

OLGA CERNEȚCHI, ZINAIDA SÂRBU, C. OSTROFEȚ

## RESTABILIREA FUNCȚIEI REPRODUCTIVE LA PACIENȚELE CU INFERTILITATE TUBAR-PERITONEALĂ DUPA CORECȚIA ENDOSCOPICĂ ȘI TRATAMENTUL COMPLEX DE REABILITARE POSTLAPAROSCOPICĂ

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,  
Catedra Obstetrică și ginecologie.*

### SUMMARY

#### **THE REHABILITATION OF THE REPRODUCTIVE FUNCTION IN PATIENTS WITH TUBAL PERITONEAL INFERTILITY AFTER LAPAROSCOPIC CORECTION AND MEDICINE PROVIDES**

The present work is dedicated to a major problem in modern gynecology – tubal peritoneal infertility in women with anterior surgical operations. The obtained results demonstrated that tubal peritoneal infertility in women with anterior laparotomies is determined by the presence of one (45,7%) or more (54,3%) surgical operations in their history, in combination with PID (59,8%), medical or spontaneous abortions (46,8%) that lead to 1st degree adherence process in 32,2% cases, 2nd degree – in 46,4% cases and 3rd degree – in 21,4% cases  $P(t) = 0,95$  ).

For the first time two techniques for the diagnostically and surgical laparoscopies were elaborated in dependence of postsurgical scare localisation. After the basically laparoscopic operation, at the level of tissue lysis, a medicine with regenerative and cytoprotective effects – Regesan – was applied. This medicine provides the prevention of new adhesions formation and positively influences the restore of tubal function.

The established benefits of the medicine Regesan offers a new strategy for practical implementation for the rehabilitation after endoscopical correction of tubal-peritoneal infertility in patients after anterior surgery. This method induced an increase in fertility restore up to 50,5%.

### РЕЗЮМЕ

#### **ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И КОМПЛЕКСНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

Исследование посвящено изучению актуальной проблеме в гинекологии – трубно-перитонеальному бесплодию. Результаты данного исследования установили, что трубно-перитонеальное бесплодие обусловлено перенесенными хирургическими операциями, одной (45,7%) или нескольких (54,3%), комбинированными с ВЗПО (59,8%), медицинскими или самопроизвольными абортми, которые привели к образованию спаечного процесса I степени в 32,2 %, II степени в 46,4 % и III степени в 21,4 % случаев  $P(t) = 0,95$  ).

На основе многостороннего анализа различных взаимосвязанных и взаимозависимых показателей была разработана комплексная программа реабилитационных мероприятий больным пациенткам с трубно-перитонеальным бесплодием после лапароскопической хирургической коррекции. Предложенная и внедренная в практику программа реабилитационных мероприятий позволила увеличить эффективность комплексного лечения перитонеального бесплодия которая привела к восстановлению фертильности в 50,5%.

**Actualitatea temei.** Sterilitatea în căsnicie reprezintă nu numai o problemă medicală, ci și una socială, afectând atât bunăstarea și sănătatea familiei, cât și indicii demografici în cadrul societății. Conform datelor existente în

literatura de specialitate, incidența cuplului steril la nivel mondial variază între 10% și 30%, cu o tendință de creștere continuă.

Pentru Republica Moldova, sterilitatea în căsnicie rămâne o problemă imperativă, din cauza prevalenței înalte și a implicațiilor sale psiho-sociale negative importante. Studiile epidemiologice asupra sterilității în Republica Moldova confirmă o creștere vădită a incidenței cuplului steril de la 7% în anul 1987 până la 15% în anul 2007, evidențiind rolul primordial al factorului tubar-peritoneal în structura sterilității feminine.

Ocluzia tubară bilaterală, este o consecință a maladiilor sexual transmisibile și a infecțiilor legate de sarcină.

Tratamentul incomplet al bolii inflamatorii pelvine (BIP) și intervențiile chirurgicale frecvente reprezintă cauzele majore care duc la dezvoltarea sterilității tubar-peritoneale.

