

tratamentul cu antagoniștii de Calciu (Nifedipina) și cu inhibitorii sintezei prostoglandinelor (Aspirina).

2. Declanșarea travaliului prematur pe parcursul tratamentului iminenței de naștere prematură în staționar s-a constatat mai frecvent la pacientele tratate cu Magneziu Sulfat (12% cazuri) și cel mai puțin – 3,7 % cazuri la gravidele tratate cu Nifedipină și Aspirină.
3. Rezultatele studiului ne permit să recomandăm folosirea pe larg în scop tocolitic a Nifedipinei și a Aspirinei, iar de la utilizarea Magneziului Sulfat să ne abținem. În ceea ce privește c β -mimeticele, luând în considerație că după utilizarea lor se dezvoltă complicații severe pentru mamă și făt, ne exprimăm opinia în privința administrării lor cu precauție, investigând pacientele și excluzând preventiv patologiiile extragenitale (cardiovasculare) la mamă.

Bibliografie

1. Suportul Vital Avansat în Obstetrică. Academia Americană a medicilor de familie. Chișinău, 2006, 327 p.
2. Ghidul C Național de perinatologie „Protocoale de îngrijire și tratament în Obstetrică și Neonatologie”. Chișinău, 2003, 327 p.
3. Supliment la Ghidul C Național de Perinatologie „Protocoale de îngrijire și tratament în Obstetrică și Neonatologie”. Chișinău, 2007, 152 p.
4. Ghid practic de diagnostic și conduită în Obstetrică / dr. Marius Moga. Brașov, C₂ Design, 2000, 530 p.
5. Paladi Gh., Șalari O., Hodorogea S., Topor U. Fiziologia și patologia lichidului amniotic. Elaborare metodică. Chișinău, 2000, 32 p.
6. Serbenco A., Moșin V., Stratulat P., Eșanu T. Nașterea prematură. Indicații metodice, Chișinău 2001, 62 p.
7. Tratat de Obstetrică. // Sub red. Munteanu I. Editura Academiei Române. București, 2000, 1460 p.
8. Canadian Task Force on Preventive Health Care No 97. The use of home uterine activity monitoring to prevent preterm birth. August 2000.
9. Crawley P. A. Antenatal corticosteroid therapy: a meta-analysis of the randomized trials. 1995, Journal of Obstetrics and Gynaecology.
10. Crawley P. A. Prophylactic corticosteroids for preterm birth. The Cochrane Library. Issue 3, 2000. Oxford, Update Software.
11. Elder M. G., Hendricks Ch. H. Obstetrics and Gynaecology. Preterm Labor. London-Boston, 1994.
12. Mozurkewich E. L., Naglie G., Krahn M. D. et al. Predicting preterm birth: A cost effectiveness analysis. American Journal of Obstetrics – Gynaecology, June, 2000.
13. Turrentine F., Alives M., Novac F. Clinical Protocols in Obstetrics and Gynaecology. The Parthenon Publishing Group. New-York, 2000, 220 p.

SARCINA INDUSĂ

Taisia Eșanu, Steliana Țurcanu, Ludmila Ivanov

Catedra Obstetrică și Ginecologie (rezidențiat)

Summary

Induced pregnancy

Sterility acting on the mental state of the organism and is manifested through increase nerve liability processes or inhibition their, reduce such individuals against the interests of the environment and profession; therefore appears inferiority complex in family relations. Thus, current medicine provides couples various methods of solving this problem, which include treatments today more or less complex: ovulation stimulation, IVF, surgery. Ovulation problems are usually treated with medication that stimulates the body to produce and release ova

(clomifen, GnRH - the hormone liberator gonadotropine, gonadotropine). Generally, clomifen citrate is the first choice in treating sterility, indicated that women suffer from insufficient ovulate. It acts on hypothalamus and hypophysis, stimulants issue of hormones leading to the production of ova. At 60-80% of patients taking this medicine occurs ovulation, and half of them are installed task.

