

гнозирования эффектов лечения бета-интерфероном-1b рассеянного склероза // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, № 12, 2000, с. 53 – 59.

7. Гусев Е. И., Беляева И. А., Чехонин В. П. И соавт., *Сравнительный клинико-иммунохимический анализ ремиттирующего и вторично-прогрессирующего течения рассеянного склероза* // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, № 6, 2000, с. 51 – 57.

8. Малахшия В. Ю., *Иммунопатология и иммуногенетика некоторых форм детской эпилепсии* // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, № 2, 1996, с. 18 – 20.

Rezumat

Prezentul studiu și-a propus să elucideze aspectele imunogenetice ale acceselor febrile (AF) și să determine criteriile de profilaxie diferențiată a acestora. Au fost supuși examenelor 68 de pacienți care prezentau AF și 123 de copii care au constituit lotul de control. S-a stabilit că haplotipii HLA-B5+53, A28+2, A32+10, A30+31, DQA1*0501, DQB1*0201, DQB1*0504, DQA1*0401, DQB1*0503 și DQB1*0402 se pot utiliza pentru diagnosticul AF. În baza haplotipurilor HLA delimitate ca valoare informativă a fost schițat profilul fenotipic al copilului care aparține grupului de risc, detaliu ce are o valoare aparte pentru consultarea medico-genetică și pentru proiectarea măsurilor de prevenire în familiile cu riscuri elevate.

Summary

The present study was aimed to study the haplotypes HLA A, B, DQA1 and DQB1 in 126 individuals with febrile seizures (FS) and in control group. Haplotypes HLA-B5+53, HLA-A28+2, HLA-A32+10, HLA-A 30+31, HLA-DQA1*0501, HLA-DQB1*0201, HLA-DQB1*0504, HLA-DQA1*0401, HLA-DQB1*0503 and HLA-DQB1*0402 can be used for diagnosing of FS. On the basis of particular HLA haplotypes “phenotype of child at high risk” was characterized; it is particularly important for medico-genetical counseling and for planning of prophylactic measures in families with increased risk.

REZULTATELE IMPLEMENTĂRII TEHNOLOGIILOR MODERNE ÎN CENTRUL PERINATOLOGIC MUNICIPAL DIN OR. CHIȘINĂU

Valentin Friptu, dr.h. în medicină, prof.univ.¹, **Iurie Dondiuc**, dr. în medicină²
USMF „N.Testemițanu”¹, IMSP Spitalul Clinic Municipal nr.1²

În prezent se vorbește foarte mult de tehnologiile moderne în asistența ocrotirii sănătății mamei și copilului și mai puțin despre rezultatele și avantajele acestora. Subiectul de față este consacrat analizei rezultatelor obținute în urma implementării tehnologiilor moderne cu elaborarea Protocoalelor Naționale de conduită a asistenței obstetricale în Centrul Municipal al IPMS nr.1 din or. Chișinău.

Pe parcursul anilor 2000-2006 s-au înregistrat succese considerabile în ceea ce privește reducerea pierderilor perinatale și materne prin implementarea tehnologiilor cost-efective: ocrotirea antenatală minuțioasă, monitoringul nașterii prin partogramă, prezența specialiștilor calificați la naștere și resuscitarea eventuală a nou-născutului.

În Centrul Perinatalogic Municipal al IPMS din or. Chișinău în ultima vreme au loc 1/6 din toate nașterile din țară, ceea ce este foarte important pentru formarea indicatorilor republicani ai mortalității perinatale și materne. Astfel, pe parcursul ultimilor ani în Spitalul Municipal se înregistrează o tendință de creștere a numărului nașterilor (*fig. 1*).

