

**IMSP Institutul Mamei și Copilului**

**PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL**

**AMENOREEA PRIMARĂ (AP)**

Chișinău, 2017

**ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT**

AGS	analiza generală de sânge
AM	amenoree primară
CM	ciclu menstrual
17-CS	17-cetosteroizi
DA	dopamină
DHEA	dihidroepiandrosteron
E	estrogene
FSH	hormon foliculostimulant
FT3	triodotirozina liberă
FT4	tiroxina liberă
IMC	indicele masei corporale
LH	hormon luteinizant
RMN	rezonanță magnetică nucleară
P	progesteron
PMC	pierderea masei corporale
Prl	prolactina
TC	tomografie computerizată
RMN	rezonanță magnetică nucleară
SOP	sindromul ovarelor polichistice
T	testosteron
TSH	hormon de stimulare tiroidiană
TIC	tensiune intracraniană crescută
TBC	tuberculoză

## **A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ**

### **A.1. Diagnosticul:**

#### ***Exemple de diagnostice clinice:***

1. Amenoree primară
2. Amenoree secundară

### **A.2. Codul bolii (CIM - 10):**

Amenoreea primară N91.0

Amenoreea secundară N91.1

### **A.3. Utilizatorii:**

IMSP Institutul Mamei și Copilului

Secția de internare

Secția ginecologie infantilă

Laboratorul clinico-diagnostic și biochimic

Laboratorul microbiologic și imunologie clinică

Secția diagnostic funcțional

Secția de imagistică și diagnostic prenatal

Farmacia spitalului.

### **A.4. Scopurile protocolului:**

1. Ameliorarea calității examinării pacientelor cu AP
2. Ameliorarea calității tratamentului pacientelor cu AP
3. Majorarea incidenței copiilor cu AP pe parcursul ultimilor ani.
4. Influența AP asupra funcției reproductive.

**A.5. Data elaborării protocolului:** aprilie 2017.

**A.6. Data următoarei revizuirii:** aprilie 2020.

**Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea Protocolului :**

1. Iliadi-Tulbure Corina – dr.în med., asist.univ., catedra Obstetrica și Ginecologie FECFM USMF «N.Testimițanu».
2. Manole Rodica – IMSPIMșiC , șef secție Ginecologie Infantilă
3. Ceahlău Ala – IMSPIMșiC, Medic Ginecologie Infantilă.

**A.7. Definițiile folosite în document**

Amenoreea primară constituie lipsa menstruației pînă la 16-18 ani, drept consecință a unor patologii ginecologice și somatice.

