

GINECOLOGIE

NADEJDA CODREANU, VALENTINA BALTAG,
MARIN ROTARU

GHID PENTRU INSUȘIREA DEPRINDERILOR PRACTICE



CZU 618.1(075.8)
B24

Lucrarea a fost aprobată la Comisia Metodică Centrală a USMF "Nicolae Testemițanu" pr. proces verbal N1 din 12 noiembrie 1998.

Recomenzi.

Doctor habilitat în științe medicale, specialist principal obstetrician-ginecolog al MS Republica Moldova, șeful secției de perinatologie a Institutului de cercetări științifice în domeniul ocrotirii sănătății Mamei și Copilului.
VALENTIN FRUPTU

Doctor în științe medicale, conferențiar universitar, șeful catedrei de obstetrică și ginecologie N3 a USMF "Nicolae Testemițanu"
PETRU ROȘCA

ISBN 9975-945-14-7

© Nadejda Cădoreanu, Valentina Baltag, Marin Rotaru, 1998

Cuprins

PREFAȚĂ	7
PARTEA I. SCHEMA FIȘEI DE OBSERVAȚIE A GINECOPATELOR	9
PARTEA II. EXAMENE COMPLEMENTARE PENTRU DIAGNOSTICUL INFECȚIILOR UROGENITALE	
Recoltarea frotiului și evaluarea gradului de puritate a conținutului vaginal	25
Recoltarea frotiului pentru diagnosticul chlamidiozei urogenitale ...	26
Examenul primar la gonoree	27
Examenul primar la tuberculoză	29
Tratamentul cu gonovaccin	32
Tratamentul cu pirogenal	32
Recoltarea spermei și evaluarea spermogramei	33
PARTEA III. TESTELE DIAGNOSTICULUI FUNCȚIONAL	
Colectarea materialului pentru analiza colpocitologică și evaluarea profilului colpocitologic	34
Temperatura bazală	36
Proprietățile gherei cervicale	37
Semnul "pupilei"	37
Capacitatea de extensie a gherei cervicale și fenomenul de cristalizare a ei	38
PARTEA IV. DIAGNOSTICUL PATOLOGIEI COLULUI UTERIN	
Frotiul Papanicolau	41
Testul Schiller	41

Colposcopia (simplă, defalată, cromocolposcopia, colpomicroscopia)	43
Biopsia colului uterin	47
Patologia cervicală	48
Diatermoexcizia (electrocoagizarea) colului uterin	50
Polipectomia	51

PARTEA V. DIAGNOSTICUL PATOLOGIEI CORPULUI UTERIN

Sondajul cavității uterine	53
Raclajul diagnostic fracționat al mucoasei uterine	55
Raclajul aspirator al mucoasei uterine	57
Biopsia prin aspirație	59
Histerosalpingografia (metrosalpingografia)	60

PARTEA VI. APRECIEREA STĂRII FUNCȚIONALE A TROMPELOR UTERINE

Pertubația	63
Hidrotubația diagnostică	64
Hidrotubația curativă	65
Cromohidrotubația	65
Diagnostică ultrasonoră a permeabilității trompelor uterine	66
Metode speciale de investigație. Testul postcoital	69

PARTEA VII. OPERAȚII GINECOLOGICE MICI

Puncția exploratorie a fornixului posterior (culdocenteza)	75
Introducerea steriletului	77
Înteruperea sarcinii prin <i>abrazio cavitateri</i>	79
Înteruperea sarcinii prin <i>vacuum-aspirație</i>	82

PARTEA VIII. TEHNICI ANESTEZIOLOGICE FOLOSITE ÎN GINECOLOGIE

Notiuni generale	84
------------------	----

Tehnica anesteziei paracervicale	85
Tehnica anesteziei pudendale	86

PARTEA IX. UTILIZAREA PREPARATELOR HORMONALE ÎN GINECOLOGIE

Contracepția hormonală	87
Hemostaza hormonală	94
Probele hormonal-diagnostice	97
Gradul de pilozitate după scara Feriman-Golwei	100
Sursele de producere a androgenelor	101
Algoritmul de evaluare a amenoreei (proba cu progesteron negativă)	102
Algoritmul de evaluare a amenoreei (proba cu progesteron pozitivă)	103
Influența hormonilor gonadelor asupra ciclului reproductiv feminin de la naștere la bătrânețe	104
Algoritme de evaluare a amenoreei primare la adolescente	105
Schema diagnostică a hirsulismului	108

PARTEA X. OPERAȚII GINECOLOGICE

Pregătirea preoperatorie a ginecopatelor	109
Colporafia anterioară	112
Colpoperineoplastica	113
Rectocele, enterocele	115
Cistocei, uretrocei	116
Laparotomia mediană inferioară	117
Laparotomia prin incizie transversală suprapubiană după Pfannenstiel	119
Tubectomia	121
Ovarectomia	123
Histerectomia subtotală fără anexe	124
Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală	125

Extirparea uterului cu anexe	126
Conduita ginecopatelor în perioada postoperatorie	128
Profilaxia infecțiilor nozocomiale	132

PARTEA XI. NOȚIUNI DE HEMOTRANSFUZIE

Aprecierea grupei sanguine	135
Aprecierea factorului rezus	136
Tehnica hemotransfuziei	137
Tehnica reinfuziei sângelui	139
Profilaxia, detectarea și terapia reacțiilor și complicațiilor posttransfuzionale	140

PARTEA XII. INFECȚIILE SEXUAL TRANSMISIBILE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENTUL. (RECOMENDĂRI A OMS)

ANEXE

Foaia de titlu a fișei de observație a ginecopatelor	168
Prescripția preparatelor medicamentoase larg folosite în ginecologie	169
Curbele temperaturii bazale	176
Instrumente pentru operații ginecologice	178
Modele de completare a formularelor medicale	179
Lista întrebărilor pentru partea practică a examenului la ginecologie	189

PREFAȚĂ

Astăzi asistăm cu toții la o explozie în domeniul investigațiilor paraclinice. Faptul însă nu scade ci dimpotrivă mărește necesitatea unui diagnostic clinic precis, căci problemă diagnosticului în ginecologie, ca și în celelalte domenii ale medicinei, este prima care trebuie rezolvată. Dar fără o semiologie tehnică riguroasă diagnosticul este de neconceput, și în lucrarea prezentă găsim o schemă clară și completă de interogare și inspecție a ginecopatei în vederea stabilirii diagnosticului clinic.

În ginecologie verificarea diagnosticului clinic se face printr-o aprofundată investigație paraclinică apoi, în unele cazuri, prin actul operator. Lucrarea pune la dispoziția cititorului aspectele practice ale unor metode de investigații complementare, paraclinice, iar expunerea lor succintă, clară și bine sistematizată facilitează mult valorificarea acestui material.

Sunt tratate cu minuțiozitate aspectele practice ale conduitei ginecopatei în perioada preoperatorie și postoperatorie – domeniu foarte important pentru succesul unui tratament chirurgical. Domeniile privind utilizarea practi-

că a preparatelor hormonale (hemostaza hormonală, contraceptia hormonală, probele hormonal-diagnostice) găsec o tratare adecvată. Găsim o excelentă prezentare a complicațiilor posttransfuzionale și a metodelor de prevenire și combatere a lor. Exemplele de protocoale pentru cele mai răspândite operații ginecologice, precum și modelele de completare a formularelor medicale dau amprentă de originalitate ghidului propus.

Această lucrare concepută cu multă competență și claritate de expunere, se adresează în primul rând studenților facultăților de medicină, dar și medicilor practicieni interesați de aspectele practice ale unor tehnici și manopere ginecologice. Ghidul și-a meritat pe deplin denumirea, deoarece se impune prin caracterul lui practic, concentrând într-un volum redus o informație importantă. În același timp el oferă cititorului o schemă de gândire pe care se vor putea însuși cunoștințele dobândite prin lecturi ulterioare. De aceea îl recomand cu multă căldură, ca o frumoasă realizare pentru care îi felicit pe autori.

VALENTIN FRIPTU

Doctor habilitat în științe medicale,
specialist principal obstetrician-ginecolog
al MS Republica Moldova,
șeful secției de perinatologie
a Institutului de Cercetări Științifice
în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului

PARTEA I. SCHEMA FIȘEI DE OBSERVAȚIE A GINECOPATELOR

I. Date personale

Numele, prenumele _____

Vârsta _____ Naționalitatea _____

Starea civilă (casătorită, necăsătorită, văduvă, concubină) _____

Profesia, specialitatea _____

Locul de muncă _____

Locul de trai _____

Internată în staționar (ora, ziua, luna, anul) _____

Motivul internării (internarea solicitată din proprie inițiativă sau la indicația medicului specialist din policlinică sau alte unități spitalicești)

Modul de transportare (cu ambulanța, elicopterul, transport de ocazie, alte mijloace, de sinestător) _____

II. Acuze la internare

Se indică acuzele la momentul internării în ordinea importanței pe care o prezintă. Acuzele principale sunt simptomele subiective cele mai pronunțate, care au servit drept motiv de adresare la medic. Simptomele trebuie să fie descrise cantitativ (frecvență, durată) și calitativ (intensitate).

Pentru stările acute se indică numai acuzele la momentul internării, pentru maladiile cronice acelea tipice pentru toată perioada. Se indică localizarea anatomică a

simptomelor și caracteristicile evoluției (continuă, discontinuă, în crize).

• **Durerea.** În prezența acestui simptom se descrie localizarea exactă (regiunea hipogastrică stângă, regiunea hipogastrică dreaptă, regiunea sacrală, lombară), caracterul (acută, surdă, înțepătoare, săcăitoare), intensitatea (mică, moderată, pronunțată), frecvența, iradierea (în rect, vezică urinară, omoplat, alte organe sau zone), momentele provocatoare sau de jugulare (eventual menstruația – în așa caz de menționat dacă odată cu menstruația durerea diminuează, dispare sau se intensifică), durata (continuă, discontinuă, paroxistică).

• **Hemoragia.** Se descrie data și dacă e posibil ora apariției, cantitatea (neînsemnată, moderată, abundentă), aspectul sângelui (roșu aprins, brun, cu sau fără cheaguri), caracterul hemoragiei (continuă, discontinuă), evoluția în dinamică (a diminuat, s-a menținut la același nivel, a devenit mai abundentă). De asemenea se descriu simptomele ce au acompaniat nemijlocit hemoragia (dureri, vertijuri, etc.). Se specifică legătura hemoragiei cu ciclul menstrual (legată sau nelegată de menstruație, corespunzător meno- sau metroragie).

• **Leucorea.** Se descrie culoarea eliminărilor (albicioase, gălbui, verzui, transparente), densitatea (lichide, mucozitare, dense), cantitatea (neînsemnate, moderate, abundente), mirosul (fără miros, acru, de pește, fetid), alte semne specifice (seroase, purulente, sanguinolente, spumoase, brânzoase).

• **Dismenoreea.** Se descriu caracteristicile menstruației: regularitatea, frecvența (normală, opsomenoree, proomenoree), cantitatea (normală, hipermenoree, hipomenoree), durata menstruației (normală, polimenoree, oligomenoree), prezența durerii înainte sau în timpul menstruației. În caz de amenoree se specifică caracterul ei (primar, secundar), vechimea simptomului (ultimii 2 ani, ultimele 6 luni, etc.), legătura cu vre-un factor eventual provocator (stres, traumă, infecție, etc.).

menoree), durata menstruației (normală, polimenoree, oligomenoree), prezența durerii înainte sau în timpul menstruației. În caz de amenoree se specifică caracterul ei (primar, secundar), vechimea simptomului (ultimii 2 ani, ultimele 6 luni, etc.), legătura cu vre-un factor eventual provocator (stres, traumă, infecție, etc.).

• **Sterilitatea.** De menționat caracterul sterilității (primar, secundar), vechimea simptomului, ce mijloace anticoncepționale a folosit de la debutul vieții sexuale, cât timp nu le mai folosește.

• **Dereglarea funcției organelor adiacente.** Tulburări urinare – hematurie, polakiurie, disurie (mictiune dureroasă, frecventă, imperioasă), incontinență urinară ortostatică; tulburări intestinale – constipație, diaree, melenă, rectoragii, tenesme.

• **Dereglarea raporturilor sexuale.** Scăderea libidoului, durere în timpul actului sexual (dispareunie), hemoragie de contact, lubrificarea vaginului insuficientă, lipsa orgasmului.

• **Prolabarea organelor genitale.**

• **Alte simptome.**

III. Istoricul bolii actuale

Debutul bolii:

- data (sau perioada aproximativă)
- simptomele principale (care determină tabloul clinic)
- cauza eventuală și circumstanțele de apariție (ziua, noaptea, după traumă, efort fizic, surmenaj intelectual, coit, avort, naștere, suprarăcire, etc.)
- factori declanșatori ale puseelor evolutive pentru maladiile cronice (efortul fizic, stresul psihic, consumul

de groguri, accident, etc.)

Evoluția ulterioară a maladiei:

- dinamica principalelor semne și simptome
- perioadele de exacerbări și remisiuni
- simptome supraadăugate în timp
- factori provocatori și jugulatori
- data, caracterul și evoluția ultimei acutizări în legătură cu care s-a tratat în staționar
 - examene complementare deja realizate (examene biochimice, hormonale, EUS, etc.)
 - internări, tratamente (ambulator, staționar, autotratare, remediile administrate și eficacitatea lor)
 - gradul de lezare a capacității de muncă în legătură cu maladia (cât de des și pe cât timp a fost eliberat buletin de boală, grupa de invaliditate)
 - evoluție spre:
 - agravare
 - estompare
 - dispariție (spontan, cu tratament)

IV. Antecedente personale

Antecedente personale patologice:

- în ordinea cronologică sunt enumerate maladiile extragenitale suportate, inclusiv în perioada neonatală

Anamneza ginecologică și sexuală:

- apariția și dezvoltarea caracterelor sexuale secundare
 - vârsta apariției menarhe, termenul în care s-au stabilit menstruații regulate
 - mensis – se descrie regularitatea (regulate, neregulate), frecvența, durata, abundența fluxului menstrual

(neînsemnat, moderat, abundent), aspectul sângelui menstrual (roșu, brun, cu chiaguri), prezența durerii (nedureroase, dureroase – înainte sau în timpul menstruației)

- maladiile ginecologice suportate în copilărie (vulvo-vaginită, eliminări patologice din vagin, traume genitale, intervenții chirurgicale) și pe parcursul vieții (afecțiuni inflamatorii, endocervicoză, endometrioză, miom uterin, tumori tuboovariale, chist ovarian, chistom, cancer etc. - vârstă, tratament, eficacitate, consecințe)

- operații ginecologice suportate (caracterul intervenției - de urgență sau «la rece», complicații intra- și postoperatorii)

- data ultimei menstruații

- debutul vieții sexuale: partenerul este sănătos sau suferă de maladii cronice, viața sexuală armonioasă sau nu (frigiditate, impotență, dispareunie, hemoragie de contact, etc.); concluziile sexopatologului dacă a fost consultată; anticoncepționale (vechime, tip, toleranță)

- climaxul sau menopauza (de la ce vârstă)

Anamneza obstetricală:

- în ordinea cronologică sunt enumerate toate sarcinile și se menționează cu ce s-au terminat: naștere la termen (înainte de termen, după termen) cu sau fără complicații (hemoragie, traumă, infecție puerperală), intervenții obstetricale (operație cezariană, forceps obstetrical), starea copilului (sănătos, traumat, maladie congenitală, etc.), avort medical spontan sau provocat (termen, indicații, complicații)

Antecedente alergologice:

- intoleranță la medicamente, produse alimentare,

mirosuri, substanțe chimice, plante, etc. Manifestările (edem, erupții cutanate, prurit, bronhospasm, etc.)

Antecedente heredo-colaterale:

• părinții:

- starea de sănătate
- vârsta și cauza decesului

• frați/surori/copii:

- starea de sănătate
- vârsta și cauza decesului

• Boli familiale:

- HTA, diabet zaharat, gută, miom uterin, mastopatii, endometrioză etc.

Condiții de viață și muncă:

- ocupația și caracteristicile sale, noxe
- orarul și igiena alimentației
- cantitatea de alcool și tutun consumate zilnic și vechimea (în ani)

• respectarea orelor de odihnă (somn, concedii)

• condițiile de locuit

• în urgențele ginecologice interesează ora ultimei ingestii alimentare

V. Examenul obiectiv

Starea actuală:

- starea generală: satisfăcătoare, grav-medie, gravă
- poziția: activă, pasivă, forțată
- conștiința: clară, obnubilată, stupor, somn, comă
- expresia feței: liniștită, apatică, suferindă, etc.
- constituție: normostenică, astenică, hiperstenică,

intersexuală

- talia, ponderitatea, temperatura corpului

• tegumente și mucoase: culoarea (roz-pală, palidă, cianotică, lividă, hiperemiată, icter), edem, pigmentare, strii, erupții, turgor (normal, scăzut), etc.

• glandele mamare: gradul de dezvoltare după Tanner, forma, simetricitatea, aspectul tegumentelor de asupra glandei mamare (normal, hiperpigmentare, hiperemie, semnul "coji de portocală"), areola și mamelonul (aplatizat, invaginat, cu aspect normal). Palparea glandei mamare (în decubit dorsal și în ortostatism cu mâinile după cap) țesutul omogen sau se apreciază indurație locală, nodul(i) cu indicarea localizării exacte, sensibilitatea la palpare, secreții din glanda mamară (cantitatea, caracterul)

• pilozitate: de tip feminin, hipertricoză, hirsutism

• țesut musculo-adipos: dezvoltat normal, insuficient, excesiv, localizarea depunerii preponderente a stratului subcutanat adipos

• sistemul ganglionar limfatic: se va nota volumul, sensibilitatea, consistența, limitele și mobilitatea ganglionilor din ariile ganglionare cervicale (parotidiene, submaxilare, jugulo-carotidiene, spinale), supraclaviculare, axilare, inghinale

Examenul pleuropulmonar:

• simptome: durere toracică, tuse, expectorație, dispnee, hemoptizii

• inspecție: deformarea toracelui, modificarea mișcărilor respiratorii (respirație superficială, asimetrie, punerea în acțiune a mușchilor respiratori accesorii), cianoză, circulație colaterală toracică, hipocratism digital

• auscultație: murmur vezicular (normal, diminuat, abolit), raluri (ronflante, crepitante, sibilante, frecătură pleurală). Frecvența respirației.

Examenul cardiovascular:

- simptome: dispnee de efort, de repaus, durere toracică, palpitații, pierdere de cunoștință, dureri ale membrelor inferioare

- inspecție: dispnee de repaus, deformarea toracelui, circulația colaterală toracică, acrocianoză, turgescența venelor jugulare

- auscultație: zgomote (ritmice, aritmice), sufluri (sdiu, iradiere, intensitate, timp - sistolice, diastolice), frecătură

- tensiunea arterială, pulsul (frecvența, ritmicitatea, filiform sau normal)

Aparatul digestiv:

- simptome: disfagie, durere abdominală, greață, vomă, constipație, diaree, hematemeză, melenă, rectoragii, tenesme

- inspecție: tegumentele - icter, angioame stelate, circulație venoasă colaterală, limba - umiditate, saburație, peretele abdominal - cicatrici, hernii; volumul abdomenului - mărit sau nu, simetric sau nu, participă sau nu în actul de respirație

- palparea abdomenului (superficială și profundă): puncte dureroase, hiperestezie cutanată, defansul muscular, semnele de excitare ale peritoneului, conturarea formațiunii tumorale (localizarea, volumul, consistența, mobilitatea, sensibilitatea)

- percuția abdomenului: zone de matitate pe flancuri sau pe toată suprafața, percuția spinelor iliace anterosuperioare (timpanită clară bilaterală sau unilaterală, matitate accentuată bilaterală sau unilaterală)

- ficatul: dimensiunile, sensibilitatea la palpare

- splina: dimensiunile, sensibilitatea la palpare

Aparatul urinar:

- simptome: dureri lombare (colică nefretică, apăsa-re), hematurie, polakiurie, disurie (mictiune dureroasă, frecventă, imperioasă), incontinență de urină, edeme

- semnele tapotamentului renal bilateral (negative, slab- pozitive, pozitive)

VI. Examenul ginecologic special

Inspecția organelor genitale externe:

- organele genitale externe dezvoltate normal sau se constată patologii (inflamație, condiloame acuminat, varice, etc.), tegumentele părții interne a coapselor (hiperpigmentare, hiperemie, eczemă, etc)

- pilozitatea; tip feminin, masculin, intersexual

- fanta genitală: închisă, întredeschisă, beantă

- vestibulul vaginal și glandele bartoline: aspect normal sau patologic

Examenul în valve:

- mucoasa vaginului (roz-pală, hiperemiată, cu depu- neri albicioase, sângerări punctiforme, dilatări venoase varicoase, cicatrici, malformații, tumori, etc)

- colul uterin:

- situarea: mediană, excentrică (dreapta, stânga, anterior, posterior)

- forma: cilindrică la multipare, conică la nulipare

- orificiul extern: punctiform la nulipare, în fantă transversală la multipare

- epiteliul de pe partea vaginală a colului uterin – curat, eroziat, dimensiunile eroziei

- modificările mucoasei exocervicale: ectropion, polip, ouă Nabothi, tumori
- eliminări:
 - cantitatea (mică, abundentă, moderată)
 - culoarea (gălbuie, albicioasă, transparentă, verzuie, cafenie)
 - consistența (lichidă, vâscoasă, mucoasă)
 - miros (obișnuit, fetid, de pește, acru)
 - alte caracteristici (seroase, sanguinolente, purulente, spumoase, brânzoase)
- simptomul "pupilei", extensia glerei cervicale
- Tușeul ginecologic bimanual:**
- intrarea în vagin: liberă, cu dificultăți
- vaginul: liber, voluminos, îngust, sept
- colul uterin:
 - situarea (excentric, centrat pe axul bazinului)
 - consistența (elastică uniformă sau neuniformă, rămolit, dur)
 - mobilitatea (mobil, imobil)
 - sensibilitatea la dislocarea colului uterin (lipsește, durere acută)
- uterul:
 - dimensiunile (normale sau mărit corespunzător săptămâni de sarcină)
 - forma (normală, deformată, uter dedublat, uter în formă de șa, etc.)
 - flectarea (anteflexie, hiperanteflexie, retroflexie, lateroflexie), versarea (anteversie, retroversie), poziția (dextropoziție, sinistropoziție, poziție mediană)
 - consistența (dur, rămolit, dur-elastic)
 - sensibilitatea la palpare (indolor, dureros)

- anexele:
 - trompele: nu se palpează, se palpează (dimensiunile, mobilitatea, sensibilitatea)
 - ovarele: nu se palpează, se palpează (dimensiunile, consistența, mobilitatea, sensibilitatea)
 - formațiuni anexiale (volum, consistență, sensibilitate, legătura cu uterul - prezența șanțului de delimitare între formațiune și corpul uterin)
- fundurile de sac vaginale:
 - volumul (fornixele libere, adânci, aplatizate, îngustate, bombate, prolabate în vagin)
 - sensibilitatea (indolore, dureroase, extrem de dureroase)
- Examenul rectovaginal și rectoabdominal:**
- sensibilitatea la palpare
- mobilitatea mucoasei
- starea ligamentelor sacro-uterine
- prezența formațiunilor tumorale în bazinul mic sau lumenul rectal

VII. Diagnosticul preventiv

Se formulează în baza datelor din compartimentele I-VI. În prezența mai multor patologii maladia de bază este aceea care a servit motiv de internare în staționar. Dacă diagnosticul rămâne neclar, se menționează toate diagnosticurile care urmează a fi diferențiate.

VIII. Planul de investigații

Se indică planul investigațiilor și consultațiilor necesare pentru precizarea și argumentarea indubitabilă a diagnosticului preventiv.

IX. Rezultatele examenului paraclinic

Se indică rezultatele investigațiilor preconizate în p. VIII, precum și concluziile consultanților.

X. Diagnosticul diferențial

Diagnosticul diferențial se face cu stările cele mai probabile pentru cazul dat. De exemplu, dacă ginecopsa prezintă hemoragia vaginală ca simptom de bază, diferențierea se face între maladiile la care hemoragia vaginală este cel mai frecvent simptom (sau unul dintre cele mai frecvente simptome).

Diagnosticul diferențial se descrie în formă de tabel după următorul model:

Semnul (simptomul)	Maladia 1 (presupusă)	Maladia 2	Maladia 3	Pacienta A
A	+	-	-	+
B	+	+	-	+
C	-	+	+	-

XI. Diagnosticul clinic definitiv și argumentarea lui

Argumentarea diagnosticului definitiv se descrie după următoarea schemă:

- în baza acuzelor pe care le prezintă pacienta (se enumeră acuzele principale) poate fi suspectat(ă) ... (patologie a organelor genitale interne, proces inflamator în bazinul mic, proces inflamator în anexe, catastrofă în cavitatea abdominală, hemoragie internă, hemoragie disfuncțională, etc.)

- în baza examenului clinic s-a depistat (se enumeră semnele clinice principale, caracteristice pentru patologia discutată), ceea ce demonstrează ... (urmează

concluzia făcută în baza examenului clinic)

- în baza examenului paraclinic, care a relevat (sunt enumerate modificările patologice, constatate prin diferite metode, care confirmă concluziile precedente)

se stabilește **diagnosticul** :

a) forma clinică, clinico-morfologică sau patogenică a maladii

b) forma evolutivă – acută, subacută, cronică

c) stadiul, faza, gradul de activitate al procesului

d) complicațiile

e) maladii asociate

XII. Etiologia și patogenia maladii

Se descriu momentele etiopatogenice principale ale maladii la pacienta dată (se admite în formă de schemă *cauză > efect*).

În primul rând se stabilește dacă boala discutată are caracter primar sau este secundară, consecință a altei maladii.

În primul caz se delimitează dacă e posibil factorul etiologic concret (infecția, trauma, schimbări morfologice de organ, ereditatea agravată, etc.).

În cazul doi se indică maladia de bază și se stabilește legătura patogenică între dânsa și patologia discutată.

În toate cazurile se descriu factorii provocatori sau agravanți, care contribuie la apariția puseelor evolutive sau progresării bolii, inclusiv factorii de risc.

XIII. Principiile de tratament ale maladii prezente

La acest capitol sunt descrise doar principiile generale de tratament ale afecțiunii stabilite.

XIV. Planul de tratament și argumentarea lui

Se stabilește scopul real al terapiei pacientei date: însănătoșire completă, ameliorarea simptomatologiei, lichidarea sau diminuarea acutizării, prevenirea progresării maladiei în stadiu mai avansat, sporirea capacității de muncă, etc.

Se descrie planul terapeutic concret:

- regim
- dietă
- tratament medicamentos (include tratamentul cauzal dacă e posibil, patogenetic, simptomatic; se includ câteva preparate de bază, cu adevărat necesare, evitând poli-pragmazia):
 - preparate, dozele nițmerale
 - modul și frecvența administrării
 - durata curei de tratament
- tratament nemedicamentos:
 - fizioterapie
 - gimnastică curativă
 - masaj ginecologic
 - psihoterapie, hipnoză, etc.
- tratament chirurgical:
 - pregătirea preoperatorie (regim, dietă, tratament medicamentos și nemedicamentos, măsuri speciale – vezi partea "Pregătirea preoperatorie a ginecopatelor")
 - descrierea operației
 - conduita în perioada postoperatorie (regim, dietă, tratament medicamentos și nemedicamentos, măsuri speciale – vezi partea "Conduita ginecopatelor în perioada postoperatorie").

XIV. Zilnice

Zilnicele (2-3) reflectă datele examenului pacientei în timpul curăției. Ele includ informații despre:

- starea generală la momentul curăției
- acuzele pentru ultimele 24 ore
- cele mai informative date ale examenului clinic:
 - aspectul tegumentelor
 - limba
 - pulsul
 - temperatura corpului
 - tensiunea arterială
 - palparea abdomenului
 - peristaltica intestinală
 - eliminări din vagin
 - scaunul, mictiunea

Semnele clinice sunt descrise în dinamică. Dacă pacienta se află în perioada postoperatorie pe lângă semnele enumerate se descrie

- *status localis*:
 - pansamentul curat sau îmbibat (se descrie caracterul lichidului – seros, sero-sanguinolent, sanguinolent, purulent)
 - plaga curată sau infiltrată
 - aspectul suturilor (dacă nu au fost înlăturate)
 - sensibilitatea la palpate în jurul plăgii

XV. Prognosticul

Se apreciază prognosticul pentru viață, sănătate, funcția menstruală, sexuală, reproductivă, capacitatea de muncă (favorabil, dubios, nefavorabil).

XVI. Epicriza de externare

Epicriza de externare este o descriere succintă a cazului clinic:

- numele, prenumele pacientei
- durata aflării în staționar
- diagnosticul clinic definitiv
- acuzele la internare
- vechimea bolii
- principalele schimbări patologice pe sisteme și organe (din datele clinice și rezultatele examenului paraclinic)
- tratamentul aplicat
- rezultatele tratamentului, starea la externare
- concluzia staționarului:
 - se externează la serviciu
 - se externează sub supravegherea medicului de circumscripție
 - se transferă în alt staționar
 - se îndreaptă la tratament balnear
 - se îndreaptă la Comisia medicală de expertiză de muncă
- recomandări:
 - regim
 - dietă
 - condiții de muncă și trai
 - măsuri de profilaxie și reabilitare
 - tratament medicamentos (preparate, doze, modul și frecvența administrării, durata curei de tratament)
 - tratament nemedicamentos (fizioterapie, gimnastică curativă, masaj ginecologic, tratament balnear, psihoterapie, etc.)

PARTEA II. EXAMENE COMPLEMENTARE PENTRU DIAGNOSTICUL INFECȚIILOR UROGENITALE

Recoltarea frotiului și evaluarea gradului de puritate a conținutului vaginal

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon
3. Valve Simps
4. Chiureta Folkmann
5. Lamelă degresată
6. Soluție de bicarbonat de sodiu

Condiții:

- a) excluderea spălăturilor vaginale în ziua recoltării
- b) ultima micțiune cu cel puțin 3 ore înainte de procedură
- c) recoltarea materialului se efectuează până la tușeul bimanual

Vaginul și colul uterin se expun în valve. partea vaginală a colului uterin se șterge cu tifon înmuiat în soluție de bicarbonat pentru a înlătura dopul gelatinos cervical, după ce cu chiureta Folkmann se colectează material din fornixul posterior (1), canalul cervical (2), uretră (3). Pentru a recolta eliminările din uretră orificiul ei extern se curăță cu tifon steril, și se colectează eliminările apărute în urma masajului peretelui posterior al uretrei cu indexul introdus în vagin. Materialul din punctele enumerate (1,2,3) se aplică separat pe lamela degresată în strat subțire notificând zonele corespunzătoare prin litere: v (vagin), c (cervix), u (uretră). Evaluarea gradului de puritate a conținutului vaginal se efectuează în conformitate cu datele prezentate în tab. Nr.1.

Tabelul Nr.1

**Evaluarea gradului de puritate
a conținutului vaginal**

Gradul de puritate	Celule epiteliale	Leucocite	Bacili Doderlein	Coci Gram	PH vaginal
Gradul I	+	-	+++	-	Reacție acidă 4-4,5
Gradul II	+	+	++	-	Reacție slab acidă 5,0-5,5
Gradul III	++	++	+	+	Reacție neutră sau slab alcalină 6,0-7,2
Gradul IV	+	+++	-	++	Reacție alcalină >7,2

+ unice

++ în cantitate moderată

+++ în abundență

? lipsesc

Recoltarea frotiului pentru diagnosticul chlamidiozei urogenitale

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tampon de vată
3. Soluție de alcool etilic
4. Valve Simps
5. Chiureta Folkmann
6. Lamelă degresată

Condiții:

- a) excluderea spălăturilor vaginale în ziua recoltării
- b) ultima micțiune cu cel puțin 3 ore înainte de procedură
- c) recoltarea materialului se efectuează până la tușeul bi-manual

Vaginul și colul uterin se expun în valve, orificiul extern al uretrei și al canalului cervical se prelucrează cu alcool etilic, apoi din canalul cervical și din uretră cu chiureta se recoltează epiteliul cilindric, astfel încât materialul recoltat să conțină puroi și sânge. Materialul recoltat se aplică în strat subțire pe o lamelă degresată. Preparatul se colorează după Romanowski-Giemsa și se microscopiază.

