

cervical pregnancy. Association with abortion, pelvic pathology, IUDs and Asherman's syndrome. *J Reprod Med*, 1985, 30 (1): 25–7.

3. Houry D.E, Salhi B.A. *Acute complications of pregnancy*. In: Marx JA, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009: 176.

4. Lobo R.A. *Ectopic pregnancy: Etiology, pathology, diagnosis, management, fertility prognosis*. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2007: 17.

5. Mol B.W., Ankum W.M., Bossuyt P.M., van der Veen F. *Contraception and the risk of ectopic pregnancy: a meta-analysis*. *Contraception*. 1995;52:337-41.

6. Naseen I., Bari V., Nadeen N. – *Multiple parameters in the diagnosis of ectopic pregnancy*. *J. Pak Med Assoc*. 2005; 55:74-76.

7. Kemf-Haber M., Wiechec M., Wieherek L., et al. *Management of analysis in case of ectopic pregnancy*. *Gynecol. Pol*. 2003; 74: 1557-1562.

Rezumat

Sarcina extrauterină reprezintă una din cele mai frecvente urgențe obstetricale-ginecologice. Studiul dat include rezultatele evaluării a 422 de cazuri de sarcină ectopică, internate și tratate în perioada anilor 2007-2011. Sarcina extrauterină se instalează frecvent la femeile de vârstă fertilă 26-35 de ani, fiecare a 5-a fiind nulipară. Au fost analizate manifestările clinice, datele paraclinice și opțiunile de tratament în această patologie.

Summary

Extrauterine pregnancy (SE) is one of the most frequent gynecological-obstetrical emergencies. The work presents the results of the diagnosis and treatment of 422 cases of SE, which were recorded during the period 2007-2011 years. Most cases of SE occur between the ages 26-35 years old, and each 5-I am a woman has not had a history of childbirth. Examined the clinical manifestations, methods of diagnosis and treatment of this pathology.

Резюме

Внематочная беременность (ВБ) является urgentным состоянием в гинекологии. В работе представлены результаты диагностики и лечения 422 случаев ВБ, которые были зарегистрированы в период 2007-2011 гг. Большинство случаев ВБ имеют место в возрасте 26-35 лет, а каждая 5-я женщина является нерожавшей. Были проанализированы клинические проявления, методы диагностики и лечения данной патологии.

SINDROMUL DOLOR ACUT LA PACIENTELE CU AFECȚIUNI GINECOLOGICE

Olga Cernetchi, dr. hab. șt. med.,
prof. univ.,

Ludmila Tihon, medic-ginecolog IMSP
CNȘPMU, Catedra Obstetrică Ginecologie,
FEMCMF, USMF, „Nicolae Testemițanu”

Introducere

Sindromul dolo­r este cauza diminuării calității vieții pacien­telor în cadrul mai multor stări patologice suportate, durerea fiind ca simptom de bază, câte odată unicul în toată evoluția bolii. Capacitatea de a suporta durerea reprezintă un mecanism de protecție esențială pentru supravegherea și adaptarea organismelor vii la modificarea condițiilor de mediu. Durerea nu numai „informează” despre gradul de leziune tisulară, dar și provoacă reacții comportamentale reflectorii pentru a reduce la minimum impactul afectării. Conform date­lor OMC, durerea ca simptom, în țările dezvoltate, are caracter pandemic. Astfel, sindromul dolo­r reprezintă și un semnal de alarmă, care protejează de acțiunile nocive, preîntâmpină despre dereglările din organism și este un factor esențial în diagnosticul și tratamentul multor maladii [1,6].

Răspunsul fiziologic al țesuturilor la injurie și durere acută este similar indiferent dacă are drept sursă actul chirurgical, trauma, arsura sau afectarea viscerală. Intensitatea depinde de extensia leziunii dar și de experiența fiecăruia. Transmitia durerii acute implică activarea receptorilor senzitivi pe fibrele periferice tip C: nociceptorii. Odată lezat țesutul sau inflamația realizată, acțiunea prostano­idelor, bradikininei, serotoninei ș.a. asupra receptorilor joacă un rol major în sensibilizarea și activarea fibrelor C. Leziunea țesuturilor produsă de injurie, boală sau inflamație eliberează substanțe endogene în fluidul extracelular care înconjoară nociceptorii. Aceste substanțe includ H⁺, K⁺, serotoninina, histamina, prostaglandinele, bradikininina, substanța P (SP) și multe altele. Receptarea inițială a stimulilor dureroși este realizată de neuroni aferenți primari cunoscuți ca nociceptori. De la receptorii periferici la structurile centrale, durerea este mediata prin fibre mielinizate de tip A-γ și A-δ, pentru structurile somatice superficiale, precum și de fibre de tip C, nemielinizate, pentru structurile somatice profunde, vase și viscere. Receptia stimulilor toxici se produce în terminațiile nervoase specializate funcțional din piele, mușchi, articulații, viscere și dura mater. Stimulii toxici cutanați (mecanici, termici, chimici) sunt transferați prin nociceptorii care răspund cel mai bine

