



**Prof. Univ.  
Dr. Radu Vlădăreanu**

Președinte SOGR,  
Președinte SRUOG



**Prof. Univ.  
Dr. Elvira Brătîlă**

Președintele Societății Române  
de Uroginecologie



**Prof. Univ.  
Claudia Mehedintu**

UMF Carol Davila București



**Prof. univ.  
Dr. Gabriela Radulian**

UMF Carol Davila București



**Conf. Univ.  
Dr. Doru Diculescu**

UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca



**Conf. Univ.  
Dr. Ștefania Tudorache**

UMF Craiova



**Șef Lucrari  
Dr. Ioana Roșca**

Medic Primar, Spitalul Clinic Prof.  
Dr. Panait Sârbu, Șef de secție –  
Neonatologie



**Dr. Saba Nahedd**

Medic primar Obstetrică –  
Ginecologie Doctor în științe  
medicale, Cercetător științific gr.II  
INSMC „Alessandrescu – Rusescu”

# MEDICAL MARKET

## Obstetrică Ginecologie

Revista profesioniștilor din Sănătate

2022 - 2023

**elevit** OFERĂ-I BEBELUȘULUI TĂU  
CEL MAI BUN START ÎN VIAȚĂ.



Forma farmaceutică prezentată este un exemplu. Copii cu alergii prezentați au reacții alergice deosebite.  
Baza de necesități în completarea unei alimentații echilibrată, variată și cu atenție de igienă.  
Bayer S.R.L. Barbașilor București, Sos. București - Ploiești nr. 146, etajul 1, nr. 146/1 București. Tel: +4021 2092916, fax: +4021 209 2918  
LACRMKT 11.0201.2022.




© 2011 Olympus America, Inc. All rights reserved.

# VITOM® – Alternative Colposcopic Imaging

- 7.0 to 15x magnification
- For use with endoscopic camera systems
- Direct image documentation possible
- Can be expanded for assessment of the endocervix









**Asist. Univ. Dr. Cosmin Ciora**

Medic primar gastroenterologie,  
Spitalul Clinic Fundeni




**Asist. Univ. Dr. Vrabie Sidonia Cătălina**

UMF Craiova




**Dr. Florentina Manolache**

SCJU Craiova




**Dr. Călina Maier**

Clinica SANADOR Floreasca



**Dr. Roxana Dragușin**

Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova



**Dr. Andreea Cismaru-Stăncioi**

SCJU Craiova



Consultant medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie  
**Editor**  
 Calea Rahovei, nr. 266-268,  
 Sector 5, București,  
 Electromagnetica Business Park,  
 Corp 01, et. 1, cam. 4  
 Tel: 021.321.61.23  
 e-mail: redactie@finwatch.ro ISSN 2286 - 3443



„Dorim să actualizăm anumite ghiduri și să creăm unele ghiduri noi” <b>Interviu cu Prof. Univ. Dr. Radu Vlădăreanu</b>	<b>8</b>
„Endomedicare Academy a devenit pentru pacientele noastre aliatul în lupta cu această boală” <b>Interviu cu Prof. Dr. Elvira Brătîlă</b>	<b>10</b>
Rubeola în sarcină <b>Prof. Univ. Dr. Claudia Mehedințu, Dr. Mona Khraibani</b>	<b>12</b>
Diabetul în sarcină <b>Prof. Dr. Gabriela Radulian, Dr. Anca Pietroșel</b>	<b>16</b>
Screening-ul audiologic în maternitate <b>Șef. Lucr. Dr. Ioana Roșca</b>	<b>22</b>
Ecografia prenatală în spina bifida – limite diagnostice <b>Conf. Univ. Dr. Doru Diculescu</b>	<b>28</b>
Sarcina ectopică abdominală: diagnostic controversat <b>Dr. Călina Maier</b>	<b>32</b>
Etica în diagnosticul prenatal <b>Asist. Univ. Dr. Vrabie Sidonia Cătălina, Dr. Andreea Cismaru-Stăncioi, Dr. Florentina Manolache, Conf. Univ. Dr. Ștefania Tudorache</b>	<b>36</b>
Tumori ovariene sau uterine benigne combinate cu prolaps uterin? O nouă metodă terapeutică privind bandeletu – istmofixația extraperitoneală pe cale abdominală – procedeu Saba Nahedd <b>Dr. Saba Nahedd</b>	<b>44</b>
Tratamentul cu PRP Plasmogel al cicatricilor postnatale <b>Dr. Diana Mihai</b>	<b>52</b>
Constipația cronică <b>Asist. Univ. Dr. Cosmin Ciora</b>	<b>62</b>
Evaluarea ecografică în travaliul prelungit <b>Roxana-Cristina Drăgușin, Marina Dinu, Lucian Zorilă, Rodica Nagy, Anca-Maria Istrate-Ofițeru, Dominic- Gabriel Iliescu.</b>	<b>64</b>



# TEHNOLOGIE MEDICALĂ PENTRU VIITOR SERVICE ECHIPAMENTE MEDICALE



KAPS SOM® 52, colposcop mobil special adaptat pentru examinări ginecologice zilnice, diagnostic și tratament. Sistem modular, design ergonomic, optică remarcabilă



Scaun ginecologic FG-04 cu acționare electrică, fabricat din materiale care au proprietăți antimicrobiene / antibacteriene. Gama largă de accesorii permite utilizatorului să configureze versiunea optimă a scaunului



Lampa de examinare telescopică Astralite® HD-LED, stand mobil cu înălțime reglabilă, cu două opțiuni disponibile pentru intensitatea luminii: 70.000 Lux și 100.000 Lux

FREYA, combinația uimitoare dintre patul de maternitate și patul ATI. Multi-funcțional și ușor de utilizat. Variante multiple de poziționare, confortabile, sigure și eficiente



Sistemul GyneLase™ cu tehnologie CO<sub>2</sub> cu laser. Această platformă revoluționară combină puterea fototermică a laserului unic CO<sub>2</sub> cu delicatețea necesară într-o zonă atât de sensibilă cum este cea interioară a vaginului.

GyneLase™ este o soluție eficientă fără riscuri sau efecte secundare care îmbunătățesc calitatea vieții femeilor în care sarcina, nașterea sau menopauza și-au lăsat urme.



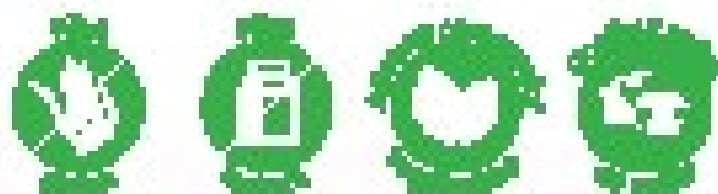
DISTRIBUITOR EXCLUSIV:



# Utipro<sup>®</sup> plus<sup>AF</sup>



**Oprește rapid simptomele**  
**Protecție puternică**

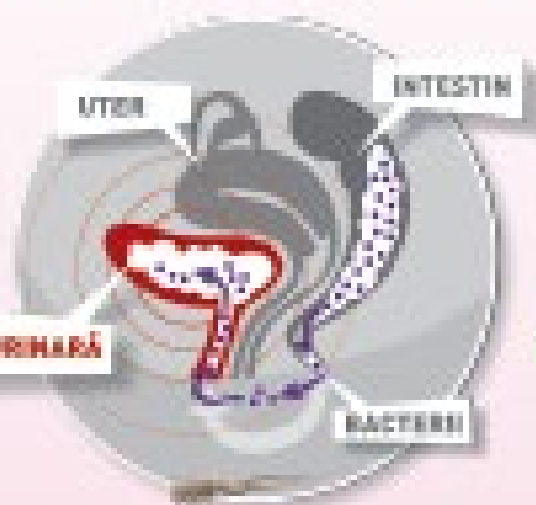


**Utipro plus AF**  
**NOU – acum cu film protector doar pe bază de plante!**

**Oprește rapid**  
**simptomele vezicale**



VEZICĂ URINARĂ



**Protecție puternică:**  
**Împiedică apariția unor bacterii noi**  
**prevenind din nou apariția și reducând**  
**recidivarea bacteriilor**

**Reactorile din la nivelul tractului**  
**sunt cea mai frecventă cauză a ITU**

## **Hidroxizol Propolis**

► **Crează un mediu natural și**  
**prevenirea bacteriilor**

## **Urid**

## **Chitosan**

**Formează un film protector în**  
**Prevenirea recidivării bacteriilor la nivelul vezicii urinare**



## Pentru femeile care au nevoie de echilibru și protecție



Administrare  
orală



4 zile de  
lactobacili



Echilibru a  
florii vaginale

Astarte este un produs certificat (Patent nr. 127080000), rezultatul cercetării și studiilor efectuate de o echipă de medici specialişti ginecologi și microbiologi de la Universitatea din Viena.

Astarte, cu 4 tablete orale și 4 capsule, asigură funcționarea produselor benefice, asigurând confortul și administrarea orală. Eficacitatea și beneficiul produsului este rezultatul faptului că este produsul unic de pe piață care asigură mai mult decât 4 zile de lactobacili cu rol benefic asupra florii vaginale orale și al administrării orale.

Comparație echilibrată, rațională  
a acelor tulpini de lactobacili  
cu rol benefic

### Beneficiile administrării orale:

• Simplă și igienică

• În orice moment, fără restricții și în timpul perioadei menstruale, sarcini, alăptării; fără legături cu momentul actului sexual sau cu tipul de contracepție folosit; nu interferență cu administrarea locală de antimicrobiene sau antifungice

Astarte conține patru tulpini de lactobacili: *Lactobacillus ruminantium*, *Lactobacillus reuteri*, *Lactobacillus fermentum*, *Lactobacillus acidophilus* și este concepută sub formă de capsule orale și administrare orală. Acesta contribuie la restabilirea și menținerea echilibrului florii vaginale și restabilește astfel funcționarea normală a sistemului imunitar. Se administrează oral, 2 capsule pe zi, administrate, de preferință, înainte de mese, cu un pahar de apă sau un suc de fructe. Produsul este un supliment alimentar și nu trebuie să înlocuiască o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. Depozitat în farmacie.