Evaluare. Rezultatul este pozitiv dacă în celulele epiteliale se depistează structurile morfologice tipice pentru chlamidii – corpusculii Provatocok.

Examenul primar la gonoree

a) Bacterioscopie:

- Colul uterin se expune în valve și se prelucrează cu soluție 2% de acid boric
- se colectează materialul din:
 - uretră (cu ajutorul ansei după masaj prealabil)
 - canalul cervical (la adâncimea de 1 cm se introduce pensa anatomică cu brașele închise, neatingând orificiul intern)
 - canalele parauretrale
 - glandele Bartholin (cu ajutorul ansei)
- se colectează materialul din rect:
 - în rect se introduce canula de clismă la adâncimea de 3 cm și lent se introduc 50-80 ml de ser fiziologic la temperatura corpului

- la orificiul distal al canulei se situează un pahar steril în care se colectează apele de lavaj
- din apele de lavaj se separă bucățele de mucus, puroi, țesut infectat, care se aplică pe lamelă
- se efectuează microscopia frotiurilor preparate, colorate după Gram

b) Examenul bacteriologic cu aplicarea metodelor de provocare (se efectuează în cazul când examenul bacterioscopic nu a fost relevant).

Materialul pentru **examenul bacteriologic** se colectează timp de 3 zile consecutive cu ansa trecută prin flămură de foc din aceleași zone ca și pentru bacterioscopie. Materialul se aplică pe mediul nutritiv proaspăt pregătit, care poate să fie geloză pepton-ascitică, mediu anascitic din geloză peptonată îmbogățită cu autolizat de drojdie ș.a. Coloniile se identifică după aspectul exterior cu microscopia ulterioară a frotiurilor colorate după Gram.

Examenului bacteriologic la gonoreea se efectuează cu aplicarea **metodelor de provocare**:

- **termică**: diatermia pe partea inferioară a abdomenului, regiunea lombară sau intravaginală timp de 3 zile câte 30-40 min. Peste 1-2 ore după fiecare procedură se colectează materialul pentru examenul bacteriologic
- **chimică**: prelucrarea uretrei cu soluție 1-2 % de nitrat de argint, a canalului cervical cu soluție 3-5 % de nitrat de argint, și rectului cu soluție 1% Lugol în glicerină
- **mecanică**: masajul uretrei sau aplicarea pesarului cervical pe 24 ore
- **fiziologică**: menstruația (materialul pentru însămânțare se colectează în timpul menstruației)
- **biologică**: intramuscular se introduc 500 mln de corpi

microbieni de gonovaccin (0,3-0,5 ml). Timp de 3 zile consecutive se recoltează materialul pentru examenul bacteriologic

- **alimentară**: consumarea alimentelor condimentate (sărute, pipărate), berei

De obicei se folosește metoda combinată de provocare – biologică și chimică; alimentară, termică și mecanică; fiziologică, mecanică și chimică, etc.

Examenul bacterioscopic și bacteriologic la gonoree se efectuează atât cu scopul diagnosticului, cât și în calitate de **criteriu de vindecare**. După finisarea tratamentului peste 7-10 zile se indică provocare combinată (biologică, chimică, mecanică, alimentară) cu examenul ulterior bacterioscopic și bacteriologic peste 24, 48 și 72 ore. Dacă nu s-au depistat gonococi, în următorul ciclu menstrual examenul se repetă. Pacienta se consideră vindecată dacă după examenul bacterioscopic și bacteriologic efectuat pe parcursul a trei cicluri menstruale cu aplicarea metodelor combinate de provocare nu se depistează gonococi.

Examenul primar la tuberculoză

Bacterioscopia și însămânțarea sângelui menstrual:

- colul uterin se expune în specule
- pe col se aplică pesarul Kafka pe 24 ore în timpul menstruației
- pesarul se îndătură
- cu ajutorul pensei conținutul se aplică pe lamelă
- cu ajutorul ansei conținutul pesarului se aplică pe mediul Loewinstein

Bacterioscopia și însămânțarea apelor de lavaj uterin:

- colul uterin se expune în valve

- cu ajutorul seringii Braun sau cateterului de cauciuc în uter se introduc 3-5 ml de ser fiziologic sau soluție 5% de glicerină, care se lasă în uter pentru 5-10 min

- lichidul introdus se aspiră cu seringă Braun
- lichidul aspirat se aplică pe placa Petri
- din soluție se selectează țesutul descumătat, care se aplică cu spatula sau pensa pe lamelă și mediul Loewinștein - lensen

Metoda bacterioscopică:

- colul uterin se expune în specule
- se colectează și se aplică pe lamele materialul din uretră, canalul cervical, rect

Examenul citologic:

- se efectuează aspiratia endometrului după metoda descrisă mai jos
- se pregătește frotiul pentru examenul citologic – în caz de tuberculoză printre celulele endometriale se depistează celulele gigante Pirogov-Langhans

Probele tuberculice:

1. Cutireacția Pirquet:

- pielea părții interne a antebrațului se prelucrează cu eter sau alcool etilic
- pe piele se aplică o picătură de tuberculină
- se execută scarificarea nesângerândă a pielii în locul picăturii
- peste 24 ore se evaluează reacția dermatuberculinică după dimensiunile infiltratului:
 - până la 5 mm " - "
 - 5-10 mm " + "
 - în centrul infiltratului vezică sau limfangită " + + + "

2. Intradermoreacția Mantoux:

- pielea părții interne a antebrațului se prelucrează cu eter sau alcool etilic
- intradermic se introduce 0,1 ml soluție tuberculinică (2 UT - unități de tuberculină)
- peste 72 ore se evaluează reacția după dimensiunile diametrului transversal (vis-a-vis de axul antebrațului) al papulei:
 - " - " 0-1 mm
 - " + - " (dubois) 2-4 mm
 - " + " 5 mm și mai mult sau reacție veziculo-necrotică sau limfangită indiferent de dimensiunile papulei

3. Proba subcutană Koch:

- înainte de probă se face hemoleucograma
- pielea antebrațului se prelucrează cu eter sau alcool etilic
- subcutanat se introduce 1 ml soluție tuberculinică (20 UT)
- peste 24 și 48 ore se evaluează **reacția cutanată** (papula de peste 15 mm – proba pozitivă), **reacția generală** (febră +0,5°C, tahicardie ?100 băt./min, inapetență, cefalee), **modificările hemoleucogramei** (numărul de limfocite $\pm 10\%$ și mai mult, neutrofile cu nucleu nesegmentat +50% și mai mult, monocite +4% și mai mult, accelerarea VSH cu 3 mm/oră și mai mult) și **reacția de focar** (eliminări sanguinolente din căile genitale, sensibilitatea uterului și/sau anexelor, mărirea în volum a uterului și/sau anexelor).

În prezent utilizarea probei subcutane Koch este redusă din cauză contraindicațiilor (tuberculoză extrageni-

tală în fază activă, diabet, patologia ficatului, patologia renală).

Tratamentul cu gonovaccin

Indicații:

1. Gonoree ascendentă
2. Ineficacitatea antibioticoterapiei
3. Evoluție torpidă și cronică

Schemă de administrare:

i/m o dată la 2-3 zile în doză crescândă, reieșind din doza inițială 200 mln corpi microbieni. Doza este mărită treptat până la reacție generală (hipertermie, cefalee), locală (durere și hiperemie în locul de administrare) și reacție de focar (durere în organul infectat, eliminări abundente), dar nu mai mult de 2 mlrd corpi microbieni. Cura de tratament include 6-8 injecții.

Tratamentul cu pirogenal

Indicații:

1. Gonoree proaspătă cu evoluție torpidă
2. Gonoree cronică a organelor etajului superior (endometrită, salpingooforită)

Schemă de administrare:

i/m în doza inițială 20-25 DPM (doze pirogenice minime), care induce peste 3-4 ore hipertermie până la 37,5-37,8°C timp de 10-12 ore. Dacă reacția este nepronunțată, doza este mărită la următoarea injecție cu 25-50 DPM, dar nu mai mult de 1000 DPM. Dacă reacția locală și generală este pronunțată, se menține doza respectivă. Injecțiile se fac peste o zi sau fiecare 2-3 zile, cura de tratament include 10-15 injecții.

Recoltarea spermei și evaluarea spermogramei

Sperma poate fi colectată după masturbație, coit întrerupt sau cu ajutorul vibroejaculatorului. Spermograma se studiază în două prize cu intervalul de 15 zile, după abținere sexuală și alcoolică de 5-7 zile.

Caracteristica spermogramei normale:

- volumul spermei 2-5 ml
- viscozitate normală 2-4 mm, mărită în cazul afecțiunilor inflamatorii, micșorată în cazul dereglărilor de spermatogeneză

- PH 7,2-7,8

- concentrația spermatozoizilor 40-120 mln/ml

- activitatea spermatozoizilor 40%, peste o oră după ejaculare 25%

- morfologia: 50% de forme normale

- aglutinarea lipsește

- leucocite 5-8 în câmpul de vedere

- granule de lecitină: în abundență

Forme patologice de spermă:

- *azoospermia* – lipsa spermatozoizilor în ejaculat

- *oligozoospermia* – concentrația spermatozoizilor în ejaculat sub 20 mln/ml

- *astenozoospermia* – diminuarea mobilității spermatozoizilor (mai puțin de 25% spermatozoizi mobili peste o oră după ejaculare)

- *necrospermia* – lipsa spermatozoizilor mobili în ejaculat

- *teratozoospermia* – mai puțin de 50% de forme normale de spermatozoizi în ejaculat

PARTEA III. TESTELE DIAGNOSTICULUI FUNCȚIONAL

Colectarea materialului pentru analiza colpocitologică și evaluarea profilului colpocitologic

Principiul metodei: reacția froțiului vaginal (după Gheist și Salmon) depinde de saturația estrogenică a organismului. Sub acțiunea estrogenelor epitelul vaginal este supus cornificării. El fiind compus din 4 straturi de celule - bazale, parabazale, intermediare și superficiale (ultimile pot fi cornificate, adică cu nucleu picnotic și necornificate) - numărul de celule superficiale, iar dintre ele a celor cu nucleu picnotic este cu atât mai mare cu cât este mai mare saturația estrogenică a organismului.

Instrumente:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon
3. Soluție antiseptică (H_2O_2 3%, cloramină 0,5%)
4. Valve Simps
5. Chiureta Folkmann
6. Lamelă

Condiții:

- a) repaus sexual ultimele 24 ore
- b) excluderea spălăturilor vaginale ultimele 48 ore
- c) excluderea preparatelor hormonale cu 2 săptămâni înainte de procedură
- d) gradul de puritate al vaginului I-II

Organele genitale externe se prelucrează cu soluție antiseptică, vaginul și colul uterin se expun în valve. Materialul se recoltează din *portio vaginalis* a fornixului lateral și se aplică în strat subțire pe lamelă. Froțiul se fixează și se colorează după metoda policromatică a lui Papanicolaou în modificarea Rudenko. În fișa pentru laborator se indică, pe lângă informația uzuală, ziua ciclului menstrual.

Evaluare. După clasificarea lui Gheist și Salmon se disting 4 tipuri de reacție a froțiului vaginal:

• **reacția I** – în froțiu predomină celule bazale (atrofice) și leucocite; acest tip de reacție indică o insuficiență pronunțată de estrogene și se întâlnește la femeile în menopauză, la fetițe până la perioada maturării sexuale și la pacientele cu hipofuncție ovariană sau după ovalectomie

• **reacția II** – în froțiu se depistează celule bazale izolate, parabazale și intermediare, ceea ce indică gradul mediu de saturație estrogenică; acest tip de reacție poate fi prezent la o femeie sănătoasă doar în timpul menstruației sau în postpartum

• **reacția III** – în froțiu predomină celule intermediare, ceea ce indică o insuficiență neînsemnată a estrogenelor; celulele intermediare se depistează în froțiu în toate fazele ciclului menstrual

• **reacția IV** – în froțiu predomină celule superficiale; acest tablou caracterizând funcția estrogenică suficientă a ovarelor

Astfel, într-un ciclu menstrual bifazic reacția froțiului vaginal va suferi schimbări în funcție de faza ciclului menstrual (tab. Nr.2):

Tabelul Nr.2

**Datele colpocitogramei
în ciclul menstrual bifazic**

ZIUA CICLULUI MENSTRUAL

	5-7	7-12	12-14	14	15-18	18-25	25-28
Reacția frotiului vaginal (după Gheist și Salmón	III	III	III-IV	IV	IV-III	III	III

Temperatura bazală

Principiul metodei: testul este bazat pe acțiunea hipertermică a progesteronului asupra centrului de termoreglare situat în hipotalamus.

Instrumente

termometru

Condiții

măsurarea se efectuează dimineața la una și aceeași oră fără a se scula din pat, fără evacuarea conținutului vezicii urinare și al rectului, cu unul și același termometru. timp de 5-7 min.

Se măsoară temperatura rectală din 1 zi a ciclului menstrual timp de cel puțin 3 cicluri menstruale (preferențial 4-6). În baza măsurărilor efectuate se trasează curba temperaturii bazale (vezi anexa).

Evaluare. Curba temperaturii bazale la un ciclu menstrual normal are două faze bine definite – faza hipotermiei relative (36,3-36,8°C) dominată de acțiunea estrogenelor, și faza hipertermiei relative (37,0-37,2 °C), ultima fiind

determinată de acțiunea corpului galben (progesteronului). I fază se termină cu o scădere preovulatorie a temperaturii bazale în medie cu 0,3°C, consecință a concentrației maxime de estrogene în această perioadă, după care urmează ovulația și creșterea temperaturii bazale indusă de progesteron. Cu 2-3 zile înainte de menstruație temperatura rectală scade din nou. Astfel, **în baza curbei temperaturii bazale putem aprecia:**

- saturația estrogenică a organismului (este cu atât mai mare cu cât este mai pronunțată scăderea preovulatorie a temperaturii rectale)
- prezența sau lipsa ovulației (în ultimul caz curba va fi monofazică)
- activitatea corpului galben (se consideră suficientă dacă durata fazei a II-a este de 7-10 zile cu o creștere a temperaturii vis-a-vis de I fază de cel puțin 0,4°C)

Proprietățile glerei cervicale

Principiul metodelor: pe parcursul ciclului menstrual glera cervicală suferă sub acțiunea hormonilor sexuali modificări de cantitate, densitate, elasticitate, opacitate. Sub acțiunea estrogenelor glera cervicală devine abundentă, transparentă, lichidă și elastică, iar progesteronul o face opacă, densă și puțin extensibilă. Pe aceste proprietăți ale mucusului cervical se bazează o serie de semne (semnul "pupilei", semnul "ferigii", capacitatea de extensie a glerei cervicale)

Semnul "pupilei"

Principiul metodei: sub acțiunea estrogenelor orificiul extern al canalului cervical se întredeschide și se umple

cu mucus transparent. Forma orificiului extern este rotundă sau ovală și datorită reflectării luminii în glera cervicală are aspectul pupilei.

Instrumente:

valve Simps.

Condiții anume nu se respectă.

Colul uterin se expune în valve și se apreciază forma și dimensiunile orificiului extern, cantitatea și proprietățile glerei cervicale.

Evaluarea semnului "pupilei" se face după următorul algoritm:

"?" – negativ

"+" – slab pozitiv (orificiul extern este puțin întredeschis și umplut cu o cantitate nu prea mare de mucus transparent)

"++" – pozitiv (orificiul extern al canalului cervical este întredeschis de 0,2 cm cu un conținut mare de mucus transparent)

"+++ " – pronunțat (canalul cervical este întredeschis de 0,3 cm cu eliminarea abundentă a glerei cervicale transparente)

Cu cât saturația estrogenică este mai mare, cu atât este mai pronunțat semnul "pupilei", deaceia exprimarea maximă a lui se determină în perioada preovulatorie.

Capacitatea de extensie a glerei cervicale și fenomenul de cristalizare a ei sunt două testuri diferite, care se îndeplinesc consecutiv.

Instrumente și materiale:

1. Valve Simps
2. Soluție antiseptică (H₂O₂ 3%, cloramină 0,5%)
3. Pensă port-tampon, comtang
4. Tifon uscat
5. Lamelă

Organele genitale externe se prelucrează cu soluție antiseptică. Colul uterin se expune în valve, cu tifon uscat se șterge partea vaginală a colului uterin pentru a înlătura secrețiile. În stare închisă comtangul uscat se introduce în canalul cervical la adâncimea de 0,5-1 cm, brașele comtangului se deschid cu precauție și se agată mucusul cervical, evitând traumarea colului uterin. După extragerea comtangului brașele lui se îndepărtează lent, fixând capacitatea de extensie a glerei cervicale. Apoi glera cervicală se aplică pe lamelă, preparatul se usucă la temperatura camerei timp de 1,5-2 ore și se studiază la microscop cu amplificarea de 100-200 ori.

Evaluare. Sub acțiunea estrogenelor glera cervicală devine mai puțin vâscoasă și mai extensibilă. Deaceia capacitatea de extensie a glerei cervicale de peste 12 cm (+++) indică o saturație estrogenică bună și se apreciază în preajma ovulației, extensia de 8-12 cm (++) indică saturație estrogenică moderată, iar extensia sub 6 cm (+) indică insuficiență estrogenică.

Pe lângă aceasta, în preajma ovulației sub acțiunea estrogenelor are loc retenția de natriu, concentrația lui fiind mai mare și în mucusul cervical. Natriul în prezența

mucinei se cristalizează, generând tabloul frunzei de ferigă. Fenomenul cristalizării mucusului cervical poate fi cuantificat în felul următor:

“?” cristalizarea lipsește, mucusul este amorf (deficit de estrogene)

“+” cristalizare nepronunțată sub formă de ramificații izolate, “rătăcite” între elementele celulare și masa amorfă (saturație estrogenică neînsemnată)

“++” tablou clar de “frunză de ferigă” cu ramificații secundare și terțiare (saturație estrogenică moderată)

“+++” cristaluri mari grupate în mai multe “frunze de ferigă” cu pețiol masiv, îngroșat de 2-3 ori față de ramificațiile secundare și terțiare, ultimele sunt aranjate sub unghi de 80° (saturație estrogenică maximă)

PARTEA IV. DIAGNOSTICUL PATOLOGIEI COLULUI UTERIN

Frotiurile Papanicolau

❖ *clasa a I-a = citologie absolut normală (absența oricăror celule atipice).*

❖ *clasa a II-a = citologie atipică fără semne de malignitate;*

❖ *clasa a III-a = celule sugerând malignitatea, fără ca aceasta să fie evidentă;*

❖ *clasa a IV-a = celule susținând cu mare probabilitate malignitatea;*

❖ *clasa a V-a = citologie sigur malignă.*

Testul Schiller

Testul Schiller se folosește pentru diagnosticul patologiei colului uterin, precizarea zonei-limită dintre țesutul patologic și acela intact.

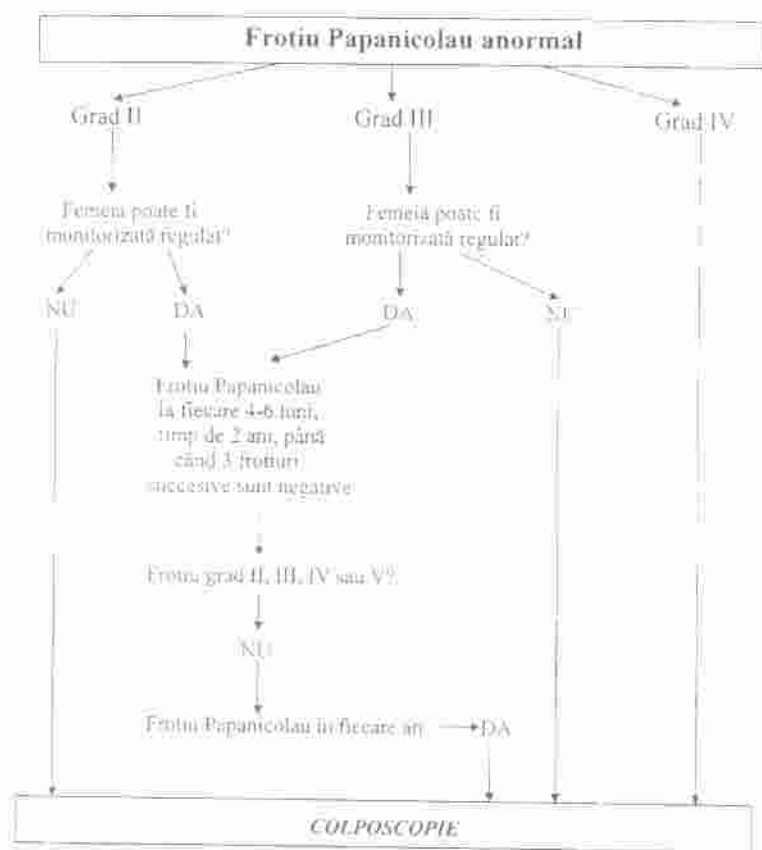
Instrumente și materiale.

1. Pensă port-tampon
2. Vată, tifon
3. Valve Kusco
4. Soluție Lugol 2%

Colul uterin se expune în valve, partea vaginală a lui se usucă cu tampon de vată, apoi se prelucrează cu Sol Lugol 2% și se examinează.

Evaluare. La o femeie de vârstă reproductivă stratul intermediar și superficial al epiteliului pavimentos conține mult glicogen, care în prezența iodului se colorează uni-

Algoritm pentru managementul femeilor cu frotiu Papanicolau anormal
(modificată, după W. Bonnez)



form în culoare brună (**testul pozitiv**). În cazul unui defect al epitelului pavimentos (erozie veridică, ulcer) sau a substituției lui cu epitelu cilindric, zone de displazie sau cancer aceste porțiuni nu se colorează cu sol. Lugol și se evidențiază în formă de pete albe pe fondal brun (**testul negativ**).

Colposcopia (simplă, detaliată, cromocolposcopia, colpomicroscopia)

Instrumente și materiale.

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Valve Kusco
4. Colposcop
5. Sol. Acid acetic 3%, sol. Lugol 2% (pentru colposcopia detaliată)
6. Filtre colorate: albastru de toluidină, hematoxilina; soluție de metil violet ș.a. (pentru cromocolposcopia)
7. Colpomicroscop, soluție de acedrin (pentru colpomicroscopia)

Colul uterin se expune în valve și se usucă atent cu tampon de vată. Inițial colul uterin se inspectează cu ochiul liber, apoi cu ajutorul colposcopului (**colposcopia simplă, sau de orientare**). Pe urmă mucoasa colului uterin se badijonează cu acid acetic 3%, care distruge mucusul cervical și spasmiază capilarele, astfel țesutul patologic se vizualizează mai bine la inspecția prin colposcop. Aceasta este **colposcopia detaliată**, la care se referă și colposcopia precedată de testul Schiller.

Dacă pentru colposcopia se folosește tubusul cu capacitatea de mărire 150 ori și mai mult, metoda poartă

Colposcopia

I. Aspecte colposcopice normale:

- A) *Epiteliu scuamos* (pluristratificat pavimentos) original;
- B) *Epiteliu cilindric* (epiteliu columnar);
- C) *Zona de transformare* (aria cuprinsă între epiteliul scuamos și epiteliul cilindric).

II. Aspecte colposcopice anormale:

- A) *Zona de transformare atipică* - sunt modificări sugestive pentru neoplazie:
 - *epiteliu alb* (aceto-alb);
 - *punctația* - zona focală, în care capilarele apar sub forma unor puncte;
 - *mozaicul* - leziune de aspect mozaicat;
 - *hiperkeratoza* - apare sub forma unor plăci supradenivelate;
 - *vasele anormale* - vascularizația anormală.
- B) *Suspiciunea unui cancer invaziv*. Aspect suspect colposcopic, nu însă și clinic.

III. Aspecte colposcopice nesatisfăcătoare

Joncțiunea scuamo-cilindrică nu poate fi pusă în evidență.

IV. Alte constatări colposcopice:

- A) *Cervicovaginitele* - hiperemie difuză, vase evidente, uneori ca în punctație.
- B) *Erozia vera* - denudare, de obicei traumatică, a corionului.
- C) *Epiteliul atrofic* - epiteliu scuamos în circumstanțele carenței estrogene, cu vascularizația evidentă, datorită subțirii sale.

D) *Condiloame și papiloame* - leziuni exofitice în interiorul sau în afara zonei de transformare.

V. Aspecte colposcopice care sugerează invazia membranei bazale

- Pledează pentru invazia bazalei:
- vasele atipice;
 - suprafața neregulată cu proeminente nodulare;
 - leziunea complexă, întinsă, ascensionată în endocervix

Biopsia colului uterin

Instrumente și materiale

1. Pensă port-lampion
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile
5. Soluție 10% de acid L-aminocaproic
6. Valve Sims
7. 2 perechi de pense «tîre-balle»
8. Conhotom sau bisturiu
9. Catgut, ac chirurgical (eventual)

Condiții:

- a) biopsia este precedată de proba Schiller pentru aprecierea exactă a zonei limită între țesutul patologic și cel intact
- b) gradul I-II de puritate a vaginului
- c) condiții aseptice (aici și în continuare - medicul îmbracă mănuși sterile, prelucrând anterior mâinile cu alcool etilic, organele genitale externe și partea internă a coapselor se prelucrează cu soluție 2% de iod sau iodonat)

În condiții aseptice colul uterin se expune în valve și se fixează cu 2 perechi de pense «tîre-balle» în afara zonei pre-conizate pentru biopsie. La limita între țesutul intact și acela patologic cu conhotomul sau bisturiul se sectionează un lam-

bou cuneiform. Plaga se badijonează cu soluție 10% de acid ϵ -aminocaproic, în caz de necesitate se aplică suturi hemostatice. Câmpul operator se prelucrează cu antiseptic.

Protocolul operației

În condiții aseptice colul uterin a fost expus în valvă și fixat cu 2 perechi de pense "tire-balle" în afara zonei preconizate pentru biopsie. La limita între țesutul intact și acela patologic cu conționul (sau bisturiul) s-a secționat un lambou cuneiform. Plaga a fost badijonată cu soluție 10% de acid ϵ -aminocaproic (sau s-au aplicat suturi hemostatice). Colul uterin și vaginul au fost prelucrate cu iodonat. Complicații n-au fost.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Biopsia

Prezentăm conduita în funcție de rezultatul biopsiei, corelat cu datele obținute prin colposcopie:

1. Displazie ușoară (CIN I) = observație.

2. Displazie moderată /severă (CIN II sau III), deci inclusiv carcinomul *in situ* = conizație. **cu examen histopatologic.** Dacă leziunea se limitează la carcinom *in situ*, conizația poate rămâne tratamentul definitiv. Dacă leziunea histopatologică este cancer de la stadiul 1 în sus, tratamentul este cel recomandat oncologic.

3. Cancer invaziv, de la stadiul 1 în sus, tratamentul este cel recomandat oncologic.

Patologia cervicală

Conduita

În funcție de rezultatul citologiei, există mai multe modalități de abordare:

1. PAP normal, fără celule maligne:

- se repetă anual toată viața, sau

- se repetă anual până la două froțiuni normale consecutive, apoi se repetă din 3 în 3 ani.

2. Inflamația severă și infecția, fără elemente de atipie, necesită tratamentul corespunzător (froțiul indică de obicei și eventualul agent specific, de exemplu *Gardnerella*, *Trichomonas*, *Candida* etc.); froțiul se repetă obligatoriu după tratament, la maxim 2-3 luni;

3. Atipiile așa numite „ușoare», nespecifice, necesită doar repetarea froțiului PAP în maxim 4-6 luni;

4. Atipia cu koilocite, fără elemente de neoplazie, necesită repetarea în maxim 4-6 luni.

5. Elemente de displazie ușoară/moderat/severă (CIN 1, II, III) sau atipie persistentă sau atipie de semnificație necunoscută sau condilomatoză sau carcinom *in situ* sau carcinom invaziv: colposcopie + biopsie:

6. Celule columnare atipice pe froțiul PAP

- chiuretaj endocervical + biopsie de endometru sau

- dilatație și chiuretaj fracționat;

7. Lipsa celulelor endocervicale: urmărire de rutină, cu PAP repetat până într-un an;

8. Metaplazie scuamoasă și/sau hiperkeratoză: proces benign, deci urmărire de rutină.

Subliniez recomandarea actuală de a se formula diagnosticul froțiului PAP maceiași termeni histopatologici ca și în cazul biopsiei, deci tendința de realizare a unui limbaj comun pentru aceste investigații paraclinice.

Diatermoexcizia (electroconizarea) colului uterin

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile
5. Valve Simps
6. 2 perechi de pense «tîre-balle»
7. Electroconizator, electrocoagulator
8. Soluție 5-10% de permanganat de caliu

Condiții:

- a) gradul I-II de puritate a vaginului
- b) anestezie (i/v de scurtă durată)

Pacienta se află în poziția Trendelenburg, sub sacru printr-un tifon puțin umectat se fixează electrodul neactiv. În condiții aseptice colul uterin se expune în valve și se fixează cu pensele "tîre-balle", după care se deplasează spre fanta genitală. În orificiul intern se introduce canula electrodului activ, pensele "tîre-balle" se înlătură, conizatorul electric se afundă în țesuturile colului uterin la adâncimea necesară (până la regiunea orificiului intern) și prin mișcări de rotație se efectuează amputarea cuneiformă a colului uterin. După aceasta se efectuează electrocoagularea suprafeței sângerânde, iar plaga se badijonează cu soluție 5-10% de permanganat de caliu. Vaginul se prelucrează cu iodonat.

Următoarele 7-10 zile suprafața plăgii se prelucrează o dată la 2-3 zile cu soluție 5-10% de permanganat de caliu. Începând cu ziua 6-7-a se pot introduce tampoane cu emulsii antimicrobiene pentru facilitarea detașării crustei. Pacienta poate fi externată numai după detașarea

rea crustei (9-10 zi), deoarece în acest moment poate surveni o hemoragie considerabilă. Epitelizarea definitivă are loc peste 5-6 săptămâni.

Protocolul operației

În condiții aseptice colul uterin a fost expus în valve, fixat cu pensele "tîre-balle" și deplasat spre fanta genitală. În orificiul intern al colului uterin a fost introdusă canula electrodului activ, pensele "tîre-balle" înlăturate, conizatorul electric afundat în canalul cervical până la regiunea orificiului intern. S-a efectuat amputarea cuneiformă a colului uterin, electrocoagularea suprafeței sângerânde. Plaga a fost badijonată cu soluție 5-10% de permanganat de caliu, vaginul prelucreat cu iodonat. Complicații n-au fost

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Polipectomia

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile
5. Valve Simps
6. Pensă "tîre-balle"
7. Conhotom sau bisturiu
8. Vas, soluție 10% de formalină
9. Bon de trimitere pentru examenul histologic (formular

Nr. 014/u)

Condiții:

- a) gradul I-II de puritate a vaginului
- b) evacuarea vezicii urinare
- c) condiții aseptice
- d) anestezie (i/v sau locală - infiltrație cu soluție 0,25% de novocaină)

În condiții aseptice colul uterin se expune în valve, vaginul și colul uterin se șterg cu tifon uscat apoi se prelucreează cu alcool etilic, după care colul uterin se fixează cu pensa "tire-balle" în afara zonei polipului. Polipul canalului cervical se pensează la rădăcină și se "răsuțește" cu ajutorul conhotomului, sau se secționează cu bisturiul dacă e situat pe pedicul lat. Preparatul se fixează în soluție 10% de formalină și se expediază la examenul histologic.

Evaluare. Concluziile referitor la procesul patologic se fac în baza rezultatelor examenului histologic.