**B. PARTEA GENERALĂ**

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pasi (modalități și condiții de realizare)
1	2	3
<b>Spitalizarea</b>		<b>Obligatoriu:</b> Spitalizare în secția ginecologie infantilă conform criteriilor de spitalizare.
<p><b>2. Diagnosticul</b></p> <p><b>2.1.</b> Confirmarea diagnosticului de AP, aprecierea nivelului de control al maladiei, evaluarea severității acesteia Aprecierea formelor după clasificarea AP în funcție de mulți factori.</p> <p><b>2.2.</b> Confirmarea AP rezistente la tratament cu evidențierea cauzelor.</p>	<p><i>Anamneza</i> permite aprecierea AP în caz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologia SNC</li> <li>• Patologie endocrină (hipotalamus, hipofiză, tiroidă)</li> <li>• Patologie gonadică</li> <li>• Patologie uterină</li> <li>• Lipsa menstruației pînă la 16-18 ani</li> <li>• Intoxicație</li> <li>• Infecții acute și cronice</li> <li>• Factor congenital</li> <li>• Stres, Supraoboseală</li> <li>• Dereglarea regimului alimentar, somn-veghe, Dietă</li> <li>• Masa corpului sub 45-47 kg</li> <li>• Pierderea masei corporale (PMC)</li> <li>• Performanță sportivă (forma centrală).</li> </ul> <p><i>Examenul fizic</i> permite diagnosticarea AP prin aprecierea criteriilor de diagnostic.</p>	<p><b>Investigații obligatorii:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza ginecologică și somatică</li> <li>• Examen fizic</li> <li>• Aprecierea gradului de dezvoltare somatică</li> <li>• Aprecierea indicelui masei corporale (IMC) și a țesutului adipos (forma centrală)</li> <li>• Palparea glandelor mamare (forma centrală)</li> <li>• Aprecierea gradului de dezvoltare a semnelor sexuale secundare</li> <li>• Aprecierea vârstei osoase (forma centrală)</li> <li>• Aprecierea particularităților psihologice a pacientei</li> <li>• Vaginoscopia</li> <li>• Tușeu recto-abdominal și /sau Tușeu vaginal</li> <li>• Examen paraclinic</li> <li>✓ AGS</li> <li>✓ Teste hormonale (FSH, LH, P, Prl, E, T, ACTH, DHEA, TSH, fT4, fT3)</li> <li>• Proba cu hormoni gonadotropi (forma centrală)</li> <li>✓ Ecografia organelor genitale</li> <li>✓ Ecografia organelor interne</li> <li>• Diagnostic diferențial</li> <li>• Evaluarea severității patologiei și aprecierea nivelului de control.</li> </ul> <p><b>Recomandat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultul specialiștilor (endocrinolog, oftalmolog, chirurg, pediatru, genetician, psihoterapeut)</li> <li>• AGU</li> <li>• Frotiu vaginal</li> <li>• Bacteriologia eliminărilor din vagin</li> <li>• Colpocitologia (reacția de tip II-III) (forma centrală)</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografia șei turcești</li> <li>• Radiografia mîinii propriu-zise (forma centrală)</li> <li>• Ecoencefalografia</li> <li>• Ecografia suprarenalelor</li> <li>• TC (suspectare tumorii hipofizare)</li> <li>• RMN</li> <li>• Investigații genetice (examen cito-genetic)</li> <li>• Laparoscopie</li> <li>• Investigații la recomandarea specialiștilor.</li> </ul> <p><b>De atras atenția la:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aderarea slabă la tratament</li> <li>• Eșec în modificarea stilului de viață</li> <li>• Diagnostic alternativ.</li> </ul>
--	--	---

### 3. Tratamentul

AP necesită tratament, scopul terapiei constă în apariția și menținerea mensesului, micșorarea manifestărilor clinice, ameliorarea calității vieții pacientei, prevenirea complicațiilor posibile, prin aprecierea și influența asupra factorului etio-patogenetic. Pentru atingerea acestui scop se utilizează un șir de remedii, se efectuează corecția patologiei concomitente. Severitatea AP variază, volumul intervențiilor terapeutice și /sau chirurgicale fiind determinat de exprimarea manifestărilor clinice.

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții)
<b>3.1. Tratament medicamentos</b>	Scopul tratamentului constă în instalarea și menținerea mensesului, micșorarea manifestărilor clinice a maladei și prevenirea recidivelor.	<b>Obligatoriu:</b> Parlodel Vitamine Fizioproceduri Preparate neurotrope Alimentare echilibrată Terapie hormonală ciclică cu doze mici de estrogene (forma centrală).

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții)
<b>3.1. Tratament chirurgical</b>	<b>Indicații:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• forma centrală</li> <li>• forma feminizare testiculară</li> </ul>	<b>Obligatoriu:</b> Înlăturarea gonadelor Plastia vaginului (forma feminizare testiculară) Raclajul diagnostic al cavității uterine.

<b>4. Externarea, nivelul primar, tratament continuu și supraveghere</b>	Asigurarea continuității tratamentului început în staționar.	<b>Obligatoriu:</b> Extrasul va conține: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticul confirmat detaliat</li> <li>• Rezultatele investigațiilor efectuate</li> <li>• Recomandările explicite pentru pacientă și familia acesteia</li> <li>• Recomandările pentru medicul de familie.</li> </ul>
--	--	---

## C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ

### C. 1.1. Algoritmul de diagnostic

- Anamnestic
- Examen clinic
- Examen paraclinic (de laborator și instrumental)
- Obiectivele procedurilor de diagnostic
- Confirmarea semnelor clinice caracteristice pentru AP.

### C. 1.2. Algoritmul de tratament

Scopul tratamentului este instalarea și menținerea mensesului, diminuarea manifestărilor clinice ale maladiei și prevenirea recidivelor.

## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea maladiei:

#### AP se clasifică în:

- Funcțională
- Organică.

#### AP se clasifică în:

- Ușoară
- Moderată
- Pronunțată.

#### Clasificarea AP în funcție de nivelul leziunii:

- Forma centrală
- Feminizare testiculară.