Cercetările ultimilor ani se axează tot mai frecvent pe rolul procesului aderențial, după intervenții chirurgicale, în apariția și dezvoltarea sterilității tubar-peritoneale. Așadar, sindromul aderențial pelvin, indus de traumatismul chirurgical, duce la apariția sterilității, pentru rezolvarea căreia se practică disecția aderențelor (adezioliza) prin metoda laparoscopică, folosind electrocoagularea monopolară. Adezioliza posedă o rată a succesului de peste 90% în redresarea fertilității, dacă nu se formează aderențe noi după intervenție.

Pentru înlăturarea impactului negativ asupra sănătății pacientelor, prevenirea morbidității semnificative și a problemelor pe care le cauzează aderențele, există o varietate largă de tratamente adjuvante.

Strategiile majore pentru prevenirea sau reducerea aderențelor constau în ajustarea practicii chirurgicale și aplicarea adjuvanților. Ajustarea practicii chirurgicale include minimalizarea invazivității intervenției, traumatismului chirurgical și ischemiei. În plus, folosirea atât a laserului sau curentului electric, cât și curățarea minuțioasă a cavității abdominale, duc la excluderea factorilor care declanșează cascada de formare a aderențelor noi (sângerare, cheaguri, corpi străini, țesuturi).

Actualmente, pentru tratamentul sterilității tubar-peritoneale se folosesc următoarele metode: conservatoare, chirurgicale, microchirurgicale, endoscopice și fertilizarea *in vitro*. Tratamentul conservator, în pofida realizărilor în acest domeniu, permite restabilirea funcției reproductive numai în 16-20% cazuri. Implementarea tratamentului chirurgical, în corecția sterilității tubar-peritoneale, majorează frecvența restabilirii fertilității numai până la 23% cazuri.

În ultimul deceniu, se atestă un progres vădit în rezolvarea problemei tratamentului sterilității tubar-peritoneale. El este condiționat de utilizarea microchirurgiei, care asigură restabilirea permeabilității trompelor uterine în 80-98% cazuri, iar a fertilității în 25-35% cazuri.

Conform datelor literaturii de specialitate, restabilirea funcției reproductive după corecția endoscopică a sterilității tubar-peritoneale se obține în 28-35% cazuri. Deși prioritățile laparoscopiei chirurgicale față de alte metode

de tratament sunt indiscutabile, fără un tratament de prevenire a formării aderențelor, eficacitatea laparoscopiei nu îi satisface nici pe medicii practicieni, nici pe paciente. Până în momentul actual, nu și-au găsit rezolvare nici problemele de prevenire a formării aderențelor după intervențiile chirurgicale, nici tratamentul sterilității tubar-peritoneale, capabil să majoreze frecvența restabilirii fertilității.

Ținând cont de cele expuse mai sus, *scopul* studiului prezent a fost optimizarea tratamentului sterilității tubar-peritoneale orientat spre restabilirea funcției reproductive la pacientele cu laparotomie în anamneză.

Lotul de studiu a fost constituit din paciente cu sterilitate tubar-peritoneală, cercetate prin metodele integrală și selectivă, care au beneficiat de diverse forme de tratament al acestei patologii. În cadrul studiului randomizat, eșantionul reprezentativ a fost proiectat utilizându-se formula sondajului datelor fără repetiție, iar selecția pe etape a asigurat reprezentativitatea datelor în ceea ce privește sterilitatea tubar-peritoneală, descrierea cauzelor ce o provoacă și organizarea asistenței medicale pentru aceste paciente. Volumul eșantionului pentru studierea rolului laparoscopiei în diagnosticul și tratamentul complex al sterilității tubar-peritoneale a constituit 280 paciente, care la etapa inițială au fost supuse laparoscopiei diagnostice, după care, în funcție de tratamentul complex elaborat, au fost divizate în 2 loturi: lotul I a inclus 179 paciente cu sterilitate tubar-peritoneală cu laparotomie în anamneză, cărora li s-a corijat patologia prin laparoscopie chirurgicală, urmată de terapie de reabilitare postlaparoscopică obișnuită, iar lotul II a inclus 101 paciente cu sterilitate tubar-peritoneală cu laparotomie în anamneză, cărora li s-a corijat patologia prin laparoscopie chirurgicală, cu aplicarea *Regesanului* la sfârșitul intervenției, urmată de reabilitare postlaparoscopică.

