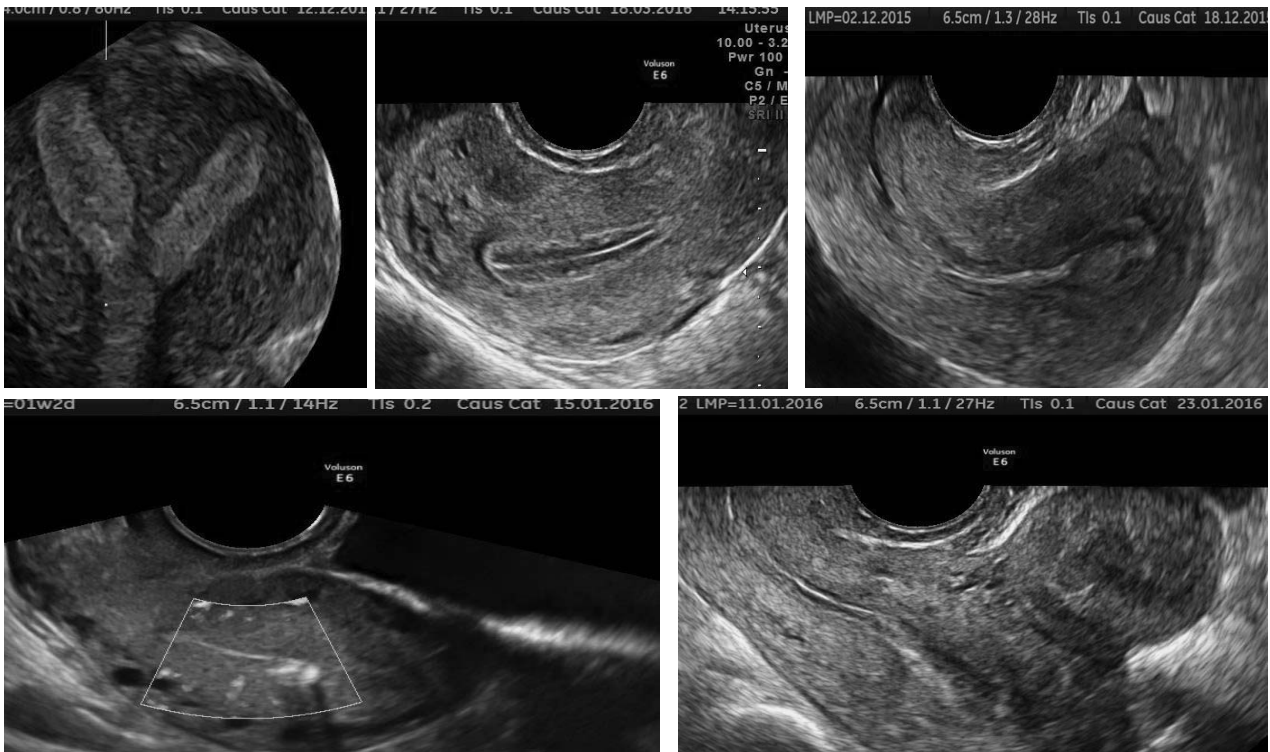


ografiei endovaginale, pe secțiuni sagitală. Ecografia transvaginală este superioară ecografiei transabdominale datorită utilizării transductorului de înaltă frecvență și cu rezoluție net crescută.

**Rezultate:** Leziunile uterine de tip: mioame, polipi, corpi străini, malformații, etc au anumite caracteristici ultrasonografice ce pot fi recunoscute la examenul ecografic cu o rată crescută de sensibilitate și specificitate care permite de diagnostic corect și în timp util pentru o conduită medico-chirurgicală adecvată sau la stabilirea cauzei infertilității feminine legate de uter.



**Concluzii:** Modificările patologice ale uterului asociate cu cele endometriale pot determina performanța reproductivă scăzută. Evaluarea ecografică a endometrului și a corpului uterin a permis progresul în tratamentul infertilității.



Friptu Valentin\*, Cauș Natalia\*\*, Cauș Cătălin\*\*, Railean Ludmila\*\*  
**DETERMINAREA ECOGRAFICĂ ȘI OBSTETRICALA A MASEI PROBABILE A FATULUI  
LA ZIUA TRAVALIULUI**

*\*Catedra de obstetrică și ginecologie nr 1, \*\*Catera de obstetrică și ginecologie nr. 2*

**Cuvinte cheie: masa probabilă a fătului, ecografie, formule**

**Introducere:** Aprecierea masei probabile a fătului după formule obstetricale (Iakubova, Jordania, Publicenko, Lankoveț, Jonson) include: înălțimea fundului uterin (IFU), circumferința abdominală (CA), masa parturientei (MP), talia gravidei (TG). Determinarea greutateii fătului prin ecografie se bazează pe diametrul bi-parietal, circumferința capului, circumferința abdominală, lungimea femurului. Suspiciunea unei disproporții fetopelvine și/sau macrosomii fetale induce o frică pentru naștere pe cale vaginală, optând pentru finalizarea nașterii prin operație cezariană iterativă. Dificultățile în luarea deciziei apar atunci când masa probabilă a fătului constată un făt macrosom astfel conduita obstetricală devine incertă, iar evoluția nașterii se bazează pe elemente de pronostic a partogramei, corelată la experiența personală și posibilitatea de a lua decizii la momentul oportun evitând potențialele riscuri materno-fetale.