la stimuli mecanici (mecano nociceptori), mecanici și termici (mecano-termo nociceptori) sau mecanici, termici și chimici (nociceptori polimodali). Tipurile comune de nociceptori cutanați sunt mecano-receptorii Adelta și fibrele tip C. Terminațiile nociceptive mai sunt localizate în mușchi, fascia și adventicia vaselor sangvine, articulații, dura mater și viscere. Sistemul endogen de control al durerii Nocicepția este corelată cu mecanisme activate de stimuli care amenință integritatea organismului. La nivel periferic, fibrele tip C nemielinizate (nociceptori polimodali) sau fibrele mielinizate subțiri tip Adelta sunt excitate de stimuli noxici, direct sau indirect, prin procesele inflamatorii. Majoritatea căilor ascendente implicate în nocicepție sunt localizate în cadranul ventrolateral controlateral al măduvei (tracturile spinoreticular și spinotalamic). Mai multe situri supra-pinale sunt activate după stimularea nociceptivă: formațiunea reticulată a trunchiului cerebral (inclusiv subnucleus reticularis dorsalis), regiunea ponto-mezencefalică și talamusul. Și cortexul (insular și somato-senzitiv) primește informații nociceptive. Semnalele nociceptive sunt modulate la toate nivelele de transmisie, cea mai studiată fiind modularea la nivel spinal. Semnalele spinale pot fi inhibitate și prin activarea unor căi inhibitorii bulbo-spinale și eliberare de serotonină, noradrenalină și, indirect, opioide endogene [6,10,16,19].

Sindromul dolor acut poate fi identificat ca un semnal de alarmă pentru organism, la baza căruia, de obicei este o leziune locală determinată de traumă, inflamație, destrucție, infecție etc. Sindromul dolor cronic se deosebește de cel acut nu numai prin durată, cât și prin patogenie, manifestarea clinică, metodele de diagnostic și tratament. IASP (International Association for the Study of Pain) definește durerea cronică ca „durere ce continuă dincolo de perioada normală de vindecare. „Există abordări diferite pentru a evalua durata durerii cronice. În opinia experților IASP, durerea cronică are o durată mai mare de 3-6 luni, adică trece mult peste perioada de regenerare a țesuturilor și poartă un caracter difuz. În geneza durerii cronice un rol deosebit are factorul psihogen. Dacă durerea acută este, de obicei, un simptom, atunci cea cronică deja poate avea caracteristicile unei boli („durere ca boală”), care se manifestă nu numai prin durere, dar și pentru-un șir de dereglări vegetative, emoționale, psihice și instalarea unui comportament dezadaptiv [1,6].

Pragul de durere reprezintă cea mai scăzută intensitate a stimulului care poate provoca senzația dureroasă. Variațiile individuale ale pragului sensibilității dureroase sunt mari, reprezentând unul din criteriile de apreciere a comportamentului față de durere. Pragul de durere este influențat de natura personalității și de starea afectiv-emoțională a individului [5].

Durerea abdominală, preponderent în regiunea inferioară a abdomenului este unul din cele mai frecvente simptome în practica ginecologică. Durerea pelviană acută se datorează ischemiei sau lezării directe a unui organ pelvian și este însoțită de reflexe vegetative autonome cum sunt vomă, agitația și transpirația [18].

Sunt cunoscute 3 căi conductoare, care transmit impulsurile senzitive de la organele bazinului mic:

- Nervii parasimpatici (S_2, S_3, S_4) transmit informația senzitivă în măduvă prin plexul hipogastric de la un șir întreg de organe cum ar fi porțiunea superioară a vaginului, colul uterin, segmentul inferior al uterului, porțiunea posterioară a uretrei, vezica urinară, partea inferioară a ureterului, suprafața dorsală a organelor genitale externe.