În lucrare au fost utilizate următoarele metode medico-statistice: prelucrarea datelor din documentația medicală, examenul general și special, aprecierea rezultatelor diagnosticului funcțional și microbiologic, a datelor laparoscopiei diagnostice, precum și folosirii a unor metode sociologice, ca anchetarea și convorbirea. O serie de metode au stabilit valoarea informațională a indicilor și existența diferențelor semnificative dintre indicatori, iar metoda de corelație a permis evidențierea asociațiilor dintre factorii principali ce au provocat sterilitatea tubar-peritoneală și determinarea gradului de influență al acestora asupra eficacității tratamentului.

Pentru colectarea datelor a fost întocmită o anchetă specială, care a inclus informații privitor la vârsta, starea de sănătate generală și ginecologică a pacientelor, rezultatele investigațiilor de laborator și instrumentale, date despre tipul operațiilor suportate în antecedente și complicațiile lor, rezultatele laparoscopiei diagnostico-chirurgicale și a metodelor de reabilitare folosite în tratamentul complex al sterilității tubar-peritoneale, precum și aprecierea eficacității tratamentului prin determinarea numărului

de sarcini survenite. Respectând obiectivele studiului, au fost cercetate particularitățile clinico-evolutive ale sterilității la pacientele cu laparotomie în anamneză.

Analiza medico-statistică a rezultatelor studiului actual a evidențiat că vârsta medie a pacientelor investigate a constituit circa  $32,67 \pm 3,21$  ani, iar durata sterilității în căsnicie a fost de 1,5-10,0 ani, constituind în medie  $6,5 \pm 0,9$  ani ( $P(t)=0,95$ ).

Repartizarea contingentului de paciente cu sterilitate tubar-peritoneală după durata sterilității în căsnicie a avut următoarea structură: mai frecvent s-a înregistrat sterilitate cu durata de 2,5-5,5 ani, constatată în 44,13% cazuri. Cota medie a revenit pacientelor cu durata sterilității de 1,6-2,5 ani, estimată în 27,7% cazuri, iar cea minimă – pacientelor cu durata sterilității de 5,6-10,0 ani, apreciată în 19,5% cazuri și pacientelor cu durata sterilității de 1,0-1,5 ani – în 7,26% cazuri. Determinând corelația dintre durata sterilității și survenirea sarcinii am stabilit următoarea legătură: că cu cât durata sterilității în căsnicie este mai mică, cu atât era mai mare probabilitatea restabilirii funcției reproductive și invers. Rezultatele noastre sunt în deplină concordanță cu datele din literatura de specialitate [3,5,8,12,13,18].

Este remarcabil faptul că majoritatea pacientelor supuse studiului au fost femei practic sănătoase somatic.

În scopul evidențierii factorilor anamnezei reproductive, care au putut juca un rol important în dezvoltarea sterilității tubar-peritoneale, a fost efectuată analiza datelor despre antecedentele ginecologice. Astfel, s-a stabilit prezența în antecedente a ginecopatiilor inflamatoare la 107 paciente ( $59,78 \pm 3,66\%$ ) din lotul I și la 69 paciente ( $68,32 \pm 4,63\%$ ) din lotul II ( $p < 0,05$ ). Ținem să menționăm faptul că BIP a fost diagnosticată și tratată conservator (în condiții de ambulator, cu ajutorul preparatelor antibacteriene, antifungice, desensibilizante, fortifiante și a fizioterapiei).

Consecințele BIP asupra funcției reproductive sunt nefaste. Conform opiniei cercetătorilor Icap CE (1998), Golden M și colab. (2000), Скрипник Ю (2001), Занько С.Н. (2004), modificări distructive ale trompelor uterine apar în 13% din cazuri după primul episod de acutizare a BIP, în 57% cazuri după al doilea și în 75% cazuri după al treilea episod [3,4].

Rezultatele cercetării noastre corespund datelor literaturii și evidențiază faptul că una din cauzele sterilității tubar-peritoneale este BIP, care de cele mai dese ori, generează schimbări patologice în organele genitale, cu instalarea sterilității tubar-peritoneale.

Menționăm faptul că funcția menstruală a pacientelor supuse studiului a fost în limitele normei.

