzestrarea inadecvată cu aparataj medical/pregătirea slabă profesională, transportare, cunoaşterea insuficientă a semnelor de pericol pentru viața copilului de către familii, decesele la domiciliu);
- Polipragmazia în tratamentul copiilor;
- Starea dezastruoasă a instituțiilor medicale, îndeosebi a secțiilor de pediatrie (lipsa reparației, aparatajului medical, apei calde);
- Insuficiența cadrelor medicale pediatrice (în secția consultativă, îndeplinirea ordinului MS de fortificare a asistenței medicale de ambulatoriu);
- Dispensarizarea pediatrică care este subnivel;
- Rata crescută a deceselor copiilor sub 1 an prin traumatisme şi intoxicații.

c) finanțarea substandard a sistemului medical mamă şi copil:

- Managementul la nivel de instituție (raion, municipiu, instituție republicană).

În pachetul de documente ce conține politicile naționale de regionalizare în perinatologie este stipulat că la nivelul I au loc naşterile fiziologice şi cu risc mic precum şi urgențele obstetricale şi neonatale. La nivelul II – naşterile fiziologice, cu risc moderat şi urgențele obstetricale şi neonatale cu formatarea obligatorie a structurii: secție obstetricală „mama-copil”, secția de reanimare şi terapie intensivă pentru nou-născuți (6 paturi), cu serviciu anesteziologic, obstetrical şi neonatal 24/24 ore. **Pentru a asigura accesul populației la servicii medicale specializate în centrele perinatale de nivelul II a fost creată secția consultativă** cu următoarele cabinete: de infertilitate, prematuritate, consultul internistului, diagnostic USG prenatal al malformațiilor congenitale, consult genetic. Spre regret odată, cu trecerea la structura teritorial-administrativă a țării în bază de raioane şi respectiv la Centrele perinatale interaionale sistemul regionalizat a început să se distrugă, ignorându-se referirea îndeosebi de la nivelul I la nivelul II, ceea ce a dus la suprasolicitarea serviciului de obstetrică şi terapie intensivă neonatală pentru copiii transportați din republică de la nivelul III.

Nivelul II este veriga principală în asigurarea asistenței perinatale calificate şi specializate. Din cele zece centre perinatale inițial create, cele din Edineț şi Căuşeni nu au reuşit să creeze structura Centrului de nivelul II (corespunderea acestor centre nivelului II ține actualmente numai de asigurarea lor cu aparataj) nici funcțional, nici organizatoric (secția de reanimare şi terapie intensivă neonatală nu a fost organizată şi la moment în aceste centre activează numai câte un medic neonatolog). În alte Centre (Ciadâr-Lunga, Cahul, Hânceşti, Soroca) **unele specialități / posturi au fost reduse** şi la moment lucrează numai câte 2 neonatologi care nu pot asigura asistența neonatală continuă pe parcursul a 24/24 ore **din cauza necontractării şi nefinanțării până în anul 2008 a patologiei neonatale cu risc moderat la acest nivel de către CNAM.**

Aceeaşi soartă o au şi secţiile consultative din cadrul centrelor perinatale de nivelul II care din cauza lipsei contractării şi referirii pacienţilor de la nivelul I până în anul 2008 sunt pe cale de dispariţie sau funcţionează la cote limitate, iar femeile gravide cu probleme nesoluţionate trebuie să se adreseze în Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Reproductivă şi Genetică Medicală sau nu se adresează deloc după consultaţiile necesare din cauza lipsei surselor financiare pentru a se deplasa.

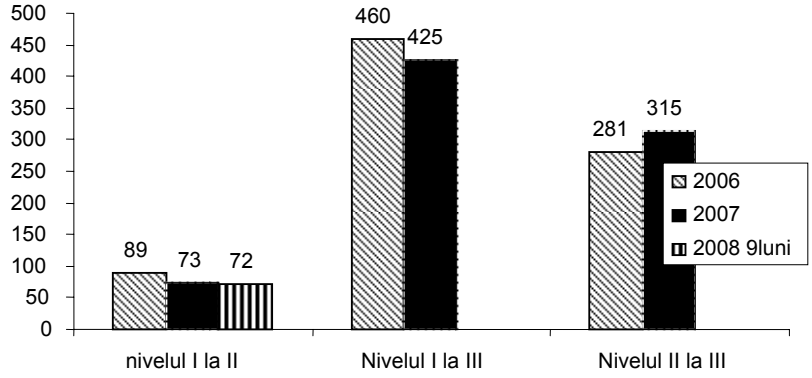


Figura 4. Dinamica transportării neonatale la diferite niveluri în anii 2006, 2007 şi 9 luni 2008

După cum am menţionat deja, odată cu trecerea la raioane şi statutul de centru perinatal interraional **nu se îndeplinesc indicaţiile de referire** la naştere a cazurilor în raport de severitatea riscurilor pentru viaţa şi sănătatea femeii în sarcină şi naştere. Spre regret, la nivelul I mai au loc naşteri cu risc înalt în urma cărora se nasc copii în stare gravă şi foarte gravă precum şi cu greutate mică la naştere (30% - sub 1500 g) pentru care nu există condiţii adecvate de îngrijire neonatală 24/24 ore, iar transportarea lor le poate agrava starea. După cum se vede din fig. 4, în perioadele comparate de timp cel mai puţin s-a modificat procesul de transportare neonatală de la nivelul I la nivelul II, cu toate acestea datele pe anul curent reprezintă numai 9 luni 2008 şi există şanse reale ca datele anuale să depăşească cele ale anilor precedenţi. Pe parcursul a 9 luni 2008 (Fig. 4) au fost transportaţi la nivelul III 267 nou-născuţi, dintre care 11 au decedat; au fost analizate toate aceste cazuri şi s-a observat următoarele: în 11 cazuri a fost depistat tratament incomplet, pentru stabilizarea copilului pentru transportare, în 2 cazuri copiii au fost aduşi în stare agonică, **în 24 cazuri lipsea medicul neonatolog pe timp de noapte,** iar în 36 cazuri a fost înregistrată hipoglicemia nou-născutului. **În anul 2007 75% din cazurile de preeclampsie şi eclampsie, 70% din naşterile multiple şi în prezentaţie pelviană** au avut loc la acest nivel, nefiind referite conform cerinţelor.

Prezintă o problemă gravă decesele copiilor născuţi la termen şi cu greutate mai mare de 2500 g care în **majoritatea cazurilor au loc din cauza monitorizării insuficiente a procesului de naştere şi luării cu întârziere a deciziilor în caz de complicaţii.**

Evaluarea practicilor de implementare a partogramei (instrument pentru monitorizarea naşterii) **a demonstrat că nivelul de implementare al acestei tehnologii este înalt – 98%, dar calitatea efectuării practice a ei este joasă** (în jur de 40% de partograme sunt completate necalitativ sau se îndeplinesc după naştere). Supravegherea naşterii, inclusiv prin partogarmă, este necesară pentru diagnosticul precoce al complicaţiilor şi contribuie, conform datelor OMS, la reducerea deceselor neonatale precoce cu 40%.

Îmbunătăţirea monitorizării procesului de naştere şi resuscitarea neonatală calitativă (pe timp de noapte) a nou-născuţilor asfictici s-ar putea solda, în timp foarte scurt şi cu surse reduse, la micşorarea mortalităţii perinatale cu cel puţin 20% (pentru aceasta e nevoie doar de un specialist calificat la naştere, de utilizarea adecvată a partogramei pentru monitorizarea naşterii şi luarea la timp a deciziilor în caz de complicaţii şi de prezenţa neonatologului la naştere). Drept obstacol pentru implementarea cu succes a intervenţiei în toate maternităţile raionale este că neonatologii lipsesc în maternităţi pe timp de noapte.

Cel mai autentic indicator al deceselor perinatale în republică este nivelul pierderilor în grupul nou-născuţilor la termen. Conform datelor Anchetei confidenţiale (auditului) decesului perinatal la nivel naţional, **supravegherea adecvată a naşterii are loc numai în 76% cazuri,** cel mai des decesele au loc în timpul schimbării **echipelor de serviciu la 8.^{00} dimineaţa şi în timpul săptămânii vinerea la schimbarea echipelor la orele 17.^{00}**.

Finanţarea cazului tratat, naşterii şi nou-născutului bolnav, **este substandard**. Este necesară o **finanţare de sine stătătoare a serviciului mamă-copil,** aşa cum este finanţată asistenţa de urgenţă şi medicina primară, dacă acceptăm ideea că serviciul ocrotirii sănătăţii mamei şi copilului este o prioritate în ţară şi, nu în ultimul rând, ţinem cont de situaţia demografică existentă în republică. Finanţarea naşterilor premature este sub orice nivel. **Este imposibil de îngrijit un nou-născut cu greutatea de la 1000 g la 1500 g cu 2900 lei în condiţiile în care el necesită spitalizare timp de 35-40 zile. Această sumă acoperă numai costul O_2 de care aceşti copii au nevoie cel puţin 5-6 zile cu un volum minim de 3-5 litri O_2 pe minut.**

O problemă aparte este şi **calitatea serviciilor perinatale în naşterile cu risc înalt de deces: naşterile multiple, în prezentaţie pelviană, preeclampsie, la nivel naţional şi în** instituţia de vârf a republicii în care se concentrează cazurile cele mai grave - **IMSP ICŞOSMşiC, reieşind din faptul că aici au loc 30% din decesele perinatale, 46% din decesele neonatale precoce şi 31% din decesele infantile**. Analiza detaliată arată că **un nivel înalt de decese**

are loc în naşterile cu duplex (59,3‰), care este similar cu indicatorii altor instituţii din ţară (55/la 1000). În ICŞOSMşiC pe parcursul a 3 ani **incidenţa operaţiilor cezariene a crescut de la 13,8% la 20,6%**, dar concomitent **au crescut şi decesele nou-născuţilor în urma operaţiilor cezariene de la 25,1 la 31,8/1000**, ceea ce denotă lipsa unei supravegheri calitative a procesului de travaliu cu luarea întârziată a deciziei pentru operaţia cezariană (OC). În instituţiile asemănătoare din ţările Europene nivelul ratei deceselor prin OC nu depăşeşte 1-2/1000. Este **foarte înaltă şi rata deceselor în prezentaţia pelviană 66,3%,** comparativ cu rata **deceselor perinatale în prezentaţia pelviană care constituie numai 5,54/1000 în instituţiile din ţară**. ***Depistarea şi managementul prezentaţiei pelviene (prin operaţie cezariană), reduce decesele perinatale şi neonatale cu ≈70% (OMS).*** Aceste date sunt dificil de comentat şi, probabil, ele nu pot fi model pentru medicii obstetricieni din raioanele republicii. Îmbunătăţirea managementului în conduita naşterilor cu risc major de deces, în instituţie în conformitate cu standardul existent, precum şi trierea la nivelul corespunzător, este rezerva principală în reducerea indicatorilor mortalităţii perinatale, neonatale şi infantile la nivel de ţară.

Odată cu **trecerea la înregistrarea copiilor născuţi vii şi morţi de la greutatea la naştere 500 g şi vârsta de gestaţie 22 săpt. este nevoie de a fortifica maternităţile de nivelele III şi II din republică cu aparataj de îngrijire** pentru crearea condiţiilor similare celor intrauterine (incubatoare cu pereţi dubli), a asigura o monitorizare continuă, a dispune de aparate de susţinere respiratorie (SiPAP) precum şi surfactant factori de care depinde nu numai supravieţuirea dar şi calitatea vieţii lor ulterioare.

O altă condiţie necesară pentru supravegherea acestui contingent de copii este **completarea statelor secţiilor de reanimare şi terapie intensivă neonatală** din cadrul centrelor perinatale de nivelul II şi III, odată cu trecerea îngrijirii de la 500 g. În condiţiile existente, cu costul finanţării cazului tratat „nou-născut bolnav" care a intrat în vigoare de la 01.04.2008 este imposibil de a asigura un medic şi o asistentă medicală la 1-2 nou-născuţi la postul de reanimare şi un medic şi o asistentă la 3 copii la postul de terapie intensivă. Totodată, trebuie menţionat că acest **contingent de copii dau 50% din cazurile de paralizie cerebrală şi invaliditate,** fapt ce implică organizarea supravegherii şi aprecierii riscului de dezvoltare a sechelelor neurologice şi necesitatea reabilitării active. **Actualmente este format un centru de diagnostic pe lângă secţia de prematuri a ICŞOSMşiC pentru supravegherea acestor copii după metoda Bailey** pentru aprecierea riscului de dezvoltare neurodevelopmentală şi supravegherea reabilitării în dependenţă de risc**,** folosită pe larg în ţările economic dezvoltate. Pentru lucrul eficient al acestui centru în vederea micşorării invalidităţii este nevoie de a introduce state suplimentare de: kinetoterapeut, psiholog, funcţionalist, specialişti în EEG şi USG, neonatologi, neurologi, specialişti pentru supravegherea copilului prin aceste tehnologii.

Pentru asigurarea unor îngrijiri calitative şi respectarea standardelor sanitaro-epidemiologice pentru îngrijirea copiilor cu greutate mică şi foarte mică la naştere, postul de reanimare şi terapie intensivă din cadrul secţiei prematuri II, unde sunt transportaţi toţi copiii prematuri cu greutate mai mică de 1500 g şi cu patologii grave din ţară este supus unei reparaţii capitale din sursele Biroului de Cooperare al Elveţiei la Chişinău. Cu toate acestea, mai este necesară restructurarea acestui serviciu, fapt pentru care sunt necesare surse financiare suplimentare din sursele centrale. Pentru eficientizarea funcţionării serviciului de terapie intensivă neonatală este nevoie de format un singur centru de reanimare pentru nou-născuţii perioadei neonatele precoce, unde va putea fi concentrat potenţialul uman şi tehnic.

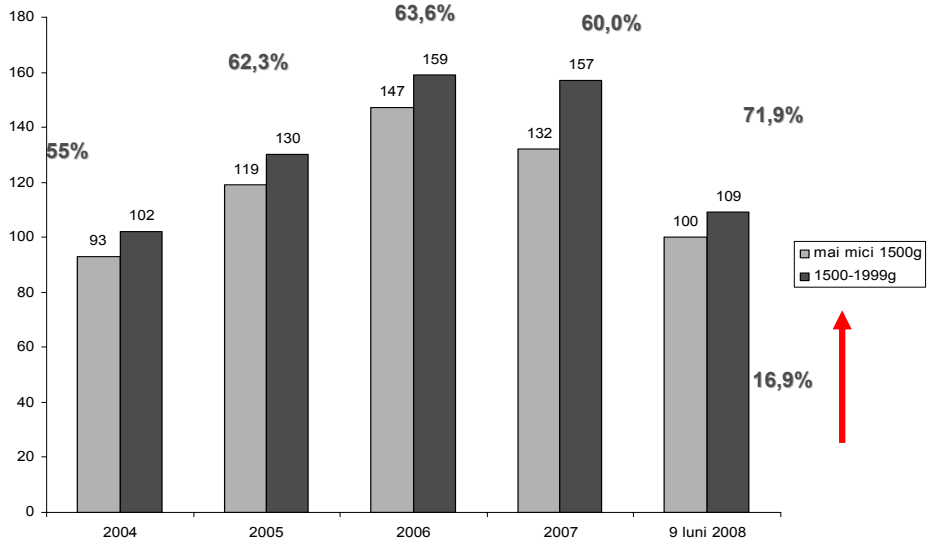


Figura 5. Dinamica referirii "in utero" la nivelul III

Pe Fig. 5 este prezentată dinamica referirilor *in utero* din maternităţile republicii la nivelul III de îngrijiri. După cum vedem, comparativ cu anul 2005 când ponderea copiilor cu greutatea la naştere până la 2000 g a fost de 55%, în anii următori ea a crescut neînsemnat (60% în mediu), dar menţinându-se practic la aceiaşi indicatori în anii 2005, 2006 şi 2007. În primele 9 luni ale anului curent ponderea cazurilor referite a crescut cu 12% şi a constituit 11,9%.

OMS consideră că pentru micşorarea mortalităţii infantile trebuie schimbat vectorul prioritizării activităţilor orientându-se în primul rând spre micşorarea

mortalităţii neonatale care reprezintă ≈ 50% din mortalitatea infantilă, iar în mortalitatea neonatală să fie întreprinse măsuri de micşorare a deceselor în grupul nou-născuţilor prematuri, care constituie în RM doar 5,4% din toate naşterile şi 50% din decesele neonatale. Pentru micşorarea deceselor copiilor prematuri sunt necesare investiţii (cele de care dispunem la moment nu satisfac nici 50 la sută din necesităţile pentru creşterea supravieţuirii copiilor cu greutate mică şi foarte mică la naştere) pentru implementarea unor tehnologii moderne, aşa ca SiPAP, HFIO, monitoare, incubatoare, surfactant etc.

Copilul prematur trebuie să se nască acolo unde i se pot acorda condiţiile şi asistenţa necesară, iar din cauza lipsei unei trieri adecvate **numai 71,9% din copiii prematuri sunt transferaţi** „***in utero***" pentru a se naşte la nivelul III. **Ceilalţi 32% de copii prematuri se nasc la alte niveluri şi, din cauza lipsei tehnologiilor de îngrijire, precum şi a condiţiilor celor mai simple de îngrijire şi de igienă,** cum sunt căldura, apa caldă, materiale de o singură folosinţă, dezvoltă complicaţii care se agravează în timpul transportării, iar majoritatea celor care supravieţuiesc **rămân cu paralizie cerebrală sau cu handicap neurologic**. **50 la sută din invaliditatea neurologică este de origine perinatală, iar altele 50% o constituie copiii prematuri născuţi din cele 4,5% de naşteri înainte de termen. Pentru supravieţuirea şi diminuarea complicaţiilor nou-născuţilor prematuri este necesar surfactantul.** Din păcate sursele destinate procurării surfactantului sunt insuficiente, pentru procurarea a 150 doze este necesară suma de 1 mln. 500 000 lei.

Înzestrarea cu echipament medical necesită organizarea întreţinerii şi deservirii lui tehnice. Actualmente însă, din cauza insuficienţei surselor financiare, după expirarea termenului de deservire garantată a echipamentului şi neprocurării consumabilelor, reactivelor sau părţilor componente care necesită să fie schimbate după o anumită perioadă de timp (monitoare, pulsoximetre) o parte din aparatajul procurat din granturile I şi II Japoneze nu funcţionează (aparatele de apreciere a gazelor sângelui în Ciadâr-Lunga şi Spitalul minicipal nr. 1 Chişinău) sau funcţionează incomplet de la 15% până la 30% în diferite instituţii de nivelele II şi III. În acest context, este necesar ca **un anumit % în bugetul instituţiei (10% din costul aparatajului) să fie fixat ca surse obligatorii pentru deservirea tehnică şi procurarea consumabilelor precum şi pentru ameliorarae bazei tehnice şi rolului echipei inginereşti instituţionale, care ar deservi aparatajul simplu.** Pentru optimizarea întreţinerii echipamentului medical contractarea firmelor specializate poate fi limitată numai pentru deservirea aparatajului sofisticat. Dacă o să se continue deservirea şi procurarea pieselor de schimb în modul cum are loc în prezent în majoritatea instituţiilor, atunci va trebui să procurăm aparataj la fiecare 2-3 ani.

În perioada 2000-2007 malformaţiile congenitale (1,36/1000) şi infecţiile neonatale (1,2/1000) sunt problemele majore ale mortalităţii perinatale şi neonatale, situându-se pe locurile întâi şi doi în structura deceselor neonatale şi perinatale (Fig. 6).

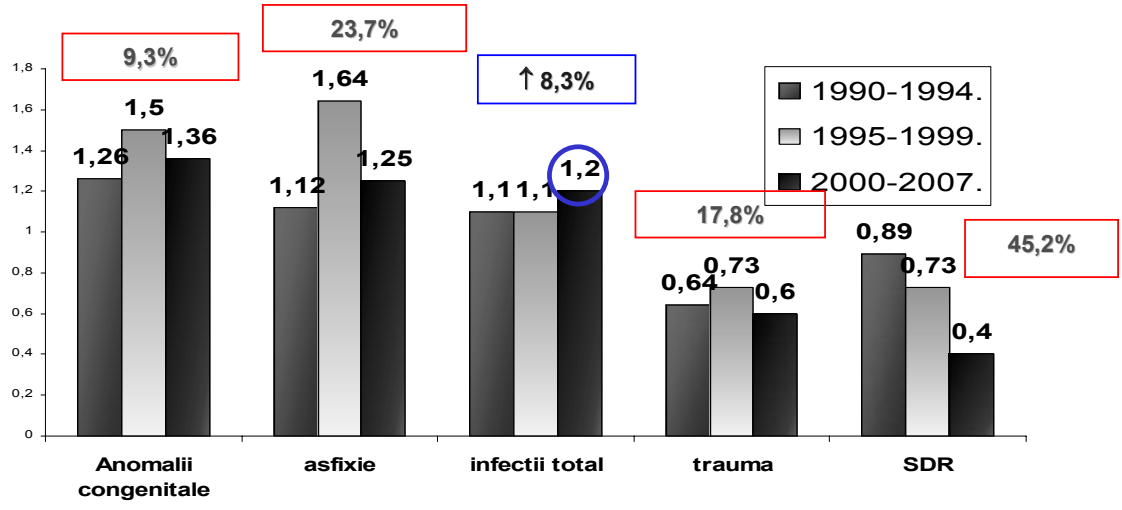


Figura 6. Dinamica referirii "in utero" la nivelul III

Pentru diminuarea impactului malformaţiilor asupra deceselor perinatale **trebuie fortificat potenţialul de diagnostic ultrasonor al malformaţiilor congenitale** al Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Genetică Medicală şi Sănătate Reproductivă, precum cât şi al centrelor perinatale de nivelul II (Centrele Perinatologice din Bălţi şi Cahul), cu **elaborarea unui program naţional de screening al malformaţiilor congenitale şi ereditare cu următoarele componente**: a) Procurarea echipamentului pentru screening (la hipotireoză, dereglări ereditare metabolice, examinarea ADN-lui, examinări cromozomiale) în Centrul Naţional de Genetică şi Sănătate Reproductivă; b) Elaborarea materialelor de instruire profesională şi c) materialelor promoţionale de educare a familiei în profilaxia malformaţiilor congenitale şi ereditare, şi supravegherea copiilor cu maladii ereditare.

Pentru **reducerea ponderii infecţiilor peri- şi neonatale** este nevoie de **ajustarea continuă a maternităţilor la standardele sanitaroepidemice contemporane**: încălzirea aerului (24-25ºC), asigurarea cu apă caldă, crearea grupurilor sanitare pentru 1-2 saloane, asigurarea cu seturi sterile pentru naşteri, consumabile de îngrijire de uzaj unic, detergenţi şi dezinfectanţi de ultima generaţie, precum şi fondarea laboratoarelor microbiologice interraionale. Acest proces se desfăşoară în maternităţile din ţară, dar tempoul de ajustare este lent.

Pentru a asigura un sistem perinatal durabil este necesar de a-l optimiza având la bază **2 priorităţi**. În paralel cu dezvoltarea sectorului de reanimare obstetricală/neonatală şi de reabilitare cu implementarea noilor tehnologii, bazate pe dovezi, necesită **fortificare asistenţa perinatală primară**, care poate fi ameliorată prin **introducerea moaşei comunitare** (introducerea în nomenclatorul naţional). Acest concept de dezvoltare paralelă a acestor 2 principii corespunde concepţiei OMS „Sănătate pentru toţi" şi Strategiei de dezvoltare a sănătăţii îndreptate spre fortificarea asistenţei medicale primare, profilaxia patologiilor începând cu naşterea copilului, la începutul vieţii lui.

II. Serviciul pediatric

Analiza deceselor sugarilor a constatat un **nivel constant înalt al deceselor la domiciliu (19-20%)** precum şi un **nivel destul de înalt al deceselor în primele 3 luni de viaţă** (30% din toate decesele infantile) cauzate în primul rând de IRVA complicată cu bronhopneumonie şi neurotoxicoză.

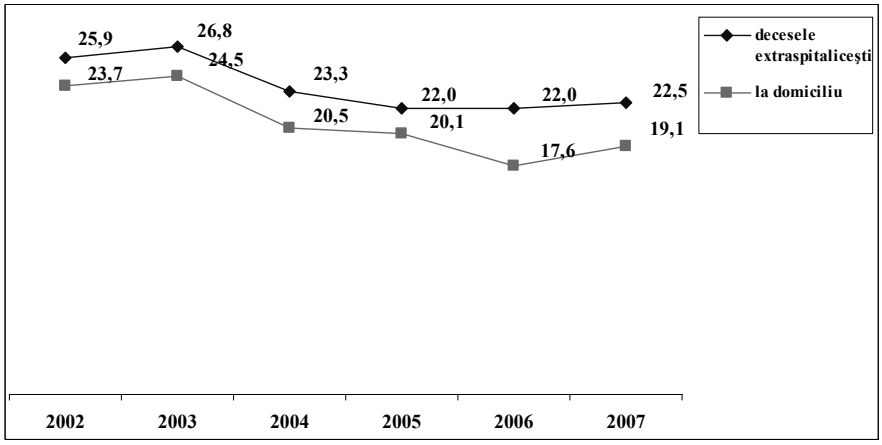


Figura 7. Dinamica mortalităţii infantile: rata mortalităţii infantile extraspitaliceşti şi la domiciliu (%)

Analiza cazurilor de deces denotă o supraveghere superficială, incompletă a sugarilor în primele 6 luni de viaţă de către medicii de familie (la care le revin în medie 10-15 copii sub un an, iar vizitele la domiciliu în primele luni de viaţă sunt rare. **Pentru îmbunătăţirea supravegherii copiilor sugari trebuie fortificată supravegherea lor la domiciliu mărind numărul de vizite în primele 3 luni de viaţă.**

Interviul femeilor care îngrijesc copii sub 1 an (efectuat în 7 raioane) a arătat că 24% dintre ele cunosc numai 2 din cele 5 semne de pericol pentru viaţă. Necunoaşterea semnelor de pericol şi a gravităţii lor pentru viaţa copilului duce la adresarea tardivă după asistenţă medicală şi, ca urmare, la deces la domiciliu sau internarea copilului în staţionar în stare extrem de gravă. Medicii pediatri care activează în secţiile de pediatrie raională nu posedă procedeele de resuscitare şi tehnologiile moderne de conduită a bolnavilor grav bolnavi (pregătirea medicilor pediatri la catedra de perfecţionare USMF a constatat că numai aproximativ **20% din ei lucrează în secţiile de pediatrie raională** şi posedă tehnica de intubaţie necesară pentru resuscitarea unui sugar grav. Din anul 2008 a fost introdus în cadrul catedrei de pediatrie ciclul de urgenţe pediatrice (există un ciclu de urgenţă pediatrică la cursul de anesteziologie şi reanimare cu aspect chirurgical şi anesteziologic).

Copiilor gravi li se acordă ajutorul medical de urgenţă în secţiile de reanimare şi terapie intensivă raională pentru maturi. Aceste secţii nu dispun de aparate de ventilaţie pentru copii, iar medicii nu au fost pregătiţi în urgenţele pediatrice.

Cu toate că pe parcursul anilor 2003 şi 2007 secţiile de pediatrie au fost înzestrate cu complete de resuscitare (sac AMBU şi laringoscop), aceste aparate se găsesc de obicei în secţiile de reanimare pentru maturi şi nu în secţiile de pediatrie, şi în caz de necesitate nu este cu ce de efectuat resuscitarea. Din cauza lipsei maşinilor specializate pediatrice, pe linia AVIASAN de obicei se efectuează doar consultaţia, fără transportarea copilului (din cauza stării foarte grave şi lipsei maşinilor înzestrate cu ventilatoare pentru copii), în centrul mamei şi copilului, iar pe loc ventilaţia artificială în cazurile de insuficienţă respiratorie majoră nu se efectuează fiindcă lipsesc aparate pentru copii, în deosebi pentru sugari. De aceea, **Proiectul moldo-elveţian "Regionalizarea serviciului de urgenţă pediatric" este crucial pentru îmbunătăţirea urgenţei pediatrice.** Dar la moment **trebuie soluţionate 4 probleme stringente:**

a) Reparaţia capitală a secţiilor de reanimare şi departamentelor de urgenţe pediatrice din IMSP ICŞDOSMşiC, Bălţi şi Cahul (cerinţe ce rezultă din proiect până la înzestrarea cu aparataj).

b) Asigurarea cu cadre medicale pregătite în terapia intensivă pediatrică (lipsesc totalmente în or. Cahul, şi parţial în ICŞDOSMşiC şi Bălţi).

c) Pentru a face faţă acestor cerinţe **este nevoie de selectat până la sfârşitul anului 2008 din rezidenţii anului III pediatrie persoanele care ar dori să plece în aceste centre,** ca să fie pregătiţi din timp prin modificarea curriculei în urgenţele pediatrice.

d) Crearea şi înzestrarea unui centru de pregătire continuă în urgenţele pediatrice la baza catedrei de pediatrie şi neonatologie de pregătire postuniversitară a USMF, care să dispună de materialele didactice necesare şi manechine în conformitate cu obiectivele Proiectului moldo-elveţian.

e) Procurarea a 4 ambulanţe pediatrice specializate înzestrate cu echipament specializat pentru acordarea asistenţei de urgenţă pediatrică cu transportarea acestor copii în centrele de urgenţă.

Trei din aceste probleme sunt acoperite de proiectul SDC.

O altă **problemă stringentă a serviciului medical pediatric este polipragmazia.** Tratamentul copiilor bolnavi se efectuează aşa cum se efectua acum 30 ani **cu folosirea a 10 şi mai multe preparate medicamentoase**, care de multe ori sunt şi cauza principală a complicaţiilor şi chiar a decesului. (Datele analizei cazurilor de decese infantile din ţară). Cauza principală, după cum confirmă şi specialiştii pediatri, este numărul mic de protocoale clinice în pediatrie bazate pe dovezi ştiinţifice. **Pentru rezolvarea acestei probleme este necesar de fortificat procesul de elaborare a protocoalelor clinice**, dar modelul de protocol propus de MS este foarte voluminos (ajunge la 40-50 foi), fiind foarte greu de implementat la nivel de ţară. Pentru a face schimbări rapide şi eficiente, **protocoalele trebuie să aibă un volum de 3-5 foi incluzând un algoritm de implementare** cu indicaţia nivelului de dovezi ştiinţifice **pentru măsurile de diagnostic şi tratament.**

Secţiile pediatrice sunt din punct de vedere tehnic şi sanitaro-epidemiologic într-o stare dezastruoasă, nu au fost reparate timp de mai mult de 30 ani, lipseşte esenţialul necesar de aparataj de îngrijire (cântar, antropometru, pompă de infuzie, inhalator, aspirator electric, pulsoximetru, set manual de resuscitare şi glucometru). Blocurile sanitare sunt în stare la fel de dezastruoasă, în băi nu există apă caldă, lipseşte inventarul moale.

Redresarea situaţiei va fi posibilă numai dacă va fi schimbată finanţarea sistemului mamei şi copilului, devenind prioritară nu numai de jure, dar şi de facto. Este necesară organizarea proiectelor comune a MS, CNAM şi administraţiei publice locale (posibil anunţând un concurs la nivel republican pentru reparaţia secţiilor de pediatrie şi maternităţi). Conform Proiectului moldo-elveţian de regionalizare a asistenţei în urgenţele pediatrice **10 secţii de pediatrie se preconizează să fie înzestrate cu aparatajul minim stipulat mai sus.**

Pentru început 5 secţii de pediatrie din spitalele raioanele Nisporeni, Călăraşi, Rezina, Teleneşti şi Floreşti vor fi înzestrate cu aparataj esenţial minim de către fundaţia "Farmaciştii fără frontiere". Pentru anul 2009 s-au dus tratative cu această fundaţie în vederea înzestrării încă a 5-10 secţii pediatrice.

Ca o propunere pentru îmbunătăţirea calităţii serviciului pediatric, în afară de formarea celor 3 Centre regionale de Terapie Intensivă Pediatrică, **ar fi utilă înaintarea unei propuneri de proiect Guvernului Japoniei pentru înzestrarea secţiilor de pediatrie a spitalelor municipale/ raionale cu aparataj de îngrijire**: cântare electronice, inhalatoare ultrasonice, aspiratoare electrice, pompe de infuzie, aparate de măsurare a tensiunii arteriale, glucometre, mese de examinare, sterilizatoare, dulapuri pentru medicamente, iar pentru secţiile de pediatrie din raioanele mari: pulsoximetre, monitoare. În afară de acest aparataj simplu, în propunerea către Guvernul Japoniei se poate include şi procurarea aparatajului de diagnostic funcţional (USG, Xray), luând în considerare necesităţile fiecărui raion sau necesităţile zonale / regionale precum şi a tehnicii de laborator, în mod analogic cu proiectul II Japonez care a fost destinat pentru echiparea centrelor perinatologice de nivelul II.

Specialiştii japonezi care au evaluat calitatea folosirii aparatajului din Grantul I şi-au confirmat disponibilitatea să finanţeze încă un proiect de asigurare cu aparataj medical, ţinând cont de priorităţile MS.

O altă problemă majoră în pediatrie de la trecerea îngrijirii copiilor la MF **este asistenţa pediatrică de ambulatoriu**. Din cauza salariilor mai mari majoritatea medicilor pediatri din raioane au trecut în medicina de familie. Actualmente practic nu se îndeplineşte ordinul MS nr. 397 din 24.10.2007 „Cu privire la fortificarea asistenţei medicale mamei şi copilului" care prevede fortificarea serviciului de ambulatoriu pediatric cu introducerea normativelor 1,75 – 2,0 unităţi de pediatru la 10 mii populaţie copii până la 18 ani. Motivul neîndeplinirii ordinului este lipsa medicilor pediatri disponibili.

Soluţionarea problemei *ar putea fi* **recrutarea în fiecare raion a 2-3 medici pediatri din actualii MF care în trecut au activat ca pediatri**, cu asigurarea salariului care la moment îl primesc în funcţia de MF. Din păcate, conducerea raioanelor nu este preocupată de rezolvarea acestei probleme foarte importante care ar duce la îmbunătăţirea calităţii serviciului pediatric la nivel primar.

Fortificarea serviciului pediatric de ambulatoriu cu cadre pediatrice ar aduce următoarele beneficii:

a) Schimbarea rolului medicului pediatru consultant. Pentru aceasta raionul se poate împărţi în câteva sectoare, unde fiecare medic pediatru ar avea un sector stabilit cu un număr concret de MF. Medicul pediatru ar fi curator şi expert şi totodată ar purta responsabilitatea de un anumit volum de lucru în acest sector, iar MF ar avea o persoană constantă cu care ar putea conlucra.

b) Medicii pediatri consultanţi ar fi responsabil de supravegherea copiilor până la un an de viaţă, a copiilor bolnavi cronici în comun cu MF, ar efectua deplasări în instituţiile medicale din sectorul dat pentru suport şi evaluarea calităţii îngrijirilor acordate mamei şi copilului.

Decesele prin traumatisme şi intoxicaţii rămân unicele cauze care nu numai că nu s-au micşorat, dar în ultimii ani chiar au crescut fiind responsabile de decesul infantil în 15% cazuri. Pentru soluţionarea parţială a acestei probleme va fi realizată o campanie informaţională comunitară de mobilizare în proiectul moldo-elveţian de urgenţe pediatrice (prin Ministerul Educaţiei şi Ministerul Afacerilor Interne) a populaţiei pentru informarea şi educarea familiei în profilaxia traumatismelor şi intoxicaţiilor.

III. Managementul instituţional şi calitatea serviciilor perinatale

La ora actuală, problemelor de management instituţional şi medical li se acordă o atenţie din ce în ce mai mare.

O situaţie alarmantă, în opinia noastră, **s-a creat în conlucrarea medicinei de staţionar (maternităţi, secţii pediatrice) cu asistenţa medicală primară**. În majoritatea raioanelor lipseşte o armonizare a activităţii acestor două sisteme. Specialistul principal pe probemele mamei şi copilului ce ocupă funcţia de vicedirector al medicinei primare în unele raioane ale republicii nu reprezintă o punte de legătură între aceste două sisteme.

În anul 2008, se observă o înrăutăţire a indicatorilor ce caracterizează asistenţa în timpul sarcinii. Studiul de evaluare a Programului de Perinatologie la sfârşit de termen efectuat în perioada septembrie-octombrie curent în 24 raioane ale republicii credem că va furniza răspunsuri în acest context.

Analiza calităţii serviciilor perinatale denotă că managementul la nivel de instituţie (primară / maternitate)

este insuficient, nu se efectuează monitorizarea riscurilor şi evaluarea calităţii. Deşi în ordinele MS stipulează că directorii de instituţii trebuie să monitorizeze nereferirea cazurilor grave, mai bine de 30% din nou-născuţii cu greutatea la naştere mai mică de 1500 g se nasc în maternităţile de nivelul I, unde nu sunt condiţii adecvate pentru îngrijirea lor.

Situaţia creată cu referirea insuficientă din raioanele republicii la nivelul III a naşterilor multiple şi celor cu izoimunizare-Rh poate fi explicată prin lipsa informării, când cadrele manageriale din asistenţa medicală primară, precum şi cele din sectorul spitalicesc, nu dispun întotdeauna de datele necesare pentru a avea un tablou clar al situaţiei în teren, ceea ce nu generează activităţi şi măsuri specifice de ameliorare a situaţiei. Finanţarea actuală a serviciului ocotirii sănătăţii mamei şi copilului nu acoperă nici pe departe necesităţile şi denotă lipsei statutului prioritar al acestui sector în sistemul de management financiar atât la nivel de instituţie cât şi cel central (CNAM).

Actualmente **medicii obstetricieni, neonatologi şi pediatri au unele din cele mai mici salarii**. Pentru îmbunătăţirea reală a calităţii serviciilor prestate mamei şi copilului este nevoie de a revedea **finanţarea acestui sistem, fapt pentru care e necesar de a mări de două ori finanţarea cazului tratat cu întocmirea unei finanţări separate a sistemului** similară cu medicina primară şi cea de urgenţă. Pentru schimbarea stării de lucruri în sistem un pas următor ar fi echivalarea **salariilor medicilor obstetricieni, neonatologi şi pediatri cu cel al medicului de familie**. Dacă nu vom întreprinde măsuri de urgenţă, în următorii câţiva ani vom avea un deficit de cadre în sistem (care la moment a început să se resimtă). Ca un **exemplu pozitiv poate servi cel al Rusiei unde serviciul mamei şi copilului, atât în aspect de salarizare, cât şi de tratament, a devenit prioritar în finanţare comparativ cu alte servicii ale sistemului medical.**

Asigurarea calităţii trebuie periodic monitorizată şi evaluată lucru, posibil cu utilizarea unor indicatori specilifici. **Procesul de elaborare a indicatorilor de calitate în sistemul mamei şi copilului** trebuie periodic revăzut şi actualizat, iar indicatorii elaboraţi trebuie să fie utilizaţi de către toate instituţiile, Ministerul Sănătăţii, secţia de monitorizare şi evaluare a IMSP ICŞOSMşiC, CNAM şi Departamentul de acreditare şi evaluare a instituţiilor medicale în procesul de evaluare a calităţii serviciului perinatologic.

O altă soluţie pentru ameliorarea managementului calităţii este motivarea suplimentară (la cea întreprinsă anterior) a cadrelor medicale din AMP. Astfel, p**entru îmbunătăţirea calităţii asistenţei antenatale este necesar în primul rând în medicina primară de introdus bonusuri medicilor de familie pentru efectuarea uroculturii la gravidele cu 10-12 leucocite în urină** (bacteriuria asimptomatică este cauza naşterii premature, infecţiei intrauterine, RDIU, deceselor antenatale) cu tratarea cazurilor de bacteriurie asimptomatică, fapt care ar reduce incidenţa prematurităţii şi RDIU cu 40% conform datelor OMS.

Al doilea indicator care poate fi propus pentru motivare financiară ţine de completarea Gravidogramei din Carnetul Medical Perinatal (la moment conform datelor auditului decesului perinatal Gravidograma se complectează corect în 36% cazuri). Completarea corectă a Gravidogramei face posibilă depistarea **retardului de dezvoltare intrauterină a fătului (RDIU),** care conform datelor auditului perinatal, constituie **peste 35% cazuri în structura cauzelor de deces antenatal şi 20% cazuri ca cauză a decesului neonatal precoce**. Depistarea la timp a RDIU permite luarea deciziilor corecte şi la timp despre modul naşterii, diminuarea complicaţiilor şi deceselor ante-, intra- şi post-partum, precum şi celor neonatale.

În afară de motivarea financiară a medicilor, este necesară introducerea unui bonus de motivare pentru femeile gravide pentru adresarea lor la timp la medic (în primele 12 s.g. ale sarcinii), pentru administrarea acidului folic, preparatelor de Fe, efectuarea întregului volum de vizite şi examinări, naşterea în maternităţile unde există cel mai mic risc de dezvoltare a complicaţiilor în sarcină şi naştere. **Acest bonus trebuie să conţină un pachet de obiecte (scutece, costumaşe) pentru acoperirea necesităţilor de îngrijire a copilului în primele săptămâni de viaţă.** Costul acestui pachet va depinde de posibilităţile existente. Acest pachet ar putea fi înmânat mamei la externare din maternitate.

În serviciul pediatric este necesară introducerea unui bonus care ar determina **calitatea dispensarizării copiilor cu maladii cronice ce duc la invalidizare.**

Pentru soluţionarea parţială a acestor probleme prioritare în asistenţa mamei şi copilului se caută surse alternative de la donatori, iar problemele îmbunătăţirii managementului la nivel local, evaluării calităţii serviciului, responsabilităţii în asigurarea şi îmbunătăţirea finanţării serviciului necesită un suport mai mare din partea conducerii Ministerului Sănătăţii. Nivelul deceselor perinatale şi infantile corespunde în prezent nivelului de finanţare al serviciului. Iar dacă dorim cu adevărat să îmbunătăţim aceşti indicatori trebuie să găsim surse ca finanţarea serviciului să fie durabilă.

În concluzie vom menţiona că inerţia proceselor demografice şi dinamica oscilantă a parametrilor reproductivi (rezultatele sarcinii, nivelul pierderilor reproductive, structura nou-născuţilor in raport de greutate etc.) reflectă obiectiv calitatea vieţii populaţiei si nivelul sănătăţii în societate, determină rolul demografiei perinatale în aprecierea dezvoltării societăţii şi ţării în ansamblu. Totodată, devine clar că dezvoltarea conceptuală a sistemului perinatal urmează a se desfăşura în 2 direcţii: 1) asigurarea unei gravidităţi fără risc prin dezvoltarea serviciului obstetrical şi neonatal preventiv reieşind din principiul asigurarea securităţii pacientului şi 2) dezvoltarea metodelor de reanimare şi terapie intensivă în obstetrica şi neonatologie cu implementarea tehnologiilor înalte.

П.М. Стратулат

ПРОБЛЕМЫ И ПОЛОЖЕНИЕ ДЕЛ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ УХОДЕ

В статье представлен анализ ситуации в перинатальной службе в Республике Молдова за последние 15 лет. Автор показывает проблемы охраны здоровья матери и ребенка и пути их решения.

P. Stratulat

THE PROBLEMS AND SOLUTIONS FOR IMPROVING PERINATAL CARE

In the article the current situation of perinatal care in the Republic of Moldova in the last 15 years was described and analyzed. The author showed the problems in the medical care of the mother and child and their possible solutions.

Recepţionat 28.11.2008

Valentin Friptu

MORTALITATEA MATERNĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA*

Catedra Obstetrică şi Ginecologie a USM şi F„N.Testemiţanu”

Mortalitatea maternă este unul din indicii cei mai sensibili şi integri ai sănătăţii reproductive. Nivelul mortalităţii materne reflectă calitatea sistemului ocrotirii sănătăţii, accesul femeii la asistenţa medicală corespunzătoare necesităţilor ei, evoluează riscul sarcinii şi naşterii, sănătatea femeii şi prin extindere, statutul social şi economic al femeii, dezvoltarea societăţii în ansamblu.

Anual în lume circa 200 mln femei rămîn gravide, dintre care la 128,3 mln sarcina se termină cu naştere. 86% din naşteri au loc în ţările în curs dezvoltate, lor le revin 99% din decesele materne din lume.

Conform definiţiei OMS, prin “Mortalitatea maternă” se înţelege decesul matern din momentul depistării sarcinii, naşterii şi pe parcursul a 42 zile ale lăuziei, cauzate sau agravate de sarcină, dar neprovocat de diverse accidente (traume, omoruri, suicid, intoxicaţii), estimat la 100000 nou-născuţi vii.

Noţiunea de “Mortalitate maternă” include, la rândul ei, coeficientul mortalităţii materne (CMM) şi nivelul mortalităţii materne (NMM).

CMM exprimă numărul de decese ale femeilor timp de un an la 100000 nou-născuţi vii şi reprezintă estimarea riscului de deces al fiecărei naşteri, sau riscul obstetrial.

NMM este raportul dintre nurnărul de femei decedate din cauza sarcinii şi naşterii către numărul de femei care sunt supuse riscului obstetrical. Riscul e cu atît mai mare cu cît mai multe sarcini a suportat femeia, prin cumularea factorilor de risc.

Se înregistrează anual mai mult de jumătate de milion de femei care decedează (536000 în 2005, coeficientul MM constituind 400 la 100.000 născuţi vii), şi peste 8 mln de femei sunt invalidizate anual din cauza complicaţiilor care survin în timpul sarcinii, avortului nesigur, naşterii şi perioadei postnatale.

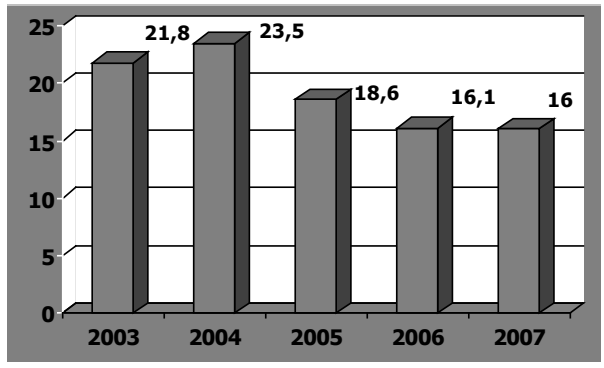


Fig 1.Coeficientul mortalităţii materne în RM 2003-2007

Cu toate progresele înregistrate de Republica Moldova în domeniul medicinei , acest număr impunător de decese se reduce foarte încet, cu 5,4% în ultimii 15 ani, micşorându-se coeficientul mortalităţii materne de la 430 în 1990 la 400 în anul 2005. (fig.1)

Unele ţări au obţinut succese remarcabile în profilaxia deceselor materne, micşorând mortalitatea maternă cu 20-30%, pe când în alte teritorii indicatorii mortalităţii materne rămân în continuare nesatisfăcători.

Analizând indicatorii mortalităţii materne în Republica Moldova pe parcursul ultimilor 5 ani ,putem constata o ameliorare a acestui indicator, dar la aşa un număr mic de

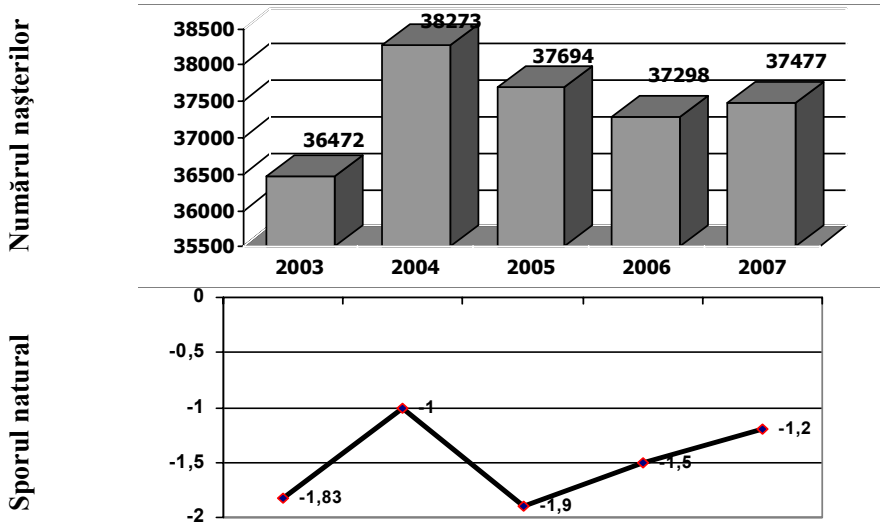


Fig. Indicii de monografici

* Raportat la şedinţa al Societăţii de obstetricieni-ginecologi al RM 31.10.2008

naşteri (37000) nu face să ne bucurăm şi să trecem cu vederea problemele globale ce pot ameliora starea sănătăţii femeii în societate.

Vorbind despre indicii demografici, putem constata că suntem în preajma unei crize demografice catastrofale. Dacă numărul naşterilor s-a micşorat cu aproximativ 60% faţă de anii 1984-1988 (cca 100.000 naşteri), atunci peste 10-15 ani această cifră se va micşora încă în jumătate şi mai bine, deoarece rămân pentru reproducere nu 90.000 – 100.000 ci numai 36 000 – 37 000 femei. Se ştie că pe parcursul ultimilor ani sporul natural al populaţiei republicii rămâne negativ constant şi numărul naşterilor nu are tendinţă de creştere.(fig. 2)

Aceasta este o problemă demografică şi socială extrem de importantă.

S-a constatat o tendinţă de micşorare a indicatorilor mortalităţii materne ,dar nu avem suficient temei de a ne bucura, fiindcă valorile mici ale naşterilor şi deceselor nu relevă situaţia reală. Pentru Republica Moldova consider că cifrele reale ale mortalităţii materne sunt în jur de 20 de decese la 100.000 de născuţi vii.

Analizând structura mortalităţii materne pe o perioadă mai îndelungată, sumând toate decesele înregistrate putem constatata , că principala cauză a mortalităţii materne în ţara noastră diferă de cea înregistrată în alte ţări şi că decesele sunt provocate de patologii extragenitale, care constituie mai mult de 1/3 din toate decesele înregistrate (fig. 3).

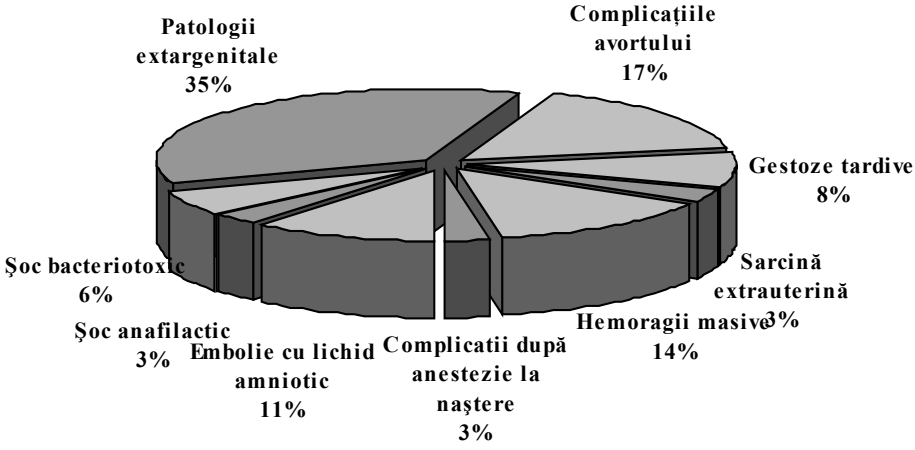


Fig. 3. Structura cauzală a mortalităţii materne, a.a. 2003-2007

Patologia extragenitală incompatibilă cu sarcina, ne relevă starea generală a sănătăţii populaţiei, care lasă mult de dorit. Cauza indirectă a decesului matern în perioada de studiu a fost mai frecvent patologia cardiovasculară şi cea pulmonară, frecvent sarcina a survenit pe fondul multor maladii maligne, care s-au agravat pe parcursul sarcinii, patologii ale sistemului nervos ş.a.

În acest context este obligatoriu de stabilit la timp riscurile pe care le are femeia însărcinată cu patologie extragenitală, şi de prevenit la timp această sarcină cu riscuri mari.

O altă cauză majoră a deceselor materne este hemoragia obstetricală. Prin gravitatea şi consecinţele majore pe cale le comportă, este unul dintre cele mai dramatice aspecte de patologie obstetricală, cu importante consecinţe asupra morbidităţii şi mortalităţii materne. Este suficient să amintim că în ţara noastră în ultimul timp este principala cauză de deces matern direct.

Analizând minuţios cazurile de deces înregistrate, am evidenţiat următorii factori ce le-au favorizat:

a) factori aparţinând în exclusivitate gravidei şi familiei (mediu social nefavorabil, sarcină ascunsă, nedorită, nesolicitarea asistenţei medicale, absenţa consultaţiei prenatale, migraţia);

b) factori depinzând de organizarea insuficientă a reţelei asistenţei de urgenţă, ambulatorii şi spitaliceşti (mijloace de transport, respectarea competenţelor, asigurarea cu preparate transfuzionale şi medicamentoase, asigurarea gărzilor);

c) factori care ţin de calitatea asistenţei medicale acordate.