Protocolul operației

În condiții aseptice colul uterin a fost expus în specule, vaginul și partea vaginală a colului uterin s-au prelucrat cu soluție de alcool etilic. Colul uterin a fost fixat de labia anterioară cu pensa "tire-balle" în afara zonei polipului. Polipul canalului cervical a fost pensat la rădăcină și înlăturat cu conhotomul. Preparatul a fost fixat în soluție 10% de formalină și expediat la examenul histologic.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost

PARTEA V. DIAGNOSTICUL PATOLOGIEI CORPULUI UTERIN

Sondajul cavității uterine

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile
5. Valve Simps
6. Pensă «tire-balle»
7. Sondă uterină (histerometru)

Condiții:

- a) cateterizarea vezicii urinare
- b) gradul I-II de puritate a vaginului
- c) înainte de procedură se efectuează tușeul bimanual pentru a preciza poziția uterului
- d) condiții aseptice

În condiții aseptice colul uterin se expune în valve. Vaginul și partea vaginală a colului uterin se prelucreează cu soluție de alcool etilic sau iodonat. Colul uterin se fixează cu pensa «tire-balle» de labia anterioară și se deplasează posterior (dacă uterul se află în anteflexie) sau anterior (dacă uterul se află în retroflexie) cu scopul redresării canalului cervical pentru a evita perforația uterului în timpul sondajului. Ținând histerometrul cu mâna dreaptă (ca penița) el se introduce cu precauție în canalul cervical (se fixează lungimea canalului cervical), apoi în cavitatea uterină până la fundul uterului (se fixează lungimea uterului). Sonda se introduce în așa fel încât

suprafața ei gradată să fie îndreptată anterior. În timpul introducerii instrumentului o oarecare piedică poate fi resimțită la trecerea prin orificiul intern al canalului cervical și în cazul unor formațiuni patologice (polip, aderențe, noduli submucoși). Însă mișcările forțate trebuie evitate. Histerometrul se introduce ținând cont de poziția uterului apreciată la tușeul bimanual.

Evaluare. Sondajul cavității uterine se efectuează ca manoperă de sinestătătoare sau în cadrul altor manipulații (chiuretajul cavității uterine) și este o metodă informativă în mai multe sensuri, deoarece permite:

- **cunoașterea exactă a lungimii cavității uterului**, care la o primipară este de 7 cm, la multipară 8 cm. Deaceia histerometria anticipează unele manipulații în cavitatea uterului (raclajul, introducerea steriletului) care necesită această cunoaștere pentru a evita complicațiile (perforarea uterului)

- **stabilirea gradului de dezvoltare a uterului** după raportul dintre lungimea colului și corpului uterin (norma 1.3). Mai exact gradul de dezvoltare a uterului se apreciază după **formula lui Palmer**:

$$\frac{U-C}{C}$$

unde

U - lungimea cavității uterine.

C - lungimea canalului cervical.

Coeficientul ≥ 1.5 arată dezvoltarea normală a uterului,

< 1.5 - uter hipoplazic, < 0.5 - uter infantil.

- depistarea stricturii canalului cervical (dificultate la trecerea sondei prin canalul cervical),

- determinarea schimbărilor în țesutul endometrial în caz de suspiciune de miom uterin submucoș (semnul "străzii pavate" - adâncirea neuniformă a sondei în diferite porțiuni ale uterului);

- depistarea anomaliilor de dezvoltare (sept, uter bicorn, etc.) și de poziție ale uterului (lateroflexie, retroflexie, hiperanteflexie);

- diferențierea miomului uterin de chistul ovarian (în primul caz cavitatea uterului va depăși dimensiunile normale).

Raclajul diagnostic fractionat al mucoasei uterine

Instrumente și materiale

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic iodonat
4. Mănuși sterile (2 seturi)
5. Valve Simps
6. Pensă «tire-balle»
7. Sondă uterină (histerometru)
8. Dilatatoare Hégar Nr 0 - 8
9. Chiureta Nr 2
10. 2 vase
11. Soluție 10% de formalină
12. Bon de trimitere pentru examenul histologic (formular Nr 014/u)

Indicații:

- suspjecție la cancer endometrial sau al canalului cervical
- polip endometrial al canalului cervical
- hemoragii în menopauză
- pentru precizarea diagnosticului înainte de histerectomie "la rece"

Condiții:

- a) gradul I-II de puritate a vaginului

- b) cateterizarea vezicii urinare
- c) anestezie (i/v, paracervicală)
- d) condiții aseptice

Se efectuează tușeul bimanual pentru a preciza poziția uterului, după care medicul schimbă mănușile și recurge nemijlocit la procedură.

În condiții aseptice colul uterin se vizualizează în specule, vaginul și partea vaginală a colului uterin se șterg cu tifon uscat pentru a înlătura eliminările, apoi se prelucrează cu soluție de alcool etilic. Colul uterin se fixează de labia anterioară cu pensa «tire-balle» și se efectuează sondajul cavității uterine cu histerometrul, apreciind lungimea ei. Apoi se porcede la dilatarea canalului cervical cu dilatoarele Hégár, care se introduc consecutiv (până la Nr.8) după orificiul intern al canalului cervical. În canalul cervical se introduce chiureta Nr. 2 și se efectuează raclajul mucoasei canalului cervical (circular, în direcția de la orificiul intern până la cel extern), colectând raclatul într-un vas. Apoi chiureta Nr. 4 se introduce în cavitatea uterină în așa fel încât curbura chiuretei să coincidă cu cea a uterului și se efectuează raclajul cavității uterine de la fundul uterului spre orificiul intern consecutiv toți pereții uterului și unghiurile tubare în direcția aceluia ceasornicului. Raclatul se extrage din cavitate după fiecare 3-4 mișcări ale chiuretei și se colectează în alt vas. După finisarea chiuretajului pensa «tire-balle» se extrage, colul uterin se prelucrează cu soluție 2% de iod sau alcool etilic, se extrag speculele. Pe abdomen se aplică o pungă cu gheață. Raclatul din canalul cervical și din cavitatea uterului plasate separat în două vase se fixează în soluție

10% de formalină și se expediază la examenul histologic. Pentru fiecare preparat se îndeplinește bonul de trimitere.

Evaluare. Concluziile referitor la procesul patologic se fac în baza rezultatelor examenului histologic.

Protocolul operației

În condiții aseptice colul uterin a fost expus în specule, vaginul și partea vaginală a colului uterin prelucrate cu soluție de alcool etilic. Colul uterin fixat de labia anterioară cu pensa «tire-balle», apreciată lungimea cavității uterine după histerometru (8 cm). Canalul cervical a fost dilatat cu dilatoarele Hégár până la Nr. 8. S-a efectuat raclajul mucoasei canalului cervical și al cavității uterine cu chiureta Nr. 2 și Nr. 4 corespunzător, raclatul a fost colectat separat în două vase. Pensa «tire-balle» s-a extras, colul uterin prelucrat cu soluție 2% de iod. Pe abdomen s-a aplicat o pungă cu gheață. Raclatul a fost expediat la examenul histologic.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost.

Raclajul aspirator al mucoasei uterine

Instrumente și materiale.

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile (2 seturi)
5. Valve Simps
6. Pensă «tire-balle»
7. Sondă uterină (histerometru)
8. Dilatoare Hégár Nr. 0 - 8
9. Chiuretă pentru aspirație
10. Vacuum-aspirator
11. 2 lamele
12. Bon de trimitere pentru examenul citologic (formular Nr. 203/u)

Conditii:

- a) gradul I-II de puritate a vaginului
- b) evacuarea vezicii urinare
- d) condiții aseptice
- e) anestezie (i/v, paracervicală)

Procedura în prima sa parte (până la dilatarea canalului cervical inclusiv) este identică cu raclajul diagnostic fracționat. După ce canalul cervical a fost dilatat până la Hëgar Nr. 7, în cavitatea uterului se introduce o chiuretă specială cu un orificiu fisurat la capăt, conectată la vacuum-aspirator. Aspirația endometrului se efectuează din diferite regiuni ale cavității uterine. Materialul aspirat se curăță de chiaguri și cu ajutorul mișcării ușoare a două lamele se pregătește frotiul, care se usucă și se expediază la examenul citologic.

Evaluare. Concluziile referitor la procesul patologic se fac în baza rezultatelor examenului citologic.

Protocolul operației

În condiții aseptice colul uterin a fost expus în specule, vaginul și partea vaginală a colului uterin s-au prelucrat cu soluție de alcool etilic. Colul uterin a fost fixat de labia anterioară cu pensa "tire-balle" și s-a apreciat lungimea cavității uterine după histerometru (8 cm). Canalul cervical a fost dilatat cu dilatoarele Hëgar până la Nr. 7. În cavitatea uterului s-a introdus canula vacuum-aspiratorului și s-a efectuat aspirația endometrului. Pensa "tire-balle" înlăturată, colul uterin și vaginul prelucrate cu iodonat. Materialul aspirat a fost expediat la examenul citologic.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost.

Biopsia prin aspirație

Instrumente și materiale:

- 1. Pensă port-tampon
- 2. Tifon, vată
- 3. Soluție de alcool etilic, iodonat
- 4. Mănuși sterile (2 seturi)
- 5. Valve Simps
- 6. Pensă «tire-balle»
- 7. Sondă uterină (histerometru)
- 8. Seringa Braun cu ambou
- 9. 2 lamele
- 10. Bon de trimitere pentru examenul citologic. (formular Nr. 203/u)

Conditii:

- a) gradul I-II de puritate a vaginului
- b) cateterizarea vezicii urinare
- c) condiții aseptice

Se efectuează tușeul bimanual pentru a preciza poziția uterului, după care medicul schimbă mănușile și recurge nemijlocit la procedură.

În condiții aseptice colul uterin se vizualizează în specule, vaginul și partea vaginală a colului uterin se șterg cu tifon uscat pentru a înlătura eliminările, apoi se prelucrează cu soluție de alcool etilic. Colul uterin se fixează de labia anterioară cu pensa «tire-balle» și se efectuează sondajul cavității uterine cu histerometrul, apreciind lungimea ei. Apoi amboul unit la seringă Braun se introduce în cavitatea uterină și de pe diferite porțiuni se aspiră endometrul, care se detașează ușor. Materialul aspirat se aplică pe o lamelă (cu ajutorul altei lamele), frotiul se usucă și se expediază pentru microscopie.

Evaluare. Concluziile referitor la procesul patologic se fac în baza rezultatelor examenului citologic.

Protocolul operației

În condiții aseptice colul uterin a fost expus în specule, vaginul și partea vaginală a colului uterin prelucrate cu soluție de alcool etilic. Colul uterin fixat de labia anterioară cu pensa "tire-balle", s-a apreciat lungimea cavității uterine după histerometru (8 cm). În cavitatea uterului s-a introdus amboul unit la seringă Braun și s-a efectuat aspirația endometrului. Pensa "tire-balle" înlăturată, colul uterin și vaginul prelucrate cu iodonat. Aspiratul expediat la examenul citologic.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost.

Histerosalpingografia (metrosalpingografia)

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic; iodonat
4. Mănuși sterile (2 perechi)
5. Valve Sims
6. Pensă "tire-balle"
7. Histerometru
8. Seringă Braun
9. Canula Schultz
10. Substanță de contrast (hidrosolubilă: diodon, cardiograf, verograf, urograf, liposolubilă: iodolipol, maiodil).
11. Instalație pentru radiodiagnostic

Condiții:

- a) gradul I-II de puritate a vaginului
- b) lipsa proceselor inflamatorii acute și subacute în organe, hemoleucograma și analiza generală a urinei normale
- c) lipsa intoleranței la iod

- d) cateterizarea vezicii urinare
- e) clismă evacuatoare seara și dimineața înainte de procedură
- f) Ziua 17-22 a ciclului menstrual (pentru diagnosticul adenomiozei – 7-8 zi)
- g) condiții aseptice

Se efectuează tușeul bimanual pentru a preciza poziția uterului, după care medicul schimbă mănușile și recurge nemijlocit la procedură.

În condiții aseptice colul uterin se expune în valve, vaginul și partea vaginală a colului uterin se șterg cu tifon uscat, apoi se prelucrează cu soluție de alcool etilic. Colul uterin se fixează cu pensa «tire-balle» de labia anterioară și se deplasează spre fanta genitală. Se efectuează sondajul cavității uterine. În continuare canula Schultz se introduce în cavitatea uterină, la ea se conectează seringă Braun care conține 4-6 ml de substanță de contrast (de preferință urografinul sau verografinul) încălzită la temperatura corpului. Substanța de contrast se introduce lent în cavitatea uterină, apoi canula se extrage și orificiul extern al canalului cervical se pensează cu pensa "tire-balle" pentru a evita scurgerea substanței de contrast. Prima radiogramă se efectuează îndată după introducerea substanței de contrast, a doua – peste 15-20 min; în cazul când pentru investigație este utilizată substanță liposolubilă se mai efectuează radiograma de control peste 24 ore.

Evaluare. Histerosalpingografia este o metodă care permite depistarea insuficienței istmico-cervicale, anormaliilor de dezvoltare ale uterului, a hipoplaziei uterului, nodulilor sub-

mucoși miomatoși, sinechiilor intrauterine, adenomiozei, polipilor, aprecierea permeabilității trompelor uterine. Fiecare dintre aceste patologii își are tabloul său radiologic:

- dacă **trompele** sunt permeabile, substanța de contrast ocupă complet uterul, ambele trompe și se determină în cavitatea abdominală. În caz de impermeabilitate a trompelor substanța de contrast nu pătrunde dincolo de zona stricturii și nu se depistează în cavitatea abdominală;

- semnele radiologice ale **adenomiozei** sunt "umbrele după contur" de diferite dimensiuni, care se formează în urma pătrunderii contrastului în cavitățile endometrioidale din miometru;

- **tuberculoza genitaliilor** se manifestă prin deformarea cavității uterine și a canalului cervical, obliterarea parțială sau totală a cavității uterine. Trompele afectate de bacilul Koch sunt subțiri, netede, drepte, cu dilatare distală în formă de bulbi sau cu aspect de mărgelile în caz de stenoze;

- **miomul submucos** se vede pe radiogramă în formă de defect de umplere a cavității uterului, ultima fiind deformată și mărită în dimensiuni;

- **polipoza endometrului** se caracterizează prin iregularitatea conturului cavității uterine;

- **cancerul corpului uterin** se vizualizează prin defect de umplere cu desen neobișnuit.

PARTEA VI. APRECIEREA STĂRII FUNCȚIONALE A TROMPELOR UTERINE

Pertubația este o metodă de apreciere a permeabilității trompelor uterine prin introducerea aerului (bioxidului de carbon) în trompele uterine și înregistrarea grafică în timp a presiunii în sistem.

Principiul metodei: cu cât lumenul trompelor este mai mare (trompele sunt permeabile), cu atât presiunea necesară pentru pătrunderea aerului în ele este mai mică și cu atât mai repede ea scade în continuare.

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile (2 perechi)
5. Valve Simps
6. Pensă "tire-balle"
7. Histerometru
8. Canulă
9. Sursă de aer (bioxid de carbon), manometru
10. Chimograf

Condiții: ca pentru histerosalpingografie.

Se efectuează tușeul bimanual pentru a preciza poziția uterului, după care medicul schimbă mănușile și recurge nemijlocit la procedură.

În condiții aseptice colul uterin se expune în valve, vaginul și partea vaginală a colului uterin se șterg cu tifon uscat, apoi se prelucrează cu soluție de alcool etilic. Co-

lul uterin se fixează cu pensa «tire-balle» de labia anterioară și se deplasează în jos. Se efectuează sondajul cavității uterine. În continuare canula pentru perturbație se introduce în cavitatea uterină, la ea se conectează aparatul care insuflă aer la presiunea inițială de 90 mm Hg. Se apreciază semnele de pătrundere a aerului în cavitatea abdominală (auscultarea crepitației în regiunea inferioară a abdomenului, simptomul frenicus pozitiv) și scăderea presiunii în sistem (după curba chimografică). Dacă semnele de pătrundere a aerului în cavitatea abdominală lipsesc și presiunea în sistem nu scade, presiunea se mărește până la 150 mm Hg, apreciind aceiași parametri, apoi până la 160-180 mm Hg (ridicarea presiunii peste 180 mm Hg este inadmisibilă).

Evaluare. Se pot evidenția următoarele tipuri de curbe chimografice:

- **tip I:** presiunea maximă necesară nu depășește 90 mm Hg, în dinamică ea scade (**trompele sunt permeabile**)
- **tip II:** presiunea maximă 150 mm Hg și scăderea lentă a curbei (**trompele sunt stenozate**)
- **tip III:** presiunea maximă 160-180 mm Hg, scăderea curbei practic lipsește (**trompele sunt impermeabile**)

Hidrotubatia diagnostică are la bază același principiu ca și perturbația, doar că în loc de gaz se folosește lichid (ser fiziologic, soluție 0,25% de novocaină, ș.a.) și nu se înregistrează curba chimografică (în loc de scăderea presiunii în sistem aici se apreciază prezența refluxului din canalul cervical). Hidrotubatia se efectuează cu ajutorul aparatului tip "Krasnogvardeet". Se respectă aceleași condiții ca și pentru perturbație.

Tehnica procedurii este identică cu aceea a perturbației. Semnele de pătrundere a lichidului în cavitatea abdominală sunt senzațiile dureroase în regiunea proiecției trompelor uterine.

Evaluare:

- în timpul hidrotubației trec liber 40-50 ml de amestec medicamentos sub presiunea 80 mm Hg - **trompele permeabile**
- la presiunea de 100-120 mm Hg se apreciază un reflux neînsemnat - **stenozarea trompelor de gradul I**
- pentru pătrunderea lichidului în trompe este necesară presiunea de 120-140 mm Hg și se depistează reflux moderat - **stenozarea trompelor de gradul II**
- la presiunea de 140-180 mm Hg refluxul este considerabil - **stenozarea trompelor de gradul III.**

Hidrotubatia curativă se folosește în cazul stenozării trompelor uterine sau pentru reabilitarea pacientelor după tubectomie. Tehnica hidrotubației curative este identică cu cea a hidrotubației diagnostice, doar că în primul caz în cavitatea uterină se introduce un amestec medicamentos din patru componente: lidază 128 Un (sau himotripsină 50 mg), antibiotice (canamicină 1 g), hidroclorid de hidrocortizonă 50-70 mg, soluție de novocaină 0,5% ad 20-40 ml. Procedura se efectuează începând cu a 7 - 8-a zi a ciclului menstrual, cura de tratament include 7-8 proceduri efectuate peste o zi. Se recomandă cel puțin trei cure de hidrotubație.

Cromohidrotubatia este o modificare a hidrotubației. În calitate de lichid se utilizează fenolsulfatftaleina și fenolul

roșu, precum și alte substanțe colorante. Nimerind în cavitatea abdominală (dacă trompele sunt permeabile), colorantul este repede absorbit și eliminat cu urina, unde se depistează după schimbarea culorii ei sau prin punctția fornixului posterior.

Diagnostică ultrasonoră a permeabilității trompelor uterine. Această metodă dă posibilitatea de a studia starea funcțională a trompei uterine și mărește exactitatea de diagnostic a sterilității tubare.

Esența metodei constă în faptul că, odată cu lichidul, în trompe se introduc bule de aer, după mișcarea cărora prin trompete uterine se judecă despre permeabilitatea lor. Raportul dintre diametrul bulelor și diametrul trompelor uterine se asigură în limitele 0,5-0,8, distanța dintre ele e egală cu 2-6 diametri proprii. Vizualizarea trompelor hidrotubate se efectuează prin ultrasonorizare. Pentru constatarea caracterului impermeabilității în calitate de lichid se folosesc spasmolitice.

Introducerea prin hidrotubație a lichidului cu bule de aer permite de a forma un mediu cu incluzii care se deosebește prin calitățile fizice de lichidul introdus. Mărimile indicate ale bulelor sînt optimale din punct de vedere al trecerii libere prin lumenul trompelor uterine. Distanța dintre bule, în primul rînd, exclude posibilitatea lor de a se alipi, în timpul trecerii se formează incluzii mari care imită impermeabilitatea, în al doilea rînd, asigură concentrația necesară de lichid pentru o mai bună vizualizare.

Folosirea în calitate de lichid a soluției de spasmolitice permite de a stabili caracterul impermeabilității (organică

sau ca rezultat al spasmului tubar). Impermeabilitatea prin spasm este inhibată, și trompele devin permeabile.

Metoda: Sonohidrotubația se efectuează în felul următor, pentru vizualizarea optimă a organelor bazinului se folosește metoda vezicii urinare pline, cînd fundul ei acoperă fundul uterului. Investigația o îndeplinesc doi medici: unul efectuează hidrotubația, altul - sonorizarea. Bolnava se culcă la marginea patului sau pe masa ginecologică. Organele genitale externe și partea interioară a coapselor se prelucrează cu iodinat de trei ori. Colul uterin este dezgolit în valve și prelucrat cu alcool, fixat de buza anterioară cu pensa „tireballe”. Prin canalul cervical după orificiul intern este introdusă canula. Concomitent se conectează aparatul ultrasonor, care lucrează în regim „real al timpului”. Pe ecranul aparatului se urmărește poziția canulei în cavitatea uterului. În cazul cînd poziția canulei este incorectă se dau dispoziții medicului care efectuează hidrotubația, pentru prevenirea lezării pereților uterini. La canulă, prin robinetul cu trei căi, se unește aparatul pentru hidrotubație ori o seringă de 20 ml cu soluție pentru hidrotubație. În calitate de soluție se poate lua orice soluție medicamentoasă folosită pentru restabilirea permeabilității trompelor uterine, care permite sonohidrotubația în caz de alergii. La calea rămasă se unește o seringă plină cu aer, inzestrată cu un tub capilar.

Apoi se efectuează hidrotubația, introducînd concomitent bulele de aer cu ajutorul seringii cu aer prin tubul capilar.

În timpul hidrotubației pe ecranul aparatului sonografic se vede bine mișcarea bulelor în mediul care umple

cavitatea uterului și trece în trompele uterine. Când cavitatea uterului se umple, ea se dilată, și pe fondul lichidului se văd bine contururile peretilor uterului, apare posibilitatea de a depista mioamele noduroase (submucoase) și polipii endometrului.

De obicei, în absența hidrosalpingitei lumenul trompelor uterine nu se vede, de aceea diagnosticul permeabilității prin metoda ultrasonoră e imposibil. Când mediul cu bule sub presiune trece din cavitatea uterului în lumenul trompei, el se umple și se vizualizează. Se vede pînă la ce nivel ajung bulele, în ce parte a trompei se adună, formează hidrosalpinx sau trece liber în cavitatea peritoneală, sau trece parțial în cavitatea peritoneală, în ce trompă se acumulează. În afară de aceasta, lucrul în regimul „real al timpului” și folosirea spasmoliticelelor oferă posibilitatea de a urmări peristaltica trompelor uterine. Diagnosticul impermeabilității tubare funcționale este rezultatul spasmei tubare. E posibilă înregistrarea pe peliculă foto de pe ecranul aparatului, de asemenea înscrisura hidrotubației pe pelicula videomagnetică. Studiarea ulterioară dă posibilitatea de a exclude erorile în diagnostic.

Volumul mediului introdus în cavitatea uterului se determină în timpul procedurii, deoarece hidrosalpingitele sînt depistate și în orice moment poate fi oprit la introducerea mediului, iar în caz de necesitate poate fi reluată peste un interval de timp cu spasmolitice. Depistarea hidrosalpingitei de dimensiuni mari, ca rezultat al hidrotubațiilor precedente, permite renunțarea la timp la procedură și astfel sînt evitate complicațiile.

Echidrotubația e indicată în toate cazurile de suspiciu al sterilității tubare sau a miomului submucos. Termenul

optimal de investigație este a 16-20-ea zi a ciclului menstrual, deoarece în faza progesteronică e redus tonusul sfincterelor tubare.

Contraindicațiile acestei metode de investigație sînt analogice contraindicațiilor altor investigații intrauterine. Acestea sînt colpita (frotiul vaginal cu grad de puritate III sau IV), procese inflamatorii acute sau subacute ale organelor genitale și ale peritoneului, metroragiile, stările subfebrile.

Prioritatea echidrotubației asupra altor metode neinvazive de diagnosticare a sterilității tubare constă în faptul că este relativ inofensivă, dă posibilitatea repetării pentru primirea informației direct, în momentul investigației; executarea simplă; dă multă informație; dă posibilitate de a depista nu numai starea anatomică a trompei, dar și cea funcțională; dă posibilitate de a constata starea organelor genitale interne și a altor organe ale bazinului; reducerea la minimum a complicațiilor posibile, care pot apare în timpul investigației, deoarece echidrotubația se efectuează sub controlul vizual; dă posibilitate de a combina diagnosticul cu tratamentul trompelor tubare sub controlul vizual.

Metode speciale de investigație. Testul postcoital se efectuează cu scopul de a studia capacitatea spermatozoizilor de a penetra mucusul cervical, ceea ce prezintă o importanță deosebită în procesul de diagnosticare a sterilității conjugale.

Testul postcoital se efectuează în perioadele preovulatorie și ovulatorie, cînd indicele cervical constituie

10-12 puncte, după o perioadă de abținere sexuală de 3-4 zile.

După actul sexual e necesar ca bolnava să se afle circa 30 de minute în decubit dorsal. Este interzis de a-și face toaleta intimă sau spălaturi vaginale. Examinarea cuplului se va efectua după aproximativ 2,5-4 ore după coit, dar nu mai târziu de 6-10 ore.

Metodica efectuării testului postcoital. Colul uterin se va vizualiza în valve. mucusul cervical se va aspira cu o seringă sau cu o sondă de polietilenă. Pe o lamă caldută se pune o picătură de mucus cervical și se acoperă cu o lamelă, apoi se examinează la microscop în 5 câmpuri vizuale (mărite x 200), se determină numărul spermatozoizilor, procentul spermatozoizilor activi, indolenți, statici și al celor „cu balansare”.

Testul fracțional postcoital e necesar pentru a stabili interacțiunea conținutului vaginal, mucusul exo- și endocervical cu spermă. Materialele se colectează și se cercetează separat. Analiza conținutului fornixului posterior al vaginului se efectuează pentru a confirma că sperma într-adevăr a nimerit în vagin, fiindcă peste 2-4 ore spermatozoizii se distrug. În mucusul exocervical după 4 ore după coit numărul spermatozoizilor e mic, mobilitatea scăzută. În mucusul endocervical, în cazul când sperma e de bună calitate, se depistează circa 25 de spermatozoizi cu mobilitate progresivă activă.

Testul postcoital poate fi calificat:

a) **excelent** - dacă în mucusul endocervical se găsesc 10 spermatozoizi cu mobilitate progresivă, iar procentul spermatozoizilor cu mișcare pendulară e mai mic de 25;

b) **satisfăcător** - numărul spermatozoizilor în mucusul

endocervical este 6-10; procentul spermatozoizilor cu efect de pendul - e mai mic de 25;

c) **nesatisfăcător** - numărul spermatozoizilor e mai mic de 5;

d) **negativ** - nu sînt spermatozoizi;

e) **prezumptiv** - numărul spermatozoizilor este mai mare de 5, iar procentul celor cu efect de pendul mai mare de 25, ceea ce denotă agresia imunologică a mucusului cervical (Методические рекомендации. Методы диагностики и лечение бесплодия иммунологического генеза. Харьков, 1983 г.).

În cazul când procentul spermatozoizilor cu efect de pendul depășește 25 este necesar de a investiga mucusul cervical și serul spermatic în vederea prezentei anticorpilor antispermatici prin metoda testului imunologic cantitativ, testului microaglutinant și testului spermoimobilizant.

Testul postcoital negativ sau nesatisfăcător servește drept indicație pentru a efectua testul de penetrație sau (și) testul de contact al spermei cu mucusul cervical in vitro. Aceste teste contin o informație elocventă despre capacitatea de penetrație a spermatozoizilor și agresiei imunologice a mucusului cervical.

Fiziologic capacitatea de penetrație a spermatozoizilor apare începînd cu ziua a 9-a a ciclului menstrual, atingînd cota maximă spre momentul ovulației. Procesul de inhibiție a capacității de penetrație survine peste 2-3 zile după ovulație.

Metodica efectuării testului de penetrație. Cu ajutorul seringii sau a unei sonde într-un capilar de sticlă se recoltează mucus cervical ovulator. O extremitate a capilarului este închis ermetic, iar celălalt se introduce într-un rezervor cu spermă la adîncimea de 0.5 cm

Lungimea capilarului e de 10 cm. Sperma poate fi folosită pentru testare cel mult 3 ore după ejaculare.

Pentru efectuarea testului postcoital e necesar să se țină cont de:

a) profunzimea penetrației - distanța (în cm), atinsă de cel mai avansat spermatozoid;

b) numărul spermatozoizilor în punctul de penetrație maximă la mărirea microscopului x 100;

c) mobilitatea spermatozoizilor în 1/3 superioară a capilarului (în %).

Rezultatele testului de penetrație pot fi stabilite la o oră după incubare în termostat la temperatura de 37°C.

Testul de penetrație poate fi calificat:

a) **pozitiv** - profunzimea penetrației depășește 5 cm, numărul spermatozoizilor mai mare de 5 în câmpul vizual mărit de 100 de ori, dintre ei mobili peste 50%.

b) **prezumtiv** - profunzimea penetrației de la 1 cm pînă la 5 cm, numărul spermatozoizilor mai mic de 5, mobilitatea mai mică de 50%;

c) **negativ** - în cazul cînd la distanța de 1 cm spermatozoizii nu se depistează.

Metodica efectuării testului de contact al mucusului cervical cu sperma. Pe o lamă se pune o picătură de muș cervical, alături se pune o picătură de spermă. Picăturile se aduc în contact. Preparatul obținut se pune în cutia Petri pe două tifoane rotunde îmbibate cu soluție fiziologică (camera umedă) și se inhibă în termostat la temperatura 37°C timp de o oră.

La efectuarea testului de contact al mucusului cervical cu sperma se iau în considerare numai acei spermatozoizi care s-au inserat în mucusul cervical.

Testul poate fi calificat:

a) **excelent** - cînd în câmpurile vizuale comune sînt mai mult de 25 de spermatozoizi cu mobilitate progresivă activă și mai puțin de 25% cu efect pendular;

b) **satisfăcător** - cînd într-un câmp vizual sînt mai mult de 10, iar în al doilea mai mult de 5 spermatozoizi cu mobilitate progresivă activă;

c) **nesatisfăcător** - cînd într-un câmp sînt mai puțin de 10, în al doilea mai puțin de 5 spermatozoizi;

d) **negativ** - penetrația lipsește;

e) **prezumtiv** - prezența efectului pendular la mai bine de 25% de spermatozoizi.

Dacă au fost depistați mai bine de 25% de spermatozoizi cu efect pendular, este necesar de a efectua testul microaglutinant după Friberg și testul spermoimobilizant după Izodjim, care dau posibilitatea de a caracteriza cantitativ prezența spermoaglutinantilor și spermoimobilizantilor.

Testul microaglutinant după Friberg dă posibilitatea de a aprecia titrul anticorpilor antispermatici (A.C.A.S.) aglutinanți în serul sanguin, plasma spermatică și extractul mucusului cervical, înregistrarea testului după Friberg se efectuează după prezența aglutinantilor. Ultima diluție unde au fost depistați 3 și mai mulți aglutinanți în câmpul vizual indică titrul anticorpilor antispermatici (A.C.A.S.) aglutinanți.

Testul spermoimobilizant după Izodjim dă posibilitatea de a depista A.C.A.S. imobilizanți în serul sanguin, plasma spermatică și extractul mucusului cervical numai în caz de sterilitate. Dacă indicele testului

spermoimobilizant e mai mic decât 2, adică procentul spermatozoidilor mobili în proba de control și cea de analiză este aproximativ același, rezultatul e negativ. Dacă indicele depășește cota 2, înseamnă că există anticorpi imobilizanți - rezultatul e pozitiv.

PARTEA VII. OPERAȚII GINECOLOGICE MICI

Puncția exploratorie a fornixului posterior (cul- docenteza)

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile (2 seturi)
5. Valve Sims
6. Pensă "tire-balle"
7. Seringă pentru 10 ml
8. Ac pentru puncție
9. Eprubetă

Indicații:

- suspectie la catastrofă în cavitatea abdominală (sarcină extrauterină întreruptă, apoplexia ovarului, pelvipertonită, etc.); tumori abdominale cu ascită
- prolabarea sau aplatizarea fornixului posterior, fluctuație în fornixul posterior, "strigătul Dughlas"
- EUS - prezența lichidului în spațiul Dughlas

Condiții:

- a) gradul I-II de puritate a vaginului (în situații de urgență această condiție poate fi neglijată)
- b) cateterizarea vezicii urinare
- c) anestezie (i/v, pudendală, paracervicală)
- d) condiții aseptice

Se efectuează tușeul bimanual pentru a preciza poziția uterului, după care medicul schimbă mănușile și recurge nemijlocit la procedură.