Analiza datelor diagnosticului funcțional a demonstrat că la marea majoritate a pacientelor studiate (97,2%) ciclul menstrual a fost ovulator și numai în 2,8% cazuri – anovulator.

Rezultatele examinării funcției sexuale la pacientele investigate au arătat că marea majoritate a acestora (68,9%) au început viața sexuală la vârsta de 16-18 ani. Debutul precoce al vieții sexuale, între 14-15 ani, s-a înregistrat la 2 paciente ( $1,16 \pm 0,76\%$ ), iar debutul tardiv al vieții sexuale, la vârsta de 28 ani, numai la o pacientă ( $0,6 \pm 0,59\%$ ). Prin urmare, rezultatele obținute au evidențiat că la marea majoritate a pacientelor examinate, debutul vieții sexuale a corespuns limitelor de 16-22 ani. Menționăm, că toate pacientele incluse în studiu au raportat lipsa dereglărilor sexuale.

În scopul evidențierii factorilor determinanți în dezvoltarea sterilității tubar-peritoneale a fost apreciată starea funcției reproductive. La pacientele cu sterilitate tubar-peritoneală secundară incluse în studiu, graviditatea anterioară s-a terminat, cu nașteri în 32,1% cazuri, cu avorturi provocate – în 31,4% cazuri, cu avorturi spontane – în 15,0% cazuri și cu sarcină extrauterină – în 22,5% cazuri. Ținem să evidențiem că din 88 avorturi medicale, a fost întreruptă artificial prima sarcină la 52,3% paciente, iar din 43 avorturi spontane – la 50,0% paciente. Dintre cele 63 paciente care au avut sarcină extrauterină în antecedente, la 85% a fost prima graviditate, iar la 15% – sarcina ectopică a survenit după primul avort provocat.

Rezultatele cercetării noastre au coincis cu datele publicate în literatura de specialitate, și demonstrează că după întreruperea sarcinii în organismul femeii se creează condiții favorabile pentru declanșarea procesului inflamator, care condiționează și provoacă sterilitatea tubar-peritoneală [1,2,6,7,9,10,14,15].

Conform rezultatelor studiului actual, un factor la fel de important ca și BIP în survenirea sterilității tubar-peritoneale îl reprezintă intervențiile chirurgicale în antecedente.

Menționăm faptul că toate pacientele incluse în studiu au suportat intervenții chirurgicale atât pe organele genitale, cât și extragenitale. Astfel, s-a constatat următoarea structură a intervențiilor chirurgicale extragenitale: apendicectomii – în 40,58% cazuri, operații pe organele tractului gastrointestinal (colecistectomii) – 1,88% cazuri.

Structura intervențiilor chirurgicale ginecologice suportate de pacientele cu sterilitate tubar-peritoneală a fost următoarea: tubectomii unilaterale – în 28,48% cazuri, toate efectuate prin incizie longitudinală; anexectomii unilaterale – în 4,62% cazuri, la fel prin incizie longitudinală; operații pe ovare – în 32,41%, dintre care chistectomii unilaterale s-au depistat în 19,39% cazuri, rezecția ovariană s-a înregistrat în 12,86% cazuri. În toate cazurile de operații pe ovar s-a fost efectuat prin incizia transversală a peretelui abdominal.

Intervenții chirurgicale pe uter în antecedente: miomectomie prin incizie longitudinală s-a constatat în 4,49% cazuri; operația cezariană efectuată de asemenea prin incizie longitudinală, s-a atestat în 12,86% cazuri.

Așadar, în structura celor 280 cazuri de intervenții chirurgicale suportate în antecedente de către pacientele cu sterilitate tubar-peritoneală supuse studiului, a prevalat apendicectomia și tubectomiile unilaterale, urmate de operațiile pe ovar, anexectomiile unilaterale și miomectomiile. Incizia longitudinală s-a aplicat în 52,14% cazuri, iar incizia transversală – în 47,86% cazuri.