Factorii „C" sunt cei mai importanţi, deoarece sunt factori umani care ţin de conştiinţa şi pregătirea profesională, şi care pot fi mai rapid remediaţi. Cele mai multe erori au avut loc în spitalele raionale. Dintre acestea evidenţiem depăşirea de competenţă, decizia tardivă de transfer sau de intervenţie chirurgicală, neasigurarea chirurgicală a hemostazei prin tehnici defectuoase sau incomplete, nedepistarea rupturii uterine ş.a.

Hemoragiile obstetricale, fără discuţie, poartă un caracter de cascadă, cu un dezechilibru rapid al hemodinamicii şi supraadăugarea ca regulă a coagulopatiei dobândite fie prin consum local sau pierdere de factori de coagulare fie, uneori, chiar prin diluţie în încercarea de echilibrare velmică, fie prin declanşarea unui sindrom de coagulare intravasculară diseminată (CID) ce agravează situaţia.

Echipa obstetricală trebuie să fie în alertă la posibila dezvoltare a CID, întrucât lipsa de anticipare a CID este un factor contribuitor recunoscut la decesul pacientelor cu hemoragie obstetricală masivă.

Teoretic sunt descrise două forme de CID: o formă compensată, în care predomină procesele microtrombotice, şi o formă fulminantă, hemoragică. Această distincţie este, însă pur teoretică; clinic există o multitudine de CID, iar afecţiunea poate progresa de la forma trombotică la forma fulminantă, în interval de ore.

Tratamentul hemoragiei masive obstetricale presupune:

- restabilirea volumului sangvin şi a capacităţii de transport cu oxigen (utilizând cristaloide, coloide);

- obținerea hemostazei prin metode farmacologice (oxitocină, ergometrină, prostaglandine) sau chirurgicale (embolizare arterială, ligatură de artere iliace/ovariene/uterine, histerectomie, etc.);

- corectarea coagulopatiei: - plasmă proaspăt congelată 10-12 ml/kg corp când timpii de coagulare sunt crescuți > 1,5 x normalul;

- masă trombocitară 1 u/10 kg corp;

- crioprecipitat 1,5 u/kg corp când fibrinogenul < 1 g/l.

Traumatismul obstetrical care survine în urma intervențiilor abuzive poate,

de asemenea, să conducă la hemoragii masive.

Circa 1/3 din decesele materne survenite au avut loc în timpul operațiilor cezariene, uneori total neargumentată. Numărul mic al intervențiilor a dus la diminuarea profesionalismului chirurgical. De aceea decizia de a efectua operația cezariană trebuie luată cu multă previziune şi prudență, cu determinarea posibilităților profesionale şi prevenirea complicațiilor survenite.

Subliniem o situație deosebită, reprezentată de hematoamele vaginale apărute, fără ruptura mucoasei supradiacente. Mecanismul prin care apar este decolarea mucoasei vaginale de țesuturile subiacente, prin antrenarea ei în mişcările de rotație ale prezentației.

Gravitatea constă în faptul că sângerarea nu se exteriorizează şi poate să nu atragă atenția că hematomul format este disecant, decolând noi arii de mucoasă şi întreținând şi amplificând sângerarea şi, nu în ultimul rând, prin consumul de factori de coagulare pe care-l implică formarea hematomului, care uneori poate atinge mărimi impresionante.

Banala epiziotomie, incorect suturată, în special cu neglijarea suturii vaselor de la unghiul superior al plăgii, care se pot retracta deasupra nivelului plăgii mucoasei, poate determina grave hematoame, disecante, atât către fosa ischiorectală, cât şi cu dezvoltare retropubiană, care pot induce şocul hipovolemic, precum şi tulburări grave de coagulare de consum punând probleme deosebite de terapie chirurgicală.

Aceste complicații hemoragice au o semnificație clinică majoră, în condițiile unei asistențe obstetricale de calitate şi pot fi prevenite de obicei prin indicația corectă, respectarea condițiilor şi evitarea utilizării forței excesive.

O altă cauză majoră a deceselor materne este preeclampsia. În preeclampsie decesul cel mai frecvent este provocat de accidentul vascular cerebral şi edemul pulmonar. Dacă terapia hipotensivă şi infuzională este neadecvată, atunci de cele mai dese ori pacienta va evolua în edem cerebral şi pulmonar.

Dacă în cazul hemoragiilor avem nevoie de cât mai multă infuzie, atunci în gestoze este demonstrat că rezultatul final depinde nu de cantitatea, ci de calitatea lichidului infuzat.

În cazul unei diureze adecvate volumul infuziei nu trebuie să depăşească 80-100 ml/oră, dar în caz de oligurie la administrarea a 500 ml de cristaloizi nu trebuie să administrăm diuretice, ci trebuie declanşată naşterea. În cazul complicației preeclampsiei cu sindromul HELLP, când are loc hemoliza intravasculară a eritrocitelor importantă este menținerea diurezei mai mult de 30 ml/oră, deoarece foarte rapid survine insuficiența renală acută. În aceste situații trebuie administrat Hidrocarbonat de Na 4% - 200,0 pentru corecția acidozei metabolice, şi după aceasta se administrează coloide (Refortan) pentru o diureză adecvată.

Procesul transfuzional în hemoragia obstetricală impune un spirit creator din partea medicului de terapie intensivă şi reanimare, care trebuie să se bazeze pe recomandările unificate ale corecției hipovolemice şi pe necesitățile fiziologice ale organismului în lichide, electroliți, microelemente. O importanță majoră are şi asigurarea organismului cu resurse energetice şi metabolice în concordanță cu caracterul intervenției chirurgicale, modificările hemodinamicii şi de sistem survenite şi cele preexistente sarcinii.

Terapia infuzională în obstetrică necesită de la obstetrician şi reanimatolog cunoştințe profunde despre particularitățile organismului femeii însărcinate şi modificările sistemului cardiovascular, schimbului hidroelectrolitic şi capacității de transport a oxigenului.

O problemă majoră, care în momentul de față continuă să rămână o cauză a deceselor materne este avortul. Cu toate că numărul avorturilor s-a micşorat, anual se înregistrează decese materne cauzate de avorturile spontane, criminale. Datele statistice mondiale relevă că numai 53% din avorturile medicale sunt efectuate în condiții sigure şi legale, de regulă în țările dezvoltate, pe când 47% sunt efectuate în țările în curs de dezvoltare şi în țările unde avorturile sunt interzise. Mortalitatea maternă cauzată de avort diminuează, dar totuşi rămâne o cauză importantă în structura generală a mortalității materne.

Cifrele cele mai mari ale MM cauzate de complicațiile avortului se înregistrează în țările unde avortul este interzis. Decesele materne înregistrate în țara noastră din cauza avorturilor sunt din cauza directă a femeii şi familiei (sarcină ascunsă, nedorită, intervenție criminală) cu toate că legislația permite rezolvarea în condiții sigure a modului de întrerupere a sarcinii.

Un loc important în structura mortalității materne îl ocupă şi embolismul pulmonar. Această patologie se întâlneşte relativ frecvent chiar şi în țările cu un potențial economic dezvoltat. Trebuie să ținem cont de faptul că în sarcină şi naştere sunt prezente toate elementele triadei Virhov ce stau la originea bolii tromboembolice: hipercoagulopatie, stază venoasă şi leziune vasculară. Aceste complicații pot surveni atât în timpul sarcinii, naşterii cât şi în perioada postnatală, mai ales pe un fundal patologic.

Toate aceste situații pot fi evitate sau minimizate dacă se asigură condiții în naştere şi utilizarea unei tehnici corecte chirurgicale.

Sisteme informaționale despre complicațiile sarcinii, avortului, naşterii şi perioadei postnatale sunt insuficiente pentru populație, fapt se soldează cu adresare tardivă într-o stare ireversibilă după asistență medicală.

Reorganizarea sistemului ocrotirii sănătății cu specificarea serviciului spitalicesc şi ambulator au condus la pierderea legăturilor informaționale dintre sistemul de ambulator şi cel spitalicesc, din care cauză se informează şi nu sunt la timp depistate diferite complicații severe.

Lipsa unei finanțări adecvate a fost şi rămâne o cauză majoră a defectelor activității serviciului obstetrical-ginecologic. Mijloacele repartizate pentru un serviciu obstetrical de calitate nu acoperă necesitățile cheltuielilor efectuate. Chiar şi salariile mici ale lucrătorilor medicali pot servi drept cauză a calității joase a asistenței medicale.

Este necesar să fie revăzute posibilităţile finanţării prioritare a ocrotirii antenatale a gravidelor, asistenţei de urgenţă ambulatorii şi spitaliceşti în aspectul fortificării ocrotirii sănătăţii.

O altă problemă este politica pregătirii cadrelor specializate, care uneori nu asigură o recidivare şi perfecţionare complexă a specialiştilor care vor activa în domeniul ocrotirii sănătăţii mamei şi copilului. Trebuie revăzute programele de studii, de perfecţionare şi de atestare a lucrătorilor medicali din domeniu.

Pe parcursul ultimilor ani în cadrul pregătirii medicilor rezidenţi s-a stabilit că la locul de muncă ajung după repartizare foarte puţini. Consider că nu este adecvată organizarea şi înmatricularea în rezidenţiat, punctajul cel mai înalt îl au, ca regulă, studenţii din mediul urban, care după repartizare nu mai ajung la periferie. Astfel, astăzi avem un deficit de specialişti obstetricieni-ginecologi practic în toate raioanele republicii. În final, sistemul dat nu dă rezultatul aşteptat – înmatricularea şi contractul de muncă trebuie efectuate la momentul începerii rezidenturii conform necesităţilor în specialişti.

Analizând minuţios toate cazurile de deces matern şi factorii de evitabilitate în fiecare situaţie, putem constata că în circa 50% din cazurile enumerate mai sus decesele erau evitabile sau condiţionat evitabile.

Micşorarea mortalităţii materne nu este o problemă exclusiv obstetricală, ci soluţionarea ei necesită un complex de măsuri medico-sociale. Numai atunci când vor fi înţelese şi apreciate corect preţul şi importanţa vieţii femeii în societate, importanţa sănătăţii viitoarei generaţii în comun cu toate organizaţiile guvernamentale şi statale, vom obţine succese remarcabile în micşorarea MM.

Фрипту Валентин

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

В статье представлены показатели и структура материнской смертности за последние 5 лет, а также пути ее снижения. Обращает внимание, что в структуре материнской смертности первое место занимает экстрагенитальная патология, что подтверждает о высокой заболеваемости населении Молдовы. На втором месте – смертность от акушерских кровотечений, на третьем от абортов и гестозов.

Согласно данному исследованию, предотвращение материнской смертности на 50% представляется возможным без дополнительных материальных затрат, только за счет повышения ответствия каждого за свое здоровье, а также своевременного и качественного обслужевания.

Valentin Friptu

MATERNAL MORTALITY IN REPUBLIC OF MOLDOVA

The article presents maternal mortality for last 5 years, also the structure of maternal mortality, and the ways of his diminuation.

To pay attention at the fact that in the mortality structure the first place is about extragenital pathology, that is an indicator of high population morbidity. It's followed by obstetrical hemorhagies, abortions and gestosis.

The prevention of maternal mortality by 50% it's possible iven without additional costs, but it's needed individual understanding of his own responsibility, before his health, and also qualitative accomplishement of his duties.

Recepţionat 28.11.2008

●

© Ludmila Eţco

Ludmila Eţco

REVISTA TEZELOR ŞTIINŢIFICE SUSŢINUTE LA CONSILIILE ŞTIINŢIFICE SPECIALIZATE DIN CADRUL IMSP ICŞDOSMŞIC (ANII 1998-2007)

IMSP Institutul de Cercetări Ştiinţifice în Domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului
(director - dr.hab. în medicină, profesor-cercetător Ludmila Eţco)

IMSP ICŞOSMşiC reprezintă instituţia republicană ştiinţifică şi curativ-profilactică de frunte în domeniile obstetricii, ginecologiei, neonatologiei şi pediatriei (somatică şi chirurgicală) şi are misiunea de a ameliora starea sănătăţii mamelor şi copiilor, a reduce la minim mortalitatea şi morbiditatea maternă, perinatală, infantilă şi invaliditatea la copii în Republica Moldova.

Profilul ştiinţific al Instituţiei este ocrotirea sănătăţii mamei şi copilului în conformitate cu politica de stat în sfera ştiinţei şi inovării şi cu tendinţele de dezvoltare a ştiinţei mondiale, politică aprobată în concordanţă cu „Priorităţile strategice ale cercetării-dezvoltării pentru anii 2004-2010" prin Hotărârea Parlamentului RM nr.566-XV din 25 decembrie 2003.

O mare importanţă pentru dezvoltarea continuă a IMSP ICŞOSMşiC are Codul cu privire la ştiinţă şi inovare nr.259-XV, adoptat de Parlamentul Republicii Moldova la 15 iulie 2004.

Devenind membru de profil al Academiei de Ştiinţe, beneficiind de o finanţare suplimentară pentru efectuarea cercetărilor ştiinţifice, IMSP ICŞOSMşiC a devenit atractivă pentru tinerii cercetători, aici se efectuează cercetări ştiinţifice fundamentale şi aplicative în laboratoare ştiinţifice, în cadrul ei se desfăşoară activităţi de inovare şi transfer tehnologic, având ca scop protecţia sănătăţii mamei şi a copilului, profilaxia, diagnosticul, tratamentul şi reabilitarea bolnavilor, promovarea unui mod sănătos de viaţă.

Din 1997, Instituția este abilitată cu dreptul de a organiza studii prin doctorat, în 2004, acest statut fiind reconfirmat la specialitățile „Obstetrică şi ginecologie” şi „Pediatrie”, pregăteşte cadre ştiinţifice prin doctorat şi de sine stătător, selectează şi angajează tineri talentaţi în procesul de instruire şi cercetare.

O contribuție considerabilă la îndeplinirea planului de cercetări şi realizarea programelor ştiinţifice în domeniul ocrotirii sănătății mamei şi copilului în Republica Moldova revine tezelor de doctor şi doctor habilitat în medicină.

În a. 1993, pe lângă Institut, a fost constituit Consiliul Ştiinţific Specializat pentru susţinerea tezelor de doctor habilitat şi doctor în medicină (DH 14.93.57) în domeniul „Obstetrică şi Ginecologie. Pediatrie” (preşedinte profesor universitar Eugen Gladun), în anul 2003 fiind acceptate 2 consilii, Consiliul Ştiinţific Specializat (DH 53 14.00.01 – 25.12.03) la specialitatea „Obstetrică şi ginecologie” (preşedinte profesor-cercetător Ludmila Eţco) şi Consiliul Ştiinţific Specializat (DH 53 14.00.09 – 25.12.03) la specialitatea „Pediatrie” (preşedinte profesor-universitar Petru Stratulat), fiind confirmate de Consiliul Naţional de Atestare şi Acreditare în anul 2008.

Analiza tezelor susţinute timp de 10 ani (1998-2007) scoate în evidenţă rezultatele de bază şi perspectivele de dezvoltare ale obstetricii, ginecologiei, perinatologiei şi pediatriei (somatice şi chirurgicale) în Republica Moldova.

La specialitatea „Obstetrică şi Ginecologie” au fost susţinute 22 de teze, la specialitatea „Pediatrie” 17 (tab. 1).

Dintre colaboratori ai Instituţiei au fost autori a 21 de teze: 1 de doctor habilitat şi 20 de doctor în medicină.

Tabelul 1

Repartizarea tezelor ştiinţifice susţinute la Consiliile Ştiinţifice Specializate (DH 14.93.37; DH 53 14.00.01-25.12.03; DH 53 14.00.09-25.12.03; DH 53 14.00.01-27.03.08; DH 53 14.00.09-27.03.08) de pe lângă IMSP ICŞDOSMşiC

Anii	Obstetrică şi Ginecologie 14.00.01		Pediatrie 14.00.09		Total	
	Dr.hab. în medicină	*Dr. în medicină*	*Dr.hab. în medicină*	*Dr. în medicină*	*Dr.hab. în medicină*	*Dr. în medicină*
1998	Moşin V.	Şalari O. Rusu L. Mişina A. Ciobanu V.	-	Revenco N. Voloc A.	1	6
1999	-	-	Şciuca S.	Gorelco T. Grosu Gh.	1	2
2000	-	-	-	Palii I. Oglinda A. Gorbunov G.	-	3
2001	-	Popov S. Pavlenco A. Codreanu N. Sârbu Z. Opalco I.	-	Cojocaru A.	-	6
2002	-	Revencu V.	-	Ciuntu A.	-	2
2003	-	Alexeev N. Burlacu A. Hodorogea S. Tabuică U. Sorici N.	-	Grigori E. Egorov V.	-	7
2004	-	Lunga Gh.	Ţurea V.	Comarnițchi S.	1	2
2005		Cardaniuc C. Profire L. Munteanu D.		Zaicova N.	-	4
2006	-	Dorogoi V.	-	Pleşca V. Horodiştean-Banuh A.	-	3
2007	-	Şmugurov V.	-	-	-	1
Total	1	21	2	15	3	36

Dl ***V. Moşin*** în teza sa de dr. hab. med. cu tema *„Diagnosticul, patogenia, profilaxia şi prognosticul complicaţiilor obstetricale şi perinatale la femeile cu avort spontan habitual”* (consultanţi ştiinţifici profesorii universitari E.Gladun, P.Stratulat) a elucidat aspectele patogenetice ale întreruperii sarcinii, a elaborat un sistem de diagnostic, prognosticare şi profilaxie a complicaţiilor perioadei de gestaţie şi morbidităţii perinatale în cazul avortului spontan habitual de origine endocrină, a demonstrat că terapia de corecţie în afara sarcinii ameliorează exodul clinic, indicii hormonali şi imunologici ai evoluţiei sarcinii.

Autorul a lansat o concepție nouă a patogeniei ASH ca fiind de geneză endocrină, conform căreia realizarea normală a procesului reproductiv depinde de interacțiunea mecanismelor imunologice: activarea imunologică alogenică embrionară a organismului matern, imunosupresia decidulă şi imunotrofismul placentar.

Medicilor practicieni le-a fost propus un sistem de diagnostic şi profilaxie a ASH de origine endocrină, care include metode informative, cum ar fi foliculometria ultrasonoră şi monitoringul hormonal. S-a argumentat necesitatea tratamentului hormonal de corecție în afara sarcinii pentru profilaxia complicațiilor gestației şi ameliorarea prognosticului păstrării sarcinii ulterioare şi a utilizării imunocitoterapiei pentru profilaxia insuficienței placentare şi a complicațiilor perinatale.

Dna ***Ludmila Rusu*** în teza de dr. med. intitulată *„Aplicarea lactobacteriilor în tratamentul complex al vulvovaginitelor bacteriene nespecifice la fetițe”* (conducător prof. E.Gladun), în urma cercetării microbiocenozei vaginului la fetițe, cu determinarea conținutului calitativ şi cantitativ al microorganismelor, de asemenea, a imunității umorale sistemice şi secretorii, a conchis că instalarea vulvovaginitelor bacteriene nespecifice la fetițe este determinată de următorii factori de „risc înalt”: complicațiile perioadei antenatale, trecerea precoce a copiilor la alimentația mixtă şi artificială, maladiile infecțioase virale suportate, prezența focarelor cronice de infecție extragenitală, administrarea nerațională a antibioticelor şi a altor remedii antibacteriene.

Autorul a propus un complex de măsuri curativ-profilactice: folosirea metronidazolei, preparatului „Eubiotină fiziologică” a cărui administrare prevede două etape: instilația vaginului cu recutan la etapa I şi restabilirea microbiocenozei vaginului - la etapa a II-a a tratamentului. Medicilor-practicieni li se recomandă includerea obligatorie în complexul de măsuri curativ-profilactice, în cadrul vulvovaginitelor de diferită etiologie, a restabilirii microbiocenozei vaginului cu preparatul lactoacid „Eubiotină”.

Metoda propusă accelerează şi ameliorează rezultatele tratamentului vulvovaginitelor bacteriene nespecifice la fetițe, contribuie la micşorarea de trei ori a frecvenței recidivării afecțiunii. S-a recomandat pentru toate fetițele cu manifestări clinice de vulvovaginită consultarea ginecologului pediatru pentru efectuarea investigațiilor ginecologice specifice, în cazul depistării patologiei extragenitale concomitente se impun măsuri ca executarea investigațiilor suplimentare, evidența dinamicii şi a tratamentului împreună cu specialiştii respectivi.

În teza de dr. med. a dnei ***Ana Mişina*** – *„Aplicarea adezivului fibrinic în operațiile reconstructive pe uter”* (conducător prof. E.Gladun) - este prezentată comparația prospectivă, a rezultatelor eficacității utilizării adezivului fibrinic şi a remediilor hemostatice locale tradiționale în cazul chirurgiei transabdominale a uterului. Indicațiile propuse pentru intervențiile chirurgicale au fost: miomul uterin şi anomalii congenitale de dezvoltare a uterului.

S-a stabilit că aplicarea locală a adezivului fibrinic în operațiile reconstructive ale uterului oferă posibilitatea de a reduce volumul hemoragiei intraoperatorii, micşorează durata operației, scăzând de trei ori complicațiile postoperatorii.

Autorul a propus utilizarea adezivului fibrinic în intervențiile chirurgicale de acest gen: efectuarea hemostazei definitive pe suprafața sacului endometrial în timpul miometrectomiei, ermetizarea liniei de sutură în cazul deschiderii cavității uterine pe parcursul efectuării diferitelor variante ale operațiilor reconstructive ale uterului, protejarea liniei de sutură la efectuarea reconstrucțiilor uterine şi a operațiilor pe anexe, mai ales în rezecțiile ovariene, ameliorarea proceselor de regenerare ale uterului cicatriceal şi micşorarea aderențelor în bazinul mic.

Sunt binevenite şi următoarele recomandări practice: folosirea materialelor de sutură monofilamente resorbabile la efectuarea operațiilor reconstructive ale uterului - polidioxanonul, iar pentru miometrectomii - materialul neresorbabil - prolene. Concomitent, se atrage atenția asupra faptului că pentru realizarea acțiunii antiaderențiale în operațiile reconstructive ale uterului este necesară aplicarea adezivului fibrinic numai pe linia de sutură şi nu a bazinului mic.

În teza de dr. med. realizată de dna ***Tatiana Gorelco*** - *„Particularitățile evoluției clinice şi de tratament ale dermatitei atopice cu infectare secundară a pielii la copiii de vârstă fragedă”* (conducător conf. univ. Ecaterina Stasii) - sunt studiați factorii predispozanți de declanşare a infecției intercurente a pielii la copiii cu dermatită atopică. Au fost identificate particularitățile evoluției clinice a dermatitei atopice cu infectare secundară a pielii la copii: debutul precoce în primele 6 luni, antrenarea în 99,1% din cazuri a organelor viscerale în procesul patologic. Studiind caracterul peisajului florei microbiene în focarele de infectare secundară a pielii, autoarea a relevat prezența în cadrul structurii etiologice a elementelor piodermiei St.Aureus în 96,6% cazuri. Infectarea secundară a pielii bolnavilor de dermatită atopică are loc în cazul debutului precoce al maladiei, contactului cu bolnavi contagioşi, indicilor reduşi ai IgG serice şi ai factorilor nespecifici imuni. Un rol primordial în formarea inflamației alergice îl ocupă mecanismele IgE specifice, fapt demonstrat de prezența IgE specifice la alergenii alimentari, microbieni. Probabilitatea înaltă a infectării repetate a pielii la bolnavii cu dermatită atopică (85,7%) se urmărea la o durată a maladiei de peste 6 luni, în cazul prezenței disbiozei intestinale, al patologiei sarcinii, în prezența IgE specifice la alergenii C.Albicans. Studiul acțiunii terapeutice a nalcromului, terfendadinei, imunoglobulinei antialergice în dermatita atopică cu infecție intercurentă a pielii la copii a demonstrat efectul curativ mai înalt al nalcromului. În scopul prelungirii perioadei de remisiune, nalcromul se recomandă în doza de 100 mg de 3 ori pe zi copiilor până la 1 an şi 100 mg de 4 ori pe zi copiilor cu vârsta de 1-3 ani timp de 2 luni.

Dna ***Ina Palii*** în teza sa de dr. med. cu tema *„Evoluția, diagnosticul precoce, particularitățile imunogenetice şi tratamentul imunomodulator al artritei reumatoide juvenile”* (conducător prof. Liliana Groppa, consultant prof. Marcu Rudi) a relevat particularitățile clinico-evolutive ale ARJ, determinate de tulburările imune, imunogenetice şi de dezechilibrul în funcționarea sistemului protezo-inhibitor.

Aplicarea acestei metode „pas cu pas” a permis a stabili criteriile de diagnostic precoce diferențial al formelor de debut ale maladiei şi a elabora algoritmul de diagnostic.

Autoarea descoperă noi aspecte ale patogenezei ARJ, în special importanța sistemului protezo-inhibitor, studiază valoarea informativă a unor enzime proteolitice (elastaza, catepsina G) şi a inhibitorilor de bază (a_x - antitripsina, a_2-macroglobulina) pentru diagnosticarea precoce a bolii şi determinarea evoluției acesteia.

O contribuţie ştiinţifică importantă este şi relevarea paralelelor clinico-imunogenetice la nivel regional ale formei poliarticulare a ARJ, în funcţie de gradul activităţii, stadiul şi evoluţia bolii. Antigenii HLA DR_7 şi DR_4 au fost consideraţi factori de risc în ARJ, forma poliarticulară, evoluţie severă, iar HLA-DR_2 - ca marker al unui prognostic mai favorabil al bolii.

Autoarea a cercetat şi a argumentat eficacitatea comparativă a metotrexatului în funcţie de formele şi durata bolii, a elaborat criteriile de administrare a preparatului, evidenţiind factorii predictivi ai unei evoluţii severe a ARJ ce impun instituirea precoce a terapiei remisive (la prima alegere - metotrexatul).

Dna ***Ana Oglinda*** în teza de dr. med. *„Terapia limfotropă şi limfoprotectoare în tratamentul complex al toxemiei endogene la copiii de vârstă fragedă”* (conducător prof. Liubovi Vasilos) a specificat utilizarea antibioticelor în tratamentul toxemiei endogene ce complică un şir de maladii la copiii de vârstă fragedă. S-au elaborat criterii de apreciere a fazei sindromului coagulării intravasculare desemnate, a gradului de expresivitate al toxemiei prin folosirea pentru prima dată a testului-expres cu O-fenantrolină. A fost inclusă în tratamentul complex al sindromului toxemiei endogene antibioticoterapia limfotropă regională şi terapia limfoprotectoare, care micşorează volumul şi durata administrării antibioticelor, reduce perioada staţionării bolnavului în secţia de reanimare şi terapie intensivă, grăbeşte vindecarea, preîntâmpină dezvoltarea reacţiilor adverse, contribuie la restabilirea microbiocenozei, la redresarea metabolismului, aduce beneficii clinice pregnante. Au fost relevate criteriile de risc în dezvoltarea sindromului toxemiei endogene la copiii de vârstă fragedă, care permit a evidenţia grupurile de risc. Materialele cercetărilor au servit drept bază pentru elaborarea clasificării toxemiei endogene la copiii de vârstă fragedă, ceea ce oferă posibilitatea de a iniţia precoce o terapie adecvată. Pentru contribuţia la elaborarea metodelor de limfologie clinică de bază, Academia Internaţională de Endoecologie şi Limfologie Clinică i-a decernat autoarei *„Medalia de Aur”* (2006).

În teza de dr. hab. a dnei ***Galina Gorbunov*** - *„Diagnosticul şi evaluarea copiilor cu hipotiroidism congenital”* (conducător prof. P.Mogoreanu) au fost determinaţi unii factori cu posibilă acţiune asupra apariţiei hipotiroidismului congenital în Republica Moldova, ceea ce permite a contura grupul de risc în dezvoltarea tulburărilor funcţiei glandei tiroide. Determinarea procesului semnificativ al hipotiroidiei la copiii cu retard psihomotor şi verbal de etiologie neidentificată permite a presupune etiologia endocrină a retardului psihic. Apreciind valoarea informativă a unor indici diagnostici (termenul de precizare a diagnosticului, valoarea coeficientului IQ, valorile hormonilor tiroizi), este posibil a dimensiona gravitatea maladiei în formele: uşoară, moderată şi severă. Elaborarea algoritmului diagnostic al hipotiroidismului congenital facilitează selectarea copiilor cu suspiciu la hipotiroidism congenital şi, apoi, precizarea diagnosticului definitiv la copiii cu patologia dată. Utilizarea programului de supraveghere a copiilor cu hipotiroidism congenital generează dezvoltarea armonioasă a acestora, previne dezvoltarea handicapului psihic la ei.

În teza de dr. med. a dnei ***Angela Pavlenco*** - *„Consultaţii la terapia saplingooforitelor cronice recidivante prin aplicarea locală a autolimfocitelor”* (conducător dr. hab. med. V.Friptu, consultant dr. med. Gh.Cuşnir) a fost prezentat stadiul actual al cercetărilor privind etiopatogenia, diagnosticul şi tratamentul salpingooforitelor, rezultatele examinării a 150 (de 18-39 ani) ginecopate cu salpingooforită cronică nespecifică recidivantă. Studiul a demonstrat că salpingooforitele cronice recidivante se întâlnesc mai frecvent în perioada reproductivă, având o incidenţă maximă la vârsta de la 19 până la 23 de ani. Examinarea pacientelor a fost întreprinsă în mod individual, conform unui algoritm de diagnostic diferenţiat elaborat în acest scop, efectuându-se şi laparoscopia. Astfel, metoda endoscopică se prezintă drept o valoroasă metodă de diagnostic pentru determinarea afecţiunilor genitale. Imunoterapia locală şi metodele clinice, paraclinice şi de laborator au contribuit la normalizarea ciclului menstrual, restabilirea funcţiei reproductive şi sexuale, determinarea frecvenţei acutizărilor procesului inflamator şi a duratei perioadei de remisiune.

Teza de dr. med. a dlui ***I. Opalco*** se intitulează *„Autoimunostimularea locală cu scopul profilaxiei complicaţiilor septico-purulente după operaţia cezariană”* (conducător prof. E.Gladun, consultant dr. med. Elena Camîş). Autorul a propus o metodă nouă de profilaxie a complicaţiilor septico-purulente după naşterea abdominală - administrarea în regiunea plăgii pe uter şi în ţesutul adipos subcutanat a autolimfocitelor activate în timpul operaţiei şi în decursul perioadei postoperatorii precoce în colul uterin.

Administrarea limfocitelor activate după naşterea abdominală a permis a micşora esenţial frecvenţa complicaţiilor postoperatorii.

Metoda propusă este simplă în aplicare, nu provoacă complicaţii alergice şi nu duce în nici un caz la transmiterea hepatitei sau a infecţiei SIDA. Ea poate fi practicată în clinicile mun. Chişinău şi în instituţiile de profil din republică.

Teza de dr. med. a dnei ***Ala Cojocaru*** - *„Deficitul imun disreglatoriu timo-dependent în evaluarea stării de sănătate la copii”* (conducător prof. Liubovi Vasilos, consultant membru corespondent al AŞM prof. N.Opopol) - a fost consacrată evaluării stării de sănătate a copilului în funcţie de calitatea funcţionării sistemului său imun. Autorul a propus unele metode de diagnostic imunologic şi de pronosticare, care pot fi utilizate pe larg în practica pediatrică în scopul delimitării grupelor de risc pentru deficitul imun secundar şi majorării nivelului de sănătate al copiilor prin efectuarea unor măsuri oportune de profilaxie şi imunocorecţie. În acest studiu ştiinţific s-au utilizat metode de selecţie reprezentativă aleatorie, cercetări clinico-anamnestice şi diagnostice-expres ale statusului imun care au permis constituirea unei viziuni certe despre răspândirea deficitului imun timodependent la populaţia infantilă din republică. În baza unor procedee matematice înalt informative, s-au formulat algoritmi de diagnosticare, pronosticare a imunodeficienţelor secundare şi de supraveghere a copiilor cu deficit imun secundar care fac posibilă crearea unui sistem de monitorizare a situaţiei imunologice. Rezultatele cercetărilor au contribuit la apariţia unor inovaţii conceptuale privind implicarea patogenică a mecanismelor de tensionare şi dezechilibru al bioenergeticii celulare în procesul de apariţie a deteriorărilor secundare ale statusului imun. S-au conturat manifestările clinice asociate deficitului imun secundar şi repartiţia cantitativă a diferitelor patologii imunopatologice şi imunodependente.

În afară de efectul imunoreglator, a fost confirmat efectul membrano-stabilizator şi de ameliorare a funcţiei unor organe eliminatorii (ficat, rinichi) ale puncturii infraroşii. Datele obţinute, ce confirmă acţiunea puncturii infraroşii, au servit drept bază teoretică pentru invenţia metodei de stimulare a limfocitelor autologice *in vitro*.

În teza de dr. med. a dnei ***Veronica Revencu*** - *„Argumentarea clinico-patogenică a conduitei gravidelor cu avort spontan habitual de origine autoimună”* (conducător dr. hab. med. V.Moşin) - este argumentată tactica de diagnostic şi tratament al avortului spontan habitual de origine autoimună. Au fost elaborate principii noi de diagnostic al sindromului antifosfolipidic în sfera sarcinii, incluzând evaluarea diferenţiată a reacţiei la lupus anticoagulat şi anticorpi antifosfolipidici. Au fost evaluate şi elaborate principii noi de reabilitare preconcepţională în caz de avort spontan habitual de origine autoimună, a fost argumentată necesitatea monitorizării indicilor autoimunităţii şi aloimunităţii în timpul sarcinii cu tratament patogenetic la gravidele cu antecedente ale avortului spontan de origine autoimună, optimizată tactica de profilaxie a complicaţiilor gestaţionale la femeile cu avort spontan habitual în antecedente şi cu sindromul antifosfolipidic, bazată pe folosirea imunocitoterapiei alogenice în termene incipiente ale sarcinii.

Teza de dr. med. a dnei ***Angela Ciuntu*** - *„Contribuţii la elucidarea variantelor evolutive, tratamentului diferenţiat şi prognosticului glomerulonefritei primare la copii”* (conducător prof. T.Rusnac) elucidează paralele clinico-evolutive ale diferitelor variante ale glomerulonefritei în funcţie de stadiu, activitatea procesului patologic în rinichi. S-a confirmat rolul factorilor nespecifici ai homeostazei enzimatice în serul sangvin şi în urină în patogenia, diagnosticul, tratamentul şi profilaxia complicaţiilor glomerulonefritei primare la copii. Autoarea a elaborat un program sigur şi accesibil de explorări clinico-biochimice, prin care s-a facilitat diagnosticul precoce şi diferenţial al GNP la copii. S-a stabilit cel mai informativ spectru de enzime în serul sangvin şi în urină în diagnosticul diferenţial şi s-au evaluat complicaţiile glomerulonefritei la copii (hipertensiunea arterială, insuficienţa renală etc.).

Dna ***Natalia Alexeev***, doctorandă fără frecvenţă din Ucraina, a susţinut teza de dr. med. cu tema *«Ранняя комплексная реабилитация родильниц группы высокого инфекционного риска»* (conducător prof. Ludmila Eţco, consultant prof. Iu.Roşcin), oferind soluţii ştiinţifico-practice pentru diminuarea incidenţei complicaţiilor septico-purulente în perioada puerperală la lăuzele din grupul de risc sporit de infectare. O trăsătură principial nouă a abordării ştiinţifice a investigaţiei date este elaborarea şi argumentarea clinico-patogenetică a unui complex de măsuri contemporane de reabilitare la lăuzele din grupul de risc sporit de infectare şi apariţie a complicaţiilor septico-purulente în perioada puerperală precoce prin utilizarea fototerapiei (lumină polarizată) în combinaţie cu preparatele medicamentoase (miramistin) şi nemedicamentoase adaptogen- metabolice („Splat”), ceea ce a permis reducerea veridică de 6 ori a frecvenţei complicaţiilor septico-purulente în perioada puerperală. Studiul a demonstrat că utilizarea complexului măsurilor de reabilitare acţionează benefic asupra organismului şi diminuează durata de spitalizare de 1,4 ori. Metoda complexă a măsurilor de reabilitare a femeilor din grupul de risc sporit de infectare a fost folosită cu succes în serviciul de consultaţii pentru femei al Spitalului Clinic Central din or. Donețk (Ucraina) şi în secţiile clinice ale ICŞDOSMşiC.

Referindu-ne la teza de dr. med. a dnei ***Ala Burlacu*** - *„Principiile şi tactica conduitei gravidelor cu chlamidioză şi herpes urogenital”* (conducător prof. Ludmila Eţco, consultant prof., Om Emerit în Ştiinţă C.Spânu), vom menţiona următoarele elemente de originalitate: elaborarea şi aplicarea unei noi metode de tratament complex cu utilizarea polilaserului şi a remediului adaptogen la gravidele cu chlamidioză şi herpes genital; elaborarea unui algoritm de diagnostic şi conduită a gravidelor din acest grup; stabilirea principiilor de tratament şi profilaxie a complicaţiilor chlamidiozei şi herpesului genital în perioada de gestaţie. Rezultatele lucrării au o valoare aplicativă semnificativă, care se manifestă prin diminuarea, în urma utilizării complexului terapeutic elaborat, a frecvenţei depistării antigenice a chlamidiilor şi herpesului, reducerea morbidităţii nou-născuţilor, normalizarea statusului imun şi reducerea complicaţiilor septico-purulente de două ori. Implementarea metodei propuse a contribuit la reducerea complicaţiilor sarcinii şi naşterii la gravidele cu chlamidioză şi herpes genital, favorizând astfel prognosticul pentru mamă şi făt.

Teza de dr.med. a dnei ***Natalia Sorici*** - *„Aspecte imunobiologice ale lichidului peritoneal la femeile cu sterilitate tubo-peritoneală”* (conducător prof.V.Moşin, consultant dr. med. Elena Camîş) reprezintă un proces de înţelegere a unor verigi ale mecanismelor imunologice locale în diagnosticul sterilităţii şi metodei de restabilire a funcţiei reproductive optime. Autorul propune noi teste funcţionale şi de laborator pentru stabilirea diagnosticului de sterilitate: evaluarea interacţiunii dintre lichidul peritoneal şi spermatozoizi şi gradul de spermiografie a macrofagelor peritoneale la femeile cu sterilitate tuboperitoneală. În baza datelor obţinute, au fost stabiliţi factorii de risc pentru reobturarea trompelor uterine după salpingoplastiile endoscopice, a fost propusă o nouă tactică de conduită a femeilor acestui grup.

Teza de dr. med. a dnei ***Elena Grigori*** - *„Epidemiologia, diagnosticul şi unele aspecte ale etiologiei şi profilaxiei malformaţiilor congenitale în Republica Moldova”* (conducător prof. P.Stratulat) reprezintă un studiu al incidenţei formelor nosologice, structurii etiologice şi al particularităţilor clinice ale patologiilor congenitale la copiii din R. Moldova, precum şi al influenţei factorilor etiologici ai mediului înconjurător (inclusiv consecinţele contaminării radioactive) asupra patologiilor congenitale. În cadrul acestui studiu, care a constituit un monitoring al patologiilor congenitale pe parcursul a 10 ani, au fost evaluate sarcinile programului naţional „Ameliorarea asistenţei medico-genetice în RM în anii 1998-2005”, a Programelor Naţionale „Elaborarea particularităţilor decurgerii maladiilor la copiii din zonele ecologic nefavorabile” şi „Consecinţele medico-biologice tardive ale accidentului nuclear de la Cernobâl pentru populaţia Republicii Moldova şi eficienţa realizării programului ramural în diminuarea acestora”. Rezultatele acestui studiu contribuie la perfecţionarea metodelor de profilaxie a malformaţiilor congenitale. În cadrul cercetării a fost elaborat şi implementat sistemul de supraveghere a malformaţiilor congenitale la nou-născuţi, a fost creat registrul naţional al malformaţiilor congenitale la nou-născuţi, precum şi sistemul de raţionalizare a diagnosticului,

dispensarizării şi profilaxiei malformaţiilor congenitale, fapt care permite soluţionarea multor probleme ştiinţifice şi practice de ameliorare a asistenţei medico-genetice. A fost estimat impactul malformaţiilor congenitale asupra structurii morbidităţii neonatale precoce şi a mortalităţii perinatale. Sistemul de diagnostic în trei etape de evidenţă şi profilaxie a malformaţiilor congenitale a fost implementat în activitatea centrelor de perinatologie.

Teza. de dr. med. a dlui ***V. Egorov*** - *„Particularităţile clinice şi imunogenetice ale acceselor febrile"* (conducător prof. S.Groppa, consultant prof. V.Moşin) a fost realizată în cadrul programului ştiinţific „Elaborarea şi optimizarea măsurilor diagnostice, profilactice şi organizatorico-metodice ale patologiilor ereditare şi congenitale". În studiul nominalizat au fost estimaţi parametrii extinctivi ai fenomenului de accese febrile în rândul populaţiei din Republica Moldova, ponderea elevată a cărora (6,1 %) confirmă valenţele medico-sociale marcate ale problemei abordate. S-au evidenţiat probe elocvente precum că, în apariţia acceselor febrile, are valoare asocierea modulatorie a factorilor exogeni şi ereditari, care majorează esenţial riscurile de dezvoltare a acestei patologii şi modulează clinica acceselor febrile. Rezultatele cercetării au reconfirmat faptul că accesele febrile prezintă nişte situaţii cu definiţie plurifactorială, declanşarea cărora este influenţată de circumstanţe exogene. Acţiunea acestora din urmă se afişează însă în raport de predispunere genetică definită de componistica antigenică a complexelor HLA şi influenţează integritatea barierei hematoencefalice. S-a constatat că cei mai sugestivi factori de risc ai acceselor febrile sunt: starea de imaturitate la naştere, complicaţiile intragestaţionale şi intranatale, inclusiv traumatismul obstetrical. Datele obţinute sunt valoroase pentru practica medicilor neurologi, pediatri, geneticieni, ele permiţând optimizarea diagnosticului diferenţial, pronosticarea şi prevenirea acceselor febrile la copii, îmbunătăţesc calitatea consultului medico-genetic, contribuind la elaborarea unui diagnostic clinico-prognostic exact, şi sugerează programe de prevenire efectivă a complicaţiilor iminente.

În teza de dr. med. realizată de dna ***Stela Comarniţchi*** - *„Particularităţile de adaptare a nou-născuţilor de la mame cu gestoză"* (conducător prof. P.Stratulat) - pentru prima dată s-a efectuat un studiu complex al adaptării hemodinamicii cardiace, cerebrale şi renale la nou-născuţii mamelor cu gestoză în funcţie de starea circulaţiei intrauterine. S-a stabilit o legătură corelaţională înaltă între dereglările hemodinamicii în complexul fetoplacentar şi unii parametri clinici şi hemodinamici la nou-născuţi. Au fost obţinute date veridice despre particularităţile de adaptare a sistemului cardiovascular, care se manifestă prin persistenţa de lungă durată a tipului hiperkinetic al hemodinamicii (la 70,0% dintre copii), fiind un factor mai puţin favorabil pentru adaptarea nou-născuţilor proveniţi de la mame cu gestoză severă. Nivelul fermenţilor cardiospecifici din sânge la nou-născuţii investigaţi se află într-o legătură corelaţională înaltă cu indicii echocardiografici şi clinici. Pentru prima dată la nou-născuţii mamelor cu gestoză s-a constatat persistenţa dereglărilor asociate ale hemodinamicii cerebrale şi renale. Au fost determinaţi marcherii clinico-biochimici ai leziunilor perinatale ale hipoperfuziei hemodinamicii cerebrale şi renale în perioada de adaptare a nou-născutului. S-au determinat paternii principali dopplerografici ai hemodinamicii cerebrale, precum şi dinamica lor pe parcursul perioadei neonatale precoce. Este argumentat efectul terapeutic al utilizării preparatului macroergic „Neoton" în practica neonatală, în calitate de remediu cu acţiune protectoare cerebrală.

Dna ***Dorina Munteanu***, doctorandă fără frecvenţă din or. Soroca, în teza de dr. med. *„Detoxicarea electrochimică locală şi imunocorecţia în profilaxia şi tratamentul endometritei puerperale"* (conducător prof. Ludmila Eţco, consultant prof. Iu.Roşcin) a demonstrat eficacitatea noii metode complexe de profilaxie şi tratament al endometritei post-partum prin detoxicarea electrochimică locală şi imunocorecţia cu „Imunofan" la lăuzele cu risc sporit de endometrită puerperală; eficienţa net sporită a metodei prin studiul morfologic al particularităţilor regenerării imune a endometrtiei la aceste lăuze. Fiind o alternativă a tratamentului tradiţional, metoda propusă permite a evita multiplele acţiuni adverse ale antibioterapiei asupra mamei şi fătului, mai ales la lăuzele cu reacţii alergice marcate la antibiotice. De asemenea, aceasta nu depinde de antibiogramă, eficacitatea fiind identică şi în cazurile germenilor antibiotico-rezistenţi. Metoda propusă se poate asocia cu antibioterapia în cazurile grave, potenţând acţiunea antibioticelor şi manifestând efect de regenerare sistemică a organismului. Metoda este simplă în aplicare, nu are contraindicaţii (cu excepţia femeilor cu Rh negativ). Detoxicarea electrochimică locală şi imunomodularea în profilaxia şi tratamentul endometritei post-partum fac posibilă reducerea surmenajului medicamentos al organismului mamei, manifestă efect detoxicant, permit externarea timpurie din staţionar, metoda este simplă în utilizare şi accesibilă, poate fi implementată la orice nivel de asistenţă perinatală.

În teza de dr.med. a dnei ***Veronica Dorogoi***, doctorandă fără frecvenţă din or. Bălţi - *„Screening-ul, profilaxia şi tratamentul hipotiroidismului în sarcină"* (conducător prof. Ludmila Eţco, consultant prof. Zinaida Anestiadi) a fost elaborat în premieră un algoritm de screening, monitoring şi tratament al hipotiroidismului în sarcină, adaptat la posibilităţile reale ale sistemului ocrotirii sănătăţii bazat pe asigurări din Republica Moldova. Metoda de tratament a hipotiroidismului în sarcină, incluzând complexul Kaliu Iodid+Levothyroxină+Berlamin-Modular, este recomandată pentru utilizare datorită eficacităţii, accesibilităţii şi inofensivităţii ei. Rezultatele studiului au permis stabilirea principiilor de screening şi tratament al hipotiroidismului în sarcină, însoţită de recomandarea utilizării tratamentului pe scară largă, având scopul de a reduce complicaţiile severe materne şi fetale la lotul de gravide care suferă de această patologie. Pentru elaborarea metodei de tratament al hipotiroidismului în sarcină, autorului i-a fost decernată *„Medalia de Aur"* la Expoziţia Internaţională din Ucraina (2006) şi *„Medalia de bronz"* la Expoziţia Internaţională din România (2007) a Academiei Internaţionale de Endoecologie şi Limfologie Clinică.

Dna ***Viorica Pleşca***, în teza de dr.med. *„Evoluţia sindromului intestinului iritabil la copii în funcţie de particularităţile psihovegetative"* (conducător prof. I.Mihu, consultant prof. I.Moldovanu) stabileşte factorii predispozanţi sau cu valoare de trieri, ce se implică cel mai puternic în instituirea sau exagerarea sindromului de intestin iritabil la copii, care, fiind excluşi din anturajul socio-familial al copilului, sporesc eficienţa curelor prescrise şi creează premise pentru prelungirea remisiunilor. S-a stabilit că sensibilitatea şi nocicepţia viscero-intestinală la copiii cu

sindromul intestinului iritabil este elevată, fiind însoţită de fenomene de hiperalgezie, alodinie şi de un prag scăzut al durerii musculo-scheletice care se implică în constituirea tipului de „personalitate algică”. Prin evaluarea particularităţilor de personalitate, utilizând testele MMPI şi Spielberger, s-a constatat că copiii suferinzi de sindromul intestinului iritabil sunt nevrotizaţi (anxioşi, ipohondrici, depresivi, isterici), markerii care necesită monitorizare se întreţin şi se potenţează reciproc prin legături inverse, astfel sindromul intestinului iritabil şi particularităţile de personalitate pot servi în calitate de indici de prognostic şi evoluţie. Au fost elaborate noi principii de abordare clinică a copiilor cu sindromul intestinului iritabil, la care polimorfismul clinic face parte dintr-un complex psihovegetovisceral, paternul vegetativ fiind determinat de factorul psihogen, hipersensibilitatea intestinală şi de pragul redus al percepţiei vegetative. S-au elaborat şi implementat în practică principiile unui abord curativ individualizat, care, pentru eficienţă curativă de durată şi monitorizare adecvată, prevede administrarea remediilor psihotrope conform particularităţilor psihovegetative.

Teza de dr.med. a dnei ***Adela Horodişteanu-Banuh*** - *„Evaluarea şi diagnosticul patologiilor gastroduodenale la copii induse de influenţele mediului ambiant”* (conducător prof. I.Mihu) reprezintă un studiu complex al particularităţilor clinico-paraclinice ale patologiei gastroduodenale la copiii care locuiesc în regiuni cu nivel diferit de decondiţionare a apei potabile. A fost demonstrată influenţa nocivă a factorilor ecologici, preponderent a apei potabile cu grad înalt de duritate, mineralizate şi poluate cu nitraţi, asupra morbidităţii prin afecţiuni gastroduodenale la copiii :are locuiesc în zone ecologic compromise. Rezultatele estimării factorilor protecţiei locale în lichidele biologice la copiii „condiţionat sănătoşi” din zonele ecologic compromise au relevat diminuarea funcţiilor de protecţie ale organismului în creştere, ceea ce poate predispune la stări premorbide. Modelarea matematică a rezultatelor studiului a făcut posibilă prognozarea nivelului şi a caracterului patologiei gastroduodenale în funcţie de un şir de factori de risc efectiv prezenţi: factori ecologici, medico-biologici şi sociali. Rezultatele cercetărilor efectuate pot servi drept bază teoretică pentru elaborarea criteriilor de diagnostic precoce, iniţierea terapiei optime a copiilor care locuiesc în zone ecologic compromise şi elaborarea măsurilor curativ-profilactice în teritoriu.

Reieşind din datele prezentate, este de remarcat direcţia tematică bine determinată a cercetărilor ştiinţifice.

O mare parte a lucrărilor a fost dedicată problemei „ Infecţia intrauterină în sistemul mamă-placentă-făt-nou-născut şi profilaxiei bolilor infecţioase la mame şi nou-născuţi”, patologiei extragenitale.

Studierea patogenezei, diagnosticului, tratamentului şi profilaxiei gestozei, problemei avortului spontan şi naşterilor premature este o altă direcţie ştiinţifică.

În pediatrie, se studiază aprofundat problema patologiilor somatice.

În baza elaborărilor ştiinţifice, efectuate de către cercetătorii şi colaboratorii IMSP ICŞOSMşiC şi ai USMF „N.Testemiţanu”, au fost obţinute mai multe brevete de invenţii. La diferite expoziţii internaţionale colaboratorii Instituţiei s-au învrednicit de medalii de aur (inclusiv Medalia de Aur a OMPI), argint şi bronz, precum şi de ordinul tehnico-ştiinţific şi cultural „Leonardo da Vinci”.

Rezultatele ştiinţifice obţinute de colaboratorii IMSP ICŞDOSMşiC au fost prezentate la cea de-a VI-a ediţie a Expoziţiei Naţionale „Fabricat în Moldova” (2007).

În prezent cercetătorii ştiinţifici ai Instituţiei lucrează asupra a 5 teze de doctor habilitat şi 18 de doctor în medicină.

Concluzie.

În baza analizei tezelor susţinute în Consiliile Ştiinţifice Specializate „Obstetrică şi Ginecologie”, „Pediatrie” de pe lângă IMSP ICŞDOSMşiC, s-a constatat că lucrările nominalizate au avut un aport teoretic important pentru dezvoltarea obstetricii, ginecologiei, perinatologiei, pediatriei şi a altor specialităţi. Rezultatele studiilor au servit ca bază pentru perfecţionarea metodelor de profilaxie, diagnostic şi tratament ale maladiilor mamei şi copilului. Implementarea lor în practica asistenţei medicale contribuie la reducerea a morbidităţii şi mortalităţii materne, perinatale şi infantile, a invalidităţii copiilor din Republica Moldova.