Rezumat

Conform aprecierii Organizației Mondiale a Sănătății, prin sterilitate conjugală se înțelege lipsa gravidității timp de un an în condițiile unei vieți sexuale regulate fără contracepție la o familie în vârsta de procreare. Sterilitatea conjugală poate fi feminină (40%), masculină (40%), mixtă (20%); primară sau secundară. Sterilitatea este considerată primară, dacă femeia n-a rămas nici o dată gravidă și secundară, când perioada de sterilitate urmează după una sau mai multe sarcini, indiferent de evaluarea lor (sarcină extrauterină, avort spontan). Medicina actuală pune la dispoziția cuplurilor care suferă de sterilitate variate metode de rezolvare ale acestei probleme: stimularea ovulației, IVF, însămânțarea artificială, intervenții chirurgicale etc. Problemele ovulației sunt tratate, de obicei, cu medicamente ce stimulează organismul să producă și să elibereze ovule (clomifen, GnRH, gonadotropine). Clomifen citratul este prima alegere în tratamentul sterilității, fiind indicat femeilor care suferă de insuficiență ovulatorie. Acesta acționează asupra hipotalamusului și a hipofizei, stimulând eliberarea hormonilor care duc la producerea de ovule. La 60-80% dintre pacientele care primesc acest medicament se produce ovulația, iar la jumătate dintre ele se instalează sarcina.

Actualitatea temei

Dorința firească a unui cuplu de a avea copii nu-și găsește întotdeauna împlinirea. Sterilitatea atinge aproximativ 10-15% dintre cupluri și crează uneori o adevărată „suferință” a celor doi parteneri. Cauzele sterilității sunt variate și metodele de rezolvare includ astăzi tratamente diverse. Medicina actuală pune la dispoziția cuplurilor un larg arsenal terapeutic: stimularea ovulației, IVF, intervenții chirurgicale etc.

Aspectele generale ale funcției reproductive:

- Rata lunară a concepției sau fecundabilitatea unui ciclu menstrual este de numai 20 %.
- Aproximativ 50% din cupluri concep o sarcină în 6 cicluri menstruale și 90% în timp de un an, avînd relații sexuale regulate fără protejare contraceptivă.
- Sterilitatea este incapacitatea unui cuplu de vîrstă reproductivă de a genera o sarcină timp de un an, avînd relații sexuale regulate fără protejare contraceptivă.
- O femeie nuligestă de peste 30 ani ar trebui să fie inclusă în programul de control după 6 luni de sterilitate.
- Frecvența infertilității în populația umană este de 10 - 15 %.

Sterilitatea cuplului:

Sterilitatea poate fi corelată, din punct de vedere al cauzalității, cu unul din parteneri (de cauză masculină, de cauză feminină sau mixtă). Ea poate fi imunologică, endocrină, infecțioasă și nu în ultimul rînd de cauză necunoscută.

Sterilitatea feminină poate avea cauze variate, ea poate fi: tubară, ovariană sau poate fi legată de prezenta endometriozei, hormonală.

Sterilitatea masculină se investighează în primul rînd prin realizarea spermogramei și a spermocitogramei.

Sterilitatea imunologică se poate stabili în urma realizării testului postcoital (Huhner). În cazul în care acest test este negativ în sensul prezenței spermatozoizilor immobili, este necesară depășirea obstacolului cervical prin pregătirea spermei prin metode speciale și înseminare intrauterină.

Sterilitatea de cauză necunoscută. Acest diagnostic este pus în condițiile în care cei doi parteneri au trecut de toate examenele clinice și paraclinice și nu s-a descoperit o cauză evidentă a sterilității. În astfel de cazuri se poate încerca tratamentul medicamentos, ca de exemplu: stimularea ovulației cu Clomifen sau hormoni gonadotropi (FSH sau FSH+LH) care măresc

numărul de ovocite, însoțită sau nu de înseminare intrauterină. Astfel cresc șansele de fecundație și de obținere a sarcinei. În condițiile în care acest procedeu nu dă rezultat, se recomandă fecundarea in vitro (FIV).