În condiții aseptice colul uterin se expune în valve, se prelucreează cu iodonat și se fixează cu pensa "tire-balle" de labia posterioară, după care se deplasează anterior și în jos vizualizând fornixul posterior. Reguinea bolții posterioare se prelucreează cu soluție de alcool etilic. Acul pentru puncție se fixează pe linia mediană a bolții posterioare cu 2 cm mai jos de colul uterin și se afundă în țesut până la senzația de spațiu gol, dar nu mai adânc de 3-4 cm. Acul trebuie îndreptat puțin anterior paralel cu peretele uterului, poziția căruia a fost apreciată la tușeul bimanual, pentru a nu leza rectul. Apoi acul se conectează la seringă și începem să extragem lichidul. Dacă în seringă nu apare conținut, acul se extrage foarte lent, trăgând totodată pistonul. Din momentul în care în seringă apare lichid extragerea acului încetează și trăgând în continuare de piston colectăm conținutul spațiului Dughlas. Punctatul se plasează într-o eprubetă și se studiază.

Dacă puncția n-a dat rezultat, acul se extrage și procedura se repetă în alt segment.

Evaluare:

- în cazul **sarcinii extrauterine** puncția se consideră pozitivă dacă sângele din seringă nu se coagulează, e de culoare închisă și conține chiaguri mici – aceasta ne vorbește despre catastrofa în cavitatea abdominală (hemoragie). Însă în 40% de cazuri rezultatul poate fi fals-negativ (pătrunderea acului în peretele uterului, aderențe în bazinul mic, ș.a.), adică rezultatul negativ al puncției nu exclude cu certitudine existența unei hemoragii intraperitoneale. Puncția de asemenea se consideră negativă dacă sângele din eprubetă este de un roșu-aprins și se

coagulează, ceea ce se poate întâmpla când acul a spart un vas sau a numerit în cavitatea uterului retroflexat în care se găsea sânge (în caz de avort incomplet sau în timpul menstruației);

- în cazul **pelvipertonitei** punctatul va avea aspect seros, sero-purulent sau purulent în funcție de faza inflamației, și va fi expedit pentru examenul bacteriologic cu antibioticogramă,

- în cazul **tumorilor abdominale însoțite de ascită** lichidul extras din spațiul Dughlas va fi centrifugat, iar precipitatul se va expedia la examenul citologic pentru depistarea celulelor atipice.

Protocolul operației

În condiții aseptice colul uterin a fost expus în valve, prelucrat cu iodonat, fixat cu pensa "tire-balle" de labia posterioară, deplasat anterior și în jos, vizualizând fornixul posterior. Reguinea bolții posterioare s-a prelucrat cu soluție de alcool etilic. Pe linia mediană a bolții posterioare cu 2 cm mai jos de colul uterin s-a efectuat puncția fornixului posterior, din spațiul Dughlas s-au extras 5 ml de lichid sanguinolent, care s-a plasat în eprubetă. Acul de puncție a fost extras, locul puncției badionat cu iodonat, pensa "tire-balle" înlăturată, colul uterin și vaginul prelucrate cu iodonat.

Caracteristica punctatului: sânge roșu-inchis, nu se coagulează, conține chiaguri mici.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost.

Introducerea steriletului

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon

2. Tifon, vată

3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mănuși sterile (2 perechi)
5. Valve Simps
6. Pensa "tire-balle"
7. Histerometru
8. Sterilet

Condiții

- a) gradul I-II de puritate a vaginului
- b) 4-5 zi a menstruației
- c) evacuarea urinei

Se efectuează tușeul bimanual pentru a exclude sarcina și a preciza poziția uterului, sensibilitatea lui, starea anexelor. După aceasta medicul spală mâinile cu săpun, le șterge cu șervetel uscat și pregătește dispozitivul intrauterin (DIU). Pachetul steril cu steriletul COPPER T 380 A se desigilează din partea unde se află inelul pistonului, marginile pachetului se îndoaie. Ținând pistonul de inel îl introducem în aplicator, respectând principiul "non-atingere". După aceasta pachetul se pune pe o suprafață plată și branșele steriletului se introduc în aplicator. După ce steriletul este pregătit pentru a fi introdus, medicul îmbracă mănuși sterile și recurge nemijlocit la procedură.

În condiții aseptice colul uterin se expune în valve, se inspectează cu atenție pentru a exclude patologia care ar servi ca contraindicație pentru introducerea DIU (polip al canalului cervical, endocervicoză, ș.a.). Vaginul și partea vaginală a colului uterin se șterg cu tifon uscat, apoi se prelucrează cu iodonat sau soluție de alcool etilic. Colul uterin se fixează cu pensa «tire-balle» de labia anterioară și se deplasează în jos. Se efectuează sondajul cavității uterine și în dependență de lungimea cavității uterine

dispozitivul demarcator de pe aplicator se fixează la distanța stabilită (după gradația de pe grila de carton). Aplicatorul se introduce cu precauție în cavitatea uterină până când dispozitivul demarcator, situat în plan orizontal, ajunge la orificiul extern al colului uterin. După aceea, ținând pistonul cu aceeași mână care ține pensa "tire-balle", aplicatorul se extrage parțial, astfel brațele steriletului se eliberează și se desfac. Urmează extragerea pistonului, apoi aplicatorul este împins ușor înainte până când atinge fundul uterului (astfel asigurăm situarea steriletului exact la fundul uterului). Aplicatorul se extrage până când din canalul cervical apar 3-4 cm de mustăcioare, care se secționează, și numai după aceea aplicatorul se extrage complet. Colul uterin se eliberează de pensa "tire-balle", se prelucrează repetat cu iodonat sau soluție de alcool etilic, valvele se extrag.

După introducerea steriletului femeia se află pe masa ginecologică 30 min, timp în care urmărim starea generală, senzațiile subiective, indicii hemodinamici (T/A, pulsul) pentru a depista la timp complicațiile (perforarea uterului). În lipsa complicațiilor femeia trebuie să se prezinte la control după prima menstruație.

Efectul anticoncepțional al steriletului COPPER T 380A durează 10 ani, de aceea în lipsa altor indicații nu este necesară extragerea lui înainte de acest termen.

Avortul medical la dorință. Întreruperea sarcinii până la 12 săptămâni

Există două metode de întrerupere a sarcinii până la 12 săptămâni:

- a) chiuretajul cavității uterine (*abrazio caviuteri*)

b) vacuum-aspirație

Abrazio caviuteri

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
9. Tifon, vată
10. Soluție de alcool etilic, soluție 5% de iod
11. Mănuși sterile (2 seturi)
12. Valve Simps
13. Pensă "tire-balle"
14. Sondă uterină (histerometru)
15. Dilatatoare Hégar Nr. 0 - 12
16. Chiureta Nr. 2, 4, 6
17. Abortang
18. Vas

Condiții:

- a) gradul I-II de puritate a vaginului
- b) termenul de sarcină nu mai mare de 12 săptămâni
- c) evacuarea urinei
- d) anestezie (i/v, paracervicală)
- e) condiții aseptice

Se efectuează tușeul bimanual pentru a preciza dimensiunile și poziția uterului, după care medicul schimbă mănușile și recurge nemijlocit la procedură.

În condiții aseptice colul uterin se vizualizează în specule, vaginul și partea vaginală a colului uterin se șteg cu tifon uscat pentru a înlătura eliminările, apoi se prelucrează cu soluție 5% de iod sau soluție de alcool etilic. Colul uterin se fixează de labia anterioară cu pensa "tire-ball" și se efectuează sondajul cavității uterine cu histerometrul, apreciind lungimea ei. Apoi se porcede la dilatarea canalului cervical cu dilatatoarele Hégar, care se

Introduc consecutiv (până la Nr. 12) după orificiul intern al canalului cervical (în timpul dilatării canalului cervical direcția de tracție a pensei "tire-balle" este aceeași ca și în timpul sondării - posterior în jos dacă uterul este ante-flectat și anterior în jos dacă uterul este retroflectat). După dilatarea canalului cervical chiureta Nr. 6 se introduce în cavitatea uterină în așa fel încât curbura chiuretei să coincidă cu cea a uterului și se efectuează raclajul orientativ (pentru a preciza peretele de inserție a oului fetal) al pereților uterini. După aceasta în cavitate până la fundul uterului se introduce abortangul cu brașele închise. La fundul uterului brașele se deschid, se apucă părțile oului fetal și cu brașele închise abortangul se extrage din cavitate. După extragerea cu abortangul a celei mai mari părți a țesuturilor embrionale se recurge la chiuretajul pereților uterini, în direcția aceluia ceasornicului, la început cu chiureta Nr. 6, apoi cu chiureta Nr. 4. În timpul chiuretajului mișcările sunt orientate de la fundul uterului spre orificiul intern, consecutiv toți pereții uterului și unghiurile tubare. Conținutul se extrage din cavitate după fiecare 3-4 mișcări ale chiuretei și se colectează într-un vas. Procedura sfârșește prin chiuretajul de control cu chiureta Nr. 2 - dacă pereții uterini sunt curați se va percepe un sunet caracteristic, asemănător cu scârțâitul de zăpadă sau de nisip. După finisarea chiuretajului pensa "tire-balle" se extrage, colul uterin se prelucrează cu soluție 5% de iod, se extrag speculele. Pe abdomen se aplică o pungă cu gheață.

Protocolul operației

În condiții aseptice colul uterin a fost expus în specule și fixat de labia anterioară cu pensa "tire-balle". S-a apreciat lungimea

cavității uterine după histerometru (10 cm). Canalul cervical a fost dilatat cu dilatoarele Hégar până la Nr. 12 fără dificultăți. Cu abortangul s-au înlăturat țesuturile embrionale, cu chiureta Nr. 6 și chiureta Nr. 4 s-a efectuat raclajul pereților uterini, raclatul a fost colectat într-un vas. Raclajul de control cu chiureta Nr. 2. Pensa "tire-balle" s-a extras, colul uterin și vaginul s-au prelucrat cu soluție 5% de iod, valvele s-au înlăturat. Pe abdomen s-a aplicat o pungă cu gheață. Hemoragia 50 ml.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost.

Înteruperea sarcinii prin vacuum-aspirație

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vață
3. Soluție de alcool etilic, soluție 5% de iod
4. Mănuși sterile (2 seturi)
5. Valve Simps
6. Pensă «tire-balle»
7. Sondă uterină (histerometru)
8. Dilatatoare Hégar Nr. 0 - 8
9. Chiureta Nr. 2
10. Vas
11. Vacuum-aspirator, canulă

Condiții:

- a) gradul I-II de puritate a vaginului
- b) reținere de menstruație nu mai mult de 20 zile
- c) evacuarea urinei
- d) anestezie (i/v, paracervicală)
- e) condiții aseptice

Primele etape ale operației, inclusiv dilatarea canalului cervical, se efectuează analogic operației *abrazio cavi*

uteri. După ce canalul cervical a fost dilatat, în cavitatea uterină se introduce canula unită la vacuum-aspirator, care se include în regimul presiunii de 50,6 - 60,7 cPa. Procesul de aspirație este controlat după umplerea vasului de sticlă, unde se colectează țesuturile aspirate. Periodic canula se extrage din cavitate pentru ca aerul aspirat să contribuie la propulsarea țesuturilor prin sistem. După ce aspirația a luat sfârșit, se efectuează chiuretajul de control cu chiureta Nr. 2, pensa "tire-balle" se extrage, colul uterin se prelucreză cu soluție 5% de iod, se extrag speculele. Pe abdomen se aplică o pungă cu gheață.

Protocolul operației

În condiții aseptice colul uterin a fost expus în specule și fixat de labia anterioară cu pensa "tire-balle". S-a apreciat lungimea cavității uterine după histerometru (10 cm). Canalul cervical a fost dilatat cu dilatoarele Hégar până la Nr. 8 fără dificultăți. În cavitatea uterină s-a introdus canula vacuum-aspiratorului, s-a efectuat aspirația țesutului embrional și raclajul de control cu chiureta Nr. 2. Colul uterin și vaginul s-au prelucrat cu soluție 5% de iod, instrumentele s-au extras. Pe abdomen s-a aplicat o pungă cu gheață. Hemoragia 30 ml.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost.

PARTEA VIII. TEHNICI ANESTEZIOLOGICE FOLOSITE ÎN GINECOLOGIE

Există mai multe tehnici de anestezie, practicate în ginecologie:

• **anestezia generală**, cu variantele:

1. **anestezia endotraheală** (intervenții în cavitatea abdominală, operații vaginale voluminoase), care include:

- premedicația (promedol 20-40 mg, atropină 0,5-1 mg, dimedrol 20-40 mg, alte remedii în prezența indicațiilor)

- narcoza de inducție (tiopental-natriu 8-10 mg/kg sau calipsol)

- narcoza de bază (neuroleptice, analgezice, miorelaxante, ș.a.)

2. **anestezia intravenoasă de scurtă durată** (pentru operații ginecologice mici – calipsol 1-1,5 mg/kg cu 5-10 mg de seduxen în 5-10 ml de ser fiziologic, tiopental-natriu 8-10 mg/kg, ș.a.)

• **anestezia regională peridurală** este metoda de elecție în următoarele cazuri:

- intervenții urgente când nu este posibilă evacuarea conținutului stomacului

- maladii extragenitale (pulmonare, renale, hepatice, endocrinologice) care contrainică intubarea, miorelaxarea sau alte momente ale anesteziei endotraheale

- necesitatea menținerii hipotoniei dirijate

anestezia locală prin infiltrație, care are mai multe variante:

- **infiltrația cu novocaină după Vișnevski** (altădată era aplicată în cazul operațiilor intraabdominale, astăzi însă în ginecologie se folosește foarte rar)

- **anestezia pudendală** (pentru operații vaginale mici)

- **anestezia paracervicală** (pentru operații ginecologice mici care necesită dilatarea canalului cervical)

Tehnica anesteziei paracervicale

Instrumente și materiale:

1. Pensă port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodinat
4. Mănuși sterile
5. Valve Simps
6. Pensă "tire-balle"
7. Seringă 20 ml, ac
8. Soluție 0,25% de novocaină

Condiții:

- a) gradul I-II de puritate a vaginului
- b) lipsa intoleranței la novocaina

În condiții aseptice colul uterin se expune în valve, mucoasa vaginului și partea vaginală a colului uterin se prelucrează cu soluție de alcool etilic. Colul uterin se fixează cu pensa "tire-balle" de labia anterioară și se deplasează lateral. La hotarul dintre fornixul lateral și fornixul anterior în imediata apropiere a părții vaginale a colului uterin acul unit la seringă se introduce treptat în țesutul celular paracervical, deplasându-l înainte la adâncimea

de 2-2,5 cm. Se introduce 20-30 ml de anesteziac. Același lucru se repetă în partea opusă, astfel infiltratele din ambele părți se contopesc. Adăugător se mai introduce 20 ml de anesteziac în fornixul posterior.

Tehnica anesteziei pudendale

Instrumente și materiale:

1. Pensa port-tampon
2. Tifon, vată
3. Soluție de alcool etilic, iodonat
4. Mânuși sterile
5. Valve Simps
6. Seringă 20 ml, ac
7. Soluție 0,25% de novocaină

Condiții:

- a) gradul I-II de puritate a vaginului
- b) lipsa intoleranței la novocaină

În condiții aseptice colul uterin se expune în valve, mucoasa vaginului și partea vaginală a colului uterin se prelucrează cu soluție de alcool etilic. La mijlocul distanței dintre comisura posterioară și tuberculul ischiatic acul unit la seringă se introduce treptat în țesuturile vaginului, înaintând prin mișcări în evantai la adâncimea de 7-8 cm. În fiecare parte se introduce 40-50 ml de anesteziac.

PARTEA IX. UTILIZAREA PREPARATELOR HORMONALE ÎN GINECOLOGIE

Contracepția hormonală este o metodă de prevenire a sarcinii nedorite prin administrarea hormonilor sexuali - aceasta inhibă procesele ciclice din sistemul hipotalamus-hipofiză-ovare, și nu are loc ovulația.

Există mai multe grupuri de preparate hormonale anti-concepționale:

1. anticoncepționale hormonale combinate:

- a) orale (progestine sintetice)
- b) injectabile

2. anticoncepționale hormonale gestagenice:

- a) orale ("mini-pili")
- b) injectabile
- c) implanturi subcutanate

1. Anticoncepționalele hormonale combinate (orale și injectabile) au următorul **mecanism de acțiune:**

- inhibă ovulația
- măresc densitatea mucusului cervical, împiedicând penetrarea spermei
- induc modificări în endometru, micșorând probabilitatea de implantare
- împiedică pasajul spermei în tractul genital superior (trompele uterine)

Contracepția hormonală combinată este una dintre cele mai plauzibile metode anticoncepționale grație unor **calități performante:**

- eficacitatea înaltă

- eficacitatea imediată
- independența de actul sexual
- reversibilitatea
- numărul mic de efecte adverse
- diminuarea duratei și cantității hemoragiei menstruale
- diminuarea algii menstruale
- profilaxia cancerului de ovare și endometrial
- diminuarea incidenței tumorilor benigne ale glandelor mamare și chisturilor ovariene
- protejarea contra sarcinii ectopice
- diminuarea riscului de infecție a organelor genitale feminine

La recomandarea contracepției hormonale cu preparate combinate trebuie de ținut cont de următoarele **contraindicații:**

- sarcina
- primele 6-8 săptămâni după naștere dacă alăptează copilul (inhibă lactația)
- primele 3 săptămâni după naștere dacă nu alăptează copilul (risc sporit de complicații trombotice)
- hemoragie vaginală de origine neidentificată
- patologia ficatului sau căilor biliare, inclusiv adenom și hepatom (incetinirea metabolismului hormonilor administrați *per os*; pentru preparatele injectabile acest risc este mai mic)
- femeile tabaciste după 35 ani (risc majorat de complicații trombotice)
- boală ischemică sau ictus – în prezent sau în antecedente (risc de recidivă)
- dereglări de coagulabilitate: tromboflebite, embolia

arterei pulmonare (în timp ce la femeile sănătoase care folosesc contraceptive hormonale combinate riscul de hipercoagulare crește neînsemnat, la femeile cu probleme trombotice acest risc poate să se dubleze)

- diabet zaharat cu vechimea de peste 20 ani sau angiopatii diabetice indiferent de vechimea bolii (agravarea problemelor vasculare, risc de hipercoagulare)

- migrenă (risc de ictus)

• HTA >180/110; pentru 160/100? HTA <180/110
contraindicația nu este absolută

- cancer al glandei mamare

• intervenție chirurgicală care necesită regim la pat îndelungat (risc de complicații trombotice; administrarea preparatului este anulată cu 4 săptămâni până la operație și timp de 2 săptămâni ale perioadei postoperatorii)

- administrarea paralelă cu preparate antiepileptice (fenitoin sau barbiturice) sau rifampicină (aceste droguri accelerează metabolismul hormonilor sexuali în ficat ceea ce poate compromite calitățile anticoncepționale)

a) Progestinele sintetice sunt cea mai răspândită clasă de anticoncepționale hormonale. Fiecare pastilă activă conține o combinație de estrogene (E) și gestagene (G). În dependență de numărul de combinații E/G în setul de 21 pastile progestinele sintetice se împart în:

- **monofazice** (tot setul de pastile conține aceeași combinație de E/G)
- **bifazice** (setul conține două grupuri de pastile cu combinații diferite de E/G – de ex. 10/11)
- **trifazice** (în set se găsesc 3 grupuri de pastile cu diferite combinații de E/G – de ex. 6/5/10).

Preparatele bifazice și trifazice sunt mai fiziologice și

se suportă mai ușor - ele simulează mai bine devierile hormonale ale ciclului menstrual normal și mențin ciclicitatea în sistemul hipotalamus-hipofiză-ovare la un nivel minim, fără însă a induce ovulația. În schimb preparatele monofazice au prioritatea de a putea fi folosite nu numai cu scop anticoncepțional, ci și pentru terapia concomitentă a unor probleme ginecologice (hemoragii disfuncționale uterine, mastopatii, miom uterin, endometrioză, etc).

O altă clasificare a progestinelor sintetice se referă la doza componentului estrogenic al preparatului. Astfel preparatele care conțin 30-35 mcg de etinilestradiol (EE) au **dozare joasă**, iar acelea cu 50 mcg de EE au **dozare înaltă**. Evident, cu cât dozarea preparatului este mai joasă, cu atât mai puține efecte adverse el induce. Practic toate preparatele anticoncepționale moderne au dozare hormonală joasă (tab. Nr 3)

Tabelul Nr.3

Componenta hormonală a celor mai răspândite progestine sintetice

Denumirea preparatului	Estrogen	mcg	Gestagen	mcg
1	2	3	4	5
Monofazice:				
Eugynon, Ovral	etinilestradiol	50	norgestrel	500
Lo-Femenal, Lo/Ovral	etinilestradiol	30	norgestrel	300
Microgynon, Nordette, Levien	etinilestradiol	30	levonorgestrel	150
Neogynon	etinilestradiol	50	levonorgestrel	250
Norday, Ortho 1/50, Ne rinyl 1/50	mestranol	50	noretindron	1000
Norminest, Brevicon, Modicon	Etinilestradiol	35	Norefinuron	500
Norquest	Etinilestradiol	35	noretindron	1000
Marvelon, Desogen, Orthocept	Etinilestradiol	30	desogestrel	150
Cilest, Orthocyclen	Etinilestradiol	35	Norgestimaf	250
Femodene, Femovan, Ginoden, Gynara, Minulet	Etinilestradiol	30	Gestodeni	75

1	2	3	4	5
Trifazice Tri-Quilar, Tri- Levien, Triphasil, Trinordiol, Triston, Logynon				
6 pastile bej	Etinilestradiol	30	levonorgestrel	50
5 pastile albe	Etinilestradiol	40	levonorgestrel	75
10 pastile galbene	Etinilestradiol	30	levonorgestrel	125

Modul de administrare al progestinelor sintetice. Debutul administrării progestinelor sintetice trebuie să se încadreze în una din primele 7 zile ale ciclului menstrual. Zilnic, la una și aceeași oră, se administrează per os câte o pastilă (de dorit seara înainte de somn) timp de 21 zile (până pacienta nu termină setul de pastile active; unele preparate comerciale pe lângă pastile active mai conțin în set 7 pastile-cu fier, care se consumă după pastilele active). Următorul set începe să fie consumat peste 7 zile după administrarea ultimei pastile din setul precedent. Menstruația survine, de obicei, peste 2-3 zile după administrarea ultimei pastile active din set.

b) Anticoncepționalele hormonale combinate injectabile se administrează i/m o singură dată pe lună. Dintre preparatele comerciale fac parte Cyclofem® (25 mg de medroxiprogesteron acetat și 5 mg de estradiol sipionat) și Mesigyna® (50 mg de noretindron enantat și 5 mg de estradiol valerat). Eficacitatea lor este la fel de înaltă ca și a pastilelor anticoncepționale, printre neajunsuri trebuie menționată posibilitatea de apariție la unele femei a hemoragiilor menstruale neregulate la stadiul incipient. Preparatele injectabile sunt recomandate femei-

lor care nu pot respecta regimul strict de consumare a pastilelor.

2. Anticoncepționalele hormonale gestagenice.

Mecanismul de acțiune al anticoncepționalelor gestagenice este identic cu acela al preparatelor combinate. Posedând toate caracteristicile pozitive ale preparatelor hormonale combinate, anticoncepționalele gestagenice le mai au și pe acelea, că nu inhibă lactația și nu măresc riscul de complicații trombotice (lipsește componentul estrogenic), de aceea borderoul **contraindicațiilor** pentru acest fel de contracepție hormonală este mai redus.

- sarcina
 - primele 6 săptămâni după naștere la femeile care alăptează copilul (riscuri teoretice de acțiune asupra sugarului)
 - hemoragie vaginală de origine neidentificată
 - patologia ficatului în stadiu clinic (metabolizare lentă)
 - HTA >180/110 (scade nivelul de lipoproteine de densitate joasă)
 - cancerul glandei mamare
 - diabet zaharat cu vechimea de peste 20 ani sau angiopatii diabetice indiferent de vechimea bolii (contraindicația se referă numai la preparatele injectabile)
 - administrarea paralelă cu preparate antiepileptice (fenitoin sau barbiturice) sau rifampicină (contraindicația nu se referă la preparatele injectabile)
 - femeilor care nu suportă nici o schimbare în caracterul ciclului menstrual
- Principalul **neajuns** al acestui grup de preparate este modificarea caracterului ciclului menstrual - hemoragii

neregulate, amenoree. Aceste modificări sunt mai frecvente în primul an de consumare.

a) **Preparate orale ("mini-pili")**. Dintre acestea fac parte Microlut (300 mcg de levonorgestrel), Micronor[®] (350 mcg de noretindron), Ovrette (75 mcg de norgestrel). Modul de administrare – *per os* zilnic la aceeași oră: prima pastilă trebuie să fie consumată în 1 zi a ciclului menstrual.

b) **Preparate injectabile**: DMPA[®] (150 mg de depo-medroxiprogesteron acetat) – se face o injecție fiecare trei luni; Noristerat[®] (200 mg noretindron enantat) – o injecție fiecare 2 luni.

c) **Implanturi**: Norplant[®] – 6 capsule înguste, flexibile, cu levonorgestrel, se implantează sub pielea antebrațului (efectul anticoncepțional durează 5 ani).

Hemostază hormonală este o parte componentă a 1 etape de terapie a hemoragiilor disfuncționale uterine. Ca metodă de stopare a hemoragiei este **indicată**

- la fetite (hemoragii disfuncționale juvenile)
- hemostază chirurgicală recentă în anamneză cu rezultatele examenului histologic care confirmă caracterul disfuncțional al hemoragiilor
- prezența contraindicațiilor pentru hemostaza chirurgicală

Există mai multe variante de hemostază hormonală

a) **hemostază cu estrogene**

b) **hemostază cu gestagene**

c) **hemostază cu androgene**

d) **hemostază hormonală combinată**

Indiferent de natura preparatului hormonal la baza hemostazei hormonale se află proprietatea dozelor mari

de hormoni steroizi de a inhiba activitatea gonadotropică a sistemului hipotalamo-hipofizar (în conformitate cu mecanismul feed-back).

a) **hemostaza cu estrogene** (scheme de administrare):

- 1 ml soluție 0,1% sinestrol *i/m* fiecare 2-4 ore (în dependență de intensitatea hemoragiei) până la stoparea hemoragiei (de obicei în primele 48 ore)
- 1 ml soluție 0,1% folliculină *i/m* fiecare 2-4 ore (în dependență de intensitatea hemoragiei) până la stoparea hemoragiei (de obicei în primele 48 ore)
- 1 ml soluție 0,1% estradiolpropionat *i/m* fiecare 1-2 ore până la hemostază, care survine după 24-48 ore
- etinilestradiol (microfolină) 0,1 mg *per os* fiecare 3-4 ore până la hemostază (peste 48-72 ore)
- stilbestrol 5 mg *per os* fiecare 3-4 ore până la hemostază (peste 48-72 ore)

Independent de schema administrării, odată cu stoparea hemoragiei preparatul nu se anulează (în acest caz peste 3-5 zile va surveni pseudomenstruația care poate să fie foarte abundentă), ci se micșorează treptat doza în decursul a 5-7 zile, după care administrarea preparatului continuă următoarele 14 zile. În următoarele 7 zile se administrează zilnic 10 mg de progesteron *i/m*. Peste 2-3 zile după ultima injecție, survine menstruația.

b) **hemostază cu gestagene ("chiuretaj hormonal")** (scheme de administrare):

- progesteron 10 mg *i/m* 6-8 zile
- progesteron 50 mg *i/m* 3 zile
- progesteron 100 mg *i/m* o singură injecție
- tab. pregnin 0,01 sublingual câte 1 pastilă de 6 ori pe zi timp de 6-8 zile

- tab. norcolut 0.005 *per os* câte 2 pastile pe zi timp de 5-6 zile

Hemostaza hormonală cu gestagene se folosește pentru stoparea hemoragiilor mici de lungă durată: pentru hemoragiile abundente ea este inoportună. După anularea preparatului pseudomenstruația survine peste 3-5 zile. De reținut, că un *neajuns* serios al acestei variante de hemostază este intensificarea hemoragiei după anularea preparatului, de aceea utilizarea "chiuretajului hormonal" este redusă.

c) *hemostază cu androgene* se folosește în cadrul tratamentului ginecopatelor cu sindrom climacteric, și constituie o etapă în terapia de inhibiție cu androgene până la instalarea menopauzei. Schema de administrare:

- testosteron propionat 50 mg *i/m* în fiecare zi sau peste o zi până la stoparea hemoragiei (de obicei sunt suficiente 2-3 injecții); după această doză nictemerală a preparatului este micșorată până la 25 mg, această doză fiind administrată de 2-3 ori pe săptămână, următoarele 3-4 luni pacienta primește doze de menținere (10 mg de testosteron propionat *i/m* peste o zi, sau 10 mg de metiltestosteron sublingual de 2 ori pe zi)

- sustanon-250 (preparat cu acțiune prelungită) se administrează *i/m* câte 1 ml 1 dată pe lună timp de 3-4 luni

Hemostaza hormonală cu androgene este *contraindicată* la fetițe și la femeile de vârstă reproductivă (până la 45 ani).

d) *hemostază hormonală combinată* este una dintre cele mai *avantajoase* metode prin

- simplețe
- efect rapid (hemoragia stopează în primele ore sau zile)

- reacție pseudomenstruală modestă
- independența efectului hemostatic de starea inițială a endometrului

Ea poate fi realizată prin administrarea concomitentă a două preparate diferite (estrogen și gestagen 1:10) sau prin administrarea preparatelor combinate estrogen-gestagenice (progestinelor sintetice). Scheme de administrare:

- simultan 1 ml soluție 0,1% sinestrol și 2 ml soluție 0,5% progesteron *i/m* zilnic până la instalarea hemostazei (de regulă, peste 4-5 zile)

- 10 ml soluție 0,1% estradioldipropionat și 125 mg de oxiprogesteroncapronat (preparate cu acțiune prelungită) – o singură injecție asigură hemostaza peste 36-40 ore, pseudomenstruația survine peste 7-8 zile

- progestine sintetice (marvelon, bisecurin, non-ovlon, ovidon-rihter, infecundin, rigevidon) câte 1 pastilă de 4-6 ori pe zi (fiecare 6-4 ore) până la stoparea hemoragiei, apoi doza se micșorează cu câte 1 pastilă pe zi până se ajunge la 1 pastilă pe zi - această doză este administrată până se împlinesc 21 zile de la începutul hemostazei hormonale. După anularea preparatului pseudomenstruația survine peste 2-3 zile

Probele hormonal-diaagnostice se folosesc pentru aprecierea funcției glandelor endocrine și pentru diagnosticul diferentia al dereglărilor în sistemul hipotalamo-hipofizaro-ovarian.

Proba cu progesteron se folosește pentru aprecierea funcționalității endometrului. Timp de 6-8 zile se administrează progesteron 10 mg *i/m*. Peste 3-5 zile după ultima injecție apare (**proba pozitivă**) sau nu apare (**proba negativă**) hemoragia pseudomenstruală. Proba pozitivă permite de a exclude amenoreea uterină, în cazul probei negative pentru precizarea stării endometrului trebuie efectuat testul estrogen-progesteronic.

Testul estrogen-progesteronic permite diferențierea amenoreei uterine de cea ovariană, și se efectuează după proba cu progesteron negativă. Timp de 12-14 zile se administrează unul din preparatele estrogenice (1 ml soluție 0,1% de sinestrol *i/m* sau etinilestradiol (microfolina) 0,5 mg *per os*), iar următoarele 6-8 zile se administrează progesteron 10 mg *i/m*. Peste 3-5 zile după ultima injecție apare (**proba pozitivă**) sau nu apare (**proba negativă**) hemoragia pseudomenstruală. Proba pozitivă permite de a exclude amenoreea uterină (indică amenoreea ovariană), iar proba negativă indică amenoreea uterină.









Proba cu folitropină permite aprecierea stării funcționale a ovarelor, a caracterului primar sau secundar de afectare a lor. Timp de 10 zile se administrează pergonal câte 5000 U.I. *i/m*, sau gonadotrofină menopauzală câte 75 U.I. După 10 zile se face aprecierea saturației estrogenice a organismului (prin testele de diagnostic funcțional sau prin aprecierea estrogenelor în sânge). Mărirea secreției estrogenelor (**proba pozitivă**) denotă geneza hipofizară a afecțiunii, iar lipsa dinamicii în secreția estrogenelor (**proba negativă**) indică caracterul primar al afectării ovarelor.