#### Clasificarea AP forma centrală:

- Hipotalamică
- Hipofizară.

#### Clasificarea AP forma de feminizare testiculară:

- Completă
- Incompletă.

### C.2.2. Factorii de risc

- Stresul emoțional, psihologic, fizic
- Supraoboseală, Extenuare
- Traumatism fizic
- Condiții nesatisfacatoare de trai
- Infecții acută și cronice
- Intoxicație
- Hipo- și avitaminoza
- Dereglarea regimului de alimentare, dietă
- Dereglarea regimului somn-veghe
- Lipsa aflării la aer curat
- Dereglări hormonale legate de particularitățile de dezvoltare
- PMC
- Proces inflamator al ovarelor (forma ovariană).

### **C.2.3. Conduita pacientei cu AP**

#### **C.2.3.1. Anamneza**

##### **Factori anamnestici:**

##### **Patologia SNC**

- Patologia organică a creierului (meningită, encefalită) (forma centrală)
- Maladii psihice (epilepsie, schizofrenie, sindrom maniaco-depresiv) (forma centrală)
- Traumatism cranio-cerebral (forma centrală)
- Consecințe ale stresului acut și cronic
- PMC
- Disfuncția hipotalamusului sau hipofizei
- Întârzierea congenitală a dezvoltării hipotalamusului
- Hiperprolactinemie idiopatică (deficit de dopamină – DA)

##### **Patologia hipofizei**

- Tumoare hipofizară
- Prolactinom
- Sindrom Sheehan
- Aneurismul a carotidis interna
- Tensiune intracraniană crescută (TIC)
- Patologia șei turcești

##### **Patologia gonadică**

- Disgenezia gonadică
- Sindromul gonadelor refractare
- Sindromul ovarelor polichistice (SOP)

##### **Patologia uterină**

- Aplazia uterului și vaginului
- Aplazia unei porțiuni de vagin
- Atrezia himenului
- Endometrita post TBC

##### **Defect enzimatic**

- Sindromul de feminizare testiculară

##### **Patologia suprarenalelor**

- Sindrom adreno-genital

##### **Patologia glandei tiroide**

- Hipofuncția ușoară tiroidiană
- Lipsa mensesului până la vârsta de 16-18 ani
- Intoxicație
- Infecții acută și cronice

- Factor congenital
- Traumatism la naștere (forma centrală)
- Asfixia în naștere (forma centrală)
- Anamneza ginecologică complicată a mamei (menarhe tardivă în forma centrală etc.) (infertilitate și/ sau feminizare testiculară la rude în forma feminizare testiculară)
- Performanță sportivă (forma centrală)

#### Acuze

- Lipsa menstruației pînă la 16-18 ani
- Distonie neuro-vegetativă (forma centrală)
- ✓ Hipo- si hipertonie
- ✓ Bradi- sau tahicardie
- ✓ Asimetria valorilor tensiunii arteriale
- ✓ Hipodinamie
- ✓ Poliurie
- ✓ Frisoane
- ✓ Hipoestezia membrelor
- PMC, țesut subcutan adipos sub limite de normă (forma centrală)

#### C.2.3.2. Examenul fizic

##### Criteriile de diagnostic

###### FORMA CENTRALĂ:

- Configurația proporțională a corpului
- Prezența uterului și ovarelor
- Secreție joasă de gonadotropine
- Rezultat pozitiv la proba cu hormoni gonadotropi
- Galactoree
- Hiperprolactinemie

###### FORMA FEMINIZARE TESTICULARĂ:

- Fenotim feminin, genotip masculin (46 XY)
- Pilozitate pubiană absentă sau insuficientă
- Pilozitate axilară absentă sau insuficientă
- Glande mamare cu aspect normal
- Situarea gonadelor în canalul inghinal, apreciate palpator în profunzimea labiilor pudende
- Vagin scurt
- Aplazia uterului
- Cariotipul 46 XY, cromatină sexuală absentă

###### FORMA OVARIANĂ

- Dezvoltare tardivă sau insuficientă a semnelor sexuale secundare în asociere cu insuficiența somatică în perioada pubertară
- Hipotrofia semnelor sexuale primare și secundare în caz de insuficiență ovariană în perioada postpubertară