Totodată, important este faptul, că 54,27% din pacientele examinate au suportat câte 2 intervenții chirurgicale în antecedente. Vom remarca faptul că la toate pacientele investigate, s-au înregistrat complicații în evoluția perioadei postoperatorii. Astfel, durata spitalizării a fost în medie de  $10 \pm 2,32$  zile. Durata medie de spitalizare la cele 146 paciente cu incizie longitudinală a fost de  $12,50 \pm 2,03$  zile, iar la cele 79 paciente cu incizie transversală a constituit circa  $8,50 \pm 2,23$  zile.

Intervențiile chirurgicale din antecedente, atât la pacientele cu incizie longitudinală, cât și la cele cu incizie transversală, s-au complicat mai frecvent cu supurarea plăgii și abces intraperitoneal. Plastronul și pareza intestinală s-au înregistrat de 2 ori mai frecvent la pacientele cu incizie longitudinală, comparativ cu cele cu incizie transversală.

În cadrul laparoscopiei diagnostice, la aceste paciente s-a constatat prezența procesului aderențial de gradul I în 32,2% cazuri, de gradul II – în 46,4% cazuri și de gradul III – în 21,4% cazuri. Rezultatele noastre confirmă contribuția importantă a intervențiilor chirurgicale în apariția sterilității tubar-peritoneale și sunt în corespundere cu datele publicate în literatura de specialitate [3,16,17,19,20,21,22].

Deoarece pacientele lotului de studiu au fost tratate pentru BIP de nenumărate ori, nu a fost posibil să stabilim care agenți patogeni au contribuit la instalarea sterilității tubar-peritoneale. Așadar, sumând rezultatele obținute în cadrul studiului actual despre ierarhia factorilor etiologici ce provoacă sterilitatea tubar-peritoneală, am constatat că locul I revine intervențiilor chirurgicale suportate în antecedente, locul II – BIP și locul III – întreruperii sarcinii în antecedente. Datele relatate sugerează concluzia că pacientele cu sterilitate anticipat laparoscopiei diagnostice trebuie să fie supuse unui screening infecțios obligatoriu al cuplului și cercetării spermogramei soțului, deoarece prezența BIP acute, subacute sau cronice netratate are repercusiuni negative asupra restabilirii fertilității.

Merită atenție faptul că în cadrul laparoscopiei diagnostice s-a determinat prezența anexitei cronice în 100% din cazuri, a hidrosalpinxului terminal în 23,18% cazuri, a fimozei trompelor uterine în 27,37% cazuri, a “pseudoincluziunii ovariene” în 20,08% cazuri.

În continuare am analizat rezultatele cromosalpingoscopiei laparoscopice. Ele au arătat că trompe uterine impermeabile bilateral s-au atestat la 21,57% paciente; parțial permeabile bilateral – 23,18% paciente; trompe uterine

bilateral permeabile s-au atestat la 29,57% din numărul total de paciente. Trompe uterine permeabile și parțial permeabile s-au atestat la 20,81% cazuri, tromper impermeabile și parțial permeabile – în 3,73% și o trompă permeabilă combinată cu lipsa celeilalte s-a constatat în 22,02% cazuri. Toate pacientele cu sterilitate tubar-peritoneală investigate au prezentat proces aderențial. Mai frecvent a fost determinat procesul aderențial de gradul II – 46,4% cazuri, ca pondere urmat de proces aderențial de gradul I – 32,2% cazuri și de gradul III – 21,4% cazuri.

Așadar, datele cercetării actuale ne permit să lansăm concluzia, că laparoscopia diagnostică trebuie să fie primul timp în examenul complex al pacientelor, atât cu sterilitate tubar-peritoneală, cât și cu alte forme ale sterilității feminine, deoarece numai în cadrul ei se poate aprecia oportun starea ovarelor, trompelor uterine, uterului precum și gradul procesului aderențial. Laparoscopia diagnostică permite stabilirea rapidă și certă a diagnosticului definitiv de sterilitate, cu aprecierea conduitei terapeutice a pacientelor.

Rezultatele studiului experimental, histologic și bioumoral nu au relevat existența unei dependențe între procesul de formare a aderențelor și tipul producerii leziunii. Totodată, s-a constatat o dependență directă între procesul de formare a aderențelor și gradul afectării peritoneului. Cu cât este mai adânc traumatismul peritoneal, cu atât este mai pronunțat procesul aderențial. Important este faptul că omentul acoperă defectul de peritoneu prin aderențele formate și astfel vascularizează peritoneul traumatizat.