Proba cu gonadotropină-releasing hormon (Gt-RH) se efectuează pentru diferențierea patologiei hipofizei de patologia regiunii hipotalamice. Momentan se administrează 100 μg de preparat, ulterior se apreciază spectrul de indici care denotă acțiunea estrogenelor și a progesteronului asupra organelor-țintă (testele diagnosticului funcțional, concentrația lutropinei în sânge). Temperatura bazală bifazică și alți indici cu dinamică pozitivă (**proba pozitivă**) indică originea hipotalamică a amenoreei, iar lipsa modificărilor menționate (**proba negativă**) demonstrează geneza hipofizară a maladiei.

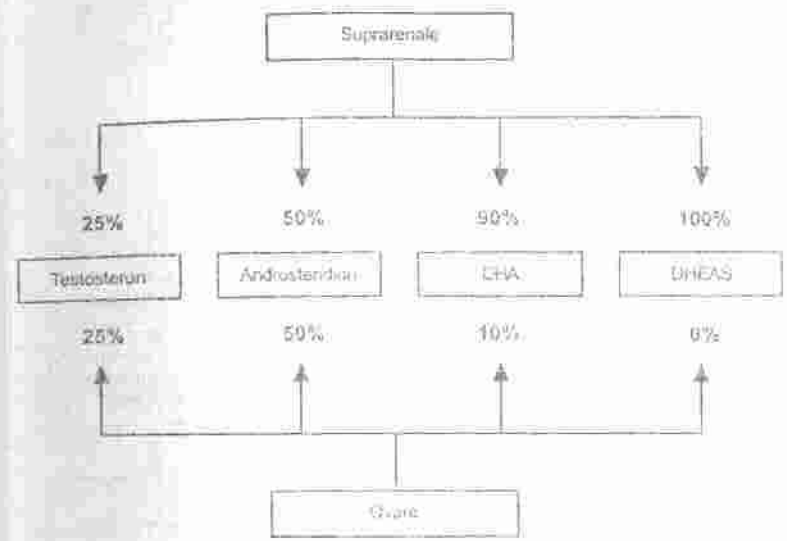
Proba cu ACTH se folosește pentru aprecierea stării funcționale a suprarenalelor. În prealabil se apreciază nivelul de 17-CS în urină. După aceea timp de 2 zile se administrează câte 40 Un. de ACTH *i/m* și din nou se apreciază 17-CS în urină - creșterea lor considerabilă față de nivelul inițial indică afectarea suprarenalelor, iar creșterea neînsemnată indică patologia ovarelor.

Proba cu dexametazon permite detectarea sursei de secreție sporită a androgenelor. Proba se bazează pe faptul că dexametazona inhibă secreția ACTH, ceea ce poate fi stabilit prin aprecierea excreției în urină a 17-CS, ultimii fiind metabolizii ACTH. Timp de 2 zile se administrează 0,5 mg de dexametazon de 4 ori/nict. Înainte și după probă se apreciază nivelul de 17-CS în urină - scăderea lor considerabilă (peste 30% față de nivelul inițial) indică geneza suprarenală a hiperandrogenemiei.

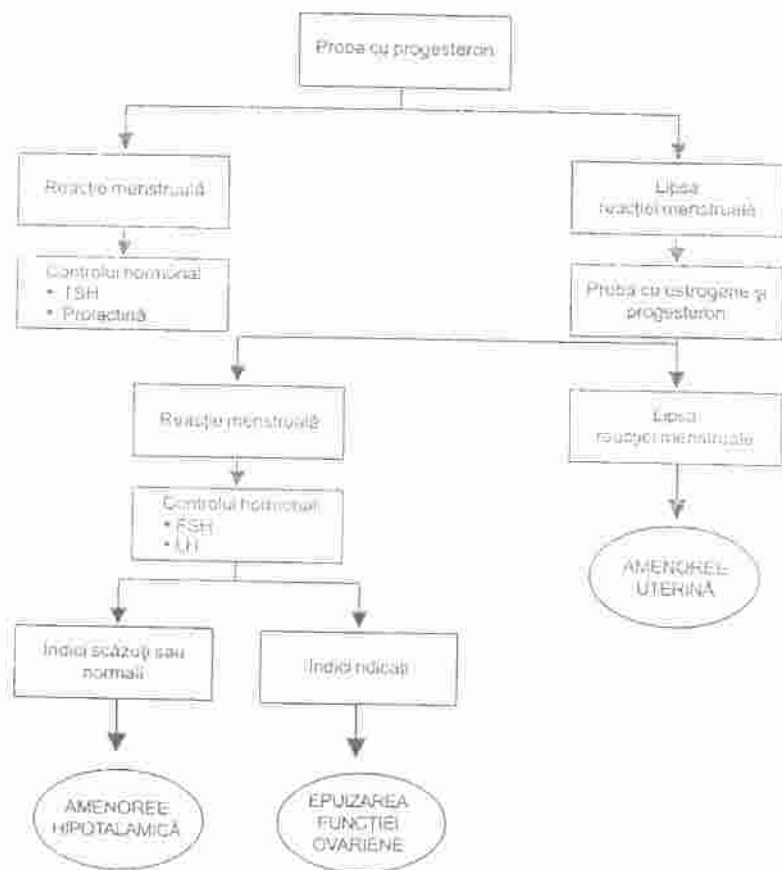
Gradul de pilozitate după scara Feriman-Golwei

Regiunea corpului	1	2	3	4
 Faza de pubertate pe marginea inferioară a buzelor Pilozitate supraorală	Fără de pilozitate pe marginea inferioară a buzelor	Mustăcioare neregulate marginisă inferioară a buzelor	Mustăcioare ocupă parțial marginea inferioară a buzelor	Mustăcioare care ocupă toată marginea inferioară a buzelor
 Fazele de pubertate Pilozitate	Fără de pilozitate	Fără de pilozitate sau pilozitate nesemnificativă	Fără de pilozitate sau pilozitate semnificativă	Fără de pilozitate sau pilozitate excesivă
 Fără de pilozitate sau pilozitate minimă Pilozitate	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Pilozitate dispersată în zona areolară și mamelare	Pilozitate ocupă o parte din zona areolară	Pilozitate difuză în zona toracică
 Fără de pilozitate sau pilozitate minimă Pilozitate	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate excesivă
 Fără de pilozitate sau pilozitate minimă Pilozitate	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate excesivă
 Fără de pilozitate sau pilozitate minimă Pilozitate	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate excesivă
 Fără de pilozitate sau pilozitate minimă Pilozitate	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate excesivă
 Fără de pilozitate sau pilozitate minimă Pilozitate	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate minimă	Fără de pilozitate sau pilozitate excesivă
Scorul în fiecare regiune				
Scorul total	0-4 puncte	5-8 puncte	9-12 puncte	mai mult de 12 puncte

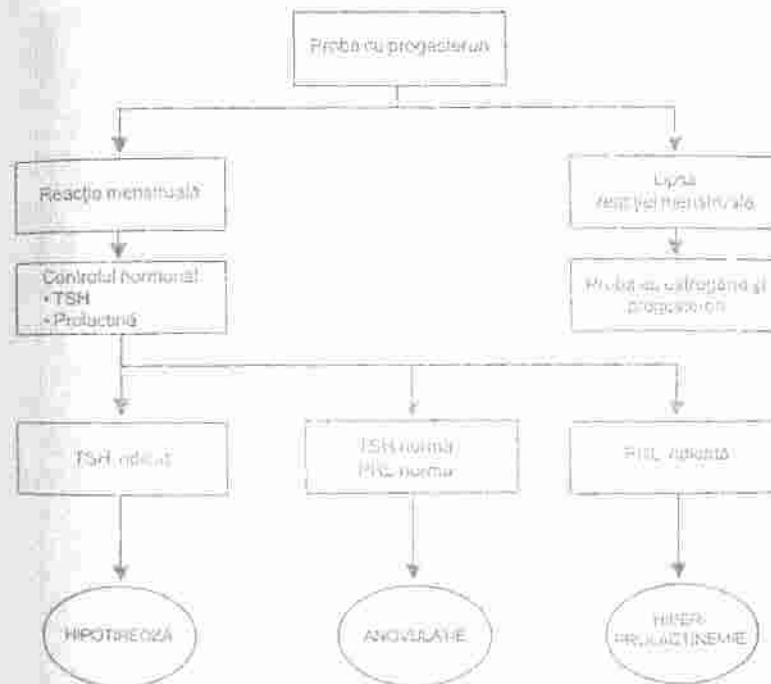
Sursele de producere a androgenelor



**Algoritmul de evaluare a amenoreei
 (proba cu progesteron negativă)**



**Algoritmul de evaluare a amenoreei
 (proba cu progesteron pozitivă)**



central (sport, stres, anorexie, traumă cerebrală, infecție cronică, hiperprolactinemie);

- Testul cu progesteron negativ, iar testul cu estrogeni/progestine pozitiv \rightarrow LH \downarrow , FSH $\downarrow \rightarrow$ LH \uparrow , FSH $\uparrow \rightarrow$ a se exclude presupunerea existenței unei patologii ovariane (disgenezie - efectuarea cariotipului);

- Testul cu progesteron și cu estrogeni/progestine negativ \rightarrow obstrucție cervicală, hipoplazie uterină, sept vaginal, himen neperforat (confirmare: ultrasonografie, sondarea vaginului);

- TSH \uparrow , PRL $\uparrow \rightarrow$ hiperprolactinemie, hipotiroidism;

3. Amenoree asociată cu hirsutism

Diagnosticul recomandat: evaluarea nivelului hormonilor LH, FSH, testosteron, DHEAS, ultrasonografie pelvină; testul cu progestine.

- Testul cu progesteron pozitiv, testosteron N sau \uparrow , DHEAS N, LH \uparrow , FSH N sau \downarrow , PRL N sau moderat $\uparrow \rightarrow$ sindromul ovarelor polichistice (confirmare - ultrasonografie pelvină);

- Testul cu progesteron pozitiv, testosteron brusc \uparrow , DHEAS N, LH N, FSH N sau \downarrow , PRL N sau moderat $\uparrow \rightarrow$ tumoră ovariană (confirmare - ultrasonografie pelvină);

- Testul cu progesteron pozitiv, testosteron N sau moderat \uparrow , DHEAS \uparrow , LH N, FSH N sau \downarrow , PRL N sau moderat $\uparrow \rightarrow$ hiperandrogenie suprarenală (confirmare - tomografie)

4. Amenoree asociată cu anomalii ale tractului genital

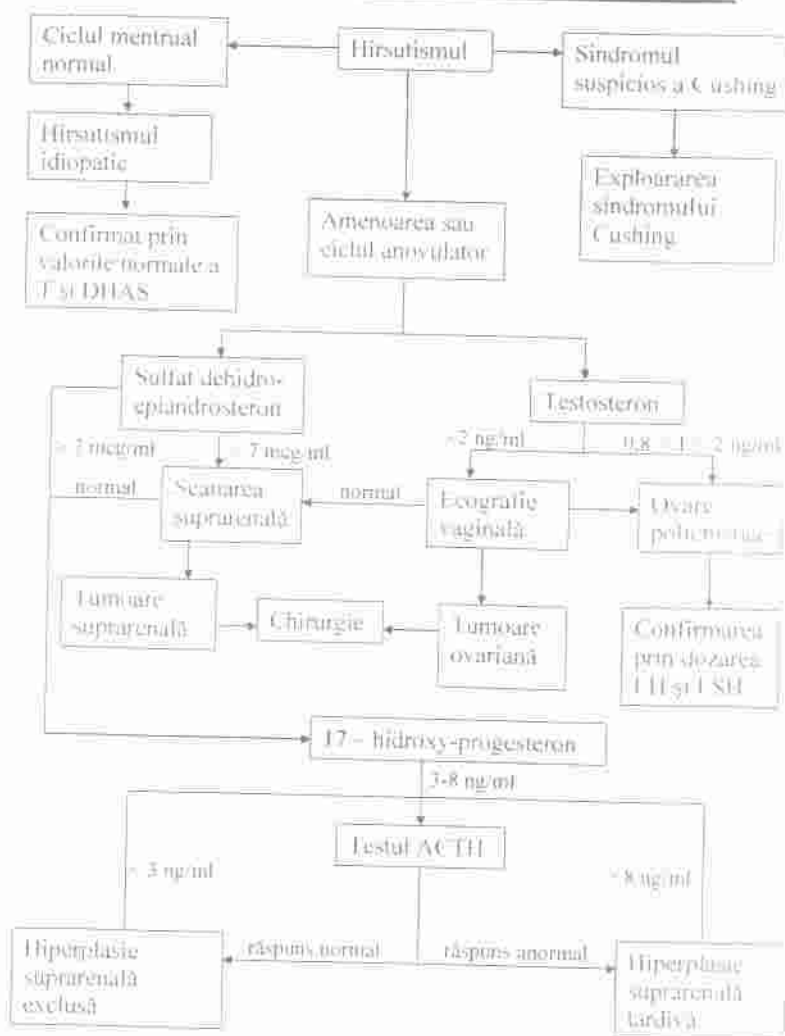
Diagnosticul recomandat: evaluarea nivelului hormonilor LH, FSH, cariotip, ultrasonografie pelvină, testul cu progestine, testul cu estrogeni/progestine.

- Cariotipul 46 XX, uterul absent \rightarrow agenezie mülleriană (sindromul Rokitansky-Kuster-Hauser);

- Cariotipul 46 XY, uterul absent \rightarrow sindromul insensibilității androgenice;

- Cariotipul 46 XX, uterul prezent, testul cu estrogeni/progestine negativ \rightarrow anomalie cervico-vaginală (obstrucție, agenezie)

Schema diagnostică a hirsutismului



PARTEA X. OPERAȚII GINECOLOGICE

Pregătirea preoperatorie a ginecopatelor

Pregătirea pentru operațiile ginecologice este un sistem complex de măsuri diagnostice și profilactico-curative, care au drept obiectiv evaluarea cât mai exactă a stării funcționale ale organelor și sistemelor de organe ale pacientei, precum și corijarea adecvată a dereglărilor depistate cu scopul profilaxiei complicațiilor intra- și postoperatorii.

Măsurile diagnostice cuprind o serie de momente, comune pentru toate tipurile de operații ginecologice:

- hemoleucograma, analiza generală a urinei, probele funcționale ale rinichilor, indicii biochimici ai sângelui, ionograma, coagulograma, ECG, T/A, spiograma, fluorograma sau roentgenograma, reacția Wassermann, examenul la SIDA

- grupa de sânge și factorul rezus
- gradul de puritate a vaginului (trebuie să fie I-II; în caz de colpită ultima este tratată)
- examenul bacteriologic al eliminărilor din vagin, uretră, canalul cervical, faringe, nas
- consultația internistului, anesteziologului, stomatologului, specialiștilor (în caz de maladii asociate)

În cazul maladiilor ginecologice anume sunt necesare **examene complementare**:

- **afecțiunile inflamatorii ale organelor genitale:** bacterioscopia și examenul bacteriologic al conținutului din uretră, canalul cervical, vagin, antibioticograma; dacă

este suspectată tuberculoza genitaliilor suplimentar se efectuează examenul citologic, bacterioscopic și bacteriologic, roentgenograma organelor bazinului mic, metrosalpingografia, biopsia endometriului, probele tuberculinice

• **hemoragii disfuncționale uterine:** coagulograma, examenul colpocitologic, testele diagnosticului funcțional, raclajul diagnostic fracționat al uterului, excreția hormonilor gonadotropi și sexuali

• **sterilitate:** gencografia, examen endocrinologic special în caz de sterilitate endocrină (excreția hormonilor gonadotropi și sexuali, metabolismul bazal, funcția tiroidei, suprarenalelor)

• **operații plastice pe vagin și col:** bacteriograma eliminărilor din uretră, vagin, canalul cervical

• **miom uterin:** sondajul cavității uterine, raclajul diagnostic al mucoasei uterului; în caz de sindrom hemoragic se efectuează coagulograma, este investigată funcția ficatului și a sistemului cardiovascular (probele ficatului, ECG, FCG, probele funcționale ale cordului, ș. a.)

• **tumori ale ovarelor cu suspexie la metastaze:** examenul glandelor mamare și al tractului digestiv (roentgenoscopia și roentgenografia tractului digestiv, rectoromanoscopia); cu scopul diferențierii tumorilor ovariene și uterine sau extragenitale se efectuează sondajul cavității uterine și raclajul pereților corpului uterin

• **sarcină extrauterină:** reacția biologică cu gravimunum, aprecierea gonadotrofinei corionice în urină, laparoscopia, biopsia endometriului, puncția fornixului posterior

• **cancerul colului și/sau corpului uterin:** examenul

citologic, raclajul diagnostic fracționat, cromocistoscopia, cistoscopia, rectoromanoscopia, limfografia

• **fistule urogenitale:** cistoscopia, cistografia, cateterizarea ureterelor

Măsurile profilactico-curative includ:

A. Pregătirea psihoprofilactică:

• informarea clară și exhaustivă – în măsura solicitată de pacientă - despre caracterul intervenției preconizate

• argumentarea necesității operației, elucidarea beneficiilor pe care le va aduce intervenția chirurgicală stării de sănătate

• debarasarea de frica cauzată de perspectiva operației

B. Medicația preoperatorie, care vine să aducă organele și sistemele de organe în cea mai bună stare posibilă pentru a suporta viitoarea intervenție

• **sistemul cardiovascular:** hemotransfuzie, cardiotoxice, perfuzii de glucoză de 40% etc. în funcție de necesități

• **sistemul respirator:** lecții de gimnastică respiratorie, terapia preoperatorie a bronșitei cronice, emfizemului

• **cavitatea bucală:** asanarea focarelor de infecție

• **tractul gastrointestinal:** dietă – în ajunul operației prânzul este ușor (supă lichidă, bulion cu pesmeti, terci de grîș). la cină se consumă un pahar de ciai dulce cu pesmet. Seară înainte de operație și în dimineața operației se face clismă evacuatorie, iar în caz de constipații în ameză din ajunul intervenției suplimentar se administrează purgative (ulei de ricină 30 g). Pentru operațiile pe intestinul gros ultimele 3-4 zile dieta trebuie să fie ușoară: chefir, bulion, unt, smântână, ciai dulce, sucuri: cu 2 zile înainte

de operație se face clisma evacuatorie, în ajunul operației se administrează purgative (30 g de ulei de ricină sau sulfat de magneziu), iar în dimineața din ziua operației se face clisma-sifon, cu 2 ore înainte de operație se permite ciai dulce

- **ficatul:** se practică injecțiile de glucoză cu acid ascorbic. În cazul scaderii stabile a funcției ficatului intervențiile traumatice sunt riscante

- **organele genitale:** asanarea vaginului (frotiu de gradul I-II de puritate), înainte de operațiile plastice dacă sunt prezente escariile ultimele sunt tratate până la vindecarea completă (2-3 săptămâni), dacă se preconizează extirparea uterului pe cale vaginală se admite intervenția până la vindecarea completă a escariilor

- **asanarea focarelor de infecție**

- **măsuri de igienă sanitară:** duș, pilozitatea de pe muntele Venus este barbierită nemijlocit înainte de operație (nici într-un caz nu în ajunul ei sau cu câteva ore înainte de intervenție) pentru a evita foliculita, se preferă însă nu barbieritul, ci epilarea sau frezarea scurtă a părului de asupra tegumentelor

- seara înainte de operație se administrează un tranșilizant (meprobamat, mezepam, nozepam, ș.a.)

- cateterizarea vezicii urinare înainte de operație, cateter permanent în timpul operației

Operații plastice pe vagin

Colporafia anterioară este indicată în caz de cistocel.

Pregătirea pentru operație: pe lângă pregătirea habituală ultimele 2-3 zile înainte de operație se practică

băițe vaginale cu soluție 3% de H_2O_2 , pe noapte se aplică tampoane vaginale cu emulsie de sintomicină sau alt preparat antimicrobian.

Protocolul operației

În poziția ginecologică a pacientei organele genitale externe și partea internă a coapselor au fost prelucrate cu soluție 2% de iod și soluție 70% de alcool etilic, aria operatorie izolată cu câmpuri sterile.

Vaginul s-a expus în valve, colul uterin și vaginul prelucrate cu antiseptic. Colul uterin a fost fixat de labia anterioară cu pensa Museau și deplasat spre fanta genitală, posterior. Pe linia mediană a peretelui vaginal anterior, la 1,5-2,0 cm mai jos de orificiul extern al uretrei și 1,5-2,0 cm de la orificiul extern al canalului cervical, au fost aplicate două pense Kocher. Între pense cu bisturiul s-a efectuat o incizie ovalară a mucoasei vaginului, s-a delimitat un lambou. Spațiul de sub lambou a fost tunelizat cu ajutorul foarfecelui bont înșinat sub mucoasă, iar lamboul separat de fascia vezicală subiacentă prin disecarea bridelor conjunctive parțial cu bisturiul, parțial cu compresa montată pe indice (police). După efectuarea hemostazei cistocelul a fost înfundat cu suturi separate de catgut, aplicate pe țesuturile paravezicale (fascia vezicală și mușchi). Peretele vaginal anterior a fost refăcut cu suturi separate de catgut. S-a efectuat toaleta vaginului, plaga a fost prelucrată cu soluție 5% de iod, instrumentele înlăturate. În vagin s-a introdus un tampon steril cu sintomicină. Hemoragia 70 ml.

Cateterizarea vezicii urinare – s-au eliminat 50 ml de urină transparentă.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost.

Colpoperineoplastica este indicată în caz de rectocel; de obicei se efectuează împreună cu colporafia anterioară.

Pregătirea pentru operație este aceeași ca și pentru colporafia anterioară.

Protocolul operației

În poziția ginecologică a pacientei organele genitale externe și partea internă a coapselor au fost prelucrate cu soluție 2% de iod și soluție 70% de alcool etilic, aria operatorie izolată cu câmpuri sterile.

Vaginul s-a expus în valve, colul uterin și vaginul prelucrate cu antiseptic. Colul uterin a fost fixat de labia anterioară cu pensa Museau și deplasat spre fanta genitală, anterior. Pe peretele posterior al vaginului s-au aplicat trei pense Kocher – una proximală pe linia mediană la 1,5 cm exterior de colul uterin și două distale, la dreapta și la stânga hotarului dintre mucoasa vaginului și pielea perineului. Între pense cu bisturiul a fost secționat un lambou în formă de V inversat cu ramurile concave, după care cu ajutorul foarfecelui curb și a compresei montate pe indice (police) fără inconveniente s-a efectuat decolarea lamboului de țesuturile subiacente. În plagă au fost expuși ridicătorii anali, pe care s-au aplicat nelegate două fire de catgut, marginile firelor au fost montate pe pensele Pean. Peretele anterior exuberant al rectului a fost înfundat cu trei suturi de catgut în U, aplicate pe fascia conjunctivă a rectului, după care s-au legat firele puse pe ridicătorii anali. Peretele vaginal posterior și perineul au fost refăcute cu suturi separate de catgut, pe pielea perineului s-au aplicat 4 suturi de mătase. Toaleta vaginului, instrumentele înlăturate. Vaginul și perineul prelucrate cu soluție 5% de iod. În vagin s-a introdus un tampon steril cu sintomicină. Hemoragia 70 ml.

Cateterizarea vezicii urinare – s-au eliminat 50 ml de urină transparentă.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost

Rectocele, enterocele

Perineu rupt



Rectocel protrusiv

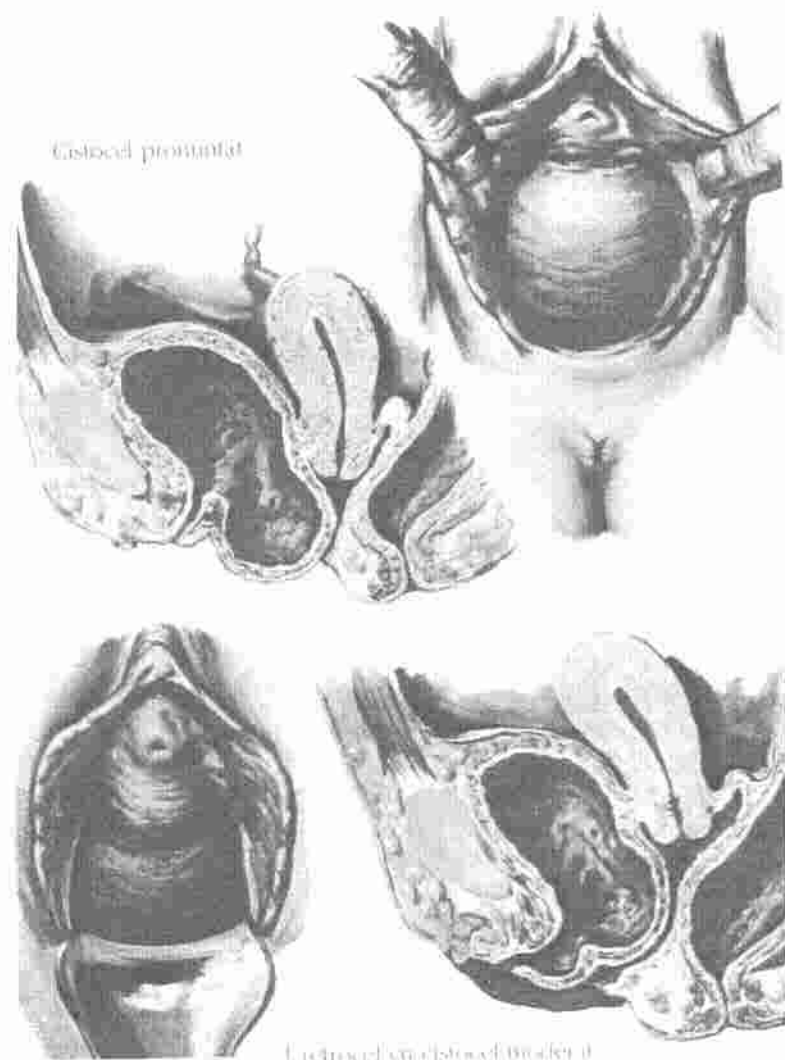


Rectocel



Enterocel hernia rectului și a părții inferioare a uterului

Cistocel, uretrocel



Frank H. Netter. The CIBA collection of medical illustrations, Switzerland, 1988

Operații ginecologice abdominale

Pentru operațiile ginecologice abdominale se folosesc două căi de acces (laparotomii) – laparotomia mediană inferioară și laparotomia după Pfannenstiel.

Laparotomia mediană inferioară include următoarele momente:

1. Pregătirea câmpului de operație. Pielea de pe peretele abdominal anterior și pubis se depilează înainte de operație. Peretele abdominal anterior, pubisul, partea anterioară a coapselor (treimea superioară) se prelucrează de două ori cu antiseptic (soluție 5% de iod, alcool etilic, ș.a.), zona viitoare a inciziei se delimitează cu ajutorul câmpurilor sterile.

2. Laparotomia propriu-zisă:

- **incizia pielii și stratului subcutanat adipos până la aponeuroză:** pe piele se aplică două pense – una cu 2 cm mai jos de ombilic, cealaltă cu 1 cm mai sus de plica abdominală inferioară – între care se efectuează incizia
- **ligaturarea vaselor lezate** ale stratului subcutanat adipos

- **incizia aponeurozei:** la început se efectuează incizia cu bisturiul la mijlocul plăgii pe o porțiune de 1,5 - 2 cm, apoi cu foarfecele închis insinuat sub aponeuroză aceasta se separă de mușchi și se secționează în direcția pubisului; același lucru se repetă în direcția ombilicului

- **separarea mușchiului abdominal anterior stâng** de linia albă, evidențierea peritoneului

- **incizia și separarea peritoneului:** la granița dintre treimea superioară și medie a plăgii peritoneul se fixează cu două pense, între care cu bisturiul se efectuează incizia

de 1-2 cm. Marginile inciziei se fixează cu clemele Miculici, după care incizia este continuată cu foarfecele spre dreapta și spre stânga (se preferă incizia transversală a peritoneului și nu cea longitudinală, pentru că ultima mărește riscul de lezare a vezicii urinare), fixând peritoneul de scutecul separator pe tot parcursul inciziei cu clemele Miculici. Între marginea peritoneului și marginea scutecului nu trebuie să se vadă mușchii, stratul adipos subcutanat sau pielea.

• **inspecția organelor bazinului mic:** mâna dreaptă se introduce în bazinul mic și se efectuează palparea uterului, anexelor, se apreciază dimensiunile lor, mobilitatea, prezența aderențelor, atitudinea față de organele adiacente (vezică urinară, omentul, ansele intestinale, peritoneul parietal). În cavitatea abdominală se introduc 1-2 câmpuri moi pentru a separa bazinul mic de restul cavității abdominale

• **efectuarea intervenției**

• **toaleta cavității abdominale** (înlăturarea câmpurilor moi din cavitatea abdominală, înlăturarea sângelui și a chiagurilor, instrumentelor), controlul eficacității hemostazei

• **reconstituirea peretelui abdominal în straturi anatomice:**

- peritoneul – sutură de catgut neîntreruptă sub control vizual (pericol de suturare a ansei intestinale, omentului)

- mușchii – sutură de catgut neîntreruptă fără implicarea peritoneului

- aponeuroza – suturi separate de catgut și controlul digital al calității suturării (pericol de hernie postoperatorie)

- stratul adipos subcutanat – suturi separate de catgut, solicitând fundul plăgii, dar fără implicarea aponeurozei

- pielea – suturi separate de mătase cu coaptarea exactă a marginilor plăgii

• **badijonarea plăgii cu antiseptic** (soluție de alcool etilic, iod 5%)

• **pansament aseptice**

• suplimentar se efectuează toaleta vaginului cu tampon uscat, apoi umectat cu antiseptic; se cateterizează vezica urinară

Avantajele accesului median inferior:

• tehnică simplă

• hemoragie minimă

• posibilitatea prelungirii inciziei intraoperator, câmp operator larg

Dezavantajele:

• risc sporit de evențtrării postoperatorii

• aspectul neestetic al cicatricei

• risc sporit de supurație a plăgii

Laparotomia prin incizie transversală suprapubiană după Pfannenstiel include următoarele momente:

1. **Pregătirea câmpului de operație.** Pielea de pe peretele abdominal anterior și pubis se depilează înainte de operație. Peretele abdominal anterior, pubisul, partea anterioară a coapselor (treimea superioară) se prelucreează de două ori cu antiseptic (soluție 5% de iod, alcool etilic, ș.a.), zona viitoare a inciziei se delimitează cu ajutorul câmpurilor sterile.