# „Dorim să actualizăm anumite ghiduri și să creăm unele ghiduri noi”

Interviu realizat cu domnul Prof. Univ. Dr. Radu Vlădăreanu, Președintele Societății Române Obstetrică și Ginecologie

**Stimate domnule Profesor, vă rog să ne spuneți care sunt problemele cele mai actuale care vor fi abordate în cadrul Conferinței Naționale a Societății Române de Obstetrică-Ginecologie din acest an?**

Printre cele mai importante subiecte care vor fi discutate în acest an este impactul pandemiei asupra sănătății femeii, în general, și asupra sarcinii, în special. Nu am avut ocazia să facem acest lucru în toamna trecută, din cauza valului 4 al pandemiei, pentru că evenimentul a fost amânat. Anul acesta am reușit să adunăm mai multe date și ne vom împărtăși informațiile și datele obținute în această perioadă, la Conferința Națională, într-un format hybrid. Avem foarte mulți participanți, atât online cât și “on site” și mulți invitați de renume internațional. Evenimentul are o importanță deosebită pentru practica clinică, prin cursurile pre-congres hands-on, utile și necesare pentru perfecționarea tehnicilor curente. De asemenea sunt abordate diversele patologii oncologice în perspectivă actuală.

**Care au fost cele mai frecvente afecțiuni ginecologice cu care s-au confruntat femeile în timpul celor 2 ani de pandemie?**

Afecțiunile au fost aceleași, probleme au fost în diagnosticarea lor și în rezolvarea lor din punct de vedere terapeutic. Cu siguranță, accesul limitat la spital nu a permis diagnosticarea la timp a unor cancere din sfera genitală. Accesul dificil în spitale a creat probleme femeilor care își doreau o întrerupere de sarcină, subiect care a fost extrem de discutat în mass-media. Nașterile au mers în continuare, chiar dacă au existat probleme de accesibilitate la unele maternități. Din păcate au fost multe femei și multe gravide care au decedat în această perioadă, având boală Covid în formă gravă, nefiind vaccinate. Toate aceste lucruri le vom discuta la conferință. Probabil că infecțiile cu Covid vor continua și anul acesta și va trebui să fim pregătiți pentru viitor. Întrucât antiviralele sau anticorpii monoclonali nu se indică femeilor gravide, singura soluție pentru evitarea formelor grave și a deceselor, rămâne vaccinarea.

**Există date actuale privind campania de vaccinare anti-HPV? Ce măsuri considerați că sunt necesare să se ia pentru ca femeile să fie mai încrezătoare în privința acestui vaccin?**



În România se implementează Programul de Vaccinare anti-HPV, adresat fetelor cu vârsta între 11-18 ani. Am dori ca extinderea la 18 ani vaccinării să aibă un impact mai mare și distribuția vaccinului la medicii de familie să aibă rezultate mai bune, dar, din păcate, încă funcționează greu. Va trebui ca să se găsească o soluție astfel încât timpul între manifestarea dorinței unei familii de a-și vaccina fiica și realizarea vaccinării să fie redus, întrucât acum poate să fie și luni de zile.

Începând de anul trecut, când s-a vorbit foarte mult de vaccinare, în general, în siajul vaccinării anti Covid, s-a vorbit și de vaccinarea anti HPV. Lumea a devenit mai conștientă de beneficiile acestei vaccinări și a fost un număr mai mare de vaccinări anti HPV decât în anii precedenți, dar, oricum este departe de ceea ce ar trebui să fie, chiar dacă s-au alocat fonduri suplimentare pentru vaccinul HPV.

**Se cunoaște deja că există o legătură între HPV și toate cancerele de col. Care este incidența acestui tip de cancer în România și ce poziție ocupă România în Europa legat de cancerul de col?**

În țara noastră se implementează Programul Național de Screening pentru Cancerul de Col Uterin, dar este nevoie consolidare și implementarea sustenabilă, pe baze populaționale care să asigure accesul egal și echitabil la aceste servicii.

Anual, peste 1.800 de femei mor în România ca urmare a cancerului de col uterin și aproape 3.400 sunt diagnosticate cu această boală. Incidența este de 2,5 ori mai mare decât media UE-27, iar rata mortalității de peste 4 ori mai mare, aceste date plasând țara noastră pe unul din primele locuri din punctul de vedere al incidenței și al mortalității asociate cancerului de col uterin, la nivelul țărilor din Uniunea Europeană. Oricum, față de cifrele de acum 10 ani, există o tendință de scădere, datorită programelor de screening, iar fetele care au fost vaccinate atunci, nu au dezvoltat aceste leziuni. Programul național de screening este consolidat prin 4 Programe Regionale (Nord Vest; Nord Est; Sud Muntenia și Centru) de prevenție, depistare, diagnostic și tratament precoce a cancerului de col uterin cu finanțare prin Fondul Social European – Programul Operațional Capital Uman care au ca scop implementarea strategiei de screening cu testare primară a infecției persistente cu HPV.

**Sunt deja 3 ani de la apariția primului ghid de bune practici în infertilitate. Ce ne puteți spune despre aplicarea acestui ghid la nivel național?**

Este un ghid de bune practici care vine cu recomandări generale pentru clinicile unde se fac fertilizări. Este un ghid în general acceptat și utilizat, și se adresează în același timp și pacienților, este accesibil, astfel încât pacienții să înțeleagă că ceea ce se face în acele clinici este conform unor practici cuprinse în acel ghid.

**Ce proiecte are SOGR pentru acest an?**

La această conferință se va discuta despre proiectul de a actualiza anumite ghiduri. De asemenea intenționăm să creăm unele ghiduri noi, mai ales în situația actuală când vom putea să ne întâlnim și să lucrăm mai ușor. Consider că de fapt aceasta este menirea SOGR să vină cu recomandări naționale. Pe plan internațional, vom participa și anul acesta la European Board of Obstetrics and Gynaecology, unde România este membră.

**Mulțumim pentru timpul acordat și vă dorim succes în continuare.**





# Mulțumesc!

pentru recoltarea placentei la naștere.  
Acum am acces la medicina viitorului.



# „Endomedicare Academy a devenit pentru pacientele noastre aliatul în lupta cu această boală”

**Interviu realizat cu doamna Prof. Dr. Elvira Brătilă, membru fondator al Societății de Endometrioză și Fertilitate Est-Europeană, președintele Societății Române de Uroginecologie**

**Se cunoaște faptul că sunteți fondatorul Endomedicare Academy, prima academie de endometrioza în România, un concept nou și inovator, primul de acest tip din țara noastră. Vă rog să ne spuneți cum ați dezvoltat acest concept și ce arii terapeutice acoperă?**

„Endomedicare Academy”, prima academie de endometrioza din România, este un centru multidisciplinar de diagnostic, tratament și chirurgie complexă, conceput în jurul pacientelor care suferă de endometrioza.

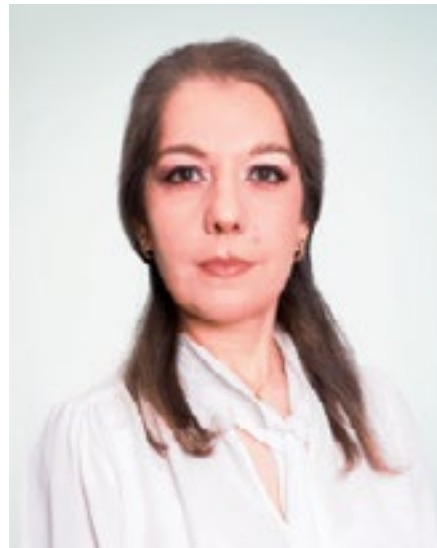
Noi am gândit acest concept „one-stop-shop” pentru a oferi pacientelor o perspectivă integrativă asupra acestei patologii care afectează femeile prin durere, infertilitate și un impact semnificativ asupra calității vieții lor. Endomedicare Academy a devenit pentru pacientele noastre aliatul în lupta cu această boală, oferindu-le soluții terapeutice și expertiză în cazuri complexe de endometrioza infiltrativă profundă, care nu își găsiseră rezolvare în alte centre. Fiind o boală cu implicații multiple, echipei noastre i-am adus aport constant prin cooptarea de specialiști în arii terapeutice conexe: specialiști urologi, infertilitate, nutriție, kinetoterapie, psihoterapie.

Endometrioza este o patologie recomandată a fi tratată în centre specializate, iar chirurgii care fac managementul bolii trebuie să fie formați și antrenați, de aceea un obiectiv al Academiei este educarea și formarea specialiștilor, obiectiv pe care l-am îndeplinit prin organizarea de cursuri și training-uri cu focus pe dezvoltarea abilităților chirurgicale minim-invasive, laparoscopice și robotice.

**În calitatea dumneavoastră de profesor și mentor puteți să ne spuneți dacă sunt tineri medici care se îndreaptă spre acest domeniu (endometrioza) și dacă ați observat creșterea numărului de medici interesați de aceasta specializare?**

Încă din 2017, în calitate de fondator și Președinte al Societății de Endometrioza

și Infertilitate Est-Europeană, am urmărit formarea unei comunități profesionale instruite și bine pregătite în această arie de expertiză, prin integrarea de demersuri de mentorat și prin constituirea unui program dedicat specialiștilor-Inspiris Mentorship Program-care integrează o platformă de



e-learning, pentru interconectare și Mentorship Advice. Evoluția acestui domeniu este nemijlocit în conexiune cu medicii care trebuie să țină pasul cu progresele pe care acest domeniu le înregistrează, iar noi ne-am propus să inspirăm și alte centre să ne urmeze exemplul de bună practică.