Este remarcabil faptul că incidența sporită a sterilității tubar-peritoneale, nivelul scăzut de restabilire al fertilității implică necesitatea nu numai a unui diagnostic oportun și cert, dar și a abordării unei metode mai desăvârșite de tratament.

Conform rezultatelor obținute, implementarea laparoscopiei în tratamentul complex al sterilității tubar-peritoneale majorează nivelul restabilirii funcției reproductive de la 14,4% până la 66,7%. Pornind de la ipoteza că în faza foliculară predomină estrogenii necesari regenerării țesuturilor afectate, considerăm că momentul optim pentru efectuarea laparoscopiei chirurgicale este faza foliculară a ciclului menstrual [3,10,18,19].

Prioritatea laparoscopiei chirurgicale constă în reducerea traumatismului parietal prin schimbarea modalității de abordare a cavității peritoneale, care se soldează și cu diminuarea considerabilă a durerii în perioada postoperatorie – factor de diminuare a protejării imunologice. Minimalizarea sindromului dolo după laparoscopie exclude necesitatea de administrare a analgezicelor, desigur, în raport cu reactivitatea specifică a pacientei. Ca urmare, recuperarea pacientei după laparoscopia chirurgicală este foarte rapidă, devenind astfel, posibilă mobilizarea precoce a acesteia, chiar din primele ore după intervenție. Toate acestea minimalizează condițiile care

contribuie la reparația procesului aderențial, iar administrarea unor măsuri terapeutice de reabilitare a funcției reproductive mărește eficacitatea tratamentului sterilității tubar-peritoneale.

Așadar, prima etapă a tratamentului a fost laparoscopia chirurgicală, în cadrul căreia s-a efectuat salpingoovarioliza în 100% cazuri. Fimbrioliza s-a efectuat bilateral la 46,81% paciente și unilateral la 1,11% paciente. Salpingoneostomie bilateral au necesitat numai 6 paciente ( $1,88 \pm 1,12\%$ ). Diatermopuncția ovarelor s-a efectuat la toate pacientele incluse în studiu. Menționăm, că se recomandă efectuarea a 7-9 butoniere pe ovar, cu diatermo-coagulatorul bipolar, la o adâncime de 0,5 mm. Microirigatorul a fost aplicat în 100% cazuri.

Toate cele 280 paciente, după laparoscopia chirurgicală au primit un tratament complex de reabilitare, elaborat în cadrul studiului și aplicat în practică. *Regesanul* este o substanță autohtonă, obținută printr-un proces tehnologic simplu, ulterior prelucrării primare a strugurilor de vița-de-vie, cu certificat de calitate nr. 3995, 3996, 3997, 3998 din 15.03.2001 și nr.3684 din 07.05.2003, eliberat de laboratorul pentru Controlul și Certificarea Medicamentelor al Institutului Național de Farmacie.

Rezultatele studiului prezent au demonstrat că *Regesanul* are efecte citoprotectoare și regeneratoare, micșorează considerabil nivelul de colagen, mărește activitatea proceselor metabolice și endocrine (nivelul de prolină și oxiprolină, indicele Fisher, coeficienții S, R și raportul tirozină /fenilalanină), prevenind astfel formarea procesului aderențial postchirurgical.

Eficacitatea tratamentului complex aplicat pacientelor cu sterilitate după intervenții chirurgicale în anamneză s-a apreciat prin numărul de sarcini survenite ulterior. Astfel, din 280 paciente cu sterilitate tubar-peritoneală supuse tratamentului, sarcina a survenit la 114 paciente (41,35%). Menționăm faptul că din cele 114 cazuri de instalare a sarcinii, în 68,39% cazuri sarcina a fost uterină, iar în 31,46% – extrauterină.

Astfel, graviditatea la cele 77 paciente cu sarcină uterină s-a finalizat cu nașteri per vias naturalis în 33,74% cazuri, prin operație cezariană – în 25,31% cazuri, prin avort spontan – în 14,34% cazuri, prin avort provocat din motivul sarcinii oprite în evoluție – în 0,89% cazuri. În momentul efecturării studiului, sarcina progresează, fiind în diverse termene de gestație în 27,27% cazuri.