2. **Laparotomia propriu-zisă:**

• **incizia pielii și stratului subcutanat adipos** până la

aponeuroză: pe piele în regiunea plicii abdominale inferioare (de asupra pubisului) se aplică două pense la o distanță de 12 cm una de alta, între ele se efectuează incizia

- **hemostază minuțioasă**, în special la unghiurile plăgii
- **incizia aponeurozei**: de ambele părți ale liniei albe cu bisturiul se secționează aponeuroza, incizia fiind continuată cu foarfecele la dreapta și la stânga în limitele inciziei cutanate

- **separarea aponeurozei** de mușchii dreپți ai abdomenului: marginea superioară a aponeurozei se pensează în regiunea liniei albe cu două pense Kocher, cu ajutorul lor aponeuroza este ridicată în sus și se efectuează disecarea ei de mușchii subiacenți

- **separarea mușchilor dreپți și piramidali, vizualizarea peritoneului**

- **incizia și separarea peritoneului** are loc ca în cazul laparotomiei mediane inferioare

- **inspecția organelor bazinului mic**
- **efectuarea intervenției**
- **toaleta cavității abdominale**, controlul eficacității hemostazei

- **reconstituirea peretelui abdominal în straturi anatomice:**

- peritoneul – sutură de catgut neîntreruptă
- mușchii – sutură de catgut neîntreruptă
- aponeuroza – suturi separate de catgut
- stratul adipos subcutanat – suturi separate de catgut
- pielea – suturi separate de mătase cu coaptarea exactă a marginilor plăgii

- **badijonarea plăgii cu antiseptic** (soluție de alcool etilic, iod 5%)

- **pansament aseptice**
- **suplimentar**: se efectuează toaleta vaginului cu tampon uscat, apoi umețat cu antiseptic; se cateterizează vezica urinară

Avantajele inciziei suprapubiene după Pfannenstiel:

- **aspectul estetic al cicatricei**
- **respectarea fiziologiei planurilor anatomice prin păstrarea intactă a nutriției (vascularizației) și a sensibilității (inervației) acestora**

- **evitarea riscului de eventrație postoperatorie**
- **posibilitatea mobilizării precoce a bolnavelor**

Dezavantajele:

- **tehnica complicată, timpul operației mai lung**
- **câmpul operator mai redus**
- **hemoragie sporită, uneori abundentă** (în cazurile când incizia pielii și a stratului subcutanat adipos este prea lungă se lezează nu numai artera pudendă externă ci și arterele epigastrice superficiale)
- **hematoame simple sau supurate mai frecvente**
- **risc sporit de lezare a vezicii urinare**

Tubectomia este operația care se efectuează în caz de sarcină extrauterină tubară. Tubectomia, de regulă, este operație de urgență, deoarece **pregătirea preoperatorie** se reduce la minimum:

- **aprecierea grupei sangvine și factorului rezus**
- **se fac spălături gastrice și conținutul stomacului se evacuează cu sonda**
- **în cazul șocului hemoragic imediat după aprecierea grupei de sânge și factorului rezus trebuie de recurs la**

hemotransfuzie și perfuzarea substituenților de sânge, care continuă în sala de operație

- cateterizarea vezicii urinare
- epilarea tegumentelor din zona intervenției

Protocolul operației

În condiții aseptice sub anestezie generală endotraheală cavitatea abdominală a fost deschisă prin incizie mediană inferioară. În cavitatea abdominală s-a depistat sânge liber vechi, care a fost aspirat, iar chiagurile înlăturate manual. Ansele intestinale izolate cu câmpuri moi, inspecția organelor bazinului mic. S-a depistat sarcină tubară întreruptă în regiunea ampulară din dreapta, pe ovarul drept se apreciază corpul galben gestativ. Uterul și anexele stângi fără leziuni macroscopice. Cu mâna dreaptă anexa lezată a fost exteriorizată și pensată cu două cleme în regiunea cornului uterin și pe mezosalpinx din partea ampulară. Mezoza a fost secționat din aproape în aproape de asupra clemei până la cornul uterin, regiunea interstițială a trompei detașate a fost excizată cuneiform cu bisturiul. Pe bontul mezosalpinxului și cornului uterin s-au aplicat suturi separate de catgut. S-a efectuat peritonizarea bontului din contul ligamentului rotund cu "surjet" fin. Controlul hemostazei, toaleta cavității abdominale – în total au fost înlăturate 1000 ml de sânge. Peretele abdominal reconstituit în straturi anatomice, pe piele s-au aplicat suturi separate de mătase. Plaga prelucrată cu soluție 70% de alcool etilic și soluție 5% de iod, pansament aseptice.

Cateterizarea vezicii urinare – s-au eliminat 50 ml de urină transparentă

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost.

Descrierea preparatului înlăturat: a fost înlăturată trompa dreaptă mărită în diametru de 8 cm, regiunea ampulară și toată cavitatea trompei umplută cu chiaguri dense. Oul fetal nu se vizualizează, probabil din cauza îmbibției cu sânge. Tunica

seroasă a trompei lezată. Preparatul expedit la examenul histologic.

Ovarectomia se efectuează în cazul schimbărilor patologice ale ovarului (chist, fibrom, ș.a.).

Pregătirea preoperatorie este aceeași ca și pentru orice operație ginecologică.

Protocolul operației

În condiții aseptice sub anestezie generală endotraheală cavitatea abdominală a fost deschisă prin incizie mediană inferioară. La inspecția organelor bazinului mic s-a depistat un chistom multilocular de dimensiunile 15X17 cm, care a fost exteriorizat și izolat cu câmpuri sterile. După exteriorizare s-a constatat că chistomul este pediculat și provine din ovarul stâng. Uterul și anexele drepte cu aspect normal. Pe pediculul chistomului (ligamentul utero-ovarian, ligamentul lombo-ovarian și mezo) s-au aplicat cleme Kocher, țesuturile între cleme au fost secționate, tumora înlăturată. Pe bont s-au aplicat suturi hemostatice, ligamentul lat s-a închis cu "surjet", infundând bontul creat. Toaleta cavității abdominale, evidența instrumentelor și câmpurilor moi. Peretele abdominal a fost reconstituit în straturi anatomice, pe piele s-au aplicat suturi separate de mătase. Plaga prelucrată cu soluție 70% de alcool etilic și soluție 5% de iod, pansament aseptice. Hemoragia 100 ml.

Cateterizarea vezicii urinare – s-au eliminat 50 ml de urină transparentă

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost.

Descrierea preparatului: tumora extirpată reprezintă un chistom pseudomucinos multilocular de dimensiunile 15X17 cm, cu suprafața neregulată. Capsula chistomului este îngroșată, pe alocuri subțiată, tunica internă este netedă. Conținutul chistomului – lichid vâscos transparent de culoare cafenie. Capsula a fost expedită la examenul histologic.

Histerectomia subtotală fără anexe se efectuează în legătură cu miomul uterin.

Pregătirea preoperatorie este aceeași ca și pentru orice operație ginecologică.

Protocolul operației

În condiții aseptice sub anestezie generală endotraheală cavitatea abdominală a fost deschisă prin incizie mediană inferoară. Plaga a fost lărgită cu depărtătoarele, cu ajutorul sfredelului chirurgical uterul a fost luxat din cavitatea abdominală și adus deasupra peretelui abdominal. Cu ajutorul unui câmp moale au fost izolate ansele intestinale. Trompa și ligamentul utero-ovarian drepte au fost prinse între două pense Kocher la 1,5 de uter și secționat cu foarfecele, același lucru pentru ligamentul rotund după care manevra s-a repetat din stânga. Clemele au fost înlocuite cu ligaturi lungi montate pe pensele Pean. S-a efectuat incizia și detașarea foiței anterioare a ligamentului larg, peritoneul vezico-uterin evidențiat și secționat cu foarfecele în linie curbă de la un ligament rotund la celălalt. Cu o compresă montată pe pensă port-tampon peritoneul a fost decolat de pe istmul uterului și deplasat împreună cu vezica urinară în jos cu ajutorul valvei suprapubiene. Cu compresa montată pe pensă a fost detașată foița posterioară a ligamentului larg și pus în evidență pediculul vascular drept. Perpendicular pe rebordul uterului, la nivelul orificiului intern au fost aplicate două pense paralele, între care a fost secționată, apoi suturată artera uterină dreaptă. Aceeași manevră s-a repetat din stânga. Uterul secționat cuneiform și înlăturat, canalul cervical prelucrat cu soluție 5% de iod, bontul cervical suturat cu fire separate de catgut. Peritonizarea în "surjet" a bontului cervical din contul peritoneului vezico-uterin și a bontului anexelor din contul ligamentului larg. Controlul hemostazei (s-au înlăturat 150 ml de sânge), toaleta cavității abdominale, evidența instrumentelor și câmpurilor moi. Peretele abdominal a fost reconstituit în straturi anatomice, pe piele s-au aplicat suturi separate de mătase. Plaga prelucrată cu soluție 70% de alcool etilic și soluție 5% de iod, pansament aseptice. Hemoragia totală 200 ml.

Cateterizarea vezicii urinare - s-au eliminat 50 ml de urină transparentă.

Începutul operației - (ora)

Sfârșitul operației - (ora)

Complicații n-au fost.

Descrierea preparatului, a fost înlăturat corpul uterului cu un nod miomatos submucoas cu dimensiunile 7X8 cm și două noduri interstițiale 3X4 cm. Cavitatea uterului deformată. Preparatul expedit la examenul histologic.

Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală se efectuează în legătură cu asocierea patologiei anexelor și corpului uterin.

Pregătirea preoperatorie este aceeași ca și pentru orice operație ginecologică.

Protocolul operației

În condiții aseptice sub anestezie generală endotraheală cavitatea abdominală a fost deschisă prin incizie mediană inferoară. Plaga a fost lărgită cu depărtătoarele, cu ajutorul sfredelului chirurgical uterul a fost luxat din cavitatea abdominală și adus deasupra peretelui abdominal. Cu ajutorul câmpurilor moi au fost izolate ansele intestinale. Pe ligamentele infundibulo-pelviene în apropierea ovarelor s-au aplicat paralel două pense, între care ligamentele au fost secționat, bonturile suturate cu catgut. S-a efectuat secționarea ligamentului rotund între două pense Kocher, capătul distal a fost legat. Cu foarfecele s-a deschis puntea peritoneală dintre trompă și ligamentul rotund, s-a pătruns între foițele ligamentului larg, care au fost detașate cu un tampon montat pe pensă și secționat anterior de la ligamentul rotund până la fundul de sac vezico-uterin, posterior până în apropierea ligamentelor utero-sacrate. Peritoneul vezico-uterin a fost scos în evidență și secționat cu foarfecele în linie curbă, decolat cu un tampon montat pe pensă de pe istmul uterului și deplasat împreună cu vezica urinară în jos cu ajutorul valvei suprapubiene. Perpendicular pe rebordul uterului, la nivelul orificiului intern au fost aplicate două pense

paralele, între care a fost secționată, apoi suturată artera uterină dreaptă. Aceeași manevră s-a repetat din stânga. Uterul a fost secționat cuneiform și înlăturat, canalul cervical s-a prelucrat cu soluție 5% de iod, bontul cervical suturat cu fire separate de catgut. Peritonizarea în "surjet" a bontului cervical din contul peritoneului vezico-uterin și a ligamentului rotund și infundibulo-pelvic din contul ligamentului larg. Controlul hemostazei (s-au înlăturat 150 ml de sânge), toaleta cavității abdominale, evidența instrumentelor și câmpurilor moi. Peretele abdominal a fost reconstituit în straturi anatomice, pe piele s-au aplicat suturi separate de mătase. Plaga prelucrată cu soluție 70% de alcool etilic și soluție 5% de iod, pansament aseptice. Hemoragia totală 200 ml.

Cateterizarea vezicii urinare - s-au eliminat 50 ml de urină transparentă

Începutul operației - (ora)

Sfârșitul operației - (ora)

Complicații n-au fost.

Descrierea preparatului: a fost înlăturat corpul uterului cu anexele. Uterul schimbat din cauza multiplilor noduri miomatoase interstittiale; ovarul din stânga reprezintă un chist cu capsula subțire de 6X8 cm, în ovarul drept mai multe chisturi mici; trompele fără schimbări macroscopice. Preparatul expediat la examenul histologic

Extirparea uterului cu anexe este operația care se efectuează în caz de cancer endometrial, sau alte stări patologice ale anexelor și uterului.

Pregătirea preoperatorie are unele particularități. Pe lângă măsurile habituale se mai efectuează:

- prelucrarea vaginului cu soluție de alcool etilic sau soluție 5% de iod de înainte de operație
- prelucrarea părții vaginale a colului uterin cu soluție 5% de iod
- vaginul se tamponează cu tifon steril, un capăt al căruia se lasă în afara fantei genitale și se montează pe pensă

Protocolul operației

În condiții aseptice sub anestezie generală endotraheală cavitatea abdominală a fost deschisă prin incizie mediană inferioară. La inspecția organelor bazinului mic s-a constatat uterul mărit de 7X10 cm, anexele fără schimbări macroscopice, aderate la foia posterioară a ligamentului larg. Plaga a fost lărgită cu depărtătoarele, aderențele secționate cu foarfecele. Cu ajutorul sfredelului chirurgical uterul a fost luxat din cavitatea abdominală și adus deasupra peretelui abdominal. Cu ajutorul câmpurilor moi au fost izolate ansele intestinale. Pe ligamentele infundibulo-pelviene în apropierea ovarelor s-au aplicat paralel două pense, între care ligamentele au fost secționate, bonturile suturate cu catgut. S-a efectuat secționarea ligamentului rotund între două pense Kocher, capătul distal a fost legat. Cu foarfecele s-a deschis puntea peritoneală dintre trompă și ligamentul rotund, s-a pătruns între foiele ligamentului larg, care au fost detașate cu un tampon montat pe pensă și secționate anterior de la ligamentul rotund până la fundul de sac vezico-uterin, posterior până la inserția ligamentelor utero-sacrate. Peritoneul vezico-uterin a fost scos în evidență și decolat parțial cu foarfecele, parțial cu indexul pe tot traseul până la fornixul anterior, apoi deplasat împreună cu vezica urinară în jos cu ajutorul valvei suprapubiene. Pediculele vasculare au fost secționate și suturate între două cleme paralele aplicate mai jos de orificiul intern. Ligamentele sacro-uterine au fost pensate în apropierea uterului și secționate, bonturile suturate. Între ligamentele sacro-uterine s-a incizat peritoneul recto-uterin, cu ajutorul compresei montate pe pensă a fost separat rectul. Peretele anterior al vaginului a fost pensat și incizat, din vagin s-a înlăturat tamponul. Vaginul a fost tamponat cu o panglică de tifon, umectată cu soluție 5% de iod. Colul uterin a fost fixat cu pensă "tire-balle" în regiunea orificiului intern, expus în plagă și detașat de fornixul vaginal. Uterul cu anexele a fost înlăturat, vaginul s-a suturat cu suturi separate de catgut. Peritonizarea în "surjet" din contul ligamentului larg, peritoneului vezico-uterin și recto-uterin. Controlul hemostazei, toaleta cavității abdominale, evidența instrumentelor și câmpurilor moi. Peretele abdominal a fost reconstituit în straturi anatomice, pe piele s-au aplicat suturi separate de mătase. Plaga prelucrată cu soluție 70% de alcool

etilic și soluție 5% de iod, pansament aseptice; Hemoragia totală 250 ml.

Cateterizarea vezicii urinare – s-au eliminat 50 ml de urină transparentă.

Începutul operației – (ora)

Sfârșitul operației – (ora)

Complicații n-au fost.

Descrierea preparatului: a fost înlăturat uterul cu anexele Uterul mărit de 7X10 cm, anexele fără schimbări macroscopice Preparatul expediat la examenul histologic.

Conduita ginecopatelor în perioada postoperatorie

Conduita după operațiile plastice pe vagin:

- după operație pe perineu se aplică o pungă cu gheață pe 1-1,5 ore. În zilele ulterioare gheața se aplică dozal dacă perineul este edematizat, pungea fiind învelită în scutec steril

- în prima zi după operație membrele inferioare trebuie să fie întinse de-a lungul corpului. Din ziua a doua se permite flectarea lor în articulația genunchiului, dar nu și desfacerea lor. Poziția în decubit lateral de asemenea se permite numai cu picioarele unite

- tamponul cu sintomicină (vaselină), introdus după operație, se extrage peste 6-8 ore

- dieta primele 5 zile trebuie să fie lichidă (cioră fără zahăr, bulion de pește, sucuri), în ziua a 6-7-a se permite terci de fructe și legume, chefir degresat, lapte acru. În ajunul înlăturării suturilor, adică la a 6-a zi se administrează *per os* 30 g de glicerină. Din ziua 8-a este urmată dieta lacto-vegetală, iar din ziua 10-a se trece la dieta Nr.15 (generală)

- primele două zile micțiunea trebuie să fie de sinestă-tătoare (pentru a induce reflexul se practică picurarea permanentă a apei din robinet, i/m se introduc 3-5 ml de soluție 25% de sulfat de magneziu sau 1 ml de pituitrină. i/v se administrează 5-10 ml de soluție 40% de urotropină). Dacă se efectuează cateterizarea vezicii urinare, cateterul trebuie să fie steril și prelucrat cu vaselină. Cu scopul profilaxiei cistitei în urma multiplelor cateterizări se administrează furadonină sau urolesan

- toaleta perineului și suturilor: de două ori pe zi se efectuează prelucrarea perineului cu soluții antiseptice (rivanol, furacilină, permanganat de caliu) astfel încât suturile să nu fie umezite; după prelucrarea cu antiseptic suturile se usucă cu tampon de tifon steril și se prelucrează cu soluție de alcool etilic și iod de 5%

- suturile se înlătură la 6-a sau 7-a zi

- ridicarea din pat se permite începând cu ziua a 10-a, dar fără a se așeza

- în lipsa complicațiilor pacienta se extemează la a 13-15-a zi

- dacă are loc supurația plăgii pe perineu suturile se înlătură, plaga se prelucrează cu soluție 3% de H₂O₂ și se aplică pansament cu soluție hipertonică sau unguent Vișnevschi

Conduita după operațiile abdominale:

- după transportarea pacientei în salon la picioare de asupra păturii se aplică un termofor, iar pe abdomen – o pungă cu gheață învelită în scutec (pe 3-6 ore)

- analgezie: în primele 24 ore după operație fiecare 6 ore se administrează 2 ml soluție 2% de promedol, 1 ml soluție 1% de morfină, desensibilizante

- controlul riguros al indicilor hemodinamici (puls, T/A), frecvenței respirației, turgorului cutanat, saburației linguale
- inspecția sistematică a stării plăgii postoperatorii (hiperemie, sensibilitate, edemație, prezența eliminărilor, aspectul pansamentului). Dacă pansamentul este uscat, el este schimbat peste 2-4 zile după operație. Ulterior pansamentul curat se schimbă o dată la 2 zile, cel îmbibat – zilnic sau pe măsura îmbibării. Plaga se prelucrează cu soluție 3% de H_2O_2 , se usucă, apoi se prelucrează cu soluție de iod de 5% sau soluție 70% de alcool etilic
- examinarea minuțioasă clinică și paraclinică: starea generală în dinamică, acuzele, examenul pe sisteme și organe, indicii biochimici
- restabilirea homeostazei derulate: restituirea volumului sângelui circulant, combaterea dezechilibrului acido-bazic și hidroelectrolitic: alimentație parenterală, ameliorarea reologiei sângelui, medicație adecvată; de obicei volumul terapiei de infuzie-transfuzie după operațiile ginecologice constituie circa 1000-1500 ml/nict și durează 2 – 3 zile
- profilaxia și tratamentul complicațiilor septico-purulente postoperatorii: tratament antibacterian în baza antibioticogramei, antimicotice; oxibaroterapie din ziua 2 - 3-a 4-5 proceduri; magnetoterapie de frecvență joasă câte 15 min. timp de 10 zile; fizioterapie cu curenți de frecvență ultraintaltă
- înlăturarea drenului la 2 - 3 zi (depinde de cantitatea exsudatului)
- profilaxia complicațiilor tromboembolice: poziția ridi-

- cată a membrilor în pat, bandaj elastic, gimnastică curativă, masaj, în caz de varice – antiagregante (aspirină 0,25-0,5 g/nict., dipiridamol 25-50 mg/nict., fraxiparin, heparină 5000 Un s/c de 2 ori/nict)
- profilaxia complicațiilor respiratorii: inhalarea oxigenului, poziția semiridică în pat, gimnastică respiratorie (din ziua 2-a)
 - profilaxia și lupta cu pareza intestinală: în cazul evoluției normale peristaltica intestinală se restabilește peste 12-24 ore după intervenție; în caz de necesitate a doua zi se administrează 1 ml soluție 0,05% de prozerină s/c, iar peste 30 min se efectuează clismă cu soluție hipertonică, în caz de parază intestinală ușoară i/v se administrează soluție hipertonică de clorură de natriu, s/c se introduc 2 ml soluție 0,05% de prozerină și peste 30 min se efectuează clismă cu soluție hipertonică. În lupta cu pareza intestinală sunt eficiente decompresia gastro-intestinală, electrostimularea intestinală și oxibaroterapia. 3-5 proceduri începând cu ziua a 2 - 3-a după intervenție sau tab. Ubretid 5 mg-1/2 pastilă sublingual, la necesitate se repetă peste 12 ore 1/2 pastilă
 - dieta: în prima zi numai alimentare parenterală, a 2-a zi – lichide (bulion, ciai sau cafea). Cavitatea bucală se prelucrează sistematic. De la a 3-a zi regimul alimentar treptat se lărgeste cu trecerea la dieta generală Nr. 15 către ziua 4 - 5
 - înlăturarea suturilor: la a 7-a zi se înlătură suturile peste una, suturile restante - la a 9-a zi
 - externarea pacientei în caz de evoluție necomplicată a perioadei postoperatorii se efectuează la 9 - 12 zi.

Profilaxia infecțiilor nozocomiale

Profilaxia infecțiilor nozocomiale are două **obiective majore**:

- prevenirea complicațiilor postoperatorii septico-purulente
- minimalizarea riscului de transmitere a așa maladii severe ca hepatita virală B, C, Delta și SIDA nu numai pacienților, ci și întregului personal medical al instituției

Măsurile profilactice împotriva infecțiilor se bazează pe următoarele **principii** de reținut:

- **fiecare** persoană (pacient sau colaborator al instituției medicale) trebuie să fie considerată potențial infectată
- **spălați-vă mâinile** înainte și după fiecare procedură – aceasta este cea mai practică metodă de a preveni transmiterea agentului patogen de la o persoană la alta (spălatul mâinilor fără săpun până la apă curată înlătură circa 50% de microorganisme, iar cu săpun – circa 80%)
- **îmbrăcați mânușile** înainte de a contacta cu mediu umed (tegumentele lezate, mucoase, sânge, mucus, alte secreții sau excremente) sau instrumente și materiale utilizate
- **utilizați bariere mecanice** (ochelari protectori, mască, șort) atunci când este posibilă diseminarea sângelui, secrețiilor sau excrementelor (fecalii, urină)
- **respectați regulile de securitate** la efectuarea unor proceduri, de exemplu, nu îmbrăcați pesarul pe acul deja folosit, transmiteți cu precauție instrumentele ascuțite, lichidați corect deșeurile medicale
- **izolați pacientul** în cazurile când secrețiile sau excrementele nu pot fi izolate.

Prelucrarea mânușilor, etapele:

- înmuierea în soluție 0,5 % de cloramină sau clorhexidină timp de 10 min
- spălarea minuțioasă cu detergent și înlăturarea tuturor particulelor, clătirea cu apă; controlul integrității; dacă vor fi sterilizate – de uscat din ambele părți la aer liber sau cu ștergarul
- pentru dezinfecție profundă (se inactivează toate microorganismele, cu excepția unor endosporii): fierberea timp de 20 min (din momentul fierberii) într-o cratiță cu capac; mânușile trebuie să fie acoperite în întregime cu apă, și din momentul fierberii în cratiță nu se mai adaugă nimic
- pentru sterilizare (se inactivează toate microorganismele, inclusiv endosporii): autoclavare la 120°C și 106 kPa timp de 20 min

Prelucrarea instrumentelor, etapele:

- înmuierea în soluție 0,5 % de cloramină sau clorhexidină timp de 10 min
- spălarea minuțioasă în detergent, înlăturând cu peria toate particulele, clătirea cu apă curată; dacă vor fi sterilizate – de uscat la aer liber sau cu ștergarul
- pentru dezinfecție profundă: fierberea timp de 20 min (din momentul fierberii) într-o cratiță cu capac; din momentul fierberii în cratiță nu se mai adaugă nimic
- pentru sterilizare (se inactivează toate microorganismele, inclusiv endosporii): autoclavare la 121°C și 106 kPa timp de 20 min (sau 30 min dacă sunt împachetate) sau prelucrarea în aer fierbinte timp de 60 min după atingerea temperaturii de 170°C

Prepararea soluțiilor de antiseptic de concentrație necesară

Pentru a pregăti o soluție de anumită concentrație din altă soluție mai concentrată ne folosim de formula:

$$\text{În total volumuri de apă } VA = \frac{\% \text{ concentratului}}{\% \text{ soluției}} - 1$$

De exemplu, trebuie să pregătim soluție diluată 0,1% din concentrat de 5%.

$$VA = \frac{5}{0.1} - 1 = 50 - 1 = 49$$

Deci, amestecăm 49 volumuri de apă fiartă filtrată cu un volum de concentrat.

Pentru a pregăti o soluție de anumită concentrație din concentrat de praf uscat ne folosim de formula:

$$\text{Grame / litru} = \frac{\% \text{ soluției}}{\% \text{ concentratului}} \times 1000$$

De exemplu, trebuie să preparăm soluție 0,5% de clor din praf concentrat de 35%.

$$\text{Grame / litru} = \frac{0.5\%}{35\%} \times 1000 = 14,2 \text{ g/l}$$

adică la 1 litru de apă se adaugă 14,2 g de praf concentrat.

PARTEA XI. NOȚIUNI DE HEMOTRANSFUZIE

Aprecierea grupei sanguine:

- se controlează valabilitatea serurilor standard: fiola trebuie să fie nesigilată, serul transparent, pe eticheta de pe fiolă trebuie să fie indicate titrul, seria, termenul de valabilitate
 - pe placa specială în adânciturile existente se aplică câte două picături de fiecare serie de ser standard
 - la picăturile de ser se adaugă câte o picătură mică de sânge al pacientei, astfel încât să fie păstrat raportul între sânge și ser 1:10, amestecând bine sângele și serul de fiecare grupă cu spatula de sticlă aparte pentru a evita artefactele
 - placa este înclinată ușor dintr-o parte în alta timp de 5 minute, apreciind prezența aglutinației. În picăturile în care la 20-25°C a survenit aglutinarea se adaugă câte o picătură de ser fiziologic, dar nu mai devreme decât peste 3 minute după ce a survenit aglutinarea. Evaluarea rezultatului definitiv se face peste 5 minute după ce a fost adăugat serul fiziologic.
- ### Evaluare:
- dacă aglutinarea nu a avut loc nici în una dintre picături, atunci sângele nu conține aglutinine și aparține primei grupe **O(I)**
 - dacă a survenit aglutinarea cu serurile O(I) și B(III), atunci sângele conține aglutinogenul A și aparține grupei a doua **A(II)**
 - dacă a survenit aglutinarea cu serurile O(I) și A(II).

atunci sângele conține aglutinogenul B și aparține grupei a treia **B(III)**

- prezența aglutinației în toate serurile demonstrează că sângele este de grupa a patra **AB(IV)**. În acest caz pentru a exclude aglutinarea nespecifică sângele testat este controlat cu serul AB(IV)- prezența aglutinației demonstrează că testarea a fost defectuoasă și trebuie repetată cu alte serii de seruri standarte

- rezultatele testării sângelui în ambele serii trebuie să coincidă; în caz contrar testul este repetat cu alte serii de seruri

Aprecierea factorului rezus:

- pe placa Petri marcată se aplică câte două picături de ser antirezus de două serii și câte o picătură de suspensie eritocitară de 5-10% amestecată cu serul testat, picăturile se amestecă atent cu spatula de sticlă. Pentru control se procedează la fel cu eritrocite rezus- pozitive și rezus-negative ale grupei date de sânge

- placa Petri se situează în baie de apă la 45°C pe 7-10 min

Evaluare:

- prezența aglutinației în ambele serii demonstrează că sângele este rezus-pozitiv. În picăturile de control eritrocitele rezus-pozitive se vor aglutina, iar cele rezus-negative – nu

- lipsa aglutinației în ambele serii demonstrează că sângele este rezus-negativ. În picăturile de control eritrocitele rezus-negative se vor aglutina, iar cele rezus-pozitive – nu

- inspecția se face pe fondal alb bine luminat; dacă

sângele este rezus-negativ testul este confirmat de doi medici

Hemotransfuzia este operația de perfuzare a sângelui donatorului persoanei recipiente cu scopul restabilirii volumului sângelui pierdut atunci când hemoragia constituie peste 1000 ml (în linii generale o femeie adultă sănătoasă poate tolera o pierdere de sânge până la 20 - 30%), sau la o hemoragie mai mică la persoanele anterior anemice (Hb sub 50 g/l, hematocritul sub 15%). Hemotransfuzia poate să fie o parte componentă a pregătirii preoperatorii în stările asociate cu șoc hemoragic (de ex. sarcină tubară întreruptă), sau o parte componentă a terapiei postoperatorii cu scopul tratamentului anemiei posthemoragice.

Hemotransfuzia impune respectarea strictă a unor reguli și efectuarea **probelor de compatibilitate:**

- înainte de hemotransfuzie **se studiază** cu atenție **eticheta de pe flaconul cu sângele donatorului** (data colectării, termen de valabilitate, grupa sangvină și factorul rezus), precum **și aspectul macroscopic al sângelui** (prezența chiagurilor, colorație neobișnuită, opacitate); dacă rezultatele acestei inspecții sunt satisfăcătoare, se efectuează probele ce urmează

- **aprecierea grupei sangvine a donatorului și recipientului**

- **proba de compatibilitate după antigenii de grupă:** sângele donatorului și serul recipientului se aplică pe placa Petri în raport de 1:10, se amestecă cu un bastonaș de sticlă și se lasă la temperatura camerei pe 5-10 min, după care se studiază în rază de lumină prezența aglutinației în picătură. Dacă aglutinația lipsește (proba negativă), sân-

gelé este compatibil după antigenele de grupă și se recurge la următoarea probă

• **proba de compatibilitate după factorul rezus** (proba Soloviov): sângele donatorului și serul recipientului se aplică pe placa Petri în raport de 1:10, se amestecă (poate fi folosit materialul din proba precedentă) și se expune pe 10 min în baie de apă la temperatura de 46-48°C, după care se studiază în rază de lumină prezența aglutinației în picătură. Dacă aglutinația lipsește (proba negativă), sângele este compatibil după factorul rezus și se recurge la următoarea probă

• **proba biologică:** sângele se încălzește în prealabil până la temperatura corpului. Se mobilizează vena cubitală, se conectează sistemul pentru perfuzie. Se perfuzează 25 ml de sânge al donatorului în jet, perfuzia se oprește și se detectează simptomele subiective ale pacientei (vertij, greață, cefalee, obnubilarea vederii, bronhospasm, senzație de căldură, dureri în epigastru sau regiunea lombară, ș.a.), indicii hemodinamici (pulsul, tensiunea arterială) și alte semne obiective (cianoză, vomă) cu scopul relevării semnelor de intoleranță. Dacă astfel de semne lipsesc, procedura se repetă (în total se efectuează 3 prize). Dacă pacienta suportă bine proba (proba negativă) se recurge la perfuzarea sângelui în cantitatea preconizată.

Fiecare hemotransfuzie necesită să fie argumentată (se specifică indicațiile la hemotransfuzie) și înregistrată în fișa de observație printr-un protocol. Eticheta de pe flaconul cu sânge se anexează în fișa de observație. Flaconul cu sângele restant după hemotransfuzie se păstrează în frigider 24 ore – în cazul dacă se vor depista complicații posttransfuzionale el va fi expediat pentru examinare.

Exemplu de protocol de hemotransfuzie:

Data 24 03 98 Protocolul hemotransfuziei
Ora 9³⁰

După efectuarea probei de compatibilitate după antigenele de grupă (negativă), probei de compatibilitate după factorul rezus (negativă), probei biologice (negativă) s-a început perfuzia a 400 ml de sânge grupa A(II) Rh(+), seria Nr.112345, valabil până la 03 04 98

Începutul perfuziei – 9³⁰
Sfârșitul perfuziei – 10⁴⁵
Complicații n-au fost

Semnătura

După hemotransfuzie în fișa de observație se descriu trei zilnice (peste 1, 2 și 3 ore după hemotransfuzie) cu date despre acuzele, starea generală, aspectul tegumentelor, indicii hemodinamici și funcțiile vitale ale pacientei. A doua zi după procedură se examinează în mod obligatoriu analiza generală a urinei și hemoleucograma.

Reinfuzia sângelui în practica ginecologică se folosește în cazul hemoragiei masive în sarcina extrauterină, și se efectuează intraoperator.

Tehnica. Sângele din cavitatea abdominală se colectează într-un flacon steril cu conservant (citrat de natriu, heparină). Preventiv de asupra flaconului se aplică o pânză în care se așterne tifon steril în 8 straturi, prin care este filtrat sângele colectat în vas. Tifonul trebuie să fie umectat în conservant. Tifonul imbibat cu chiaguri se înlocuiește cu unul nou. După filtrare flaconul se conectează la sistemul de perfuzie și se recurge la reinfuzia sân-

gelui în jet sau picături fără probe prealabile. Dacă în calitate de conservant s-a folosit citratul de natriu, după fiecare 500 ml de sânge reinfuzat se introduce intravenos 10 ml soluție 10% de clorură de calciu.

Profilaxia, detectarea și terapia reacțiilor și complicațiilor posttransfuzionale.