**Întrucât nu toate formele de endometrioza sunt vizibile imagistic, cum ar trebui medicul să procedeze, astfel încât diagnosticul să nu fie stabilit tardiv sau eronat?**

Din păcate, endometrioza este încă subdiagnosticată, chiar de către medici. Un motiv pentru tergiversarea diagnosticului este că leziunile de endometrioza sunt localizate și în altă parte decât ovarul (ligamentele uterului, intestine, vezica, peritoneu), nefiind atât de evidente la examenul clinic sau ecografic. Dezvoltând în timp o profundă cunoaștere a patologiei și dobândind experiență în chirurgia cazurilor complexe

de endometrioza profundă, poți în cele mai multe cazuri să îți dai seama de localizarea leziunilor după examenul clinic și ecografic al pacientei, uneori fiind necesară și evaluarea prin RMN cu protocol de endometrioza. Este necesară multă cunoaștere a patologiei și ceea ce se cheamă „un ochi format”, atât în ce privește diagnosticul, cât și în abordarea conduitei terapeutice.

**Mulți medici afirmă că endometrioza se studiază prea puțin în școlile de medicină. Considerați că este suficient de bine reprezentat programul educațional dedicat endometriozei în cadrul studiilor universitare?**

Curricula specialității de obstetrică-ginecologie include, desigur și un cadru bine structurat dedicat endometriozei pe cele 2 paliere: diagnosticul și abordarea terapeutică. Cadru teoretic este baza de plecare în studiul patologiei, dar aprofundarea și cunoașterea practică are loc prin formarea specialiștilor în centre care să expună o cauzistică diversă. Este o specializare pe care o înveți de la mentori antrenați, cu bună expertiză în diagnosticul și tratamentul patologiei.

**Vă rog să ne spuneți dacă dețineți date actuale despre situația de la noi din țară despre cazurile de endometrioza (există un registru dedicate acestei afecțiuni)?**

Din păcate, nu există o statistică oficială asupra cifrelor și impactului endometriozei. Există teze doctorale care au inițiat demersuri de monitorizare a cauzisticii de endometrioza, dar sunt date insuficiente și concentrate la nivel regional. Eforturile ar trebui continuate, pentru că o statistică națională ar putea sprijini demersurile de monitorizare și evidență, dar și o viziune pe termen lung asupra planurilor naționale de sănătate, care să susțină prin pârgii financiare îngrijirea medicală a acestor paciente.

**Vă mulțumim pentru timpul acordat și vă dorim succes în continuare!**

# Lansinoh.



## Spray Organic pentru calmare dupa nastere Lansinoh | 100ml

Ameliorarea durerilor după naștere.

cod produs: 68220



## Irigator pentru igiena intimă

Lansinoh | 340ml

Curățarea zonelor greu accesibile.

cod produs: 68420

## Compresă rece/caldă pentru calmarea durerii după naștere

Lansinoh

Pentru utilizarea perineală sau hemoroizi.

cod produs: 69130



## HPA Lanolina cremă pentru mameloane

Lansinoh | 40ml

- 100% natural hipoalergenic
- Testat clinic
- Un singur ingredient: lanolina

cod produs: 44302



# Rubeola în sarcină

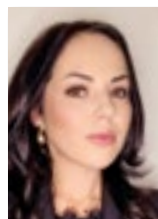
## Rubella in pregnancy

The Rubella virus is an RNA virus, belongs to the family Togaviridae and has a teratogenic character. Rubella is associated with a an up to 90% risk of congenital anomalies if it occurs in the first 12 weeks of pregnancy. Reinfection in the first trimester has a lower risk than the primary infection in developing fetal anomalies . Both a positive diagnosis and a differential diagnosis are useful in assessing the fetal risk.



Prof. Univ.  
Dr. Claudia Mehedintu

Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa”,  
București, UMF „Carol Davila”,  
București



Dr. Mona Khraibani

Spitalul Clinic  
„Nicolae Malaxa”, București

### Materiale și metode

am efectuat o revizuire a literaturii cu baza de date Pubmed. Am căutat date referitoare la perioada antenatală și postnatală din literatura urmatoarelor specialități: obstetrică, pediatrie, neonatologie, oftalmologie, virusologie, imunologie, psihiatrie pediatrică folosind următoarele cuvinte cheie: rubeola congenitală; rubeola și sarcina; infecție fetală; cataractă congenitală; tulburări din spectrul autist.

### Introducere

Rubeola, cunoscută și sub denumirea de „Pojarul” sau „Pojarul German” este o boală infecto-contagioasă cauzată de virusul rubeolei, virus ARN (familia „togaviridae”), a cărei transmitere este strict interumana, prin intermediul picăturilor Pfluger, fără rezervor animal. Contagiozitatea este moderată, precede cu 7 zile debutul simptomatologiei și se menține încă 5-7 zile de la apariția rashului. Inițial boala a fost descrisă de medicii germani

având o simptomatologie moderată: rash, febră, limfadenopatie. În 1941, medicul oftalmolog de origine australiană McAlister Gregg, a observat o asociere între copiii născuți din mame cu rubeola pe parcursul sarcinii și defecte congenitale ale acestora. Acest risc a fost subestimat până în 1960, când au fost dezvoltate tehnici de identificare ale virusului și a răspunsurilor imune declanșate de către acesta. Astfel s-a dovedit faptul că infecția maternă manifestă clinic cu virusul rubeolic în primele 12 săptămâni de sarcină, presupune un risc de până la 90% de infecție congenitală a fătului. <sup>(1) (2) (3)</sup>

### Metode de diagnostic

Diagnosticul serologic prin tehnica ELISA este cea mai frecventă metodă de diagnostic. Anticorpilor specifici de tip IgM apar la 4-5 zile de la debutul clinic al bolii, manifestat prin erupții cutanate și pot persista până la 6 săptămâni. Anticorpilor specifici IgG ating un vârf cantitativ la aproximativ 14 zile de la debutul simptomatologiei.

Dinamica rapidă a anticorpilor specifici de fază acută, respectiv a celor de fază cronică pot pune probleme de diagnostic diferențial cu reinfecția, situație în care anticorpilor de tip IgM sunt crescuți și coexistă cu anticorpilor specifici de tip IgG. Pentru a localiza în timp momentul infecției, se recomandă testarea avidității anticorpilor IgG. O aviditate crescută a acestora sugerează că infecția a avut loc cu >2 luni în urmă. <sup>(2)</sup>

S-a demonstrat că testarea IgM specifici rubeolei poate avea rezultat fals pozitiv la pacientele cu infecții cu parvovirus, mo-

nonucleoză infecțioasă sau la cele cu factor reumatoid pozitiv. <sup>(4)</sup> În plus, există și pacienți „purtătoare cronice” de IgM: acești anticorpi pot dura 1 an sau mai mult după prima infecție naturală, reinfecție asimptomatică sau vaccinare. <sup>(3) (5) (6) (7) (8)</sup>

### Diagnosticul prenatal

Deși rata transmiterii verticale a rubeolei este mare în primele luni de sarcină există și excepții de la această regulă, de aceea este foarte important să distingem cazurile în care infecția este strict maternă de cele în care este afectat și fătul. În prezent se cunosc mai multe tehnici de investigare: noninvazive (ecografia) și invazive (amniocenteza, cordonocenteza, biopsia de vilozități coriale). <sup>(9)-(19)</sup> Metodele invazive presupun prelevarea de probe specifice fiecărei tehnici, care, prin izolare directă a virusului, genomului viral și cuantificarea acidului nucleic viral sau izolarea specifică a anticorpilor de tip IgM/IgA din sângele fetal, pot contribui la concretizarea diagnosticului pozitiv. Toate tehnicile de diagnostic invazive asumă un risc de complicații, principalele fiind avortul spontan și nașterea prematură. <sup>(3) (10) (20) (21) (22)</sup> Investigațiile prenatale invazive pot avea un rezultat fals negativ dacă nu sunt executate conform unor ghiduri specifice. Prelevarea probelor fetale trebuie efectuată la 6-8 săptămâni după infecția maternă întrucât IgM specifici din sângele fetal pot deveni detectabili începând cu săptămâna 22 de gestație. Din cauza faptului că acești anticorpi nu sunt produși mai devreme, recoltarea probelor înainte de acest moment ar putea avea ca și consecință un rezultat fals negativ. <sup>(23) (24) (25)</sup>

## neoBona<sup>+</sup> non-invasiv de teste de screening prenatal non-invasiv (NIPT)

### CEL MAI CUPRINCĂTOR ȘI FIABIL TEST NON-INVASIV

**neoBona<sup>+</sup> Screen & Detect** cu NIPT în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc este cel mai precis test de screening prenatal non-invasiv

**Teste de screening prenatal non-invasiv (NIPT) 10-13 săptămâni**

**Teste de screening prenatal non-invasiv (NIPT) 14-20 săptămâni**

**neoBona<sup>+</sup> Screen & Detect** este cel mai precis test prenatal non-invasiv pentru depistarea și diagnosticarea precoce a sindromului Down și a sindromului Edwards, alături de testele de screening prenatal non-invasiv (NIPT) în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc

**Teste de screening prenatal non-invasiv (NIPT) 14-20 săptămâni**

**NIPT pentru depistarea și diagnosticarea precoce a sindromului Down**

**Teste de screening prenatal non-invasiv (NIPT) în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc**

### TEHNOLOGIE MAI PERFORMANTĂ ȘI MAI PRECISĂ

Testele NeoBona<sup>+</sup> Screen & Detect și NeoBona<sup>+</sup> Screen & Detect în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc de screening prenatal non-invasiv (NIPT) sunt cele mai precise teste de screening prenatal non-invasiv (NIPT) disponibile în prezent pe piața europeană. Acest lucru se datorează faptului că NeoBona<sup>+</sup> Screen & Detect și NeoBona<sup>+</sup> Screen & Detect în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc sunt teste de screening prenatal non-invasiv (NIPT) care utilizează tehnologia de screening prenatal non-invasiv (NIPT) cu cea mai mare precizie și cea mai mare acuratețe în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc.