Людмила Ецко

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТ, ЗАЩИЩЕННЫХ НА ЗАСЕДАНИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ СОВЕТОВ ПРИ НИИ ОЗМИР ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ», «ПЕДИАТРИЯ» ЗА 1998-2007 ГОД

На протяжении 10 лет на заседаниях специализированных Советов при НИИ ОЗМиР по специальности «Акушерство и Гинекология», «Педиатрия» было защищено 39 диссертаций, в том числе 3 докторских и 36 кандидатских, из них научными сотрудниками института - 21.

Четко прослеживается тематическая направленность научных исследований. Представлены данные о полученных результатах, возможности их внедрения в повседневную практику акушеров-гинекологов и педиатров, что несомненно приведет к снижению показателей заболеваемости, смертности и инвалидизации матерей и детей.

Ludmila Etco

MAJOR RESULTS OF THE PRESENTED THESES APPROBATED AT SPECIALIZED BOARDS MEETINGS WITHIN THE RESEARCH INSTITUTE OF MOTHER AND CHILD HEALTH CARE, SPECIALITIES “OBSTETRICS AND GYNECOLOGY” AND “PEDIATRICS” FOR THE PERIOD 1998-2007

For a period of 10 years at the specialized meetings of the Scientific Boards at the Research Institute of Mother and Child Health Care in the field of Obstetrics and Gynecology and Pediatrics had been approbated 39 theses, including 36 theses for doctoral degree and 3 for hability doctor degree. Among those who presented their scientific work were 21 employees.

There is an obvious subject determination within the major research direction. There were presented latest results possibility of their implementation in the daily practice for obstetricians, gynecologists and pediatricians, which will consequently lead to the decrease of morbidity indicators, mortality and impairment degrees for women and children.

Recepţoinat 8.11.2008

Olga Cernețchi

FORMAREA CADRELOR – FACTOR DECISIV ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ ACORDATĂ MAMEI ŞI COPILULUI

Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Catedra Obstetrică Ginecologie (FR)

În sistemul contemporan de ocrotire a sănătății un rol important îi revine asistenței medicale acordate mamei şi copilului. Este deja cert că bunăstarea unei societăți, a unei țări poate fi apreciată după nivelul mortalității şi morbidității materne şi infantile.

Pe parcursul ultimelor decenii, în Republica Moldova , în pofida eforturilor depuse de către organizatorii sistemului de sănătate, de cître medicii specialişti, cu toată asistența profesională internațională, compartimentul „Sănătatea reproductivă a populației” este încă mult sub nivelul şi cerințele actuale.

Mortalitatea maternă, perinatală şi cea infantilă depăşesc nivelul țărilor dezvoltate. Accesul populației la serviciile de planificare a familiei este limitat, în special, în mediul rural. Incidența infecțiilor cu transmisie sexuală a atins cote îngrijorătoare. Dreptul adolescenților la educație şi servicii de sănătate a reproducerii nu este asigurat pretutindeni. Avortul continuă să fie utilizat încă destul de frecvent ca metodă de planificare a familiei, nu rareori fiind însoțit de riscuri reale care şi mai mult afectează sănătatea reproducerii. Consecințele violenței în familie, ale abuzului sexual şi ale traficului cu ființe umane nu sunt încă pe deplin estimate. Cancerul genito-mamar ia amploare, transformându-se într-o problemă medico-socială de proporții.

În prezent rolul hotărâtor în supravegherea, diagnosticul şi tratamentul afecțiunilor mamei şi copilului îi revine asistenței medicale primare, care este o prioritate a sistemului sănătății din R.Moldova. De aceea, pentru realizarea calitativă a obiectivelor esențiale în această ramură a ocrotirii sănătății se cere o pregătire înalt profesionistă a medicului de familie, care acordă asistență medicală continuă de la naşterea copilului şi ulterior pe parcursul întregii vieți.

Calificarea unui medic de familie este determinată de aptitudinile, deprinderile practice şi cunoştințele vaste acumulate, care-i permit să acorde asistență medicală, să mențină sănătatea şi să presteze servicii preventive fiecărui membru al familiei. În condițiile actuale medicina de familie urmează să acorde o atenție sporită ocrotirii sănătății reproductive a familiei – baza bunăstării şi viitorul ei.

Astfel, medicul de familie trebuie să se orienteze bine în problemele de planificare familială, să poată determina caracterul dezvoltării sexuale al adolescenților, stabili diagnosticul şi conduita sarcinii şi a perioadei postnatale, să cunoască spectrul larg de maladii ginecologice, diagnosticul şi profilaxia oncopatologiei. Fiecare medic de familie trebuie să cunoască algoritmul de examinare a gravidelor cu evoluția fiziologică şi patologică a sarcinii şi a ginecopatelor, să poată evalua gravitatea cazului de boală, luînd decizia despre necesitatea tratamentului în condiții de ambulatoriu şi de staționar, să ia măsuri urgente de reabilitare a funcției reproductive. Prin instruirea sa continuă şi interacțiunea cu familia, aceşti specialişti sunt în stare să protejeze sănătatea fiecărui membru al familiei în toate aspectele, utilizând serviciile specialiştilor consultanți, sistemului de ocrotire a sănătății şi resursele comunității.

Reieşind din cele expuse, noi am inițiat un studiu pentru aprecierea gradului de pregătire al medicului de familie în aspect de acordare a asistenței medicale gravidelor şi ginecopatelor şi de promovare a sănătății reproductive a familiei.

Pentru efectuarea acestui studiu a fost proiectat un eşantion reprezentativ din 275 medici de familie (circa 15% din numărul total de medici de familie care activează actualmente în mai multe localități ale republicii).

În scopul efectuării cercetării am elaborat un chestionar special, care a cuprins 47 parametri, fiind aplicată metoda de intervievare standardizată. Chestionarul constă din patru compartimente, inclusiv: I – date generale despre medicul de familie; II – acordarea asistenței medicale de profil obstetrical; III – îngrijirea ginecopatelor; IV – profilaxia patologiilor reproductive şi planificarea familiei.

Analiza datelor generale despre medicii de familie investigați ne-a permis să stabilim că 30% din numărul lor activează în mediul urban, iar 70% - în mediul rural.

În structura de vârstă ponderea cea mai înaltă au constituit-o persoanele de 41-50 ani – 47,0% şi cea mai mică – 2,4% - cele sub 30 ani. Din numărul total de medici intervievați bărbații au alcătuit 28,4%; femeile – 71,6%. Durata activității în calitate de medici de familie era de 8,6 ±0,4 ani. Vechimea în muncă la posturile precedente în medicină a constituit 16,8 ±1,3 ani, medicii dispunând de categoriile respective: categoria II – 41,4%; categoria I – 40,0%; categoria superioară – 18,6%.

Până a se reprofiliza în medici de familie, persoanele intervievate au activat în calitate de: terapeut de sector – 54,0%; pediatru de sector – 44,7% şi obstetrician-ginecolog – 1,3%. Structura profesională a medicilor care se recalifică în medici de familie impune necesitatea organizării şi pregătirii diferențiate a interniştilor şi pediatrilor în domeniul obstetricii şi ginecologiei.

Calificarea de medic de familie cei intervievați au obținut-o prin intermediul specializării primare cu durata de

4 luni la catedrele de profil ale Facultăţii de perfecţionare a medicilor USMF „Nicolae Testemiţanu”. Circa 4,4% din numărul respondenţilor au fost pregătiţi prin rezidenţiat pe specialitatea dată.

Analiza programelor de învăţământ pentru specializarea primară în medic de familie denotă că ponderea cea mai înaltă a revenit compartimentelor Medicină internă şi Pediatrie. Totodată, pentru studierea compartimentului Obstetrică şi Ginecologie au fost prevăzute numai 36 ore (6 zile). Medicii de familie respondenţi (91,5% dintre ei) au menţionat că această durată nu a fost suficientă pentru a obţine cunoştinţe teoretice minime în domeniul asistenţei medicale necesară gravidelor şi ginecopatelor.

Analiza datelor compartimentului II al intervievării standardizate a evidenţiat că un medic de familie are în îngrijirea sa în medie 1475 ±15,3 locuitori, dintre care 404 ±2,6 femei de vârstă fertilă şi 26 ±2,1 copii sub un an. Anual în evidenţă la un medic de familie sunt 10 - 45 femei gravide (în medie 24 ±1,6 femei), care constituie un volum de lucru considerabil pentru conduita corectă a sarcinii. În 70% din cazuri se respectă termenele precoce de luare în evidenţă.

Conform studiului, 45,3% din gravide se transferă în evidenţa medicului obstetrician-ginecolog. Cauzele transferului sunt: neîncrederea în medicul de familie – 40,7%; complicaţiile sarcinii – 38,4%, patologia extragenitală avansată asociată sarcinii – 20,9%.

Circa jumătate din numărul medicilor de familie intervievaţi (53%) cunosc algoritmul examinării gravidelor, dar numai 55,4% din gravide sunt examinate în volum deplin. Examinarea incompletă se explică prin deficienţe materiale – 61,7% refuzul gravidei – 19,9%, lipsa bazei pentru investigaţiile de laborator – 18,4% cazuri.

Medicii de familie respondenţi au menţionat şi dificultatea aprecierii evoluţiei gravidităţii, din care cauză ei au indicat spitalizarea în medie numai la 4,2 ±0,8% din numărul total de gravide. Cauzele spitalizării au fost următoarele: patologia obstetricală – 38,6%; anamneza obstetrical-ginecologică agravată – 28,7%; patologia extragenitală – 31,8%.

Se ştie că evoluţia patologiei extragenitale pe parcursul sarcinii are particularităţile sale, de aceea conduita gravidelor cu aceste maladii trebuie efectuată cu luarea lor în considerare. Aceasta dictează necesitatea unei pregătiri specializate a medicilor de familie în domeniu.

Din numărul total de gravide care s-au aflat în evidenţa medicilor de familie, 82% au avut naşteri la termen, 14% naşteri premature şi 4% naşteri supramaturate.

În perioada de lăuzie femeile necesită o supraveghere deosebită. Un medic de familie trebuie să cunoască funcţia de lactaţie şi corecţia dereglărilor ei, să aprecieze just termenele şi mersul proceselor involutive ale organelor genitale feminine, să propună metode optime de contracepţie. Medicii de familie respondenţi au menţionat că posedă cunoştinţe insuficiente în aceste probleme. Totodată din răspunsurile lor rezultă că femeile în perioada de lăuzie practic dispar din câmpul lor de vedere şi numai în 46% din cazuri sunt consultate de un obstetrician-ginecolog, câte o singură dată.

Rămâne destul de înalt numărul de întreruperi de sarcină. Aşa, avortul la dorinţă a fost înregistrat în 42% cazuri, avorturi spontane – în 33%, avorturi criminale – 11%, întreruperile de sarcină după indicaţii medicale – 14% din cazuri. Influenţa nefastă a avorturilor asupra sănătăţii reproductive este certă, dar medicii de familie nu au la îndemână mecanisme de a contribui la micşorarea acestor indici.

Aşadar, datele prezentate denotă că un număr considerabil de medici de familie nu posedă cunoştinţe suficiente pentru o asistenţă medicală calificată a gravidelor la nivelul standardelor contemporane.

Analiza indicilor deservirii bolnavelor ginecologice a evidenţiat că sub supravegherea medicului de familie s-au aflat în medie 16,6 ±2,1% ginecopate. Cea mai largă răspândire o au maladiile inflamatorii pelvine – circa 56,8%. De asemenea, se înregistrează destul de frecvent dereglări ale ciclului menstrual – 15,2%, sterilitatea în căsnicie – 14,4%, maladii precanceroase ale organelor genitale feminine – 13,6% etc.

Pentru medicii de familie respondenţi conduita ginecopatelor a prezentat anumite dificultăţi. Astfel, numai 27% din ei cunosc algoritmul examinării bolnavelor ginecologice. Majoritatea dintre ei au menţionat, că nu cunosc suficient de bine investigaţiile necesare şi criteriile de apreciere a datelor clinico-anamnestice, datelor examenului de laborator, testelor de diagnostic funcţional, rezultatelor examenului ultrasonografic al organelor genitale etc. Un anumit număr de ginecopate suprasolicită consultaţia medicului-ginecolog în planul păstrării sau îmbunătăţirii sănătăţii lor reproductive.

Medicii de familie s-au pronunţat pentru instruirea în problemele de bază ale ginecologiei. Această cerinţă se impune şi din motivul că un obiectiv important al activităţii medicului de familie constă în aplicarea măsurilor de profilaxie a patologiilor reproductive. Drept argument, medicii de familie incluşi în studiu au arătat că circa 91% din femeile pe care le îngrijesc, prezintă factori de risc pentru aceste patologii (nocivităţi profesionale - 10%, tabagism – 9%, narcomanie – 5% etc.).

Cunoştinţe absolut insuficiente posedă medicii de familie în special în profilaxia şi diagnosticul maladiilor oncologice ale organelor genitale feminine. Din studiul efectuat rezultă că fiecare al cincilea medic de familie a avut în anul precedent în sectorul lui de deservire bolnave cu stadii avansate de cancer genital.

Deşi ne-am referit anterior la numărul sporit de întreruperi de sarcină,studiul arată că medicii de familie respondenţi sunt relativ bine pregătiţi în problemele de planificare a familiei. Circa 71% din numărul celor intervievaţi pregătesc şi efectuează convorbiri individuale şi prelegeri tematice în rândurile populaţiei.

Din cele expuse, putem concluziona că în şirul de măsuri care au fost iniţiate pentru ameliorarea situaţiei în sistemul ocrotirii sănătăţii în republică, pregătirea şi perfecţionarea cadrelor pentru activitatea în acest domeniu are un rol hotărâtor.

În prezent în formarea medicului specialist este implementat un nou model conceptual „instruirea pe parcursul

întregii vieţi". Astfel, în faţa cadrelor didactice din sistemul de învăţământ superior medical stă problema de a satisface pe deplin necesităţile medicilor în cunoştinţe profesionale pe parcursul întregii lor activităţi.

Ţinând cont de necesităţile stringente ale ţării în sistemul de acordare a asistenţei medicale mamei şi copilului, considerăm că urmează a fi revizuit standardul curricular al specialităţilor „Medicina de familie" şi „Obstetrică şi ginecologie", actualizată tematica modulelor de perfecţionare a medicilor,

În procesul de studii studenţii, rezidenţii şi medicii specialişti trebuie familiarizaţi cu prevederile Politicii naţionale de sănătate pentru anii 2007-2021, în care un rol primordial se acordă sănătăţii tinerii generaţii. Cursurile şi lecţiile practice trebuie axate pe Direcţiile strategice de menţinere a sănătăţii reproductive, care sunt trasate în Strategia naţională a sănătăţii reproducerii (2005).

Cadrul profesoral-didactic trebuie să acorde o atenţie sporită promovării „Maternităţii fără risc", care presupune evaluarea, îngrijirea şi excluderea riscurilor preconcepţionale, prevenirea sarcinilor nedorite sau cu risc înalt, evitarea avorturilor ilegale sau efectuate în condiţii nesigure, reducerea mortalităţii şi morbidităţii materne şi ameliorarea sănătăţii nou-născuţilor, accesul la informaţie şi asistenţă calificată pe parcursul perioadei gestaţionale, intranatale şi postnatale. (OMS, 1994).

În prezent nu numai manualul trebuie să fie sursa de bază pentru acumularea cunoştinţelor în domeniu, dar şi Ghidurile Clinice Internaţionale, protocoalele clinice instituţionale aprobate în baza unor studii multicentrice efectuate de specialişti în domeniu de talie internaţională. Aceste Ghiduri ca parte componentă a Medicinei bazate pe dovezi, servesc pentru a spori calitatea asistenţei medicale în sistemul sănătăţii reproducerii.Totodată, implementarea Medicinei bazate pe dovezi presupune armonizarea experienţei individuale a fiecărui medic practician cu cele mai performante dovezi clinice bazate pe rezultatele cercetărilor sistematizate.

În legătură cu extinderea posibilităţilor de aplicare a noilor tehnologii informaţionale în procesul de studii se impune de a schimba şi formele tradiţionale de instruire prin educaţia la distanţă a medicilor. În paralel cu aceasta, implementarea telemedicinii consultative ca mijloc contemporan de apreciere a diagnosticului şi tratamentului pacientelor din localităţile îndepărtate ar servi nu numai ca un suport în sistemul de asistenţă medicală, dar şi ca un mijloc suplimentar de instruire a cadrelor medicale.

În medicina de familie, conlucrarea cu specialiştii obstetricieni-ginecologi în practica cotidiană trebuie să se perfecţioneze continuu urmărindu-se integrarea interdisciplinară, cu organizarea ciclurilor tematice în care să prevaleze tematica ocrotirii sănătăţii reproductive.

Bibliografie

1.Tintiuc D., Moraru C., Pascal V. Perfecţionarea serviciilor primare de sănătate în opinia medicilor de familie. Anale ştiinţifice ale USMF.- 2002. P. 509-513

2.Restian A. Bazele medicinii de familie. Editura medicală, Bucureşti, 2001. – p.315

3.Stratulat P., Bivol O., Strătilă M., Berdaga V., Curteanu A., Bologan I.

Evaluarea rezultatelor implementării tehnologiilor programului naţional de ameliorare a asistenţei medicale perinatale în Republica Moldova // Buletin de perinatologie. 2002. N3. P.3-41.

4. Гусарова Г., Павлов В., Линева О., Антимонова М. Охрана репродуктивного здоровья в практике семейного врача. Самара. 2001. 61 с.

Ольга Чернецки

ПОДГОТОВКА КАДРОВ – РЕШАЮЩИЙ ФАКТОР В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

В работе представлены основные современные требования к подготовке и усовершенствованию врачей работающих в системе охраны материнства и детства. На базе анкетирования 275 семейных врачей выявлены их недостаточные знания в этой области и аргументированы необходимость и пути совершенствования их подготовки в области репродуктивного здоровья.

Olga Cernetschi

STAFF TRAINING - LEADING FACTOR IN THE PROTECTION SYSTEM OF MOTHER AND CHID HEALTH

Includes basic modern requirements for the training and impruvment of skills of the doctors activating in this field.

Recepţionat 12.11.2008

Veaceslav Moşin

ROLUL REPRODUCERII ASISTATE ÎN TRATAMENTUL INFERTILITĂȚII

Profesor universitar, director centrul național de sănătate a reproducerii şi genetică medicală

Infertilitatea constituie o problemă medico-socială de importanţă majoră pentru toate țările lumii, inclusiv pentru Republica Moldova. Conform datelor OMS 10-15% din cupluri suferă de infertilitate. Studii recente arată o creştere considerabilă a ratei infertilității în ultimii ani. Se consideră că actualmente mai mult de 25% din cupluri suferă de infertilitate. Principalii factori ce condiționează această creştere a infertilității sunt: sporirea incidenței bolilor cu transmitere sexuală, avortul efectuat în condiții nesigure, planificarea tardivă a sarcinii (după 30 ani), fumatul, consumul abuziv de alcool şi înrăutățirea situației ecologice.

Actualmente una din cele mai efective metode de tratament al cuplului infertil este reproducerea asistată. După cum se ştie, primele experimente de Fertilizare In Vitro (FIV) au fost efectuate în Marea Britanie sub conducerea profesorilor Patrick Steptoe şi Robert Edwards încă 30 ani în urmă. Ca rezultat, în 1978 s-a născut Louise Brown, primul copil conceput "în eprubetă". De atunci, metoda FIV de tratament a infertillității a căpătat o răspândire largă în multe țări europene, iar numărul copiilor născuți prin metoda FIV creşte de la un an la altul, fiind deja de ordinul milioanelor. În SUA prima reuşită a metodei FIV a fost raportată în 1981. În fosta URSS primul copil conceput prin metoda FIV s-a născut în anul 1986, în Ucraina – în 1991. România a raportat despre naşterea primului copil obținut prin reproducerea asistată în 1996.

Anual în Europa se efectuează aproximativ 400000, iar în SUA peste 100000 proceduri FIV. În țările din Europa de Vest se efectuează peste 2000, iar în Istrael peste 3000 de proceduri FIV la 1 mln de locuitori. Se estimează că cel puțin 3 mln de copii s-au născut până în prezent datorită metodei FIV.

Experimentele pentru implementarea metodei FIV în Republica Moldova au început în anul 1995 în secția de reproducere umană şi genetică medicală a ICŞOSMC, odată cu procurarea aparatajului necesar. La început prelevarea oocitelor se efectua prin laparoscopie, fapt ce împiedica folosirea mai largă a metodei. Prima sarcină obținută prin metoda FIV a fost la finele anului 1995 şi s-a soldat cu sarcină ectopică. Sarcina ulterioară a fost obținută la o femeie de 36 ani din suburbia oraşului Chişinău, care timp de 10 ani nu avea copii. Evoluția sarcinii a fost fără particularități deosebite şi femeia în decembrie 2006 a născut un băiat cu greutate 3500 g., care a fost numit Petru (o coincidență semnificativă cu numele profesorului Petru Stratulat, care a contribuit mult la implementarea efectivă a acestei metode la noi în țară). Folosirea mai largă a metodei FIV s-a început din anul 1997, odată cu implementarea ultrasonografiei transvaginale în monitorizarea ciclurilor de stimulare şi prelevare a oocitelor. Un moment important în sporirea eficienței reproducerii asistate a fost aplicarea schemelor de stimulare a ovulației cu includerea agoniştilor GnRH: Decapetyl (anul 2001) şi antagoniştilor GnRH: Cetrotide (anul 2004). Odată cu implementarea injectării intracitoplasmatice a spermatozoizilor (anul 2007) a sporit eficiența metodei FIV în caz de patospermie severă.

Experiența acumulată pe parcursul a mai mult de 12 ani de activitate ne permite a releva progresele obținute, lacunele şi lecțiile însuşite pentru a formula concluzii şi recomandări relevante pentru implementarea mai efectivă a acestei metode în practica medicală.

În acest scop a fost realizată o analiză retrospectivă a 1052 cazuri fertilizare in vitro în cadrul Centrului Național de Sănătate a Reproducerii şi Genetică Medicală. În cadrul ei s-a apreciat eficacitatea metodei FIV raportată la cauzele de bază ale infertilității şi metodele de stimulare hormonală, s-au evidențiat factorii ce afectează succesul procedurii şi s-au evaluat posibilitățile de îmbunătățire a rezultatelor FIV.

Analizând dinamica şi indicațiile pentru recurgerea la procedura FIV din momentul implementării metodei, putem constata că inițial la metoda FIV recurgeau femeile cu trompele falopiene blocate sau înlăturate. Ulterior, odată cu creşterea eficacității metodei, a sporit randamentul folosirii FIV în rândurile cuplurilor în care, femeile sufereau de ocluzie tubară, disfuncție hormonală, endometrioză, iar bărbații de patospermie. Aceasta a permis ca reproducerea asistată să devină principala metodă de tratament a cuplului infertil.

Cercetările efectuate de noi demonstrează, că metoda FIV are o rată de succes mult mai înaltă decât metodele tradiționale de tratament. Totodată eficiența reproducerii asistate depinde de cauza infertilității.

Se ştie că cel mai important factor etiologic al infertilității este cel tubo-peritoneal. Studii prospective şi retrospective recente au demonstrat că tratamentul conservator şi endoscopic al infertilității de origine tubară are o eficacitate mult mai joasă decât se considera anterior. Astfel, în caz de obstrucție a trompelor uterine în regiunea istmică restabilirea funcției reproductive este foarte dificilă. Tratamentul operator doar rareori se soldează cu succes, iar hidrotubațiile intrauterine au efect numai în caz de spasm istmic sau permeabilitate parțială a trompelor uterine.

Mult timp au fost supraapreciate posibilitățile tratamentului conservator şi operator în cazul obstrucțiilor tubare în regiunea ampulară. S-a demonstrat că în hidrosalpinxuri cu afectarea aparatului fimbrio-ciliar rata de fertilitate după tratamentul complex, inclusiv cu aplicarea chirurgiei endoscopice nu depăşeşte 10%. De aceea mulți savanți consideră că în caz de inflamație pelviană cu afectare gravă a permeabilității trompelor uterine FIV constituie cea mai potrivită metodă de tratament al infertilității.

În acelaşi timp, în literatură sunt date care relatează că

prezența hidrosalpinxului influențează negativ rezultatele FIV, iar tubectomia bilaterală, înainte de procedura FIV, sporeşte şansele de obținere a sarcinii.

Cercetările efectuate de noi au demonstrat că secretul hidrosalpinxului constituie un mediu biologic extrem de imunogen, ce conține o concentrație foarte înaltă de citochine proinflamatorii, anticorpi antichlamidieni anti-cHSP60 şi un dezechilibru al imunității T-helper: Th1/Th2, cu sporirea fracției Th1. De asemeni, secretul tubar suferă modificări biochimice importante, caracterizate, pe de o parte, prin avansarea pH-lui şi a nivelului de bicarbonați şi, pe de altă parte, prin scăderea osmolarității, a concentrației de calciu, glucoză şi de lactați. Acest dezechilibru biochimic tubar creează condiții nefavorabile pentru fertilizare şi pentru dezvoltarea embrionară: insuficiență de substanțe nutritive, mediu alterat şi toxic. Considerăm că această disfuncție imunologică citochinică locală e responsabilă de lipsa efectului chirurgiei laparoscopice şi de eşecurile reproducerii asistate la femeile cu hidrosalpinx bilateral. Acest fapt este confirmat şi de rezultatele clinice obținute de noi. Eficiența metodei FIV la pacientele cu hidrosalpinx a fost de numai 4%. La pacientele la care trompele uterine au fost înlăturate sau ligaturate înainte de procedură eficiența programului FIV a fost similară grupei de paciente cu trompele uterine neafectate (40,9%).

S-au lărgit considerabil indicațiile pentru efectuarea FIV la femeile cu endometrioză. Patomecanismul sterilității în caz de endometrioză include mai multe verigi: formarea aderențelor tubo-ovariene, afectarea transportului tubar, lichidul peritoneal devine toxic pentru gameți/embrion, dereglarea funcției ovulatorii. De aceea obținerea sarcinii la femeile cu endometrioză este foarte problematică.

Conceptul de bază al tratamentului (blocarea ovulației şi eliminarea secvenței menstruale) este de fapt în contradicție cu doleanțele pacientelor cu endometrioză de a obține o sarcină. Adeseori tratamentul endometriozei durează ani în şir, în acelaşi timp problema restabilirii fertilității rămânând nesoluționată. Luând în considerare multitudinea şi diversitatea dereglărilor sistemului reproductiv în caz de endometrioză, actualmente se consideră că metoda FIV poate fi aplicată cu succes şi la această categorie de femei. Rezultatele reduse ale metodei FIV obținute de noi în caz de endometrioză ovariană cu formare de chisturi (18,6%) pot fi explicate în mare măsură de reducerea rezervei ovariene şi calitatea proastă a embrionilor căpătați. Experiența acumulată de noi ne permite de a recomanda evacuarea chisturilor ovariene cauzate de endometrioză prin puncție sub ghidaj ultrasonor în ciclurile ce anticipează efectuarea FIV.

Polichistoza ovariană este o cauză destul de răspândită a infertilității. S-a demonstrat că atât rezecția ovarelor cât şi endocoagularea capsulei ovariene duc la restabilirea funcției reproductive în 25-30% cazuri. Există însă un lot impunător de paciente la care nici intervenția chirurgicală, nici stimularea ovulației cu antiestrogeni (clomifen) sau gonadotropine nu permit obținerea unei sarcini. În ultimii ani în literatură au apărut date despre aplicarea cu succes a metodei FIV în tratamentul polichistozei ovariene. Aplicarea reproducerii asistate la femeile cu polichistoză ovariană este de perspectivă, deoarece, spre deosebire de tratamentul chirurgical, nu diminuează rezerva ovariană. Conform datelor noastre, rata obținerii sarcinii în caz de polichistoză ovariană este destul de înaltă (28,7%). Chiar dacă procedura FIV nu se soldează cu obținerea unei sarcini, în ciclurile menstruale ulterioare la multe femei se constată o normalizare a funcției ovulatorii ce poate favoriza obținerea spontană a gravidității.

Majoritatea publicațiilor în domeniul reproducerii asistate menționează că vârsta avansată a pacientei este un factor destul de important ce micşorează şansele la procreare, inclusiv prin metoda FIV. Acest lucru este confirmat şi de rezultatele obținute de noi. La pacientele din grupa de vârstă de până la 29 ani rata succesului programului FIV a fost de 46,9%, indice cu mult mai înalt, comparativ cu grupa după 40 ani (15,4%). Acest fenomen e explicat prin aceea că cu vârsta scade rezerva ovariană, micşorându-se atât numărul cât şi calitatea oocitelor căpătate, ce influențează capacitatea de fertilizare a oocitelor şi rezultatele embriotransferului. Se consideră, de asemenea, că vârsta înaintată a pacientei reduce receptivitatea endometrială şi micşorează rata implantării embrionilor.

Calitatea spermei de asemenea e un factor determinant al eficienței programului FIV. Patospermia implică deficiențe în fecundarea spontană a oocitului. În legătură cu aceasta o direcție de perspectivă e aplicarea metodei de injectare intracitoplasmatică a spermatozoizilor (ICSI), care permite obținerea sarcinii cu ajutorul spermei soțului, chiar şi în cazuri foarte severe ale patospermiei. Rezultatele obținute de noi au demonstrat că metoda ICSI sporeşte eficiența metodei FIV nu numai în caz de patospermie masculină, dar şi la pacientele cu polichistoză ovariană şi endometrioză. Noi explicăm acest fenomen prin faptul că la pacientele cu polichistoză ovariană şi endometrioză are loc îngroşarea membranei oocitelor, fapt ce împiedică procesul de fertilizare.

Schema de stimulare a ovulației este un alt factor cu implicații directe asupra eficacității programului FIV. Astfel, eficacitatea procedurii e cea mai înaltă în lotul de tratament cu agoniści GnRH (Decapeptyl) administrați împreună cu gonadotropine după protocolul lung (42,3%) şi cel cu gonadotropine (Menopur) împreună cu antagoniści (Cetrotide) (40,4%) comparativ cu femeile ce au folosit agoniści după protocolul scurt (25,0%), numai gonadotropine (23,7%), gonadotropine împreună cu clomifen (20,3%), clomifen (19,4%) şi ciclu natural (20,8%). Totodată, se va în considerare că rata de cicluri stopate din cauza dezvoltării foliculare, sau lipsei oocitelor în cultura foliculară prelevată a fost mai mare în ciclul natural (48%), stimularea ovulației cu clomifen (26%), stimularea ovulației cu clomifen şi gonadotropine (12%). Rezultatele obținute de noi ne permit să concluzionăm că cele mai potrivite scheme de stimulare a ovulației în cadrul programului FIV sunt schemele cu agoniści (Decapeptyl) şi antagoniści (Cetrotide). Se poate recomanda folosirea metodei FIV în ciclurile naturale la femeile cu funcție ovulatorie neafectată.

La rândul nostru considerăm că rezultatele tratamentului infertilității pot fi îmbunătățite dacă metoda FIV va fi aplicată nu doar atunci când alte metode de tratament al cuplului infertil sunt inefective, ci şi ca o metodă de bază în tratamentul cuplului infertil. În acest caz ea va fi aplicată în primii ani de infertilitate, dar nu la o vârstă avansată după 35 ani, când potențialul procreativ al femeii este foarte scăzut.

O altă posibilitate este de a înlătura factorii nefavorabili ce ar putea influența succesul FIV: ligaturarea trompelor uterine în caz de patologie tubară distală, histeroscopie

în caz de suspecţii la o patologie endometrială, înlăturarea chisturilor ovariene şi foliculilor restanţi în ciclul de pregătire către procedura FIV.

De asemeni, o importanţă deosebită trebuie acordată schemei de stimulare hormonală. Prioritate o au schemele cu agonişti conform protocolului lung şi cea cu antagonişti în protocolul scurt.

Devin tot mai populare schemele moderate de stimulare a ovulaţiei cu antagonişti, sau efectuarea FIV în ciclul spontan. Această abordare ar putea micşora riscurile de hiperstimulare ovariană, caracteristice protocolului lung cu antagonişti.

Concluzii/lecţii însuşite

1. Programul FIV este o metodă destul de efectivă în tratamentul infertilităţii. Cele mai bune rezultate ale procedurii FIV pot fi obţinute la femeile cu vârsta sub 35 ani ce nu au patologie tubară, cu ciclu menstrual regulat, uter fără patologie, normospermie la soţ.

2. Insuccesul procedeului FIV în mare măsură e determinat de vârsta avansată a femeii, patologia tubară (obturarea trompelor în regiunea ampulară, în special cu formarea hidrosalpinxului), endometrioza ovariană, patologia uterină, patospermia severă.

3. Cele mai potrivite scheme de stimulare a ovulaţiei în cadrul programului FIV sunt cele cu gonadotropină menopauzală (Menopur) cu agoniştii GnRH (Decapeptyl) după protocolul lung şi cu gonadotropină menopauzală sau recombinantă (Gonal F) împreună cu antagoniştii GnRH (Cetrotide).

Oportunităţi/perspective

1. Reproducerea asistată va fi recomandată ca metodă de bază de tratament al infertilităţii, la vârstă reproductivă sub 35 ani.

2. La etapa pregătitoare către procedura FIV se va exclude/trata infecţia urogenitală, iar în caz de obstrucţie tubară distală, în special cu formarea de hidrosalpinx se va recurge la tubectomie/ligaturare/clemare a trompelor uterine.

3. Pentru excluderea unei patologii endometriale se va folosi mai larg histeroscopia şi teste imunologice pentru depistarea dereglărilor imunologice implantaţionale.

4. Se va acorda preferinţă în stimularea superovulaţiei schemelor de tratament hormonal cu agonişti şi antagonişti.

5. Se va recurge la metoda de inceminaţie intracitoplasmatică (ICSI) în caz de patospermie severă masculină, endometrioză şi polichistoză ovariană.

Bibliografie

1. **Ajonuma, L.C., Yu Ng, E.H., Chan, H.C.** New insights into the mecanisms underlying hydrosalpinx fluid formation and its adverse effect on IVF outcome. Human Reproduction Update, 2002, vol.8, no. 3, p. 255-264.

2. Balen A.H., Rutherford A.J. Management of infertility. Clinical Review. BMJ 2007;335:608-611

3. **Bedaiwy, M.A., Golberg, J.M., Singh, M.** Relationship between oxidative stress and embryotoxicity of hydrosalpingeal fluid . Human Reproduction, 2002, vol. 17, no. 3, p. 601–604.

4. **Chan, L.Y., Chiu, P.Y., Cheunng, L.P.** A study of hydrosalpinx fluid using a whole rat embryo culture model. Human Reproduction, 2003. vol. 18, no. 5, p. 955-958.

5. **Derman S., Seifer D.** In Vitro Fertilization in the Older Patient //Current Women's Health Reports 2003, Vol. 3, pp. 375-383.

6. **Edwards RG**. The history of assisted human conception with especial reference to endocrinology. Exp Clin Endocrinol Diabetes 1996;104:183-204

7. **ESHRE** Consortium data collection V: cycles from January 2002 to December 2002 with pregnancy follow-up to October 2003. Hum Reprod 2006, Vol. 21, pp. 3–21.

8. **Falcone T., Hurd W.W.** Clinical Reproductive Medicine and Surgery. Mosby, Elsevier. 2007. p.507-524

9. **Johnson, N.P., Mak, W., Sowter, M.C.** Laparoscopic salpingectomy for women with hydrosalpinges enhances the success of IVF: a Cochrane review. Human Reproduction, 2002, vol. 17, no. 3, p. 543-548.

10. **Homburg R.** The management of infertility associated with polycystic ovary syndrome// Reproductive Biology and Endocrinology 2003, Vol.1, p.109

11. **Strandel, A., Lindhard, A**. Why does hydrosalpinx reduce fertility?The importance of hydrosalpinx fluid. Human Reproduction, 2002, vol. 17, no. 5, p. 1141-1145.

12. Tarlatzis B., Zepiridis L., Grimbizis G., Bontis J. Clinical management of low ovarian response to stimulation for IVF: a systematic review // Human Reproduction Update, 2003, Vol.9, No.1 pp.61-76

13. **World Health Organization. (2002)** In Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD (Eds.). Current Practice and Controversies in Assisted Reproduction. 2002, Vol. 99, pp. 19–22.

14. **Wright VC, Schieve LA, Reynolds MA, Jeng G.** Assisted Reproductive Technology Surveillance, United States, 2002. MMWR Surveillance Summaries 2005 Vol. 3, N.54, pp.1–24.

В. Мошин

РОЛЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ РЕПРОДУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ

В статье представлены результаты лечения бесплодия с помощью методов вспомогательной репродукции. Были проанализированы факторы, влияющие на результаты экстракорпорального оплодотворения. Было выявлено, что женщины в возрасте после 35 лет, с гидросальпинксом, патологией эндометрия, патоспермией, имеют самые низкие показатели наступления беременности. Наилучшие результаты были получены при стимуляции овуляции с помощью агонистов и антагонистов ГнРГ.

Veaceslav Mosin

THE ROLE OF ASSISTED REPRODUCTION IN THE TREATMENT OF INFERTILITY

In this article are showed the results of treatment of the infertility by assisted reproduction method. The factors affecting the IVF outcome were analyzed. It was found that women with age after 35 years, with hydrosalpinges, endometrial pathology and pathology of male sperm have less chances of pregnancy after IVF treatment. The highest pregnancy rate was obtained with agonists and agonist's protocol.

Recepţionat 10.11.2008

© Eva Gudumac, I. Fuior, V. Babuci, V. Petrovici, Aliona Bîrsan, Ş.Samciuc

Eva Gudumac, I. Fuior, V. Babuci, V. Petrovici, Aliona Bîrsan, Ş.Samciuc

ROLUL CIRCULAȚIEI FETO-PLACENTARE ÎN EVOLUȚIA POSTNATALĂ ÎN HERNIILE DIAFRAGMATICE CONGENITALE LA COPIL

Catedra de chirurgie pediatrică a USMF "Nicolae Testemițanu"
(şef catedră - Academician al AŞM, dr.hab.med., prof.universitar Eva Gudumac)
IMSP ICŞDOSM şi C. Laboratorul de morfopatologie (şef laborator – dr. în medicină, Lilia Siniţîn)

Actualitatea problemei. Hernia diafragmatică congenitală reprezintă o malformație congenitală ce se dezvoltă ca rezultat al dereglărilor embriogenetice în primele 8-12 săptămâni de gestație, fiind asociată cu anomaliile cardiace, vasculare, renale, anorectale, genitale, scheletice în 40% cazuri, precum şi întâlnită în componența unor sindroame cromozomiale, înregistrate în 10-34% cazuri [9]. Conform statisticilor contemporane, incidența malformației oscilează de la 1:2500-3000 de nou-născuți vii [2]. În lume la fiecare 24-36 de ore se naşte un copil cu hernie diafragmatică congenitală [7]. Embriologia herniei diafragmatice nu este pe deplin clară, pentru că este greu de explicat apariția diferitor tipuri ale malformării.

De remarcat că hernia diafragmatică congenitală nesupusă tratamentului chirurgical în 50% din cazuri se soldează cu deces în primele zile de viață, iar în 75% cazuri pe parcursul primei luni [12]. Totodată se înregistrează un număr semnificativ de cazuri de mortalitate antenatală sau în primele ore de viață [8]. Cea mai frecventă cauză de mortalitate sau evoluție postoperatorie dificilă o constituie anomaliile congenitale multiple. Marea majoritate a autorilor susțin ideea corecțiunii chirurgicale amânate în hernia diafragmatică congenitală, după o perioadă de stabilizare preoperatorie [6].

Studiile recente demonstrează că starea nou-născutului, inclusiv celui cu malformații congenitale, în mare măsură depinde de evoluția perioadei pre- şi perinatale. Un factor decisiv care determină embriogeneza şi influențează dezvoltarea ontogenetică a fătului şi evoluția perioadei postnatale este starea morfofuncțională a placentei – circulației feto-placentare, veriga principală de care depinde starea biologică a două organisme în sistemul mamă-placentă-făt [1, 14]. Se ştie că hemodinamica placentei şi a fătului au o bază anatomică comună, ce include rețeaua vasculară placentară (vilozitară), vasele sangvine ombilicale şi sistemul cardiovascular fetal [3].

Tulburările circulatorii în rețeaua vasculară feto-placentară sunt studiate incomplet, fiind elucidate numai unele fragmente, cu predilecție fiind determinate doar dereglările hemodinamice la nivel de cordon [13]. Examinarea placentei şi a particularităților morfopatologice ale ei permite nu numai stabilirea prognosticului stării nou-născutului, dar şi selectarea conduitei terapeutice în perioada postnatală [5]

Varietatea formelor anatomo-clinice ale herniilor diafragmatice congenitale, precum şi manifestările clinico-evolutive ale maladiei impun necesitatea unei analize profunde a particularităților structurale şi morfo-funcționale ale circulației feto-placentare în cadrul herniei diafragmatice congenitale prin efectuarea unui studiu morfologic complex.

Scopul studiului a fost estimarea particularităților circulației feto-placentare la copiii cu hernie diafragmatică congenitală şi a rolului ei în stabilirea unui diagnostic cert preoperatoriu, evaluarea manangementului medico-chirurgical şi a prognosticului postoperator.

Materiale şi metode: Clinica de Chirurgie pediatrică a Centrului Național „N. Gheorghiu" a acumulat, în decursul anilor 2002-2008, o experiență semnificativă care permite analiza modificărilor morfopatologice ale placentelor din 18 naşteri din ICŞDOSM şi C, la termenele de gestație 29-41 săptămâni (8 premature şi 10 la termen) la copii cu hernie diafragmatică congenitală (13-falsă, 5-eventrație diafragmatică) şi rezultatelor investigațiilor morfologice a 15 pacienți decedați (9 băieței, 6 fetițe) în primele 10 zile de viață. În 47 % cazuri hernia diafragmatică congenitală a fost asociată cu malformații congenitale multiple de sistem.

Loturile de studiu au fost selectate după criteriul de vârstă, suportarea intervenției chirurgicale şi rezultatele postoperatorii:

lotul I – nou- născuții (10 cazuri) cu hernie diafragmatică congenitală (falsă (6), eventrație (4)), decedați în primele ore de viață (10 minute-24 ore), fără intervenție chirurgicală;

lotul II – nou-născuții (5 cazuri) cu hernie diafragmatică congenitală supuşi intervenției chirurgicale cu survenirea decesului în 1- 3 zile postoperatorii;

lotul III – 3 copiii cu hernie diafragmatică congenitală, supuşi intervenției chirurgicale cu rezultate pozitive.

După criteriul de maturitate malformația a prelevat în grupul nou-născuților la termen 10 cazuri (55,6 %), grupul prematurilor 8 cazuri (44,4%) cu ponderea majoră a herniei diafragmatice congenitale false şi în cadrul malformațiilor congenitale multiple de sistem 47%. După repartiția pe sexe: 11 băieți şi 7 fete. De menționat că, în majoritatea cazurilor, predomina clinica insuficienței respiratorii severe, cu sindrom de hipertensiune pulmonară şi dereglări de circulație periferică cu divers grad de insuficiență cardiacă.

Examinările morfopatologice au fost efectuate prin aplicarea metodelor de macroscopie şi morfometrie (organometrie, macrometrie) şi studiilor histologice. Material pentru studiu a servit specimeni tisulari prelevaţi din placentă, cordon, membrane (9-12 specimene) şi intranecropsic prelevate din organele impplicate în patologie (30-35) cu utilizarea sol. fixatorie - formol 10% şi a metodelor de colorație uzuală cu hematoxilin-eozină, van Gieson şi histiobacterioscopice cu azur-eozină.

Analiza rezultatelor. Investigaţiile morfopatologice au permis evidenţierea particularităţilor anatomo-structurale şi proceselor patologice depistate în cadrul herniei diafragmatice congenitale la nivel de sistem feto-placentar, organ, ţesut, celulă. A fost constatată o diversitate macromicroscopică de modificări ale sistemului feto-placentar cu implicarea în divers raport a reţelei vasculare feto-placentare.

În cadrul examinărilor macroscopice şi de morfometrie ale placentelor (tab.1), s-a constatat o deviere joasă a coeficientului feto-placentar cu predilecție în lotul prematurilor, oscilând între 0,11-0,19 (75,0%), ceea ce indică prezenţa unei disfuncţii placentare persistente, care în mare măsură este determinată de existenţa unui proces patologic în sistemul mamă-placentă-făt, determinând diverse grade de anoxii şi de asfixie a nou-născutului. În 2 cazuri coeficientul feto-placentar a constituit 0,34-0,31, greutatea placentei fiind de 600,0 şi 900,0 g, depăşind norma cu 0,15-0,20, ce reprezintă un risc major pentru perioadele intranatale şi postnatale. De asemenea în lotul copiilor născuţi la termen coeficientul feto-placentar era micşorat, în limitele de 0,10- 0,12, ceea ce constituie 60,0%. Vom remarca că, valoarea coeficientului feto-placentar micşorat precum şi coeficientul mărit pentru prematuri prezintă un risc major pentru hipoxemie intranatală cu un prognostic nefavorabil postnatal. Înregistrarea coeficientului feto-placentar scăzut la maturi determină starea gravă a copilului, ca rezultat al unei disfuncţii sau displazii în reţeaua circulatorie placentară cu consecinţe destul de grave în perioada postnatală [11].

Tabelul 1

Repartizarea particularităţilor de organometrie a placentei în funcţie de lotul de stidiu

Lotul de pacienţi		Termenul de gestaţie	Greutatea placentei (normală) 29–36 săpt. -275-536 g 37-41 săpt. - 430-600 g	CFP (normal) 0,31 – 0,19 0,19-0,13
I	Prematuri	*29-36 – 6 cazuri*	*320 - 380 g* *660 – 900 r*	0,11 – 0,19 (4cazuri) 0,34 - 0,41 (2 azuri)
	La termen	*38-40 – 4 cazuri*	345 – 470 *g*	0,12 (3cazuri) 0,13 (1 caz)
II	La termen	*38-40 – 4 cazuri*	*320 – 450 g*	0,10 – 0,12 (3 cazuri) 0,14 (1 caz)
III	Prematuri	*32-34 – 2 caz*	415 -420 g	0,15 (2 caz)
	La termen	*38-40 –2 cazuri*	*510 – 580 g*	0,14 – 0,16 (2 caz)

Macroscopic, indiferent de formele anatomo-clinice ale herniilor diafragmatice, s-au constatat malformaţii şi la nivelul placentei şi anexelor ei, cu valoarea modificărilor de formă (85 % cazuri), ca placentă monocorială biamniotică, placentă acreta, placentă bilobulară (fig.1) sau cu lobi accesori (1-3 lobi) (fig 2), hiperplazia placentei (900g), placentă circumvalată.

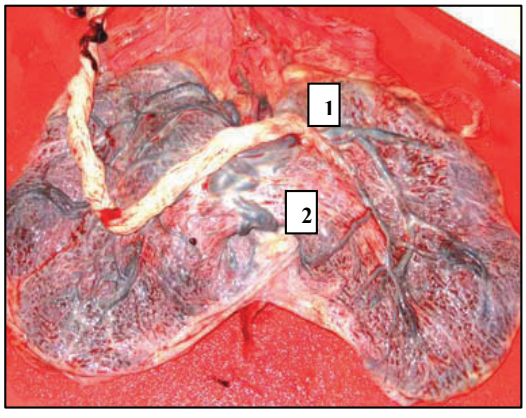


Fig.1. Placentă bilobulară:
1.Inserţie marginală a cordonului ombilical.
2. Puntea vascular tisulară.
Greutatea placentei 320 g
Termenul de gestaţie 36 săptămâni

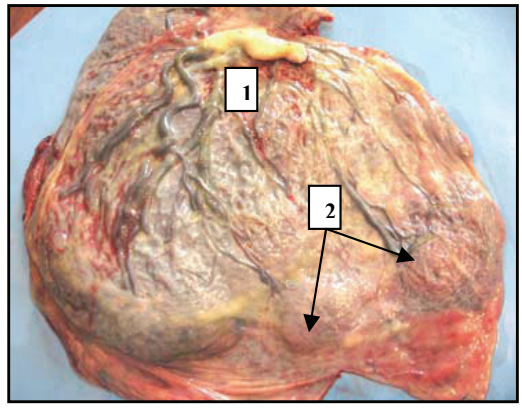


Fig.2. Placentă cu lobi accesorii
1.Inserţie marginală a cordonului ombilical.
2.Lobi accesorii.
Greutatea placentei 470 g
Termenul de gestaţie 38 săptămâni

Malformațiile anexelor, preponderent ale cordonului ombilical, s-au constatat în 68% cazuri, prezente prin inserție patologică de tip marginal (fig.3), periferic, membranar şi vilamentar (fig.4), în rest atestându-se diverse variații excentrice nesemnificative. În paralel cu devierile de inserție au fost înregistrate şi anomalii de lungime, cum sunt cordonul ombilical scurt, în limitele de 40 cm şi mai puțin (8 cazuri) şi cordonul ombilical lung până la 75 cm (2 cazuri).

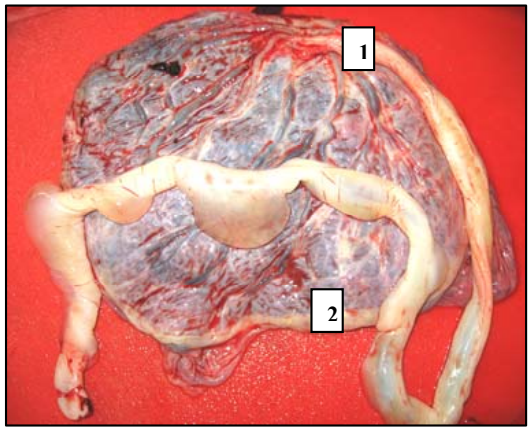


Fig.3. Anomalie de inserție :
1. Inserție marginală de cordon ombilical cu pseudochisturi fusiforme pe parcurs.
2. Cerc incomplet marginal pe suprafața fetală.
Greutatea placentei 415g.
Termenul de gestație 39 săptămâni

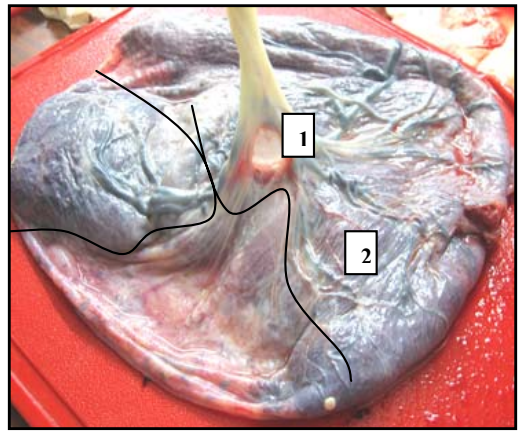


Fig.4. Anomalie de inserție :
1. Placentă în formâ de galetă cu lob accesoriu.
2. Inserție viloasă a cordonului ombilical. Greutatea placentei 415g.
Termenul de gestație 39săptămâni

De menționat că în paralel au fost constatate şi anomalii ale vaselor sangvine: anevrisme, dilatări varicoase segmentare sau totale ale unora din vase, mai frecvent a celor de tip venos (55% cazuri), formațiuni pseudonodulare şi diverticulare pe parcursul cordonului ombilical (în 25% cazuri), inclusiv a pseudochisturilor în gelatina Wharton. La suprafața fetală s-a determinat frecvent repartizarea haotică şi radiară a patului vascular cu dilatări varicoase focare şi anevrismale (în 93% cazuri), din care în 12% în lumenul vaselor de calibru mic erau prezenți trombi solitari. Suplimentar, în 34% cazuri au fost stabilite infarcte în corioanmionul placentar şi în aria parenchimului în zonele subcorioamnionale. Merită atenție formațiunile chistice solitare sau multiple depistate în corioamnion, frecvent cu comprimarea vaselor magistrale, unele din ele fiind căptuşite cu fluid hemoragic schimbat (fig.5,6). În 24% cazuri în corioamnionul placentar şi membranar s-au descoperit îngroşări focare cu diversă gamă coloră, inclusiv verzuie murdară cu prezența în focar a maselor meconiale dense.

Pe suprafața maternă au fost depistate infarcte difuze micro- (0,2 - 1,2 cm) şi macrofocare (3,0-5,0 cm), microcalcinate şi divers grad de hipoplazie a parenchimului placentar, atingând grosimi de 0,8-0,5 cm, cu macrostructură spongioasă pe contul infarctelor sau cu aspect cicatriceal retractil.