- Nervii parasimpatici (Th_{11}, Th_{12}, L_1) transmit impulsurile senzitive în măduvă prin plexurile hipogastric și cel mezenterial inferior de la fundul uterului, porțiunea proximală a trompei uterine, ligamentele largi ale uterului, porțiunea superioară a vezicii urinare, apendice, secțiunea terminală a intestinului gros.

- Plexul nervos mezenterial superior (Th_5-Th_{11}) transmite impulsuri în măduva spinării de la ovare, partea laterală a trompei uterine, porțiunea superioară a ureterelor [7].

În ginecologie este foarte important de a aprecia caracterul durerii și evoluției ei. Durerea pelviană este cea durere care afectează una sau mai multe zone ale abdomenului inferior și pelvisului. În funcție de cauze, durerea poate fi continuă sau intermitentă apărând la fiecare ciclu menstrual sau fără avertisment. Durerea pelviană poate varia de la ușoară, neplăcută până la severă, interferând cu activitățile fizice și sexuale, responsabilitățile zilnice, relațiile familiale și cu starea de bună dispoziție [1, 2, 3].

Tabelul 1

Tipul durerii pelviene	Cauza posibilă
Durere localizată într-un punct	Inflamație a organelor genitale sau abdominale
Durere coligativă (colici)	Spasm al unui organ: uter, trompe uterine, intestin, ureter, apendice
Durere instalată brusc (durere acută)	Ischemie vasculară acută cu aport sangvin temporar insuficient: sarcină extrauterină (ectopică), torsiune de ovar, chist ovarian rupt
Durere apărută treptat	Chist de ovar, boală inflamatorie pelviană (BIP), endometrioză, apendicită, ocluzie intestinală

Durere în întregul abdomen	Acumulare de sânge, puroi sau conținut intestinal în abdomen
Durere agravată la mișcare sau în timpul examinării	Iritație peritoneală

Evaluarea durerii pelviene necesită o anamneză atentă și examinarea pelvină tab. 1. Acestea conduc deseori la un diagnostic corect și instituirea unui tratament adecvat. Dacă durerea este severă și diagnosticul neclar, trebuie urmărită schema pentru abdomenul acut. Explorările indicate în cazul oricărei dureri pelviene, fie ea acută sau cronică sunt: termometria; palparea abdominală și a foselor lombare; examenul vaginal cu valve; tușeul vaginal și/sau rectal; efectuarea unei bandelete urinare pentru a evidenția o posibilă infecție sau prezența sângelui în urină; efectuarea unui test de sarcină; ecografia pelviană efectuată abdominal sau endovaginal; ecografie abdominală pentru patologia digestivă sau renală; efectuarea unei hemoleucograme; dozarea proteinei C reactive, VSH-ului și fibrinogenului pentru cauzele infecțioase; froțiuri cervicovaginale și cultura; tomografie computerizată; RMN pelin pentru adenomioză, fibroame sau endometrioză [22,26].

Cele mai importante cauze ginecologice ale durerii acute pelviene sunt: sarcina ectopică (sarcina extrauterină), hematumul de corp luteal (hemoragia unui chist ovarian), chistul ovarian rupt, torsiunea de ovar, boala inflamatorie pelviană acută BIP, abcesul tubo-ovarian, fibromul uterin degenerat, fibromul uterin subseros torsionat, fibromul uterin submucos (polip endometrial).

Hematumul de corp luteal este un chist de ovar care se constituie în faza luteală a ciclului menstrual. Dacă scurgerea de sânge din chist este redusă, durerea pelviană este minimă. Hemoragia chistică mare poate conduce la hemoperitoneu și șoc hipovolemic, manifestate prin durere abdominală generalizată și sincopă. Tratamentul hematumulului de corp luteal constă în laparoscopie sau laparotomie, evacuarea cheagurilor de sânge din abdomen și controlul sângerării ovariene.

Chisturile ovariene pot fi funcționale sau proliferative. Cele mai frecvente cauze ale chistului ovarian rupt sunt: chistul dermoid, chistadenomul, endometriomul. Chisturile ovariene produc durere pelviană bruscă severă în caz de: ruptură, torsiune sau infarct. Se impune imediat diagnosticul diferențial cu o sarcină ectopică ruptă (sarcină extrauterină). Tratamentul în cazul chistului ovarian rupt, torsionat sau infarctizat este chirurgical și constă în chistectomie cu conservarea ovarului restant [14, 16, 18].