Analiza datelor obținute în studiu, a arătat că mai frecvent sarcina s-a instalat la pacientele din lotul II – 50,50% cazuri, comparativ cu 35,20% în lotul I. Totodată sarcina extrauterină la pacientele din lotul I s-a înregistrat în 39,68% cazuri, comparativ cu 23,53% cazuri în lotul II. Ținând cont de faptul că incidența sarcinii extrauterine a fost cu aproximativ 50% mai joasă la pacientele din lotul II, cu utilizarea *Regesanului* în tratamentul complex aplicat, putem afirma că acest preparat, prin efectele sale citoprotectoare și regeneratoare, condiționează nu numai

prevenirea formării noilor aderențe, dar și influențează pozitiv restabilirea funcției salpingelor.

Experiența noastră demonstrează că rata succesului operațiilor laparoscopice este legată de perfecționarea continuă a tehnicii operatorii și a instrumentarului utilizat, ceea ce permite minimalizarea traumatismului organelor bazinului mic și a riscului formării aderențelor postchirurgicale.

Așadar, rezultatele obținute în cadrul studiului prezent au demonstrat eficacitatea programului de tratament al sterilității tubar-peritoneale după intervenții chirurgicale în antecedente, elaborat în funcție de patologia ginecologică, tipul corecției chirurgicale laparoscopice și metoda de reabilitare utilizată. În plus, a fost determinată posibilitatea restabilirii funcției reproductive în dependență de factorii ce o condiționează.

## CONCLUZII

1. Sterilitatea tubar-peritoneală poate surveni la femeile cu una (45,7%) sau câteva (54,3%) intervenții chirurgicale în anamneză, în special dacă acestea se asociază cu boala inflamatorie pelviană (59,8%), cu avortul spontan sau provocat (46,8%) – condiții care determină formarea procesului aderențial.
2. Datele cercetării experimentale și histologice denotă că procesul de formare a aderențelor este stadial și depinde mai mult de gradul afectării peritoneului, decât de tipul producerii leziunii: cu cât este mai complex traumatismul, cu atât este mai pronunțat procesul aderențial.
3. Apreciat în funcție de rata de reușită a restabilirii funcției reproductive (apropiate și îndepărtate), complexul de reabilitare elaborat în cadrul prezentului studiu a favorizat instalarea sarcinii la 63 paciente ( $35,20 \pm 3,57\%$ ) din lotul I și la 51 paciente ( $50,50 \pm 4,97\%$ ) din lotul II ( $p < 0,05$ ), iar dacă considerăm și faptul că și rata de sarcini extrauterine în acest lot a fost minimă –  $23,53 \pm 5,94\%$ , putem afirma că noua metoda de reabilitare a pacientelor respective are avantaje evidente.

## RECOMANDĂRI PRACTICE

1. Laparoscopia diagnostică, are avantajul de a aprecia organele implicate, tipul aderențelor (velamentoase, conjunctive etc.), estimează beneficiile, dar și riscurile unui abord chirurgical laparoscopic, pentru restabilirea topografiei normale a mediului pelvin.
2. Pentru siguranța organelor implicate în procesul aderențial și maxima inofensivitate a manoperei de laparoscopie diagnostico-curative se va apela, în funcție de situație și respectând procedura descrisă, fie la metoda *Tehnicii laparoscopice în caz de prezență a inciziei transversale* (brevet de invenție nr. MD3672 F1 2008.08.31), fie la *Tehnica laparoscopică în caz de*

*prezență a inciziei longitudinale* (brevet de invenție nr. MD 3588 F1 2008.05.31).

3. În cadrul laparoscopiei diagnostic-curative, după efectuarea operației de bază (adezioliză, fimbrioliză, diatermopuncția ovarelor etc.), în regiunea țesuturilor lizate prin termocoagulare se va aplica *Regesan* (3-5 ml) – preparat medicamentos cu efecte citoprotectoare și regeneratoare care condiționează prevenirea formării noilor aderențe și influențează pozitiv restabilirea funcției salpingelor.
4. Complexul de reabilitare trebuie să includă fiziochinetoterapie, vitaminoterapie și administrarea contraceptivelor hormonale timp de 3 luni.