Algoritmul de diagnostic al cuplurilor infertile:

1. Profilul hormonal al pacientei (investigarea hormonală și testele funcționale de diagnostic).
2. Analize de laborator pentru determinarea unor posibile afecțiuni care pot dăuna sănătății mamei sau a fătului:
 - Rubeola (IgG, IgM), Anticorpii deficienței imunologice (SIDA), Antigenul hepatitei B, C, D (Anti HBs Ag, Anti HCV), Cytomegalovirus (IgG, IgM), Toxoplasma (IgG, IgM), Listeria, VDRL (sifilis).
 - Culturi din colul uterin pentru depistarea infecțiilor cu Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum și Mycoplasma hominis.
 - Probe de secreție vaginală pentru examenul citobacteriologic, parazitologic și micologic.
 - Citodiagnostic Papanicolaou pentru depistarea unor leziuni la nivelul colului uterin.
 - Grupul sanguin + Rh – factorul cu titrul de anticorpi.
3. Analiza genetică: se indica în anumite situații (antecedente personale sau familiale de anomalii la descendenți, legături de rudenie în cuplu). Ea include istoricul familial (sfat genetic) și cariotip. Se completează când este cazul cu analiza genetică moleculară, îndeosebi pentru cromozomul y în oligospermii severe și azoospermii.
4. Investigații ale cavității uterine (histerosalpingografie și histeroscopie)
5. Analiza recentă a spermei (spermograma + spermocitograma, spermocultura); profilul hormonal, controlul urologic (în funcție de caz).
6. Metrosalpingografia pentru a exclude sterilitatea peritoneal-tubară.
7. Examenul USG al organelor genitale.

Seleționarea cazurilor pentru programele de inducere a ovulației:

Principalele forme endocrine ce necesită inducerea ovulației sunt dereglările ovulatorii. Conform clasificării OMS deosebim:

Grupa 1: pacientele cu dereglări hipotalamice. În mod tipic ambii hormoni hipofizari FSH și LH au valori foarte joase ($LH < 2$ U/I și $FSH < 3,5$ U/I).

Grupa 2: pacientele cu disfuncție hipotalamo-hipofizaro-ovariană. La aceste paciente se atestă mărirea concentrației de LH și/sau FSH. Nivelul înalt de LH (> 10 U/I) în asociere cu nivelul normal de FSH (4-8 U/I) sugerează o polichistoză ovariană, fapt ce trebuie confirmat prin intermediul USG. Nivelul înalt de FSH (> 12 U/I) în asociere cu nivelul înalt de LH denotă o insuficiență ovariană. Dacă femeia e sub 40 ani, aceste date trebuie interpretate ca epuizarea prematură a funcției ovariene și necesită aplicarea metodelor reproducerii asistate cu oocite donate.

Grupa 3: pacientele cu hiperprolactinemie. Această grupă are nivelul relativ normal de LH și FSH, dar concentrație înaltă de prolactină (> 500 mU/I). Acest grup de paciente necesită corecția hiperprolactinemiei prin administrarea unuia din preparate: Parlodel, Bromcriptină, Dostinex.

Programul de stimulare a ovulației:

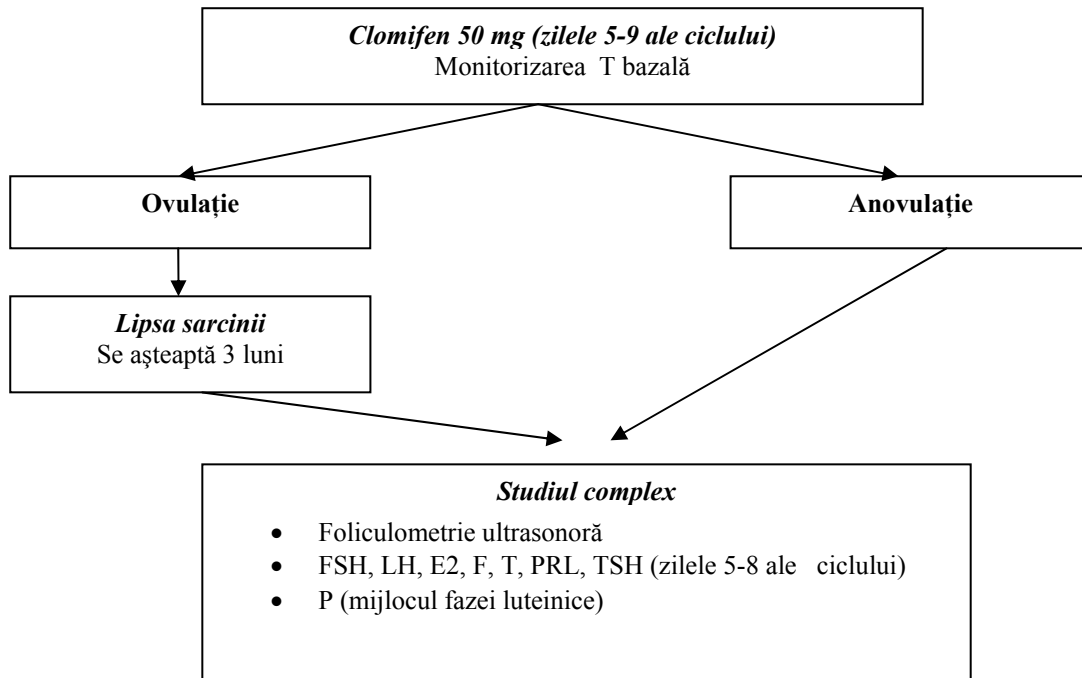
- Inducerea ovulației se efectuează de obicei la femeile cu anovulație ce doresc să obțină o sarcină.
- Scopul inducerii ovulației este de a stimula creșterea unui, maximum a 2 foliculi maturi (> 17 mm).
- Principalele metode de stimulare a ovulației sunt aplicarea preparatelor antiestrogenice (clomifen), gonadotropinei menopauzale (preparatelor ce conțin FSH și LH extrase din urina femeilor aflate în menopauză), aplicarea gonadotropinelor purificate, concomitent cu agoniștii GnRH.
- Dificultatea principală a inducerii ovulației este reprezentată prin aceea că unele paciente răspund foarte ușor, iar altele sunt foarte rezistente la terapia hormonală. De aceea

tratamentul hormonal trebuie efectuat sub monitoringul USG de evidență a dezvoltării foliculilor și de apreciere a nivelului estradiolului din plasma sanguină.

Inducerea ovulației cu Clomifen:

- Indicații: anovulație cronică, polichistoză ovariană, oligoovulație, fază luteinică defectuoasă, sterilitate de origine neclară, reprogucere asistată (ISS, ISD, IVF)
- Eficacitatea inducerii ovulației este de 60-80 %, a sarcinii – 10-50 %.

Algoritmul de inducere a ovulației cu Clomifen:



| Varianta 1 | | Studiul hormonal FSH, LH, E2, F, T, PRL, TSH sunt normale | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|---------------------------|--|
| Ovulație Folicul N | Ovulație Folicul mic | Ovulație Folicul normal | Ovulație Foliculi mari sau > de 3 mm | Anovulație | Sindromul luteinizării foliculului neovulant |
| Proqesteron N | Proqesteron 4* | Proqesteron I | | | |
| Excluderea altor factori ai sterilității | Mărirea dozei de clomifen (100-150 mg/zi) | Gonadotropina corionică în faza luteinizării | Descreșterea dozei de clomifen | Mărirea dozei de clomifen | Gonadotropina corionică (cînd foliculul dominant e > 17-18 mm) |