Torsiunea de ovar în jurul propriului pedicul este de regulă secundară unui chist ovarian, cel mai frec-

vent unui chist dermoid. De cele mai multe ori torsiunea se rezolvă spontan, iar singurul simptom este durerea pelviană. Persistența torsiunii însă conduce la obstruarea drenajului venos al ovarului și consecutiv la congestia ovarului, mărirea sa de volum, îngroșarea capsulei ovariene și în final infarct ovarian. În aceste circumstanțe durerea abdominală devine severă și se însoțește de greață, vărsături și agitație, uneori și febră. Tratamentul torsiunii de ovar este chirurgical.

Salpingooforita acută se manifestă cu dureri abdominale inferioare, febră și frisoane; începe la câteva zile după perioada menstruală și este datorată, de obicei infecției cu chlamidia sau gonococ.

Durerile viscerale, care se dezvoltă la nivelul organelor interne la ischemia, extinderea sau traumatizarea lor, în răspândirea cărora sunt implicați neurotransmițătorii din sistemul nervos vegetativ, de obicei, sunt percepute ca dureri difuze în regiunea bazinului mic sau chiar a abdomenului. Localizarea durerilor viscerale adesea nu corespund cu topografia organului afectat nu numai din cauza fenomenului iradierii, dar și a faptului, că ele poartă un caracter segmentar. Astfel durerile sunt percepute nu atât la nivelul organului, cât la nivelul proiecției segmentare.

Pe de altă parte, durerile somatice sunt bine localizate și în practica ginecologică, de obicei, indică la afectarea peritoneului. Durerile acute se dezvoltă la leziunea sau iminența de leziune a țesuturilor, fiind un indicator desăvârșit al procesului patologic. Aceste dureri dispar odată cu înlăturarea procesului patologic, epitelizarea sau regenerarea țesuturilor și, numai uneori, se creează circumstanțe de trecere a durerii acute în durere cronică, care se păstrează și după medicație. Astfel, în structura sindromului dolor pot fi prezente sau domina diferite tipuri de durere: somatică sau viscerală. Prin urmare, principiile de tratament integru și adecvat gradului de durere la pacientele ginecologice se bazează primordial pe determinarea cauzelor și mecanismelor de apariție și dezvoltare a durerii în fiecare caz [19, 28, 31].

Bibliografie

1. Burlet G., Judlin P., *Acute pelvic pain syndrome. Diagnostic and therapeutic approach in women*. Rev. Fr. Gynecol.Obstet. 1994; 89(11):537-42.
2. Cunanan R.G. Jr., Courey N., Lippes J., *Laparoscopic findings in patients with pelvic pain*. Am. J Obstet. Gynecol.1983; 146(5): 589-91.
3. Demco L., *Pain mapping of adhesions*. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc., 2004;11(2):181-3.
4. Loeser J.D., Chapter V., *Pain as a disease*. Handbook of Clinical Neurology, 2006; 81:11-20.
5. Slocumb J.C., *Chronic somatic, myofascial, and neurogenic abdominal pelvic pain.*, Clin. Obstet. Gynecol. Mar 1990; 33(1):145-531.