#### BIBLIOGRAFIE

1. Banaru N., Marc A., Popov S. Unele aspecte privind folosirea laparoscopiei în diagnosticul afecțiunilor ginecologice: Materialele conferinței științifice anuale. Chișinău, 1996, p. 316.
2. Basbug MA. Relationship between used heparin and formation adhesives disease after surgical interventions. *J. of Assisted Reproduction and Genetics*, 2005, vol. 22, N. 4, p. 161-165.
3. Sârbu Zinaida Rolul laparoscopiei în diagnosticul și tratamentul sterilității tubar-peritoneale. Autoreferatul disertației. Chișinău, 2001, 34p.
4. Șmugurova Valentina Aspecte clinico-epidemiologice ale cuplului steril în Republica Moldova. Autoreferatul disertației. Chișinău, 2005, 39p.
5. Maouris, P, et al. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata: A Cochran Review. *Human Reproduction* 2005; 20: 3000-3007.
6. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction* 2005; 20: 2698-2704
7. Watson A, Vandekerckhove P, Lilford R. Liquid and fluid agents for preventing adhesions after surgery for subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3, 2005
8. Farquhar C, Vandekerckhove P, Watson A, Vail A, Wiseman D. Barrier agents for preventing adhesions after surgery for subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 3, 2005
9. Lower AM, Hawthorn RJ, Clark D, Boyd JH, Finlayson AR, Knight AD, Crowe AM. Surgical and Clinical Research (SCAR) Group. Adhesion-related readmissions following gynaecological laparoscopy or laparotomy in Scotland: an epidemiological study of 24 046 patients. *Human Reprod* 2004;19(8):1877-85
10. Liakakos T, Thomakos N, Fine PM, et al. Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology, and clinical significance. *Dia Surg* 2001;18:260-273.
11. Swank DJ, Swank-Bordewijk SCG, Hop WCJ, et al. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. *Lancet* 2003;361:1247-1251.
12. Dudley PS, Heard MJ, Sangi-Haghpeykar H, et al. Characterizing ectopic pregnancies that rupture despite treatment with methotrexate. *Fertil Steril* 2004; 82(5): 1374-78.
13. Gervaise A, Masson L, de Tayrac R, et al. Reproductive outcome after methotrexate treatment of tubal pregnancies. *Fertil Steril* 2004; 82(2): 304-8.
14. Trambert JJ, Einstein MH, Banks E, Frost A, Goldberg GL. Uterine artery embolization in the management of vaginal bleeding from cervical pregnancy. *J Repro Med* 2005; 50(11): 844-50.
15. Becker ER, Spalding J, DuChane J, Horowitz IR. Inpatient surgical treatment patterns for patients with uterine fibroids in the United States, 1998-2002. *J Natl Med Assoc* 2005; Oct;97(10):1336-42
16. Washington JL. Laparoscopic supracervical hysterectomy compared with abdominal, vaginal and laparoscopic vaginal hysterectomy in a primary care hospital setting. *JSLs* 2005 Jul-Sep;9(3):292-7
17. Hoffman CP, Kennedy J, Borschel L, Burchette R, Kidd A. Laparoscopic hysterectomy: The Kaiser Permanente San Diego experience. *J Minimally Invasive Gynecol* 2005;12(1):16-24
18. Sarmini OR, Lefholz K, Froeschke H. A comparison of laparoscopic supracervical hysterectomy and total abdominal hysterectomy outcomes. *J Minimally Invasive Gynecol* 2005;12:121-124
19. Lyons TL, Adolph AJ, Winer WK. Laparoscopic supracervical hysterectomy for the large uterus. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11(2):170-174
20. El-Mowafi D, Facharzt WM, Lall C, Wenger J. Laparoscopic supracervical hysterectomy versus laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11(2):175-180
21. Koh CH, Janik GM. The surgical management of deep rectovaginal endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2002;14(4):357-64
22. Nezhat C, Kearney S, Malik S, Nezhat C, Nezhat F. Laparoscopic management of ovarian remnant. *Fertil Steril*. 2005;83(4):973-8.