###### FORMA UTERINĂ:

- Aplazia uterului, scurtarea vaginului

##### Examen fizic

###### FORMA CENTRALĂ:

- Semne de întârziere în dezvoltarea sexuală
- Fete tinere, cu constituție puternică, sportivă

- Semne eunocoide – membre lungi, bazin îngust
- Picior plat
- Țesut subcutan adipos sub limite de normă
- Pilozitate pubiană moderată
- Hirsutism
- Distonie neuro-vegetativă
- ✓ Dermografism alb și roșu
- ✓ Strii pe coapse, abdomen, piept
- ✓ Fața în formă de lună plină
- Gigantism
- Acromegalie

#### FORMA FEMINIZARE TESTICULARĂ:

- Semne de întârziere în dezvoltarea sexuală
- Constituție feminină (forma completă) sau masculină (forma incompletă)
- Semne eunocoide – membre lungi, bazin îngust
- Țesut subcutan adipos sub limite de normă
- Pilozitate exilară absentă (forma completă) sau slab manifestă (forma incompletă)
- Pilozitate pubiană absentă (forma completă) sau slab manifestă (forma incompletă)

#### FORMA OVARIANĂ:

- Constituția de tip feminin
- Hirsutism

#### Palparea glandelor mamare

##### FORMA CENTRALĂ:

- Glandele mamare subdezvoltate
- Indurații, Galactoree

##### FORMA FEMINIZARE TESTICULARĂ

- Glandele mamare fără particularități

#### PV

##### FORMA CENTRALĂ:

- Organele genitale externe de tip feminin
- Hipoplazia labiilor pudende mici
- Hipoplazia uterului și ovarelor

#### PV

##### FORMA FEMINIZARE TESTICULARĂ:

- Organele genitale externe de tip feminin
- În profunzimea labiilor pudende – formațiuni rotunde, elastice
- Vaginul scurt (2-6 cm)
- Uterul absent
- Trompe uterine absente

##### FORMA OVARIANĂ:

- Organele genitale de tip feminin

#### Probe diagnostice:

- Cu progesteron
  - negativă – forma uterină
  - pozitivă – leziune organică (endometriu refractar)
- Cu estrogene (microfolina) și progesteron
  - negativă – exclude forma uterină



- pozitivă – forma ovariană, hipotalamo-hipofizară
- Cu hormonul gonadotropina corionică
- pozitivă – forma hipofizară
- negativă – forma ovariană
- Cu progestine sintetice (bisecurin) și dexametazon, controlul 17-CS
- tip I – hiperandrogenie ovariană
- tip II – hiperandrogenie suprarenaliană
- tip III – hiperandrogenie combinată.

### C.2.3.3. Investigațiile paraclinice

- AGS
- Teste hormonale (FSH, LH, P, Prl, E, T, DHEA, TSH, fT4, fT3)
- Teste enzimatic (5-alfa-reductaza) (forma feminizare testiculară)
- Proba cu hormoni gonadotropi (pozitivă în I forma centrală)
- Ecografia organelor genitale
- ✓ hipoplazia uterului și ovarelor în forma centrală
- ✓ uterul și trompele uterine absente în forma feminizare testiculară
- ✓ lipsa ovarelor sau ovare mărite în dimensiuni bilateral, foliculi primordiali care nu ajung în dezvoltare la folicul de Graaf în forma ovariană
- ✓ aplazia uterului în forma uterină
- Ecografia organelor interne
- AGU
- Frotiu vaginal
- Bacteriologia eliminărilor din vagin
- Colpocitologia (reacția de tip II-III) (forma centrală)
- Radiografia mîinii propriu-zis (întîrzierea vîrstei osoase)
- Radiografia șeii turcești (TIC, modificarea dimensiunilor șeii turcești) (forma centrală)
- Ecoencefalografia
- Ecografia suprarenalelor
- Investigații genetice (46 XY) (forma feminizare testiculară)
- TC (suspectare tumorii hipofizare)
- RMN
- Laparoscopie
- Aprecierea metabolismului lipidic.

### C.2.3.4. Diagnosticul diferențial

Diagnosticul diferențial se efectuează cu următoarele nozologii:

- SOP
- Sindrom Ițenco-Cushing
- Sindrom Turner.

### C.2.3.5. Criteriile de spitalizare

- Necesitatea efectuării tratamentului chirurgical.