**Materiale și metode:** examinarea clinică obstetricală și paraclinică prin ecografie a 50 de paciente internate în sala de naștere pentru a evalua masa probabilă a fătului după formule obstetricale existente și comparate cu biometria fetală evaluată ultrasonografic.

**Rezultate:** determinarea masei probabile a fătului după diferite formule obstetricale au demonstrat rezultate diferite cu o marjă de eroare până la 400 de grame, determinarea greutateii fetale prin ecografie a prezentat la fel o marjă de eroare până la 200gr. Date în favoarea macrosomii fiind observate de la o circumferință abdominală >100cm, înălțimea fundului

uterin >35cm, adaos ponderal a parturientei >20kg, diametrul biparietal superior de 100 mm, circumferința abdominală >370mm, lungimea femului >77mm, diametru abdominal transvers este mai mare cu 15 mm ca diametru biparietal.

**Concluzii:** Studiul a reiterat necesitatea de cercetare în această direcție prin crearea de formule noi, cât și reevaluate intrapartum prin diferite scoruri sau recomandări clinice pentru a fi utile în luarea unei conduite obstetricale bazate pe protocoale și ghiduri de bună practică.

Formula /Parametru examinat	Masa probabilă
Iakubova (IFU+CA)/ 4 x100	
Jordania IFU x CA	
Bublicenko MP/20	
Lankoveț (MP+TG+IFU+CA) x 10	
Jonson până 90 kg= (IFU-11) x 155	
Jonson după 90kg= (IFU-12) x 155	
Masa probabilă a fătului la ecografie	
IFU înaltimea fundului uterin	

Formula /Parametru examinat	Masa probabilă
CA circumferinta abdomenului	
MP masa parturientei	
TG talia gravidei	
DBP diametru biparietal	
DTA diametru transvers abdominal	
DBA diametru biacomial	
CA circumferința abdomenului	
LF lungimea femului	

●  
Cauș Cătălin, Cauș Natalia, Armașu Tatiana  
**DEFECT DE CICATRICIU UTERIN**  
*Catedra de obstetrică și ginecologie nr.2*

**Cuvinte cheie: defect de cicatriciu uterin, istmocel, dehiscență uterină**

**Introducere:** Defect de cicatriciu uterin (DCU) este caracterizat printr-o discontinuitatea miometrială a peretelui anterior uterin (în segmentul inferior) situat la nivelul cicatricei după operație cezariană. Defectul poate afecta parțial sau toată suprafața cicatricelui după operație cezariană. În literatura de specialitate poate fi întâlnită sub diferite denumiri ca diverticul uterin deficiență, istmocel uterin, nișă, pouch uterin, dehiscență a cicatricei uterine. Incidența raportată în literatură este diferită de la 5%-19%. Manifestările clinice ce prezintă paciențele sunt diverse: dispareunie, secreții vaginale maronii după coitus, sângerări intermenstruale, dismenoree, infertilitate.

**Materiale și metode:** Ecografie transvaginală fiind recomandată ca primă intenție în stabilirea diagnosticului de DCU deoarece este o metodă imagistică non invazivă ce poate ușor depista modificări de miometru și prezența discontinuității de țesut. Autorul Vaate descrie mai multe tipuri de DCU și recomandă descrierea formei DCU, lățimea DCU, adâncimea DCU cât și grosimea miometrului rămas. Alte metode invazive de evaluare a DCU sunt: histerosonografia cu soluție salină, histerosalpingografia, histeroscopia, rezonanța magnetică nucleară.

**Rezultate:** Paciențele incluse în acest articol prezintă în antecedente obstetricale naștere prin operație cezariană repetată. Diagnosticul DCU a fost stabilit prin ecografie transvaginală 2D, completat de manifestările clinice și antecedente personale. Motivul consultațiilor acestor paciențe fiind sângerarea cu debut postmenstrual cu aspect lichid fluid de culoare maroniu cu durată variabilă, ce apare după act sexual, efort fizic.

**Concluzie:** Diagnosticul defect de cicatriciu uterin poate fi stabil exclusiv prin metode imagistice, iar ecografia transvaginală este standardul de aur. Operația cezariană (repetată) este factor de risc în dezvoltarea DCU.

