

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 Bernic**<sup>1</sup>, dr. în medicină, conf. univ., **Boris Curajos**<sup>1</sup>, dr.h. în medicină, prof. univ., **Vera Dzero**<sup>1</sup>, dr. în medicină, conf. univ., **Elena Crușelnițchi**<sup>2</sup>, USMF “Nicolae Testemițanu”<sup>1</sup>, IMSP ICȘOSMșiC<sup>2</sup>

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.

Refluxul vezicorenal (RVR) se definește prin pasajul retrograd, contracurent al urinei din vezică în ureter, potențial în parenchimul renal.

După cum arată numeroși autori (Keyes și Fergusson, 1936, Gibson, 1949, Jones și Headstream, 1958, Politano, 1960, Leadbetter și colab., 1960, Lichi și colab., 1964, Rubenstein și colab., 2003), acesta este un fenomen anormal. Deci refluxul vezicorenal reprezintă refluarea urinei din vezică în căile urinare superioare. Prima descriere a RVR aparține lui Pozzi, Levin, Golschmidt, care au trăit în secolul al XIX - lea. În ciuda acestor divergențe, studiile demonstrează că RVR este un fenomen patologic, care constă în întoarcerea urinei din vezică în ureter și de aici în căile excretoare superioare, având ca efect suferința renală (I.Bâscă, 1990).

Refluxul vezicorenal în evoluția sa poate reprezenta, practic, orice tablou clinic, acut sau cronic, diagnosticul rămânând, în măsură considerabilă, dificil. În 5 – 10 % din cazuri RVR este descoperit cu ocazia unui examen sistematic efectuat pentru simptome urologice în absența infecției urinare, ca: hematuria, litiaza, insuficiența renală, iar rezolvarea lui chirurgicală pune probleme dificile chirurgicale și anesteziologice (R. Baker, H. T. Barbaris, 1976; J. N. Rubenstein, M. Maizels, S.C. Kim, J.T. Houston, 2003). RVR se întâlnește de 4 ori mai frecvent la fete decât la băieți și poate fi pus în evidență prin practicarea unor cistografii micționale.

Peste 25 – 30 % dintre infecțiile urinare cronice sau recidivante, întâlnite la copii, se datorează refluxului vezicorenal și sunt întreținute de acesta.

Într-un studiu efectuat în 1990, B. Dore și colab. au stabilit frecvența diferitor semne clinice ale RVR la copiii cu vârsta de 2 ani: infecție urinară 86,9 % din cazuri, febră care însoțește infecția – 66,4 %, alterarea stării generale – 9,5 %, septicemie – 3,6 %, tulburări micționale – 3 % . Prin urmare, manifestarea clinică a refluxului vezicorenal este simptomatologia clinică a infecției urinare (febră, tulburări digestive, polakiurie, disurie, astenie, paloare, edeme palpebrale, hematurie, tulburări hipogastrice etc.). Există două tipuri de reflux vezicorenal: primar și secundar. Refluxul primar (congenital) se referă la cca 50 % din cazuri.

Cauzele refluxului primar pot fi:

- anomalii ureterale (ectopii, ureterocele, duplicitate);
- imaturitatea ureterului intravezical;
- dilatația și insuficiența ostiumului ureteral;
- scurtarea ureterului intravezical;
- atonia trigonală.

RVR primar se definește prin incompetența congenitală a mecanismului valvular al joncțiunii vezicoureterale. Absența tunelului submucos din vezica urinară determină acest tip de reflux primar, care, potrivit afirmațiilor, are o bază genetică, cu un mod de transmitere multifactorial sau poligenic.

Refluxul vezicorenal secundar este, de regulă, consecința unor procese inflamatorii (stezoze, valve de uretră posterioară, fibroelastoza uretrei posterioare, diverticuli, stricturi, stenoze congenitale ale meatului ureteral, cistită bacteriană, calculi vezicali, corpi străini etc.) sau a creșterii presiunii intravezicale (vezică neurologică, disfuncții neurogene ale vezicii urinare, disfuncție nonneurologică a vezicii urinare).

Se mai întâlnește reflux vezicorenal, asociat și unor malformații ureterovezicale, ca: hidronefroza, criptorhidia, megavezica, megauretere displastice, sindromul de megavezică – megaureter, sindromul “prunne belly” (agenezia musculaturii abdominale).