Varianta 2

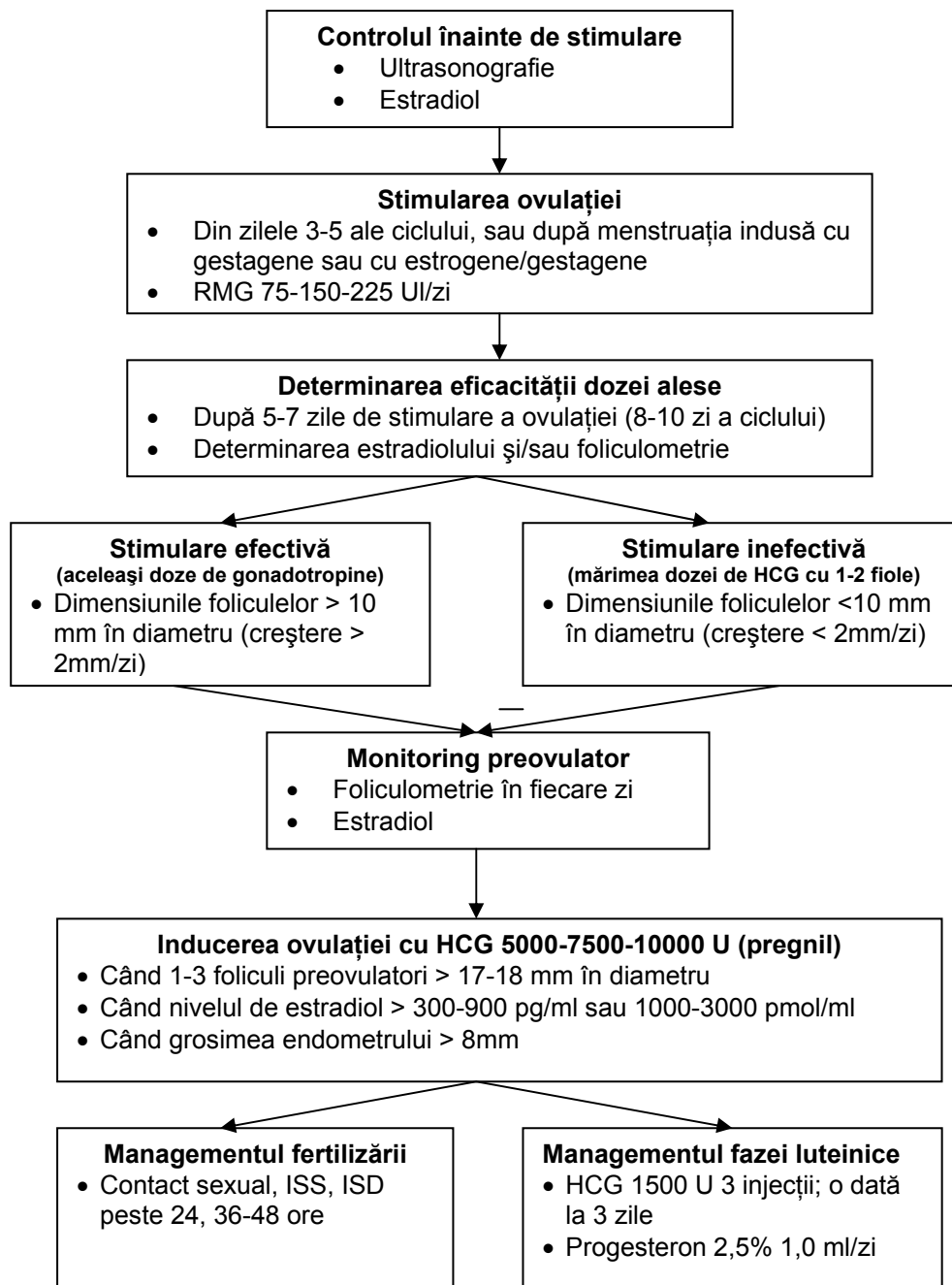
Studiul hormonal
FSH, LH, E2, DHEAS, T, PRL, TSH sunt cu devieri de la normă

| LHO, FSH N, To | LhU.FSHI | DHEAS _t | PRLO | TSHO |
|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|-----------------------|----------------|
| De exclus polichistoză ovariană | Stare hipogonadotropinică | De exclus hiperplazia suprarenalelor | Hiperprolactinemie | Hipotiroidism |
| Diatermocoagularea ovarelor | Gonadotropine | Corticosteroizi | Bromcriptin, Dostinex | Tiroxin |

Tratamentul cu Gonadotropine:

- Indicații: anovulație persistentă cauzată de hipogonadism hipogonadotropic, disfuncție hipotalamo-hipofizară (polichistoză ovariană), lipsa efectului de la tratamentul cu Clomifen, reproducere asistată (ISS, ISD, IVF)
- Eficacitatea este de 20-25 % sarcini la un ciclu. Din sarcinile obținute 20-30% se sfârșesc prin avorturi spontane.