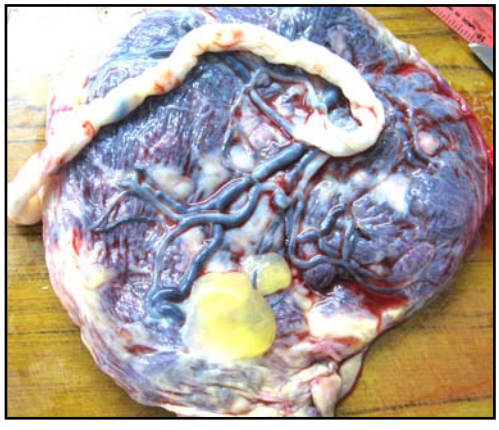


Fig.5. 1. Chist al corionului placentar.
2. Anevrism vascular în partea periferică.
Greutatea placentei 360 g.
Termenul de gestație 40 săptămâni

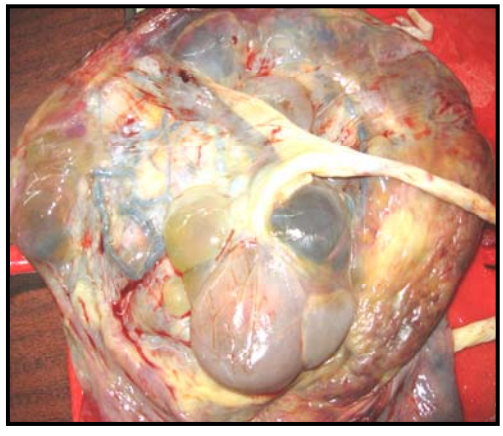


Fig.6. Chisturi multiple ale corioamnionului placentar postischemice şi complicate cu hemoragie.
Greutatea placentei 420 g.
Termenul de gestație 34 săptămâni

Prin urmare, putem afirma că unele aspecte macroscopice, inclusiv cele malformative n-au deviat în funcție de termenul de gestație sau de forma clinico-anatomică a herniei diafragmatice congenitale, dar sunt determinate de tulburările circulatorii intraplacentate apărute în diverse perioade de timp cu instalarea ulterioară a unor disfuncții placentare.

Investigațiile histologice efectuate pe placente şi anexe au pus în evidență diferite grade de maturizare al corionului vilos, manifestate prin persistarea vilozităților embrionare, avascularizate şi hipovascularizate sau modificări involutiv-distrofice de la minim până la avansate precoce cu elemente de scleroză şi hialinoză, microcalcinate cu diminuarea severă a barierei placentare, inclusiv în placentele din naşteri premature. În 26% cazuri din (15) loturile 1 şi 2 s-au determinat dereglări discirculatorii, aşa ca anevrisme ale spațiilor intervilozitare cu comprimarea corionului vilos.

În 6 cazuri erau prezenți trombi intervilari de diferite dimensiuni şi durată, deseori în stadii de organizare sau transformare chistică cu colaps perifocal (fig.7) şi zone deseminate afuncționale cu micşorare vădită a spațiilor intervilare, însoțite de diverse fenomene compensatorii, aşa ca migrația vaselor la periferia vilozităților şi modificări proliferative ale sinciţiului, ceea ce confirmă prezența sau instalarea insuficienței circulației fetoplacentare. În paralel cu acestea s-a relevat prezența infarctelor ischemice acute şi subacute micro- şi macrofocale atât în stadiul de distrucție necrotică cu viluizită şi interviluizită perifocală, cât şi în stadiul de organizare cu depuneri de calciu (fig.8).

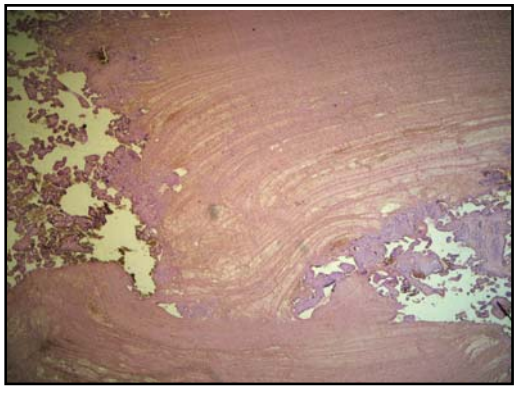


Fig.7 Tromboză masivă intraplacentară.
1. Tombi masivi interviloşi cu stuctură stratificată.
Coloraţie hematoxilină şi eozină. x 25

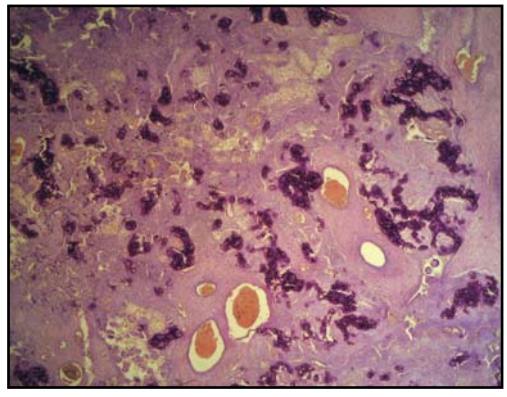


Fig.8 Disfuncție placentară.
1.Pseudoinfarct cu calcifiere focală.
2. Trombi eritrocitari intravasculari în vilozități.
Coloraţie hematoxilină şi eozină. x 25

Modificări semnificative au fost constatate la nivelul rețelei vasculare a corionului vilos, element de bază în circulația fetală intraplacentară, cu o importanță deosebită în hemodinamica circulației fetoplacentare. S-au evidențiat modificări morfofuncționale, aşa ca displazii vasculare sub formă de ectazii şi anevrisme ale componentului vascular venos, cu resecări de diferit grad la nivelul vilozităților intermediare şi angiomatoze focale în vilozitățile proximale (fig.9,10).

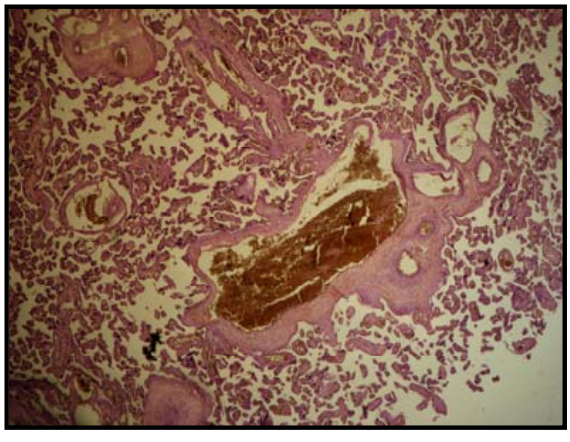


Fig.9. Modificări displastice ale venelor vilozităților intermediare:
Dilatări anevrismale ale venelor.
Coloraţie hematoxilină şi eozină. x 25

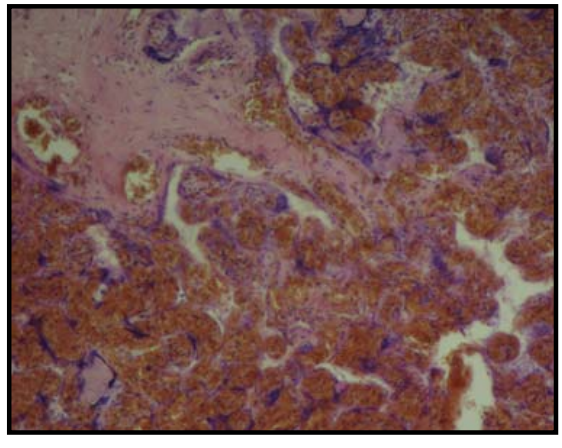


Fig.10. Hiperplazia compensatorie a capilarelor vilozitare.
Angiomatoza vilozităților terminale.
Coloraţie hematoxilină şi eozină. x 100

În 2 cazuri din lotul II erau modificări de tip tumoral sub formă de teratom matur şi hemangiom capilar nodular (fig.11). Atrage atenţie prezenţa calcinozei corionului vilos distal cu antrenarea peretelui vascular la diferit nivel cu distrucţia lui ulterioară şi prezenţa trombilor în stadiul de degenescenţă şi calcifiere (fig.12).

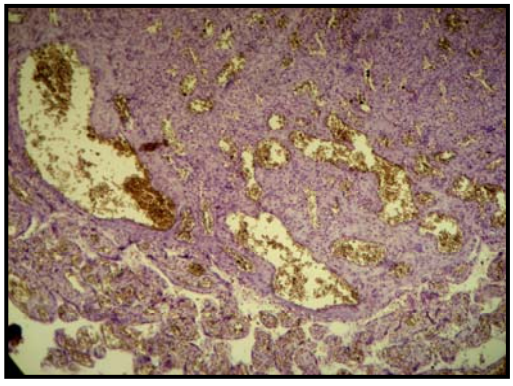


Fig.11. Hemangiom capilar cavernos nodular intraplacentar.. Coloraţie hematoxilină şi eozină x 100

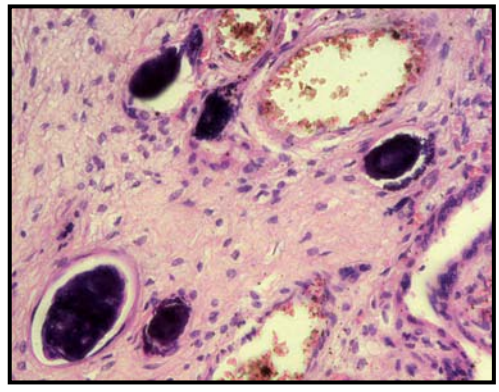


Fig.12. Trombocalcinate intravasculare în vilozităţile intermediare şi emboli calcificanţi. Coloraţie hematoxilină şi eozină x 200

În 10 cazuri s-a depistat prezenţa trombilor de hialină şi fibrină parietali, mai frecvent la nivelul vilozităţilor intermediare, precum şi tromboză parţială a spaţiilor vaselor de calibru mediu şi mic în corioamnionul placentar în 4 cazuri, dintre care în 3 cazuri de la copiii ce au suportat intervenţie chirurgicală în baza herniei diafragmatice congenitale false şi eventraţiei diafragmatice. Remarcat că în 63% cazuri cu referinţă la pacienţii din lotul 1 şi 2, în paralel cu cele menţionate mai sus, a fost depistată o tromboză parţială sau totală, preponderent în reţeaua venoasă, manifestată prin trombi de fibrină şi hialină (fig.13). În unele cazuri erau prezente leziuni distrofice de tip mucoid ale peretelui vascular. Tromboza intravasculară s-a constatat şi în vasele de calibru mic şi mediu ale corioamnionului placentar, ceea ce s-a observat inclusiv în reţeaua vasculară vilozitară în lotul copiilor cu suportarea intervenţiilor chirurgicale [3] în baza herniei diafragmatice congenitale false şi eventraţiei diafragmatice (fig.14) .

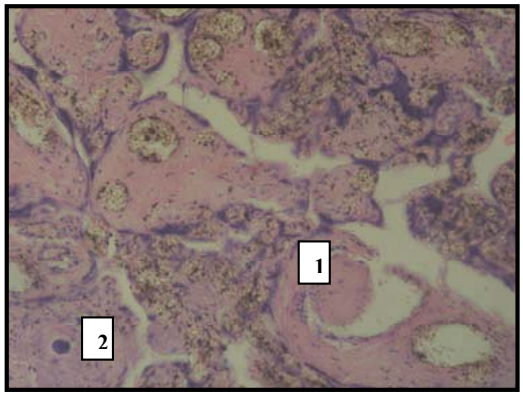


Fig.13. Trombo-emboli de origine diversă în reţeaua venoasă vilozitară. 1. De hialină. 2. Calcificant. Coloraţie hematoxilină şi eozină x 100

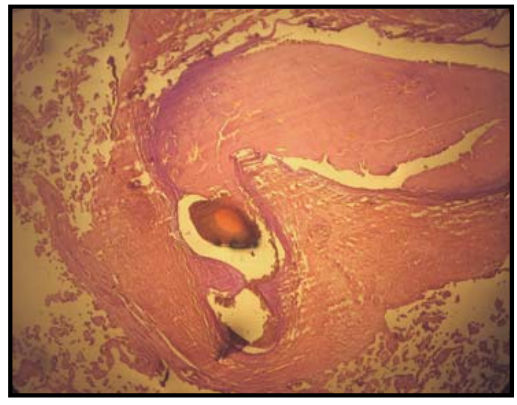


Fig.14. Tomboză segmentară cu obliterarea majoră a lumenului vasului de calibru mediu în corioamnion. Coloraţie hematoxilină şi eozină x 25

Pe suprafaţa membranelor şi cordonului ombilical erau prezente modificări sclerotice şi hialinoză a amnionului, precum şi calcificate focale şi ramificări papilomatoase. În vasele sangvine ombilicale erau prezente displazii de diferit grad atât în vene cît şi în artere. Într-un caz s-a înregistrat un vas arterial în plus în peretele vasului de bază. Aceste modificări sînt reacţii compensatorii ce se declanşează ca rezultat al hipoxiei intrauterine**.**

Pe lângă modificările discirculatorii şi displastice menţionate în majoritatea cazurilor (87%) au fost înregistrate modificări inflamatorii nespecifice de diferit grad: cronice – infiltrativ productive, subacute şi acute cu implicarea atât a membranelor placentare, cât şi a corioamnionului placentar, inclusiv spaţiile interviloase de tip abscedant sau granulomatos (fig.15,16,17). Cel mai frecvent au fost înregistrate modificările inflamatorii de tip ascendent, preponderent de caracter acut, manifestate prin infiltraţie leucocitară sau polimorfocelulară, uneori cu tendinţă spre microabcedare în aria corioamnionului membranic şi placentar cu antrenarea în divers raport a vaselor cordonului ombilical

[10]. În aceste cazuri s-au depistat tromboendovasculite şi tromboemboli la nivelul membranei coriomnionale precum şi în reţeaua vasculară venoasă şi arterială.

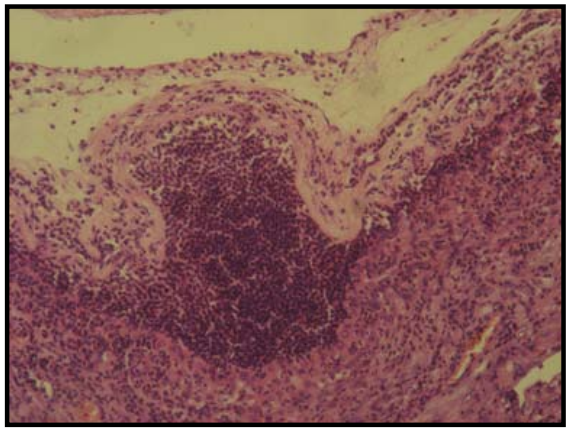


Fig.15. Membranită. Infiltraţie difuză a tuturor straturilor membranare cu abcedare la nivelul trofoblastului corionului neted. Coloraţie hematoxilină şi eozină x 100

Prin urmare, în baza celor constatate se poate remarca că prezenţa trombozei vasculare parţiale sau totale este determinată de diversitatea angiopatiilor atât displazice, ca rezultat al malformaţiei feto-placentare din start, cât şi ca rezultat al factorilor toxici în consecinţa proceselor degenerative din infarctele placentare, precum şi urmare

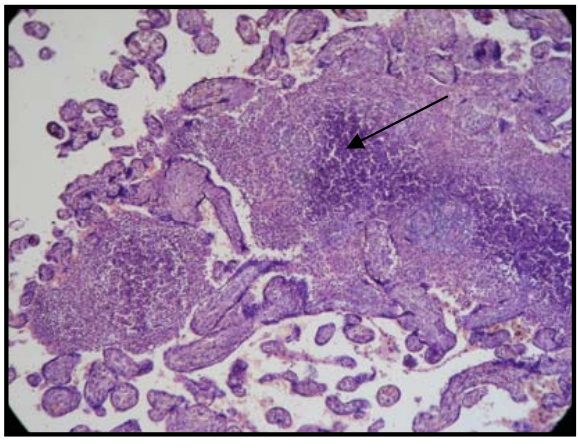


Fig.17. Intervilezită abcedantă
Coloraţie hematoxilină şi eozină x 25

În cadrul necropsiilor nou-născuţilor decedaţi cu hernie diafragmatică congenitală în majoritatea cazurilor s-au constatat dereglări discirculatorii sub formă de hemoragii focare, profuze, locale uni- sau poliorganice, cu preponde-

În două cazuri embolii erau localizaţi în lumenul arterei ombilicale, examinarea cărora prin metoda azur-eozină a depistat microcolonizări micotice în aria membranelor amniotice (fig.18).

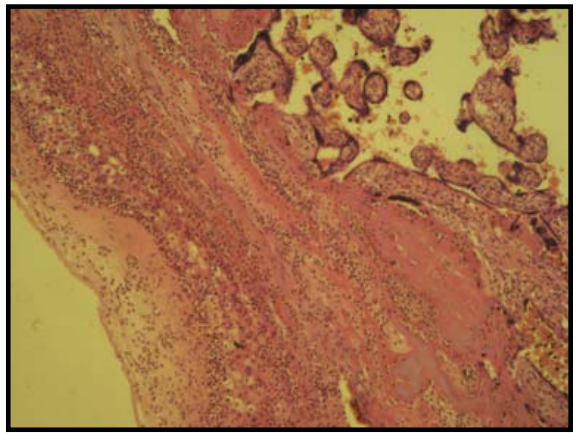


Fig.16. Corioamnionită placentară. Infiltraţie leucocitară difuză a corioamnionului placentar. Coloraţie hematoxilină şi eozină x 100

a leziunilor, modificărilor inflamator-distrofice cauzate de agresiunile infecţioase intrauterine. Conform datelor contemporane [13], tromboza vaselor placentare se întâlneşte nu numai la nou-născuţii prematuri, dar şi la cei la termen, cu o incidenţă de 4,5 – 10%, acest indice fiind mai mare în cazurile de gestoză şi diabet la gravide [4, 11].

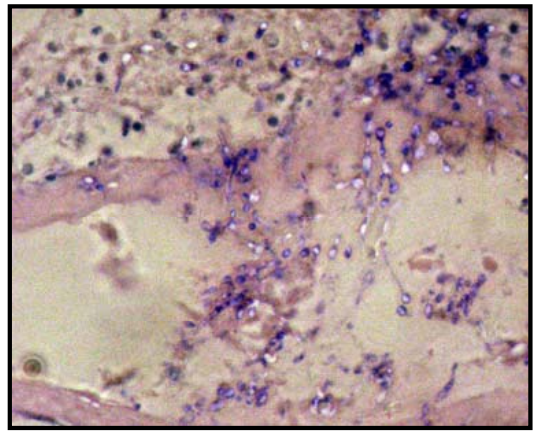


Fig.18. Amnionită parietală candidomicotică. Blastomiceli şi pseudomiceli Candida albicans.
Coloraţie azur eozină x 400

renţă în plămâni, manifestate prin hemoragii focare, profuze şi de tipul infarctului hemoragic (fig.19), de asemeni în ficat (fig.20) de tip microhematoame subcapsulare sau infarcte hemoragice şi necrotice în intestin şi segmentul mezenterial.

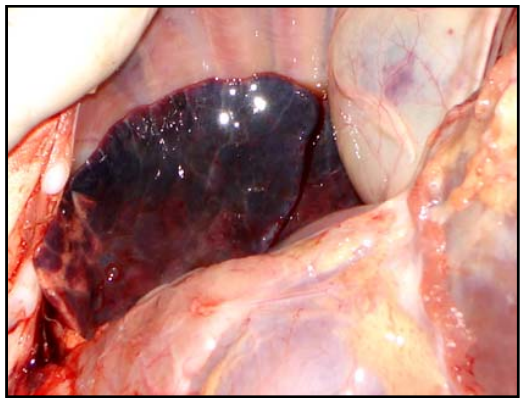


Fig.19. Macropreparat. Bolnavul M cu HDC falsă. Hemoragii masive de tipul infarctului în plămâni. Perioada postoperatorie, primele 24 ore.

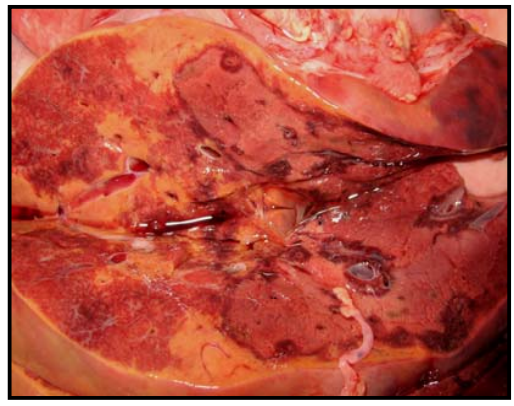


Fig.20. Macropreparat al ficatului. Bolnavul K. cu HDC falsă. Vârsta 45 minute. Infarcte ischemice masive.

Rezultatele investigațiilor histologice ale nou-născuților decedați au relevat prezența sindromului hemoragic de divers grad, frecvent cu manifestări trombotice locale sau dispersate preponderent în microcirculația pulmonară, hepatică, lienală, însoțit de tromboembolism al microcirculației prin prezența tromboembolilor de structură hialină, fibrino-eritrocitari sau micşti, inclusiv microcalcificați (fig.21,22), la pacienții din primul lot, indiferent de forma anatomo-clinică a herniei diafragmatice congenitale, constituind 57% fără intervenții chirurgicale cu survenirea decesului în primele 24 ore şi 35% cazuri la copiii din lotul II decedați în perioada postoperatorie precoce.

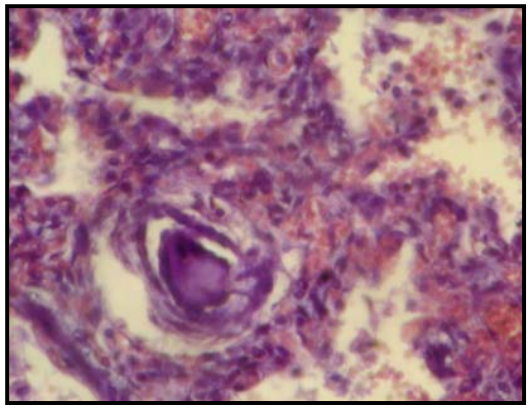


Fig.21. Tromboembolia patului microcirculator al pulmonului cu microcalcifiere. Bolnavul T. cu HDC falsă, perioada postoperatorie 6 ore. Colorație hematoxilină şi eozină x 200

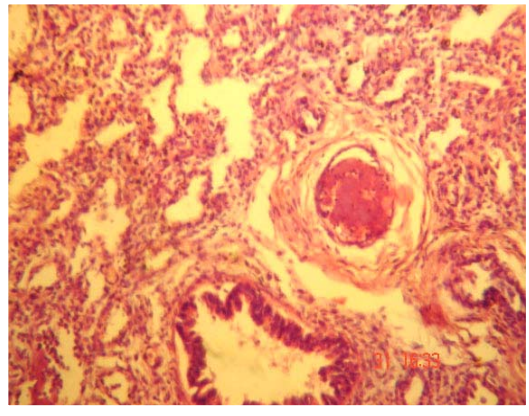


Fig.22. Tromboembolia vasului peribronhial cu tromb de hialină. Bolnavul D. Cu HDC veritabilă. Vârsta 35 minute. Colorație hematoxilină şi eozină x 150

În baza analizei rezultatelor obținute putem afirma că modificările trombotice în rețeaua vasculară placentară pot fi privite prin prisma noțiunii terminologice comune de sindrom trombotic cu fenomene de tromboembolie locală. În cazurile când tromboemboliile sunt în ambele rețele vasculare venoasă şi arterială putem afirma cert despre evoluția sau persistarea unui sindrom tromboembolic feto-placentar cu consecințe destul de grave la nou-născut, soldat cu dezvoltarea sindromului hemoragic, fapt confirmat prin depistarea trombilor de structură analogică şi vechime de formare în ambele componente ale circulației feto-placentare.

Cercetările efectuate pun în discuție o problemă importantă nu numai pentru disciplinele neonatologice şi obstetricale, dar şi pentru chirurgia neonatală.

Concluzii:

1. Hernia diafragmatică congenitală la copil rămâne şi la ora actuală un subiect de mare interes.
2. Nu se cunosc exact factorii de risc în alterările embriologice în herniile diafragmatice congenitale.
3. Existența unei corelații între aspectele histologice ale placentei şi anexelor ei în hernia diafragmatică congenitală rămâne incertă.
4. Modificările morfologice ale placentei şi anexelor ei la copii, atât în hernia diafragmatică congenitală falsă cât şi în eventrația diafragmatică, ne permit de a stabili integral modificările morfofuncționale ale circulației feto-placentare, care include sistemul placentar (rețeaua arterială,venoasă şi capilară), ombilical, şi sistemul cardiovascular fetal, şi de a stabili rolul acestor modificări în

etiopatologia anomaliei perioadei antenatale, ce contribuie la agravarea stării nou-născutului în perioada neonatală precoce, pre- şi postoperaorie, precum şi la distanță.

5. Un rol important îl dețin dereglările discirculatorii în una din verigile circulației feto-placentare, în special cele condiționate de procesele displastice şi infecțios-inflamatorii, care declanşează trombogeneza şi sindromul tromboembolic feto-placentar, persistent la nou-născut şi cu consecințe nefavorabile pentru el.

6. În acest context, rezultatele studiului efectuat de noi ne permit să conchidem că evoluția postnatală şi prognosticul postoperator în hernia diafragmatică congenitală la copil sunt determinate de caracterul, intensitatea modificărilor morfofuncționale caractaristice herniei şi, în mare măsură, de dereglările circulației feto-placcentare.

7. Nu există în prezent dovezi suficiente pentru a putea recomanda o strategie de prevenire a modificărilor histopatologice date.

Bibliografie

1. Benirschke K., Kaufman P. Pathology of the Human Placenta (2nd ed.). New York: Springer – Verlag, 1990.

2. David W. Kays, et al. Congenital diaphragmatic hernia. Real Improvements in Survival. American Academy of Pediatrics, 2006;Vol.7:No.8:428

3. Emmanouilides G.C , Bazlen B-C. Сердечно-легочный дистресс у новорожденных.. М.: Медицина 1994.- 395 с.

4. Fox H. Pathology of the Placenta. Philadelphia: Saunders, 1978.

5. Kaplan C.G. Color Atlas of Gross Placental Pathology. New York: Igaku-Shoin, 1994.

6. Moyer V, Moya F, Tibboel R, et al. Late versus early surgical correction for congenital diaphragmatic hernia in newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2002;3: CD001695

7. Smith N.P., Jesudason E.C., Losty P.D. Congenital diaphragmatic hernia. Paediatr Respir Rev 2002;3:339–48.

8. Stege G, Fenton A, Jaffray B. Nihilism in the 1990s: the true mortality of congenital diaphragmatic hernia. Pediatrics 2003;112 (3 pt 1) :532–5.

9. Witters I, Legius E, Moerman P, et al. Associated malformations and chromosomal anomalies in 42 cases of prenatally diagnosed diaphragmatic hernia. Am J Med Genet. 2001;103 :278 –282

10. Гудумак Е.М., Бабич В.И., Петрович В.Г., Бырсан А.И. Ретроспективный анализ патоморфологических изменений в плаценте у новорожденных детей с врождеными диафрагмальными грыжами. Вестник российского государственого медицинского университета.Специальный выпуск. №4 (63), 2008.

11. Гулькевич., М.Ю Маккавеева., Б.И. Некифороф. Патология последа и ее влияние на плод. Минск 1968. 232 с.

12. Лазюк Г.И., Кириллова И.А., Кравцова Г.И., Кручинский Г.В. и др. Тератология человека. Руководство для врачей. – 2.е изд., перераб. и доп. М.:Медицина, 1991. – 480 с.

13. Милованов А.П. Патология системы мать – плацента – плод: Руководство для врачей. Медицина, 1999. с 448

14. Савельева Г.М., Редорова М.В., Клименко П.А., Сичинова А.Т. Патология плаценты. М: Медицина, 1991. – 276 с.

Е. Гудумак, И. Фуйор, В. Бабуч, В. Петрович, А. Бырсан, С. Самчук

РОЛЬ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВООБРАШЕНИЕ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ТЕЧЕНИЕ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ.

Плацента основное звено, определяющее биологическое состояние двух организмов в системе мать-плацента-плод. Особое значение имеют дисциркуляторные нарушения в одной из звенев плацентарного - плодного кровообращения а именно процессы дисплазии и инфекционного характера которые сопровождаются тробообразованием, что нередко приводит к фетоплацентарному тромбоэмболическому синдрому персистируйший у новорожденных. Постнатальное течение и постоперационый прогноз диафрагмальных грыж зависит от их характера и выражености морфофункциональных изменениях, а также и от нарушения плацентарно-плодного кровообращения.

Eva Gudumac, I. Fuyor, V. Babuci, V. Petrovici, Aliona Bîrsan, Ş.Samciuc

THE ROLE OF FETO-PLACENTAR CIRCULLATION IN POSTNATAL EVOLUTION OF CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA IN CHILDREN.

Congenital diaphragmatic hernia it is one of the most important problem of pediatric surgery still now. Morphological chandis of placenta and it anexis in children with congenital diaphragmatic hernia permit to emphasize morphological disturbances of feto-placentar circulation. These chandis aggravate general state of newborns in early neonatal periode before and after surgical intervention and the distanse.

Recepționat 25.09.2008

N. Şavga

HERNIE DE DISC INTERVERTEBRAL REGIUNII LOMBO-SACRALE LA COPII

Catedra de Chirurgie Pediatrică a USMF „ Nicolae Testemiţanu”, laboratorul „Infecţii chirurgicale la copii”
(Şef catedră- membr corespondent al AŞRM, dr.hab. în med., prof. universitar, Om emerit Eva Gudumac)

Actualitatea temei. Patologia segmentului lombo-sacral şi complicaţiile acesteia reprezintă una din problemele majore de sănătate a copilului prin diversitatea impactului asupra organismului în creştere, incidenţa crescută a acestei patologii invalidizantă este încă un subiect de discuţie pentru mulţi specialişti ortopezi, neurologi şi neurochirurgi, neexistând un standard unanim acceptat de: diagnostic, tratament şi profilaxie. Conform statisticilor contemporane, eforturile savanţilor sunt direcţionate spre evaluarea şi combaterea factorilor de risc care constituie substratul etiopatogenic al herniei de disc intervertebral. Totodată, chiar şi la ora actuală, nu există o concepţie ştiinţifică unitară, care ar explica principiile etiopatogenice definitorii pentru afecţiunea în cauză. Acest fapt ne demonstrează că incidenţa morbidităţii copiilor mai mici de 16 ani cu hernie de disc intervertebral ar constitui cazuistică, doar în unele lucrări ştiinţifice sunt elucidate problemele osteocondrozei la copii.

Material şi metode. Au fost examinaţi clinic-anamnestic, radiologic 18 bolnavi cu hernie de discul intervertebral în perioada pînă şi postoperatorie de la 1 an pînă 5 ani, inclusiv 18 pacienţi cu. Vârsta pacienţilor – între 13 şiu 16 ani. Predominau băieţi – 11(61,1%). Au fost discutate simptomatologia clinico-anamnesticâ, spondilografia standardă şi cu probele funcţionale, tomografie computerizată.

A predominat durerea în regiunea lombară. La 9 (50%) bolnavi durerea a evoluat cu işialgii, la 5 (27,7%) bolnavi cu lumbalgii, doar la 4 (22,3%) bolnavi s-a observat o evoluţie mixtâ.

La vîrsta de 9 ani manifistările clinice s-au observat la 4 (27,3%) pacienţi; la 12 ani la 6(33,3%) bolnavi şi la 13-15 ani – la 8(44,4%) bolnavi. Iniţial maladia a fost caracterizată prin simptomele clinice: mialgii lombare, disconfort, la efort fizic intensificarea durerilor în regiunea lombară, prevalau durerile statice. Aceste manifistări clinice deveneau recuperabile în regim relaxat sau la mişcări. În grupul bolnavilor cu vârsta 12-14 ani s-a observat o progresare fulminantă a semnelor clinice, preponderent la bolnavii ce n-au fost supuşi unui tratament iniţial.

La pacienţii cu semne clinice s-au înregistrat deformităţi antalgice de tip scoliotic asociate cu deformităţi chifotice.

Examenul funcţiei regiunii lombare a determinat limitarea mişcărilor şi prezenţa durerilor pe toată aria segmentului lombar. Palparea paravertebrală a regiunii lombo-sacrale a fost însoţită de dureri. La palparea apofizelor vertebrale L4-L5 durerile deveneau violente.

Lombalgiile au fost însoţite de dureri mute neîntrerupte, ce se intensificau la efort vertical al vertebrelor. La 7 (38,9%) bolnavi durerile ishialgice s-au localizat în segmentul distal al zonei afectate. La 6 (33,3%) pacienţi durerile purtau caracter cu distribuţie difuză. În majoritatea cazurilor – 17 (94,4%) - durerea era unilaterală, preponderent în membrul inferior drept.

Printre simptomele de compresiune cele mai frecvente s-au înregistrat: un şir de simptome ca: Kernig, Lasega, Brudzinskii, Behterev, Vassermana, Neri. La 6 (33,3%) copii bolnavi a predominat simptomul Behterev, simptomul Vaserman s-a observat la 9 (50,0%) bolnavi, la 4 (22,2%) bolnavi a predominat simptomul Neri. Reflexul Ahile a fost determinat la 7(38,9%) bolnavi, iar simptomul patelar s-a înregistrat deminuat la 5 (27,8%) bolnavi. Simptomul Lasega a fost înregistrat în 100% cazuri, cu o intensitate de la 30 grade la 60. Analizând frecvenţa localizării radiculopatiei compresive, s-au înregistrat următoarele: la 14 (77,8%) bolnavi a fost afectat radiculul S1, la 4 (22,2%) bolnavi L5.

Fig. 1. Pacientul S., 16 ani. Scolioză antalgică.

Datele radiologice ne mărturisesc despre gradul de afectare al spaţiului intervertebral, gradul lordozei lombare, deformităţile laterale vertebrale în hernia de disc(fig. 1).

După datele radiologice funcţionale putem distinge 2 forme de bază a maladiei: stabilâ şi instabilâ. La 5 (27,8%) bolnavi s-a observat deplasarea segmentulul L5-anterior sau posterior (anti- sau retrolisteză) (fig. 2).

La bolnavi cu procese distrofico-degenerative ale segmentului vertebral, posibilităţile compensatorii sunt

Fig. 2. Pacienzul V., 14 ani. Retrolisteză L5-S1.

eşuate, în urma cărora survin modificările decompensatorii însoţite de sindromul algic violent.

La toţi pacienţii lotului de studiu a fost efectuată tomografia computerizată. La 14(77,8%) pacienţi a fost înregistratâ prezenţa herniei de disc la nivelul L5-S1, la 4 (22,2%) bolnavi –la nivelul L4-L5 (cu diametrul - 4-10 mm (media – 5,6 mm)).

Majoritatea herniilor de disc vertebral, survin în urma distrugerii inelului fibros. Mai frecvent – nucleul pulpos se deplasează dorsal. Iniţial se poziţionează la nivelul corpului, treptat deplasându-se în sus şi în jos.

În studiul efectuat de noi nu s-au înregistrat hernii clasice ci în combinaţie cu protruzii circulatorii.

Pentru interpretarea TC a fost utilizată clasificarea topoanatomică a herniilor dorsale de disc intervertebral ale segmentului lombar: mediale, paramediane, foraminale.

La TC al herniilor mediane şi paramediane se determină o opacitate neuniformă de disc, localizându-se la nivelul şi corpului căpătând o formă semiovală cu mărimea 10 mm (fig.3). Dimensiunile herniilor foraminale parţial se delimitează alcătuind un inel de 4-5 mm.

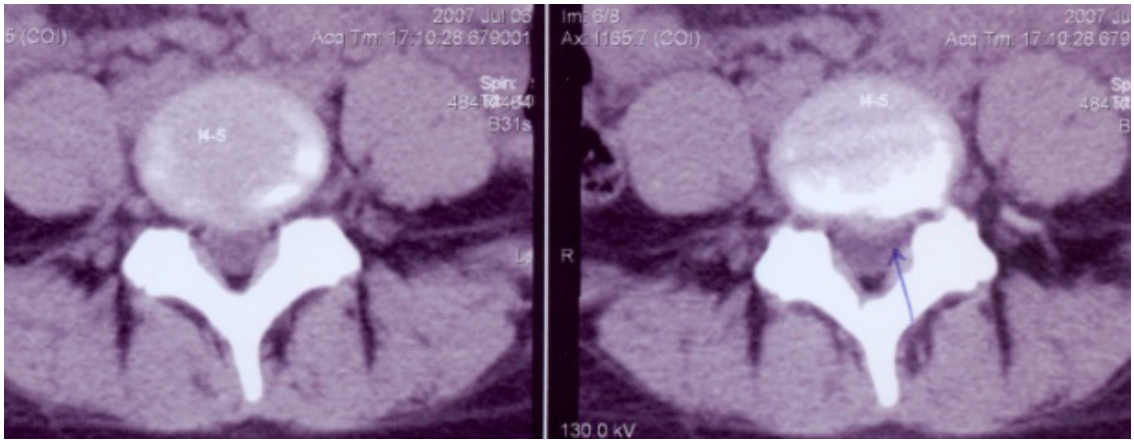


Fig. 3. Pacienta V., 14 ani. Hernie mediană L4-L5 (cu „picior lat", cu lateralizarea stângă şi îngustarea canalului rahidian. A survenit pe fondul protruziei circulatoarii cu un diametru de 0,4 cm, durata de timp mică a herniei era caracterizată printr-o intensitate scâzutâ (42,3H).

Tabelul 1

Repartiţia bolnavilor cu hernie de disc după gen şi vârstă în funcţie de gradul de afectare.

Nivelul afectat	Numărul de bolnavi		Total
	băieţi	fete	
L4-L5	2 (11,1%)	1(5,6%)	3 (16,7%)
L5-S1	9 (50,0%)	6 (33,3%)	15 (83,3 %)
Total	11(61,1%)	7 (38,9%)	18 (100%)

La pacienţii luaţi în studiu a predominat hernia discului intervertebral la nivelul L5-S1 - 15 (83,3 %) pacienţi, dintre care 9 (50,0%) cazuri s-a stabilit diagnoza hernie de disc dorso-lateral, în 4 (22,2%) cazuri – hernie centralâ, 1 caz –la nivelul foramenului în 3 (16,7%) cazuri la nivelul L4-L5 – localizare centrală. (Tabelul 1).

Analizând rezultatele spondilogramelor şi al TC, la 16 (89,9%) pacienţi s-au înregistrat displazii concomitente: spina bifida displastica la 13 (72,2%) bolnavi, sacralizarea şi lombalizarea la 3 (16,7%) pacienţi, modificări de tropism – în 5 (27,8%) cazuri, aplazia sau hipoplazia apofizei spinale – la 6 (33,3%) bolnavi. La 6 (33,3%) bolnavi s-a observat un grad neînsemnat al pseudospondilolistezei.

Datele anamnestice, clinic-paraclinice, imagistice în majoritatea cazurilor ne-au permis a stabili cauza substratului etiomorfologic al lombalgiilor şi modificârilor periferice.

Toţi bolnavii luaţi în studiu, preoperatoriu , au fost supuşi la 2-3 şedinţe fizioterapeutice, de chinetoterapie, masaj, tratament medicamentos, terapie manual. S-a folosit "Detensor"- salteana, au fost aplicate corsajuri gipsate (fig. 4) pe o durată de 3 luni. În urma eforturilor depuse rezultate pozitive nu s-au înregistrat.

a. b. c.

Fig. 4. Pacienta L., 15 ani.
a.) - moment de terapie manuală;
b.) - "Detensor"- saltea ;
c.) - corsaj gipsat.

Toţi pacienţii luaţi în studiu au fost supuşi tratamentului chirurgical prin laminectomia parţială a arcurilor vertebrelor adiacente, asociată cu extirparea herniei , faţetectomie şi stabilizare cu fixarea prin:

a) spondilodeză posterioară cu plăci metalice – 12 (66, 7%) pacienţi ;(fig. 5a).

b) spondilodeză posterioară cu sistem transpedicular – 6 (33,3%) (fig. 5b).

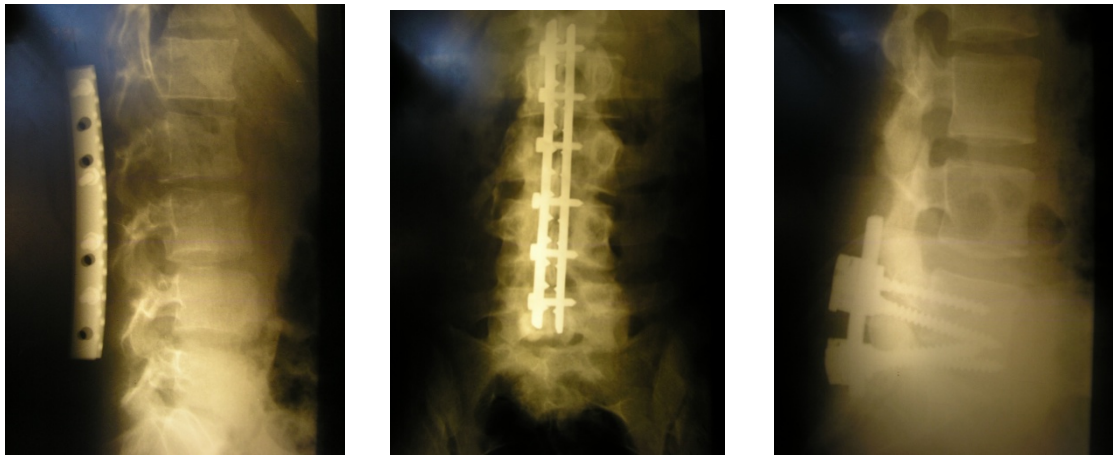


Fig. 5. Metalospondilodeză posterioară cu:
a.) plăci metalice;
b.) sistem transpedicular.

La momentul vizualizării macroscopice a defectului herniat s-a constat o vechime mare neîntârziată a maladiei, canalul fibros păstrat, dar epuizat.

Stabilizarea segmentului operat s-a impus şi de fiecare dată, când instabilitatea segmentului vizat era obiectivizată preoperatorui sau atunci când probabilitatea instalării, în timp, a instabilităţii era iminentâ. După faţetectomia bilaterală pe două, trei sau patru nivele, fără de rezecţia discului intervertebral, am recurs la spondilodeza cu plăci (de tip ICŞTOH). Metaloconstrucţiile pentru spondilodeză (plăci de tip ICŞTOH sau sistemul transpedicular) au fost alese în funcţie de severitatea instabilităţii şi starea structurală a proceselor spinoase. Dacă ultimele erau prezente – se foloseau plăcile ICŞTOH. În cazurile de aplazie sau hipoplazie congenitală a proceselor spinoase, prezenţei anti- sau retrolistezei vertebrelor, s-a utilizat sistemul transpedicular de fixare şi corecţie (reducerea anti- sau retrolistezei vertebrelor).

Rezultatele tratamentului chirurgical au fost îmbucurătoare cu dispariţia durerilor şi modificărilor chifoscoliotice.

Concluzie. Rezultatele obţinute demonstrează că aplicarea tratamentului chirurgical bine argumentat şi strict individualizat a permis o ameliorare a stării decompresive cu restabilirea totală a funcţiei segmentului lombo-sacral, cu reducerea modificărilor distrofico-degenerative ce pot persista pe o perioadă îndelungată.

Bibliografie

1. Арсени К., Симионеску М. Нейрохирургическая вертебро-медулярная патология. Бухарест.1973.

2. Осна А.И. Остеохондрозы позвоночника. Ново-

сибирск, 1962.

3. **Никитин Г.Д., Корнилов Н.В., Коваленко, Михайлов С.А.** Костная и металлическая фиксация позвоночника при заболеваниях, травмах и их последствиях. СПб, Русская графика, 1998.

4. **Ульрих Э.В.** Аномалии позвоночника у детей. Сотис, СПб. 1995. - 335 с.

5. **Фафенрот В.А.** Рефлексотерапия заболеваний позвоночника у детей. Л. 1991.

7. **Bradford D.S.** Juvenile kyphosis. Spondylolysis and spondylolisthesis. Iп Moe's Textbook of scoliosis and other spinal deformities. 1994. WB Saunders сотрапу. Philadelphia. 349369, 399-431.

Н. Шавга

ГРЫЖА МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА ЛОМБО-САКРАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ.

Представлены результаты клинико-рентгенологического исследования и хирургического лечения 18 детей в возрасте от 13 до 16 лет с грыжевым выпячиванием межпозвоночного диска в пояснично-крестцовом отделе. Хирургическое вмешательство включало в себя: частичную ламинектомию, резекцию грыжевого выпячивания, задний металоспондилодез (пластинами ХНИОТ или транспедикулярной системой). Во всех случаях удалось добиться исчезновения болевого синдрома.

N. Shavga

HERNIE OF THE LUMBAR SPINE IN CHILDREN.

A clinico-rentgenographic analysis and the results of treatment of hernie of the lumbar spine in 18 chi1dren aged 13 to 16 years are presented. In elucidation of the etiologic factors of the disease, in 16 of 18 children various anomalies of the spine development have been noted: bifid spine, sacralization, increase of transverse processes, tropism. The clinical picture in children with the discogenic radiculitis (13 patients) is expressed by predominance of the spine deformity over the radicular painfu1 syndrome. The prevalence of the kyphotic component over the scoliotic one was noted. The method of therapy is described.

Recepţionat 6.11.2008

●

© Alexandru Voloc, Valentin Ţurea, Adrian Rotari

Alexandru Voloc, Valentin Ţurea, Adrian Rotari

PARTICULARITĂŢILE CLINICE, DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT A STĂRILOR HIPOCALCEMICE LA COPIL

Cursul de pediatrie– semiologie şi puericultură USMF „Nicolae Testemiţanu"
Catedra PediatrieNr.2 a USMF „Nicolae Testemiţanu"

Întroducere La sugar şi copilul mai mare, hipocalcemia se anunţă de o concentraţie serică a calicului total egală sau sub limita de 2,15 mmol/l.

Dacă hipocalcemia se instalează brusc, ea se realizează clinic prin convulsii care au loc atît mai frecvent, cu cît copilul este mai mic. Hipocalcemia cauzată de o carenţă incipientă a vitaminei D se poate manifesta prin convulsii la 70% din sugari ce suferă de rahitism. Aceste convulsii nu au aspecte clinice particulare, ele sunt mai frecvent generalizate cu spasticităţi clonice ale tuturor celor patru extremităţi, cu revulsie oculară, dar uneori pot fi parţiale cu generalizare secundară.

Hipocalcemia poate surveni în decursul afecţiunilor deja cunoscute, insuficienţei renale, sindromului nefrotic, tubulopatiei, leucemiei, afecţiunilor hepatodigestive, infecţiilor recurente [1].

Ea poate scoate în evidenţă patologii necunoscute până în acel moment dar evocate, vizând rezultatele primelor analize biochimice şi radiologice practicate ca urmare a hipocalcemiei depistate (vezi algoritmul stărilor de hipocalcemii). Aceste patologii subiacente pot fi:

• O insuficienţă renală, de unde şi necesitatea determinării sistematice a creatininei serice;

• O carenţă de magneziu depistată cu ajutorul determinării concentraţiei magneziului în ser sau, eventual, în eritrocite sau urină în clinicile unde aceşti parametri sunt disponibili.

Scopul lucrării. Aprecierea cauzelor dezvoltării hipocalciemiei şi managementul ei la copii de vîrstă fragedă.

Material şi metode. În 1998-1999, în comun cu savanţii din Paris, am evoluat impactul unei strategii de suplimentare sistematică a vitaminei D femeilor gravide şi nou-născuţilor lor asupra prevenirii semnelor clinice de hipocalcemie neonatală cu monitorizarea nivelului seric al 25-(OH)D_3, a semnelor clinice şi biologice de rahitism în primul an de viaţă, realizînd un studiu complex asupra unui eşantion de 200 gravide şi nou-născuţii lor din raioanele Călăraşi (obiect de intervenţie) şi Ialoveni (obiect martor).

Cele 100 gravide din raionul Călăraş, incluse în studiu nostru au administrat peroral în a 6-a lună de sarcină 100.000 UI vitamina D_3, cele 100 femei gravide din raionul Ialoveni nu au urmat asemenea suplimente cu vitamina D.

Rezultatele evaluării

În tabelul 1 am prezentat statutul fizic al nou-născuţilor din raionul Ialoveni, care s-au născut în medie la ter-

menul de 39 săptămâni gestaționale, cu o greutate medie de 3,2 kg, fontanela avea un diametru de peste 4 cm, iar nivelul seric al Ca din sângele prelevat din cordonul ombilical fiind foarte jos (1,74 mmol/l), de asemenea şi cel al 25-(OH)D_3 (13,5 ng/ml). Mai bine de un nou-născut din 4 (27%) avea o valoare a 25-(OH)D_3 situată sub pragul de10 ng/ml, situație ce se apreciază drept carență neonatală de vitamina D[2,5].

Aceste valori se apropie de cele observate la femeile din Franța, țară europeană aflată la o latitudine similară cu cea a Moldovei, care au născut la sfîrşitul iernii şi n-au fost suplimentate cu vitamuna D în timpul sarcinii [2].

Aproape jumătate (48%) din aceşti nou-născuți, au prezentat semne neurologice ce evocau o stare de hipocalcemie. Nivelul seric al Ca la aceşti copii era foarte scăzut (1,28 mmol/l) şi semnificativ mai jos decât la copiii care nu prezentau semne neurologice hipocalcemice (2,11 mmol/l). În grupul celor cu semne de hipocalcemie (tabelul 3), 32% din copii aveau stocuri reduse de vitamina D (concentrația 25-(OH)D_3 din sângele cordonului ombilical era de sub10 ng/ml).

Tabelul 1

Datele antropometrice şi biologice a 200 nou-născuți mamele cărora au primit sau nu 2,5 mg(100.000UI) vitamina D_3 în a 6 lună de sarcină

Indicii evaluați	Raionul Ialoveni (obiect martor)	Raionul Călăraşi unde gravidele au fost suplimentate cu vit. D3
Termenul la naştere (săptămâni)	39,3±1,1	38,9±1,12*(99)
Datele antropometrice la naştere: Greutatea (kg) Talia (cm) Perimetru cranian (cm) Suprafața fontanelei mari (cm2)	 3,24±0,4 49,97±1,23 34,9±1,2 4,10±3,10	 3,31±0,48 51,6±2** 33,8±1,4** 1,48±1,17**
Concentrațiile din sângele cordonului ombilical: Ca (mmol/l) 25-(OH)D (ng/ml) Ponderea celor cu nivelul 25-(OH)D inferior de 10 ng/ml	 1,74±0,68 13,5±4,9 27%	 2,31±0,45** 24,9±9,7** 1,2%

Rezultatele medii sunt prezentate în ±1 ecart-type. Valorile de diferență a copiilor mamele cărora au fost suplimentate cu vit. D_3 sunt notate (: p=0,1; ** : p<0,001)*

Tabelul 2

Hipocalcemia neonatală şi valorile biologice ale nou-născuților din raionul Ialoveni (media±1 ecart-type)

Semne clinice de hipocalcemie neonatală	Nu (n=46)	Da (n=54)	Total (n=100)
Ca seric(mmol/l)	2,11±0,59	1,28±0,44	1,74±0,68
25-(OH)D din ser (ng/ml)	13,6±0,50	13,7±0,46	13,5±4,9
Ponderea nou-născuților cu nivelul 25-(OH)D≤10 ng/ml	20,4%	32,5%	27%

Nou-născuții din raionul Călăraşi, mamele cărora au fost suplimentate cu vitamina D_3, au prezentat la naştere:

- o talie cu 1,7 cm mai mare decât cei din Ialoveni, indiferent de termenul mai mic la naştere;
- un perimetru cranian mai redus şi o suprafață a fontanelei anterioare mai mică;
- concentrație a 25-(OH)D_3 mai ridicată, la majoritatea fiind păstrate valorile normale (10-40 ng/ml);
- concentrația medie a Ca din sângele cordonului ombilical al copiilor din această grupă era normală (2,31 mmol/l).

Rezultatele determină riscul semnificativ de carență a vitaminei D la femeile din Moldova care nasc la sfârşitul primăverii şi chiar vara. În acelaşi timp se aduc probe clare că aportul a 2,5 mg (100 0000 UI) de vitamina D indicat femeilor gravide în a 6 lună de sarcină echilibrează rezervele vitaminei D la nou-născuți, fără riscul de supradozare.