Clasificarea internațională a refluxului vezicorenal, propusă de Heikkel și Parkulainen, distinge 5 grade, pornind de la aspectul cistogramelor retrograde și micționale, precum și de la clișeele urografice în raport cu severitatea refluxului în ureter:

- Gradul I – pasajul intern al substanței de contrast al (urinei) interesează ½ distală a ureterului.
- Gradul II – reflux total, ureteropielocaliceal.
- Gradul III – reflux total, cu dilatații caliceale.
- Gradul IV – reflux total, dilatații caliceale marcate, parenchim renal mult subțiat.
- Gradul V – reflux total, parenchim atrofiat, rinichi mut urografic.

În condiții anatomice normale, joncțiunea vezicoureterală permite urinei să pătrundă din uretere în vezică, dar pasajul retrograd al acesteia, din vezică în uretere, nu este posibil, datorită mecanis-

melor antireflux, atât în perioada de umplere a vezicii (dintre micțiuni), cât și în timpul micțiunilor, când presiunea endovezicală crește foarte mult, depășind de câteva ori pe cea din uretere. Atunci când mecanismul antrireflux, de valvă, al joncțiunii ureterovezicale nu mai este eficient, catalogat ca “incompetent”, refluxul vezico – uretero – pielo – renal este posibil, infecția urinară fiind prezentă și întreținută, iar rezultatul – pielonefritele acute și cronice, care contribuie la deteriorizarea morfo-funcțională a aparatului urinar superior. Complicația cea mai de temut în RVR o reprezintă atrofia secundară, pe seama infecției și hipertensiunii refluante.

**Materiale și metode.** Studiul include 65 de copii cu reflux vezicorenal, gradele I – II – III – IV – V, bilateral, complicat cu pielonefrită în acutizare, care s-au aflat la tratament în Centrul Național Științifico–Practic de Chirurgie Pediatrică “Natalia Gheorghiu”, clinica Urologie Pediatrică, în perioada 2002 – 2006. Vârsta acestor pacienți a fost cuprinsă între 7 zile – 14 ani.

Simptomatologia RVR nu a fost specifică, cu excepția durerii lombare, apărute în timpul micțiunii sau imediat după ea la copiii mai mari: micțiune în doi timpi. Manifestările clinice au fost ne-caracteristice, fiind determinate, în special, de infecția urinară asociată: febră prelungită, acuzală, micțiuni urgente și frecvente, enurezis, disurie, piurie, uroculturi pozitive.

La sugari au predominat tulburările digestive (vărsături, diaree rebelă), stările septicemice cu febră prelungită și, uneori, convulsii. La copiii mici au fost prezente febra acuzală, prelungită timp de 4 – 5 zile, tulburări digestive (vărsături), disurie (polakiurie, micțiuni imperative). Analiza sumară a urinei a prezentat leucociturie, piurie. La copiii mari au fost prezente dureri lombare, ce s-au întetit în timpul micțiunii, dureri hipogastrice, febra acuzală.

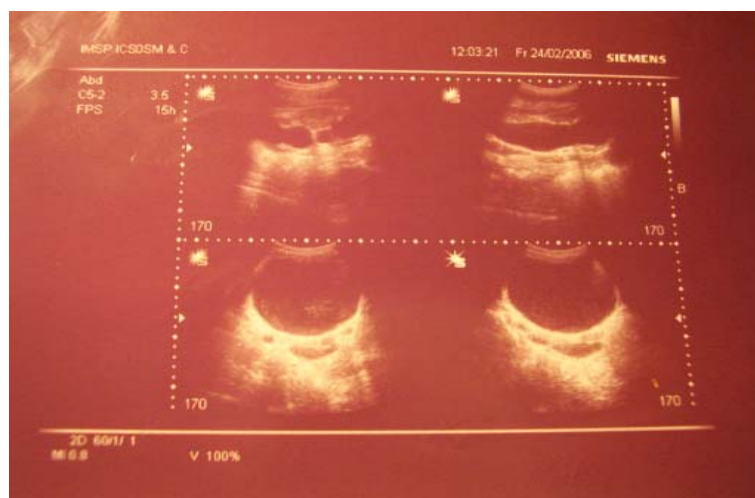
În stadiile avansate au apărut semne de insuficiență renală cu azotemie și hipertensiune arterială (HTA).