### FRACȚIA FETALĂ

Fracțiunea fetală este o măsură a cantității de ADN fetal în sângele mamei. NeoBona<sup>+</sup> Screen & Detect și NeoBona<sup>+</sup> Screen & Detect în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc sunt teste de screening prenatal non-invasiv (NIPT) care utilizează tehnologia de screening prenatal non-invasiv (NIPT) cu cea mai mare precizie și cea mai mare acuratețe în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc.



### REUNIREA EXPERTIZEI ȘI A TEHNOLOGIEI

NeoBona<sup>+</sup> este o soluție inovatoare (NIPT) care combină expertiza și tehnologia de screening prenatal non-invasiv (NIPT) cu cea mai mare precizie și cea mai mare acuratețe în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc.



### ÎN CALITATE ÎN EUROPA

NeoBona<sup>+</sup> este o soluție inovatoare (NIPT) care combină expertiza și tehnologia de screening prenatal non-invasiv (NIPT) cu cea mai mare precizie și cea mai mare acuratețe în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc.



### PERFORMANȚA SAU PRECIZIA

	NeoBona <sup>+</sup> Screen & Detect	NeoBona <sup>+</sup> Screen & Detect în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc	NeoBona <sup>+</sup> Screen & Detect în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc	NeoBona <sup>+</sup> Screen & Detect în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc	NeoBona <sup>+</sup> Screen & Detect în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc	Evaluarea rezultatelor		
Acuratețe	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
Acuratețe	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%

### OPȚIUNI DE CĂȘTIGARE

	OPȚIUNEA DE CĂȘTIGARE	OPȚIUNEA DE CĂȘTIGARE	REZULTATE
<b>neoBona<sup>+</sup> Screen &amp; Detect</b>	Teste de screening prenatal non-invasiv (NIPT) în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc	Teste de screening prenatal non-invasiv (NIPT) în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc	MAJORITATE 3,8% LUCRĂTORI
<b>neoBona<sup>+</sup> Screen &amp; Detect în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc</b>	Teste de screening prenatal non-invasiv (NIPT) în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc	Teste de screening prenatal non-invasiv (NIPT) în vârstă avansată sau altă condiție clinică de risc	MAJORITATE 3,8% LUCRĂTORI

**Opțiuni disponibile**



## Rubeola congenitală

Rubeola congenitală se caracterizează prin prezența triadei clasice: cataractă congenitală, anomalii cardiovasculare și surditate neurosenorială, cea din urmă fiind cea mai frecventă.

Modificări antenatale: restricție de creștere intrauterină, greutate mică la naștere, anomalii ale lichidului amniotic (polihidramnios, oligohidramnios, lichid meconial), defect de sept ventricular, cardiomegalie, anomalii de valvă mitrală, sindrom Dandy-Walker, hidrocefalie, ventriculomegalie, anencefalie, calcificări periventriculare, cataractă, microftalmie, placentomegalie, hepatosplenomegalie.

Alte anomalii postnatale: cataractă, microftalmie, corioretinită, glaucom, retinopatie, stenoza arterei pulmonare, defect de sept ventricular, tetralogia Fallot, anomalie Ebstein, microcefalie, hidrocefalie, calcificări cerebrale, agenezia vermisului cerebelos, hipoplazie de corp calos, retard mintal, retard psihomotor, reflux vezico-ureteral, hipospadias, testicule ectopice, hernie inghinală, hidrocel, hepatosplenomegalie, purpură trombocitopenică, anomalii ale oaselor lungi, micrognatism, stenoza duodenală, peritonită meconială, hernie diafragmatică.<sup>(26) (27) (28) (29) (30) (31)</sup> În perioada 1960-1970, Stella Chess a studiat legătura dintre tulburările din spectrul autist și rubeola congenitală folosind criteriile Kanner concluzionând că aceștia aveau o rată de prevalență a autismului de peste 200 ori mai mare față de populația generală la acel moment.<sup>(32) (33) (34)</sup>

## Tratament

S-a propus administrarea maternă de imunoglobuline specifice în doze mari (20 ml) la femeile expuse la rubeolă în timpul gestației, fără rezultate încurajatoare. Utilizarea de rutină a imunoglobulinelor pentru profilaxia post-expunere a rubeolei la începutul sarcinii nu este recomandată, beneficiul clinic nefiind demonstrat.<sup>(3) (35)</sup>

## Concluzii

Virusul rubeolei este un virus teratogen, transmiterea verticală având o rată mai mare de 90% în primul trimestru de sarcină. Prevenția primară preconcepțională este esențială. Screening-ul este

esențial în diagnosticarea unei infecții primare și diagnosticul diferențial cu purtatoarele cronice de IgM sau reinfecție. Rubeola congenitală implică o pleiadă de patologii invalidante. Nu există tratament antiviral specific.

### Referințe:

1. Rubella, SEMINARS IN FETAL & NEONATAL MEDICINE, Best, Jennifer, M., JUNE 2007
2. Williams Ginecologie, editia a II-a, Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, Cunningham-Radu Vladareanu, Bucuresti, 2014
3. M. De Santis\*, A.F. Cavaliere, G. Straface, A. Caruso / Reproductive Toxicology 21 (2006) 390–398
4. Almeida JD, Griffith AH. Viral infections and rheumatic factor. Lancet 1980;2(8208–8209):1361–2.
5. Thomas HI, Morgan-Capner P, Roberts A, Hesketh L. Persistent rubella-specific IgM reactivity in the absence of recent primary rubella and rubella reinfection. J Med Virol 1992;36(3):188–92.
6. Thomas HI, Morgan-Capner P, Enders G, O'Shea S, Caldicott D, Best JM. Persistence of specific IgM and low avidity specific IgG1 following primary rubella. J Virol Meth 1992;39(1–2):149–55.
7. Banatvala JE, Best JM, O'Shea S, Dudgeon JA. Persistence of rubella antibodies after vaccination: detection after experimental challenge. Rev Infect Dis 1985;7(Suppl. 1):86–90.
8. Best JM, Banatvala JE, Morgan-Capner P, Miller E. Fetal infection after maternal reinfection with rubella: criteria for defining reinfection. BMJ 1989;299(6702):773–5.
9. Cradock-Watson JE, Miller E, Ridehalgh MK, Terry GM, Ho-Terry L. Detection of rubella virus in fetal and placental tissues and in the throats of neonates after serologically confirmed rubella in pregnancy. Prenat Diagn 1989;9(2):91–6.
10. Morgan-Capner P, Hodgson J, Hambling MH, Dulake C, Coleman TJ, Boswell PA, et al. Detection of rubella-specific IgM in subclinical rubella reinfection in pregnancy. Lancet 1985;1(8423):244–6
11. Morgan-Capner P, Rodeck CH, Nicolaidis KH, Cradock-Watson JE. Prenatal detection of rubella-specific IgM in fetal sera. Prenat Diagn 1985;5(1):21–6.
12. d'Ercole C, Shojai R, Desbriere R, Chau C, Bretelle F, Piechon L, et al. Prenatal screening: invasive diagnostic approaches. Childs Nerv Syst 2003;19:444–7.
13. Ho-Terry L, Terry GM, Londesborough P, Rees KR, Wielaard F, Denissen A. Diagnosis of fetal rubella infection by nucleic acid hybridization. J Med Virol 1988;24(2):175–82.
14. Terry GM, Ho-Terry L, Warren RC, Rodeck CH, Cohen A, Rees KR. First trimester prenatal diagnosis of congenital rubella: a laboratory investigation. Br Med J (Clin Res Ed) 1986;292(6525):930–3.
15. Valente P, Sever JL. In utero diagnosis of congenital infections by direct fetal sampling. Isr J Med Sci 1994;30:414–20.
16. Katow S. Rubella virus genome diagnosis during pregnancy and mechanism of congenital rubella. Intervirology 1998;41(4–5): 163–9.
17. Henquell C, Bournazeau JA, Vanlieferinghen P,

Grangeot-Keros L, Chambon M, Lebel A, et al. The reemergence in 1997 of rubella infections during pregnancy. 11 cases in Clermont-Ferrand. Presse Med 1999;28(15):777–80.

18. Signore C. Rubella Prim Care Update Ob Gyns 2001;8(4):133–7.
19. Skvorc-Ranko R, Lavoie H, St-Denis P, Villeneuve R, Gagnon M, Chicoine R, et al. Intrauterine diagnosis of cytomegalovirus and rubella infections by amniocentesis. CMAJ 1991;145(6):649–54.
20. Grangeot-Keros L, Cointe D. Infections virales et grossesse: apport des prélèvements amniotiques et sanguins. Gynecol Obstet Fertil 2001;29:894–9.
21. Segondy M, Boulot P. Apport de la RT-PCR pour le diagnostic prénatal de la rubeole. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998;27:708–13.
22. Ho-Terry L, Terry GM, Londesborough P, Rees KR, Wielaard F, Denissen A. Diagnosis of fetal rubella infection by nucleic acid hybridization. J Med Virol 1988;24(2):175–82.
23. Hohlfeld P, Daffos F, Costa JM, Thulliez P, Forestier F, Vidaud M. Prenatal diagnosis of congenital toxoplasmosis with a polymerase chain reaction on amniotic fluid. N Engl J Med 1994;331:659.
24. Daffos F, Forestier F, Grangeot-Keros L, Capella Pavlovsky M, Lebon P, Chartier M, et al. Prenatal diagnosis of congenital rubella. Lancet 1984;2(8393):1–3.
25. Enders G, Jonatha W. Prenatal diagnosis of intrauterine rubella. Infection 1987;15(3):162–4.
26. Oster ME, Riehle-Colarusso T, Correa A. An update on cardiovascular malformations in congenital rubella syndrome. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2010;88:1–8.
27. Givens KT, Lee DA, Jones T, et al. Congenital rubella syndrome: ophthalmic manifestations and associated systemic disorders. Br J Ophthalmol. 1993;77:358–63.
28. Ginsberg-Fellner F, Witt ME, Fedun B, et al. Diabetes mellitus and autoimmunity in patients with the congenital rubella syndrome. Rev Infect Dis. 1985;7(Suppl 1):S170–S176176.
29. Forrest JM, Turnbull FM, Sholler GF, et al. Gregg's congenital rubella patients 6
30. Chanchal Singh, Rubella in Pregnancy, J. Fetal Med. <https://doi.org/10.1007/s40556-019-00238-2>
31. Alexandre Yazigi, Aurelia Eldin De Pecoulas, Christelle Vauloup-Fellous, Liliane Grangeot-Keros, Jean-Marc Ayoubi & Olivier Picone (2017) Fetal and neonatal abnormalities due to congenital rubella syndrome: a review of literature, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 30:3, 274-278, DOI: 10.3109/14767058.2016.1169526
32. Hutton J (2016) Does Rubella Cause Autism: A 2015 Reappraisal? Front. Hum. Neurosci. 10:25. doi: 10.3389/fnhum.2016.00025
33. Chess, S. (1971). Autism in children with congenital rubella. J. Autism Child. Schizophr. 1, 33–47. doi:10.1007/BF01537741
34. Chess, S. (1977). Follow-up report on autism in congenital rubella. J. Autism Child. Schizophr. 7, 69–74. doi:10.1007/BF01531116
35. Remington JS, Klein JO. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 5th ed. Philadelphia: Saunders Company; 2001.