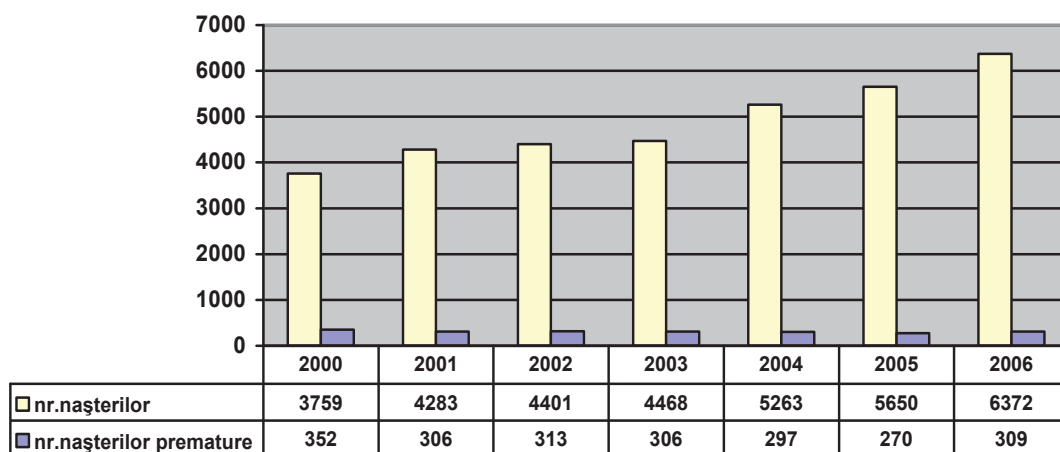


Fig.1. Dinamica numărului de nașteri, Centrul Perinatologic Municipal, a.a. 2000-2006

Momentele pozitive constatate în ameliorarea indicilor demografici urbani nu pot influența asupra crizei demografice statale. Un moment pozitiv este creșterea prestigiului activității Centrului Perinatologic Municipal.

Realizările funcției reproductive se manifestă printr-o micșorare a numărului avorturilor și o creștere a numărului nașterilor. Se menține înalt indicele nașterilor patologice, în diferiți ani variind în limitele de 30-40%. Patologia extragenitală pe tot parcursul anilor rămâne stabilă, constituind în jur de 33% anual. Mai frecvent se întâlnesc patologiiile urogenitale, patologiiile sistemului cardiovascular și ale celui endocrin. Este în creștere anemia gravidară, deși preparatele antianemice se utilizează gratuit, nu toate gravidele le administrează regulamentar.

În ultimii ani s-au înregistrat succese remarcabile în ceea ce privește reducerea mortalității perinatale. Fiind constituită din trei indicatori principali: mortalitatea antenatală, mortalitatea intranatală și cea neonatală precoce, putem constata că succesele se evidențiază la toate etapele asistenței obstetricale. S-a ameliorat asistența antenatală (fig.2).

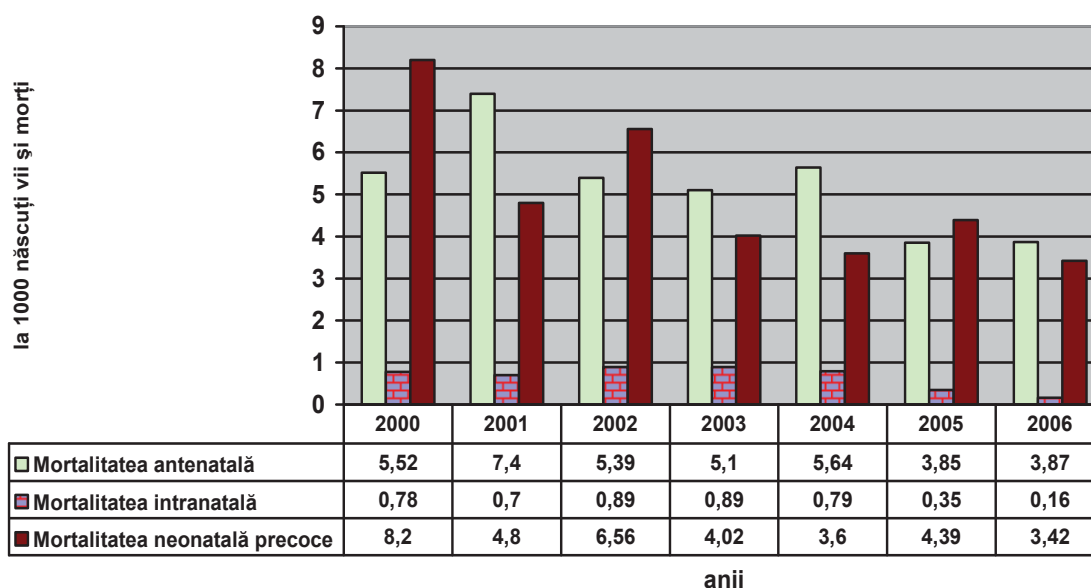


Fig.2. Dinamica ratei mortalității antenatale, intranatale și neonatale precoce, Centrul Perinatologic Municipal, a.a. 2000-2006

Mortalitatea perinatală reflectă, în primul rând, sănătatea maternă, în al doilea rând, supravegherea și ocrotirea antenatală în timpul sarcinii și, nu în ultimul rând, calitatea asistenței medicale spitalicești.