Semnele clinice au furnizat o imagine asupra severității refluxului vezicorenal și deci au influențat decizia tratamentului. Semnele clinice au furnizat o imagine asupra severității refluxului și deci au influențat decizia tratamentului. Semnele micționale au reflectat evoluția bolii și au permis monitorizarea eficienței tratamentului administrat.

Investigațiile de laborator au precizat natura și severitatea eventualei infecții urinare, gradul de afectare a funcției renale, starea generală a organismului. Aceste informații au fost folosite și pentru monitorizarea afecțiunii și aprecierea eficienței terapeutice.

Cele mai importante date au fost oferite de urocultură, care a identificat germenele răspunzător de infecția urinară. Examenul bacteriologic al urinei și identificarea microorganismelor eliminate au fost realizate conform ordinului nr.555 al MS URSS din 1985. S-a produs colectarea urinei pentru aprecierea bacteriuriei prin metoda însămânțării pe mediul Endo. După verificarea germenului, s-a efectuat diferențierea biochimică pe mediul Simons.

Ecografia ne-a permis depistarea refluxului vezico renal de gr. III – V, fiind prezentă ectazia și deformația sistemului calice – bazinet al rinichilor. În caz de încordare și după micțiune poate să se determine o dilatație a bazinetului pe partea refluxului vezicorenal. (*fig. 1*).



*Fig.1.* Ecografia renală. Reflux vezicorenal bilateral gr. IV–V. Cavitățile renale bilateral vădit dilatate. Porțiunea inferioară a ureterelor dilatată

Cistouretrografia micțională a fost cea mai importantă examinare pentru diagnosticul pozitiv al RVR. Explorarea dinamică a cuprins un clișeu în timpul umplerii vezicale, altul în timpul micțiunii și al treilea postmicțional, pentru a evidenția RVR primitiv și a elimina posibilitatea unui RVR secundar, unui obstacol cervicoureteral, totodată, a permis diferențierea refluxului pasiv (care apare în timpul umplerii vezicii urinare) de cel activ (care nu se manifestă decât în timpul micțiunii), precum și stabilirea gradului de RVR.

Urografia intravenoasă a fost un examen obligatoriu, fiind efectuat la orice vârstă, și a oferit informații asupra funcției celor doi rinichi, fără să evidențieze RVR. Unele semne au atras atenția asupra posibilității existente a RVR: hipotonia ureterală (ureter plin pe toată întinderea sa), dilatația ureterului distal, ștergerea conturului calicelui, care își pierde imaginea de cupă, calice balonizate, spastice, subțiri, apropiate, parenchim redus, dimensiuni renale reduse. În unele cazuri rinichiul nu s-a vizualizat, ceea ce a demonstrat o gravă alterare morfofuncțională.

Scintigrafia renală a fost metoda imagistică invazivă de explorare a morfologiei, în special, a funcției renale și ne-a furnizat informația privind studiul comparativ morfologic al celor doi rinichi, a permis a aprecia permeabilitatea vasculară și a fluxului sangvin renal, eventuala prezență a RVR.

**Rezultate și discuții.** Din 65 de copii investigați, 37 (57 %) au fost fete și 28 (43 %) băieți. Din punct de vedere clinic refluxul vezicorenal la acești copii s-a manifestat prin episoade de infecții urinare repetate, pielonefrită acută, cu febră persistentă cu frisoane la 49 de copii (75 %), urine tulburi la 52 de copii (80 %), dureri vagi abdominale cu manifestări digestive la 25 de copii (38 %). La copiii mai mari au fost prezente dureri lombare, care s-au evidențiat mai puternic în timpul micțiunilor la 10 copii (15 %).

Manifestările clinice corelate cu prezența infecției tractului urinar (urocultura pozitivă) au constituit elementul decisiv în stabilirea indicației de investigare completă a aparatului urinar, care a evidențiat pentru prima dată refluxul vezicorenal.

Examenul de laborator a arătat VSH sporit, hiperleucocitoză, anemie feriprivă; ionograma sanguină și echilibrul acido-bazic moderat modificat. Urocultura efectuată la toți pacienții investigați din lotul de studiu a identificat germenii răspunzători de infecția urinară. Frecvența germenilor implicați în infecțiile urinare la pacienții cu uroculturi pozitive la internare a fost remarcată de *E. Coli* la 29 de copii (45 %), urmată de *Proteus mirabilis* la 18 (28 %), *Klebsiella* la 10 (15 %), *Stafilococcus aureus* la 5 (7 %) copii.