# Hepatect® CP 50 UI/ml

soluție perfuzabilă



Imunoglobulină umană anti-hepatită B



Utilizat pentru prevenirea hepatitei B la nou-născutul a cărui mamă este purtătoare de virus hepatitic B.

Se recomandă administrarea la naștere sau cât mai curând posibil după naștere a 30-100 UI (0,6-2 ml)/kg.

Prima doză de vaccin poate fi injectată în aceeași zi cu imunoglobulina umană antihepatită B, dar în locuri de administrare diferite.

Studiile clinice au arătat că Hepatect® CP administrat prin perfuzie intravenoasă la nou-născuții ai căror mame sunt purtătoare de virus hepatitic B este bine tolerat, dacă viteza de perfuzare este de 2 ml într-un interval cuprins între 5 și 15 minute.

Perioada de valabilitate 2 ani.

Precauții speciale pentru păstrare: A se păstra la frigider (2°C-8°C). A nu se congela.  
Cutie cu un flacon a 2 ml soluție perfuzabilă.

Pentru mai multe informații vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului (actualizat în februarie 2020).

Nr. APF: 7349/2015/01, eliberat în 30.01.2015.

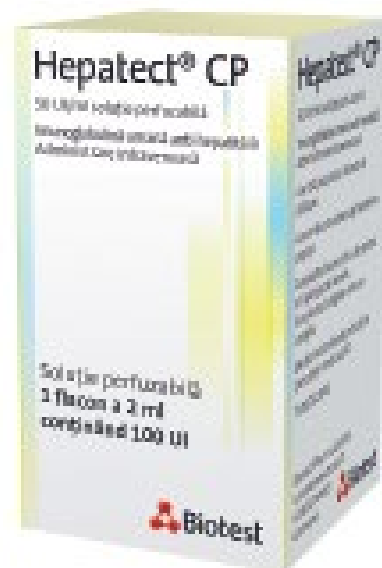
DAPP: Biotest Pharma GmbH, Germania

Distribuit în România prin:

Prisum Healthcare SRL, Str. Agatha Bănescu nr. 15B, sector 3, București,  
tel.: 021.322.0171/72, fax: 0213217064, E-mail: office@prisum.ro, www.prisum.ro

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală PR.



PRISUM  
Soluții de Sănătate

# Diabetul în sarcină

## Diabetes in pregnancy

Pregnancy hyperglycemia can be present in many ways and is often a diagnostic challenge. Pre-conception education and planning in women of childbearing age with known diabetes, screening during pregnancy according to guidelines, careful glyce-mic monitoring in any case of hyperglycemia in pregnancy, adequate nutritional and therapeutic management, postpartum screening in women with DG remain essential. We emphasize the importance of establishing a multidisciplinary team (diabetolo-gist, educator-dietitian, ophthalmologist, obstetrician, neonatologist) with experience in monitoring complicated pregnancy with diabetes. Only in these conditions can we talk about a pregnancy with minimal risks for mother and fetus.



Prof. univ.  
Dr. Gabriela Radulian

Institutul National de Diabet,  
Nutritie si Boli Metabolice  
„Prof. Dr. N. Paulescu” Bucuresti



Dr. Anca Pietroșel

Institutul National de Diabet,  
Nutritie si Boli Metabolice  
„Prof. Dr. N. Paulescu” Bucuresti

**C**u o prevalență în creștere, diabetul în sarcină comportă un risc crescut atât pentru mamă, cât și pentru făt, în mare parte determinat de gradul dezechilibrului glicemic, dar și de complicațiile cronice sau comorbiditățile asociate diabetului zaharat <sup>[1]</sup>.

### Considerații generale. Screening și diagnostic

Diabetul în sarcină reunește două condiții medicale distincte nu doar prin criteriile de diagnostic, dar mai ales prin prisma prognosticului, a riscurilor și complicațiilor potențiale, dar și a strategiei terapeutice <sup>[1,3,4,6]</sup>.

- diabet pregestațional (DPG) sau diabet preexistent sarcinii (DZ tip 1 sau DZ tip 2 diagnosticat anterior sarcinii sau în prima parte a sarcinii folosind criteriile de diagnostic pentru diabet zaharat în populația generală).

- diabetul gestațional (DG), definit prin hiperglicemie depistată prima dată în sarcină, de obicei în a doua parte, în săptămânile 24-28, conform criteriilor speciale de diagnostic DG.

Această clasificare este una simplificată, hiperglicemia în sarcină putând îmbrăca în fapt diverse aspecte, uneori fiind o provocare de încadrare.

Fiziologic, prima parte a sarcinii este caracterizată prin insulinosensibilitate mai mare și valori glicemice mai mici. Situația este rapid reversibilă din al doilea trimestru de sarcină, prin creșterea exponențială a concentrației de hormoni placentari, ducând la insulinoresistență, iar valorile glicemice normale sunt menținute prin suprasolicitarea celulelor  $\beta$ -pancreatice. În momentul în care funcția  $\beta$ -pancreatică este depășită apare DG. Evoluția curbelor glicemice este similară și în DPG, necesitând adaptarea dozelor de insulină <sup>[1,7]</sup>.

#### Criterii IADPSG de diagnostic

**Diabet Gestațional:** glicemie à jeun  $\geq 92$ mg/dl sau glicemie la o oră  $\geq 180$  mg/dl, în cadrul TTGO cu 75 g glucoză sau glicemia la 2 ore  $\geq 153$  mg/dl, în cadrul TTGO cu 75 g glucoză (abordarea într-o singură etapă, există și abordare în 2 etape, mai puțin folosită). O singură valoare este suficientă pentru stabilirea diagnosticului. Testul este indicat tuturor femeilor în săptămânile 24-28 de sarcină <sup>[1]</sup>.

**Criterii ADA de diagnostic Diabet Zaharat (Pregestațional):** HbA1c  $\geq 6.5\%$  sau glicemie à jeun  $\geq 126$  mg/dl sau glicemia la 2 ore  $\geq 200$  mg/dl, în cadrul TTGO cu 75 g glucoză sau simptome clasice de hiperglice-

mie sau criză hiperglicemică și o glicemie întâmplătoare  $\geq 200$  mg/dl. În absența hiperglicemiei echivoce, primele trei criterii trebuie confirmate prin retestare ulterioară. HbA1c nu este recomandată de rutină în sarcină (în special în trimestrele 2-3 de sarcină). Testul este indicat tuturor femeilor cu factori de risc pentru DZ 2, la prima vizită antenatală, dar și postpartum la 4-12 săptămâni, femeilor cu DG ca screening pentru DZ2 restant <sup>[1]</sup>.

Ghidurile ADA și ACOG recomandă ca screeningul DG să se facă în săptămânile 24-28 de sarcină, pentru toate gravidele. În situația în care există factori de risc, screeningul se va face mai devreme, la prima vizită antenatală, folosind criteriile standard de diagnostic pentru populația generală. Vârsta înaintată a mamei ( $>35$  ani), excesul ponderal, prezența SOPC, multiparitatea, inactivitatea fizică și fumatul, etnia cu risc, DG într-o sarcină anterioară, antecedente precum HTA, infecții urinare recidivante, creștere excesivă în greutate, hidramnios, făt macrosom etc în sarcina actuală sau anterioară, istoricul familial de diabet sau obezitate, sunt printre condițiile care impun screeningul timpuriu <sup>[3,4]</sup>.

### Evoluție. Implicații ale hiperglicemiei

În general, sarcina complicată cu diabet este asociată cu risc crescut pentru complicații obstetricale și neonatale, morbiditate și mortalitate materno-fetală. Hiperglicemia reprezintă triggerul major al complicațiilor, atât fetale cât și materne.



remifemin®

Natural de bine,  
fără hormoni!

[www.remifemin.ro](http://www.remifemin.ro)

De 60 de ani,  
produsul din plante  
cel mai apreciat pentru  
tratamentul fără hormoni  
al neplăcerilor tipice ale menopauzei.



Remifemin tablete este singurul produs  
pentru menopauză aprobat de Agenția Europeană  
a medicamentului, pentru uz pe termen lung (6 luni-1 an).

Grad A de recomandare.