Datele clinice şi biologice ne-au permis să evaluăm consecințele neonatale ale carenței de vitamina D şi posibilitățile prevenirii lor prin suplimentarea maternă cu vitamina D în ultimul trimestru de sarcină. Vitamina D are un impact cunoscut asupra mineralizării oaselor craniene şi dimensiunilor fontanelei mari. Reducerea perimetrului cranian şi suprafeței fontanelei anterioare observate la copiii din raionul Călăraşi atestă efectul benefic al suplimentării materne cu vitamina D asupra mineralizării bolții cra-

niene *in utero.* Acelaşi efect benefic s-a remarcat şi pentru talia atinsă *in utero.*

INVESTIGAŢIILE BIOLOGICE PRACTICATE ÎN CAZ DE HIPOCALCEMIE

Sanguine

• Concentraţia serică a calciului

• Fosfatemia (hiperfosfatemia în absenţa unei insuficienţe renale semnifică prezenţa sindromului hipoparatiroidian)

• Nivelul seric al creatininei, rezervele alcaline şi proteina totală

• Concentraţia serică a Magneziului

• Activitatea fosfatazei alcaline

• Concentraţia serică a hormonului paratiroidian

• 25 – hidroxivitaminei D3 (nivelul seric scăzut sub 12 nml/l anunţă o carenţă a vitaminei D)

Radiologice

• Radiografia oaselor lungi cu scopul depistării unor anomalii diafizare (rahitism), unei hiperrezorbţii osoase (hiperparatiroidism secundar), a unui defect de resorbţie (osteopetroză)

• Rdiografia tibiei pentru aprecierea procesului de mineralizare (raportul corticodiafizar care în normă este ≥ 0,5)

• Radiografia toracică (pentru aprecierea glandei timus şi raportului cardiotoracic)

ECG

• Monitorizarea raportului QR/RR

• Depistarea dereglărilor de ritm sau de conductibilitate.

CAUZELE HIPOCALCEMIEI LA SUGAR ŞI COPILUL MAI MARE

I. Carenţă de vitamina D sau rezistenţă la acţiunea acesteia

1. Lipsa de aport vitaminic sau lipsa expunerii la razele solare

2. Rezistenţa secundară:

- Malabsorbţie intestinală
- Hepatopatie
- Tratament antiepileptic

1. Rahitismele pseudocarenţiale:

- tip I (deficit de 25-(OH)D-1α-hidroxilază
- tip II (rezistenţă la 1,25-(OH)2 D3 cu sau fără alopecie

II. Hipo-şi pseudohipoparatiroidismul

1. Hipoparatiroidism congenital

- sindromul Di George
- sindromul de Kenny
- sindromul de Kearns
- idiopatică

1. Hipoparatiroidism dobândit

- autoimun
- posttiroidectomie
- iatrogen (încărcătură mare cu fier la copiii ce suferă de talasemie)

1. Hipoparatiroidism tranzitoriu

2. Pseudohipoparatiroidism

- tip Ia (lipsa răspunsului AMP ciclic la PTH şi proteina Gs scăzută)
- tip Ib (lipsa răspunsului AMP ciclic la PTH şi proteina Gs normală)
- tip II (răspuns normal al AMP ciclic la PTH)

III. Patologie renală

1. Insuficienţă renală
2. Sindrom nefrotic
3. Acidoză tubulară

IV. Diverse

1. Enteropatie exudativă
2. Infecţii
3. Osteopetroză
4. Carenţa în magneziu
5. Supraîncărcare cu fosfaţi (consum de laxative)
6. Supraîncărcare cu citraţi (transfuzie sanguină)
7. Hipoproteinemie (secundară sau nu unei hiperhidratări)
8. Hipernatremie cu hipocalemie

Hipo - şi pseudohipoparatiroidismul. Hipoparatiroidismul este o afecţiune mai rar întâlnită.

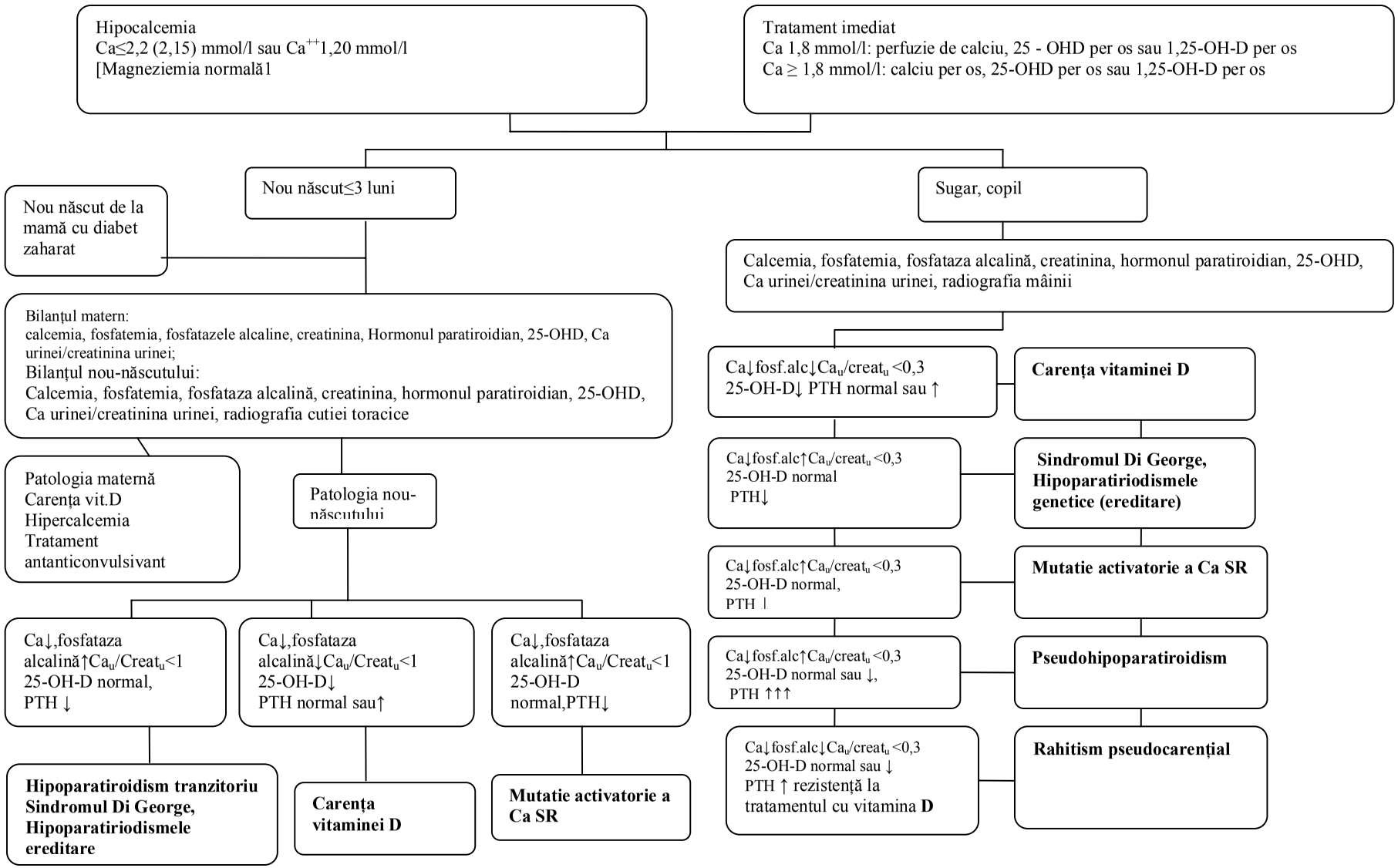
Diagnosticul biologic al unei insuficienţe funcţionale paratiroidiene este uşor de stabilit şi se bazează pe asocierea, în caz de insuficienţă renală, a unei hipocalcemii cu o hiperfosfatemie.

Tabelul 1

Vârsta de debut, evoluţia şi incidenţa principalelor cauze ale hipocalcemiilor la copil, după Mallet E., 1989, Paris, Franţa.

Tipul	Vârsta zile săptămâni luni 1 2 1 3 6 12	Incidenţa
Hipocalcemie neonatală		+ + + +
Hipocalcemia cauzată de rahitismul carenţial		+ +
Hipoparatiroidism tranzitoriu		+
Hipoparatiroidism		(+)

Algoritmul hipocalcemiei



Tratamentul şi indicaţiile terapeutice în caz de hipocalcemie

Stările grave de hipocalcemie (Ca seric sub valoarea de 2mmol/l) şi/sau cu careva manifestări clinice, impune spitalizare şi tratare în condiţii de staţionar mai ales dacă este vorba despre un sugar.

În faza acută, tratamentul comportă administrarea calciului în perfuzie intravenoasă a câte 1000 mg/m^2 suprafaţă corporală. O fiolă de 10 ml de soluţie de gluconat de calciu de 10% este echivalentă cu 98 mg de calciu elementar. Administrarea intravenoasă a calciului este continuată până când calcemia se normalizează, sau cel puţin se ridică mai sus de 2,2 mmol/l pentru a evita o reapariţie a semnelor clinice de hipocalcemie în caz de stopare a perfuziei. Această corecţie este de obicei obţinută în 2 – 10 zile.

În situaţii de urgenţă şi de convulsii la sugar, se poate administra intravenos soluţie de gluconat de calciu de 10% a câte 0,5 ml/kg în decurs de 15 minute, respectându-se în mod obligatoriu pentru căile I/V epicraniene, diluţia în raport de 1ml de gluconat de calciu la 4-5 ml soluţie de glucoză de 5%, pentru evitarea apariţiei escarelor.

Administrarea perorală se începe pînă la sistarea perfuziei intravenoase. Aportul oral de 500-1000mg/m^2 suprafaţă corporală depinde de aportul alimentar şi de gradul de demineralizare osoasă a scheletului. Cura perorală se face pe o durată de 1-3 luni în caz de carenţă a vitaminei D şi pe mai multe luni sau chiar ani – în caz de hipoparatiroidism.

Doza de calciu trebuie să fie adaptată astfel încât calciuria să depăşească limitele superioare ale normei, constituind după unii autori aproximativ 4-6 mg/kg/zi [2,4].

Administrarea de calciu trebuie să fie frecvent asociată unei terapii cu vitamina D. Cu excepţia situaţiilor carenţiale în vitamina D şi în absenţa insuficienţei renale, atitudinea din prezent este administrarea per orală a unei forme 1α – hidroxilate de vitamina D, sau chiar a formei direct active , 1,25 – $(OH)_2D_3$ a câte 0,5 – 4 μg/zi. Doza zilnică de la început este adaptată în dependenţă de viteza de creştere a calciului seric, monitorizată fiecare 12 ore. Odată ce concentraţia serică a calciului a atins valoarea de 2,2mmol/l, aportul derivaţilor 1α – hidroxilaţi ai vitaminei D se reduce de la 30 la 50%. Menţinerea vitaminoterapiei şi posologiei ei sunt în funcţie de calcemie şi de calciurie monitorizate în mod regulat de 1 – 3 ori în săptămână pe parcursul a cel puţin 3-6 luni, având ca scop menţinerea calcemiei superior de 2,2 mmol/l fără ca calciuria să depăşească 6mg/kg/zi.

În caz de hipoparatiroidism, vitaminoterapia este urmată pe parcursul întregii vieţi. Ea este întreruptă doar în caz de hipercalcemie, urmărind în permanenţă ca concentraţia serică a calciului să nu scadă sub valorile normale.

În insuficienţa renală, tratamentul hipocalcemiei se face cu formele 1α – hidroxilate ale vitaminei D dar cu doze mai mici. Vitamino-D terapia este continuată până la dispariţia semnelor radiologice şi biologice ale hiperparatioroidismului secundar, sau, după cum recomandă unii autori [5,7] atâta timp cât calcemia rămâne în limitele normei iar concentraţia fosforului nu depăşeşte cu mult valorile serice normale stabilite pentru vârstă.

În situaţia unei carenţe în vitamina D, aportul de colecalciferol (vitamina D3) sau de ergocalciferol (vitamina D2) constituie tratamentul de elecţie. Administrarea se face pe cale orală iar în caz de dereglări hepatodigestive, în mod fracţionat a câte 2000 – 4000 UI/zi (50 – 100 μg/zi) pe o durată de 1 – 3 luni sau în doză stoss de 200 000UI (5mg). Acest tratament este întreprins doar peste câteva ore după ce s-au administrat doze suficiente de calciu pe cale intravenoasă sau per orală. Unii autori au propus de-a asocia la tratament unul din derivaţii 1α – hidroxilat de vitamina D până la normalizarea calciului seric din cauza rapidităţii acţiunii sale.

Administrarea suplimentară a magneziului în tratamentul stărilor de hipocalcemie este indispensabilă deoarece în sens contrar, poate cauza o rezistenţă la tratamentul cu vitamina D şi agrava evoluţia stării de hipotiroidism.

Orice copil cărui i s-a depistat la ECG semne de hipocalcemie trebuie urgent să i se determine concentraţia serică a calciului şi să primească Ca per os a câte 50 – 80 mg/kg/sutcă pe parcursul a 2 – 6 săptămâni;

Dacă calciul seric este mai jos de 1,8 mmol/l este necesar să se administreze soluţie de Calciu gluconat 10% I/V până la normalizarea sa, cu controlul lui în dinamică peste fiecare 12 ore.

Doza de Ca administrat în astfel de cazuri I/V pe parcursul a 24 ore se v-a calcula astfel:

• Doza de calciu recomandată este de 1g/m^2 (apoximativ 50 mg/kg/sutcă) care corespunde necesităţilor zilnice a unui copil hipocalcemic şi cu manifestări rahitismale, dat fiind faptul că osul său nemineralizat este ca un buret care absoarbe imediat calciul administrat . [6]

Formula după care se calculează suprafaţa corporală în metri pătrati este următoarea:

$$\frac{4P+7}{P+90} = M^2$$

P-greutatea în kg

• 1 ampulă de soluţie de Gluconat de Calciu de 10% conţine 98 mg Calciu elemental.

Accentuăm în mod deosebit de a trata şi monitoriza în permanenţă orice hipocalcemie, deoarece se pot solda cu convulsii, dereglări cardiace de ritm, interval PQ prelungit şi chiar moarte subită [8].

Dacă copilul prezintă concomitent semne de carenţă de vitamina D (rahitism carenţial în perioada de stare a bolii) sau avem suspecţie majoră la hipovitaminoza D (n-a primit profilaxie specifică antinatală şi/sau postnatală, este din familie socialment vulnerabilă, s-a aflat permanent în încăpere sau este născut iarna fără a fi expus acţiunii razelor ultraviolete, permanent s-a aflat în staţionar, face parte din categoria copiilor frecvent bolnavi, este prematur şi n-a primit doze adecvate, profilactice de vitamina D_3, are o alimentaţie precară, unilaterală şi neechilibrată, prezintă diaree cronică sau sindrom de malabsorbţie, patologie renală cronică severă, patologie cronică a sistemului hepatobiliar, primeşte timp îndelungat corticosteroizi, anticonvulsivante în special fenobarbital etc.), copilului i se v-a administra în a doua zi de administrare a soluţiei de gluconat de calciu, vitamina D_3 (4 000 UI/zi – 20.000 UI/zi), dozele fiind adaptate în dependenţă de severitatea

procesului rahitismal timp de 30 – 35 zile după care se va trece la dozele profilactice. Pentru o mai bună corecţie a hipocalcemiei, se recomandă paralel administrarea preparatelor de magneziu (soluţie de sulfat de magneziu 25%, asparcam care conţine potasiu şi magneziu în proporţii aproape egale, $MagB_6$ etc.).

Copiilor frecvenţi bolnavi, mai mari de 24 luni, se recomandă untură de peşte în capsule a câte 300 UI/capsulă de vitamina D_3 (2 capsule/zi) în lunile cu „R" până la vârsta de 5 ani, paralel cu asparcam câte 1/3, 1/2 pastilă în 3 prize şi gluconat de calciu 50-80 mg/kg/24 ore timp de o lună.

Reieşind din cele expuse, putem trage următoarele:

Concluzii:

1. Stările de hipocalcemie sunt destul de frecvent întâlnite în Republica Moldova, corelând la nou-născuţi cu nivelul jos al vitaminei D în perioada pre- şi postnatală de dezvoltare;

2. Managementul stărilor de hipocalcemie presupune punerea în aplicaţie a unui algoritm de diagnostic şi tratament;

3. În perioda neonatală, perturbarea fetală sau maternă a unuia din factorii de control ai calciului induce rapid instalarea hipocalcemiei simptomatice. Cauza poate fi maternă (mamă diabetică, hipercalcemie maternă, carenţă maternă) sau fetală (hipocalcemie tranzitorie, hiperparatiroidism, hipomagneziemie);

4. La sugari şi copiii mai mari, hipocalcemia este de obicei relevată de o situaţie de urgenţă, cum ar fi convulsiile. Ea rezultă în urma unei perturbări a unuia din factorii pivoţi de reglare a metabolismului mineral (vitamina D, parathormonul, receptorul calciului (CaSR)) după o perioadă lungă de evoluţie latentă (compensată de către sistemele de contrareglare). Poate fi vorba, deci, de o carenţă a vitaminei D, de un hipoparatiroidism, de o anomalie a CaSR sau de un pseudohipoparatiroidism (rezistent la hormonul paratiroidian);

5. Odată ce hipocalcemia a fost depistată, medicul pediatru nu va întârzia să indice un tratament de urgenţă pentru a ridica nivelul calciului şi a preveni complicaţiile cardiace (dereglările de ritm), recurgând totodată la investigaţii pentru a stabili factorul etiologic al ei;

Bibliografie:

1. A. E. Broadus. Mineral balance and homeostasis in: Primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism // American Society for Bone and Mineral Research. Favus M.J. Ed. 2003, 5: 105 – 111.

2. M. Garabedian, R. Dumas, L. David, E. Mallet. Métabolisme phospuocalcique normal et pathologique chez l'enfant // Flammarion Médecine – Sciences, 1993, 2: 24 – 28.

3. A. Linglart, A. Lienhardt. Interactions maternofoetales et pathologies du metabolisme phosphocalcique //Arch. Pediatr. 2005, 12(6): 766 – 770.

4. A. Linglart. A. Lienhardt. L'hipocalcemie, pas a pas. //Archives de pediatrie. ELSEVIER. 2007, 14:2 – 3.

5. E. Podubnîi, V. Diaconu et al. Convulsiile accidentale în practica pediatrică. //Curierul medical 2004, 5(281): 51 – 55.

6. A. Voloc Prophylaxie de la carence en vitamine D chez les nouveau-nés et les nourissons en Moldavie. // Anale ştiinţifice. Chişinău, 2005, 5: 253 – 258.

7. L. S. Weinstein, S. Yu, D. R. Warner, J. Liu. Endocrine manifestations of stimulatory G protein α-subunit mutations and the role of genomic imprinting. // Endocr. Rev. 2001, 22 (5): 675 – 705.

8. В. В. Абрамченко. Профилактика и лечение нарушений обмена кальция в акушерстве, гинекологии и перинатологии. // Санкт – Петербург ЭЛБИ – СП, 2006, б: 240с.

А.К. Волок, В.М. Цуря, А.В. Ротарь

ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГИПОКАЛЬЦИЕМИ - ЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Гипокальциемические состояния у новорожденных и детей старшего возраста могут быть вызваны различными этиологическими факторами. Кроме неонатальных, к данным факторам можно перечислить витамин Д дефицитный рахит, который довольно часто встречается в Республике Молдова, а также гипопаратироидизм, как более редкая причина. Гипокальциемические состояния могут проявляться неврологическими симптомами, как например, судороги, расстройства дыхания с возможными признаками ларингоспазма или тяжелыми сердечнососудистыми симптомами, которые могут привести к внезапной смерти. Коррекция гипокальциемии иногда может длиться недели, месяцы и даже годы, в зависимости от этиологических факторов данного состояния.

A. Voloc, Valentin Ţurea, Adrian Rotari

MANAGEMENT OF HYPOCALCAEMIC STATES IN CHILDREN

Hypocalcaemia in newborns and higher age children can be caused by multiple factors. Aside from neonatal causes, the vitamin D deficient rickets is also included in the list, being very frequent in the Republic of Moldova, while hypoparathyroidism is less often encountered. The hypocalcaemic states can be manifested through neurological symptoms, like convulsions, respiratory disorders with possible signs of laryngospasm, or severe cardiac disorders, which can lead to sudden death. The correction of hypocalcaemia can last weeks, months, sometimes even years in a row, depending on the etiological factor.

Recepţionat 11.11.2008

M. Rudi, Lucia Pîrțu

OBEZITATEA LA COPII CA FACTOR DE RISC AL HIPERTENSIUNII ARTERIALE CU DEBUT ÎN COPILĂRIE

USMF „Nicolae Testemițanu”, catedra Pediatrie nr.1
(Şef catedră – profesor universitar M. Rudi)

Introducere. Obezitatea la copii este în continuă creştere pe plan mondial. În ultimele 3 decenii, incidența obezității la copii s-a dublat în grupele de vârstă 2-5 ani şi 12-19 ani, iar la cei de 5-12 ani s-a triplat [1,2].

Disponibilitatea şi accesul produselor concentrate în grăsimi şi hidrați de carbon (glucide) în cadrul şcolilor şi al altor instituții publice, duce la consumul a circa 3800 kcal zilnic, pe când necesarul energetic este în medie de circa 2000-2500 kcal pe zi [3]. Totodată, a crescut simțitor sedentarismul, majoritatea timpului liber copiii îl petrec în fața televizorului şi a computerului [4]. Creşterea excesivă în greutate în copilărie sau adolescență se asociază cu o incidență mai înaltă a obezității la vârsta adultă [5].

Obezitatea în perioada copilăriei are efecte negative asupra valorilor tensiunii arteriale şi plasează aceşti copii în grupul de risc al maladiilor cardiovasculare chiar din copilărie [6]. Un copil cu greutatea mai mare decât cea optimă va avea valori mai mari ale tensiunii arteriale (TA) de la o vârstă precoce cu impact negativ asupra morbidității şi mortalității cardiovasculare ulterior în viață [7,8].

Scopul studiului. Studierea incidenței supraponderabilității şi obezității la copii în sectorul urban şi rural în trei zone ale Republicii Moldova şi impactul acestora asupra valorilor tensiunii arteriale.

Material şi metode. Au fost investigați 2055 copii (995 băieți şi 1060 fete) cu vârsta cuprinsă între 10–18 ani, din cele trei zone ale Republicii Moldova, din localități urbane şi rurale (tab. 1). Studiul s-a efectuat cu acordul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova.

Tabelul 1

Structura lotului de studiu

Localitatea	Nord	Centru	Sud	Total
Urbană	393 (or. Drochia)	461 (or. Orhei)	439 (or. Cantemir)	1293
Rurală	271 (s. Țarigrad)	213 (s. Piatra)	278 (s. Tartaul)	762
În total	664	674	717	2055

Au fost stabilite talia (h) şi masa corporală (m). Masa corporală a fost evaluată cu ajutorul cântarului mecanic, cu o exactitate de 0,1 kg, iar talia cu ajutorul aparatului de măsurat înălțimea, cu o exactitate de 0,1 cm. Obezitatea a fost apreciată conform recomandărilor internaționale în baza indicelui de masă corporală (IMC) IMC = m(kg) / h(m)²). Datele obținute au fost comparate cu percentilele pentru vârstă, sex în baza NCHS NCCDPHP *(National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion 2000)*. În funcție de valorile IMC, copiii au fost repartizați în 4 loturi: lotul I – obezi, lotul II – supraponderali, lotul III – normoponderali, lotul IV – subponderali.

Una din sarcinile studiului este aprecierea TA, care s-a efectuat în conformitate cu recomandările internaționale de evaluare a TA la copii. Valorile TA au fost comparate cu harta percentilelor pentru TA corespunzător vârstei, sexului şi taliei.

Copiii au fost anchetați conform unui protocol special, care a inclus întrebări despre: obezitatea la rudele de gradele I şi II, alimentație, reuşita şcolară, numărul de ore petrecute în fața televizorului/computerului, starea socio-economică etc.

Pentru procesarea statistică a materialelor de anchetă şi determinarea corelațiilor între factorii de risc depistați şi prevalența HTA în populația examinată s-a folosit coeficientul de corelație Pearson - r, criteriul de contingență – χ^2, U-criteriul Fischer) şi indicatorul probabilității erorii – *p*.

Rezultate şi discuții. În cadrul studiului efectuat, s-au depistat 177 copii (5,7%) – supraponderali şi 38 copii (1,8%) – obezi, 1842 copii (89,6%) – normoponderali, 58 copii (2,8%) – subponderali.

În funcție de vârsta copiilor, eşantionul de studiu a fost separat în 4 grupe de vârstă: I – 10–12 ani; II – 13–14 ani; III – 15–16 ani, IV – 17–18 ani. Analizând dispersia copiilor în aspect de vârsta acestora, s-a apreciat că procentul mai mare al copiilor supraponderali (29,06%) şi obezi (47,37%) este în grupul de vârstă 10–12 ani; iar cel mai mic în grupul de vârstă 17–18 ani (5,26%). Procentul copiilor subponderali este mai mare în grupul de vârstă 10–12 ani (46,55%) şi cel mai mic în grupurile de vârstă 15–16 ani (10,34%) şi 17–18 ani (10,34%). Ponderea cea mai înaltă a copiilor normoponderali îi revine grupului de vârstă 15–16 ani cu semnificație statistică înaltă (x^2=34,12; $p<0,001$).

În cadrul unei familii, dacă unul sau ambii părinţi sunt obezi, copiii lor mai frecvent vor avea greutate peste limitele normei, comparativ cu familiile în cadrul cărora ambii părinţi sunt normoponderali [5,9].

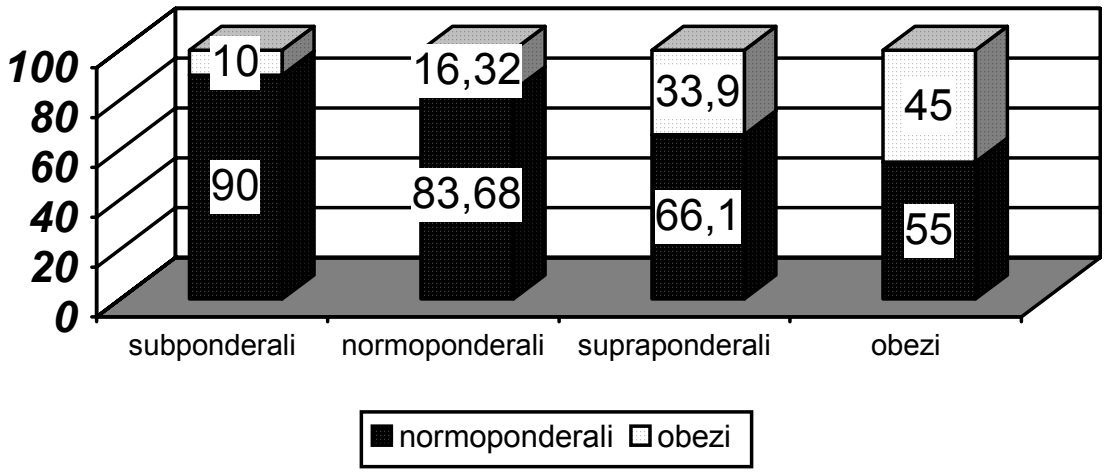


Fig.1. Structura eşantionului de studiu în funcţie de obezitatea la părinţi

Studiul a evidenţiat că obezitatea la părinţi era prezentă în 33,9% din cazuri în lotul copiilor supraponderali şi în 45% din cazuri în lotul copiilor obezi, pe când în lotul copiilor subponderali acest indice era de 10% şi de 16,32% în lotul copiilor normoponderali *(fig.1),* cu semnificaţie statistică înaltă (χ^2 =23,26; p < 0,001).

Unul dintre factorii de risc ai obezităţii în perioada copilăriei este sedentarismul. Procentul copiilor care stau în faţa televizorului mai mult de 3 ore zilnic a crescut simţitor în ultimele decenii şi constituie 25–30% [10,11].În studiul nostru, mai mult de 3 ore petreceau în faţa televizorului 272 copii (26,15%). Procentul copiilor care vizionează televizorul mai mult de 3 ore/zi în lotul copiilor supraponderali şi obezi constituie 31,65% din cazuri, iar în lotul copiilor subponderali 21,87% din cazuri şi în lotul copiilor normoponderali – 25,83% din cazuri, cu veridicitate statistică (x^2=17,21; p<0,05).

Alimentaţia corectă este un factor esenţial pentru menţinerea greutăţii corporale în limitele optime [12]. Consumul alimentelor bogate în calorii: produse zaharoase, excesul de grăsimi, băuturi carbogazoase cu adaos de îndulcitori şi orarul nepotrivit al meselor constituie principalele cauze ale excesului ponderal [13].

În cadrul studiului nostru, s-a determinat că procentul copiilor ce se alimentează mai puţin de 3 ori pe zi (program alimentar incorect) este mai mare în lotul copiilor supraponderali (27,12%) şi obezi (15%), comparativ cu lotul copiilor normoponderali (14,64%) şi subponderali (6,25%). Programul alimentar alcătuit din mai mult de 3 mese/zi se întâlneşte mai frecvent în lotul copiilor normoponderali (33,05%) şi subponderali (28,12%), comparativ cu (25,42%) în lotul copiilor supraponderali şi (20%) în lotul celor obezi.

Orarul nepotrivit al meselor pe parcursul zilei este un factor de risc independent al obezităţii, îndeosebi în cazul când mai mult de 50% din alimentaţia diurnă se consumă după orele 18:00 (night drinking) [10]. În 55% din cazuri, copiii obezi mai mult de 50% din alimentaţia diurnă o consumă după orele 18:00, comparativ cu 36,17% în cadrul lotului copiilor normoponderali şi 37,5% al celor subponderali.

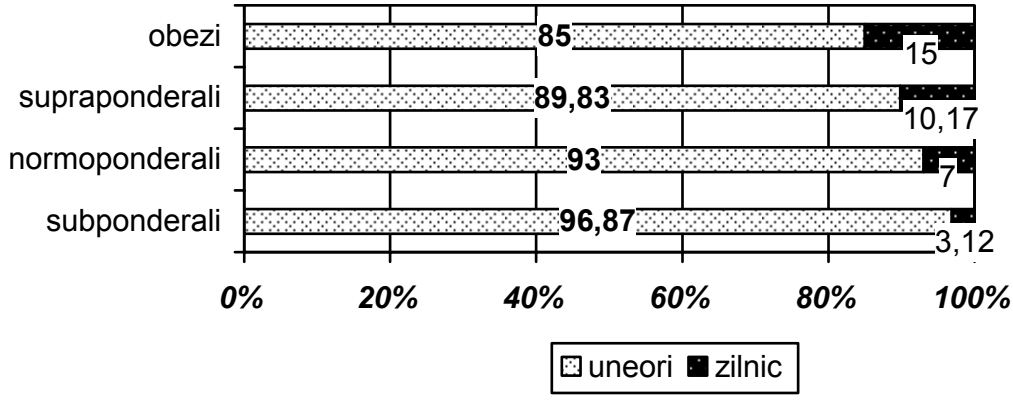


Fig.2. Structura eşantionului de studiu în funcţie de consumul băuturilor carbogazoase

Din *fig. 2* se observă că rata copiilor care consumă zilnic băuturi carbogazoase dulci este mai mare în lotul copiilor obezi (15%), fiind urmat de lotul copiilor supraponderali (10,17%), normoponderali (7%) şi subponderali (3,12%).

Stresul reprezintă un aspect normal şi necesar al vieţii, ce determină fiinţa umană spre performanţe mai mari în viaţă. Păstrarea sănătăţii fizice şi mentale depinde de abilitatea omului de a coopera cu agenţii stresori din viaţa zilnică. Oamenii care au control asupra vieţii şi activităţii zilnice se îmbolnăvesc mai rar, iar efectul agenţilor stresori, este benefic (eustresul). Persoanele care nu pot coopera cu agenţii stesori ai zilelor noastre (schimbări sociale rapide, singurătate, privaţiuni, nemulţumuri în familie) sunt predespuse la deteriorare rapidă a sănătăţii fizice şi psihice (distresul) [14]. Supraponderalitatea, fumatul, alcoolismul şi lipsa exerciţiilor fizice zilnice sunt indicatori ai incapacitătii persoanelor de a coopera cu agenţii stresori zilnici. Un copil obez mai frecvent suferă de singurătate, tristeţe, stres etc.. Pericolele sunt mai importante dacă stările de stres sunt cronice [15]. Noi am studiat stresul la şcoală (stările de conflict cu pedagogii, relaţii conflictuale cu colegii, reuşita şcolară etc.) şi la domiciliu (decesul unui membru al familiei, divorţul părinţilor, părinţii muncesc peste hotare, conflicte între membrii familiei, alcoolismul părinţilor, starea materială precară, neîmpărtăşirea dragostei etc.).

În eşantionul dat de studiu, copiii supraponderali şi obezi sunt expuşi stresului la şcoală în 54,43% din cazuri, comparativ cu cei normoponderali ce erau expuşi stresului cronic în 40,37% din cazuri, cu tendinţă spre semnificaţie statistică veridică (χ^2=6,98; p=0,07). Procentul copiilor expuşi distresului la domiciliu este mai mare în loturile copiilor supraponderali şi obezi (51,9%), comparativ cu lotul copiilor subponderali (31,25%) şi al celor normoponderali (49,19%) cu semnificaţie statistică veridică (χ^2 = 9,44; p < 0,05).

Reuşita şcolară a fost apreciată ţinând cont de nota medie în ultimele 2 trimestre (foarte bună 9 – 10, bună 8 – 9, relativ bună 7 – 8, slabă 5 – 6). Rezultatele căpătate arată că în loturile copiilor subponderali (46,88%), normoponderali (40,15%) şi obezi (50%) se atestă procentul cel mai mare al reuşitei şcolare relativ bune, comparativ cu lotul copiilor supraponderali în care prelevă cota reuşitei şcolare bune (50,85%). Procentul cel mai mare al copiilor care au reuşita şcolară foarte bună s-a observat în lotul de copii normoponderali (13,35%), fiind urmat de lotul copiilor obezi (10%), supraponderali (8,47%) şi subponderali (6,25%). Nivelul reuşitei şcolare slabe s-a înregistrat în lotul copiilor subponderali (15,63%) fiind urmat de copii supraponderali (13,56%), normoponderali (11,09%) şi procentul cel mai mic a revenit lotului copiilor obezi (10%).

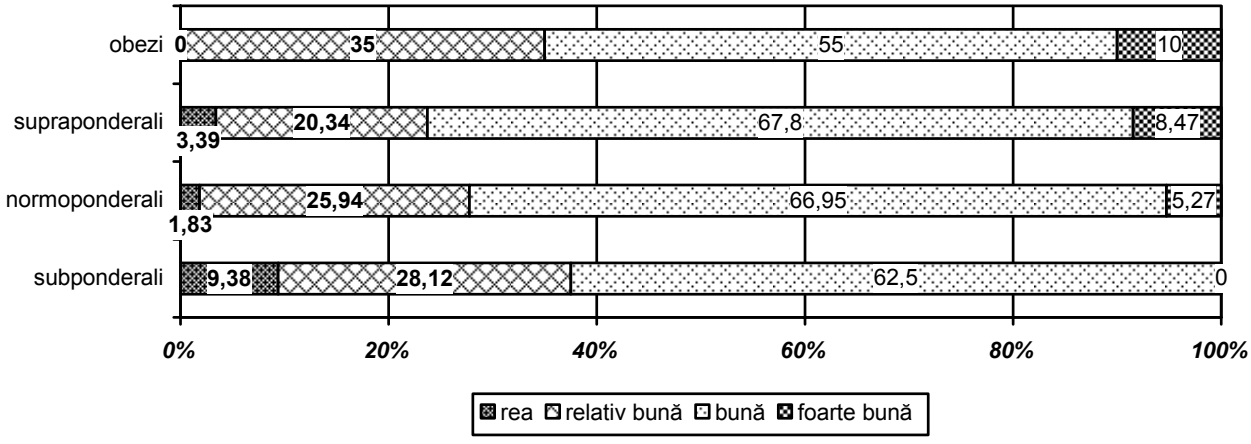


Fig.3. Structura eşantionului de studiu în funcţie de starea socio-economică în familie

În lotul copiilor obezi, se înregistrează cea mai înaltă frecvenţă a stării socio-economice foarte bune (10%), fiind urmat de lotul copiilor supraponderali (8,47%), normoponderali (5,27%), iar în lotul copiilor subponderali acest indicator este 0%. Starea socio-economică precară se înregistrează cu frecvenţă mai înaltă în lotul copiilor subponderali (9,38%), după care urmează lotul copiilor supraponderali (3,39%), normoponderali (1,83%), iar în lotul copiilor obezi la nimeni nu s-a înregistrat starea socio-economică precară *(fig.3)*.

În ultimele decenii se observă creşterea incidenţei obezităţii la copii cu asocierea morbidităţilor specifice ei. La copii obezi, valorile TA sunt mai mari comparativ cu cei care au valori optime ale greutăţii corporale [7,8]. În cadrul studiului de faţă, s-au depistat valori ale TA în limitele normei (< de percentila 90) la 1729 copii sau în 84,1% din cazuri. Valori mai înalte de percentila 90 au prezentat 326 copii ceea ce constituie 15,9 % din cazuri, dintre care la 159 copii (7,7%) – în limita percentilelor 90–94 şi la 167 copii (8,1%) – mai mari de percentila 95.

Procentul copiilor ce au valorile TA mai mari de percentila 90 în lotul copiilor subponderali constituie 3,45%, în lotul copiilor normoponderali – 14,22%, crescând evident în loturile copiilor supraponderali (36,75%) şi obezi (50%) *(fig.4)* cu semnificaţie statistică înaltă (χ^2=81,84; p<0,001). Conform datelor din literatura de specialitate, 15–30% din copiii supraponderali suferă de hipertensiune arterială în copilărie, iar dintre copiii hipertensivi – sunt obezi 45–50% din cazuri [16]. În cadrul studiului nostru, copiii cu valori ale tensiunii arteriale mai mari de percen-

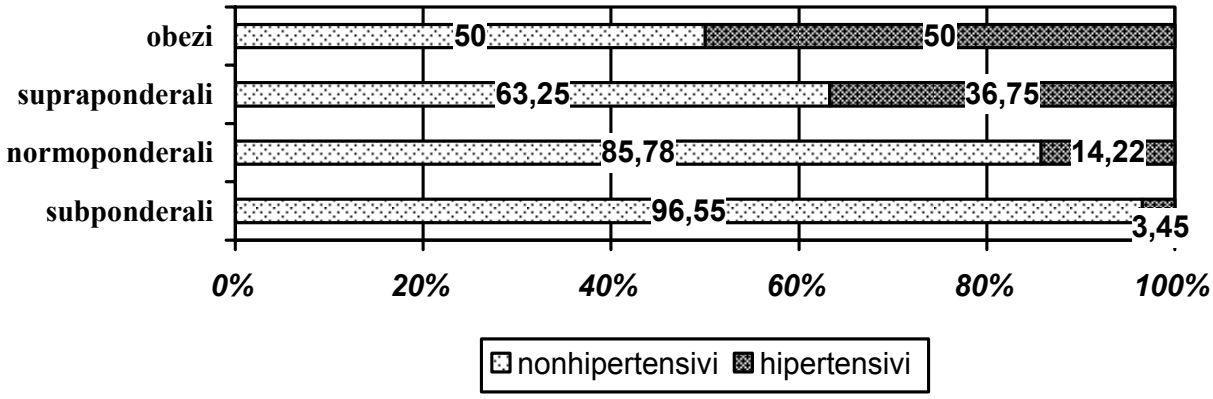


Fig.4. Structura eşantionului de studiu în funcţie de valorile TA şi IMC

tila 90 – erau supraponderali în 13,19% din cazuri şi în 5,83% erau obezi, comparativ cu lotul copiilor cu valori ale tensiunii arteriale mai mici de percentila 90 – supraponderali fiind doar 4,28% din cazuri şi obezi 1,1%.

Concluzii:

1. În cadrul studiului efectuat de noi, prevalenţa supraponderabilităţii este de 5,7% şi a obezităţii de 1,8%, cu pondere mai mare în grupul de vârstă 10-12 ani. Prevalenţa valorilor tensiunii arteriale ce depăşesc percentila 90 este mai înaltă în loturile copiilor obezi (50%) şi supraponderali (36,75%), comparativ cu cei normoponderali (14,22%) şi subponderali (3,45%) cu semnificaţie statistică înaltă (χ^2=81,84; p<0,001).

2. În lotul copiilor supraponderali şi obezi se estimează o frecvenţă mai înaltă: a obezităţii la rudele de gradele I şi II; a sedentarismului; a programului alimentar incorect şi a alimentaţiei de tip night drinking; a consumului zilnic al băuturilor carbogazoase dulci; a stresului la domiciliu cu veridicitate statistică.

3. Ponderea cea mai mare a stării socio-economice bune şi foarte bune le revine loturilor de copii supraponderali şi obezi, iar starea socio-economică precară mai frecvent se întâlneşte în lotul copiilor subponderali.

4. Reuşita şcolară foarte bună se observă mai frecvent în lotul copiilor normoponderali, iar reuşita bună în lotul copiilor supraponderali. În lotul copiilor obezi ponderea cea mai mare revine reuşitei şcolare relativ bune.

Bibliografie

1. Ogden C., Carroll M., Curtin L. et al. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA.* 2006;295(13):1549-1555.

2. Lobstein T., Baur L., Uauy R., et al. International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev.* 2004; Suppl 1: 4–104.

3. Briefel R., Johnson C. Secular trends in dietary intake in the United States. *Annu Rev Nutr.* 2004; 24: 401–431

4. Eisenmann J., Bartee R., Wang M. et al. Physical activity, TV viewing, and weight in U.S. youth: 1999 Youth Risk Behavior survey. *Obes Res.* 2002;10:379–385.

5. Freedman D., Khan L., Dietz W. et al. Interrelationships among childhood BMI, childhood height, and adult obesity: the Bogalusa Heart Study. Int J Obes. 2004;28:10–16.

6. Thompson D., Obarzanek E., Franko D. et al. Childhood overweight and cardiovascular disease risk factors: The National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study *J. Pediatr*. 2007 January; 150(1): 18–25.

7. Falkner B., Gidding S., Ramirez-Garnica G. et al. The relationship of body mass index and blood pressure in primary care pediatric patients. *J.Pediatr.* 2006;148 :195 –200

8. Moore W., Stephens A., Wilson T. et al. Body mass index and blood pressure screening in a rural public school system: the Healthy Kids Project. *Prev Chronic Dis.* 2006;3(4):A114.

9. Magarey A., Daniels L., Boulton T. et al. Predicting obesity in early adulthood from childhood and parental obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003; 27: 505–513.

10. Pardee P., Norman G., Lustig R. et al. Television viewing and hypertension in obese children. *Am J Prev Med.* 2007; 33: 439–443.

11. Kaur H., Choi W., Mayo M. et al. Duration of television watching is associated with increased body mass index. *J Pediatr* 2003; 143:506.

12. Gidding S., Dennison B., Birch L. et al American Heart Association; American Academy of Pediatrics. Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners: consensus statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2005; 112: 2061–2075.

13. Ebbeling C., Feldman H., Osganian S. et al. Effects of Decreasing Sugar-Sweetened Beverage Consumption on Body Weight in Adolescents: A Randomized, Controlled Pilot Study *Pediatrics* Vol. 117 No. 3 March 2006, pp. 673-680.

14. Dallman M., Pecoraro N., Akana S. et al. Chronic stress and obesity: a new view of ”comfort food”. *Proc. Nat. Acad. S. U S A*. 2003;100:11696–11701.

15. Goodman E., Whitaker R. et al. A prospective study of the role of depression in the development and

persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*. 2002; 110: 497–504.

16. Angelopoulos P., Milionis H., Moschonis G. et al. Relations between obesity and hypertension: preliminary data from a cross-sectional study in primary schoolchildren—The Children Study. *Eur J Clin Nutr*. 2006;60 :1226 –1234.

Марк Рудь, Лучия Пырцу

ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ КАК ФАКТОР РИСКА НАЧАЛА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЙ В ДЕТСТВЕ.

Данное исследование включает 2055 детей (995 мальчиков и 1060 девочек) в возрасте от 10 до 18 лет из трех зон Республики Молдова, из сельских и городских населениях. Избыточный вес составляет 5,7% и ожирение - 1,8 %. Уровень кровяного давления, свыше 90 перцентилей в группе с избыточным весом тела составляло - 36,75 %, и в группе с ожирением - 50 %. У этих детей, чаще всего встречается сидячий образ жизни, неправильное питание, употребление газированной сладкой воды, бытовой стресс, ожирение у родственников I степени.

Marcu Rudi, Lucia Pîrțu

OBESITY IN CHILDREN AS RISK FACTOR IN ARTERIAL HYPERTENSION WITH DEBUT IN CHILDHOOD

A study has been made on a lot of 2055 children (995 boys and 1060 girls) aged between 10 and 18 years who were observed in 3 regions of Republic of Moldova, in urban and rural area. The incidence of overweight in evaluated children constitutes 5,7%, but obesity – 1,8%. Blood pressure values over than 90 percentiles were identified in overweight lot of study in 36,75% of cases and obesity lot of study in 50% of cases. In overweight and obese children was registered a higher frequency of: family history in obesity, sedentary lifestyle, wrong feed, consume of aerated sweet water(soft drinks), stress.

Recepționat 16.11.2008

●

© Ina Palii, Rudi Marcu, Stratulat Petru

Ina Palii, Rudi Marcu, Stratulat Petru

CONCEPTE NOI ALE INSUFICIENȚEI CARDIACE CONGESTIVE SECUNDARĂ CARDIOPATIILOR CONGENITALE LA COPII

IMSP ICŞDOSM şi C, clinica de cardiologie pediatrică,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Insuficiența cardiacă (IC) este sindromul clinic datorat incapacității inimii de a asigura debitul circulator necesar activității metabolice tisulare sau „asigură acest debit cu prețul unor presiuni diastolice excesive” (E. Braunwald) [3]. În pofida numeroaselor şi remarcabilelor progrese fiziopatologice, diagnostice şi terapeutice din ultimii ani, această suferință continuă să rămână o problemă majoră de sănătate atât medicală, cât şi socială, fiind un sindrom clinic complex, cu multiple etiologii, diverse manifestări clinice şi una din cauzele principale de invalidizare şi mortalitate la adulți şi copii [7]. In IC congestivă (ICC) tabloul clinic este dominat de manifestările secundare congestiei venoase retrograde. Conform Ghidului Societății Europene de Cardiologie, prevalența IC în Europa este de 0,4 – 2%. Aproximativ 6,5 mln. de locuitori în Europa, 5 mln. în SUA şi 2,4 mln. în Japonia suferă de IC [11]. La momentul actual nu există studii epidemiologice mari care ar elucida obiectiv incidența şi prevalența ICC la copii, ultima având o incidență semnificativă la vârsta pediatrică, este marcată de costuri materiale majore şi de mortalitate crescută.

Etiologia ICC la copii diferă mult față de cea a adultului. Patologiile mai frecvente ce conduc la IC la copii sunt MCC, care ating o incidență de 8 cazuri la 1000 de nou-născuți vii, iar prevalența este de 1 – 2% din nou-născuți şi 1 din 3 copiii cu MCC dezvoltă ICC congestivă [1, 9]. În acelaşi timp, o parte din copii cu MCC sunt cu IC asimptomatică. Conform Ghidului practic al IC la copii, (SUA, 2004), între 25 şi 75 % de copii cu IC severă (în funcție de vârstă) au un diagnostic fundamental de MCC şi doar 27% din totalul cazurilor de ICC le revin cardiomiopatiilor dilatative, 5% miocarditelor. În contrast cu pacienții adulți, cardiopatia ischemică la copii este rară [13]. În SUA se nasc anual în jur de 40000 de copii cu MCC; 1/3 din ei au forme severe de boală cu IC. În Republica Moldova la ora actuală nu avem un registru național al MCC, dar aproximativ se nasc anual circa 600 de copii cu astfel de patologii.

Cele mai frecvente MCC ce dezvoltă ICC sunt: cu şunt stânga – dreapta (S-D) (defectele de sept ventricular (DSV) largi, persistența canalului arterial (PCA sau CAP),

canalul atrioventricular (CAV), fereastra aorto-pulmonară (Ao-P)), leziunile obstructive ale cordului stâng (stenoza Ao, coarctația Ao, sindromul de cord stâng hipoplastic), regurgitările valvulare congenitale, leziunile cardiace complexe, unele MCC în perioada postoperatorie [8].

În prezent există puține criterii de definire cu acurațe a ICC la copii, de monitorizare şi evaluare a prognosticului bolii. Diagnosticul ICC la vârsta pediatrică se bazează preponderent pe aprecieri clinice (inclusiv scor NYHA/Ross), dar şi pe evaluări funcționale ecocardiografice care, în pediatrie, se limitează la aprecierea indicilor de funcție sistolică ventriculară stângă, disfuncția diastolică fiind dificil de evaluat. Deşi criteriile clinice de diagnostic ale ICC sunt bine cunoscute de către medicii pediatri, ei utilizează din ce în ce mai puțin clasificarea funcțională NYHA, ultima fiind puțin potrivită pentru sugar şi copilul mic. Remarcabilă a fost introducerea, în anul 1994, apoi revizuită în anul 2003 clasificarea funcțională Ross, care poate fi aplicată la copiii mici cu ICC. Dispneea, fatigabilitatea şi palpitațiile sunt criteriile clinice de bază pentru determinarea clasei funcționale (CF) NYHA [4,13].

Clasificația NYHA (New York Heart Association), anul 1994:

CF I: fără limitare. Activitatea fizică obişnuită nu produce oboseală, dispnee sau palpitații.

CF II: uşoară limitare a activității fizice. Pacientul este asimptomatic în repaus, dar activitatea fizică obişnuită determină oboseală, palpitații, dispnee.

CF III: marcată limitare a activității fizice. Deşi bolnavii sunt asimptomatici în repaus, activitatea fizică mai uşoară decât cea obişnuită duce la apariția dispneei, oboselii sau palpitațiilor.

CF IV: incapacitatea de a face orice fel de activitate fizică fără disconfort. Simptoamele de IC sunt prezente în repaus. Disconfortul apare la orice activitate fizică.

Interpretarea claselor Ross (pentru sugar şi copilul mic):

CF I: asimptomatic.

CF II: tahipnee moderată sau diaforeză pe parcursul alăptării. Dispnee la efort la copilul mai mare.

CF III: tahipnee marcată sau diaforeză pe parcursul alăptării; alăptare prelungită sau întârzierea creşterii din cauza ICC. Dispnee intensă la efort la copilul mai mare.

CF IV: tahipnee, tiraj, dispnee, diaforeză în repaus.

Experții Colegiului American de Cardiologie şi Asociației Americane a inimii (anii 2001, 2005) au propus clasificarea ICC prin evidențierea a patru stadii în dezvoltarea maladiei:

Stadiul A – bolnav cu risc major de apariție de IC, însă fără afectare structurală de cord (febră reumatismală acută în anamneză, hipertensiune arterială, cardiomiopatie în anamneza familială).

Stadiul B – bolnav cu afectare structurală de cord, însă fără semne de IC în anamneză – stadiul asimptomatic al ICC (malformație cardiacă valvulară asimptomatică, hipertrofie sau fibroză de ventricul stâng, dilatarea ventriculului stâng sau micşorarea contractilității ş.a.)

Stadiul C – bolnavul are sau a avut în anamnesticul apropiat semne al IC legate de o afectare structurală de cord (dispnee şi/sau oboseală determinate de disfuncția sistolică de ventricul stâng, bolnavi asimptomatici care primesc tratament în legătură cu apariția IC în trecut).

Stadiul D – bolnavi în stadiul terminal al ICC, care necesită tratament special. Pacienții, în pofida tratamentului medicamentos maximal, au semne majore de ICC în repaus sau schimbări structurale de cord pronunțate (necesită tratament permanent în staționar, fiind candidați la transplant cardiac).

Pentru aprecierea stadiului ICC, în afară de datele anamnestice şi examenului obiectiv, sunt folosite datele ecocardiografice. Această clasificare nu subestimează clasificările NYHA/Ross.

În ICC pediatrică s-au produs schimbări importante în ceea ce priveşte definirea ei odată cu descoperirea peptidelor natriuretice, ultimele având efecte vasodilatatoare şi diuretice, dar şi efecte antiproliferative. Ele sunt în actualitate nu numai prin rolul lor fiziopatologic în IC, dar şi mai ales, prin rolul pe care îl joacă în diagnosticul IC şi aprecierea severității sale, în diagnosticul disfuncției ventriculare asimptomatice şi al disfuncției diastolice, în aprecierea prognostică, inclusiv în predicția morții subite, precum şi în evaluarea eficienței terapiei.

IC la copii pe fundal de MCC are un şir de particularități în comparație cu IC provocată de cardiopatia ischemică sau hipertensiunea arterială la adulți. La copii, deopotrivă cu disfuncția ventriculului stâng (VS) coexistă sau predomină disfuncția ventriculului drept (VD) (20% din cazuri). De asemenea, există noțiunea de insuficiență a unicului ventricul ce asigură circulația atât sistemică cât şi pulmonară. Printre mecanismele IC în MCC un rol important are repartiția intracardiacă neadecvată a întoarcerii venoase. Relativ frecvent se întâlneşte şi disfuncția cardiacă diastolică.