### C.2.3.6. Tratamentul

### Forma centrală

- **Alimentare echilibrată**
- **Bromocriptine** – 5,0-7,5 mg /zi, zilnic, perioadă îndelungată – normalizarea secreției Prl
- **Vitamine B1,C, E**
- **Preparate sedative**
- **Tranchilizante(Diazepam)**
- **Terapie hormonală ciclică** cu doze mici de estrogene – între 16-18 ani(Estradiol-0,006% , Levonorgestrel 0,15mg + Ethinylestradiol 0,03mg, Ethinylestradiol0,03mg + Desogestrel 0,15mg,Ethinylestradiol 0,03mg + Gestodene 0,15mg)
- **Fizioprocaturi, electroforeză endonazala cu Vit. B1**

### Forma feminizare testiculară

- **Înlăturarea gonadelor**
- **Plastia vaginului**
- **Alimentare echilibrată**
- **Estrogene cu acțiune prolongată (Estradiol-dipropionat)** câte 0,1% 1 ml i.m., de 1-2 ori /zi, timp de 4-6, 10-12 luni, cu pauze, pentru o perioadă de câțiva ani
- **Tratament hormonal ciclic sau de substituție** – 10000 U Hexestrol 0,10-1,0 sau Foliculina
  - a 14-15-18-a zi câte 10000 U estrogene, 10 mg progesteron
  - Progesteron câte 10 mg între a 20-25-a zi CM, pauza 8-10 zile, timp de 2-3 CM
  - Pauza 1-4 luni, repetare pe parcurs la 1-2 CM. Perioada totală pînă la 2 ani
- **Progestine sintetice** (Levonorgestrel 0,15mg + Ethinylestradiol 0,03mg, Ethinylestradiol 0,03mg + Desogestrel 0,15,Ethinylestradiol 0,03mg + Gestodene 0,15mg) câte 1 tab între a 5-a–25-a zi de CM, timp de 3-4 luni.

### C.2.3.7. Evoluția

#### AP evoluează spre:

- Evoluția bolii este benignă
- Se supune tratamentului conform protocolului
- Prognosticul reproductiv este pozitiv în caz de tratament adecvat.

### D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<p><b>IMSP IMșiC</b> <b>Secția</b> <b>Ginecologie</b> <b>Infantilă</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medic ginecolog</li> <li>• Medic endocrinolog</li> <li>• Medic oftalmolog</li> <li>• Medic chirurg</li> <li>• Medic pediatru</li> <li>• Medic ftiziopulmonolog</li> <li>• Medic genetician</li> <li>• Medici specialiști în diagnosticul funcțional</li> <li>• Medic de laborator</li> <li>• Asistente medicale</li> <li>• Acces la consultații calificate</li> <li>• Psihoterapeut.</li> </ul> <p><b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Set ginecologic pentru fete (valve ginecologice).</li> <li>• Secția imagistică și diagnostic prenatal(USG).</li> <li>• Laboratorul clinico-diagnostic și biochimic pentru determinarea: AGS, ABS, AGU, coagulograma, FSH, LH, P, Prl, E, T, DHEA, TSH, ft4, ft3).</li> <li>• Laboratorul microbiologic și imunologie clinică pentru determinarea: frotiului vaginal, bacteriologiei eliminărilor din vagin.</li> <li>• Secția diagnostic funcțional.</li> </ul> <p><b>Medicamente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparate nonhormonale</li> <li>• Preparate hormonale</li> <li>• Vitamine</li> <li>• Fizioproceduri.</li> </ul>
--	---

#### E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

N	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor

1	Sporirea calității în examinările clinice și paraclinice ale pacientelor cu AP.	Proporția pacientelor cu diagnosticul AP, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-au efectuat examen clinice și paraclinice în mod obligatoriu, conform recomandărilor din Standardele medicale de diagnostic și tratament în ginecologie .	Numărul pacientelor cu diagnosticul AP, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-au efectuat examene clinice și paraclinice în mod obligatoriu, conform recomandărilor din Standardele medicale de diagnostic și tratament în ginecologie , pe parcursul ultimului an • 100.	Numărul pacientelor cu diagnosticul AP, în vîrstă de pînă la 18 ani, care s-au aflat la tratament de staționar în secția Ginecologie Infantilă, pe parcursul ultimului an.
2	Sporirea calității tratamentului la pacientele cu AP	Proporția pacientelor cu diagnosticul AP, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-a efectuat tratament conform recomandărilor din Standardele medicale de diagnostic și tratament în ginecologie .	Numărul pacientelor cu diagnosticul AP, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-a indicat tratament, conform recomandărilor din Standardele medicale de diagnostic și tratament în ginecologie • 100.	Numarul pacientelor cu diagnosticul AP, în vîrstă de pînă la 18 ani, care s-au aflat la tratament de staționar în secția Ginecologie Infantilă, pe parcursul ultimului an.