Etape gestațională în care are loc expunerea fătului la valori glicemice crescute constituie un punct definitor. Astfel, prezența hiperglicemiei preconcepțional și în prima parte a sarcinii, marcând organogeneza, circumstanță întâlnită mai frecvent în DPG, crește riscul de anomalii congenitale, retard de creștere intrauterin și avort spontan. Riscul de embriopatii (în special anencefalie, microcefalie, malformații cardiace, regresie caudală) este direct proporțional cu nivelul HbA1c în primele 10 săptămâni de sarcină<sup>[1]</sup>. Astfel, o valoare HbA1c cu > 1% peste limita superioară a normalului crește semnificativ riscul pentru anomalii congenitale<sup>[6]</sup>. Pe de altă parte, expunerea la valori glicemice crescute în a doua parte a sarcinii (DG, DPG incomplet controlat) se asociază în general cu modificări de creștere (macrosomie) și complicații perinatale.

Judecând și după criteriile de screening propuse de IADPSG dar și de evoluția relativ ușor controlabilă în majoritatea cazurilor prin modificarea stilului de viață, DG se prezintă de obicei ca o formă de hiperglicemie, cu valori nu foarte mari<sup>[4]</sup>. Contrar, DPG este considerată o variantă mai severă de hiperglicemie în sarcină, cu prognostic materno-fetal mai nefavorabil<sup>[1,4]</sup>, pe de o parte prin expunerea anterioară mai îndelungată la valori glicemice crescute, provocarea în controlul metabolic, asocierea comorbidităților (în special în DZ tip 2, sindrom metabolic, HTA, obezitate, dislipidemie), asocierea complicațiilor specifice diabetului.

Complicații fetale frecvent întâlnite în sarcinile cu DPG includ îndeosebi malformații congenitale și avort spontan, naștere prematură, deces fetal și neonatal, creștere fetală accelerată cu macrosomie sau făt „large for gestational age”, condiții asociate cu traumatisme obstetricale la naștere, miocardiopatie hipertrofică, sindrom de detresă respiratorie prin insuficiență producție de surfactant, hipoglicemie și hipocalcemie neonatală, precum și policitemie și hiperbilirubinemie neonatală; complicațiile materne în sarcină sunt reprezentate de hipertensiune indusă de sarcină, pre-eclampsie și consecințele ei, necesar de intervenție cezariană, hipoglicemie și agravarea afectării renale sau retinopatiei preexistente. De asemenea, menționăm riscul de apariție al evenimentelor acute (hipoglicemie în primul trimestru de sarcină, mai ales în cazurile cunoscute cu

”hypoglycemia unawareness”, respectiv cetoacidoză diabetică la DZ tip 1 în asociere cu disgravidie), acestea putând agrava suplimentar prognosticul<sup>[7]</sup>.

În DG, morbiditatea perinatală și neonatală este de asemenea crescută, incluzând macrosomie, distocie de umăr și alte traumatisme la naștere, disstres respirator, complicații metabolice neonatale. Și complicațiile materne au incidență mai mare, din care enumerăm hipertensiune de sarcină (inclusiv pre-eclampsie și consecințele acesteia), necesar de naștere prin cezariană, traumatisme la naștere / travaliu instrumental, complicații postpartum / postoperatorii, (infecții, tromboembolism, hemoragie)<sup>[4,5]</sup>. DG este consecința unei manifestări tranzitorii a insulinorezistenței în sarcină, astfel că în mod normal, după delivrență, valorile glicemice revin la normal. Cu toate acestea, riscul mamei de a dezvolta DZ manifest (DZ tip 2) este crescut, astfel că se recomandă screening în săptămânile 4-12 postpartum și apoi la 1-3 ani în funcție de factorii de risc. De asemenea, DG poate apărea și în sarcini ulterioare<sup>[1,5]</sup>.

Și lăuzia poate fi marcată de complicații precum infecții sau dificultate de inițiere sau menținere a lactației<sup>[5]</sup>.

Nu în ultimul rând, copiii proveniți din sarcini complicate cu diabet au un risc mai mare de a dezvolta patologii metabolice și cardiovasculare (programing and imprinting).<sup>[1,3,5]</sup>

## Management

Sarcina la o pacientă cu DPG (DZ tip 1 sau tip 2) reprezintă în continuare o condiție medicală cu risc, în ciuda managementului modern actual, fiind imperativă informarea și educarea continuă a pacientelor de vârstă fertilă asupra riscului unei sarcini neprogramate, dar și asupra metodelor contraceptive accesibile. Planul de pregătire preconcepție cuprinde pe lângă măsurile de optimizare a stilului de viață și screening general valabile, recomandări specifice femeilor cu diabet. Sunt reevaluate măsurile nutriționale și terapeutice pentru atingerea țintelor glicemice (inclusiv oportunitatea monitorizării glicemice continue prin senzor, respectiv administrarea insulinoterapiei prin pompă, pregătirea inițierii insulinoterapiei pentru pacientele cu DZ tip 2 având medicație antidiabetică orală) și optimizarea greu-

tății; se realizează screeningul complicațiilor cronice asociate (monitorizare atentă a retinopatiei diabetice, existând risc de progresie în timpul sarcinii, nefropatie diabetică, neuropatie) și a comorbidităților asociate (mai frecvente în cazul pacienților cu DZ tip 2, adesea componente ale sindromului metabolic, cu recomandarea de obținere a controlului, întrerupere sau înlocuire a medicației cu efect teratogen – statine, inhibitori enzimă de conversie a angiotensinei/sartani); se obține profilul biologic (incluzând HbA1c, creatinină serică și raport urinar albumină-creatinină, profil lipidic, TSH), EKG<sup>[1,3]</sup>.

Este esențial ca toate măsurile impuse de sarcina complicată cu diabet, scopul acestora precum și riscul nerespectării lor să fie explicate și înțelese de femeia care își dorește o sarcină. Există dovezi solide că asigurarea educației și asistenței preconcepționale pentru femeile cu diabet ajută la atingerea unui control glicemic mai bun atât preconcepțional dar și în prima parte a sarcinii. Preconcepțional este recomandată atingerea și menținerea unor valori glicemice cât mai aproape de normal, respectiv o HbA1c <6.5%, fără hipoglicemii, pentru a minimiza riscul de dezvoltare de anomalii congenitale, preeclampsie și naștere prematură<sup>[1]</sup>. Studii observaționale au arătat că cea mai mică rată a complicațiilor fetale se obține la HbA1c între 6-6.5% în prima parte a sarcinii. În trimestrele 2 și 3, HbA1c <6% e asociată cu un risc minim de feți large-for-gestational-age, naștere prematură și preeclampsie. Individualizarea țintelor este necesară în caz de hipoglicemii, altfel crește riscul de feți ”small-for-gestational-age”<sup>[1]</sup>.

Controlul glicemic este important de menținut și intrapartum, întrucât hiperglicemia din timpul travaliului crește riscul de acidoză și hipoglicemie neonatală. Cu toate acestea, obținerea euglicemiei în travaliu nu va reduce riscul de hipoglicemie neonatală dacă controlul glicemic antepartum a fost deficitar, existând deja hiperplazie pancreatică fetală și secreție excesivă de insulină în utero ca răspuns la expunerea cronică la hiperglicemie. Prin urmare, în acest caz, hipoglicemia neonatală poate fi severă și prelungită. Postpartum, există risc de hipoglicemie maternă în contextul schimbărilor rapide hormonale după expulzia placentei<sup>[6]</sup>.

Pe de cealaltă parte, intervenția terapeutică în DG presupune în primul rând optimizarea stilului de viață – dietă, în



# Soluția completă în biopsie



BARD® MISSION® Pistol semiautomat  
UF biopsie tisulară



BARD® MAGNUM® Pistol automat  
reutilizabil biopsie tisulară



ENCOR ENSPIRE® Sistem de biopsie  
reutilizabil cu vacuum



BARD® MONOPTY® Pistol automat  
UF biopsie tisulară

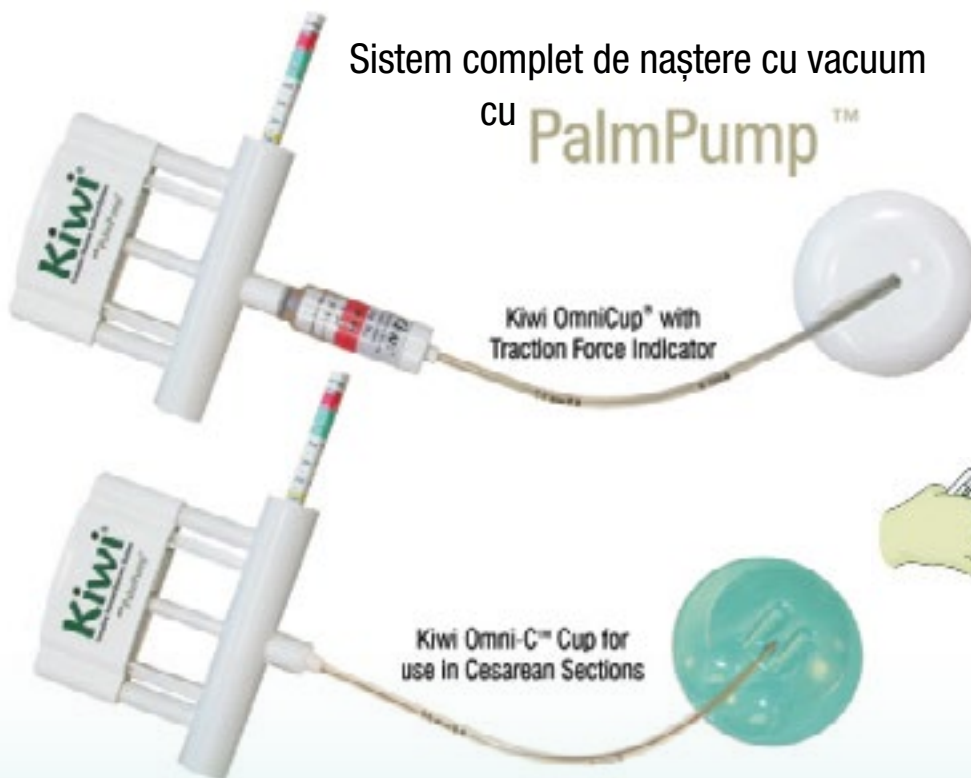
BARD® MARQUEE® Pistol dublă funcție:  
automat și semiautomat UF biopsie tisulară