Schema terapeutică contemporană în ICC la copii recomandă o terapie în trepte, administrându-se inițial inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IECA) [12]; în caz de retenție hidro-salină se asociază diureticele. Dacă terapia cu inhibitori ai enzimei de conversie nu ameliorează tabloul clinic, se asociază digoxin. E de menționat faptul că digoxina pierde primul loc în terapia ICC pediatrice. Dacă schema terapeutică de mai sus nu conduce la o evoluție favorabilă a ICC, se asociază beta – blocanții [2,4]. Tratamentul chirurgical oportun este tratamentul de prevenție cel mai real eficace al ICC congestive pe fondal de MCC (Ghidul practic al IC, SUA, 2004), însă deseori aceşti copii necesită tratament conservativ al IC, la o parte din ei (în dependență de tipul, hemodinamica MCC) maladia evoluiază cu hipertensiune pulmonară (HTP) progresivă, dezvoltând boală vasculară pulmonară în lipsa tratamentului adecvat. Conform conceptului actual al medicinii bazate pe dovezi aceşti pacienți necesită terapie cu vasodilatatoare (prostanoizi, inhibitori ai fosfodiesterazei 5 sau antagonişti ai endotelinei) pentru prevenția complicațiilor severe, ameliorarea calității vieții, reducând astfel problemele socio – psihologice şi economice ale acesteia [5, 6, 10].

Obiectivele lucrării. Elucidarea particularităților clinico-evolutive şi paraclinice ale ICC la copii secundară MCC în funcție de dezvoltarea HTP.

Material şi metode de cercetare. În studiu au fost

incluşi 98 de copii cu ICC secundară MCC, care au fost divizaţi în 2 loturi: I lot l-au constituit 55 de copii cu ICC pe fondal de MCC şi HTAP (29 băieţei şi 26 fetiţe) cu vârsta medie de 4,2 ±1,4 ani; lotul II – 43 copii cu ICC şi MCC fără HTAP (21 băieţei şi 22 fetiţe) cu vârsta medie de 5,2±1,3 ani. Diagnosticul de ICC a fost stabilit conform criteriilor NYHA/Ross. Diagnosticul de HTP a fost confirmat conform criteriilor de diagnostic stipulate în ghidurile de diagnostic şi tratament al HTP ale Colegiului American de Cardiologie şi Societăţii Europene de Cardiologie, anul 2004. Metodele de cercetare au cuprins: examenul clinic şi fizic complex, EKG, ECOCG în regim M, B şi Dopller, radiografia cardiopulmonară cu aprecierea indexului cardiotoracic (ICT), teste de laborator.

Rezultate şi discuţii. MCC perdominante în I lot au fost: DSA (4 copii), DSV largi (13 copii), DSA plus DSV (4), CAV complet (7), CAP cu debit mare (4), fereastra Ao-P (2), transpoziţia de vase mari (6), trunchi arterial comun (2), ventricul unic (5), drenaj venos pulmonar total sau parţial aberant (8). MCC în lotul II au fost: stenoza (9) şi coarctaţia de aortă severă (9), s-mul de cord stîng hipoplastic (2), anomalia Ebstein (5), regurgitările congenitale mitrale (6) şi aortale (4), MCC complexe (8). Repartiţia bolnavilor după CF NYHA/Ross a fost următoarea: 5 copii din I lot au avut CF II, 28 pacienţi au avut CF III, 17 copii - CF III - IV; 5 – CF IV; în lotul II - 22 pacienţi au fost încadraţi în CF II, 3 copii – CF II – III, 10 - CF III, 6 - în CF III – IV, 2 - CF IV (Fig. 1). Astfel, rezultă că pacienţii cu ICC secundară MCC cu HTP de diferit grad au o CF mai severă (90% din copiii I lot au avut CF III şi IV faţă de 42% din copiii lotului II, p<0,001) decât pacienţii cu ICC fără HTP. Deci HTP conduce la agravarea sindromului de ICC secundară MCC.

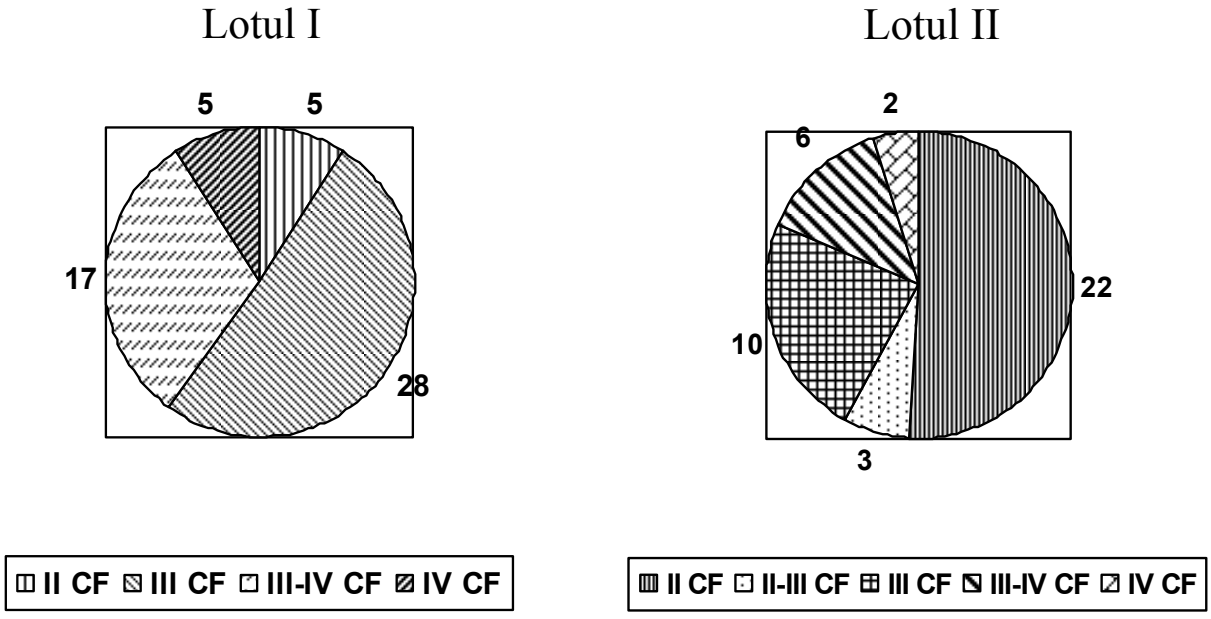


Fig. 1. Repartiţia pacienţilor din loturi după CF NYHA/Ross.

Manifestările clinice mai frecvent întâlnite în I lot au fost: tahipneea, ortopneea, slăbiciunea şi oboseala marcată, tusea, transpiraţia, detresa respiratorie, wheezing-ul, ralurile pulmonare, respiraţie superficială, cianoza de tip central, hepatomegalia, edemele, sincopa. Aceste semne sunt caracteristice sindromului de congestie pulmonară sau IC secundară MCC cu HTP graţie şunt-ului mare S-D. În lotul II mai frecvent au fost marcate următoarele semne clinice: tahicardia, ritmul de galop, durerile precordiale de caracter anginos, hipotrofia, extremităţi reci, umplere capilară deficilă, puls slab, cefalee. Dispneea, fatigabilitatea, cardiomegalia în egală măsură şi la toţi pacienţii au fost observate în ambele loturi de cercetare.

Hipertrofia VD şi- sau a AD, blocul de ramură dreaptă a fas. Hiss, dilatarea VD (AD), insuficienţa valvulei tricuspide şi pulmonare, dilatarea trunchiului arterei pulmonare şi majorarea ICT s-a observat, în deosebi, în lotul I de cercetare, ceea ce marchează remodelarea VD caracteristică ICC secundară MCC cu HTP. Hipertrofia VS, a peretelui posterior a VSd, dilatarea VS, insuficienţa valvulei mitrale, aortale ne indică la remodelarea VS caracteristică leziunilor obstructive ale cordului stâng, regurgitărilor mitrale sau Ao, sau ICC în MCC fără HTP. S-a observat o evoluţie mai severă a maladiei la pacienţii din I lot faţă de bolnavii lotului II, cu spitalizări mai frecvente înafara celor programate, semne de progresie a IC, prezenţa de co-morbidităţi: IRVA, bronhopneumonie, anemie. S-a observat o corelaţie înaltă între CF NYHA/Ross şi gradul de severitate a HTP (valoarea lui r a fost între 0,57 şi 0,95). Aceste date obţinute de noi în acest studiu preliminar sunt în concordanţă cu rezultatele cercetărilor altor autori [1, 10, 14].

Concluzii:

1. Manifestările clinice caracteristice ICC secundară MCC cu prezenţa HTP sunt: tahipneea, ortopneea, slăbiciunea şi oboseala marcată, tusea, transpiraţia, detresa

respiratorie, wheezing-ul, ralurile pulmonare, respirație superficială, cianoza de tip central, hepatomegalia, edemele, sincopa; pe când sindromul de ICC fără HTP se caracterizează prin: tahicardie, ritm de galop, dureri precordiale de caracter anginos, hipotrofie, extremități reci, umplere capilară deficilă, puls slab, cefalee.

2. Pacienții cu ICC pe fondal de MCC și HTP au o evoluție mai severă a maladiei, cu spitalizări mai frecvente înafara celor programate, cu semne de progresie a IC, prezența de co-morbidități: infecții respiratorii recurente, bronhopneumonii, anemie, malnutriție și al.

3. Prezența HTP la copiii cu MCC conduce la agravarea sindromului de ICC în această suferință.

Referințe bibliografice.

1. Aidan P Bolger, Andrew J.S Coats and Michael A Gatzoulis. Congenital heart disease: the original heart failure syndrome. European Heart Journal. 2003:24(10):970-976.

2. Balfour I. Management of Chronic Congestive Heart Failure in Children. Cur Treat Options Cardiovasc Med. 2004 Oct: 6(5):407-416.

3. Braunwald E., Bristow M. R. Congestive heart failure: fifty years of progress. Circulation, 2002; 102: IV14-IV 23.

4. Butnariu Angela, Andreica Mariana. Congestive heart failure new features in a classic disease. International Congres of Pediatrics, Sibiu – 2007. S 228-237.

5. David B. Badesh, Steven H. Abman, Gerald Simonneau, Lewis J. Rubin et al. Medical Therapy for Pulmonary Arterial Hypertension. Chest. 2007; 131 (6): 1917-1928. American College of Chest Physicians.

6. Galie N, Torbicki, A, Barst R, et al. Guidelines on diagnosis and treatment of pulmonary arterial hypertension: the task force on diagnosis and treatment of pulmonary arterial hypertension of the European Society of Cardiology. European Heart Journal. 2004: 25, 2243-2278.

7. Guidlines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure: full text(update 2005): The Task Force for the diagnosis and treatment of CHF of the European Society of Cardiology. European Heart Journal, 2005, 26:1115-1140.

8. Hoch M, Netz H. Heart failure in pediatric patients. Thorac Cardiovasc Surg. 2005; 53 Suppl 2: S 129-34.

9. Hoffman JIE, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. J Am Coll Cardiol. 2002;39:1890-1900.

10. John Berger. Pulmonary Hypertension in Congenital Heart Disease. Medscape Cardiology. 2007.

11. Martje H.L. ban der Wal, Tiny Jaarsma et al. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. European Heart Journal, 2006, 27:434-440.

12. Momma K. ACE inhibitors in pediatric patients with heart failure. Paediatr Drugs. 2006: 8(1):55-69.

13. Rosenthal D., Christian MR, Edens E, et al: International Society for Heart and Lung Transplantation: Practice guidelines for management of heart failure in children. J Heart Lung Transplant 2004 Dec; 23(12): 1313-33(Medline).

14. Rubin LJ. Diagnosis and management of pulmonary arterial hypertension: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2004;126:4S-10S.

Палий Инна, Рудь Марку, Стратулат Петру

НОВЫЕ КОНЦЕПЦИИ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Настоящее исследование включило 98 детей с застойной сердечной недостаточностью (ЗСН) на фоне врожденных пороков сердца (ВПС), распределенных на 2 группы: I - дети с ЗСН на фоне ВПС с легочной гипертензией (ЛГ); II -дети с ЗСН на фоне ВПС без ЛГ. Были выявлены особенности клинического течение ЗСН на фоне ВПС с наличием и без ЛГ. Выявлено что ЛГ ухудшает течение ЗСН у детей с ВПС. У этих детей течение заболевания более тяжелое, с нарастанием признаков ЗСН, повторные госпитализации по этой причине, а также по наслоению сопутствующих заболеваний.

Ina Palii, Rudi Marcu, Stratulat Petru

NEW CONCEPTS OF THE CONGESTIVE HEART FAILURE SECONDARY TO CONGENITAL HEART DISEASE IN CHILDREN

The present study included 98 children with congestive heart failure (CHF) with an underlying congenital heart disease (CHD). These children entered 2 study groups: I – children with CHF secondary to CHD and pulmonary hypertension; II – children with CHF secondary to CHD but without pulmonary hypertension associated. The study revealed peculiarities of the clinical course and evolution of the CHF syndrome in children with CHD depending on the association of the pulmonary hypertension. Results show that associated pulmonary hypertension leads to the worsening of the CHF syndrome in these children. Patients with CHF based on the congenital heart malformation and pulmonary hypertension associated manifest a more severe clinical evolution of the disease (comparing to the control group) with the progression of the heart failure, repeated hospitalizations and associated co-morbidities.

Recepționat 29.11.2008

© Covalciuc Grigore

Covalciuc Grigore

SPONDILOARTROPATIILE SERONEGATIVE LA COPII: DIAGNOSTICA, TRATAMENTUL

institutul de Cercetări Ştiinţifice în Domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului
(director – dr.hab.şt.med. Ludmila Eţco)

Introducere. Structura maladiilor reumatismale la copii în prezent s-a schimbat radical. Dacă acum 15-20 ani patologia articulară era determinată în special de reumatismul primar şi recurent, ulterior de artrita reumatoidă juvenilă, atunci pe parcursul ultimilor 10 ani pediatrii tot mai des întâlnesc diferite artropatii îndeosebi spondiloartropatii, artrite reactive, care reprezintă aproximativ 20-30% din patologia reumatismală la copii.

Artrita reactivă este o maladie inflamatorie sistemică care se caracterizează prin afectarea aseptică a articulaţiilor şi altor organe cu o provenienţă legată prin diferite infecţii care sunt situate la distanţă de articulaţii. Este cunoscută creşterea incidenţei artritelor reactive în populaţie, atât la aduţi cât şi la copii. La sexul masculin 75% din spondiloartropatii sunt spondiloartrite anchilozante.

Motivul pentru care copilul este adus la medic, îl constituie mai des durerea sau inflamaţia articulară. În acest context putem confirma că aproape toţi pacienţii se adresează pentru a fi consultaţi din cauza acestor simptome.

Relativ frecvent întâlnite la copii spondiloartropatiile, inclusiv artritele reactive pun problema de diagnostic diferenţial cu alte maladii reumatismale, deoarece simptomele prezentate la copii sunt observate în mai multe boli inflamatorii. Identificarea şi diferenţierea lor este importantă pentru conduita terapeutică şi evitarea unor investigaţii inutile.

Materiale şi metode. Au fost supuşi studiului 143 copii: 75 cu artrită reactivă (ARe), 38 copii cu spondiloatropatii anchilozante (SA) şi 30 copii cu artrită reumatoidă (AR) – lotul de comparaţie. Vârsta medie la momentul investigaţiilor Are – 8 ani 9 luni ± 5 luni, SA – 9 ani 2 luni ± 3 luni şi AR – 8 ani 11 luni ± 6 luni, durata medie a bolii 1 an ± 2 luni, 1 an 3 luni ± 3 luni şi 1 an ± 2,5 luni.

Toţi copiii au fost supuşi unui examen de rutină efectuat în reumatologie. Diagnosticul Are a fost stabilit în baza clasificării propuse de Deutsche Gesetschef fur Reumatologic (Teil s. Diagnostic: 3, 7, 2, 1995 et Willens et al: Arthritis Reumat 24: 844-849 1981, Berlin 1995). A fost studiată minuţios perioada premonitorie (1-6 săptămâni) fiind analizate: ţinuta, mersul, caracterul sindromului articular, apreciată starea fasciilor şi tegumentelor. S-a efectuat un şir de probe manuale (Zaţepin, Versakovskhi, Cuşelevski, Tamaier, Otto, Shober).

Rezultate şi discuţii. Analiza rezultatelor a permis relevarea unor aspecte interesante din punctul de vedere al elaborării algoritmului clinico-terapeutic.

După factorii etiologici în grupa cu Are au fost determinate 3 loturi:

Primul lot - 35 pacienţi la care ca factor etiologic a fost depistată infecţia respiratorie (faringita, tonzilita). La aceşti copii maladia a apărut după perioada acutizării infecţiilor atestându-se, afectarea predominantă a articulaţiilor membrelor superioare şi a cordului. După felul respectiv, cauza îmbolnăvirii în cadrul căreia apare durerea articulară (mono- sau poliarticulară cu sau fără modificarea clinică obiectivă la nivelul articulaţiilor), poate fi vorba de durere ca monitorizare articulară a unei boli reumatice sau nereumatismale (element important de diagnostic clinico-etiologic).

Grupa a doua - 37 pacienţi la care, artrita a debutat după suportarea enterocolitei care a coincis cu perioada de hipersensibilitate cu manifestări monooligoarticulare la nivelul membrelor inferioare.

Grupa a treia - 18 pacienţi la care boala posibil a fost provocată de către infecţia urogenitală şi s-a manifestat prin monooligoartrita membrelor inferioare cu evoluţie recidivantă. La acest grup au fost depistate modificări caracteristice pentru pielonefrită.

În practică, medicul pediatru se confruntă cu numeroase şi variate condiţii etiologice în care poate fi prezentă suferinţa articulară, fiind obligat să diferenţieze – cel puţin în etapele iniţiale ale diagnosticului afecţiunea articulară în forma monoolig- sau de cea poliarticulară şi respectiv artralgia de artrită.

În prezent sunt cunoscute două grupe de maladii postenterocolitice şi urogenitale asociate cu antigenul B27 (HLA-B27).

Factorul etiologic al artritei postenterocolitice:

- Iersinia Enterocolitică 03 şi 09 serotip, I. Pseudotuberculoza;
- Salmonela (S. Enteritidis, S. Oranienburg, S. Typhimurium);
- Şighela (S. Flexneri 2-2a);
- Campilobacter (Campilobacter jejuni);
- Chlamidia (C. Trachomatis, C. Psittaci, C. Pneumonae, C. Pecarum).

Diagnosticul artritelor reactive a fost stabilit după următoarele criterii.

Tabelul 1

Criteriile de diagnostical artritei reactive (Berlin, 1995)

Indicii	Criterii de diagnostic
Artrita periferică	1. Asimetrice 2. Oligoartrite (afecțiuni până la articulația a 4-a); 3. Afectarea preponderentă a articulațiilor membrelor inferioare;
Semne infecțioase	1. Diareea 2. Uretrita 3. Primele 4 săptămâni până apare artrita
Confirmarea bacteriologică	1. Nu este obligatorie, dar e preferabilă prezența unor factori clinici majori ai infecției; 2. Obligator în cazuri atipice și „șterse”.
Criterii de excludere	Cauza este confirmată cu semne de monooligoartrită.
	1. Spondiloartropatie 2. Atrită septică 3. Boala Laima 4. Atrită streptococică 5. Gută.

Artrita periferică și semnele diferențiale între spondilita anchilozantă și artrita reactivă sunt prezentate în tabelele 2 și 3.

Tabelul 2

Indicii artritei periferice la copiii cu spondiloartropatii seronegative

Articulații afectate	Are (n-75)		SA (n-38)		AR (n-30)		P
Scapulohumerale	5	6,7	2	5,2	9	30	$P_{1-3} < 0,05$; $P_{2-3} < 0,001$
Sternoclaviculare	4	5,3	2	5,2	4	13,3	$P > 0,05$
Sternocostale	4	5,3	2	5,2	-	-	$P > 0,05$
Cotului	12	16,0	3	7,8	8	26,7	$P_{1-2} > 0,05$; $P_{1-3} > 0,05$; $P_{2-3} < 0,005$
Radiocarpiene	7	9,3	1	4,0	18	60,0	
Metacarpofalangiene	7	9,3	2	5,2	21	70,0	$P_{1-2} < 0,05$; $P_{1-3} < 0,001$; $P_{2-3} < 0,001$
Sacroiliace	13	56,0	12	31,2	18	6,0	$P_{1-2} > 0,05$; $P_{1-3} > 0,05$; $P_{2-3} < 0,05$
Coxofemurale	20	26,7	8	21,0	8	26,7	$P_{1-2} > 0,05$; $P_{1-3} > 0,05$; $P_{2-3} > 0,05$
Genunchiului	42	56,0	12	31,2	18	6,0	$P_{1-2} > 0,05$; $P_{1-3} > 0,05$; $P_{2-3} < 0,05$
Tibiotarsiene	47	62,7	8	21,0	19	63,3	$P_{1-2} < 0,001$; $P_{1-2} > 0,05$; $P_{2-3} < 0,001$
Metatarsofalangiene și interfalangiene	16	21,3	2	5,2	4	13,3	$P_{1-2} < 0,05$; $P_{1-3} > 0,05$; $P_{2-3} < 0,05$
Sectorul cervical	4	5,3	2	5,2	17	56,6	$P_{1-2} > 0,05$; $P_{1-3} < 0,001$; $P_{2-3} < 0,001$
Sectorul toracic	-	-	8	21,0	-	-	$P < 0,001$
Sectorul lombar	-	-	11	28,1	-	-	$P < 0,001$

Tabelul 3

Diagnosticul diferențial între spondilita anchilozantă (SA) și artrita reactivă (ARe)

Nr.	Semnele	SA	ARe
1.	Genul	Băieți (90%)	Nu semnificativ
2.	Debutul	Lent	Acut, subacut

3.	Sacroileita	Bilaterală	Monolaterală
4.	Afectări oculare	Iridociclită	Conjunctivită
5.	HLA-B 27	+90%	40% în sacroileită
6.	Stomatita	-	+
7.	Afecțiuni renale	-	Pielonefrită
8.	Chlamidia sau anticorpi către chlamidii	-	+
9.	Modificări morfologice în membrana sinovială	Reacție macrofagală pronunțată	Infiltrație polinucleară pronunțată

Datele din tabelele 2 şi 3 denotă că: cel mai des bolnavii se adresează cu dureri în articulații periferice, iar mai rar cu dureri în coloana vertebrală şi numai la 4 copii cu AR boala a debutat acut sub formă de atac articular şi/sau semne de maladie febrilă. La pacienții cu SA afecțiunile erau localizate de obicei în articulațiile membrelor inferioare şi articulațiile axiale. La cei cu Are erau lezate articualațiile tibiotarsiene ale, genunchiului, coxofemurale, metatarsofalangiene.

Durerea artritică la majoritatea copiilor cu AR s-a manifestat prin leziunea articulațiilor pumnului şi altor articulații mici.

Tratamentul: deoarece boala este cronică şi progresivă, tratamentul trebuie să fie complex şi eşalonat pe etape în timp îndelungat. Tratamentul medicamentos include 3 tipuri:

1. Etiotrop
2. Patogenetic
3. Simptomatic

În afară de tratamentul medicamentos, se aplică şi proceduri fizioterapeutice, masaj, gimnastică curativă. Etapa a II-a – tratamentul balneologic, a treia – tratamentul ambulatoriu.

Terapia etiotropă include folosirea preparatelor din grupele macrolizi, tetracicline şi la ftorchinolone, însă aceste preparate nu pot fi administrate copiilor din cauza că ele duc la apariția complicațiilor. Din aceste considerente numărul lor folosite la copii este destul de mic.

Trebuie accentuat că în tratamentul artritei reactive la copiii îndeosebi în stadiul acut, mai eficace sunt macrolizii (azitromicin – sumamed, roxitromicin – rulid, rovamicin, vilprofen).

Dozele preparatelor:

- Sumamed – 10mg/kg 1 zi şi 5mg/kg, 4-6 zile;
- Rulid – 5-8mg/kg 1 zi şi 5mg/kg;
- Rovamicin – 1,5 mln ME/10kg/24 ore x 2 prize;
- Vilprofen – 30-50 mg/kg/24 ore x 3 prize;

După rezultatele unor cercetări şi conform datelor obținute de noi, tratamentul cu Sumamed (cura de 7-10 zile), în doze standard, semnele acute au fost lichidate în 100% cazuri şi aproximativ sindromul articular.

În tratamentul sindromului articular sunt folosite pe larg preparatele din grupa nesteroizilor: volfaren, brufen şi altele şi injecții cormolale intraarticular cu preparatele metipred şi diprospan. O importanță majoră în tratamentul spondiloartritelor seronegative are clasa nouă a preparatelor nesteroidiene, şi anume nimesulidele, care se indică în doza 5 mg/kg-24 ore şi movvalis 0,15-0,2 mg/kg-24 ore. Indometacina 2,5-3 mg/kg-24 ore, Naprosin 10-15 mg/kg.

Destul de efectivă în cazurile de intezită, uveită + artrita este folosirea sulfasalazinei în doza de 30-50 mg/kg-24 ore.

Totodată vom sublinia că prescrierea mai mult de 10 zile a antibioticelor nu duce la eficacitatea mai mare a tratamentului. Se recomandă interzicerea folosirii preponderente a antibioticelor din grupa penicilinei, deoarece e posibilă transformarea chlamidiei în L-forme.

În caz de toleranță negativă, pot fi folosite cu succese diferite imunomodulatori (preparatele interferonului, timusului, complexul de linopolizaharide şi altele, dar la copii indicația lor trebuie să fie bine gândită). După datele noastre, Licopidul, care activează fagocitoza, este recomandabil în cazurile activității majore şi când terapia este ineficientă fiind asociat cu metotrexat în doze 7,5-10 mg/m^2 o dată în 7 zile.

Multă precauție necesită indicarea preparatelor steroidiene în doze 0,2-0,5 mg/kg.

În tabelul 4 este prezentată algoritmul diferențial al spondiloartropatiilor seronegative.

Concluzii:

1. Studiul minuțios şi folosirea unui şir de probe clinice simple au fost deosebit de utile în diagnosticul spondiloartropatiilor seronegative.
2. Examinarea completă ne-a permis să evidențiem un şir de particularități ale sindromului articular.
3. Pentru copiii cu Are, procesul inflamator la nivelul articulațiilor periferice avea un caracter de „*jos în sus*” în formă de spirală. Afectarea sectorului toracic şi lombar s-a înregistrat la copiii care sufereau de SA, în cazul AR a fost prezentă afectarea sectorului cervical.

Bibliografie:

1. **Ansele B.M.** Juvenile rheumatoid artritis, juvenile chronic arthritis and juvenile spondyloarthropathies P.I. Current opinion in Rheumathology, 1992, vol.5 N.4 p.706-708.
2. **Burges-Vergs R**., Vazguez – mellado I. The larly clinical recognition of juvenile – ouset aukylosing spondyliti, and its diferentiation from juvenile rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism, 1995. Vol.6 n.38, p.835-844.
3. **Cepoi V.M.** Boala Behterev., M. Medicina, 1976.

Г. Ковальчук

СЕРОНЕГАТИВНЫЕ СПОНДИЛОАРТРИТЫ У ДЕТЕЙ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ

Комплексное исследование серонегативных спондилоартритов позволит выявить характерные особенности суставного синдрома, что улучшит вопросы диагностики и лечения.

Gr. Covalciuc

SERONEGATIVE SPONDILOARTHROPATIES OF CHILDREN: DIAGNOSIS AND TRATMENT

Complex investigation children suffered from seronegative spondyloarthropaties allow to reveal characteristic flatures of articulary sindrome.

Recepţionat 2.11.2008

●

© Tatiana Gorelco, Tatiana Culeşin, E. Gherman*

Tatiana Gorelco, Tatiana Culeşin, E. Gherman*

DIETOTERAPIA COPIILOR SUGARI CU DERMATITĂ ATOPICĂ

iMSP Institutul de Cercetări Ştiinţifice în Domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului
(director – dr.hab.şt.med., prof. cercet. Ludmila Eţco)
**Nestle S.A. în Republica Moldova*

Dermatita atopică prezintă o maladie cronică alergică, ce se dezvoltă la persoanele cu predispunere ereditară către atopie, are o evoluţie recidivantă, cu un şir de particularităţi clinice de vârstă. Maladia se manifestă prin erupţii exsudative şi/sau lihenoide şi hipersensibilitate către iritaţii atât specifice (alergice), cât şi nespecifice [1]. Dermatita atopică este o stare patologică multifactorială, evoluţia ei fiind strâns legată de defectele genetice ale răspunsului imun şi acţiunea negativă a factorilor nefavorabili din mediul înconjurător. Acţiunea acestor factori determină gradul dezvoltării dermatitei atopice, mai ales la copiii de vârstă fragedă [1, 5].

Indicii incidenţei dermatitei atopice la copiii ţărilor economic dezvoltate variază de la 6 la 35%, cu o tendinţă spre creştere permanentă [4]. Dermatita atopică deseori se asociază cu alte comorbidităţi alergice, cum ar fi astmul bronşic, rinita alergică, alergia alimentară, precum şi cu infecţiile cutanate recidivante [5, 6, 7].

Alergenii alimentari se manifestă ca factori de bază ce contribuie la realizarea dermatitei atopice. Un şir de studii, efectuate în diferite clinici, au demonstrat că alergia la laptele de vacă se determină la 70-89% pacienţi cu dermatită atopică; alergia la ou a fost depistată în 40-70% cazuri; la produsele din soia- la 30-60% pacienţi; la peşte- în 12-36% cazuri [2, 3, 7]. S-a demonstrat următoarea legitate: cu cât mai devreme vor fi excluse din alimentaţia copilului produsele alergizante, cu atât mai eficientă va fi terapia efectuată şi cu atât mai rapid aceste produse vor putea fi introduse din nou în raţia copilului [3].

Capacitatea înaltă de sensibilizare a laptelui de vacă şi rolul lui în alimentaţia copiilor mai mici de un an au plasat acest produs pe unul din locurile de frunte, privind factorii etiologici ai dermatitei atopice. Laptele se găseşte într-un şir de produse alimentare: pâine, maioneză, bomboane, îngheţată etc. La o sensibilizare spotită, chiar o cantitate foarte mică de lapte poate induce o reacţie alergică severă.

Dermatita atopică cu debut sub vârsta de un an este asociată frecvent cu alimentaţia artificială, având ca mecanism patogenic sensibilizarea la proteinele din laptele de vacă sau alte surse alimentare la sugarul diversificat. De aceea efectuarea unei dietoterapii adecvate a copilului atopic sugar, alimentat artificial este o problemă foarte importantă şi, totodată, foarte dificilă, prezentând un compartiment de bază al programului de tratament al acestor pacienţi. La depistarea alergiei către laptele de vacă la copiii, care sunt alimentaţi artificial sau mixt, de obicei, e necesară înlocuirea formulei lactice, folosite în alimentaţie cu alte produse ce nu conţin lapte sau conţin proteine lactice transformate (hidrolizate). Deoarece pe parcursul ultimilor ani se remarcă o sensibilizare destul de înaltă a copiilor faţă de alergenii produselor din soia, tot mai frecveit în alimentaţia sugarilor atopici se folosesc formulele hipoalergice, pregătite prin metoda de hidrolizare enzimatică a proteinelor laptelui de vacă [2, 3]. Selectarea produsului necesar pentru alimentaţie se efectuează dependent de gradul de sensibilizare al organismului copilului bolnav faţă de proteinele lactice şi severitatea procesului cutanat (tab.1).

Tabelul 1

Formule hipoalergice folosite în alimentaţia sugarului

Formule parţial hidrolizate	Formule cu nivel înalt de hidrolizare
NAN HA1 şi 2 (Elveţia)	Alfare (Elveţia)
Hipp HA1 şi 2 (Austria)	Nutrlac peptidi (Rusia)
Humana HA1 şi 2 (Germania)	Frisopep (Olanda)
Nutrilon HA1 şi 2 (Olanda)	Nutramigen (SUA)
Nutrilac HA1 şi 2 (Rusia)	Pregestimil (SUA)

Scopul studiului prezent este evaluarea eficienţei clinice al dietoterapiei efectuate cu amestecul ALFARE – formulă lactică cu nivel înalt de hidrolizare al proteinelor serice, prescrisă sugarilor suferinzi de dermatită atopică .

Material şi metode. Studiul a inclus un număr de 30 sugari, urmăriţi timp de 12 săptămâni în cadrul cabinetului alergologic al PRCC al ICŞOSMşiC. Lotul de bază a fost constituit din 20 copii cu dermatită atopică cu vîrsta cuprinsă între 2 şi 12 luni, care au fost transferaţi la alimentaţia artificială cu amestecul ALFARE (Nestle, Elveţia). În lotul de control au fost incluşi 10 copii de aceeaşi vârstă cu dermatită atopică, ce se alimentau cu formule lactice, pregătite prin metoda de hidrolizare parţială a proteinelor serice ale laptelui de vacă.

Criteriile ce au stat la baza includerii copiilor în studiu au fost următoarele:

• alimentaţia artificială;
• vârsta de la 2 la 12 luni;
• diagnosticul verificat al dermatitei atopice;
• scorul simptomelor SCORAD, apreciat pe parcursul ultimelor 72 ore nu mai puţin de 30 puncte;
• lipsa altor maladii serioase:
• ineficienţa altor metode de tratament aplicate anterior, inclusiv a dietoterapiei.

Protocolul de studiu a inclus:

• analiza anamnezei (terenul atopic familial, fumatul membrilor familiei, dieta gravidei, alimentaţia nou-născutului, expunerea la aeroalergeni, vârsta de apariţie a leziunilor cutanate);
• examenul clinic obiectiv;
• aprecierea scorului simptomelor SCORAD;
• depistarea comorbidităţilor, inclusiv a celor alergice;
• efectuarea investigaţiilor paraclinice (hemoleucograma, nivelul IgE serice totale).

Verificarea diagnosticului de dermatită atopică se efectua în conformitate cu standardele de diagnostic adaptate, iar gradul severităţii maladiei se aprecia în baza scorului simptomelor SCORAD [1,2]. Dinamica indicelui SCORAD a fost metoda obiectivă principală de apreciere a eficienţei tratamentului efectuat. Scorul simptomelor SCORAD se calculează conform formulei: A/5+7B/2+C, unde:

A - suprafaţa pielii afectate (în %);

B - expresivitatea simptomelor dermatitei în puncte de la 0 la 3 (eritem, edem/papule, zemuire/cogiţe, excoriaţie, lihenizare, xeroza zonelor neafectate ale pielii);

C - simptomele subiective: prurit + dereglarea somnului (expresivitatea fiecăruia din simptomele subiective de la 0 la 10 puncte).

La toţi copiii, până la iniţierea terapiei, indicele SCORAD era nu mai puţin de 30 puncte. Tratamentul ce a precedat dietoterapiei cu ALFARE a constat din antihistaminice, terapie locală, inclusiv cu remedii corticosteroide în cură scurtă, dietă hipoalergică. Efect clinic deplin nu s-a apreciat la nici un pacient.

Majoritatea copiilor, atât ai lotului de studiu, cât şi ai lotului de control erau de vârsta de la 6 la 12 luni (tab. 2).

Tabelul 2

Repartizarea copiilor în funcţie de vârsată

Vârsta	Lotul de studiu	Lotul de control
2 – 6 luni	8	3
6 – 12 luni	12	7

Vârsta medie de apariţie a manifestărilor cutanate la pacienţii lotului de bază era 3 luni; la pacienţii lotului de control 3,5 luni. Numărul fetiţelor şi băiţeilor era egal în ambele loturi.

Rezultate şi discuţii. Factori de risc pentru sensibilizarea alergică la copiii lotului de bază: mediul urban (12 cazuri), atopia maternă (9 cazuri), dieta nerestrictivă a gravidei şi mamei în timpul lactaţiei (12 cazuri), fumatul în sarcină (5 cazuri), administrarea formulei de lapte în maternitate (4 cazuri), expunerea la aeroalergeni: praf de casă (5 cazuri), mucegai (4 cazuri), animale (5 cazuri).

La pacienţii lotului de bază a fost depistată o evoluţie grav-medie a dermatitei la 9 pacienţi şi gravă la 11. La pacienţii lotului de control o evoluţie gravă a maladiei s-a constatat la 4 copii şi o evoluţie grav-medie la 6. Aprecierea gradului de severitate al maladiei după indicele SCORAD s-a dovedit a fi 58,5 puncte la pacienţii lotului de bază şi 50,5 la pacienţii lotului de control.

Clinic, dermatita atopică se manifesta preponderent prin hiperemie şi infiltraţie a pielii, papule, vezicule, ragaje, xeroză. La 8 (40,0±10,9%) copii ai lotului de studiu şi 5 (50,0±15,8%) ai lotului de control a fost depistată o anemie uşoară sau grav-medie; la 6 (30,0±10,2%) şi 2 (20,0±12,6%) copii respectiv – dereglări de microbiocenoză intestinală.

Tuturor copiilor incluşi în studiu s-a indicat terapia medicamentoasă de bază cu remedii antihistaminice (dimetinden pe timp de 12-14 zile copiilor mai mici de 6 luni şi cetirizină copiilor mai mari de 6 luni) şi remedii topice, inclusiv unguente cu conţinut de hidrocortizon, metilprednisolon, pimecrolimus. Copiii mai mari de 6 luni primeau complemente, pregătite din produse cu un potenţial alergic

redus (fructe, legume de culoare verde, crupe de orez, hrişcă, uleiuri vegetale, carne de iepure, curcan).

Copiii lotului de bază au fost transferaţi la o alimentaţie curativă treptat, timp de 5-7 zile, înlocuind la fiece alimentaţie formula precedent folosită cu formula hidrolizată ALFARE. Toţi copiii transferaţi la alimentaţia cu ALFARE au tolerat bine formula propusă.

Analiza rezultatelor studiului efectuat a demonstrat că la copiii lotului de bază cu o evoluţie grav-medie a dermatitei atopice necesitatea efectuării terapiei corticosteroide topice a decăzut către sfârşitul primei săptămâni de dietoterapie, iar la cei cu evoluţie gravă a bolii către sfârşitul săptămânii a doua. Totodată tratamentul local cu steroizi topici al pacienţilor din lotul de control a continuat timp de 3-4 săptămâni, în legătură cu instabilitatea manifestărilor cutanate.

Scorul mediu al simptomelor SCORAD în grupul de bază la debutul tratamentului a fost 58,5 puncte; 48,5-la 4 săptămâni şi 26,5 puncte-la 12 săptămâni de dietoterapie cu formula ALFARE. În grupul de control scorul mediu SCORAD a fost respectiv 50,5; 46,5 şi 40,0 puncte. Astfel, la copiii ambelor loturi s-a manifestat o tendinţă de scădere a scorului mediu SCORAD, însă către sfârşitul lunii a 3-a de dietoterapie în lotul de bază el a scăzut de 2,2 ori, pe când la pacienţii lotului de control doar de 1,3 ori (p<0,001) (tab. 3).

Tabelul 3

Dinamica indicelui SCORAD

Lotul	Debutul terapiei***	La 4 săpt. de tratament	La 12 săpt. de tratament***	P
	1.	2.	3.	
Lotul de bază	58,5±1,1	48,5±0,7	26,5±0,7	$P_{1,2}$<0,001 $P_{2,3}$<0,001 $P_{1,3}$<0,001
Lotul de control	50,6±1,0	46,6±0,9	40,0±0,5	$P_{1,2}$<0,01 $P_{2,3}$<0,001 $P_{1,3}$<0,001

*** – *p<0,001*

La 12 săptămâni de tratament copiii care nu au atins vârsta de 6 luni au continuat să fie alimentaţi cu formula ALFARE în calitate de produs de bază, iar în cazul copiilor mai mari de 6 luni volumul formulei curative a început treptat să fie micşorat, extinzându-se volumul complementelor.

Concluzii.

1. E de menţionat eficienţa clinică înaltă a dietoterapiei cu ALFARE, ce s-a manifestat printr-o diminuare vădită a scorului mediu SCORAD.

2. Studiul efectuat a demonstrat că formula lactică cu nivel înalt de hidrolizare ALFARE este bine tolerată de copiii suferinzi de dermatită atopică, că ea nu produce efecte adverse.

3. Cele expuse permit de a recomanda administrarea pe larg al formulei hidrolizate ALFARE în calitate de produs alimentar curativ copiilor cu forme grave şi grav-medii de dermatită atopică.

Bibliografie

1. Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей.М., 2002, с.188.

2. Боровик Т.Э., Макарова С.Г., Ревякина В.А. Диетотерапия при аллергических заболеваниях у детей. Качество жизни, М., 2005, №4, с.94-102.

3. Лусс Л.В. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость, терминология, классификация. Проблемы диагностики и терапии, М., 2007, с.39.

4. Смирнова Г.И. Атопический дерматит у детей. Фармацевтический вестник, 2002, №10, с.6-10.

5. Смирнова Г.И. Современная концепция лечения атопического дерматита у детей. М., 2006, с.132.

6. Jaffe R. Atopic dermatitis. Prim. Care, 2000, V.27, №2, P. 503-513.

7. Leung D. Atopic dermatitis newinsights and opportunities for therapeutic intervention. J. Allergy Clin. Immunol, 2002, V.105, №5, P.860-876.

Татьяна Горелко, Татьяна Кулешина, Е. Герман

ДИЕТОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Результаты исследования показали, что диетотерапия высокогидролизированной смесью ALFARE способствует более быстрому и эффективному разрешению патологического процесса при атопическом дерматите у детей раннего возраста.

Tatiana Gorelco, Tatiana Kuleshin, E. Gherman

THE DIETOTHERAPY OF INFANTS WITH ATOPIC DERMATITIS

The study revealed that dietotherapy with hydrolyzed formula ALFARE was benefic in the treatment of atopic dermatitis in early age children.

Recepţionat 10.11.2008

© Diana Covalciuc

Diana Covalciuc

REFLEXUL MIOTATIC ŞI IMPORTANŢA EVALUĂRII LUI ÎN RECUPERAREA COPIILOR CU PARALIZIE CEREBRALĂ INFANTILĂ

Universitatea de Stat de Medicină şi farmacie „Nicolae Testemiţeanu”
Cursul recuperare medicală, medicină fizică şi terapie manuală,
Sef de curs - dr.hab.şt.med. Agafia Moraru)

Descris de Sherrington reflexul miotatic (RM), numit şi reflex de întindere (streth-reflex) reglează şi menţine tonusul muscular prin intermediul fusului muscular. Acest reflex se declanşează la întinderea muşchiului, respectiv şi a fusului muscular şi se manifestă prin două componente - fazică (cinetică) şi tonică (statică). În cazul p**araliziei cerebrale infantile (PCI),** reflexul miotatic suferă modificări semnificative cauzând spasticitatea.

Examinarea corectă a RM are un rol deosebit de important în recuperarea medicală a copiilor cu PCI. Studiul aprofundat al RM merită mai multă atenţie deoarece permite cuantificarea obiectivă a spasticităţii şi diferencierea cauzelor contracţiilor musculare exagerate la copiii cu PCI, care deseori, nefondat, sunt considerate de natura spastică. Cercetarea atentă a simptomelor, care limitează funcţional copilul este esenţială în selectarea tratamentului adecvat. Evaluarea clinică comprehensivă, necesară pentru distingerea spasticităţii de alte simptome este posibilă doar dacă este dată o definire clară şi neambiguă a acestei stări patologice.

Un studiu focalizat asupra diferitor instrumente utilizate pentru evaluarea spasticităţii (2006) la copii cu forma spastică a PCI, arată că majoritatea instrumentelor nu se potrivesc cu conceptul de spasticitate.

G.Tardieu, încă în anul 1955, studiind PCI a propus ca despre spasticitate să se vorbească numai în prezenţa RM patologic, la care sunt distinse ambele sale componente: fazică (cinetică) şi tonică (statică), cu referinţe la hiprtonia gama.

În prezent cea mai comună definiţie a spasticităţii este cea propusă de Lance în

1980: “O afecţiune motorie caracterizată de exagerarea reflexului miotatic, dependentă de velocitate”.

În practica clinică deseori RM este însoţit de o sporire a reflexelor tendinoase, considerate ca marcherul componentei fazice a RM. La fel este binecunoscut faptul că la subiecţii sănătoşi la întinderea musculară pasivă nu putem atinge viteza/ pragul necesară pentru declanşarea reflexul miotatic. Din aceste motive se recurge la percuţia tendonului, care sub efectul depresiunii bruşte, produse de ciocănaş, transmite fusului muscular viteza /pragul necesară dezvoltării RM în componenţa sa fazică (cinetică). În sindromul spastic însă, viteza/ pragul a RM este foarte joasă şi el poate apărea la o simplă atingere manual. Cu cât creşte severitatea spasticităţii, creşterea reflexului miotatic este reflectată mai devreme în amplitudinea mişcăii. Aceasta se poate exprima prin “prinderea” muşchiului, definită ca apariţia bruscă a unui tonus muscular ridicat, care duce la un stop brusc în timpul fazei dinamice a reflexului.

Cele mai des întîlnite scale de evaluare a spasticităţii se împart în trei clase: Scale după Ashorth (Ashworth-like), Scale după Tardieu (Tardieu -like) şi alte scale clinice de gradare. Dintre acestea doar scala Tardieu este portivită cu conceptul de spasticitate deoarece măsoară creşterea dependentă de velocitate a tonusului muscular şi compară intensitatea şi unghiul de “prindere” la diferite velocităţi de mişcare.

G. Tardieu a propus să se evalueze următorii parametri la mişcarea pasivă cu trei viteze (V) diferite: intensitatea (F) şi durata (sec) reacţiei musculare, unghiul (Y) de „prindere”, la care acestă reaţcie a fost iniţial percepută, precum şi modalitatea de descreştere a reacţiei. S-a propus ca aceşti parametri să fie înregistraţi în felul următor:

- viteza de întindere manuală: lentă (V-1), medie* (V-2), rapidă (V-3) ;
- unghiul de “prindere “ în grade (Y);
- forţa contracţiei reflexe: slabă (F+), medie (F++), foarte puternică (F +++);
- durata contracţiei în secunde (sec);
- descreşterea regulată sau iregulată a contracţiei musculare (R sau IR).

Tabelul 1

Scala Tardieu

Scor 0	Lipsa reflexului miotatic
Scor 1	Contracţii vizibile care nu jenează mişcarea pasivă
Scor 2	Contracţii cu o prindere uşoară de 1-3 sec
Scor 3	Secuze clonice sau prindere mai lungă de 10sec
Scor 4	Clonus inepuizabil sau spasticitate invicibilă

O evaluarea corectă a spasticităţii impune anumite posturi ale pacientului în momentul evaluării, cît şi eliminarea altor stimuli externi. La folosirea scalelor Tardieu-like este necesara o postură supinată a copilului, cu toate că ST permite şi postura aşezat.

Necătînd la criticile pentru comprehensivitatea îndelungată a sistemului de scorare şi la includerea clonusului

* *Viteza medie poate fi comparată cu acţiunea forţei de greutate.*

ca determinantă a spasticității** Scala Tardieu rămîne cea mai fiabilă pentru măsurarea spasticității .

Una din frecventele erori de testare a spasticității este nerespectarea condiției propuse de profesorul G. Tardieu, şi anume ca evaluarea să aibă loc după obținerea **decontractăriii musculare,** fapt de care deseori se uită astăzi.

Starea de decontractare permite, printr-o alungire lentă a muşchiului să ajungem într-un sector liber unde proprietățile fizice de **vâsco-elasticitate** nu intervin. Cu alte cuvinte căutarea RM trebuie efectuată anume în acest sector.

O altă cauză de eroare posibilă la întinderea rapidă a muşchiului se datorează **elasticității muscullare**. Elasticitatea musculară este calculată în clinică prin măsurarea unghiului celei mai mici rezistențe a muşchiului (resimțită sub tendon) la întindirea lentă în raport cu unghiul care corespunde întinderii maxime, care nu poate fi depăşit fară riscul durerii sau al unui clacaj. Diferența dintre aceste două unghiuri reprezintă elasticitatea musculară şi nu lungimea muşchiului, noțiune incorectă, ținând cont de o structură cu vâsco-elasticitate ca atare.

După cum afirmă Tudor Zbenghe „există o statornică nedumerie în interpretarea unor termeni, care au un substrat relativ similar : **redoarea, contractura şi spasticitatea".** Tuturor acestor termeni li se poate aplica definiția de "creştere a rezistenței musculare la mişcarea pasivă". Legat de aceste „confuzii" între membrii echipei de recuperare multidisciplinare, care deseori include specialişti din domenii diferite (neuropediatru, fiziokinetoterapeut, ortoped, kinetoterapeut, ergoterapeut) se impune o lectură mai aprofundată a acestor fenomene pentru a clarifica atât terminologia cât şi metodele de diferențiere ale lor.

Teoretic, prin **redoare** (stiffnes) ar trebui să înțelegem dificultatea de-a realiza mişcarea unui segment, dar totuşi această mişcare se obține. Este adevărat că în forma ei cea mai severă redoarea poate şi să nu permită mişcarea, dar insistând şi executând câteva mişcări de încălzire se va ajunge la amplitudinea normală a mişcării. Redoarea este determinată de inactivitate, lipsa de mişcare pe întreaga amplitudine, sau de perioade prelungite de repaus şi are la bază proprietățile fizice de **vâsco-elasticitate** a țesuturilor, aşa-zisul fenomen de tixotropie .

Exemplu de redoare clasică poate servi senzația de „ruginire" pe care o întâlnim dimineața la trezire mai cu seama la vârstnici. Se apreciază următoarele procente de contribuție a diverselor structuri conjunctive la instalarea redorilor:

- 47% capsula articulară şi ligamentele
- 41% fascia musculară
- 10% tendonul
- 2% pielea.

În urma restricțiilor de mobilitate mai îndelungate se produce o scurtare adaptivă a țesuturilor moi, care nu permite jocul articular. Această scurtare poartă numele de **contractură** şi se defineşte ca: „scurtarea fibrelor țesutului moale (muşchi, structuri conjunctive), care încrucişează o articulație, determinând o limitare a amplitudinii de mişcare .Contractura pur musculară este evident, că nu poate avea întotdeauna acelaş substrat fiziologic. Există mai multe clasificări ale contracturilor, cea mai apropiată de clinică distinge trei gupuri mari - algice, antalgice şi analgice.

La rândul lor contracturile analgice se împart în :

-miostatice, care apar la imobilizare de lungă durată, reversibile inițial, dar ireversibile după câteva săptămâni;

- miotatice, care reprezintă suportul spasticității;

- congenitale, ca în artrogripoză.

Este bine cunoscut faptul că imobilizarea unui membru într-o anumită poziție determină în timp două tipuri de modificări adaptive ale fibrelor musculare. Pe partea de angulare muşchiul se scurtează, numărul de sarcomeri scade, dar creşte în schimb cantitatea de țesut conjunctiv. Pe partea de întindere a segmentului imobilizat se produce o alungire plastică a muşchiului. Aceste modificări adaptive musculare sunt însă tranzitorii, dacă muşchiului i se permite să revină la lungimea lui normală. Este vorba de o retrarcură pentru început. **Retractura** este o contractura pe cale de organizare şi chiar ireversibilă prin diminuarea considerabilă a numărului de sarcomeri şi dezvoltarea țesutului conjunctiv cu elasticitate scăzută.

Contractura miotatică este deci mai degrabă o retractură, care nu se datorează fibrozei ca în afecțiunile neurologice, zise periferice. În cazul spasticității are loc diminuarea a numărului sarcomerilor şi înlocuirea lor cu țesut conjunctiv, care provoacă scurtarea muşchiului şi a învelişurilor sale, astfel, ducând la limitarea cursei sale de întindere. Retractura miotatică (spastică) şi lipsa unei conduite adecvate a ei la copiii cu PCI este responsabilă de apariția complicațiilor funcționale şi ortopedice. Prevenirea acestora reperzintă unul din obiectivele majore ale kinetoterapiei.

De multe ori însă este dificil de evaluat valabilitatea unui RM dacă muşchiul este prealabil contractat. În această condiție la întinderea rapidă muşchiul va reacționa ca un resort (corp elastic), fără timp de latență. În asemenea circumstanțe este dificil de a decela componenta fazică (cinetică) şi statică (tonică), de a evalua forța, durata şi progresivitatea de decontractare. Operatorul poate înclina să creadă, că este în fața unui reflex miotatic exagerat, cu o forță mult mai mare, care însă în realitate ar putea să exprime fenomenul de tixotropie sau de elasticitate musculară.

Această situație poate şi trebuie evitată prin **decontractarea musculară manuală automată (DMMA)** a membrului examinat.

Tehnicile de **DMMA** au fost folosite începând cu anii 1960 - 1970 în diferite scopuri: în examinarea clinică, în recuperare, în redarea confortului subiecților polihandicapați şi în facilitarea îngrijirii lor (îmbrăcarea, dezbrăcarea) etc. Conform lui M. Le Metayer sunt trei tehnici principale de **DMMA**.