În ceea ce privește activitatea sectorului primar cu toate temerile care au existat la momentul restructurării și trecerii la medicina de familie, putem menționa rezultate pozitive, deoarece, în linii generale, micșorarea numărului de nașteri premature este rezultatul activității rodnice a sectorului primar. Se manifestă, de asemenea, și o tendință pozitivă în mortalitatea antenatală, care formează principalii indicatori ai mortalității perinatale.

Utilizarea pe larg a partogramei a permis depistarea și înlăturarea la timp a patologiilor intranatale, astfel mortalitatea intranatală reducându-se.

Supravegherea fetală efectuată într-o proporție mai mare, comparativ cu anii precedenți, a fost mai eficientă și declanșarea travaliului s-a efectuat mai precoce, evitându-se, astfel, moartea antenatală a fătului în condițiile spitalicești. Toate cele menționate au dus la o mortalitate perinatală de 7,44, din care mai puțin de 50% - 3,5‰ este rezultatul activității maternității și 3,84‰ este mortalitatea survenită la etapele antenatale.

În ultimile decenii se înregistrează o creștere remarcabilă a indicilor operației cezariene, situație care a determinat apariția unei noi patologii – uterul cicatricial postcezarian cu risc posibil de ruptură uterină la o sarcină ulterioară. Rata operației cezariene a crescut în general pe seama prezentațiilor pelvine, care se declanșează prin operație în 85% din cazuri, constituind în ultimii 3 ani principala indicație către operația cezariană (fig.3).

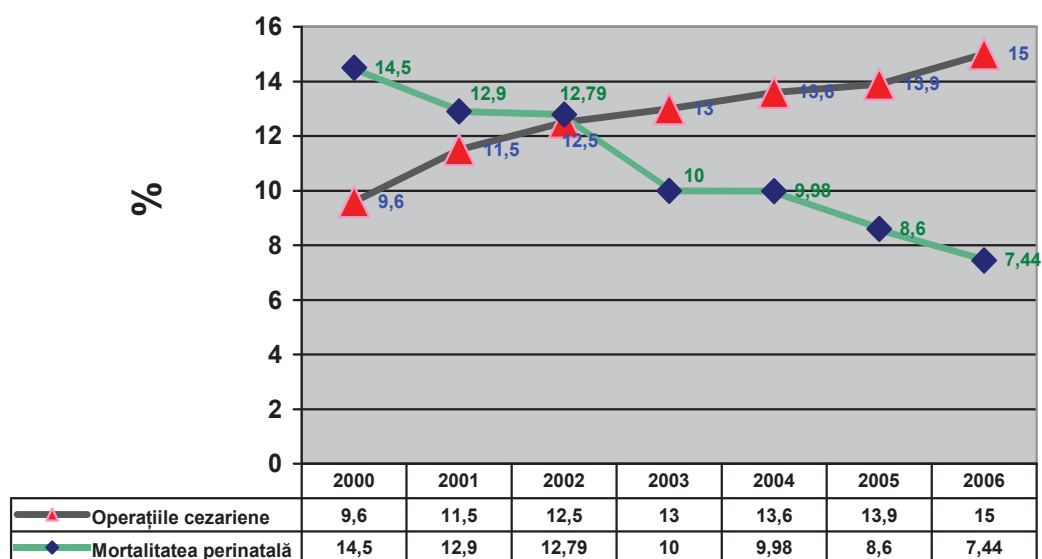


Fig.3 Dinamica ratei operațiilor cezariene și a mortalității perinatale, Centrul Perinatalogic Municipal, a.a. 2000-2006

Interrelația operația cezariană – mortalitatea perinatală este invers proporțională.

Frecvența operațiilor cezariene a crescut și din alte motive, care nu sunt mai puțin importante, precum:

- *Conturarea evidentă a grupului gravidelor cu risc obstetrical crescut* prin patologie specifică sau asociată sarcinii și prin patologice de travaliu.