Relația între prezența infecțiilor urinare în antecedente și urocultura pozitivă la momentul internării copilului semnalează faptul că 50 % dintre cazurile cu infecția tractului urinar în antecedente au încă uroculturi pozitive la internare, în ciuda antibioterapiei utilizate anterior. În cazul evaluării pacienților cu suspexie la o anomalie renourinară, s-au utilizat ca metode inițiale ecografia căilor urinare, scintigrafia renală, în special la sugari și copiii mici, la care "gazele" abdominale fac dificilă interpretarea urografiei. Când diagnosticul de anomalie a tractului urinar superior de pielonefrită acută este nesigur, la copiii cu absența unui rinichi sau cu leziuni chistice displastice scintigrafia renală devine utilă. Prezența unui "defect" de fixare parenchimotoasă facilitează diagnosticul de pielonefrită, dar, totodată, nu poate diferenția o formă acută de una cronică. Cistouretrografia retrogradă de umplere, standard sau cu clișee tardive (evidențiază refluxul pasiv), uretrocistografia micțională, pe care se stabilește pasajul retrograd al urinei spre rinichi (reflux activ) și obstrucția infravezicală, constituie o parte integrantă a investigației imagistice inițiale în infecția tractului urinar. La 32 (49 %) de copii s-a determinat reflux vezico-ureteral-renal, gr. I – II bilateral, la 22 (33 %) – reflux vezico – ureteral – renal, gr. II – III bilateral și la 11 (7 %) s-a înregistrat reflux vezico – ureteral – renal bilateral, gr. IV – V (*fig. 2*).

Urografia intravenoasă a pus în evidență o serie de semne radiologice sugestive de suferință renală, de reflux vezico – ureteral – renal, ca dilatații segmentare ale ureterului, ureter vizibil pe tot traiectul său de la rinichi până la vezica urinară. La 3 (4, 6 %) copii cu vârsta de 2-3 ani și la 4 (6, 1 %) cu vârsta de 7 – 14 s-au înregistrat prezența megaureterohidronegrozei refluxante bilaterale, gradele III – IV, insuficiență renală cronică, gradele I – II.

La toți copiii investigați s-au apreciat modificări "cicatricale" renale evidente în ariile polare ale rinichiului: polul superior, polul inferior și zona medie, dilatații caliceale cu parenchim renal mult



subțiat. Copiii cu vârsta de 3 ani și mai mari au necesitat a fi investigați prin cistoscopie, ceea ce a reliefat ostiumurile ureterale beante, adică persistența refluxului vezicorenal, iar celor cu vârsta peste 6 ani li s-a efectuat cistomanometria, care a evidențiat vezică urinară neurogenă reflexă sau flască. Examenul endoscopic, imagistic (ecografia, scintigrafia) trebuie să fie efectuat anual sau o dată la doi ani pentru monitorizarea “creșterii” parenchimului renal și stabilirea “cicatricelor” corticale.



Fig. 2. Cistouretrografia micțională. Reflux vezicorenal bilateral, gr. IV – V

Ecografia renală s-a realizat, de obicei, în primele 24–48 de ore de la internarea pacientului în staționar, iar ureterocistografia micțională numai după ce urocultura s-a negativat și disfuncția micțională asociată în infecția tractului urinar s-a diminuat (după 3 săptămâni).

Scintigrafia dinamică a rinichilor a apreciat prezența RVR (fig. 3).