Prima tehnică: în loc să încercam să alungim muşchii contractați, alungim progresiv muşchii antagonişti. Manevra trebuie efectuată cu o finețe extremă. Forța folosită trebuie să fie perfect măsurată, direcția mişcărilor trebuie orientată precis, astfel ca operatorul să acționeze cu o forță just-necesară, intensitatea căreia va scădea la sesizarea debutului decontractării muşchilor agonişti. Spre

** Scholtes V."El diferă de spasticitatea muşchilor în care poate fi evocat: clonusul poate fi evocat doar în muşchii specifici, iar tonusul muscular ridicat poate fi evocat în toți muşchii".

exemplu- starea de contracție a flexorilorilor plantari poate fi eliminată prin alungirea progresivă a extensorilor degetelor şi a gambierului anterior.

A doua tehnică: decontractarea musculară se obține folosind unele automatisme antigravitaționale, cu condiția că ele sunt prezente la subiectul examinat (condiție care nu întotdeauna este prezentă la un copil cu polihandicap).

A trea tehnică constă în presiuni progresive pe corpul unor muşchi, care provoacă automat modificări ale stării de contracție a antagoniştilor.

Nerespectarea condiției de decontractare musculară înainte de examinarea RM este responsabilă de obținera rezultatelor eronate, precum şi de divirgențele de la operator la operator sau la acelaşi operator dar in în timp diferit.

Concluzii:

1. Compararea spasticității în PCI este posibilă în condițiile definirii unui sistem de scorare exact. Cea mai fiabilă scală la momentul actual este Scala Tardieu originală cu condiția respectării regulilor de testare.

2. Evaluarea riguroasă a spasticității în recuperarea neuropediatrică permite alegerea corectă a metodelor de recuperare funcțională (toxină botulinică, alungire de tendon prin metode terapeutice sau chirurgicale s.a).

3. Aplicarea în practică a DMMA permite evaluarea corectă a RM şi contribue la diferențierea formelor de PCI.

4. Cunoaşterea tehnicilor DMMA şi antrenarea părinților sau a a îngrijitorilor în practicarea lor, ar facilita prevenirea complicațiilor funcționale şi ortopedice la aceşti copii.

Bibliografie:

1. **Boyd R.N.,Barwood S.A., Bailleu C.E. Graham H.K.** Validity of clinical measure of spasticity in children with cerebral palsy in a randomized clinical trial. Dev. Med.Child. Neurol 1998;40 (Supl 78) :29-9.

2. **Lance W.** Simposium synopsis. În: Feldman R. et alter. Spasticity:disordered motor control. Chicago : Year Book Medical Publishers, 1980: 485-95.

3. **Le Metayer** M. Reeducation motrice du jeune enfant. 2 edition. Paris : Masson, 1999.

4. **Le Metayer** M. L'examen du membre superieur. Mot.Cerebr 2006; 27 (1): 23

5. **Tabary J.C.** et alter. Nature de la retraction musculaire des IMC. Mesure de l' allongement desarcomeres du muscle etire. Rev.Chir.Ortop 1971;57: 463-70.

6. **Vanessa A, Scholtes B.** Jules G Becher et al.Clinical assessment of spasticity in children with cerebral palcy: a critical revew of available insrtuments. Developmental Medicine & Child Neurology 2006, 48: 64–73.

7. **Zbenghe Tudor** Kinetologie profilactică şi de recuperare; Editura medicală, Bucureşti, 1987

8. **Zbeghe Tudor** Kinesiologie. Ştiința mişcării; Editura medicală, Bucureşti, 2005

Диана Ковальчук

МИОТАТИЧЕСКИЙ РЕФЛЕКС В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Соблюдение корректности исследования миотатического рефлекса у детей с детским церебральным параличом позволяет улучшить дифференциальный диагноз форм ДЦП.

Использование различных техник мануальной мышечной релаксации перед исследованием МР дает возможность качественного и количественного анализа спастического синдрома.

Diana Covalciuc

MYOTACTIC REFLEX IN THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

The accurate appraisal of myotactic reflex in children with cerebral palsy allows for an improved differential diagnosis of different types of cerebral palsy.

The use of various manual techniques of muscle relaxation before MT assessment facilitates a qualitative and quantitative analysis of the spastic syndrome.

Recepționat 10.11.2008

CAZ CLINIC

© Adela Stamati*, Lilia Romanciuc**, M. Rudi*

Adela Stamati*, Lilia Romanciuc**, M. Rudi*

CARDIOMIOPATIA DILATATIVĂ PRIMARĂ FAMILIALĂ LA COPII – ASPECTE DE DIAGNOSTIC ŞI PRONOSTIC

**Catedră Pediatrie nr.1, USMF „Nicolae Testemițanu" (şef catedră - prof.univ. M.Rudi)*

*** Secția cardiologie pediatrică, IMSP ICŞDOSM şi C (director – prof.cercet. Ludmila Ețco)*

Actualitatea problemei. Cardiomiopatiile primare sunt boli de etiologie încă nedefinitivată la ora actuală. Termenul de cardiomiopatie primară semnifică afectarea muşchiului cardiac, cu excluderea cauzelor ischemice, valvulare, hipertensive, congenitale sau pericardice. Definiția şi clasificarea adoptată de O.M.S. sunt bazate pe datele studiilor fundamentale şi clinice, care au delimitata două paterne fiziopatologice majore distincte de remodelare a miocardului – hipertrofia şi dilatarea [5,14].

Din toate cardiomiopatiile primare cunoscute, cardiomiopatia dilatativă (CMD) este forma cea mai frecvent întâlnită atât la adulţi, cât şi la copii. Conform datelor studiilor epidemiologice efectuate în 2 regiuni geografice diferite, incidenţa CMD la copii este cuprinsă în limitele de 1,13-1,24/100.000 copii [6, 12]. Studiile multicentrice randomizate au estimat că în 20-35% din cazuri de CMD prezintă o afectare familială. Impactul socio-economic major al acestei nosologii grave este strâns corelat cu invalidizarea precoce, tratament medicamentos complex adesea puţin eficient, care necesită inevitabil efectuarea unui transplant cardiac [11]. Prognosticul copiilor pre- si posttransplant cardiac rămâne rezervat.

Prezentari de cazuri

Pentru exemplificare ţinem să prezentăm două cazuri clinice de CMD forma familială, aflate sub observaţie in clinica de cardiologie pediatrică de câţiva ani.

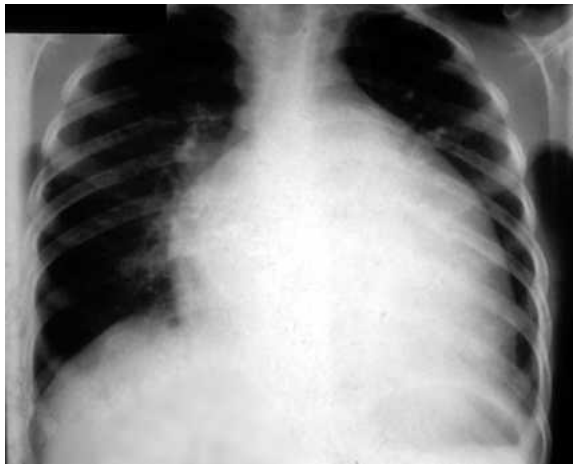


Figura 1. Radiogarfia toracelui pacientului M, 10 ani, se vizualizează cardiomegalia marcată cu indicele cardiotoracic 0,67, semne de pericardită, consecinţele pleuropneumoniei bilaterale.

Electrocardiograma (ECG) a apreciat ritm sinusal, neregulat, tahicardie (FCC 90 bpm), AE - deviere spre stânga, semne de hipertrofie biventriculară şi biatrială. Testele de laborator au decelat o anemie deficitară (Hb 112g/l, er $3,5\times10^{12}$, Ht 0,33); majorarea ASAT de 0,64.

Tratamentul cardiac administrat a urmărit controlul insuficientei cardiace cu ameliorarea funcţiei de pompa a cordului, care a inclus glicozizi cardiaci (digoxina in doze uzuale după vârsta), diuretice combinate (furosemidă 1mg/kg/zi si spironolactonă 1,5-2 mg/kg/zi) inhibitori ai enzimei de conversie ai angiotensinei (captopril 0,5-1 mg/kg/zi). Pe fondalul tratamentului starea clinica s-a ameliorat, confirmate prin datele de EcoCG: in dinamică lamă fină de lichid in pericard după ventriculul stâng pana la 2,0 mm, funcţia de pompă cu FE 45%. Supravegherea in dinamica peste 1,3,6, 12 luni a determinat o stabilizare a stării clinice cu menţinerea funcţiei cardiace satisfăcătoare pe fundalul tratamentului cardiac cronic combinat.

Caz clinic N. 1, M, 10 ani, spitalizat primar, în stare gravă, cu acuze la: dispnee de repaus, palpitaţii, tuse uscată, inapetenţă. Din anamnestic: copil de la sarcina a IV-a, care a decurs fără patologie, naşterea a IV-a, la termen, cu masa de 3300 gr, cu scorul Apgar 9/9b. A crescut şi s-a dezvoltat conform vârstei. Din patologiile suportate menţioneaza IRVA. De la vârsta de 7 ani au apărut oboseala şi intoleranţa la efort. Semnele clinice de insuficienţă cardiacă progresivă au constituit motivul de spitalizare. Chestionarea direcţionată a părinţilor a permis de a depista anamnesticul heredocolateral agravat la nivelul rudelor de gradele I si II: fratele mai mare a decedat de o cardiopatie la vârsta de 13 ani şi, de asemenea, 2 surori ale mamei copilului (mătuşele) decedate la vârsta de copil de aceeaşi maladie. Examenul clinico-paraclinic a confirmat prezenţa cardiomegaliei şi scăderea funcţiei de pompă a cordului (figurile 1 si 2).

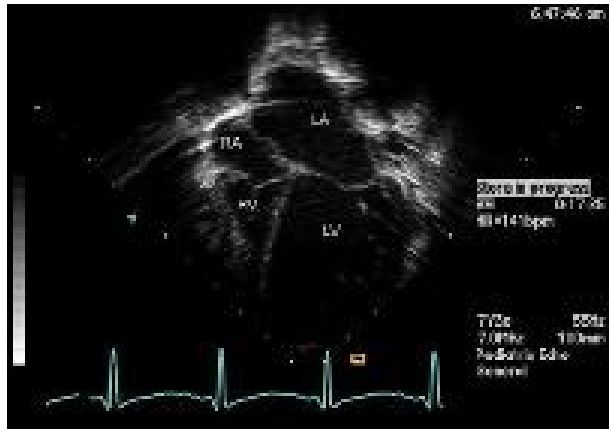


Figura 2. Ecocardiografia pacientului M., 10 ani, concluzie: majorarea cavităţilor stângi ale cordului; hipokinezia pereţilor ventriculului stâng; lichid in pericard după peretele ventriculului stâng până la 6,0 mm şi după ventriculul drept 8-9 mm; funcţia de pompă a miocardului diminuată (FE 39%, FS 20%); insuficienţa valvei mitrale de gradul III, insuficienţa valvei tricuspide de gradul III, insuficienţa valvei pulmonare de gradul I-II; hipertensiune arterială pulmonară (PSAP 75 mmHg).

Caz clinic Nr 2. Pacientul C, 13 ani. Spitalizat repetat, în stare grava, cu acuze la oboseală nemotivată, dispnee la efort, palpitaţii frecvente. Se spitalizează în mod planic pentru evaluare în dinamica pe fundalul tratamentului specific cronic. Diagnosticul de CMD a fost suspectat primar la vârsta de 10 ani, când a fost stabilită o cardiomegalie importantă si disfuncţie ventriculară, asociată cu tulburări de ritm de tip tahicardie supraventriculară paroxistică. Din anamnestic: copilul este de la I sarcină, I naştere fiziologică, cu masa 3200 gr, scor Apgar 8/9b. La vârsta de până la 2 ani a suportat IRVA frecvente. La un puseu de IRVA, pneumonie acută suportată la vârsta de 9 ani s-a depistat o cardiomegalie la examenul radiografiei toracelui, care a permis de a presupune diagnosticul de *Miocardită acută de etiologie virală*. Chestionarea direcţionată a determinat cazuri de moarte subită la vârsta de adult tânăr (până la 50 ani) la rudele de gradul II pe linia mamei. Tratamentul iniţial a inclus diuretice (spironolactonă 1-1,5 mg/zi), cap-

topril (1mg/kg/zi), digoxină. Evaluarea în dinamică peste 1,2 şi 3 ani a determinat o stare clinică relativ stabilă cu exacerbări de accese aritmice, inclusiv apariţia extrasistoliilor ventriculare. Examenul instrumental a confirmat tulburările de ritm persistente, rezistente la tratament (figura 3).

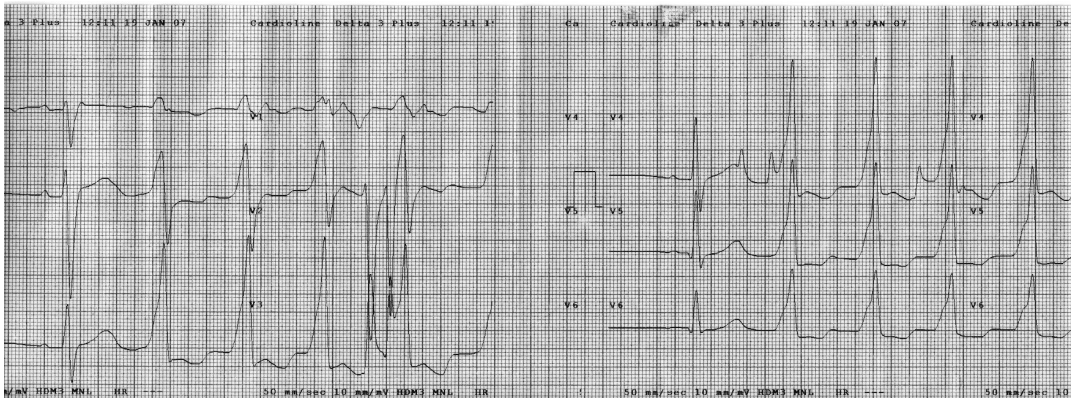


Figura 3. ECG metoda Holter a pacientului C, 13 ani, care denotă paroxisme de extrasitole polimorfe frecvente şi ritm idioventricular pe tot traseul pe parcursul a 24 ore de înregistrare continuă.

Examenul EcoCG a determinat dilatarea atât a cavităţilor stângi, cât şi a cavităţilor drepte ale cordului; diminuarea progresivă a contractilităţii miocardului ventriculului stâng pe parcursul perioadei de supraveghere (FE 32-28-24-21%, respectiv) şi prezenţa insuficienţelor valvulare la nivelul valvelor atrioventriculare, precum şi creşterea valorilor de hipertensiune pulmonară (figura 4). Schema de tratament a fost suplinită prin administrarea antiaritmicului Amiodaronă şi Aspirină în doze antiagregante.

Supravegherea în dinamică a pacientului a determinat o stare clinică cu înrăutăţire progresivă, rezistenta la tratamentul combinat administrat.

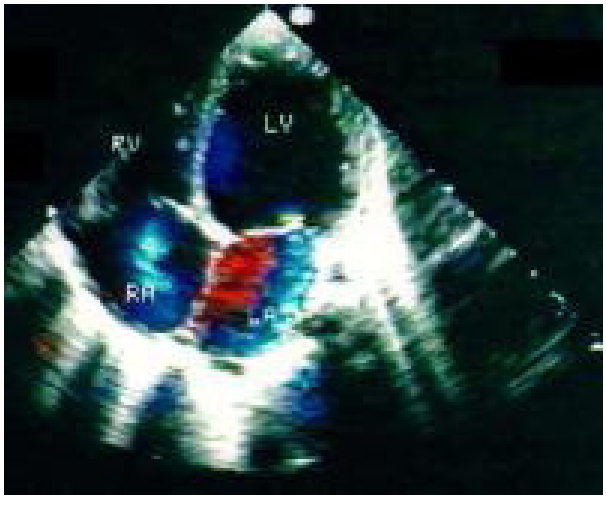


Figura 4. (comentarii in text).

Concluzii si discuţii. Cardiomiopatiile primare sunt afecţiuni rar întâlnite la copii. Constatările a 2 studii epidemiologice de cohorta efectuate la populaţia pediatrică confirmă că incidenţa CMD este cea mai înaltă la copiii sub 1 an de viaţă (8,34 cazuri/100 000 populaţie pediatrică). Concomitent, a fost evidenţiat că un alt pic de incidenţă al CMD la copii se observă la adolescenţi, la care boala a evoluat insidios, cu manifestări de insuficienţă cardiacă cronică treptat progresivă. Vârsta de sugar şi adolescenţa, sunt perioadele cele mai vulnerabile în evoluţia CMD, având risc înalt de complicaţii majore [11,15].

Cazurile clinice prezentate confirmă datele din literatură precum că primele manifestări clinice ale CMD pot apărea la vârsta de pre- şi adolescenţă. Cele mai comune semne clinice sunt insuficienţa cardiacă congestivă şi tulburările de ritm şi de conducere. Ambele evoluează progresiv şi cauzează o disfuncţie de pompa a muşchiului cardiac, care necesită la rândul ei măsuri terapeutice de urgenţă.

Publicaţiile de specialitate denotă ca în circa 60-70% din cazuri etiologia CMD rămâne neidentificată. Deşi CMD idiopatică adesea nu-şi găseşte confirmarea genetică certă, se consideră totuşi că circa o jumătate din cazurile depistate la copii pot fi considerate ca forme familiale. Boala, în aşa fel, putând fi considerată multifactorială, asociată cu implicări genetice [13]. CMD familială este o afecţiune heterogenă, prezentată de multiple modele de transmisie legată de cromozomul X: autozomal-dominant, autozomal-recesiv, mitocondrial genetic. Se consideră că transmisia autozomală în aceste forme de CMD prezintă un fenotip variabil. În baza manifestărilor clinice şi a datelor geneticii moleculare au fost delimitate câteva forme de CMD primitive: 1) CMD idiopatică pură; 2) CMD cu defecte de conducere; 3) CMD asociată cu miopatii; 4) CMD prin defecte ale cromozomului mitocondrial; 5) Cardiomiopatia aritmogenă de ventricul drept [4, 8, 9,10,16].

Cazurile clinice prezentate în lucrare exemplifică legătura dintre CMD confirmate la pacienţii noştri şi datele anamnesticului heredocolateral agaravat, care a fost precizat prin chestionare direcţionată a părinţilor. Unul din momentele-cheie în acest aspect sunt evidenţierea cazurilor de moarte subită la adulţii tineri din familiile supravegheate, în special al rudelor de gradele I si II [1,2,3]. Aceste constatări anamnestice pot sta la baza unui examen mai complex al copiilor familiilor cu risc crescut de dezvoltare a maladiei date. Depistarea precoce asimptomatică a CMD la copii din familiile grupelor de risc va permite iniţierea tratamentului specific în vederea prevenirii complicaţiilor majore, inclusiv morţii subite de cauză cardiacă [7].

Bibliografie

1. Batisse A. Cardiologie pediatriaque pratique, 2e edition, 2002, Paris, p. 178-180.

2. Burkett E.L., Hershberger R.E. Clinical land genetic issues in familial dilated cardiomyopathy. 2005, 45, p. 969-981.

3. Calabrese F., Rigo E., Milanesi O. et al. Molecular diagnosis of myocarditis and dilated cardiomyopathy in children: clinicopathologic features and pronostic implications. Diagn Mol Pathol, 2002, 11(4), p.212-221.

4. Chein K.R. Genotype, phenotype: upstairs, downstairs in the family of cardiomyopathies. J Clin Invest, 2003, 111, p. 175-178.

5. Florea V.G., Mareyev V.Y., Samco A.N. et al. Left ventricular remodelling: common process in patients with different primary myocardial disorder. Int J Cardiol, 1999, 68, p.281-287.

6. Lipshultz S.E., Sleeper L.A., Towbin J.A., et al. The incidence of pediatric cardio-myopathy in two region of the United States. N Engl J Med, 2003, 348(17), p.1639-1646.

7. Maisch B., Ristic A.D., Hufangel G. et al. Dilated cardiomyopathies as a cause of congestive heart failure. Herz, 2002, 27, p.113-134.

8. Mestroni L., Rocco C., Gregori D. et al. Familial dilated cardiomiopathy: evidence for genetic and phenotypic heterogeneity. Heart muscle Disease Study Group. J Am Coll Cardiol, 1999, 94, p. 181-190.

9. Murphy R.T., Mogensen J., Shaw A. et al. Novel mutation in cardiac troponin I in recessive idiopathic dilated cardiomyopathy. Lancet, 2004, 363, p. 371-372.

10. Nanea T. Genetica cardiomiopatiilor primare. În *Progrese în cardiologie,* sub redacția Gherasim L., 2002, București, p.429-444.

11. Nield L.E., McCrindle B.W., Bohn D.J. et al. Outcomes for children with cardiomyopathy awaiting tranasplantation. Cardiol Young, 2000, 10, p.358-366.

12. Nugent A.W., Daubeney P.E., Chondros P. et al. The epidemiology of childhood cardiomyopathy in Australia. N Engl J Med, 2003, 348 (17), p.1639-1646.

13. Perrot A., Dietz R., Osterziel K.J. Is there a common genetic basis for all familial cardiomyopathies? Eur J Hert Fail, 2007, 9, p. 4-9.

14. Richardson P., McKenna W., Bristow M. et al. Report of the 1995 WHO/ISFC Task force on the definition and classification of cardiomyopathies. Circulation, 1996, 93, p. 841-842.

15. Strauss A., Lock J.E. Pediatric Cardiomyopathy – a long way to go. N Engl J Med, 2003, 348 (17), p. 1703-1705.

16. Towbin J.A., Bowles N.E. Arritmogenic inherited heart muscle diseases in children. J Electrocardiol, 2001, 4(2) suppl, p.151-165.

Адела Стамати, Лилия Романчук, М.Рудь

СЕМЕЙНАЯ ФОРМА ДИЛЯТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗА

Описано два случая семейной формы дилатационной кардиомиопатии (ДКМП). Данные опроса родителей доказали связь между ДКМП пациентов и отягощенный семейный анамнез. Одним из ключевых моментов в этом вопросе являются выявление случаев внезапной смерти среди молодых взрослых в исследуемых семьях, особенно родственников I и II линии. Раннее выявление заболевания у детей из семей групп риска позволит начать специфическое лечение и предотвратить грозные осложнения, в том случаи внезапной смерти.

Adela Stamati, Lilia Romanciuc, M. Rudi

FAMILIAL FORM OF PRIMARY DILATATIVE CARDIOMYOPATHY IN CHILDREN: DIAGNOSIS AND PROGNOSIS

They were given two clinical cases of primary dilatative cardiomyopathy (CMD). A link was established between CMD patients and positive family history, which was noted by questionnaires directed to parents. One of the key moments in this issue are highlighting cases of sudden death in young adults in families monitored, in particular the parents of grades I and II. Early CMD of asymptomatic children from families at risk groups will allow the initiation of therapy specifically to prevent major complications, including sudden death of the heart.

Recepționat 1.10.2008

© V. Ciobanu

V. Ciobanu

ASPECTE ETIOPATOGENETICE ALE PROCESULUI ADERENȚIAL ÎN OPERAȚIILE GINECOLOGICE INTERACTIVE.

(U S M F „N. Testemițanu" FPM Catedra Obstetrică şi Ginecologie,
Şef catedră –M C A Ş, prof. unuiv., Dr. hab E. Gladun).

Intervențiile chirurgicale în cavitatea abdominală sunt cauzele directe ale proceselor aderențiale abdominale, confirmate prin numeroase studii. Britanicii Venzies D. şi Ellis H. (1990) întrun studiu al lor menționează procese aderențiale la 92,5% din pacienții care au suportat măcar o intervenție chirurgicală abdominală. La rîndul său irlandezul Lower A.M.,(2000) relatează că pe parcursul a 10 ani, după chirurgie ginecologică 4,5%, din paciente au suportat intervenții repetate din cauza proceselor aderențiale postoperatorii. Astfel, se poate spune cu certitudine că trauma seroasei abdominale este elementul determinant în formarea aderențelor intraabdominale (Брежнев В.П.,1988; Земляной А.Г.,1988; Liberman D., Uait X., 1989).

Procesele aderențiale postoperatorii sunt în 40% cazuri cauza ocluziilor intestinale (Ellis H., 1983); la 20% din ginecopate ele provoacă sterilitatea (Diamond M.P., Hershlag A., 1990); sindromul pelvialgic este cauzat de aderențele postoperatorii în 40% din cazuri (Steege J.F., Staut A.L., 1991).

În afară de cele menționate, aderențele pot modifica plasamentul fiziologic al organelor abdominale, în legătură cu care fapt creşte numărul complicațiilor intraoperatorii la operațiile repetate – lezarea intestinului, vezicii urinare, e.t.c. (Ray N.F., 1998).

Etiopatogeniea maladiei aderențiale este tema a numeroase publicații, însă până la momentul actual ştiința nu a găsit răspuns la întrebarea: de ce la unii pacienți, după o intervenție chirurgicală abdominală se dezvoltă un proces aderențial pronunțat, în timp ce la alții aderențe în cavitatea abdominală nu se formează [2, 4, 16, 22, 26, 32].

Conform opinieii lui K.A. Jencevski [3], cauza predispunerii unei mari părți din pacienți la formarea aderențelor este reacția adversă a organismului, care se reduce la sensibilizarea acestuia şi prezența unui „fond$ alergic". Deşi pare credibilă, concepția lui K.A. Jencevski are un neajuns, şi anume: autorul nu a reuşit în experiență şi clinic să identifice „autoantigenii" peritoneali şi „autoanticorpii" care duc la formarea aderențelor postoperatorii.

Un moment esențial, după părerea lui V. Remeş [8], în formarea aderențelor îl constituie procesele inflamatorii de diferită geneză, inclusiv „autoimună". V. Remeş consideră că prodlema despre predispoziția către maladia aderențială este departe de a fi rezolvată complet [4, 7, 20, 23, 28, 37]. Determinând substratele materiale de dezvoltare a aderențelor şi predispoziția ereditară către ele, cu scopul de a crea uni preparat efectiv pentru profilaxia maladiei aderențiale, V. Remeş [8], s-a condus de teoria patologiei ligande şi farmacologiei helate.

Formarea aderențelor la etapa incipientă are loc în felul următor: sub acțiunea traumei operatorii sau a procesului inflamator, ca rezultat al proceselor fermentative complicate cu participarea hialuronidazei, se măreşte permeabilitatea vaselor şi a membranelor conjunctive, fapt ce duce la exsudația în cavitatea abdominală a limfei, leucocitelor, macrofagelor şi fibrinogenului. Din macrofage în continuare se diferențiază fibroblaştii. Din mezoteliul peritoneului se eliberează substanțe tromboblastice [5], care accelerează transformarea exsudatului de fibrinogen în fibre de fibrină. Procesul de formare a fibrinogenului de obicei durează 10-15 minute. Formațiunile fibrinoase se sedimentează pe sectorul afectat şi au, l

În opinia lui I.V. Davâdevski [3], o acțiune hemotaxică asupra celulelor proliferante ale mezenchimului, îndreptând creşterea lor pe parcursul ațelor fibrinoase, şi astfel are loc incluziunea fibroblaştilor în fibrină. După părerea multor autori [1,18,17, 30, 36], fibroblaştii sintetizează şi secretă proteine solubile în spațiul extracelular. Se finalizează formarea fibrelor de colagen în afara fibroblaştilor. Fibrele de colagen se îngroaşă şi formează în decursul a 3-4 zile un strat neîntrerupt în conexiunile ce se dezvoltă, care la acest moment se acoperă cu celule de mezoteliu [12,34, 40].

Pentru clarificarea mecanismelor patogeniei formării aderențelor e necesar să analizăm minuțios procesele de biosinteză şi catabolismul componentului extracelular de bază al țesutului conjunctiv – fibrilcolagenaza şi factorii care influențează aceste procese [10]. Colagenul este componentul de bază al țesutului conjunctiv, alcătuind mai mult de 30% din masa totală a proteinelor din corpul mamiferelor, totodată aproximativ 40% din această substanță se află în piele, aproximativ 50% - în țesuturile scheletului şi 10% - în stroma organelor intraperitoneale. În țesuturi, cea mai marea, parte a colagenului o conțin fibrele colagenice, însă este necesar de diferențiat colagenul ca noțiune biochimică (molecule care se polimerizează în fibrile) şi heterogenică, în viziunea chimică, fibrila colagenică ca noțiune morfologică.

Biochimia colagenului se referă la compartimentele ştiinței cu o dezvoltare furtunoasă. În ultimul deceniu au fost obținute date noi, foarte importante, care au permis

dezvoltarea opiniei lansate anterior despre structura moleculară, biosinteza, polimerizarea şi catabolismul colagenului [5, 18, 24].

E demonstrat că nivelul metabolismului colagenului este destul de înalt, şi că el variază semnificativ în funcţie de vârsta omului, condiţiile de alimentare, modelele ţesuturilor şi prezenţa unor sau altor stări patologice. Metabolismul lui e determinat de viteza de sinteză şi catabolismul acestei proteine, care se află într-un echilibru dinamic esenţial. În caz de o patologie, acest echilibru poate fi diminuat [5, 28].

După părerea noastră, maladia aderenţială, la baza patologiei sale este legată, mai întâi de toate, de biosinteza sporită şi colagenoliza insuficientă în regiunea intervenţiei chirurgicale [3, 4, 24].

În literatura modernă sunt descrisee trei grupe mari de metode de profilaxie a proceselor aderenţiale abdominale:

1) Utilizarea metodelor chirurgicale

2) Flosirea - numitelor aplicatoare (preparate medicamentoase, bariere mecanice, e t c)

3) Acţiuni fizioterapeutice

1.Pe lângă operaţii speciale, există multe căii care pot fi folosite în practica chirurgicală zilnică pentru a micşora procesele aderenţiale.

Printre ele se numără:

a) reducerea invazivităţii intervenţiilor chirurgicale. De exemplu, dacă situaţia permite, să se recurgă la terapia conservatoare a patologiei chirurgicale, iar dacă e posibil de ales între laparotomie şi laparoscopie, să se prefere cea dea doua.

b) reducerea traumatizării în timpul operaţiei. Aceasta e uşor de efectuat, dacă ne străduim să preîntâmpinăm uscarea ţesuturilor, să nu folosim soluţii supraîncălzite, să ne folosim de coagulatoare, cârlige (retractoare) cât mai puţin posibil.

Pentru evitarea aderenţelor la fel e necesar a reduce ischemizarea ţesuturilor şi, prin urmare, să nu aplicăm suturi în plus.

c) utilizarea materialului de sutură sintetic resorbabil în intervenţiile abdominale. O multitudine de studii experimentale şi clinice au demonstrat că sutura pe peritoneu nu îmbunătăţeste regenerarea, dar aduce numai rău, stimulând ischemia şi formarea ulterioară a aderenţelor (Мынбаев О.А. и соавт., 1994, 1997; Липатов В.А. и соавт., 2002; Ellis H., 1983; DiZerega G.S., 1994).

Încă o cale de luptă cu aderenţele este:

a) controlul minuţios pentru a nu lăsa corpi străini în cavitatea abdominală. Deja de mult se ştie că tifonul, talcul şi prafurile de pe mănuşi, materialul de sutură, drenurile stimulează formarea aderenţelor (Калугин А.С., 1970; Чухриенко Д.П., 1972; Женчевский Р.А.,1989; Осипов В.И., 1994; Ellis H., 1983, 1984; Diron J.J., 1996).

2) Acţiunea preparatelor medicamentoase pentru profilaxia aderenţelor poate fi îndreptată împotriva diverselor cauze şi componenţilor procesului inflamator (infecţiei, endotoxinei, migraţiei leucocitelor, sedimentării fibrinei, etc). Însă acţiunea farmacologică are două odstacole importante. În primul rând medicamentul treduie să ajungă la locul, unde se formează aderenţa. Dar acestea, ca regulă, sunt sectoare de ischemie separate de la circuitul sangvin şi, astfel, de la acţiunea preparatelor. Pe de altă parte, peritoneul are capacitatea de absorbţie rapidă, micşorând acţiunea şi, deci, eficacitatea preparatelor introduse în cavitatea abdominală (Holmdahl L. et al,1996).

În al doilea rând, orice remediu antiaderenţial trebuie să acţioneze anume împotriva aderenţelor, şi nu împotriva rănii care regenerează normal. După cum se ştie, multe procese implicate în formarea aderenţelor, astfel ca migraţia celulelor, coagularea, activitatea fibroplastică – sunt procese ale epitelizării normale.

Cu scop antiaderanţial local intraabdominal şi sistemic mai des se folosesc preparate medicamentoase din următoarele clase:

a) remedii antiinflamatorii nesteroidiene (ipobrufen, aspirină, tolmetin), (Wiseman D., 1994 Golan A., 1995);

b) preparate hormonale. Din această grupă mai complex au fost studiaţi corticosteroizii (prenisolonul, dexavetazona, hidrocortizonul), care mai des se introduceau intraperitoneal (Sagal S., et.al.,1999).

c) fosfolipidele. Din ele fac parte fosfatidilcolina, care nu a fost aprobată pentru practica clinică (Aust N., 2000).

d) anticoagulanţii. Efect pozitiv au avut în studiul experiental heparina (Vella A.R., 1999), la fel şi hirudina (Rodgers K.E.,1996). Există referinţe despre efectul benefic al heparinei administrat împreună cu acidul hialuronic (Basbug N., 1998).

e) fibrinoliticele. Au fost testaţi experimental: activatorul tisular al plasminogenului, streptochinaza, urochinaza, elastaza. Rezultatele studiilor sunt diferite, mai ales în privinţa activatorului tisular al plasminogenului, care poate cauza complicaţii hemoragice (Wiseman D., 1994) din cauza acţiunii lui sistemice. În tentativa de a rezolva această problemă au început să utilizeze activatorul tisular al plasminogenului împreună cu carboximetilceluloza şi cu alte geluri hidrofile (Hll-West J.L. et. al., 1995) şi, conform datelor preventive, cu un bun rezultat.

3) Remediile antiaderenţiale de barieră.

Formarea aderenţei are loc între suprafeţele cu învelişul peritoneal traumat (Haney A.F., Djty E.,1994). Evident că separarea suprafeţelor traumate pe parcursul a 5-6 zile, care sunt necesare pentru restabilirea învelişului peritoneal (Menzies D., 1992), trebuie teoretic să contribuie la regenerarea normală, indiferent de procesele biochimice schimbătoare. Mai pe larg este studiată soluţia de dextran. Politetrafluoretilenul – din considerentul că el se utilizează în transplanturile vasculare (este netrombotic şi neimun). În baza acestui preparat a fost creată ”bariera” antiaderenţială - Preclude. Însă el este hidrofob şi nu se lipeşte bine de ţesuturi.Un preparat similar are la bază acidul hialuronic – un glicozaminoglican, care a fost combinat cu soluţia de bufer-fosfat, astfel creându-se ”bariera” Sepracoat.

Aceluiaşi scop servesc şi preparatele descrise în continuare. Celuloza – material, odţinut din viscoză care e prelucrată cu tetraoxid de azot. este produsă cu denumirea comercială – Interced(Enrico S. et.al., 1996). Prezintă o membrană, care se absoarbe complet pe parcursul a 28 de zile.

Carboximetilceluloza (KMC) – polielectrolit anionic efir simplu al celulozei şi al acidului gluconic. Se dizolvă bine în apă, formând un gel. În industria alimentară se fo-

loseşte ca densator, supliment alimentar (E 466).

Seprafilm – combinaţia acidului hialuronic şi a carboximetilcelulzei este netoxică şi neimună, biologic compatibilă (Burns J., 1997; DeCerney A.H., DiZega G.S., 1997). Ea se foloseşte sub formă de peliculă şi acoperă suprafeţele traumate. Membrana se transformă în gel pe parcursul a 24-48 ore.

Printre ultimele relizări se numără membrana ”Oxiplex”, care constă din cardoimetilceluloză şi oxid de polietilenă (Rodgers K.E. et.al., 2000).

Profilaxia proceselor aderenţiale postoperatorii la operaţiile ginecologice iterative este şi obiectul nostru de studiu. În experienţă şi clinic noi am utilizat diverse combinaţii de fosfolipide, antioxidanţi, antiinflamatorii nesteroidiene, etc.

Bibliografie:

1. **Виноградов В.В.** Механизм склеротических процессов и. рубцевания. //Хирургия, 1995, №5, С, 62-64.

2. **Тнилорыбов Т.Е., Тришин М.Н.** Кортикостероиды при лечении хирургических заболеваний. //М. 1998. -148с.

3. **Женчевский Р.А.** Спаечная болезнь. // М. ,Медицина, 1989. – 192.с

4. **Морозов В.Г., Измайлов А.** Меры предупреждения развития спаечной болезни на органах брюшной полости. //Тр. VIII Пленума правл. Всерос. Научн. Мед. Общества хир, Орджонинидзе , 1993, с. 342-347

5. **Никитин В. Г., Перский Е.Э., Утеская Л.А.** Очерки о тройной спирали. // Киев, Наукова думка, 1989, с. 169

6. **Подымов В. К.** Общие принципы молекулярной рецептологии. // Мзв. АНСССР: серия биол. 1980, № 6, с. 831-835

7. **Подымов В. К.** Красная волчанка . // Ереван, Айстон, 1981, с. 168

8. **Ремиш В.В.** Повреждение основных компонентов стромалъных биоструктур организма и его фармакологическая коррекция. //Дис.д-ра мед.наук., Кишинёв, 2005, с.72-78.

9. **Ремиш В.В., Гладких С. П.** «Ингибирующее действие изониазида на активный центр лизил-ксидазы в експерименте “in vitro”. // Simpozia Profesorum ULIM, Seria Medicina, 2002, p.393.

10.**Серов В.В.** Воспаление. Руководство для врачей. // Под ред. В.В. Серова, В.С. Подымова, Медицина , 1995, с. 219.

11. **Abramczyk O. , Zein P., Zielinski R., Pilecki M., Hellman U., Szyszka R.,** The protein-kinase 60S is a free catalytic CK 2 alpha’ subunit and forms an inactive complex with superoxide dismutase SODI. // Biophys Res Commun. , 2003 jul. 18, v. 307, № 1, p. 31-40.

12. **Bhatia D.S., Allen J.E.** The prevention of experimentally induced postoperative adhesions. // Atm. Surg., 1997 Sep, V.63, №9, p. 775-777.

13. **Bondarenco L. B.** Collagen transformation in organism: modern state of the problem. // Ucr. Biokhim Zh. 2004, sep- oct; № 5, p. 5-15.

14. **Carryngton m.J., Bird T.A., Levene G. I.,** The inhibition of lysyl-oxidasae in vivo by isoniazid and it’s reversal by piridoxal. // Biochem, 1984, V. 221, № 3, p. 837-843

15. **Deligiannidis N., Papavasilion K., Supalidis K., Kasisoglon I., Papavranidis S., Gamovros O.** The use of three different mesh materials in the treatment of abdominal wall defects. // Hernia, 2002, jul., V.6, № 2, p. 51-55

16. **Duron J.J.,** Postoperative intraperitoneal adhesions: current and future status. // Ann. Chir., 2004, Nov; V.129, № 69, p. 487-488

17. **Falk K., Holmdahl L., Halvarsson M., Larsson K., Lindman B., Bengmark S.,** Polymers that reduce intraperitoneal adhesion formation. // Br. Surg., 1998 Aug.; V. 85, p. 1153-1156

18. **Fessler J., Pessler L.,** Byosinthesis of pro-collagen. //Ann.Rev.Biochem., 1998; V. 47., p. 129 -163

19. **Gabuda S. P., Gaidash A.A. , Viazovaia E.A.,** Collagen structure and the disordering of the water subsistem in fibrillar polypeptides according to 2H-NMR data. // Biofizica, 2005 Mar-apr.; V. 50; № 2, p. 231-235

20. **Gallop P., Paz. M.** Posttranlational protein modification with special attention to collagen and elastin. // Phisiol. Rev., 1995, V. 55; p. 418-466

20. **Gilmore O.J., Reid C.,** “Prevention of intraperitoneal adhesions: a coparison of Noxythiolin and a new Povidone-jodone.” // Brit. J. Surg. , 1999, V. 66; №3, p. 197-199

22. **Gladkich S., Remish V., Anestiadi V.** Action of chelating agents in the systems of the conjunctive tissue. // 3-th International symposium “Chelating agents in pharmacology, toxicology and therapy” Abstracts, Pilsen, 1990, p. 89

23. **Ilet K.F., Castleden W.M., Vandongen I.K., Stasey M.C., Butler M.A., Kandlubar F.F.,** Acetylation phenotype and cytochrome P4501A2 phenotype are unlikely to be associated with peripheral arterial disease. // Clin. Pharmacol. Ther., 1993 Sep.; V.54; №3., p. 317-322

24. **Kanellas I., Odisseos C., Kazantzidou D., Galovatsea K., Zaraboukas T., Dadoukis I.,** Effect of early versus delayed postoperative injection of 5-fluoruracil plus interferon – alpha on colonic healing. // Eur. Surg. Res., 1998, v. 306; p. 414-418

25. **Knupp C., Squire J.M.,** Molecular packing in network-forming collagen. //Adv. Protein Chem., 2005; V.70; p. 375-403

26. **Kozma E.M., Olczyk K., Wizowski G., Glowacki A., Bobinski R.,** Alterations in the extracellular matrix proteoglycan profile in Dupuytrens contracture affect the palmar fascia. // Biochem (Tokyo), 2005 Apr.; V. 137, № 4, p.463-476

27. **Kucukozan R., Ersay B., Uygur D., Gundogdu C.,** Prevention of adhesions by sodium chromoglycate, dexametazone, saline and aprotinin after pelvic surgery. // ANZ Surg., 2004 Dec., V. 74; № 12, p. 1111-1115

28. **Laplante P., Raymond M.A., Gagnon G., Vigneault N., Sassenville A.M., Langelier I., Bernard M., Raymond I., Hebert M.,** Novel fibrogenic path-ways are activated in response to endothelial apoptosis: implications

in the pathophysiology of systemic sclerosis. // Imunol. 2005 May, V. 174; p. 5740-5749

29. **Lawrence R., Hartmann D.J., Sonenshein G.E.,** Transforming growth factor beta 1 stimulates type V collagen expression in bowine vascular smooth muscle cells. // Biol. Chem., 1994 Apr.1; V. 269; p. 9603 – 9609

30. **De Laeuw K., Kallenberg C., Bijl M.,** Accelerated atherosclerosis in patiens with systemic autoimmune diseases. // Ann. N.Y. Acad. Sci. 2005 Jun.; V. 1051; p. 362-371

31. **Liakakos T., Thomakas N., Fine P.M., Dervenis C., Young R.L.,** Perytoneal adhesions: ethyology, pathophysiology and clinical significance. Recent advances in prevention and management. // Dig. Surg. 2001; V. 18; № 4; p. 260-273

32. **Lozzo R.V.,** Basement membrane protheoglycans: from cellar to ceiling. // Nat. Rev. Moll Cell. Biol. 2005 Aug.; V. 6; №8; p. 446-456

33. **Puchalski A.,** The influence of cumulative dexamethasone, promethasine and dextran 70 used as protection against intraperitoneal immunity in women operated on for infertility. // Ann. Acad. Med. Stetin. 1998; V. 44, p. 115-136

34. **Rosenberg L.,** Structure of cartilage proteoglycans. // Gn. Dynamics of connective tissue macromolecules Amsterdam, 1975; p. 121-128

35. **Schima E.,** Klinish-autoptishe beobachtungen bei peritoneal adhasions prophylaxes mit rheomakrodek und Trasylol. // Tbl. Chir., 1990, Bd. 95; № 36; p. 1079-1082

36. **Tanzer M.,** Gross-linking. // In. Biochemistry of collagen New York, 1996, p. 137- 162

37. **Tran H.S., Chrzanowski F.A. Jr., Puc M.M., Patel N.G., Geldziler B., Malli D., Ramsamooj R., Hewitt C.W., Del Rossi A.** An in vivo evaluation of a chondroitin-sulfate solution to prevent postoperative intraperitoneal adhesion formation. // Sur. Res. 2000 Feb.; V. 88, № 2, p. 78-87

38. **Treutner K.H., Schumpelik V.** Prevention of adhesions. Which and reality. // Chirurg. 2000; May; V. 71, № 5; p. 510-517

39. **Wess T.** Collagen fiblril form and function. //Adv. Protein Chem., 2005; V.70, p. 341-374

40. **West P. A., Torzilli P.A., Chen C., Lin P., Camache N.P.,** Fourier transform infrared imaging spectroscopy analysis of collagenase-induced cartilage degradation. // Biomed Opt. 2005 Jan-Feb.; V. 10, № 1; p. 14-15

41. **Yagmurlu A., Barlas M., Gursel I., Gokcora I.H.,** Reduction of surgery-induced peritoneal adhesions by continuous release of streptokinase from a drug delivery system. // Eur. Res. 2003 Jan.-Feb.; V. 34, № 1; p. 46-49

Recepționat 1.10.2008

CONGRESE

●

SECVENȚE DE LA A IX-A` CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ DIN ROMÂNIA

În perioada 25-27 septembrie 2008 la Cluj-Napoca a avut loc a IX-a CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ a Societății Române de Obstetrică-Ginecologie, organizată de preşedintele acestei societăți Profesor Doctor Florin Stamatian. Capitala istorică a Transilvaniei a găzduit în toamna acestui an un număr impunătot de participanți, şi anume 1200. La această manifestare ştiințifică s-au discutat două subiecte cu o actualitate deosebită - naşterea prematură şi patologia colului uterin. Invitații Conferinței au fost savanți din Elveția, Germania, Italia, Serbia, Turcia, Slovenia România şi un grup de medici din Republica Moldova, care au participat cu comunicări interesante şi actuale. Obiectivele acestei Conferințe au fost promovarea unui climat ştiințific la nivel mondial de cercetare, învățământ şi activitate curativo-profilactică, contribuția la înbunătățirea stării de sănătate a femeii în general, a gravidei şi a produsului de concepție în special.

La Conferință au fost discutate aspecte importante ce țin de naşterea prematură şi patologia colului uterin. Pe marginea acestor probleme cele mai interesante comunicări au fost următoarele:

Colul uterin noțiuni fundamentale şi modificări în sarcină (F. Stamatian, D. Boitor-Borza, Gh. Cruciat)

Autorii au relatat că colul uterin este o structură unică, formată predominant dintr-o matrice extracelulară ce conține fibre de colagen.În timpul sarcinii şi al naşterii, acesta suferă importante modificări morfologice şi biochimice. Remodelarea colului este rezultatul unui metabolism activ care se găseşte sub controlul unor factori endocrini, paracrini şi mecanici.

Lucrarea aduce în atenție principalele aspecte ale embriologiei, anatomiei şi histologiei colului utrin autorii insistând asupra acelor noțiuni care au aplicabilitate în studiul clinic al colului. A fost realizată şi o trecere în revistă a factorilor şi a mecanismelor implicate în modificările

colului uterin în timpul sarcinii şi al naşterii, cu referire din literatura de actualitate.

Comunicarea Prof. Dr. Florin Stamatian după volum si conţinutul expus a fost ca o prelegere pentru medici.

Conduita la naştere la prematurul cu greutate foarte mică la naştere (G. Bănceanu, Silvia Stoicescu)

Comunicarea a avut scopul de a identifica factorii de risc incriminaţi în naşterea prematură. Prof. Dr. G. Bănceanu a evidenţiat atitudinea medical- obstetricală şi neonatală care ar putea influenţa patologia perinatală, decesul şi sechelele neurologice la această categorie de greutate şi vârstă gestaţională. Au fost identificaţi factorii perinatali de care depinde supravieţuirea nou-născuţilor cu greutate foarte mică. A fost menţionat modul naşterii – atitudinea obstetricală a constat în extracţie prin operaţie cezariană în 45% din cazuri la nou- născuţii cu greutatea 1000-1300 de grame. Profilaxia cu dexametazonă efectuată într-un procent de 37% nu influenţează apariţia sindromului de detresă respiratorie, ci severitatea lui, obiectivată printr-o nevoie mai mică de ventilare mecanică invazivă. Au beneficiat de administrarea de surfactant un procent de 14,4% cu un maxim al incidenţei la 28 săptămâni. Astfel, supravieţuirea nou-născuţilor cu greutate foarte mică a fost de 68% cu variaţii mari în funcţie de vârsta gestaţională.

Posibilităţile de evaluare ecografică a colului uterin în iminenţă de naştere prematură (Florentina Pricop, D. Gafiţanu)

Implicaţiile pe care le determină naşterea prematură atât imediat cât şi la distanţă, din punct de vedere medical dar şi consecutiv social sunt considerate semnificative de către cei mai importanţi experţi. În România limita inferioară a naşterii premature până nu demult stabilită la 28 de săptămâni, a fost scăzută în prezent la 24 săptămâni de sarcină, adică aproximativ la o greutate de 600 g. Naşterea la acest termen e asociată de o mortalitate considerabilă a nou-născuţilor. În România, în prezent aproximativ 10% dintre gravide nasc prematur, fapt care indică unele deficienţe în acordarea asistenţei prenatale dar şi în urmărirea sarcinilor cu risc obstetrical crescut pentru această afecţiune. Studiile propun trecerea în revistă a tipurilor de leziuni evidenţiate în cursul operaţiilor laparoscopice efectuate în scop diagnostic şi terapeutic la femeile cu simptomatologie sugestivă. Autorii menţionează necesitatea examinării ecografice în definirea riscului de naştere prematură şi consecutuv în ameliorarea prognosticului neonatal. Examinarea ecografică ne poate preciza lungimea colului, dilatarea orificiului intern şi protruzia membranelor amniotice. E preferabil abordul endovaginal cu consimţământul pacientei, ca fiind o metodă mai progresivă.

Operaţia cezariană în naşterea prematură (A. Serbenco, P. Stratulat, Daniela Roşca)

Autorii au menţionat că naşterea prematură e una din problemele majore cu care se confruntă medicul obstetrician, frecvenţa căreia este estimată la 16%. Conform studiului efectuat in clinica ICŞDOSM de către autori, această cifră se menţine constant în ultimii 2 ani la 12%. Sporirea numărului operaţiilor cezariene a fost esenţial influenţată de nivelul relativ scăzut al naşterilor fiziologice. Operaţia cezariană fiind în aceste cazuri opţiunea de elecţie terapeutică pentru îmbunătăţirea indicatorilor obstetricali de bază.

A fost prezentată experienţa acumulată în Maternitatea ICŞDOSM pe un număr total de naşteri premature de 1113, lotul de bază a inclus 138 (12,4%) parturiente care au născut prin operaţie cezariană cu extragerea a 161 copii, dintre care 30 (18,6%) au decedat fiind incluşi în mortalitatea perinatală. În concluzii autorii au menţionat:

1. Operaţia cezariană în cazul naşterilor premature trebuie efectuată doar la indicaţii bine argumentate legate de starea gravă a parturientei, suferinţa fetală şi situaţii obstetricale agravate (hemoragii, prezentaţii fetale incorecte), deoarece nu contribuie la micşorarea morbidităţii şi mortalităţii perinatale.

2. În majoritatea cazurilor operaţia cezariană în naşterea prematură este impusă de preeclampsia severă, decolarea prematură de placentă normal înserată şi poziţii incorecte ale fătului.

3. Copiii prematuri prezintă o morbiditate înaltă, ceea ce necestă tratament de durată cu utilizarea de resurse suplimentare.

4. Numărul de operaţii cezariene în cazul naşterilor premature poate fi micşorat prin ameliorarea asistenţei perinatale regionalizate: depistarea grupelor de risc, a semnelor precoce de iminenţă de întrerupere a sarcinii, conduita corectă profilactică şi curativă.

Conduita contemporană a naşterii premature (V. Friptu)

Autorul a relatat despre conduita actuală a naşterii premature în Pepublica Moldova şi înregistrarea nou-născuţilor începând de la 500 grame conform Legislaţiei existente, ceea ce a prezentat un mare interes pentru savanţii români. S-au specificat termenele de sarcină şi situaţia obstetricală când naşterea prematură trebiue finalizată pe cale vaginală sau când metoda de elecţie va fi operaţia cezariană. Autorul s-a referit la termenele de sarcină care necesită efectuarea detresei respiratorii cu dexametazonă si apoi transferul in utero la alt nivel de asistenţă perinatală unde există condiţii pentru îngrijirea nou-născutului.

Un şir de lucrări interesante au fost destinate patologiei colului uterin, şi anume:

Conduita actuală în leziunile precanceroase ale cancerului de col uterin (G. Peltecu)

Cancerul colului uterin continuă să reprezinte o importantă problemă de sănătate publică în lume şi în România. Din 1997 a existat un consens internaţional în a recunoaşte că neoplasmul colului uterin are ca agent etiologic virusul papilomatozei umane HPV şi este o boală transmisibilă sexual. Infecţia cu HPV şi inducerea carcenogenezei au schimbat complet modalitatea de diagnostic, urmărire şi conduită clinică, accentul fiind deplasat în prezent pe leziunea precanceroasă neoplazia cervicală intraepitelială, leziune preinvazivă. Succesul înregistrat de obţinerea vaccinului anti-HPV face posibilă prevenţia primară a cancerului de col.