- *Monitorizarea fetală.* A crescut numărul de operații cezariene prin depistarea unor elemente de detresă fetală nesensizate clinic, unele însă fiind tranzitorii sau nesemnificative pentru intervenția chirurgicală.

- *Cezariana iterativă.* Uterul cicatricial rămâne o problemă obstetricală, nașterea naturală după cezariană continuând să fie obiectul unei controverse „odată cezariană, cezariană totdeauna”. Unii autori tot mai puțin opinează pentru o probă de naștere pe cale vaginală, atunci când există condiții adecvate.

- *Siguranța intervenției (risc matern scăzut)* prin progresul asepticii-antisepsiei, mijloacelor de anestezie și terapie intensivă și ale antibioterapiei moderne.

- *Ușurința tehnică a operației cezariene,* perfecționarea tehnicii chirurgicale prin mici artificii sau rafinamente, utilizarea unui material de sutură adecvat au făcut să se abuzeze de această intervenție.

- *Apariția noțiunii de malpractice* a influențat foarte mult conduita obstetricală, lărgirea indicațiilor operației cezariene fiind un mijloc de protecție a practicienilor.
- *Manevrele obstetricale* au cedat din ce în ce mai mult locul acestei operații simple și datorită scăderii abilității obstetricianului în executarea lor.
- *A crescut cota-parte a gravidelor* cu noi patologii obstetricale și extragenitale (fecundare extracorporală, operații reconstructive, după transplant de organe, protezare de cord ș.a.).
- *Numărul mai mare de primipare în vârstă.*

Cu toate că statisticile au demonstrat că riscul complicațiilor materne în operațiile cezariene crește de cel puțin 10 ori, se constată o majorare a frecvenței deloc neglijabilă – drept consecință directă a lărgirii indicațiilor intervenției. În baza studiilor realizate, Organizația Mondială a Sănătății consideră că operația cezariană poate influența asupra mortalității perinatale până la 15%. Deși frecvența acestei operații în clinica noastră a atins acest nivel, considerăm că efectuarea intervenției uneori nu este justificată din punctele de vedere științific, medical și social.

O manifestare benefică tendențioasă este și declanșarea travaliului prin aplicarea vacuum extracției (ventuza obstetricală), numite uneori și „forcepsul nespecialistului” vis-à-vis de forcepsului obstetrical (*tab.1*).

Tabelul 1

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	R.Moldova, 2005
Forceps obstetrical abs (%)	19	20	14	12	12	5	3	87
Ventuza obstetricală abs (%)	14	35	84	79	120	138	157	365

Apreciind corect avantajele vacuum extracției, stabilim o trecere treptată de la forcepsul obstetrical la ventuza obstetricală. Aplicând ventuza obstetricală, câștigăm în următoarele:

- inofensivitate absolută pentru mamă, neproducând leziuni ale părților moi;
- nu răpește din spațiul necesar craniului fetal;
- limitează pericolul de infecție, tracția efectuându-se pe partea prezentabilă;
- nu dereglează mecanismul și păstrează caracterul natural al procesului de naștere;
- flexia și deflexia capului se produc în mod natural, rotația având loc spontan;
- căpușorul își păstrează particularitățile configuraționale;
- generează apariția și reușește să păstreze scemele (de sine stător și reflector) pe calea excitației reflexogene a zonelor fundului bazinului, drept rezultat al presiunii pe ele a părții prezentate;
- este folosită în calitate de stimulare pentru accelerarea nașterii, în cazul în care capul este situat cu diametrul biparietal superior liniei terminalis;
- cauzează mai puține traume craniene, ale vezicii urinare materne și vaginului, diminuând riscul epiziotomiei, fapt ce-i conferă utilizare mai frecventă.

Mozaicismul structurii mortalității perinatale de la an la an demonstrează analiza insuficientă a serviciului anatomopatologic, concurând în structură asfixia nou-născutului cu infecțiile intrauterine și malformațiile congenitale. Confirmarea diagnosticului este o problemă dificilă, deoarece insuficient este și serviciul de diagnostic prenatal.