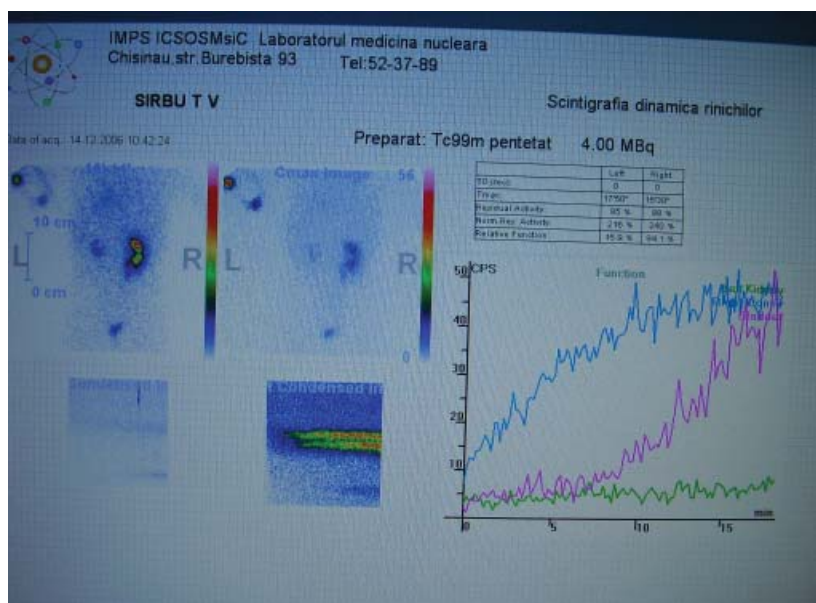


Fig. 3. Scintigrafia dinamică a rinichilor

S-a determinat că rinichiul pe stânga este micșorat în dimensiuni.

Procentul funcțional de parenchim – 16 %. Funcția de filtrație și de evacuare este diminuată. Rinichiul pe dreapta este mărit în dimensiuni, are conturi clare, repartizarea radiofarmaceuticului este neuniformă. Funcția de filtrație și evacuare este dereglată. Reținerea radiofarmaceuticului în segmentul pieloureteral pe dreapta.

Se consideră că succesul tratamentului RVR inițial este dependent de diagnosticul precoce, factor determinant al eficienței terapeutice. Rezultatele multor cercetători ne conving că nu există o bază rațională de a aștepta două, trei sau mai multe episoade de infecție a tractului urinar înainte de a lua decizia de a investiga un copil de vârstă mică. Scopul terapiei copiilor cu reflux vezico – ureteral – renal este de a proteja rinichi de formarea “cicatricelor”, de a permite creșterea normală a parenchimului renal și de a menține funcția renală. Se știe că concepția terapeutică în RVR pune pe prim - plan tratamentul medical (tratamentul profilactic antimicrobian), monitorizat prin examenul de urină lunar timp de 3 luni; dacă urina s-a normalizat, examenul se va repeta la un interval de 2 – 3 luni. Deci tratamentul RVR poate fi conservator nu mai mult de 1 – 2 ani pe seama antibioterapiei.

Copiii cu reflux vezicorenal de gradele I – II – III – IV – V au beneficiat de un tratament nedicat conservator complex care a avut ca scop combaterea infecției urinare și asigurarea unui drenaj liber al urinei din căile superioare în cele inferioare, restabilirea funcției vezicii urinare, urmate de tratamentul chirurgical.

Tratamentul medical a inclus prevenirea apariției sau a progresiei retractorilor renale, cu potențialul lor de evoluție spre insuficiență renală cronică progresivă, utilizarea în vezica urinară a sondei tip Foley pe o perioadă de 1–2 luni, administrarea de antibiotice, nitrofurane, antioxidante, preparatelor nesteroidiene (fig. 4).

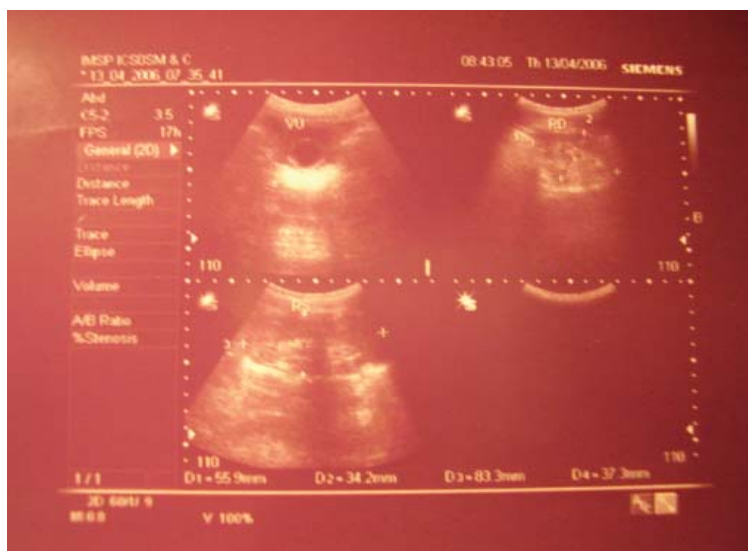


Fig. 4. Ecografia cailor urinare. Caterer Foley în vezica urinară

După aplicarea cateterului în vezica urinară, ureterele în porțiunea inferioară nu se depistează. Cavitățile renale nu sunt dilatate.