Reacțiile și complicațiile posttransfuzionale constituie mari urgențe în practica chirurgicală și trebuie detectate la timp. Reacțiile posttransfuzionale sunt tranzitorii și nu conduc la dereglări serioase ale funcțiilor vitale, în timp ce complicațiile posttransfuzionale se caracterizează prin evoluție gravă, care pune în pericol viața pacientei.

Reacțiile posttransfuzionale acompaniază circa 1-3% de hemotransfuzii, și apar de obicei peste 20-30 min după hemotransfuzie (uneori mai devreme sau în timpul hemotransfuziei).

În funcție de gravitatea și durata simptomelor clinice reacțiile posttransfuzionale pot avea **evoluție**

- **ușoară**: hipertermie $+1^{\circ}\text{C}$, mialgii, cefalee, frisoane de scurtă durată, aceste semne dispărând fără medicație specială

- **de gravitate medie**: hipertermie $+1,5-2^{\circ}\text{C}$, vertijuri, frisoane mai pronunțate, tahicardie, tahipnoe, uneori urticarie

- **gravă**: hipertermie de peste $+2^{\circ}\text{C}$, frisoane puternice, acrocianoză, obnubilarea vederii, cefalee pronunțată, greață, vomă, dureri în epigastriu, regiunea lombară și oase, dispnee, urticarie sau edem Quincke, leucocitoză.

În funcție de cauză și manifestările clinice reacțiile posttransfuzionale pot fi de patru tipuri:

- pirogenice (43,7%)
- antigenice (nonhemolitice)
- alergice (3%)
- anafilactice

Reacțiile pirogenice:

- **cauza**: introducerea în organism odată cu sângele conservat a substanțelor pirogene sau microorganismelor saprofite (nerespectarea tehnicii preparării și conservării sângelui)

- **clinica**: hipertermie ușoară ($+1^{\circ}\text{C}$), medie ($+1,5-2^{\circ}\text{C}$) sau pronunțată ($+2,5^{\circ}\text{C}$ și mai mult), frisoane, stare generală afectată

- **profilaxia**: respectarea riguroasă a tehnicii preparării și conservării sângelui și constituenților lui

- **tratament**: anularea hemotransfuziei, desensibilizante (2-3 ml soluție 1% de dimedrol, 2% suprastin sau 25-50 mg soluție 2,5% de pipolfen), antipiretice (2 ml soluție 50% de analgină, aspirină)

Reacțiile antigenice (nonhemolitice):

- **cauza**: sensibilizarea organismului donatorului contra antigenelor de histocompatibilitate leucocitare (trombocitare) cu formarea anticorpilor antileucocitari (antitrombocitari) - la multipare sau la pacientele care au avut câteva hemotransfuzii în anamneză

- **clinica**: hipertermie, frisoane, mialgii, cefalee, tahicardie, tahipnoe, etc.

- **profilaxia**: efectuarea testului de compatibilitate între serul recipientului și leucocitele donatorului (proba limfocitotoxică și reacția de aglutinare leucocitară) la multipare și pacientele cu mai multe hemotransfuzii în anamne-

ză; transfuzia preferențială a masei eritrocitare sau eritrocitelor spălate decongelate (nu conțin antigeni leucocitari și trombocitari)

• **tratament:** anularea hemotransfuziei, 2 ml soluție 2% de promedol (sau 1 ml soluție 1% de morfină sau 2 ml soluție 0,005% de fentanil), desensibilizante (2-3 ml soluție 1% de dimedrol, 2% suprastin sau 25-50 mg soluție 2,5% de pipolfen), antipiretice (2 ml soluție 50% de analgină, aspirină), 5-10 ml soluție 5% de acid ascorbic, în caz de necesitate –cardiotonice

Reacțiile alergice:

• **cauza:** reacția de sensibilizare a organismului la diferite imunoglobuline cu formarea anticorpilor "spontani" (se întâlnesc inclusiv și la nulipare și în timpul primei hemotransfuzii)

• **clinica:** erupții cutanate, dispnee, bronhospasm, greață, vomă - apar peste câteva minute după începutul hemotransfuziei sau ceva mai târziu

• **profilaxia:** administrarea preparatelor antihistaminice înainte de hemotransfuzie la persoanele alergice, utilizarea preferențială a masei eritrocitare sau eritrocitelor spălate decongelate

• **tratament:** anularea hemotransfuziei, 2 ml soluție 2% de promedol (sau 1 ml soluție 1% de morfină sau 2 ml soluție 0,005% de fentanil), antihistaminice (2-3 ml soluție 1% de dimedrol, soluție 2% de suprastin sau 25-50 mg soluție 2,5% de pipolfen), corticosteroizi (2-3 ml soluție 3% de prednisolon, 2-3 ml soluție 0,4 % dexametazon), antipiretice (2 ml soluție 50% de analgină, aspirină), 5-10 ml soluție 5% de acid ascorbic, în caz de necesitate –cardiotonice.

Reacțiile anafilactice:

• **cauza:** reacția antigen-anticorp, însoțită de hiperproducția substanțelor biologice active, care alterează peretele vascular și starea patului vascular - apar la persoanele sensibilizate în urma vaccinării, seroterapiei, administrării intravenoase a preparatelor proteice, la multipare și după hemotransfuzii repetate

• **clinica:** anxietate, hiperemia tegumentelor, cianoză, criză de asfixie, accelerarea pulsului, colaps; se pot manifesta tardiv (cu excepția șocului anafilactic) – la a 2 – 3-a și a 5 – 6-a zi după hemotransfuzie

• **profilaxia:** evitarea hemotransfuziilor la persoanele din grupul de risc

• șocul anafilactic posttransfuzional:

- **clinica:** evoluție acută, survine în timpul hemotransfuziei sau în primele minute după procedură - anxietate, dispnee, hiperemia tegumentelor, cianoza mucoaselor, acrocianoză, transpirație rece; dureri în mușchi, regiunea lombară și oase; respirație șuierătoare, se percepe de la distanță; puls filiform, uneori se palpează numai pe carotide; tensiune arterială foarte joasă, uneori imperceptibilă prin auscultare; zgomotele cordului atenuate, accentul zgomotului II de asupra arterei pulmonare; la percuția plămânilor sunet timpanic, auscultativ – raluri uscate șuierătoare, risc de edem pulmonar (respirație stertoroasă, tuse cu expectorații buloase, auscultativ - raluri buloase mari, medii și mici)

- tratament:

- 1) anularea hemotransfuziei
- 2) imobilizarea pacientei, fixarea limbii
- 3) corticoterapie: i/v lent 2-4 ml soluție 3% de

prednisolon (sau 2-4 ml soluție 0,4% de dexametazon) în 20 ml soluție 40% de glucoză; în lipsa efectului peste 15-20 min administrarea se repetă

4) 2 ml soluție 2% de promedol (sau 1 ml soluție 1% de morfină sau 2 ml soluție 0,005% de fentanil)

5) antihistaminice: 5 ml soluție 1% de dimedrol, 2-4 ml soluție 2% de suprastin i/v sau 2-4 ml soluție 2,5% de pipolfen s/c

6) glicozide cardiace: 0,5 - 1 ml soluție 0,05% de strofantină sau 1 ml soluție 0,06% de corglicon în 20 ml soluție de ser fiziologic sau glucoză de 5%, 20% sau 40% i/v lent (timp de 5 min)

7) în cazul colapsului grav 400-800 ml soluție de reopoliglicină în perfuzie

8) lupta cu bronhospasmul: 10 ml soluție 2,4% de euphillină în 10-20 ml soluție 40% de glucoză

9) în caz de edem acut al laringelui - traheotomia

10) în caz de sindrom convulsiv - 2-4 ml soluție 0,5% de seduxen în 20 ml soluție 40% de glucoză

11) corecția acidozei: 200-400 ml soluție 4% de natriu hidrocarbonat sau 400 ml soluție 10% de lactosol

12) stimularea diurezei: 40-60 mg lazix i/v.

Complicațiile posttransfuzionale au următoarele cauze:

- incompatibilitatea sângelui donatorului cu sângele recipientului după antigenii de grupă, rezus, leucocitari, ș.a.

- sânge alterat (poluare bacteriană, supraîncălzire, hemoliză, denaturare proteică în urma păstrării îndelungate, nerespectarea regimului termic de păstrare, ș.a.)

- nerespectarea tehnicii de transfuzie (embolie cu gaze, tromboembolie, suprașarjare volemică, insuficiență cardiovasculară, ș.a.)

- hemotransfuzii masive

- nerespectarea contraindicațiilor pentru hemotransfuzie (hiperreactivitate, sensibilizare, ș.a.)

- introducerea agenților infecțioși cu sângele transfuzat

În marea majoritate a cazurilor complicațiile posttransfuzionale au evoluție gravă și pun în pericol viața pacientei. Mai rar transfuzia sângelui incompatibil are manifestări moderate: hepertermie a doua zi după hemotransfuzie, icter tranzitoriu, hemoglobinurie, heperbilirubinemie. De cele mai dese ori, însă, survin complicații posttransfuzionale grave:

A. Șocul posttransfuzional (hemolitic)

B. Insuficiență renală acută

A. Șocul posttransfuzional (hemolitic):

- **clinica:** se dezvoltă în timpul hemotransfuziei sau în primele minute sau ore după ea. În afară de reacție posttransfuzională tipică (hipertermie, frisoane puternice, bronhospasm, tahicardie, dureri în regiunea lombară, etc.) se constată clinica caracteristică pentru șoc: I fază - anxietate, frică, excitabilitate, dispnee, hiperemia tegumentelor feței, gâtului, toracelui; vertijuri, puls accelerat, dur, plin, creșterea tensiunii arteriale; II fază - adinamie, apatie, paloarea tegumentelor; senzație de asfixie; vîjiituri în urechi; dureri în abdomen, cord, regiunea lombară și sacrală; puls accelerat, filiform; hipotensiune arterială. După o perioadă de ameliorare aparentă (pacienta se simte mai bine

după pricada acută) în aceeași zi se instalează insuficiența renală acută.

• **terapia:**

- 1) anularea hemotransfuziei
- 2) 2 ml soluție 2% de promedol (sau 1 ml soluție 1% de morfină sau 2 ml soluție 0,005% de fentanil)
- 3) corticoterapie i/v lent 2-4 ml soluție 3% de prednisolon (sau 2-4 ml soluție 0,4% de dexametazon) în 20 ml soluție 40% de glucoză; în caz de necesitate administrarea corticosteroidilor este repetată, iar următoarele 2-3 zile doza este treptat diminuată până la anularea completă
- 4) antihistaminice, 2-3 ml soluție 1% de dimedrol, 2% de suprastin sau 25-50 mg soluție 2,5% de pipolferi i/v, administrarea poate fi repetată
- 5) preparate cardiovasculare 2 ml soluție de cordiamină i/v, 0,5-1 ml soluție 0,05% de strofantină sau 1 ml soluție 0,06% de corglicon în 20 ml soluție de ser fiziologic sau glucoză de 5%, 20% sau 40% i/v lent (timp de 5 min)
- 6) terapia de perfuzie: 400-800 ml soluție de reopoliglu-
cină, 400 ml de hemodez, 200-400 ml soluție 5% de hidro-
carbonat de sodiu (până la reacția bazică a urinei) sau 400
ml soluție 10% de lactosol, 200-300 ml soluție 5%, 10% sau
20% de albumină, 1000 ml soluție de ser fiziologic, sau
Ringher, sau glucoză de 5%
- 7) heparină 50-70 Un/kg în 100-150 ml de ser fiziologic
în perfuzie (în lipsa focarelor potențiale de hemoragie)
- 8) stimularea diurezei: furosemid i/v 80-100 mg, peste
o oră 40-60 mg, peste 2-4 ore 40 mg, euphillină 2,4% 10
ml i/v în două prize cu interval de o oră; 200-400 ml soluție
15% de manitol i/v (pe fondal de anurie manitolul nu se

administrează). Dacă stimularea este efectivă, diureza
trebuie menținută în jurul la 2,5 - 3 l pe zi

- 9) lupta cu anemia: transfuzia 500 ml de sânge proaspăt
compatibil sau 250-300 ml de masă eritrocitară
- 10) exsangvinotransfuzii - este o metodă de extracor-
porare a sângelui hemolizat și a substituirii lui cu sânge
compatibil; actualmente această metodă este mai rar
folosită din cauza riscului major de complicații
- 11) respirație artificială (lipsa respirației spontane, ritm
patologic de respirație, hipoventilație pronunțată, frecvența
respirației peste 40/min, cianoză progresantă)

B. Insuficiența renală acută:

• **clinica:** oligoanurie, restabilirea incipientă a diurezei
>poliurie, reconvașcență; în perioada oligoanuriei sunt
prezente semnele afectării tuturor organelor și sistemelor:
deteriorări neurologice, metabolice, cardiovasculare,
respiratori, gastrointestinale, hemice, ș.a

• **terapia:**

- 1) spitalizare în secția de hemodializă
- 2) lupta cu cauza care a adus la insuficiența renală
acută
- 3) în perioada anuriei dietă hipoproteică, asalină și
hipolichidiană (20-40 g de proteine, 50-60 g de grăsimi,
250-300 g de glucide, lichid nu mai mult de 500-600 ml/
nict)
- 4) stimularea diurezei: furosemid 160 mg i/v în prize re-
petate peste 6 ore; doza nictemerală poate fi mărită până la
800-1000 mg; în faza restabilirii diurezei poate fi administrat
mannitolul 0,5-1,5 g/kg; inițial 100 ml soluție 25% timp de 5-
10 min, dacă următoarele 2 ore s-au eliminat 50-100 ml de
urină, se administrează doza restantă

5) prednisolon 60-90 mg i/v

6) menținerea echilibrului hidroelectrolitic și lupta cu hipercaliemia: 10-20 ml soluție 10% de calciu gluconat sau clorură de calciu i/v, soluții de electroliți sub controlul ionogramei

7) vitaminoterapie: acid ascorbic 0,3 g, vitamina PP 0,06 g, riboflavin 0,005 g, acid nicotinic 0,05 g

8) lupta cu voma incoercibilă: soluții hipertionice de glucoză 400-600 ml/nict cu insulină (20-25 Un la 100 g de glucoză)

9) doze profilactice de heparină – 5000 Un de 2 ori/nict. s/c

10) hemodializă

PARTEA XII. Infecțiile sexual transmisibile, diagnosticul și tratamentul (recomandări OSM)

Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul gonoreii

Etiologie	<ul style="list-style-type: none">• Este provocată de o bacterie numită Neisseria gonorrhoeae
Perioada de incubație	<ul style="list-style-type: none">• Are un timp de incubație mic - 2-5 zile
Possibilitatea de infectare	<ul style="list-style-type: none">• 50-90% din femei se îmbolnăvesc după un singur act sexual cu un partener infectat• 60-80% din bărbați se îmbolnăvesc după 4 contacte sexuale cu o parteneră infectată
Tabloul clinic la bărbați	<ul style="list-style-type: none">• Scurgere purulentă din uretră• Durere în timpul urinării
Tabloul clinic la femei	<ul style="list-style-type: none">• Scurgere cervicală purulentă• Dureri în abdomenul inferior, anorexie și febră• Disune• Abcese ale glandelor Bartholin• Infecții ale altor regiuni: artrită, septicemie, faringită, perihepatită, endometrită, endocardită• Complicații obstetricale (corioamnionită, avort spontan, naștere prematură, oftalmie neonatală) <p><i>Notă:</i> În unele cazuri infecția poate decurge asimptomatic sau cu manifestări clinice minore</p>
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none">• Frotiul secretelor vaginale (vizualizarea diplococilor gram-negativi în timpul microscopiei)- sensibilitate 50-70%• Culturi pe mediu al secretului cervical - sensibilitate 80-90%• Pacientele cu gonoree trebuie investigate și pentru alte BTS, inclusiv chlamidia, HIV, hepatita B

Terapia recomandată:

- Cefixime 40(Xmg p.o. în doză unică, sau
- Ceftriaxone 250 i.m. în doză unică, sau
- Ciprofloxacini 500 mg p.o. în doză unică, sau
- Ofloxacină 400 mg p.o. în doză unică, sau
- Spectinomycină 2 mg //m în doză unică, sau
- Azitromicină 1 g p.o. în doză unică, sau
- Norfloxacină 800 mg p.o. în doză unică, sau
- Pefloxacină 600 mg p.o. în doză unică, sau
- Cefuroxim 1.5 g p.o. în doză unică

Terapia alternativă (dacă gonococii și-au păstrat sensibilitatea către antibioticele date)

- Amoxicilina 3,0 g împreună cu probenicid 1,0 p.o. în doză unică, sau
- Ampicilină 3,5 g împreună cu probenicid 1,0 p.o. în doză unică, sau
- Benzilpenicilină 3,0 g (5 mln.u.) i.m. împreună cu probenicid 1,0 p.o. în doză unică, sau
- Tetraciclină 500 mg p.o., 4 ori în zi timp de 7 zile, sau
- Metaciclina 0,3 g 3 ori în zi 7 zile

Combinate a goniceei cu chlamidioză

- Azitromicină 1 g p.o. în doză unică, sau
- Doxacilina câte 0,1 g de 2 ori în zi p.o. timp de 7 zile

Tratamentul gravidelor

- Benzilpenicilină câte 500000U de 4 ori timp de 5 zile, sau
- Eritromicină câte 0,5 g de 4 ori timp de 5 zile sau
- Spectinomycină 2 mg //m în doză unică

Tratament:

Complicații

- La femei: Dacă nu este tratată la timp, gonoreea poate provoca o salpingită și duce la sterilitate. În unele cazuri infecția poate nimeri în sânge și poate avea complicate sistemice: artrită, septicemie, faringită, perihepatită, endocardită
- La bărbați: Dacă nu este tratată la timp și efectiv infecția poate duce la epididimită și sterilitate. În unele cazuri infecția poate nimeri în sânge și poate avea complicate sistemice: artrită, septicemie, endocardită
- Dacă persoana infectată încearcă să se trateze singur sau cu ajutorul staturilor prietenilor, procesul de însănătoșire e imposibil de controlat, ceea ce înseamnă că persoana poate să continue să fie bolnavă, fără să suspecteze, și să infecteze partenerul său.
- În decurs de 10-14 zile acuzele dispar chiar fără tratament. Aceasta înseamnă că patologia a trecut în stadiul cronic

Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul infecției chlamidiene

Microorganismul patogen
 Perioada de incubare

- Chlamydia trachomatis
- 7-21 zile

Tabloul clinic

- Infecția nu are manifestări sau simptome specifice. Adesea infecția decurge cu simptome mici sau asimptomatic
- La femei:
 - Focarul primar se situează în mucoasa canalului cervical
 - De asemenea poate afecta mucoasa rectului, conjunctiva ochilor, mucoasa faringelui
 - La femeile simptomatice se pot constata eliminări purulente din căile genitale, dizurie, dureri pelviene
- La bărbați:
 - Focarul primar se situează în mucoasa uretrei
 - La bărbații simptomatice se pot constata eliminări din uretră, dureri în timpul urinării

Diagnostic	<p>Se recomandă de efectuat controlul la Chlamidia trachomatis persoanelor ce fac parte din următoarele grupe de risc:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persoanele ce au multipli parteneri sexuali și nu folosesc metode de protecție de barieră. • Persoanelor ce au dereglări ale funcției reproductive (sterilitate, prematuritate) • Există mai multe metode de diagnostic al infecției chlamidiice: <ul style="list-style-type: none"> • Metoda culturală: Este cea mai informativă metodă, dar este foarte costisitoare și greu de realizat • Metoda imunofluorescenței cu folosirea anticorpilor monoclonali: Este o metodă informativă și are o răspundere largă în momentul de față • Metoda imunofluorescenței: Se folosește pentru screeningul de masă al populației • Metoda serologică: Poate fi folosită în cazurile când este suspectată persistența infecției în locurile ce nu permit colectarea țesuturilor pentru studiu. • Diagnosticul DNC: Se consideră ca cea mai informativă metodă, însă nu poate fi aplicată pe larg, fiind necesare unui aparat și reactiv scumpe • Doxiciclină 100 mg p.o. de 2 ori pe zi timp de 7 zile; sau • Azitromicină 1,0 p.o. în doză unică, sau • Tetraciclină 500 mg p.o. de 4 ori în timp de 7 zile; sau • Eritromicină 500 mg p.o. de 4 ori în timp de 7 zile; sau • Sulfafurazol 500 mg p.o. de 4 ori timp de 10 zile, sau <p>• Femeia gravidă poate transmite patologia copilului său și el poate să se nască cu afecțiuni ale ochilor, iar fetița - cu chlamidioză congenitală a organelor urogenitale</p>
Tratament	<p><u>Tratamentul gravidelor</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritromicină 500 mg p.o. de 4 ori în timp de 7 zile; sau • Amoxicilină 500 mg p.o. de 3 ori în zi timp 7-10 zile
Sarcina	

<p>Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul infecției urogenitale</p>	
Microorganismul patogen	<p>Sunt studiate 3 tipuri de micoplasme responsabile de infecția urogenitală:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mycoplasma hominis • Mycoplasma genitalium • Ureaplasma urealyticum <p>Există 3 păreri referitoare la implicarea micoplasmelor în inflamațiile genitale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Micoplasma nu are o importanță considerabilă în patogenia infecției urogenitale deoarece ea poate fi depistată și la persoanele sănătoase • Micoplasma are o importanță patogenetică în infecția organelor genitale • Micoplasma poate contribui la inflamația organelor genitale numai în anumite condiții (scăderea imunoreactivității organismului asociere cu alți agenți microbieni)
Aspecte patogenetice	<ul style="list-style-type: none"> • Pe cale sexuală • Pe cale nesexuală (instrumentele medicale pentru controlul ginecologic dacă nu sunt bine sterilizate, folosirea comună a albiturilor ș a.)
Possibilități de infectare	<ul style="list-style-type: none"> • Infecția nu are manifestări sau simptome specifice • Infecția decurge frecvent cu simptome mici sau asimptomatice
Tablou clinic	<p><u>La femei</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uretrită • Vaginită • Endometrită <p><u>La bărbați</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uretrită • Prostatită

	<p><u>Infectie micoplasmică izolată:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Azitromicină 0,25 g, p.o. 1 dată pe zi 6 zile, sau • Doxiciclină 0,1 g p.o. 2 ori pe zi 7-10 zile, sau • Pefloxacină 0,6 g p.o. 1 dată pe zi 7 zile, sau • Eritromicină 0,5 g p.o. 4 ori pe zi 7 zile <p><u>Combinarea infecției micoplasmice cu trichomoniază:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol 500 mg p.o. de 2 ori pe zi timp de 7 zile • Metronidazol globule vaginale câte 0,5 g se indică 1 dată în 24 de ore timp de 6 zile • Doxiciclină 0,1 p.o. 2 ori pe zi 7-10 zile <p><u>Combinarea infecției micoplasmice cu chlamidioza:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Doxiciclină 0,1 p.o. 2 ori pe zi 7-10 zile <p><u>Combinarea infecției micoplasmice cu gonoreea:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefixime 400 mg p.o. în doză unică • Doxiciclină 0,1 g p.o. 2 ori pe zi 7-10 zile <p><u>Tratamentul gravidelor (după 12 săptămâni):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritromicină 0,5g p.o. 4 ori pe zi 7 zile
Tratament	
Complicații în lipsa tratamentului	<p><u>La femei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie avortivă • Prematuritate • Sterilitate <p><u>La bărbați:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sterilitate
Microorganismul patogen	<p><u>Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul candidozei</u></p> <p>Candida albicans</p>
Possibilitatea de infectare	<ul style="list-style-type: none"> • De obicei, nu se transmite pe cale sexuală • În unele cazuri poate fi transmisă și pe cale sexuală <p>Factorii favorizanți pentru evoluția colpitei micotice sunt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scăderea imunității generale • Dereglări hormonale • Dereglări metabolice • Maladii inflamatorii cronice pelviene • Maladii extragenitale cronice (diabet, tuberculoză, maladii gastrointestinale)
Aspecte patogenetice	

Tabloul clinic	<p><u>La femei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prurit și dureri în regiunea vulvară-vaginală • Eliminări vaginale albe, dense, „brânzoase” <p><u>La bărbați:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prurit și dureri în regiunea penisului, apariția unor papule mici pe mucoasa penisului • Infecția decurge și asimptomatic
Diagnosticul	<ul style="list-style-type: none"> • Datele clinico-anamnestice (prurit genital, eliminări brânzoase din vagin depistate în timpul examenului ginecologic) • Microscopia frotului vaginal
Tratament	<p><u>Tratamentul candidozei acute:</u></p> <p><u>1. Preparatele grupei imidazol</u></p> <p>Izoconazol:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gino-travogen 0,6 g (globula intravaginală) O singură globulă se introduce în fornicul vaginal pe noapte, sau • Travogen 0,01 g (cremă) Se aplică pe suprafața afectată 1 dată în zi până la dispariția simptomelor, sau <p>Clotrimazol:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clotrimazol (pastile vaginale 0,1 și 0,2 g) se introduc intravaginal câte o pastilă în timp de 7-10 zile sau • Clotrimazol (cremă vaginală de 2%) se aplică intravaginal o dată pe zi timp de 7-10 zile, sau <p>Miconazol:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gino-pevaril-150 (supozitoare intravaginale) Un supozitor în vagin pe noapte timp de 3 zile <p><u>2. Antibiotice antimicotice</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pimafucină: supozitoare vaginale a câte 0,1 g timp de 10 zile, • Nistatină: supozitoare vaginale a câte 500000 U se aplică de 2 ori pe zi timp de 7 zile <p><u>Tratamentul candidozei urogenitale cronice recidivante</u></p> <p>Se aplică atât preparate cu acțiune locală cit și generală:</p> <p><u>1. Preparatele grupei imidazol</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nizoral (pastile a câte 0,2 g) Câte o pastilă de 2 ori pe zi p.o. în timp de 5 zile

	intravaginal la culcare, 7 zile Tratamentul gravidelor • În trimestrul I se recomandă metronidazol intravaginal • În trimestrul II poate fi indicat metronidazolul p.o.
Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul bolii inflamatorii pelviene	
Definiție	• Boala inflamatorie pelviană (BIP) cuprinde o gamă de infecții ale tractului genital superior feminin BIP presupune o infecție a organelor genitale interne feminine
Formele clinice ale BIP	• A endometrului (endometrită) • A trompelor uterine (salpingită) • A ovarelor (ooforită) • A peretelui uterin (miometrită) • A peritoneului parietal (peritonită)
Bacteriologic	BIP acută este de obicei o infecție polimicrobiană. Agenții microbieni decelați în perioada acută a BIP pot fi: • Neisseria gonorrhoeae • Chlamydia trachomatis • Bacterii aerobe endogene (E coli, Proteus, Klebsiella, Streptococcus) • Bacterii anaerobe endogene (Bacteroides, Peptostreptococcus) • Mycoplasma hominis • Actinomyces israelii
Evenimente declanșatoare ale BIP	• Perioadele menstruale. Endometrul degenerativ este un mediu bun de cultură pentru agenții microbieni • Actul sexual. Contractiile uterine pot facilita ascensiunea bacteriilor • Evenimente iatrogene a. Avortul la cerere b. Dilatarea și chiuretajul sau biopsia endometrială c. Montarea sau utilizarea DIU d. Histerosalpingografia

Tabloul clinic	• Dureri pelviene • Febră • Sensibilitate abdominală, anexială și la mobilizarea colului uterin • Secreție vaginală anormală • Datele clinice • Frotiul cervical colorat Gram
Diagnostic	• Cuidocenteză (puncția fundului de sac Douglas). Dacă se obține lichid purulent, o cultură poate ajuta la selecția antibioticului • Laparoscopia. Se efectuează când diagnosticul nu e clar • Ultrasonografia. Poate ajuta la definirea unor mase anexiale sau sarcini ectopice, mai ales când pacienta are un abdomen sensibil și nu permite un examen pelvic adecvat • Hemocultura și alte determinări sanguine Leucocitoza și creșterea vitezei de sedimentare a hematitilor poate fi identificată la 40-73 pacienți cu BIP
	BIP acută • Spitalizarea pacientelor • Terapie antibacteriană. Se recomandă combinații de antibiotice care acoperi trei patogeni majori: N gonorrhoeae, C. trachomatis și anaerobi a. Ceftriaxonă 250 mg i.m. plus b. Doxycycline 100 mg p.o. 2 ori pe zi timp de 14 zile plus c. Metronidazol 400-500 mg p.o. 2 ori pe zi timp de 14 zile
Terapie	• Terapie de dezintoxicare (poliglucină, hemodeză) și de corecție a balanței acido-bazice (soli bicarbonat de sodiu) • Laparoscopie (dacă nu se constată efect de la terapia antibacteriană timp de 48-72 ore) BIP cronică: • Terapie antibacteriană • Preparate cu acțiune imunostimulatoare (progenal, T-actvin) • Fizioterapie (ultrasunet) • Terapie de resorbție

Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul sifilisului	
Microorganismul patogen	• <i>Treponema pallidum</i>
Perioada de incubare	10-90 zile
Tabloul clinic	<p>• Sifilisul primar. Apariția unei leziuni ulcerate nedureroase și dure (șancrul dur) în regiunea unde a avut loc contactul sexual (organele genitale externe, colul uterin, mucoasa cavității bucale, anus - la femei și pe penis, mucoasa cavității bucale, anus - la bărbați). Leziunile dispar și fără tratament peste 2-6 săptămâni.</p> <p>• Sifilisul secundar. Apare la pacienți netratați la 6 săptămâni - 6 luni după infectare. Bacteriemia duce la apariția unor eriteme maculo-papuloase pe piele și mucoase. Apar, de asemenea, condiloma latum și limfadenopatie generalizată. Aceste leziuni se vindecă de obicei în 2-5 săptămâni.</p> <p>• Sifilisul terțiar. La aproximativ o treime din pacienți netratați, boala progresează spre sifilisul terțiar cu afectarea organică multiplă (anevrism aortic, tabes, atrofie optică, meningită).</p>
Diagnostic	<p>• Datele anamnestice</p> <p>• Datele controlului clinic</p> <p>• Controlul bacterioscopic al probelor proaspete din tesuturi ce scoate în vileag sperochete în stadiul primar și secundar al bolii</p> <p>• Reacțiile serologice (reagina plasmatică-reactia Wassermann, testul absorbției anticorpilor fluorescenți antitreponemă, testul de microhemaglutinare pentru anticorpii la <i>T. Pallidum</i>)</p>

Tratament	<p>1. Stadiul precoce al bolii</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benzatin-penicilină G 2.4 milioane unități i.m. în doză unică, sau • Doxiciclină 100 mg p.o. de 2 ori pe zi, timp de 2 săptămâni, sau • Tetraciclină 500 mg p.o. de 4 ori pe zi, timp de 2 săptămâni <p>2. Stadiul tardiv al bolii</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benzatin-penicilină G 2.4 milioane unități i.m. săptămânal 3 săptămâni, sau • Doxiciclină 100 mg p.o. de 2 ori pe zi, timp de 4 săptămâni, sau • Tetraciclină 500 mg p.o. de 4 ori pe zi, timp de 24 săptămâni <p>3. Neurosifilisul</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina G 12-14 mln i.v. la fiecare 4 ore timp de 10-14 zile <p>4. Pacientele gravide alergice la penicilină</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entromicină 500 mg p.o. de 4 ori pe zi, timp de 15 zile
Urmărire	<p>• Pacientele trebuie testate folosind testele serologice la sifilis la 3, 6, și 12 luni</p> <p>Pacientele cu sifilis precoce trebuie să prezinte o scădere de 4 ori a titrului după 3 luni de tratament</p>
Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul șancrului moale	
Microorganismul patogen	Un bacil mic numit <i>Haemophilus ducreyi</i>
Timpul de incubare	3-6 zile
Tabloul clinic	<p>La femei</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulcerație ușoară sau un șancru moale cu o bază ulcerosă superficială necrotică înconjurată de un halou roșu în regiunea vulvei și a anusului • Dureri în timpul actului sexual • Dizurie și dureri în timpul defecăției <p>La bărbați</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulcerație neuniformă, dureroasă a penisului • Adenopatie inghinală

Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Colorarea Gram a exudatului de șancru • Colorarea Gram a aspiratului din ganglionii inflamati
Tratament	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicină 1 g p.o. • Ceftriaxonă 250 mg i.m. • Eritromicină 500 mg p.o. de 4 ori pe zi timp de 7 zile

Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul sindromului imunodeficienței umane (SIDA)

Microorganismul patogenic	<ul style="list-style-type: none"> • Virusul imunodeficienței umane (HIV) <p><u>HIV poate fi transmis prin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Spermă • Sânge • Lichid vaginal <p><u>HIV poate fi transmis pe următoarele căi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact sexual vaginal • Contact sexual anal • Folosirea acelor nesterilizate de la o persoană infectată de HIV • Transfuzie de sânge infectat cu HIV • În timpul intervențiilor chirurgicale, dacă personalul medical are o leziune, sau rană ce contactează cu sângele unei persoane infectate cu HIV
Căile de transmitere a infecției	<ul style="list-style-type: none"> • Contact homosexual (preponderent între bărbații homosexuali) • Contact heterosexual (de la bărbat la femeie și de la femeie la bărbat) • De la o femeie gravidă infectată cu HIV la copilul ei în timpul sarcinii, nașterii, sau prin alăptarea copilului cu laptele matern după naștere <p><u>HIV nu poate fi transmis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prin sărut • Stringeri de mână • Alimentarea în locurile publice • Folosirea comună a veceului

Tabloul clinic	<p>Aproximativ 80-90% din indivizii infectați sunt purtători asimptomatici. Timpul mediu între infecția cu HIV și apariția SIDA este de 10 ani, variind între câteva luni și mai mult de 12 ani. 10-20% din acești purtători dezvoltă boala simptomatică în fiecare an și din aceștia 80-90% vor muri în următorii 2 ani de la debutul simptomelor.</p> <p>Progresarea simptomelor poate fi clasificată în următoarele stadii de dezvoltare:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Stadiul inițial al infecției. În majoritatea cazurilor pacienții nu prezintă acuze. La unii peste 2-5 săptămâni după infectare se dezvoltă simptomatica unui proces infecțios viral: faringită, febră, transpirații, mialgie, artralgie, cefalee. Anticorpii în sânge pot fi determinați numai peste 12 săptămâni de la infectare. Din această perioadă pacienții pot deveni o sursă de infectare. 2 Stadiul asimptomatic. În majoritatea cazurilor purtătorii de HIV sunt asimptomatici, dar ei pot fi o sursă pentru infectarea altor persoane. 3 Stadiul manifestării bolii. Simptomocomplexul include următoarele: <ol style="list-style-type: none"> a. Limfadenopatie generalizată b. Febră (mai mult de o lună) c. Transpirații d. Diaree cronică (mai mult de o lună) e. Pierdere în greutate (mai mult de 10%) f. Candidoză persistentă g. Herpes intermitent 4 Stadiul final în infecția HIV (alterare severă a imunității celulare) <ol style="list-style-type: none"> a. Sarcom Kaposi b. Infecții oportuniste c. Meningită d. Moarte
----------------	---

Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Testarea serologică ELIZA nu mai devreme de 3 luni după infectarea presupusă
Tratament	<p>Până în prezent nu există metode efective de tratament</p> <p>Persoanelor infectate cu HIV le poate fi recomandată următoarea terapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia antiretrovirală (zidovudină) • Tratamentul complicațiilor • Dietă

Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul herpesului genital

Microorganismul patogen	• Virusul herpes simplex (tipul 1 și 2)
Timpul de incubație	• 3-7 zile.
Tabloul clinic	<ul style="list-style-type: none"> • Infecțiile genitale herpetice primare dau tulburări atât locale cât și sistemice. Perioada acută poate dura 2-4 săptămâni, după care de obicei trece în faza asimptomatică • Leziunile recurente apar la aproximativ jumătate din cei infectați și sunt similare celor primare, dar mai puțin severe ca intensitate, durată a bolii sau aspect al efectelor sistemice
	<p><u>Simptome la femei:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulcerații superficiale dureroase pe mucoasa vaginului, vulvă, regiunea anală • Dizurie, uneori cu retenție urinară • Scurgere vaginală purulentă • Simptomele sistemice pot fi: adenopatia inghinală dureroasă, mialgii, febră <p><u>Simptome la bărbați:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ulcerații superficiale dureroase pe penis • Dizurie • Scurgere uretrală purulentă <p>Simptomele sistemice pot fi aceleași ca la femei dar cu o intensitate mai redusă</p>

Possibilitatea de infectare	• Transmiterea infecției în timpul raportului sexual este mai probabilă în perioada de manifestare acută a simptomaticii
Timpul de incubație	
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Datele manifestării clinice • Controlul virusologic • Depistarea anticorpilor cu ajutorul metodei de imunofermentare • Metoda citomorfologică <p><u>Herpes primar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 200 mg p.o. de 5 ori pe zi timp de 7-10 zile, sau • Valtrex (valaciclovir) 0,5 g p.o. de 2 ori pe zi 3-10 zile <p><u>Herpes recurent:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 400 mg p.o. de 2 ori pe zi timp de 5 zile <p><u>Terapie simptomatică</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Spălarea regulată a suprafeței infectate cu săpun • Preparate antalgice: paracetamolă, aspirină
Tratament	
	<p>Condiloamele genitale întime (condyloma acuminata)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Virusul papiloma uman • Calea predominantă de transmitere este prin contact sexual
Microorganismul patogen	• De la câteva săptămâni până la 9 luni
Timpul de incubare	
Tabloul clinic	<ul style="list-style-type: none"> • Virusul papiloma uman este responsabil de leziuni genitale muco-cutanate • Leziunile au formă de negi masivi, nedureroși ce se situează în regiunea anogenitală atât la bărbați cât și la femei

- Inspectia directă descoperă negii întinși
 - Colposcopia Este utilizată în detectarea leziunilor latente sau a leziunilor asociate precanceroase cauzate de virusul papiloma uman.
 - Biopsia și examenul histologic
 - Crioterapie cu azot lichid
 - Electrocauterizare
 - Vaporizare cu laser
- Tratament
- Tehnici de distrugere chimică (podofilină acid tricloracetic)
 - Creme cu 5-fluorouracil
 - Interferon

Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul pediculozei pubiene

- Păduchele lat este o insectă de aproximativ 1 mm lungime. Se limitează, în general, la regiunile vulvare cu păr. Își lasă ouăle (lindini) la baza foliculilor piloși. După 7 zile, din lindini apar nimfele ce se dezvoltă pînă la stadiul adult în 3 săptămîni. Un păduche adult trăiește pînă la 30 zile. Este o BTS foarte contagioasă.
- Tablou clinic
- Prurit vulvar intens
 - Identificare a păduchilor lați atașați foliculilor piloși se poate face inspectînd cu o lupă părul regiunii pubiene
- Diagnostic
- Soluție de lindan 1 % pe aria infectată timp de 4 minute și spălare
 - Penuetrin cremă, 1% se masează aria infectată 10 minute.
- Tratament

Tabloul clinic, diagnosticul și tratamentul scabiei

- Este o căpușă de 0,4 mm lungime. Spre deosebire de păduchele lat este relativ rapidă în mișcări și poate fi găsită oriunde pe corp, unde sapă un tunel de 5 mm lungime pentru a-și lăsa ouăle. Durata ei de viață este de 30 zile.
- Microorganismul patogen
- Prezentare clinică
- Simptomul predominant este un prurit sever intermitent. Mîinile, pieptul, sîni și fesele sunt cele mai afectate regiuni.
 - Cu o lupă se pot observa frecvent tunele liniare. Lame microscopice preparate din raclajul leziunilor suspecte pot arăta căpușe adulte, ouă și granule de fecale
- Diagnostic
- Dezinfectarea hainelor, patului și locuinței
 - Permetrin cremă 5% aplicată de la gît în jos și spălată după 8-14 ore
 - Soluție de lindan 1% aplicată de la gît în jos și spălată după 8 ore.
 - Crotamion 10% pe timpul nopții timp de 2 nopți consecutive și spălat la 24 ore de la a doua aplicație.
- Tratament

Foaia de titlu a fișei de observație a ginecopatelor

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚANU"

Catedra de obstetrică și ginecologie Nr. 2,
șef catedră – prof. universitar V. Fruptu

FIȘA DE OBSERVAȚIE

a pacientei (numele, prenumele, vârsta)

Curator – (numele, prenumele, grupa, facultatea)

Conducător de grupă –

Data curăției -

Data prezentării fișei de observație -

Controlat -

Prescripția preparatelor medicamentoase
larg folosite în ginecologie

Preparate antianemice

Rp.: Tab. "Haemostimulinum" N.50

D.S. Câte o pastilă de 3 ori pe zi în timpul mesei.

Rp.: Tab. Ferramid 0,1 N.100

D.S. Câte o pastilă de 3 ori pe zi după mâncare.

Rp.: Ferri Leki 2 ml

D.t.d. N. 20 in ampull.

S. Câte 2 ml intramuscular peste o zi.

Preparate hormonale estrogenice

Rp.: Sol. Oestroni oleosae (Folliculinum) 0,05% 1ml

D.t.d. N. 6 in ampull

S. Câte 2 ml intramuscular fiecare 4 ore până la stoparea hemoragiei (pentru hemostaza hormonală).

Rp.: Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1% 1ml

D.t.d. N. 10 in ampull.

S. Câte 1 ml intramuscular fiecare 2 ore până la stoparea hemoragiei (pentru hemostaza hormonală).

Rp.: Sol. Synoestrolu oleosae 0,1% 10ml

Ol. Vaselini 100,0

M.D.S. Pentru prelucrarea mucoasei vaginului.

Preparate hormonale gestagenice

Rp.: Sol. Progesteroni oleosae 1% 1ml

D.t.d. N. 6 in ampull.

S. 0,1 ml intracutanat cu 8 – 10 zile înainte de menstruație timp de 3 cicluri menstruale (în tratamentul algodismenoreei).

Rp.: Sol. Oxyprogesteroni caproatis oleosae 12,5% 1ml
 D.t.d. N. 2 in ampull.
 S. 1 ml intramuscular o dată în săptămână.

Preparate hormonale combinate (progestine sintetice)

Rp.: Tab. Non-Ovlon N. 21
 D.S. Câte 1 pastilă 5 - 25 zi a ciclului menstrual (21 zile) la aceeași oră (cu scop de contracepție).

Rp.: Tab. Infecundini N. 21
 D.S. Câte 1 pastilă 5 - 25 zi a ciclului menstrual (21 zile) la aceeași oră (cu scop de contracepție).

Rp.: Tab. Bisecurini N. 21
 D.S. Câte 1 pastilă 5 - 25 zi a ciclului menstrual (21 zile) cu interval de 7 zile timp de 3-6 cicluri menstruale (cu scop de tratament).

Rp.: Tab. Marvelon® N. 21
 D.S. 1 zi - 6 pastile la intervale egale de timp, 2 zi - 5 pastile, 3 zi - 4 pastile ș.a.m.d. până la 1 pastilă pe zi, în total 21 zile (pentru hemostaza hormonală).

Preparate hormonale androgenice

Rp.: Sustanoni 1 ml
 D.t.d. N. 6 in ampull.
 S. Câte 1 ml intramuscular 1 dată în lună.

Rp.: Sol. Testosteroni oenanthatis oleosae 20% 1ml
 D.t.d. N. 6 in ampull.
 S. Câte 1 ml intramuscular 1 dată în săptămână.

Rp.: Tab. Methyltestosteroni 0,005 N. 10
 S. Câte 1 pastilă sublingual de 2 ori pe zi.

Rp.: Sol. Testosteroni propionatis oleosae 5% 1ml
 D.t.d. N. 5 in ampull.
 S. Câte 1 ml intramuscular peste o zi, în total 10 injecții în 2-3 cure repetate peste 1,5 luni (pentru tratamentul endometriozei).

Preparate uterotonice

Rp.: Mammophysini 1 ml
 D.t.d. N. 6 in ampull
 S. Câte 1 ml de 2 ori pe zi intramuscular.

Rp.: Sol. Methylergometrini 0,02% 1 ml
 D.t.d. N. 5 in ampull.
 S. Câte 1 ml intramuscular.

Rp.: Oxytocini 1 ml (5 U)
 D.t.d. N. 5 in ampull.
 S. 1 ml în 400 ml soluție 5% de glucoză în perfuzie.

Rp.: Pituitrini pro injectionibus 1 ml (5 U)
 D.t.d. N. 12 in ampull.
 S. Câte 1 ml subcutanat de 2 ori pe zi.

Rp.: Sol. Ergotoli 0,05% 1 ml
 D.t.d. N. 6 in ampull.
 S. Câte 1 ml subcutanat.

Preparate hemostatice

Rp.: Sol. Vikasoli 1% 1ml
 D.t.d. N. 10 in ampull.
 S. Câte 1 ml de 2 ori pe zi intravenos.

Rp.: Tab. Vikasoli 0,015 N.20
D.S. Câte 1 pastilă de 2 ori pe zi timp de 4 zile.

Rp.: Sol. Acidi aminocapronici 5% 100 ml
D.S. Intravenos în perfuzie.

Preparate anticoagulante

Rp.: Heparini 5 ml (1 ml – 5000 Un)
D.t.d. N. 5
S. Câte 1 ml subcutanat de 4 ori pe zi.

Rp.: Ung. Heparini 25,0
D.S. De aplicat în strat subțire (0,5–1 g pe o porțiune cu diametrul de 3–5 cm) pe membrele inferioare de 2-3 ori pe zi, frecând până la imbibarea unguentului.

Rp.: Tab. Neodicumarini 0,1 N. 30
S. Câte 2 pastile de 3 ori în prima zi, în zilele ulterioare de micșorat treptat doza sub controlul indicelui protrombinic (nu mai mic de 40–50%) și a analizei generale a urinei (detec-tarea precoce a hematuriei).

Antibiotice din grupa penicilinei

Rp.: Oxacilini-natrii 0,25
D.t.d. N. 15
S. Câte 0,75 g intramuscular de 4 ori pe zi în 2 ml apă pentru injecții.

Rp.: Oxacilini-natrii 0,25
D.t.d. N. 20 în caps. gelat.
S. Câte 2 capsule de 6 ori pe zi cu o oră înainte de mâncare.

Rp.: Ampioxi 0,5
D.t.d. N. 20

S. Câte 0,5 g intramuscular de 4 ori pe zi în 2 ml apă pentru injecții.

Rp.: Tab. Ampicilini 0,25 N. 20
D.S. Câte 2 pastile de 6 ori pe zi.

Rp.: Benzylpenicilini-natrii 250 000 U
D.t.d. N. 10
S. Conținutul flaconului se disolvă în 1,5 ml soluție 0,5% de novocaină și se introduce intramuscular (după proba sub-cutană) de 6 ori pe zi.

Soluții antiseptice

Rp.: Sol. Argenti nitratis 10% 50 ml
D.S. Pentru prelucrarea plăgii.

Rp.: Sol. Protargoli 0,5% 200 ml
D.S. Pentru instilații în uretră.

Rp.: Sol. Gramicidini spirituosae 2% 2 ml
D.t.d. N. 10 în ampull.
S. De disolvat 2 ml de soluție în 200 ml apă distilată.
De prelucrat vaginul și de introdus în vagin un tampon umectat în soluția dată.

Rp.: Sol. Aethacridini lactatis 0,05% 200 ml
D.S. Pentru prelucrarea organelor genitale externe.

Rp.: Sol. Furacilini 0,02% 1000 ml
D.S. Pentru băițe vaginale.

Rp.: Flores Chamomillae 50,0
D.S. De pregătit infuzie, de filtrat, pentru spălături vagina-le de diluat 1 lingură de masă la 1 l de apă, la temperatura corpului.

Rp.: Microcidi 100 ml
D.t.d. N. 5

S. Pentru tamponare vaginale.

Preparate folosite în tratamentul tricomonazei

Rp.: Tab. Metronidazol 0,25 N.30

D.S. 1 pastilă de 2 ori pe zi timp de 10 zile.

Rp.: Tab. Tinidazol (Fasigyn) 0,5 N.30

D.S. 1 pastilă de 4 ori o singură zi după mâncare.

Rp.: Tab. "Clion-D" N.20

D.S. 1 pastilă de 2 ori pe zi 10 zile.

Preparate imunomodulatoare din substrat biologic

Rp.: Susp. Placentae pro injectionibus 2 ml

D.t.d. N. 4 in ampull.

S. Câte 2 ml subcutanat 1 dată în 7 zile, în total 4-5 injecții

Rp. Extr. Placentae pro injectionibus 1 ml

D.t.d. N. 10 in ampull.

S. 1 ml subcutanat peste o zi timp de 20 zile, în total 3 cure cu interval de 2 luni.

Rp.: Extr. Aloes fluidi 1 ml

D.t.d. N. 30 in ampull.

S. 1 ml subcutanat.

Rp.: Fibs pro injectionibus 1 ml

D.t.d. N. 30 in ampull.

S. 1 ml subcutanat.

Rp.: Corpus vitrei 2 ml

D.t.d. N. 10 in ampull.

S. 2 ml subcutanat.

Rp.: Lydasi 0,1 (64 UC)

D.t.d. N. 10 in ampull.

S. Conținutul fiolei se disolvă în 1 ml soluție 0,5% de novocaină și se introduce subcutanat sau paracervical.

Preparate antimicotice

Rp.: Tab. Nystatini 500 000 U N. 20

D.S. 1 pastilă de 4 ori pe zi 14 zile.

Rp.: Ung Levorini 30,0

D.S. De aplicat întravaginal.

Rp.: Tab. Clotrimazoli 0,1 N. 10

D.S. 1 pastilă în fornixul posterior pe noapte.

Rp.: Tab. Fluconazoli 150

D.S. 1 pastilă 2 zile per os.

Preparate pirogenice de origine microbiană

Rp.: Sol. Prodigiosani 0,005% 1ml

D.t.d. N. 6 in ampull.

S. 0,5 ml intramuscular o dată în 5 zile.

Rp.: Vaccini gonococcici 1 ml

D.t.d. N. 10 in ampull.

S. 0,5 ml intramuscular (pentru provocare).

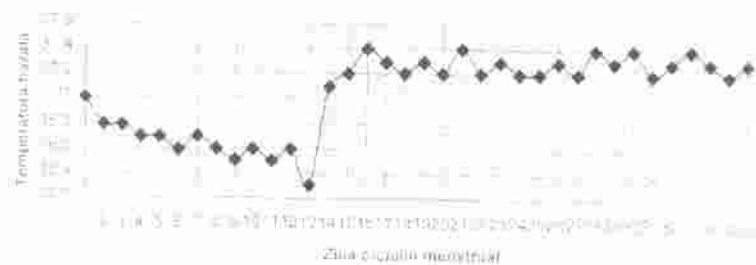
Rp.: Pyrogenali 25 DPM

D.t.d. N. 10 in ampull.

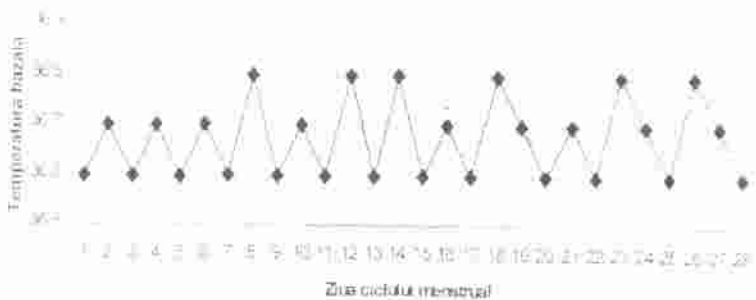
S. 25 DPM intramuscular o dată la 3 zile, la fiecare următoarea injecție de mărit doza cu 25 DPM, în total 10 injecții.

Curbele temperaturii bazale

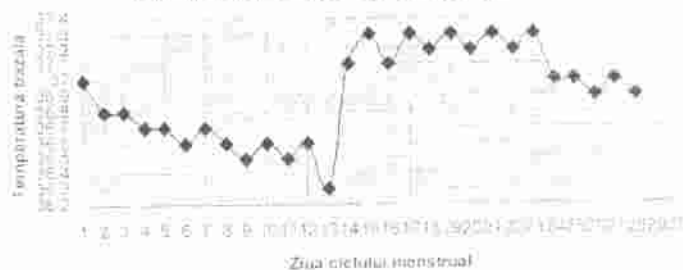
CICLU BIFAZIC - MARIREA FAZEI LUTEINICE



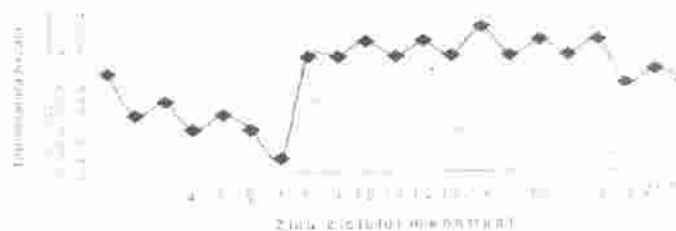
CICLU ANOMALATOR - CURBA MONOFAZICĂ



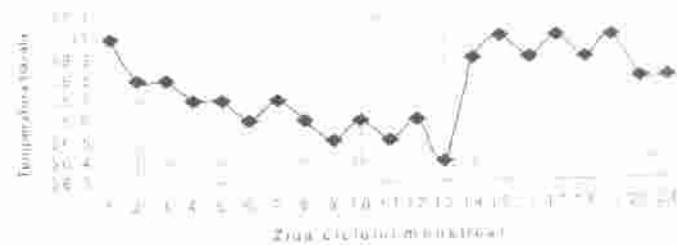
CICLUL MENSTRUAL NORMAL



CICLUL MENSTRUAL BIFAZIC CU SCURTAREA FAZEI FOLICULARE



CICLUL MENSTRUAL BIFAZIC - SCURTAREA FAZEI LUTEINICE



10. Diagnosticul din istoria
Диагноз заболевания

Verso (formular Nr. 066/u)

De bază Основной	Симптоли Симптомы	Dei ȋmpreună Совместимость	Dei ȋmpreună Совместимость
Miom uterin 15-16 sept.	Hiperkolemi nivel Sre- mie 91.7	Indiferenț	10 x
			10 x

11. În caz de deces (pe scara 1-5):
 В случае смерти (укажите причину):
 1) Сила децезиона а фекциона
 непосредственно причине смерти
 sau complicație de bază a bolii
 sau вследствие основного заболевания
 2) Alte cauze de deces (pe scara 1-5)
 или вследствие причины смерти
 после де децез де болі
 основной заболевания указывается последици

12. Alte informații importante, care să favorizeze diagnosticul sau care să aibă legătură de cauză cu complicațiile care
 se pot produce în cazul morții (pe scara 1-5)
 Другие важные заболевания, способствующие смерти пациента, и другие, которые в заболевания или его осложнениях, способствовали непосредственной причине смерти.

12. Operatii chirurgicale
Хирургические операции

Data, ora Дата, час	Descrierea operației Название операции	Concluzia Осложнения	
04/8 1998	Laparotomie medicament născută hiper- tonie subțotabil fără aneste	n-au fost	11 x
			11 x

13. Examenul de RW = L. mai (rezultat)
 Оследевание на L. mai (результат)
 14. Participarea la M.D.A.P. (semnificativ)
 Участник Отечественной войны (подчеркнуть) да/1, не/2, неясно да/1, не/2
 15. Obitențiaritate (semnificativ)
 Военнослужащий (подчеркнуть) да/1, не/2, неясно да/1, не/2

Семнатура
Подпись Vărlan

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
 Министрство Здравоохранения Республики Молдова
Dr. Vărlan № 10
 Специализация: кардиология
 Специализация: кардиология

DOCUMENTE MEDICALE
 Форма № 620/4
 Амбул. de S.C. S.R.M.
 Ученый № 11134
 28.09.01 n. 244

FIȘA DE DISPENSARIZARE
 КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПЕНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Numele de familie a medicului: Vărlan E. Creșterea nr.: 446 Spital medical a bolnavilor
 Семейное имя: Vărlan E. Место рождения: с. Вăрланы, р. Сирет, обл. Кишинев

Tipul de domiciliu a bolnavilor: Una familie în comun Data de prima la plet: 25/11/97
 Система жилищного поселения: Семья

Data cazului din evidență: miom uterin 6 săptăm. Afecțiunea care a determinat dispensarizarea: miom uterin 6 săptăm.
 Дата случая в учете: 25/11/97 Заболевание, по которому назначается диспансерное наблюдение: миом матки

Minutul scuturii din evidență: 25/11/97 Diagnosticul stabilit din nou: miom uterin 6 săptăm.
 Прямая запись в учете: 25/11/97 Диагноз установлен повторно: миом матки

De ce a fost depusă pentru valtea la medic, prin controlul producției (specificați):
 Обстоятельства вызвавшие необходимость обратиться за помощью, при производстве (указать):
Bolnavi de la

Numele persoanei: Bolnavi de la
 Фамилия, имя, отчество: Болван Е.

Sex: M Data nașterii: 12.11.1953 A Dep. la: Chișinău, str. de la Drăgoi
 Пол: M Дата рождения: 12.11.1953 Место рождения: Кишинев

Locul de domiciliu (strada): strada medie № 42
 Место жительства (улица): Средняя улица № 42

Occupatia (profesia): insolțator
 Профессия (занятость): Работник

Președintele cabinetului:
 Руководитель кабинета:
 Data de expirarea "licenței": 27.04.1999 nr. 10.001

Verso (formular Nr. 027/u)

7. Anamneza pe scurt, examinări pentru constatarea diagnosticului, evoluția bolii, tratament, starea sănătății la externare.
 Краткая анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке.

A fost internată pentru tratament chirurgical. După examinarea și pregătirea hipoforatorie la 7/1/98 s-a efectuat operația „laparotomie după Pfannenstiel. Chistectomie din stânga”, preparatul a fost expediat la examenul histologic. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații, utilizarea plăgi peretelui abdominal anterior - per primam.

Investigații: 1) Hb 4 - Hb - 135g/l, L - 7,2 - 10, formula leucocitară N, VSH = 4 mm/oră;
 2) an. gen. urinar - N, 3) ad. biochimică a sângelui - prot. tot 80g/l, protrombin - 90%, fibrinogen - 40 g/l, bilirubina lib. total - 0,1/9, Imc. med. 9
 4) cts - organele basinetului mic de aspect normal, bntct N, în spațiul Douglas Erickid abs.

Recomandări curative și de muncă (îndrumări):
 Лечебные трудовые рекомендации:

supranormarea medicului de
 circumscripție

16. 1 1998

Medicul curant
 Лечащий врач

Karlan

№ 10/1998
 Formular Nr. 027/u
 Verso (formular Nr. 027/u)

NUME, PRENUMĂRUL
 (se scrie în alfabet latinizat)

NUMĂRUL
 (se scrie în alfabet latinizat)

Nr. ... / ... / ...

...
 ...
 ...

...
 ...
 ...

...
 ...
 ...

...
 ...
 ...

...
 ...
 ...

...
 ...
 ...

...
 ...
 ...

...
 ...
 ...

...
 ...
 ...

menul citologic, pregătiți frotiului citologic, completați bonul de trimitere pentru investigația citologică (formularul 203/u)

13. Profilaxia activă și pasivă a complicațiilor tromboembolice în perioada postoperatorie.

14. Recoltați materialul pentru evaluarea gradului de puritate al vaginului și pregătiți frotiul respectiv, completați bonul de trimitere în laborator.

15. Descrieți epicriza de externare a ginecopatei după operația "Laparotomie, Tubectomie din stânga" în legătură cu sarcină tubară întreruptă.

16. Pregătiți sistemul pentru perfuzia substituenților de plasmă.

17. Descrieți în fișa de observație protocolul operației "Raclajul diagnostic al endometrului".

18. Pregătiți instrumentele și materialul necesar pentru înlăturarea suturilor de pe plagă în urma laparotomiei. Efectuați procedura.

19. Descrieți în fișa de observație protocolul hemotransfuziei.

20. Efectuați cateterizarea vezicii urinare.

21. Completați extrasul din fișa de staționar a ginecopatei după operația "Laparotomie, Chistectomie din stînga" (formular 027/u).

22. Efectuați băiță vaginală unei paciente cu colpită.

23. Completați fișa de dispensarizare (formular 030/u).

24. Recoltați și preparați frotiul colpocitologic, completați bonul de trimitere în laboratorul citologic (formular 203/u).

25. Completați fișa statistică a persoanei externate din staționar în vîrstă de 40 de ani după operația "Laparotomie, Histerectomia subtotală fără anexe" în legătură cu miom uterin de 15-16 săptămîni.

26. Pregătiți masa sterilă cu instrumentele și materialele necesare pentru biopsia colului uterin. Completați bonul de trimitere în laboratorul histologic (formular 014/u).

27. Descrieți în fișa de observație protocolul operației "Înlăturarea chistului peretelui vaginal lateral".

28. Principiile de sterilizare ale mănușilor și instrumentelor ginecologice.

29. Descrieți în fișa de observație protocolul operației "Biopsia colului uterin".

30. Pregătiți masa sterilă cu instrumentele și materialele necesare pentru puncția fornixului posterior.

31. Completați cartela medicală de ambulator pentru ginecopată (formular 025/u).

32. Pregătiți masa sterilă cu instrumentele și materialele necesare pentru raclajul diagnostic al endometrului. Completați bonul de trimitere în laboratorul histologic (formular 014/u).

33. Pregătirea preoperatorie a ginecopatei cu miom uterin simptomatic.

34. Tipurile de valve vaginale și utilizarea lor.
35. Descrieți în fișa de observație protocolul operației "Puncția fornixului posterior".
36. Detectați și evaluați semnul "pupilei".
37. Descrieți în fișa de observație protocolul operației "Laparotomia. Tubectomia din dreapta" în legătură cu sarcina tubară întreruptă.
38. Detectați și evaluați semnul de extensie a glerei cervicale.
39. Pregătiți masa sterilă cu instrumentele și materialele necesare pentru sondajul cavității uterine. Efectuați procedura.
40. Completați bonul de trimitere în laboratorul histologic (formular 014/u) a bioptatului din colul uterin.
41. Apreciați grupa de sânge.
42. Completați bonul de trimitere în laboratorul histologic (formular 014/u) a materialului operator (chistom ovarian).
43. Evaluați roengenograma la metrosalpingografie.
44. Prescrieți un anticoncepțional hormonal pacientei cu hemoragie disfuncțională uterină.
45. Preparatele pentru băițe vaginale. Scrieți rețeta.
46. Numiți progestinele sintetice. Scrieți rețeta.
47. Evaluați tabloul ecografic.
48. Numiți preparatele antianemice. Scrieți rețeta.
49. Evaluați gradul de puritate al conținutului vaginal.

50. Numiți preparatele din grupul penicilinelor semisintetice. Scrieți rețeta.
51. Metodele de anestezie în cadrul operațiilor ginecologice mici (anestezie pudendală, paracervicală, cu protoxid de azot, trilen. ș.a.).
52. Hemostaza hormonală cu progestine sintetice. Scrieți rețeta.
53. Numiți preparatele hemostatice. Scrieți rețeta.
54. Pregătiți instrumentele și materialele necesare pentru hidrotubație.
55. Preparatele de fermenți utilizate în ginecologie. Scrieți rețeta.
56. Preparatele imunomodulatoare din substrat biologic utilizate în ginecologie. Scrieți rețeta.
57. Numiți indicațiile pentru laparoscopia diagnostică și curativă.
58. Numiți preparatele uterotonice. Scrieți rețeta.
59. Profilaxia și terapia atoniei intestinale în perioada postoperatorie.
60. Conduita postoperatorie după operațiile plastice pe vagin.
61. Numiți antibioticele cu spectru larg de acțiune. Scrieți rețeta.
62. Evaluați hemoleucograma ginecopatei cu infecție acută a organelor genitale.

ANEXĂ

63. Numiți preparatele utilizate pentru tratamentul tricomonazei. Scrieți rețeta.

64. Culegeți anamneza ginecopatei cu sterilitate.

65. Numiți schema de administrare a gonovaccinului. Scrieți rețeta.

66. Efectuați colposcopia simplă și detaliată.

67. Numiți preparatele antimicotice. Scrieți rețeta.

68. Scrieți schema de tratament a gonoreei cronice.

69. Recoltați materialul și evaluați semnul de cristalizare a glerei cervicale.

70. Tratamentul hormonal în ginecologie. Scrieți rețeta.