Algoritmul de stimulare a ovulației cu gonadotropine



Eficacitatea tratamentului sterilității:

Eficacitatea tratamentului sterilității depinde în mare măsură de vârsta pacientei, durata sterilității, factorul etiologic, metodele de tratament folosite. Rata de obținere a unei sarcini în funcție de factorii etiologici este următoarea:

- Dereglările ovulatorii:
 - amenoreea hipogonadotropică (stimularea ovulației cu gonadotropine) în 70-90% cazuri, timp de 6 cicluri de tratament.
 - amenoreea hipergonadotropică (tratamentul este inefectiv din cauza lipsei sau epuizării aparatului folicular).

- Factorii andrologici:
 - tratamentul conservator – în 10-40% cazuri timp de 1 an.
- Reproducerea asistată:
 - Fertilizarea *in vitro* – în 20-30% cazuri la un ciclu de stimulare.

Complicațiile sarcinii după tratamentul sterilității:

- Sarcina multiplă – se dezvoltă în cazul stimulării ovulației cu Clomifen sau gonadotropine, în special în cadrul programului de fertilizare *in vitro*.
- Avortul spontan – sarcina obținută în urma tratamentului sterilității are un risc sporit de întrerupere. Cauzele principale sunt reprezentate prin dereglări hormonale, embriopatii, infecții intrauterine.
- Sindromul de hiperstimulare
- Cancer al organelor genitale

Scopul studiului constă în determinarea particularităților de evoluție a sarcinilor induse, cu constatarea modalităților de rezolvare a lor. În baza studiului - alcătuirea standardului de conduită a sarcinii și nașterii la aceste paciente.

Materiale și metode

Ca material de studiu au servit 69 fișe de observație clinică a pacientelor, sarcina cărora a fost indusă, folosindu-se metode de stimulare ale ovulației în 69 cazuri și în 27 cazuri stimularea a fost urmată de IVF. Fișele de observație clinică au fost selectate din cadrul SCM nr.1, pe anii 2003-2007.

Rezultate și discuții

Pentru a realiza scopul studiului dat toate cazurile de sarcină indusă au fost comparate cu lotul de control care includ cazurile selectate prin metoda screening ale sarcinilor procreate natural. Astfel totalul de cazuri au fost separate în 3 loturi:

I lot – lotul de bază, în care au fost incluse pacientele cu sarcina indusă medicamentos prin utilizarea Clomifenului (42 cazuri).

II lot – lotul în care au fost incluse pacientele după stimularea ovulației, care a fost urmată de IVF (27 cazuri).

III lot – lotul de control - pacientele, la care sarcina a fost procreată în mod natural (45 cazuri).

Examenul fonului premorbid al pacientelor a determinat că în 30 (71,4%) cazuri din lotul I au avut anamneza obstetricală complicată, dintre care majoritatea o constituie avortul spontan – 15 (35,7%) cazuri, sterilitatea de geneză endocrină constituie 8 (19 %) cazuri.

Repartizarea pacientelor după grupuri de vîrstă a constatat că incidența sarcinilor induse sporește cu vîrsta, înregistrîndu-se mai frecvent după 30 ani.

După tipul sterilității s-a determinat că prevalează cea primară în 32 (76,2 %) cazuri, pe cînd sterilității secundară s-a înregistrat în 10 (23,8 %) cazuri.

Evoluția sarcinei în cazurile sarcinei induse medicamentos s-a soldat cu complicații de tipul infecțiilor intrauterine ale fătului, retardului de dezvoltare intrauterină a fătului, insuficiență fetoplacentară, iminență de întrerupere a sarcinei cît și polihidramnioză (Tab. 1).

Nașterea la pacientele lotului de bază a evaluat în 26 (61,9 %) cazuri prin operație cezariană în mod planificat, în 12 (28,6 %) cazuri s-a efectuat tentativa de naștere *per vias naturalis*, dintre care în 8 (12 %) cazuri s-au complicat cu insuficiența primară a forțelor de contracție și în 4 (9,5%) cazuri cu insuficiența secundară a forțelor de contracție și doar în 4 (9,5 %) cazuri nașterea a decurs *per vias naturalis*.