Rămâne discutabil conținutul structurii morfopatologice a mortalității perinatale atât în Republica Moldova, cât și în cadrul Centrului Perinatologic, deoarece în toată lumea există un spectru mai polimorf manifestat prin multe maladii congenitale genetice, neurologice, cardiovasculare, care nu sunt stabilite în cadrul serviciului dat.

În structura mortalității perinatale retardul de dezvoltare intrauterină se întâlnește în circa 40% cazuri, etiologia căreia nu este cunoscută. Pronosticul vital în cazul retardului fetal cauzat de HTA indusă de sarcină este cu atât mai nefavorabil, cu cât sarcina este mai prolongată.

Traumatismul obstetrical matern grav, cum este ruptura de uter, se stabilește deseori în timpul

operației cezariene, care se efectuează după indicațiile insuficienței cicatricei pe uter și este întâlnit la un procent foarte mic de femei, constituind aproximativ 0,02% anual.

Ruptura perineului de grad avansat în ultimii 4 ani n-a fost înregistrată, gradele I și II se întâlnesc în 0,6-1,2% pe parcursul anilor de activitate. De menționat că în clinica noastră s-a renunțat la perineotomie sau epiziotomia de rutină în nașterile premature, acestea efectuându-se numai în cazurile iminenței de ruptură a perineului sau în alte situații distocice.

Concluzii

- Analiza problemelor privind asistența mamei și copilului permite să reliefăm complexitatea aspectelor medicale, ce justifică necesitatea implementării noilor modificări în acest domeniu.
- Flexibilitatea strategică rapidă în implementarea noilor tehnologii, revizuirea permanentă a Protocoalelor Naționale permit a obține cu mijloace mici indicatori de mare valoare.
- Problema ocrotirii sănătății mamei și copilului necesită o abordare complexă față de femeie la toate etapele preconcepționale în timpul sarcinii, travaliului, precum și în perioada postnatală.
- Activitatea Centrului Perinatologic Municipal s-a ameliorat considerabil în urma implementării tehnologiilor moderne cost-eficace propuse de OMS și poate servi drept model de activitate pentru centrele perinatologice din republică de orice nivel.

Rezumat

În studiul dat sunt prezentate rezultatele implementării tehnologiilor moderne în asistența spitalicească obstetricală. Rezultatele obținute în asistența perinatală demonstrează că activitatea medicală poate servi ca model pentru activitatea centrelor perinatale din țară.

Summary

In the present article are presented the results of the implementation of modern technologies in the obstetrical practice. The obtained results in the perinatal care showed that the medical activity could be a model for the activity of perinatological centres in our country.

REFLUXUL VEZICORENAL LA COPII. PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI DE TRATAMENT

Jana Bernic¹, dr. în medicină, conf. univ., **Boris Curajos**¹, dr.h. în medicină, prof. univ., **Vera Dzero**¹, dr. în medicină, conf. univ., **Elena Crușelnițchi**², USMF “Nicolae Testemițanu”¹, IMSP ICȘOSMșiC²

Refluxul vezicorenal rămâne o problemă larg dezbătută în lumea medicală. În medicină sunt puține subiecte pe care le putem declara “închise”. Problema dată atinge și refluxul vezicorenal (RVR), mai ales dacă luăm în considerare relația acestuia cu infecția urinară (circa 50 % din cazurile de RVR sunt însoțite de infecții urinare, iar aproximativ 40 % din acestea se asociază cu RVR) și incidența mare a infecțiilor urinare în populația infantilă (Ion Bâscă, 1998).

În mod normal urina rămâne în vezică până când este expulzată prin micțiune. Tratamentul RVR din primele momente reprezintă încă un subiect provocator aflat în dezbateri. Suferința provocată, costul social-economic înalt al acestei complicații justifică în întregime încercările de a schimba viitorul acestor pacienți pediatrici. Pacientul afectat de această situație se găsește deseori între medicul de familie, nefrolog și urolog.

Conform statisticilor, au fost identificați un șir de factori de risc, ca: laxitatea trigonului, deschiderea ectopică laterală a meatului, deficiența fibrelor musculare ale ureterului terminal, obstrucțiile ureterale, o serie de boli neuromusculare, scleroza detrusorului din vezică, tuberculoza, anomalii congenitale ale implantării ureterovezicale (ureterocel, diverticuli etc.). Acești factori reprezintă principalele ținte terapeutice.