6. Баринов А.Н., *Комплексное лечение боли*. Русский медицинский журнал. - 2007;15(4):215.
7. Голубев В.Л. *Боль - междисциплинарная проблема*. Русский медицинский журнал. 2008; 15(4):7-10.
8. Houry D.E, Salhi B.A. Acute complications of pregnancy. In: Marx JA, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier. 2009: 84.
9. Lobo R.A. Ectopic pregnancy: Etiology, pathology, diagnosis, management, fertility prognosis. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier. 2007: 17.
10. Abdomenul acut medical. *Aspecte etiologice și terapeutice*. C.Tudor. In. Ifomedica. 2001; 3:8-10.
11. *Причина острой абдоминальной боли*. П. С. Ветешев, Н.Н.Крылов In. Клинич. медицина. 2006; 84 (3): 23 - 27.
12. *Abdomenul dureros recurent abordare biocomportamentală*. S. Filipoi, M. Iancu. In. Cluj Medical. 2001; 47; (21-2): 27 - 31.
13. Mol F., Van den Boogaard E., Van Mello N.M., et al. *Guidelin adherence in ectopic pregnancy management*. Hum Reprod. 2011; 26(2):307.
14. Maymon R., Shulman A., Halperin R., et al. *Benign Epithelial Neoplastic and laparoscopy: review of 1298 patints treated by salpingectomy or salpingotomy*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Sep 2005; 47(2):43-8.
15. Ramachandran K., Kira P.; *Massive hemoragie in a previously undiagnosed abdominal pregnancy for elective cesarean delivery*; Canadian Jurnal Anesthesia 2007;51(1): 57 – 61.
16. Patel B.M.; Chittock D. R.; Rusaallesell J.A; Walley K.R.; *Beneficial effects of short – term vasopressin during severe septic shock*; Anesthesiology 2007; 96:582 – 74.
17. Johnson K.B., Egan T.D., Kern S.E., McJames S.W., Cliff M.L., Pace N.L., *Influence of Hemorrhagic Shock Followed by Crystalloid Resuscitation on Anesthesiology*. 2006; 102: 538 – 47.
18. Sivanesaratnam V., Singh A., Rachagan S.P. *Intra-peritoneal haemorrhage from ruptured corpus luteum*. A cause of „acute abdomen” in women. Med J Aust. Apr 14 2006; 132 (7):312, 314-5.
19. Maria Cristina Ugalde Rodriguez, „*Urgencias ginecologicas*”. A clinical study. J Reprod Med. Oct 2005; 20(10):854-8.
20. Drake S., *Management of the anaxial mass*. Am Fam Phisician. May 15 2008; 37 (10): 2471-6, 2479-80.
21. US Department of Health and Human Services, Public Health Services. National Center for Health Statistics: *Advanced report of final mortality statistics*, 2007. Washington, DC. 2008: 547.
22. Clayton A.H. *Symptoms related to the menstrual cycle: diagnosis, prevalence, and treatment*. J Pshychiatr Pract, 2008; 14(1):13-21.
23. Cotter A.M., Jacques E.G., Izquierdo L.A. *Extensived field of view sonography: a useful tool in the diagnosis and management of abdominal pregnancy*. J Clin Ultrasound, 2008;32:207-2014.
24. Ee C., Pirota M. *Primary dysmenorrhoea – evidence for complementary medicine*. Aust Fam Physician, 2009;35(11):869.
25. French L. *Dysmenorrhea in adolescents: diagnosis and tretment*. Paediatr Drugs. 2008;10(1):1-7.
26. Hurd William W., Falcone T. *Clinical reproductive medicine and surgery*. St. Louis, Mo: Mosby/Elsevier., 2007:724.
27. Jones A.E. *Managing the pain of primary and secondary dismenorroe*. Nurs Times. 2009, Mar 7-14; 100(10):43-3.
28. Matracaru G. *Eine neue handlung der zervikalen Schwangerschaft*. Zentralbl Gynacol, 2008; 90:1264.
29. Paalman R.J., McElin TW. *Cervical pregnancy*. Review of the literature and presentation of cases. Am. J. Obstet. Gynecol, 2009, 77:1261.
30. Walker C.K., Wiesenfeld H.C. *Antibiotic therapy for acute pelvic inflammatory disease: the 2006 Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines*. Clin Infect Dis., 2007,44 Suppl 3: 111 – 22.
31. Williams R., Elam G. *Gynecology*. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Medicine. 7th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007: 36.
32. Worley K.C., Hant M.D., Cunningham F.G. *Advanced extrauterine pregnancy: diagnostic and therapeutic challenges*. Am J Obstet Gynecol, 2008; 198:297.

Rezumat

Durerea în stările acute în ginecologie reprezintă cel mai frecvent simptom. În lucrare sunt prezentate aspectele patofiziologice contemporane de dezvoltare și tipurile durerilor pelvine. Sunt descrise cauzele sindromului dolo în stările patologice ginecologice.

Summary

The pain in emergency conditions in gynecology is the most common symptom. In the work presented modern aspects of the pathogenesis of development and types of pelvic pain. Describes the causes of pain in different pathological situations in gynecology.

Резюме

В неотложных состояниях в гинекологии боли являются самым часто встречаемым симптомом. В работе представлены современные аспекты патогенеза развития и виды тазовых болей. Описаны причины развития болевого синдрома при различных патологических ситуациях в гинекологии.