În cazul lotului de bază nașterile au avut loc la termen în 40 (95,2%) cazuri, iar în 2 (4,8%) cazuri prematur în legătură cu sarcina multiplă.

Tab.1 Evoluția sarcinei induse medicamentos

| <i>Evoluția sarcinei</i> | <i>I lot</i> | <i>II lot</i> | <i>III lot</i> |
|---|--------------|---------------|----------------|
| sarcini multiple | 3 (7,1%) | 16 (59,3%) | 2 (4,4%) |
| infecții intrauterine ale fătului | 5 (12%) | 1 (3,7%) | 1 (2,2%) |
| retard de dezvoltare intrauterin al fătului | 4 (9,5%) | 10 (37%) | 1 (2,2%) |
| insuficiență feto-placentară | 4 (9,5%) | 2 (7,4%) | 1 (2,2%) |
| polihidramnioză | 6 (14,3%) | 3 (11,1%) | 4 (8,8%) |
| prezenție pelvină | 3 (7,1%) | 3 (11,1%) | 2 (4,4%) |
| isuficiență istmico-cervicală | 6 (14,3%) | 12 (44,4%) | 0 |
| iminență de naștere prematură | 14 (33,3%) | 4 (14,8%) | 2 (4,4%) |
| gestoză precoce | 4 (9,5%) | 2 (7,4%) | 1 (2,2%) |
| gestoză tardivă | 2 (4,8%) | 1 (3,7%) | 0 |

Tab.2 Evoluția nașterii la parturientele cu sarina indusă medicamentos

| <i>Conduita nașterii</i> | <i>I lot</i> | <i>II lot</i> | <i>III lot</i> |
|---|--------------|---------------|----------------|
| Nașterea per vias naturalis | 4 (9,5 %) | 2 (7,4%) | 38 (85 %) |
| Insuficiența primară a forțelor de contracție | 8 (12 %) | 1 (3,7%) | 2 (4,4 %) |
| Insuficiența secundară a forțelor de contracție | 4 (9,5 %) | 1 (3,7%) | 3 (6,6 %) |
| Operație cezariană de urgență | 12 (28,6 %) | 2 (7,4%) | 4 (8,8 %) |
| Operație cezariană în mod planificat | 26 (61,9 %) | (85,2%) | 3 (6,6 %) |
| Ruperea prenatală a pungii amniotice | 12 (28,6 %) | 11 (3,7%) | 11 (24,4%) |
| Placenta aderens | 1 (2,4 %) | 0 | 0 |

Studiul asupra copiilor născuți de la femeile, sarcina cărora a fost indusă, n-a remarcat careva anormalități anatomice sau funcționale. Astfel, copiii născuți de la pacientele lotului de bază au avut scorul după Apgar cuprins între valorile de 7/8 și 8/9 puncte, masa corporală a cărora a variat între 3000 și 4000 g și doar în cazurile nașterilor premature masa copiilor a fost sub 2500g (Tab. 3).

Tab.3 Repartizarea nou-născuților după masa corporală la naștere

| | <2500 | 2500-3000 | 3000-3500 | 3500-4000 | >4000 |
|----------------|-----------|-----------|------------|------------|----------|
| <i>I lot</i> | 2 (5%) | 3 (7,1%) | 18 (42,7%) | 19 (45,2%) | 0 |
| <i>II lot</i> | 4 (14,8%) | 7 (25,9%) | 9 (33,3%) | 7 (25,9%) | 0 |
| <i>III lot</i> | 1 (2,2%) | 6 (13,3%) | 20 (44,4%) | 17 (37,7%) | 2 (4,4%) |