## F. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

Responsabil de monitorizarea implimentării protocolului șefa secției de Ginecologie Infantilă, Manole Rodica.

### Indicațiile (sau criteriile) de trimitere a pacientei cu AP

**Tabelul 1. Transferul în alte secții (transfer intern și transfer extern)**

## a pacientelor cu AP conform indicațiilor

Indicații (criterii) de transfer	Transferul (destinația)	Persoanele de contact
Agravarea stării pacientei cu AP	Secția reanimare și terapie intensivă pediatrică	Șef secție - Ana Oglindă Tel. 523-613, 3-38, 4-14
	Secția de reanimare chirurgicală	Șef secție-Tatiana Pasicovschii Tel.559-659
Abdomen acut sau alte stări chirurgicale urgente la pacientele cu AP	Secția chirurgie urgentă	Șef secție – Mihai Seu Tel. 559-658, 5-63, 6-19
	Secția chirurgie septică	Șef secție – Ion Negru Tel. 523-782, 2-33, 5-48
	Secția ginecologie chirurgicală	Șef secție- Ana Mișina Tel.523-839
	Secția ginecologie	Șef secție- Veaceslav Rezneac Tel. 523-847
Caz suspectat /confirmat de TBC la pacientele cu AP	IMSP SCM Ftiziopulmonologie Str. Grenoble, 147	Secția internare Tel. 725-703
Caz suspectat /confirmat oncologic la pacientele cu AP	IMSP Institutul Oncologic Str. N. Testemițanu, 30	Secția internare Tel. 725-588

### Procedura generală de transfer a pacientei:

1. Medicul curant informează șeful secției despre: complicațiile /patologia concomitentă, /agravarea stării, parvenite la pacienta cu AP.
2. Șeful secției consultă pacienta în comun cu medicul curant.
3. Pacienta este consultată, în mod obligatoriu, de șeful clinicii sau conferențiarilor catedrei, responsabili de secția respectivă.
4. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se ia decizia respectivă.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează directorul departamentului respectiv despre cazul respectiv.
6. Directorul departamentului respectiv invită consultantul din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă Consiliul medical în componența: directorul departamentului, șeful clinicii, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern – forma 003e pentru pacientă, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.

9. Pentru transportarea pacientei în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transport IMSP IMC.

### **Anexa: Ghidul informativ pentru părinți**

Amenoreea primară constituie lipsa menstruației pînă la 16-18 ani, drept consecință a unor patologii ginecologice și somatice. În scopul determinării diagnosticului, se efectuează următoarele examinări: AGS, teste hormonale, teste enzimaticе, ecografia organelor genitale și organelor interne, frotiul vaginal, bacteriologia eliminărilor din vagin, colpocitologia, radiografia șeii turcești, ecoencefalografia, ecografia suprarenalelor, investigații genetice, TC, RMN, laparoscopie, aprecierea metabolismului lipidic, consultul specialiștilor (endocrinolog, oftalmolog, chirurg, terapeut, genetician, psihoterapeut).

AP necesită tratament, scopul terapiei constînd în apariția și menținerea mensesului, micșorarea manifestărilor clinice, ameliorarea calității vieții pacientei, prevenirea complicațiilor posibile, prin aprecierea și influența asupra factorului etio-patogenetic. Pentru atingerea acestui scop se utilizează un șir de remedii, se efectuează corecția patologiei concomitente. Se utilizează preparate: hormonale, parlodel, neurotrope, sedative, tranchilizante, vitamine, fizioproceduri, alimentare echilibrată.

### **BIBLIOGRAFIE**

- Katz V. et al. eds. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier 2007
- Moșin V., *Ginecologia endocrinologică juvenilă*. Ed. ARC. Chisinău, 2003
- Гуркин Ю.А. *Детская и подростковая гинекология*. Москва 2009
- Уварова Е. *Детская и подростковая гинекология*. Москва 2009.