## Kiwi Vacuum, naștere ușoară fără griji!

Sistem complet de naștere cu vacuum

cu **PalmPump™**



**RAMIDO STAFF**

Tel.: 0740.640.941; 0729.856.025, Fax: 031.434.40.93  
office@ramido.ro , www.ramido.ro, www.medicalmagazin.ro

<b>Complicații materno-fetale asociate diabetului în sarcină</b>	
<b>Complicații materne</b>	<b>Complicații fetale</b>
<p><i>Precoce în sarcină</i> Avort spontan</p> <p><i>În sarcină</i> HTA, Pre-eclampsie, Microalbuminurie Hidramnios Infecții de tract urinar + Risc de progresie al complicațiilor cronice, episoade mai frecvente de cetoacidoză sau hipoglicemie în cazul DPG</p> <p><i>Legate de naștere</i> Naștere înainte de termen Travaliu traumatic/instrumental Necesar de intervenție cezariană Infecții postpartum/postoperatorii Trombembolism, hemoragie Morbiditate și mortalitate maternă</p> <p><i>În perioada de lăuzie</i> Infecții Dificultate de a iniția/menține lactația</p> <p><i>Pe termen lung</i> Retenția excesului ponderal DG în sarcinile ulterioare Dezvoltarea DZ manifest în viitor Dezvoltare sd. metabolic Risc de boală cardiovasculară Creșterea riscului între generații</p>	<p>Deces al fătului in utero Deces neonatal Malformații congenitale Creștere fetală excesivă (macrosomie, large for gestational age) Cardiomiopatie Sindrom de detresă respiratorie Traumatisme la naștere (distocie de umăr, paralizie Erb) Hipoglicemie neonatală Hipocalcemie neonatală Policitemie neonatală Hiperbilirubinemie neonatală</p> <p><i>Pe termen lung</i> Risc crescut pentru dezvoltare DZ, obezitate, boli cardiovasculare, sd. metabolic</p>

asociere cu exercițiu fizic (care asigură un control eficient glicemic în 75-80% din cazuri). În măsura în care valorile glicemice sunt incomplet controlate, se recurge la terapie farmacologică, respectiv insulinoterapie, uzual insulină bazală în doze mici. Deși propuse de unele asociații, metformin și gliburide traversează placentă și nu au date de siguranță pe termen lung<sup>[1,3,5]</sup>. Managementul intensiv al DG poate reduce riscul complicațiilor imediate asociate sarcinii, dar nu și pe cel al complicațiilor tardive, în speță riscul mamei de a dezvolta DZ, respectiv al copilului de a dezvolta obezitate sau alte elemente ale sindromului metabolic<sup>[2]</sup>.

Scopul intervenției medical-nutriționale în ambele cazuri este reprezentat de: asigurarea unui aport nutrițional adecvat cerințelor materno-fetale, controlul valorilor glicemice, controlul factorilor de risc asociați, prevenția complicațiilor, reducerea morbi-mortalității perinatale.

Obiectivele glicemice în sarcină, atât pentru DG și DPG sunt reprezentate de o HbA1c  $\leq 6\%$  ( $< 7\%$  dacă riscul de hipoglicemie este mare), respectiv a unor valori glicemice a jeun între 70-95 mg/dl, postprandiale la 1h și la 2h de 110-140 mg/dl, respectiv 100-120 mg/dl. De asemenea, pentru gravidele care beneficiază de monitorizare glicemică continuă prin senzor se recomandă obținerea unui procent de glicemii în țintă (TIR- time in range)  $>70\%$ <sup>[1]</sup>.

## Prevalența diabetului în sarcină

Aceasta recunoaște o evoluție ascendentă la nivel global, în paralel cu epidemia de obezitate. Nu vorbim doar de prevalență în creștere a diabetului tip 1 (DZ1) sau tip 2 (DZ2) în rândul femeilor de vârstă reproductivă, ci și de o creștere dramatică a frecvenței diabetului gesta-

țional (DG). Date recente arată că 1 din 6 sarcini (16.8%) este afectată de diabet. Din acest număr, 13.6% sunt cazuri de diabet preexistent sarcinii.

## Concluzii

Hiperglicemia în sarcină poate fi prezentă sub multiple aspecte și reprezintă nu de puține ori o provocare de încadrare diagnostică. Rămân esențiale educația și planingul preconcepțional la femeile de vârstă fertilă cu DZ cunoscut, screening-ul pe perioada sarcinii conform ghidurilor, monitorizare glicemică atentă în orice caz de hiperglicemie în sarcină, management adecvat nutrițional și terapeutic, screening postpartum la femeile cu DG. Subliniem importanța constituirii unei echipe multidisciplinare (diabetolog, educator-dietetician, oftalmolog, obstetrician, neonatolog) cu experiență în monitorizarea sarcinii complicate cu diabet. Doar în aceste condiții se poate vorbi despre o sarcină cu riscuri minime pentru mamă și făt.

## Bibliografie:

- American Diabetes Association Professional Practice Committee. 15. Management of diabetes in pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care* 2022;45(Suppl. 1):S232–S243
- Wang H, Li N, Chivese T, Werfalli M, Sun H, Yuen L, Ambrosius Hoegfeldt C, Powe CE, Immanuel J, Karuranga S, Divakar H, Levitt N, Li C, Simmons D, Yang X, IDF Diabetes Atlas: Estimation of Global and Regional Gestational Diabetes Mellitus Prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's Criteria, *Diabetes Research and Clinical Practice*, Volume 183, 2022, 109050, ISSN 0168-8227.
- <https://societate-diabet.ro/wp-content/uploads/2021/07/Ghidul-SRDNB-2021.pdf>. Accessed February 2022.
- Goyal, A., Gupta, Y. & Tandon, N. Overt Diabetes in Pregnancy. *Diabetes Ther* (2022). <https://doi.org/10.1007/s13300-022-01210-6>
- Hod M, Kapur A, Sacks DA, Hadar E, Agarwal M, Di Renzo GC, CaberoRoura L, McIntyre HD, Morris JL, Divakar H. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015 Oct;131(Suppl 3):S173-211. doi: 10.1016/S0020-7292(15)30033-3. PMID: 26433807.
- [www.uptodate.com/contents/preexisting-diabetes-mellitus-obstetric-issues-and-management](http://www.uptodate.com/contents/preexisting-diabetes-mellitus-obstetric-issues-and-management). Accessed February 2022.
- Negrato CA, Mattar R, Gomes MB. Adverse pregnancy outcomes in women with diabetes. *DiabetolMetabSyndr*. 2012;4(1):41. Published 2012 Sep. doi:10.1186/1758-5996-4-41

# Fără Conservanți - Fără Parfum - Fără Gluten - Testate pentru Nichel

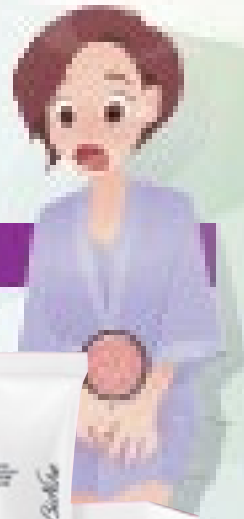


## TREATMENT INTIM

### Gynexelle Lacti-Gel

Lipogel pentru calmant anti-rosup și

Lipogel pentru pielea și membrana mucoasă  
 activată și regenerată pentru fermitate și elasticitate.  
 Bazat pe ingrediente ameliorează și regenerație eczeme  
 și aluzorii și conține un complex de proteine.



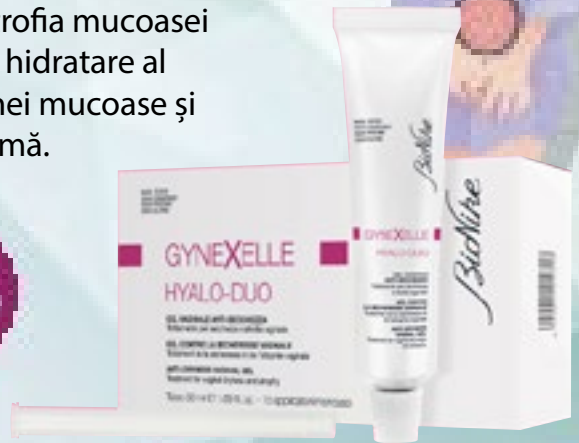
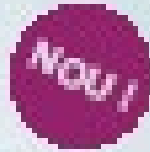
## PROTEJE

### HYALO-DUO

Dispozitiv medical ce tratează și previne uscăciunea și atrofia mucoasei vulvo-vaginale. Restabilește și menține nivelul corect de hidratare al mucoasei intime, susține trofismul fiziologic al membranei mucoase și ameliorează disconfortul cauzat de o slabă lubrifiere intimă.

Conține:

- Pantenol și acid lactic
- Proteine de lupin hidrolizate Lupinus albus
- Agenți de gelificare și stabilizare
- Sare de sodiu a acidului hialuronic
- Apă demineralizată



## CUZCĂRIRE și ÎNGRIJIRE INTIMĂ

**Triderm Lacti-Gel** - 200 ml

Triderm Lacti-Gel este un produs farmaceutic care conține un complex de proteine de lupin hidrolizate, acid lactic și pantenol. Este indicat pentru tratamentul eczemei și aluziilor în zona intimă, oferind hidratare și calmant anti-rosup.

**Triderm Lacti-Gel** - 200 ml

Triderm Lacti-Gel este un produs farmaceutic care conține un complex de proteine de lupin hidrolizate, acid lactic și pantenol. Este indicat pentru tratamentul eczemei și aluziilor în zona intimă, oferind hidratare și calmant anti-rosup.

**Triderm Lacti-Gel** - 200 ml

Triderm Lacti-Gel este un produs farmaceutic care conține un complex de proteine de lupin hidrolizate, acid lactic și pantenol. Este indicat pentru tratamentul eczemei și aluziilor în zona intimă, oferind hidratare și calmant anti-rosup.