De menționat că utilizarea sondei de tip Foley în vezica urinară la copiii cu reflux vezicorenal a contribuit la decompresia tractului urinar, la ameliorarea terenului biologic al pacientului, normalizarea temperaturii, ureei și la micșorarea parametrilor creatininei sanguine la copii. Tratamentul medical a fost urmărit prin controale bacteriologice regulate ale urinei.

Tratamentul chirurgical antireflux a fost utilizat la pacienții cu reflux vezico–renal, gradul II, cu pierderea funcției renale mai mult de 15 %, gradele III – IV – V și focalizarea asupra joncțiunii ureterovezicale, cu corecția modificărilor anatomice congenitale de la acest nivel în scopul stopării refluxării urinei din vezica urinară în ureter. Tratamentul chirurgical a permis dispariția refluxului vezicorenal, protecția parenchimului renal atât de presiunea transmisă de contracția detrusorului prin unda de urină refluată, cât și de invazia microbială. Intervențiile chirurgicale au inclus o serie de

tehnici antireflux (Gregoir, Mebely, anastomoză latero-laterală uretero-vezicală cu unele modificări și procedee ale profesorului B.Curajos). Monitorizarea postoperatorie a pacienților cu reflux vezico – ureteral – renal a inclus evaluarea clinică, ecografia căilor urinare, cistouretrografia micțională, urocultura, scintigrafia renală.

Tratamentul RVR reprezintă un subiect provocator de dispută medicală. Incidența crescută, costul social - economic înalt al acestei patologii, cu debut în copilărie, justifică în întregime încercările de a elabora noi procedee de diagnostic și tratament pentru a schimba în viitor destinul acestei afecțiuni.

### Concluzii

1. Sugarul cu o stare febrilă (cu sau peste 38 °C) și copilul mare, cu bacteriurie semnificativă, simptome sistemice sau sensibilitate dureroasă în logele renale prezintă, de obicei, pielonefrită bacteriană acută.

2. Factorul de risc pentru leziunile renale la copii sunt: vârsta mică (în special, sub un an), anomalia căilor urinare, infecția tractului urinar, traumatismele, întârzierea inițierii tratamentului antibacterian adecvat, refluxul vezicorenal sever.

3. Refluxul vezicorenal la copii se manifestă prin disfuncții ale vezicii urinare cu dereglări de micțiune.

4. În caz de acutizare a pielonefritei la copiii cu reflux vezicorenal se aplică sonda permanentă în vezica urinară pe parcurs de 10 – 30 de zile.

5. Disfuncțiile neurogene ale vezicii urinare se manifestă prin vezică urinară reflexă sau flască, care se apreciază prin înregistrarea ritmului spontan de micțiune, cu aprecierea urinei reziduale și prin cistomanometrie.

6. Terapia disfuncției neurogene a vezicii urinare la copii, în afara efectuării tratamentului chirurgical, necesită preventiv o medicație conservatorie.

7. Prognosticul este dependent de vârstă, de aspectul refluxului, supravegherea riguroasă pre – și postoperator, tratamentul antihipoxant.

### Bibliografie selectivă

1. Ahmed S., Boncant H., *Vezicoureteral reflux in complete ureteral duplication. Surgical options*, Urol., 1988, 140:1092.

2. Ben – Ami T., Sinai L., Hertz M., Boichis H., *Vezicoureteral reflux in boys: review of 196 cases* // Radiology, 1990, jul; 176 (1): 288-9.

3. Baker R., Barbaris H., *Comparative results of urological evaluation of children with initial and recurrent urinary tract infection*. J. Urol., 1976, Oct.; 116 (4): 504 - 5.

4. Rubenstein J., Maizels M., Kim S., Houston J., *The PIC cystogram: a novel approach to identify „occult” vesicoureteral reflux in children with febrile urinary tract infections*, J.Urol., 2003, Jun; 169 (6): 1339-43.

5. Dore B., Iram, Aubert, *Le reflux vesico-renal chez l'enfant de moins de 2 ans. Indications et results du traitement chirurgical*. J.Urol, 96, nr.7, 365-371, 1990.

6. Denne P. et al., *Vezicoureteral reflux in children. Indications for surgical or nonsurgical treatm*, Urology, 1994, 3: 315.

7. Marrote J., Smith D., *Extravesicalureteral reimplantations for the correction of primary reflux can be done as outpatient procedures*, J.Urol. 2001, Jun; 165 (6 Pt 2): 2228-31.