Profilaxia anti HPV (V. Tică)

Autorul relatează despre profilaxia împotriva cancerului de col uterin care a devenit posibilă odată cu identificarea relaţiei cauzale între această patologie şi infecţia persistentă cu tipuri oncogenice de HPV. În ultimii ani au apărut studii referitoare la relaţia de cauzalitate şi la efica-

citatea vaccinurilor anti HPV.

Displazia cervicală şi sarcina (I. Sas)

În opinia autorului, cancerul cervical este leziunea malignă diagnosticată cel mai frecvent în timpul sarcinii. Colposcopia în timpul sarcinii este în majoritatea cazurilor satisfăcătoare datorită iversiunii vaginale a endocolului şi implicit a vizualizălii complete a joncțiunii scoamo-cilindrice. Autorul în comunicarea sa concluzionează că colposcopia se consideră o metodă de elecție în abordarea conservatoare a displaziilor cervicale asociate sarcinii, fără a exclude examinarea histologică a materialului biopsic în cazurile în care colposcopic se suspicionează leziuni cu caracter microinvaziv sau invaziv şi citologic pap-testele continuă să fie anormale.

Factori obstetricali care influențează colectarea de sânge din cordonul ombilical pentru stocarea de celule stem (L. Puşcaşiu, Z. Bela, C. Eşanu)

Potrivit autorilor utilizarea de sânge din cordonul ombilical ca sursă de celule stem hematopoietice transplantabile a fost pentru prima dată sugerată la începutul anului 1980, iar primul transplant de sânge din cordonul ombilical a fost efectuat în anul 1988 la un pacient cu anemie. Descoperirea metodelor de izolare şi cultivare a celulelor stem în 1988 a adus o nouă speranță cercetătorilor şi medicilor din lumea întreagă.

Autorii concluzionează că recoltarea de celule stem reprezintă o promisiune atractivă pentru viitor, dar utilitatea stocării celulelor stem va trebui confirmată prin studii judicioase. La consiliere pacientele trebuie informate că patologia asociată sarcinii poate contribui de manieră negativă la calitatea şi cantitatea sângelui recoltat. Vârsta gestațională şi calea de naştere vor influența de asemenea calitatea şi cantitatea sângelui recoltat.

Operația cezăriană la cerere (A. Popa, G. Furău, A. Sîrbu)

Autorii relatează că în contextul tendinței crescătoare a numărului de operații cezariene în defavoarea naşterilor vaginale, o entitate aparte o reprezintă operația cezariană la cerere. Prin cezariană la cerere înțelegând nu doar cazurile în care pacienta solicită direct aceasta, ci şi cazurile în care medicul alege această modalitate de finalizare a sarcinii, fără a exista o indicație medicală clară a acestei intervenții. Deşi oficial nu este recunoscută, realitatea sa nu poate fi contestată. Cauzele acestei solicitări sunt multiple şi pot fi sistematizate ca depinzând de pacientă, medic, respectiv de clinică. Materialul de fată abordează această problemă dintr-o perspectivă complexă atât medicală cât socială şi economică. Autorii vorbesc în concluzie despre importanța studiului efectuat asupra subiectului care prezintă relevanță din perspectiva consecințelor medicale, sociale, economice şi medico-colegiale pe care cezariana la cerere le determină.

La a IX-a Conferință Națională a avut loc un simpozion ştiințific organizat de compania farmaceutică Bayer Schering fiind sponsorul principal al acestei manifestări.

Conferința s-a desfăşurat într-o atmosferă ştiințifică, amicală şi a reprezentat o ocazie deosebită de comunicare, schimb de informații şi experiență profesională între participanți.

Valentina Diug, Ludmila Rusu

Recepționat 30.11.2008

●

ASPECTE DESPRE CONGRESUL MONDIAL AL GINECOLOGIEI MINIINVAZIVE DIN SUA

Din 28 Octombrie pînă 1 Noiembrie 2008 în SUA, statul Nevada, oraşul Las Vegas a avut loc al 37-lea Congres Mondial al Ginecologiei Miniinvazive (Preşedintele Congresului – Charles E. Miller, statul Illinois, SUA). Acest Congres a fost organizat de Asociația Americană a Laparoscopiştilor Ginecologi (AAGL) fondată de emeritul profesor din SUA Jordan M. Phillips şi a fost dedicat memoriei acestui Savant talentat cu reconştință Mondiala. Jordan M. Phillips, Academicianul AŞ Ruse, Profesorul Leila Adamean au fost fondatorii şi organizatorii cursurilor de endoscopie ginecologică în Rusia, care se prelungeşte pînă în prezent.

La acest forum prestigios au luat parte 1.500 participanți din peste 65 țări ale lumii (SUA, Franța, Germania, Austria, Brazilia, Rusia etc.) şi circa o mie de reprezentanți a diferitor firme, producătoare de aparataj endoscopic, printre care sunt firmele bine cunoscute şi la noi în țară: Aesculap, Bard Urological Division, Baxter BioSurgery, Cook Medical, Ethicon Endo-Surgery, Gyrus ACMI Olympus etc.

Programul congresului a fost foarte bogat în raporturi şi prezentări. S-au desfăşurat cursuri practice pre-congres pe următoarele tematici: "Suturile endoscopice cu utilizarea trenajoarelor pelvine" (Preşedinte – Charles H. Koh), unde s-a menționat raționalitatea şi reproductibilitatea suturilor

endoscopice, aplicarea lor în diferite situații chirurgicale, prevenirea şi tratamentul leziunilor intestinale, vezicii urinare şi ureterelor. "Curs didactic: Anatomia pelvină" (Preşedinte - Sam. H. Hessami), acest simpozion a fost dedicat laparoscopiştilor ginecologi cu o experiență vastă, care au vrut să-şi expună experiența s-a în anatomia pelvină. De către A. Blinchevsky, A. Brill au fost prezentate complicațiile intra-şi postoperatorii a laparoscopiilor ginecologice. "Valori adăugătoare pentru practica dumneavoastră" (Preşedinte – Timothy B. McKinney), acest curs a prezentat cum poate să fie de folos în practica noastră includerea urodinamicii, cistoscopiei, în procedurile uroginecologice. „Anatomia pelvină cu utilizarea cadavrelor nebalzamate" (Preşedinte – Sam H. Hessami), înacest context au fost prezentate cazurile pentru o prezentare realistică a intervențiilor chirurgicale. Participanții la acest simpozion au putut să-şi perfecționeze ştiințile sale în anatomia pelvină, tehnica histerectomiei laparoscopice. „Proceduri cosmetice în oficiu" (Preşedinte – David J. Levine), în aceste cursuri s-a discutat problema cosmetologiei. S-a explicat şi au fost descrise diferite metode de liposacție, avantajele şi disavantajele ei, discutată necesitatea plastiei abdominale pentru ineficiența liposacției.

Au avut loc 18 cursuri post-congres pe tema: "Hemostaza electrochirurgicală şi controlul hemoragiei în chirurgia miniinvazivă ginecologică" (Preşedinte - Andrew I. Brill), la acest simpozion s-a deliniat diferența fundamentală între coagularea mono- şi bipolară, a fost incorporată varietatea metodelor electrochirurgicale pentru hemostaza directă în chirurgia laparoscopică, s-a descris folosirea dispozitivelor de ligaturare-coagulare în efectuarea histerectomiilor vaginale. "Histerectomia laparoscopică – indicații şi aplicare practică" (Preşedinte – Peter J. Maher), aici s-a evaluat suportul laparoscopic în efectuarea histerectomiilor, s-a justificat tranziția de la histerectomia vaginală asistată laparoscopic la histerectomia totală laparoscopică, rolul ei în malignizarea ginecologică. "Strategia în bazinul "înghețat" (Preşedinte – Harry Reich) unde s-au discutat momentele de acces chirurgical în endometrioza avansată în caz de durere pelvină şi la pacientele cu infertilitate, s-au evaluat accesele chirurgicale potențiale la femeile cu endometrioză rectovaginală în bazinul înghețat, drenarea laparoscopică a abceselor abdominale. "Procedee miniinvazive în miomul uterin" (Preşedinte – Linda D. Brandley) unde s-a analizat rolul diferitor tehnici miniinvazive în tratamentul miomului uterin, selectarea pacientelor pentru astfel de intervenții, crearea colaborării practice dintre ginecologi şi radiologi în efectuarea embolizării miomului uterin, înțelegerea tehnicii ocluziei laparoscopice a vaselor uterine. "Histeroscopia, sterilizarea histeroscopică şi ablația endometrului" (Preşedinte – Martin Farrugia) în acest curs au fost discutate posibilitățile utilizării tehnologiilor de ultima oră în histeroscopia diagnostică şi chirurgicală, inclusiv sterilizarea trompelor uterine, rezectarea bipolară a polipilor şi nodulilor miomatoşi, ablația endometrului. Participanții la acest curs au avut posibilitatea de a obține îndeprinderi practice cu aplicarea histeroscopiei reale virtuale. "Procedee miniinvazive în ginecologia oncologică" (Preşedinte – Farr R. Nezhat) acest seminar a fost dedicat ginecologilor-oncologi şi ginecologilor care vor să se specializeze în chirurgia pelvină radicală. Acest program a fost înzestrat cu demonstrații video a diferitor tehnici chirurgicale care s-a început cu revizuirea fundamentală al anatomiei intra- şi retroperitoneale. Au fost descrise tehnicile limfadenectomiilor pelvine şi para-aortice s-au discutat avantajele şi disavantajele tehnicii laparoscopice şi robotice în ginecologia malignă. "Tratamentul laparoscopic al endometriozei" (Preşedinte – Arnaud Wattiez) unde s-a menționat că endometrioza este o boală foarte larg răspîndită care provoacă schimbări în calitatea vetii şi deseori duce la infertilitate. Avînd diferite aspecte, diverse localizări această maladie are şi diferite simptoame cele mai dominante fiind sterilitatea şi durerea pelvină. Participanții la acest curs au putut să clarifice indicațiile pentru intervenția chirurgicală, să discute problemele particulare al endometriozei ovariene, să clarifice indicațiile şi aspectele tehnice a endometriomelor, stategia intervențiilor chirurgicale, rolul terapiei hormonale, problemele formării aderențelor şi sterilitatea. "Anatomia, funcția, reconstrucția şi aplicarea mesh kits în chirurgia reconstructivă a vaginului" (Preşedinte – Robert M. Rogers) acest curs a relevat noile tehnologii în plastiile vaginale cu aplicarea meşelor şi s-a discutat ce s-a cunoscut, ce putem învăța şi cînd putem aplica aceste tehnologii. S-au discutat bazele anatomiei pelvine şi necesitatea aplicării meşelor. Participanții la acest studiu vor putea să învețe anatomia suportului vaginal şi posibilitățile utilizării meşelor, să compare succesul chirurgiei reparatorii tradiționale şi a celei cu aplicarea meşelor biologice, să prezente indicațiile, aplicarea, rezultatele şi complicațiile utilizării meşelor – Prolift (firma Ethicon) şi Avaulta (Firma Bard). "Managementul complicațiilor laparoscopice" (Preşedinte – Camran R. Nezhat) acest curs a fost dedicat prevenirii complicațiilor laparoscopice care pot surveni pe parcursul intervențiilor chirurgicale, să le depisteze cît se poate mai repede şi să le înlăture la timp. Spre sfîrşitul acestui curs participanții au putut să învețe cum se procedează în caz de hemoragie, complicații gastrointestinale, urologice şi traumarea nervilor, cum se procedează în caz de traumatizarea vaselor retroperitoneale, complicațiile chirurgiei robotice. "Managementul laparoscopic a tumorilor adnexelor" (Preşedinte – Eugenio Soplima), în acest context s-a discutat necesitatea selectării minuțioase a pacientelor pentru intervenție laparoscopică, tehnica corectă a tratamentului conservativ a tumorilor adnexiale benigne, cum de minimalizat traumarea țesutului ovarian, păstrarea fertilității şi funcției ovariene. "Chirurgia robotică în ginecologie" (Preşedinte – Rosanne M. Kho) acest program a fost dedicat ginecologilor, uroginecologilor, ginecologilor-oncologi. S-a pus în discuție aplicarea roboților în diferite operații ginecologice, s-au comparat avantajele şi disavantajele acestor proceduri față de laparoscopia tradițională, selectarea plasării troacarelor şi instrumentariului robotic în diferite proceduri, implimentarea planului de incorporare a procedurilor robotice în practica cotidiană.

Asociația Americană a Laparoscopiştilor Ginecologi a oferit două zile de cursuri post-congres cu specializare intensivă la trenajoare speciale pelvine privind aplicarea suturilor endoscopice şi în histeroscopie. Programul ştiințific a oferit unsprezece videosesiuni, opt sesiuni al tutorialului

chirurgical şi trei sesiuni de debat în (1) chirurgia robotică; (2) histerectomia vs. ablaţia endometrului în tratamentul hemoragiilor; şi (3) miomul intramural şi sterilitatea.

Au fost prezentate două sesiuni de telechirurgie: „Colpopexia sacrală robotică" (Chirurg – Patrick Culligan, New Jersey) şi „Colpopexia sacrală laparoscopică" (Chirurg – Ginger N. Cathey, Texas). Anul acesta pentru prima dată s-au prezentat simultan aceleaş manopere efectuate prin două procedee miniinvazive diferite: laparoscopice şi robotice, efectuate în diferite colţuri ale SUA. Chirurgii au demonstrat procedeele şi avantajele fiecărei tehnici, iar participanţii la aceste demonstraţii au putut să-şi exprime părerea on-line despre bineficiile şi disadvantajele acestor proceduri.

În şedinţele Congresului au fost incluse 9 şedinţe plenare, la care s-a pus în discuţie: „Ablaţia endometrului" (Moderator – Richard M. Soderstrom) s-a discutat eficienţa şi costisivitatea minimă a ablaţiei endometriale în caz de hemoragii uterine menstruale, s-a constatat că tratamenul hemoragiilor uterine efectuate prin ablaţia endometrială şi chirurgia rezectoscopică duc la o calitate nouă de viaţă. „Managementul durerii pelvine" (Moderator – Hans Brölmann) în acest context s-a menţionat că durerea pelvină este bine cunoscută în practica ginecologică, în special la pacientele cu endometrioză. În pofida succeselor obţinute în tratamentul conservativ a endometriozei, totuşi efectuerea intervenţiilor chirurgicale rămîne primă în caz cînd graviditatea este necesară. „Histerectomia" (Moderator – D. Alan Johns) s-a constatat că histerectomia laparoscopică este eficientă şi efectivă metodă către histerectomia tradiţională la pacientele cu maladie uterină benignă şi care nu sunt candidate spre histerectomia vaginală. Chirurgia laparoscopică este indicată în diferite situaţii cum ar fi menoragia, endometrioza, displazii cervicale, fibroizi şi prolaps uterin. Este binevenită efectuarea histerectomiei laparoscopice la pacientele cu miom uterin mai mic de 300 gr. fără aderenţe extensive ce permite spitalizare minimă timp de 24 ore. Organizatorii acestei şedinţe menţionează că în pofida costului majorat al histerectomiei laparoscopice, ea rămîne mai binevenită pentru paciente, pentru spitalizarea mai mică şi restabilirea postoperatorie mai rapidă. „Boala aderenţială" (Moderator – Michael P. Diamond) aici s-a pus în discuţie problema aderenţelor care pot fi cauzate de endometrioză, infecţii pelvine, intervenţii chirurgicale precedente, radiaţie etc. La această sesiune plenară s-a reamintit patofiziologia formării aderenţelor şi s-au discutat procedeele chirurgicale de tratament. „Managementul miomului uterin" (Moderator – Lisolette Mettler) la care s-a discutat problema hemoragiilor uterine cauzate de miomul uterin, conlucrarea cu pacienţii asimptomatici şi tratamentul lor. În acest context este foarte utilă aplicarea morcelării histeroscopice a miomului submucos, ablaţia endometrială şi histerectomia laparoscopică robotică. La acest curs s-a discutat problema fertilităţii prin aplicarea metodelor conservative de tratament, inclusiv necesitatea integrării chirurgicale miniinvazive cînd acesta este necesar. „Histeroscopia şi ablaţia endometrială" (Moderator – Phillip G. Brooks, Paulo Roberto Cara, Sasha Popov) aceste sesiuni au fost dedicate histeroscopiei, tehnicii ablaţiei endometriale, complicaţiilor histeroscopiei chirurgicale care sunt mai frecvente şi mai serioase decît cele ale histeroscopiei diagnostice. S-a evaluat utilizarea raţională a histeroscopiei diagnostice şi chirurgicale, reducerea complicaţiilor posibile cum ar fi perforaţia uterului, hemoragia, infectarea şi formarea aderenţelor, încurajarea medicilor pentru efectuarea acestor manopere pentru minimalizarea simptomelor hemoragice şi beneficierea de la aceste proceduri. S-au discutat diferite metode de sterilizare chirurgicală, inclusiv sterilizarea histeroscopică cu utilizarea diferitor implanţi de blocare tubară, inclusiv celor chimici. S-a menţionat că această procedură trebuie să fie simplă, eficientă şi minim costisitoare. „Uroginecologia" (Moderator – John L. Marlow, James W. Ross) unde s-a pus problema vesicii hiperactive, disfuncţiei şi incontinenţei urinare. S-a menţionat că tratamenul conservativ al incontinenţei foarte des dă rezultate pozitive, însă factorii de risc cum ar fi graviditatea, naşterea, deminuarea funcţiei estrogenilor (menopauza), fumatul, obezitatea, abuzul de activitate fizică, inclusiv intervenţiile chirurgicale pot provoca incontinenţa. S-au discutat metodele de tratament, care sunt cele mai optimale, inclusiv aplicarea meshelor standard, meshelor de propilen şi neuroprotezelor pelvio-abdominale în tratamentul incontinenţei neurogenice. „Chirurgia vaginală" (Moderatori – Victor Gomel, Leila Adamean) s-a menţionat prin importanţa şi eficienţa histerectomiilor vaginale, tratamentul chirurgical al incontinenţei urinare şi prolapsului vaginal.

S-au prezentat circa 400 comunicări deschise şi 200 sesiuni video şi poster. Din comunicările orale prezintă interes deosebit sesiunea plenară consacrată ablaţiei endometriale: „Sterilizarea transcervicală cu aplicarea contraceptivelor Essure® şi sistemului Hidrotermoablaţie®" (Garza-Leal J. şi coaut., SUA), „Eficacitatea ablaţiei endometriale la pacientele cu risc chirurgical major" (Greedon D.J. şi coaut., SUA), „Studii preliminare a eficienţei sistemului de crioablare terapeutică la pacientele cu implantarea contraceptivelor Essure®" (Presthus J.B. şi coaut., SUA) care au menţionat eficacitatea, simplitatea efectuării sterilizării histeroscopice cu utilizarea acestor sisteme, ce nu produc lizări termice a trompelor uterine, pot fi utilizate la pacientele cu risc sporit al analgeziei şi intervenţiei chirurgicale şi sunt un suport vădit în tratamnetul hemoragiilor uterine.

La capitolul durerea pelvină au fost prezentate următoarele lucrări: „Managementul sindromului pelvin congestional" (Tu F.F. şi coaut., SUA), „Fibrele neurale în ligamentele uterosacrale la pacientele cu endometrioză infiltrativă" (Kelm A. Jr. Şi coaut., Brasilia), „Managementul laparoscopic a dureii neurale pelvine" (Possover M., Switzerland) care au ajuns la concluzia că intervenţia laparoscopică este unica în diagnosticarea şi managementul terapeutic a leziunilor postchirurgicale şi endometriotice a nervilor pelvini.

În compartimentul - Tehnica Endoscopică au fost prezentate lucrările: „Principiile şi aplicarea practică a electrochirurgiei în laparoscopie" (Kingston A.J şi coaut., Australia), unde s-a menţionat faptul că coagularea monopolară pînă în prezent este cea mai solicitată şi utilizată. „Asistenţa laparoscopică în extragerea chisturilor dermoide mari" (DiSciullo A.J. şi coaut., SUA) au demonstrat ex-

tragerea laparoscopică a chisturilor dermoide cu aplicarea extractorului abdominal elastic Mobius®. „Bazele suturilor laparoscopice” (Cholkeri-Singh A., şi coaut., SUA) unde s-au discutat avantajele şi disavantajele diferitor tehnici de aplicare a suturilor endoscopice. „Tratamentul laparoscopic al sindromului pelvin congestiv” (Nassif J., şi coaut., Franța), autorii au prezentat fixarea laparoscopică a ligamentelor rotunde în caz de atrofie distală a acestora în combinație cu retroflexia uterină.

La sesiunea plenară – Boala aderențială s-au discutat rapoartele: „Eficacitatea reducerii aderențelor prin aplicarea membranei biorezorbabile Seprafilm®” (Greenvalt K.E., şi coaut., SUA) unde în studiu experimental pe şaptezeci şobolani cu diferite leziuni a peritoneului şi intestinului s-a stabilit eficiența utilizării Seprafilm® care se aplica pe suprafața leziunii după o prelucrare cu ser fiziologic sau Ringer lactat. „Extinderea formării aderențelor induse de electrocoagulare:Studiu experimental” (Wallwiener C.W., şi coaut., Germania) în această lucrare a fost studiată formarea aderențelor în caz de aplicare a diatermocoagulării şi aplicării suturilor pe un model de 35 şobolani femele. S-a constatat că suturarea peritoneului fără traumatizarea țesuturilor adiacente practic nu provoacă formarea aderențelor, pe cînd aplicarea electrocoagulării profunde duce la formarea aderențelor vaste. În concluzie autorii menționează, că de aceste momente trebuie să ție cont clinicienii pentru evitarea lor.

Un şir de lucrări au fost consacrate efectuării histerectomiilor laparoscopice, printre care trebuie menționate următoarele: „Histerectomia vaginală asistată laparoscopic vs. histerectomia laparoscopică supravaginală în uterul neprolabat” (Ghomi A., şi coaut., SUA), „Histerectomia laparoscopică totală- analiza retrospectivă a 1448 cazuri, traumatizmul vezicii urinare, ureterelor, rectului şi hemoragiile postoperative” (Slingh S.J., Australia), unde s-a constatat eficiența histerectomiilor laparoscopice prin durata minimă de spitalizare, traumatizarea minimă a organelor adiacente (0.4% -vezica urinară, 0.06% - ureterele, 0.35%- hemoragii din bontul vaginal).

O mare parte din lucrări au fost dedicate endometriozei: „Tratamentul laparoscopic al endometriozei răspîndite cu rezecția colorectală” (Fiaccavento A. şi coaut., Italia) unde autorii subliniază că efectuarea rezecției colorectale în caz de endometrioză răspîndită cu implicarea intestinului gros poate fi efectuată dacă medicul posedă experiență în acest domeniu şi poate fi efectuată la pacientele selectate, cărora li s-a explicat posibilitatea complicațiilor intraoperatorii. „Endometrioza apendicelui” (Abrao M.S. şi coaut., Brazilia) s-a constatat că endometrioza intestinală variază de la 5.4% pînă la 25.4% şi adeseori afectează recto-sigmoidul, ileonul şi apendicele. Din cele 737 paciente operate, la 26 s-a stabilit endometrioza apendicelui. Autorii menționează necesitatea examinării apendicelui în caz de endometrioză şi în caz de afectare a acestuia este necesară înlăturarea lui. Adamean L.V. şi coaut.(Rusia) au prezentat lucrarea „Tehnologiile endoscopice în diagnosticarea şi tratamentul endometriozei severe” unde au analizat 419 cazuri de endometrioză severă tratată laparoscopic cărora li s-au efectuat histerectomii cu s-au fără anexe, rezecția endometriozei rectovaginale, ovarectomii, chistectomii. La 78 paciente s-au efectuat intervenții laparoscopice repetate pentru recidivarea maladiei. În perioada postoperatorie toate pacientele au urmat terapie antiinflamatorie şi antioxidantă ce a permis reducerea recidivelor endometriozei de două ori.

Trebuiesc menționate lucrările dedicate folosirii histeroscopiei în ginecologia operativă: „Tratamentul histeroscopic al miomului submucos. Experiența de opt ani” (Nugent W., Gallinat A., Germania), autorii au tratat 2801 paciente cu miom submucos cărora li s-au efectuat histeroscopii chirurgicale cu aplicarea metodelor de enucleare, rezectoscopii sau laserului Nd:yag. La 49.5% din paciente au survenit graviditați care s-au finisat prin naştere naturală la 71% şi operație cezariană 18.7%, la opt paciente garviditatea s-a complicat cu avorturi spontane, la 2 sarcini extrauterine. „Eficacitatea ablației endometriale în tratamentul hemoragiilor uterine. Analiza retrospectivă a 100 cazuri” (Archangelo SCV şi coaut., Brazilia) unde autorii menționează eficacitatea acestei proceduri la 93.4% din paciente. „Starea reproductivă după metroplastia histeroscopică la pacientele cu uter în formă de T” (Ehiremen S. Şi coaut., SUA). Autorii au efectuat 12 metroplastii la această anomalie mulleriană rară timp de 6 ani. Diagnosticul de uter în formă de T a fost pus în baza examenului histerosalpingografiei, ultrasonografiei 3D. După efectuarea metroplastiei histeroscopice în cavitatea uterului se plasează cateter Folley pe o perioadă de 10 zile, s-au administrat doze înalte de estrogeni timp de 6 săptămîni după care a urmat o cură cu progesteron timp de 10 zile. La 75% din aceste paciente a survenit graviditatea.

După părerea organizatorilor acestui forum internațional toți participanții spre sfîrşitul congresului au putut să: (1) determine posibilitatea aplicării tehnologiilor noi în practica lor cotidiană, (2) identifice şi să înlăture complicațiile survenite în timpul intervențiilor endoscopice, (3) recunoască necesitatea perfecționării practice şi ştiințifice pentru efectuarea diferitor intervenții chirurgicale laproscopice, (4) determine unde aplicarea diferitor tehnologii moderne vor putea ajuta şi spori sănătatea pacientului.

Doctor ştiință medica Ana Mişina

PROFESORUL UNIVERSITAR PETRU STRATULAT LA 60 DE ANI

Timpul îşi numără orele, anii, deceniile şi îşi lasă amprentele pe chipurile şi în sufletele noastre. 60 de secunde alcătuiesc un minut, 60 de minute o oră, 60 de ani încununează o viaţă a Omului care s-a gândit la alţi oameni mai mult decât la sine însuşi şi îşi dedică toată Dragostea, Pasiunea şi Talentul, toate eforturile pentru starea de bine a mamelor şi copiilor din ţara noastră mică.

Foarte energic, plin de idei, cu un spirit clarvăzător, neobosit şi exigent până la extenuare faţă de sine şi adesea faţă de cei ce îl înconjoară, profesorul Petru Stratulat îşi desfăşoară activitatea cotidiană în mijlocul nostru. Destinul i-a hărăzit o viaţă interesantă şi neliniştită, iar datorită puterii spiritului, devotamentului, curajului şi caracterului şi-a creat o lume – *neonatologia*, care îi aduce deplina satisfacţie de rolul şi valoarea sa absolută pentru ca această lume nu numai să prospere, dar şi să creeze. Credem că merită toate laudele noastre la cei 60 de ani pe care îi împlineşte deoarece viaţa şi activitatea Dumnealui este rodul unei munci enorme şi asidue, cu dedare de sine, al ambiţiei, care a fost motorul de mişcare a ideilor şi pasiunilor Dumisale.

S-a născut în satul Ignăţei raionul Rezina pe 8 decembrie 1948. După terminarea studiilor medii a fost înmatriculat la facultatea de pediatrie a Institutului de Stat de Medicină pe care a absolvit-o în anul 1972. Pe parcursul anilor de studenţie s-a manifestat ca un spirit laborios, cu o gândire matură, înconjurat de prieteni, practica atletismul care îl făcea remarcabil printre alţi semeni ai săi. Extrem de mulţumit de nivelul lucrării ştiinţific prezentate de P. Stratulat la Conferinţa studenţilor în ultimul an de studii la *Alma matter,* profesorul Tudor Chiticari i-a prorocit „ … sunt convins că studentul Petru Stratulat va ajunge profesor”.

Şi-a început activitatea profesională în calitate de medic pediatru la Spitalul din Ciadâr-Lunga, unde a creat prima „catedră de pediatrie-neonatologie-chirurgie pediatrică” cu prietenul Dumnealui şi o altă personalitate distinsă a Institutului nostru dl Gavril Boian şi alţi tineri medici cu care activa în spital. Discuţiile aprinse pe marginea variatelor subiecte medicale continuau până dimineaţa, iar experienţele curajoase au sporit cunoştinţele şi abilităţile profesionale a tinerilor medici pasionaţi de specialitatea pe tărâmul căreia făceau primii paşi.

După Ciadâr-Lunga destinul îl aduce în orăşelul Criuleni, unde activează în calitate de medic-şef adjunct pe obstetrică şi pediatrie al Spitalului raional în perioada 1973 – 1979. Dintr-un raion cu cea mai înaltă rată a decesului infantil Criuleniul, timp de trei ani, a devenit un raion fruntaş arătat ca exemplu altor specialişti din republică.

Nu s-a mulţumit, însă, cu cele realizate şi fiind împins de dorinţa de a se dedica ştiinţei pleacă la Institutul de Pediatrie din Moscova, unde îşi face studiile în doctorantură în anii 1979-1982. În teza ştiinţifică cu denumirea „Reactivitatea imunologică la nou-născuţii cu leziuni oerinatale ale sistemului nervos” a demonstrat că dereglările imunologice la copiii cu suferinţă fetală hipoxiischemică pot sta la baza afecţiunilor neurologice.

După finalizarea studiilor în doctorantură şi obţinerea titlului de doctor în ştiinţe medicale a activat în perioada 1982 – 1986 în calitate de asistent universitar la catedra de pediatrie a Institutului de Stat de Medicină. În cadrul acestei catedre fondează în anul 1985 cursul de neonatologie şi cu adevărat poate fi numit *întemeietorul specialităţii de „medic pediatru-neonatolog”* şi fondatorul *şcolii de neonatologie* în republică. Activând la catedra de pediatrie obţine în anul 1986 titlul didactic de conferenţiar universitar.

Din anul 1988 îşi începe activitatea la Institutul de Cercetări Ştiinţifice în Domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului în calitate de şef al secţiei ştiinţifice de perinatologie, iar, ulterior, datorită spiritului său de iniţiativă şi pregătirii profesionale, apreciate înalt de directorul Institutului, profesorul Eugen Gladun, este transferat din anul 1989 în funcţia de director adjunct pe ştiinţă al Institutului. Din anul 1994 este ales prim vicedirector al ICŞOSMC în care activează şi în prezent, îndeplinind şi funcţia de director al Institutului în perioada 1998-1999.

În anul 1995 susţine teza ştiinţifică pentru obţinerea titlului ştiinţific de doctor habilitat în medicină cu denumirea *“Adaptarea şi modularea neuroimunologică şi celulară a stărilor patologice la nou-născuţi în perioada neonatală precoce”* în care îşi expune tezele studiului profund privind adaptarea neuro-umorală (opiaceele endogene, substanţa P, hormonii suprarenanelor, nucleotidele ciclice)

şi metabolică (enzimele limfocitare) în sistemul „mamă-placentă-făt” în diverse stări patologice la nou-născut (asfixie, infecţie intrauterină, hemoragie intraventriculară, fetopatie diabetică, traumatism obstetrical). În cadrul acestei lucrări ştiinţifice a elaborat conceptul în trei etape al tranziţiei la viaţa extrauterină a nou-născutului sănătos (de autohibernare, repaus neurometabolic şi de tensiune fiziologică) şi cu expunerea particularităţilor evoluţiei acestor etape la nou-născutul bolnav. După susţinerea cu succes a acestei teze ştiinţifice în anul 1996 obţine titlul didactic de profesor universitar.

Pe lângă activitatea rodnică de savant la Institutul Mamei şi Copilului îşi continuă cariera profesională de dascăl la Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie “Nicolae Testemiţanu”, educând numeroase promoţii de studenţi medici şi medici neonatologi în cadrul cursurilor de reciclare postuniversitară. Astfel, în perioada 1996-2007 activează în calitate de şef al catedrei neonatologie, iar din anul 2007 în calitate de şef al catedrei pediatrie-neonatologie a Universităţii.

Pe parcursul activităţii sale profesioniste dl P. Stratulat a fost conducător la opt teze de doctor, precum şi consultant la o teză de doctor şi la trei teze de doctor habilitat în ştiinţe medicale. În prezent este conducător ştiinţific la cinci teze ştiinţifice a doctoranzilor şi competitorilor din rândurile medicilor pediatri şi neonatologi, precum şi consultant la trei teze de postdoctorat.

Pe lângă activitatea de cercetare ştiinţifică şi didactică Domnia sa realizează o activitate importantă organizator-metodică în republică. În perioada 1995-2007 a îndeplinit funcţia de specialist principal netitular neonatolog, iar din anul 2007 este numit specialist principal netitular pediatru-neonatolog al Ministerului Sănătăţii. În perioada 1997-2006 a activat în calitate de preşedinte, iar din anul 2007 de membru al Comisiei de Atestare a medicilor pediatri şi neonatologi. Din anul 2003 Consiliul Naţional pentru Acreditare şi Atestare îl investeşte în funcţia de preşedinte al Consiliului Ştiinţific Specializat DH 14.37.93 la specialitatea “Pediatrie” de susţinere a tezelor pentru obţinerea titlurilor ştiinţifice de doctor şi doctor habilitat în medicină. Din anul 2000 este membru al Consiliului de Experţi al MS RM.

Pe parcursul ultimilor zece ani prof. P. Stratulat a coordonat implementarea a 14 proiecte / granturi naţionale şi internaţionale, axate pe transfer tehnologic şi promovare a intervenţiilor bazate pe dovezi ştiinţifice în asistenţa mamei şi nou-născutului. Măsurile din cele mai importante realizate în cadrul acestor proiecte sunt cunoscute medicilor obstetricieni, neonatologi, medicilor de familie şi altor specialişti a căror activitate ţine de sistemul nou creat de perinatologie al cărui fondator poate fi pe bună dreptate considerat împreună cu dl Mihail Strătilă, actualmente vicedirector al Centrului Naţional Ştiinţifico-Practic de Planificare Familială, Genetică Medicală şi Reproducere Umană. Dintre cele mai importante măsuri realizate sunt regionalizarea serviciului perinatal, elaborarea politicilor naţionale clare în acest domeniu, instruirea cadrelor medicale din serviciul de obstetrică şi de neonatologi, asistenţa medicală primară în utilizarea tehnologiilor oportune şi costefective în asistenţa perinatală în cadrul a circa 300 seminare instructive; elaborarea a circa 200 protocoale clinice pentru medicii obstetricieni, neonatologi şi medicii de familie, înzestrarea maternităţilor din republică cu echipament medical; crearea şi introducerea în practică a unui sistem de monitoring al indicatorilor sănătăţii perinatale şi de evaluare a calităţii implementării tehnologiilor, implementarea auditului decesului perinatal pentru creşterea calităţii serviciilor medicale etc.

Cele mai importante câteva proiecte prin care au fost posibile realizările sus-menţionate sunt:

– Programul Naţional *“Fortificarea asistenţei medicale perinatale în Republica Moldova”* susţinut de Reprezentanţa UNICEF în Moldova (*1998-2002)* aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova «Cu privire la Programul Naţional de ameliorare a asistenţei medicale perinatale pentru anii 1997 - 2002» nr. 1171 din 18 decembrie 1997

– Programul *«Promovarea serviciilor perinatale de calitate»,* susţinut de UNICEF şi SDC în Moldova (*2003-2007)*

– Două proiecte-granturi moldo-japoneze de echipare a zece centre perinatologice de nivelul II şi ICŞOSMşiC (*1999 şi 2001*)

– Proiectul moldo-elveţian *„Modernizarea sistemului perinatologic în Republica Moldova”*, faza I-a (2006-2007) şi a II-a (2008-2011).

Această activitate a Domniei sale are un aport semnificativ atât în scăderea indicilor mortalităţii perinatale şi neonatale cât şi în îmbunătăţirea calităţii serviciilor medicale acordate mamei şi copilului la nivel republican.

În urma colaborării cu MS şi cu organismele internaţionale, începând cu anul 1998, în cadrul Programului Naţional “Fortificarea asistenţei medicale perinatale în Republica Moldova” Domnia sa a organizat şi a optimizat funcţionarea sistemului regionalizat de asistenţă neonatală în cadrul sistemului asistenţei medicale perinatale. A fost organizat sistemul de transportare specializată „la sine” pentru copiii prematuri cu greutatea până la 1500 g şi cu patologii grave, iar din anul 2007 din proiectul moldo-elveţian sistemul a fost înzestrat cu o Ambulanţă specializată dotată cu incubator de transport, ventilator, monitoare care asigură condiţii sigure pentru nou-născut în timpul transportării.

În centrele perinatologice de nivel II au fost organizate secţii de reanimare şi terapie intensivă şi îngrijire a copiilor cu greutatea de circa 1500 g. Secţiile de nou-născuţi din cadrul centrelor de perinatologie de nivelele II – III au fost înzestrate cu aparataj procurat din mijloacele celor două Granturi Japoneze şi acordat de UNICEF. Toate maternităţile din republică au beneficiat de aparataj de resuscitare donate de *Biserica Jesus Christ* din Salt Zase City (SUA), care în comun cu membrii Academiei Americane de Pediatrie au susţinut procesul de instruire şi donare de echipament esenţial pentru acordarea ajutorului de urgenţă nou-născuţilor (laringoscop, balon cu mască, materiale instructive privind resuscitarea neonatală).

Un mare pas înainte în vederea asigurării accesului şi calităţii serviciilor perinatale a fost posibil graţie spiritului Dumnealui de convingere a donatorilor de necesitatea de a înzestra cu echipament esenţial de îngrijiri şi asigurare a

ajutorului de urgență medicală a maternităților de nivelul I. Datorită colaborării fructuoase cu directorul *Biroului de Cooperare al Elveției* în RM dl Thomas Kugler acest lucru a devenit realitate prin intermediul proiectului *„Modernizarea sistemului perinatal în RM”* datorită căruia secțiile de terapie intensivă neonatală din Institutul Mamei şi Copilului, centrele perinatologice din municipiile Chişinău şi Bălți au beneficiat de echipament modern pentru suport respirator, neurosonografie şi echocardiografie, electroencefalografie, roentgenologie neonatală, monitoare, analizator de gaze etc în cadrul etapei I-a a proiectului şi vor mai beneficia în curând şi de alte echipamente din etapa a doua a acestui proiect.

Grație proiectului şi suportului MS la nivelul III al serviciului neonatologic regionalizat se acordă servicii specializate, cum ar fi administrarea de surfactant nou-născuților prematuri cu detresă respiratorie, aplicarea metodelor moderne de suport respirator, cateterizare a vaselor centrale, a devenit posibilă prestarea unor investigații diagnostice, inclusiv cele roentgenologice la patul nou-născutului bolnav, etc.

Pe parcursul activității profesionale prof. P. Stratulat a coordonat studiile naționale: “Evaluarea statutului nutrițional al copiilor din Moldova şi a mamelor lor” (1996), “Evaluarea stării alimentare şi nutriționale a familiilor şi copiilor până la 15 ani în Republica Moldova” (1998) şi “Evaluarea stării alimentare a copiilor mai mici de 5 ani în Republica Moldova” (1999), efectuate în comun cu Dr. Michel Chauliac, Centre International de l’Enfance, Paris, France cu suportul UNICEF; Studiul de evaluare la mijloc de termen (2001) şi la sfârşitul implementării Programului de Perinatologie (2008), câteva studii de evaluare a calității implementării tehnologiilor în maternitățile republicii şi în instituțiile de asistență medicală primară.

În cadrul cooperărilor naționale Domnia sa a coordonat proiectul ştiințific “Supravegherea epidemiologică a infecției nosocomiale la nou-născuții secției de reanimare şi terapie intensivă», susținut de Consiliul Suprem de Cercetare şi Dezvoltare Tehnologică din Republica Moldova, 2002-2004. A cooperat cu colaboratorii CŞPSPMS pentru realizarea proiectului „Estimarea costurilor unei naşteri fiziologice şi complicate, îngrijirii nou-născutului sănătos şi bolnav în dependență de nivelul de regionalizare” susținut de Reprezentanța UNICEF din Republică.

De asemenea în cadrul colaborărilor internaționale în anii 2002-2003 a coordonat proiectul *«Stări de urgență la nou-născut»,* susținut de Agence Universitaire de la Francophonie în parteneriat cu Universitatea Paris-Sud, Franța şi Universitatea din Montreal, Canada. În cadrul relațiilor de colaborare cu instituțiile şi universitățile francofone de peste hotarele țării a inițiat şi a dezvoltat relații prodigioase cu Universitatea din Anger, Franța şi personal cu dna Claude Bouderlique care a vizitat R. Moldova de câteva ori ținând cursuri practice în probleme actuale ale neonatologiei, precum şi a organizatinstruirea rezidenților neonatologi în clinicile din Franța.

Este directorul proiectului „Auditul deceselor perinatale” susținut de Federația Internațională de Obstetrică şi Ginecologie (FIGO) în anii 2006-2010 şi implementat cu eforturi comune a trei societăți profesioniste din republică: Asociația de Medicină Perinatală, Asociația Medicilor Obstetricieni-Ginecologi (preşedinte dl Valentin Friptu) şi Asociația Moaşelor (preşedinte dna Oxana Zavtoni). În cadrul acestui proiect s-au stabilit relații frumoase de colaborare cu Institutul de Perinatologie din Birmingham, Marea Britanie şi directorul lui, profesorul Jason Gardosi, cu concursul căruia în afară de implementarea auditului perinatal au fost construite curbele individualizate de creştere intrauterină a fătului pentru femeile din Republica Moldova precum şi pe viitor va fi consultată elaborarea programului de diagnostic şi monitorizare a malformațiilor congenitale.

Datorită relațiilor personale ale Domniei sale cu profesorul Dan Stewart, Universitatea din Louisville, Kentuky, SUA medicii neonatologi din republică au beneficiat de asemenea seminare instructive ca ciclul STABLE şi STABLE cardiac, precum şi de un curs practico-teoretic cu o durată de o lună (septembrie 2008) moderat de 3 echipe de medici şi cadre medicale medii, inclusiv terapeuți respiratori, din SUA care au contribuit simțitor la creşterea nivelului lor de pregătire profesională.

Deoarece Moldova a fost aleasă în calitate de țară-pilot în regiunea Europeană în implementarea programului OMS „Graviditate fără risc” (2002 – 2007), Biroul European al OMS din Kopenhaga l-a împuternicit pe dl P. Stratulat în calitate de coordonator local să dirijeze implementarea lui. Programul „Graviditate fără risc” a fost implementat în țară în colaborare cu şi în suportul Programului Național de Perinatologie şi a avut ca obiective mari să promoveze asistența perinatală bazată pe dovezi ştiințifice; să fortifice institutul de moaşe; să planifice şi să implementeze tehnologiile oportune în asistența perinatală; să pregătească capacitățile naționale pentru studii operaționale, cu impact direct asupra sănătății mamei şi a nou-născutului; să introducă metode noi de audit matern şi perinatal; să fortifice lucrul cu indivizii, familiile şi comunitățile pentru sănătatea mamei şi copilului. În colaborare cu coordonatorul OMS al programului dna Alberta Bacci şi cu suportul Ministerului Sănătății aceste măsuri se implementează cu succes în republică.

A participat la crearea bazei de date pentru promovarea ICŞOSMşiC în calitate de Centru Colaborativ al OMS, în urma cărui fapt a fost numit, în anul 2006, director al Centrului Colaborativ al OMS cu titlul „Promovarea tehnologiilor oportune în asistența perinatală”. A primit acest titlul binemeritat în urma recunoaşterii de către Biroul European al OMS din Kopenhaga a succeselor obținute de Republica noastră în implementarea tehnologiilor recomandate de OMS în asistența mamei şi copilului.

Ca urmare a implementării programelor de optimizare a serviciului perinatal şi altor măsuri adiacente în suportul diferitor activități ale acestor programe în perioada 1990-2007 s-au redus simțitor aşa indicatori esențiali ai sănătății mamei şi copilului cum sunt: mortalitatea maternă cu 36,1%, mortalitatea perinatală cu 64,5%, mortinatalitatea cu 61,1% şi mortalitatea neonatală precoce cu 68,4%.

Domnia sa este preşedinte al Asociației de Medicină Perinatală din Republica Moldova (AMP RM) (creată în anul 2000) care numără în prezent 155 de membri (medici neonatologi, obstetricieni-ginecologi, imagişti, gene-

ticieni, pediatri, etc). Datorită eforturilor dlui P. Stratulat în anul 2002 (la Congresul XVIII European de Medicină Perinatală, Oslo, Norvegia) Asociația de Medicină Perinatală a fost primită ca membru al Asociației Europene de Medicină Perinatală. În calitate de preşedinte al AMP RM Dumnealui a fost inițiatorul organizării în ultimii zece ani a trei Conferințe naționale de perinatologie (1997, 2001 şi 2006) cu participare internațională cu organizarea secțiilor pentru medicii neonatologi, precum şi conferinței pentru neonatologi „Zilele nou-născutului" (2008) cu participarea a 40 de invitați din România, foarte utilă atât sub acumulării unor cunoştințe noi cât şi pentru stabilirea unor relații profesionale cu colegii români.

Este membru al Asociației de Medicină Perinatală din România din anul 1999 şi membru al Asociației de Perinatologie a Țărilor Europei de Sud-Vest din anul 2002.

Domnia sa este redactor-şef adjunct al revistei *"Buletin de perinatologie"*, care se editează din anul 1998 cu suportul UNICEF, Moldova, iar în ultimii doi ani cu suportul Biroului de Cooperare al Elveției la Chişinău.

Este autor şi coautor a circa 305 publicații ştiințifice, dintre care 7 manuale, 12 ghiduri practice, 1 monografie, 1 compendiu, 1 îndrumar pentru medici, 14 recomandări metodice pentru studenți şi medici practicieni.

Pentru rezultatele frumoase obținute în realizarea şi promovarea conceptelor şi direcțiilor de cercetare ştiințifică Academia de Ştiințe i-a decernat în anul 2004 Premiul pentru ştiință şi dezvoltare tehnologică.

Conducerea ICŞOSMşiC şi colectivele de medici ai secțiilor şi laboratoarelor ştiințifice şi clinice ale acestei instituții îi aduc Domnului profesor Petru Stratulat sincere omagii şi urări de bine cu prilejul frumosului jubileu, care raportat la indicii săi de valoare înseamnă tinerețe fără bătrânețe, îi doresc multă sănătate, realizări frumoase, activitate creatoare, idei noi şi lucide care se pot materializa în proiecte curajoase, discipoli talentați, clipe de noroc şi tot binele pământului.

Administrația şi colectivul IMSP ICŞOSMşiC

●

PROFESORUL UNIVERSITAR VICTOR GHEȚEUL LA 80 DE ANI

Rotunjind această dată frumoasă de 80 ani ne putem întreba: „În numele cui, Domnia sa, trăieşte şi munceşte, dă maximumul pe tărâmul de activitate?" Şi tot noi putem răspunde că domnul Victor Ghețeul este persoana care poate zice „Prieteni, nu am pierdut timpul în zadar", şi-a consacrat toate momentele sale lucrărilor utile, a găsit arta de a multiplica timpul.

S-a născut la 22 decembrie 1928, în România, la Cluj-Napoca, într-o familie unde tatăl, basarabean de origine, fiind medic a marcat orientarea profesională a Domniei sale şi i-a insuflat dragostea de baştină. Revenind în Moldovala şi-a făcut studiile medii de cultură generală în oraşul Bălți, iar după absolvire în anul 1946 a fost înmatriculat la anul I al Facultății de Medicină Curativă, pe atunci singura facultate de medicină cu 250 de studenți.

Din acest moment a început să evolueze activitatea profesională, didactică şi ştiințifică a Domniei sale pe tărâmul medicinei.

În vara anului 1951 începe să activeze ca medic pediatru la dispensarul din oraşul Bălți, iar în anul 1952 organizează Serviciul de Ocrotire al Sănătății din oraşul Bălți şi este numit şef al Sectorului de Ocrotire a Sănătății Mamei şi Copilului la Spitalul de Copii din Bălți cu suplinirea postului de pediatru în acelaşi spital.

Treapta de evoluție a activității sale continuă cu anul 1953, unde în calitate de medic pediatru este promovat ca şef de Direcție a Ocrotirii Mamei şi Copilului în cadrul Ministerului Sănătății al RSSM şi timp de 7 ani paralel

combină activitatea managerială cu cea curativă la Spitalul Clinic de Copii nr.1.

În anul 1960 este înmatriculat la doctoratură (aspirantură) în oraşul Moscova la Institutul de Pediatrie al Academiei de Ştiințe Medicale din URSS şi cu brio, în 1963, susține teza de doctor în medicină cu tema „Dereglările respiratorii şi hemodinamice la copiii bolnavi de reumatism".

La întoarcerea în Moldova îşi continuă activitatea de pediatru principal la Ministerul Ocrotirii Sănătății şi începe activitatea didactică la Catedra de Pediatrie, activitate în care împreună cu colegii de catedră fondează trunchiul Pediatriei moderne şi postmoderne din Republica Moldova .

În primăvara anului 1965 în Franța și Spania participă la cursurile de perfecționare vizând Direcția de Protecție a Mamei și Copilului, iar experiența acumulată este raportată la Ministerul Sănătății din URSS și transpusă în practica medicală pediatrică.

În același an este ales de Comisia OMS (URSS, Moscova) în calitate de consultant PMI (Protection Maternele et Infantile), pe lângă guvernul din Laos. În perioada acestor ani până în anul 1969 conlucrează și preia experiența multor specialiști din Franța, Anglia, Belgia, SUA, care de asemenea este transpusă pe tărâmul natal de activitate .

La întoarcere revine la Catedră și își continuă activitatea didactică și cea științifică la nivel de postdoctorand, care se încununează cu susținerea tezei de doctor habilitat în decembrie 1983 cu tema „Starea microcirculației în maladiile bronho-pulmonare acute la copiii de prima vârstă " și care a continuat până în prezent cu publicarea a peste 60 de lucrări științifice, monografii, manuale, programe analitice la disciplinele de studiu, ghiduri metodologice cunoscute atât în țară cât și peste hotarele ei .

Nu putem trece cu vederea și organizarea Catedrei de Pediatrie nr. 2 de către Domnia sa, unde până în prezent activează ca profesor consultant. Este fondatorul pulmonologiei infantile în Republica Moldova. Iar noi discipolii și colegii Domniei sale putem spune fără echivoc că Profesorul Victor Ghețeul este un inteligent sadea care are realul simț de a fi îngăduitor, loial cu orice părere a colegilor de breaslă, de a fi bun și atent la dureile și nevoile pacienților. În acest context de „profesionalism, cumsecădenie, omenie" , i s-a conferit tilul de Om Emerit, i s-au decernat două medalii comemorative „Nicolae Testemițanu" și Diploma de Onoare USMF „Nicolae Testemițanu". Până în prezent se bucură de stimă și respect în colectivul de muncă .

Merită de a fi menționate și calitățile sale didactice evaluate prin prisma „produselor" multor generații care până în prezent s-au realizat în toate localitățile Republicii Moldova și peste hotarele ei: CSI, România, Israel, SUA, Canada, Italia, Germania, Franța etc.

Sub bagheta maestrului Ghețeul 5 persoane au realizat și susținut teze de doctor în medicină și doctor habilitat în medicină .

Profesorul universitar Victor Ghețeul face parte din pleada de savanți pe care îi caracterizează profesionalismul, responsabilitatea, punctualitatea, înalte calități morale și civice.

La frumoasa vârstă împlinită, omagiatul Victor Ghețeul, cu certitudine poate răspunde la întrebarea în numele cui trăiește și muncește, dă maximumul pe tărâmul de activitate? În numele cui? În numele trecutului și viitorului. În numele tatălui său și al fiilor săi, în numele verigii, care este El în marele lanț. Asigurând continuitatea, transmițând îmbunătățit și îmbogățit mai departe, moștenirea pe care a primit-o. Asta este, credem, rațiunea Domnului Victor Ghețeul de a fi!

Îl sărbătorim cu toții pe Victor Ghețeul, cei care zi de zi, an de an au activat și activează pe tărâmul medicinei pediatrice.

La mulți ani și multă sănătate !

Colectivul catedrei Pediatrie nr. 2
Societatea Medicilor Pediatri din Moldova