Concluzii

1. Frecvența sterilității și a avortului spontan crește odată cu înaintarea în vârstă. Vîrful fertilității la femeie este maxim la 27 de ani și începe să scadă după 30 de ani.
2. Problemele de anovulație sunt tratate cu medicamente ce stimulează ovulația (clomifen, GnRH, gonadotropine și inhibitori de prolactină - Dostinex, Bromocriptină. Clomifen citratul este prima alegere în tratamentul sterilității. Acesta acționează asupra hipotalamusului și a hipofizei, stimulînd eliberarea hormonilor care duc la producerea de ovule. La 60-80% dintre pacientele care iau acest medicament se produce ovulația, iar la jumătate dintre acestea se instalează sarcina.
3. Oricare ar fi tulburarea de ovulație, tratată hormonal, prezintă un risc mare de sarcină extrauterină și avort spontan. La pacientele, care au avut sarcină indusă, anamnaza

obstetricală a fost agravată cu sarcină ectopică în 7 % cazuri, iar cu avort spontan în 12 % cazuri.

4. Sarcina indusă medicamentos se soldează cu complicații de tipul infecțiilor intrauterine ale fătului, retardului de dezvoltare intrauterină a fătului, insuficiență feto-placentară, hipotrofie fetală, oligo- sau polihidramnioză, iminență de întrerupere a sarcinii, naștere prematură mai frecvent decât în lotul martor.
5. Studiul asupra copiilor născuți de la femeii cu sarcina indusă medicamentos n-a remarcat careva anormalități anatomice sau funcționale față de grupul de control.

Bibliografie

1. Moșin V. “Cuplul Infertil” - Baze științifice și aspecte clinice, Chișinău 2001.
2. Mateescu R. *Utilizarea actuală a examenului Doppler în obstetrică*, Teză de doctorat, UMF „Carol Davila”, București 1999.
3. Vîrtej Petrance, *Obstetrică fiziologică și patologică*, București .
4. Nitescu V. „*Obstetrica și Ginecologia*”, 2002
5. *Clinical obstetrics and gynaecology*, edited by James Drife and Brian Magowan, Saunders UK 2004; pag 135-150.
6. Fedele L., Bianchi S., Raffelli R. - *Obstet Gynaecol Reprod – Biol*, 2000.
7. Шехтман М. *Экстрагенитальная патология и беременность*, Ленинград 2004
8. W. William, Jr. M.D. Besk *Акушерство и гинекология*, перевод с английского, Москва 1997.
9. Савельева Г. *Акушерство и гинекология (руководство)*, 2002.
10. Багдань Ш. и др. *Гормональная контрацепция и значения гормональных препаратов в ежедневной гинекологической практике*, Будапешт, 1997
11. Алексеева М.Д., Екимова Е.В., Колодько В.Т., Фанченко Н.Д., Панкратова Т.С. *Регуляция репродукции и алгоритмы диагностики ее нарушений*. Проблемы Репродукции; Медиасфера, том 13, N3, 2007.
12. Fortin A. И соавт., Франция. Использование препаратов для индукции овуляции у пациенток после органосохраняющих операций по поводу пограничных опухолей яичника; Проблемы Репродукции; Медиасфера, том 13, N3, 2007.
13. Абубакирова А.М., Федорова Т.А., Фотеева Т.С. и др. // *Акушерство и гинекология – 2002 - № 1*, стр. 54-57.

FACTORUL INFECȚIOS ȘI INFLUENȚA LUI ASUPRA OPRIRII ÎN EVOLUȚIE A SARCINII

Luminița Mihalcean

Catedra Obstetrică și Ginecologie (Rezidențiat) USMF „N. Testemițanu”

Summary

Infectious factor and its influence in pregnancy stopped in evolution

The aim of our research consists of the incidence of pregnancy stopped in evolution until 21 weeks in women with this pathology during of 2007 from CMH nr.1, where were hospitalized all women with stopped pregnancy, who live in Chisinau, and to establish the influence of infectious factor in pregnancy stopped in evolution until 21 weeks.

The assesement of etiological factors of stopped pregnancy gives the possibility to elaborate a preconceptional diagnosis program and further treatment in these women leading to a decrease of pathology incidence.

Rezumat

Scopul prezentului studiu a fost de a stabili incidența sarcinii oprite în evoluție până la termenul de 21 săptămâni la femeile internate pe parcursul anului 2007 în SCM N1, unde se