8. Varna Al., Chșu A., Oțoiu Virginia, *Urologie infantilă*, Editura “Dacia”, Cluj-Napoca, 1989.

9. Proca E., *Urina tulbure*, Editura medicală, București, 1996.

### Rezumat

În studiu este elucidat principiul de examinare, diagnostic și tratament al 65 de copii în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”, cu reflux vezicorenal în

perioada 2002-2006 de cercetare, complicat cu pielonefrita cronică recidivantă în acutizare. Autorii prezintă propria experiență asupra diagnosticului și tratamentului conservativ și chirurgical în perioada dată.

### Summary

The article contains the principles of clinical examination, diagnosis and treatment of 65 children treated between 2002-2006 years in National Scientific and Practical Center of Pediatric Surgery "Natalia Gheorghiu", with vesicorenal reflux, complicated by chronic recurrent pielonephritis in exacerbation. The authors present their own experience concerning diagnosis, conservative and surgical treatment of this pathology.

## CONSECINȚELE EVOLUTIVE ȘI PROFILAXIA DEREGLĂRILOR ENDOCRIN-METABOLICE ÎN SINDROMUL POSTHISTERECTOMIC

**Olga Cernețchi**, dr.h. în medicină, prof.univ., **Veronica Pascari**, doctorand, USMF "Nicolae Testemițanu"

Termenul „menopauză chirurgicală” este pe larg utilizat referitor la femeile care au fost private de funcția menstruală drept rezultat al înlăturării ovarelor, a uterului și ovarelor sau numai a uterului. Acest termen cuprinde o noțiune mai vastă decât „sindromul postcastrațional” sau „sindromul postovariectomic”, condiționat de înlăturarea totală sau parțială (castrare subtotală) a ovarelor. Prin urmare, sindromul postcastrațional sau sindromul postovariectomic include, în afară de sistarea funcției menstruale, și stoparea funcției ovariene, pe când „menopauza chirurgicală” definește „ultima menstruație” ca urmare a înlăturării uterului cu sau fără anexe.

Pot fi evidențiate următoarele variante ale menopauzei chirurgicale:

- Ovariectomia fără histerectomie.
- Histerectomia cu ovariectomie.
- Histerectomia cu păstrarea unui sau a ambelor ovare ori a unei părți din ovarul rezectat.

Ovariectomia este varianta cea mai puțin răspândită a menopauzei chirurgicale. Acestei intervenții sunt supuse femeile de vârstă reproductivă cu formațiuni tuboovariene, chistome. Ovariectomia se efectuează la femeile care suferă de cancer al glandei mamare.

Histerectomia cu ovariectomie a fost considerată pe parcursul mai multor decenii soluția optimă pentru pacientele cu vârsta mai mare de 45 de ani, datorită „vigilenței oncologice”. Actualmente se consideră binevenită păstrarea ovarelor la orice vârstă, deoarece după sistarea producerii de estrogeni, în menopauză, continuă sinteza de androgeni.

Dacă primele două variante de menopauză chirurgicală nu pun la îndoială apariția stărilor estrogenodeficitare și necesitatea indicării tratamentului hormonal de substituție (cu excepția contraindicațiilor), referitor la varianta a treia există opinii contradictorii.

Histerectomia în 90% cazuri reprezintă tratamentul de elecție al patologiilor benigne ale uterului. Din cauza incidenței sporite a patologiei somatice (diabet zaharat, ateroscleroză, obezitate) și a riscului degenerescenței neoplazice, pentru o anumită categorie de populație feminină indicațiile către histerectomie s-au extins. Mai mult ca atât, o serie de școli din SUA au introdus noțiunea de histerectomie „profilactică”. Din anii '70 ai secolului trecut cercetările științifice din domeniu vizează sistemic consecințele acestei intervenții asupra sănătății femeii. În clinicile din SUA anual se efectuează circa 650 de mii de operații de înlăturare a uterului. În Rusia 38% din intervențiile abdominale revin histerectomiilor (totale și subtotale); în Marea Britanie - 25% [9,10].

În Republica Moldova media anuală pe perioada 1999 - 2005 constituie circa 1473 de histerectomii. Ponderea acestei intervenții chirurgicale în numărul de operații pe organele genitale feminine (după excluderea chiuretajelor și sterilizărilor) variază de la 13,6% în anul 2001 până la 23,6% în 2005 [7] (fig.1).