Adresa magazinului: **BIOTICAL MĂGĂZIN** - Strada Libertății, nr. 140, Etajul 2, București

www.bioclinmagazin.ro - Contact: 0744 630 200 - 0116200100000000 + 0116200100000000

# Screening-ul audiologic în maternitate

Screening-ul audiologic universal la nou-născuți presupune testarea auditivă a tuturor nou-născuților la ambele urechi, indiferent de prezența sau absența factorilor de risc.



Șef. Lucr. Dr. Ioana Roșca

Medic primar neonatologie

**C**u cât diagnosticul este mai precoce, iar recuperarea începe mai devreme, cu atât există mai multe șanse ca pacientul să-și însușească abilitățile de limbaj, comunicare și dezvoltare cognitivă.

- De ce este necesar screeningul audiologic?
  - Hipoacuzia are o prevalență de 60 ori mai mare (până la 3/1000) decât o altă afecțiune la care se face screening la nou-născuți (fenilcetonuria 1/20000)
  - Screeningul trebuie să fie universal, nu țintit, deoarece 30-50% dintre copiii hipoacuzici nu prezintă factori evidenți de risc.
  - Fără screening, hipoacuzia nu este detectată până la 18-24 luni (familia observă târziu), ceea ce înseamnă o perioadă lungă de deprivare auditivă cu impact negativ asupra achiziționării limbajului, dezvoltării psihosociale și cognitive a copilului.

## 2. Când se face screeningul?

- Ziua 2 - Ziua 3 de viață pentru nou-născuții sănătoși, cu o zi înainte de externare pentru nou-născuții care necesită internare de lungă durată.
- În caz de rezultat REFER (nu a trecut testul) la cel puțin una dintre urechi, se recomandă repetarea testului pentru confirmarea rezultatului înainte de externare.

## 3. Care sunt categoriile de nou-născuți cu risc pentru hipoacuzie?

- Antecedente familiale de surditate ereditară

- Infecții: citomegalovirus, toxoplasmoză, herpes, rubeolă, sifilis
- Intoxicațiile materne în timpul sarcinii (alcoolică, toxică, chimică)
- Administrarea preparatelor oto-toxice mamei în timpul sarcinii
- Asfizia nou-născutului - Encefalopatie hipoxic-ischemică
- Vârsta gestațională < 36 săptămâni și/ sau greutatea la naștere <1500 g
- Internare în terapie intensivă neonatală mai mult de 5 zile
- Medicație oto-toxică la nou-născut
- Hiperbilirubinemie  $\geq 20\text{mg/dl}$
- Ventilație pulmonară asistată pentru 24 ore sau mai mult
- Malformațiile congenitale ale capului și gâtului și prin extensie, orice malformație sau sindrom asociat cu pierderea auzului
- Boli neurologice la nou-născuți (meningită, hidrocefalie)
- Boli endocrine la nou-născuți (patologie tiroidiană)
- Hipotermie terapeutică – cooling
- Traumatisme cranio-faciale

## 4. Cum se face screeningul?

Testarea se va efectua prin otoemisiuni acustice tranzitorii – test de screening.

Se va repeta testul în situația în care condițiile de înregistrare nu sunt cele recomandate (artefacte sub 20% și stabilitate a sondei peste 80%)

Rezultatul va fi sub forma PASS (a trecut testul) sau REFER (nu a trecut testul), iar recomandările la externarea din maternitate vor ține cont de:

- Rezultatul testării fiecărei urechi
  - Categoria de copil (cu sau fără risc)
  - Încadrare în protocolul național de testare

## 5. Rezultate și urmărire

- Nou-născuții sănătoși care au obținut PASS la ambele urechi la prima testare – urmărirea limbajului de către părinți;

audiograma înainte de intrarea la grădiniță și la școală.

- Nou-născuții sănătoși care au obținut REFER cel puțin la una dintre urechi la prima testare – retestare în maternitate înainte de a împlini vârsta de o lună.
- Nou-născuții sănătoși care au obținut REFER cel puțin la una dintre urechi la a 2-a testare – diagnostic audiologic în centru specializat de Audiologie/ORL la vârsta de 3 luni.
- Nou-născuții din secțiile de terapie intensivă neonatală care au obținut PASS la ambele urechi – evaluare audiologică în centru specializat de Audiologie/ORL la 6 luni și 18 luni de viață.
- Nou-născuții din secțiile de terapie intensivă neonatală care au obținut REFER (nu au trecut testul) la cel puțin una dintre urechi – diagnostic audiologic în centru specializat de Audiologie/ORL peste 3 luni (nu mai târziu de 6 luni de viață).
- Nou-născuții diagnosticați cu hipoacuzie în urma evaluării audiologice în centrele specializate de Audiologie/ORL – recomandarea protezării auditive; evaluarea beneficiului protezării la 3-6 luni.

Trebuie menționat că testele de screening ridică doar suspiciunea unei hipoacuzii (test calitativ și nu cantitativ). O parte dintre sugarii care nu trec testul inițial, vor trece testul ulterior, fără a avea diagnostic de hipoacuzie permanentă.

Medicul neonatolog efectuează prima etapă a screening-ului în maternitate, însă testarea auditivă de screening reprezintă o muncă de echipă. Dacă nou-născutul „nu a trecut testul”, medicul de familie, care are rolul de a supraveghea copilul, îl va îndruma către un centru de diagnostic. Medicul ORL-ist sau audiologul de la centru va evalua cantitativ auzul copilului pentru a putea stabili diagnosticul final și conduita terapeutică ce se impune.



## FOTOLIU GINECOLOGIC GYNEX & TABURET SPECIALIST SPECIALIST (EUROCLINIC - Italia)



### Elegantă & robustețe

GYNEX – Fotoliu ginecologic pentru examinări și mici intervenții chirurgicale. Acționat cu unul, două sau trei motoare (în funcție de model) pentru reglarea înălțimii și a înclinării secțiunilor.

Ajustarea electrică se face de la panoul cu pedale de pe podea sau prin telecomandă (în funcție de model).

În funcție de configurație, poate dispune de:

- suporturi ginecologice Goepel reglabile și detașabile;
- recipient din inox pentru colectare secreții, culisant pe șine;
- suport metalic pentru rolă de hârtie;
- roți cu sistem

de frânare; • posibilitate atașare colposcop; • diverse alte accesorii disponibile.

### SPD/A – Taburet specialist

- Structură solidă din oțel, bază de susținere pe cinci picioare cu roți pivotante.
- Inel metalic pentru sprijinirea tălpilor.
- Înălțime reglabilă cu arc pneumatic.
- Spătar cu rotire de 180° și înălțime reglabilă.

### Caracteristici set fotoliu & taburet:

- capitonat cu material rezistent la soluții acide și agresiuni mecanice;
- disponibil în 24 de culori mate și 10 metalizate.

## LAMPĂ DE EXAMINARE STARLED1 EVO (ACEM - Italia)

### Iluminare optimă

Seria **STARLED1 EVO** are o configurație formată dintr-un reflector, care produce un con de lumină omogenă și intensă. Aria vizuală este perfect iluminată, omogenă și fără umbre, asigurând confort vizual și condiții de lucru excelente.

Funcțiile lămpii pot fi selectate cu ajutorul unui dispozitiv inovativ tactil – panoul de afișaj **I-SENSE**®: ușor de citit, ergonomic și ușor de curățat.

Datorită designului compact, suplu și practic, lampa este deosebit de ușor de mutat și poziționat.

Lămpile **STARLED1 EVO** au proprietăți aseptice deosebite datorate formei și materialului foarte ușor de curățat.



## FOTOLIU GINECOLOGIC SUPREMA (EUROCLINIC - Italia)



### Confort & performanță

SUPREMA G-200 este un fotoliu ginecologic profesional destinat utilizării în cabinete sau clinici cu cerințe foarte înalte de performanță și confort, atât pentru pacient cât și pentru medic. Construcție solidă și stabilă, cu aspect elegant.

4 motoare de putere mare ce operează electric și individual mișcărilor sus/jos și mișcărilor pentru secțiunea spate, șezut și picioare, inclusiv poziționarea Trendelenburg (-20°).

Pentru fiecare mișcare a fotoliului, acționarea se face de la pedală (opțional wireless).

Memorarea a 4 poziții, dintre care 3 alese de către utilizator, iar a patra fiind poziția 0.

Mișcărilor sunt însoțite de semnale acustice.

Dispune de: • suporturi ginecologice anatomice multi-reglabile pentru picioare; • pedală multifuncțională (opțional wireless);

• suport pentru montare colposcop; • șine laterale pentru accesorii; • suport metalic pentru rolă de hârtie; recipient din inox pentru colectare secreții, culisant pe șine; • stativ IV.

Capitonat cu material rezistent la soluții acide și agresiuni mecanice. Disponibil într-un număr mare de culori mate și metalizate.

## MASĂ DE OPERAȚIE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE (NUOVA BN - Italia)

### Funcționalitate & fiabilitate

Masă de operație electromecanică cu 3 secțiuni, prevăzută cu o bază stabilă cu sistem de blocare pe podea și 3 roți antistatice, una pivotantă și două direcționale.

Secțiuni și poziții reglabile electromecanic și cu telecomandă.

Masa de operație este prevăzută pe ambele părți cu șine din oțel inoxidabil pentru accesorii.

Saltelele sunt rezistente la soluții acide și agresiuni mecanice, materialul permite sterilizarea în autoclav, se pot detașa independent, sunt radiotransparente și elastice.

Platforma superioară este prevăzută cu șină și permite inserția casetelor radiologice.

Mișcări electromecanice posibile: sus / jos, Trendelenburg / Anti Trendelenburg, lateral stânga / dreapta, secțiunea spate, poziția 0; memorare trei poziții complexe.



#### București

Str. Giuseppe Garibaldi  
nr. 8-10 sector 2, 020223  
București, România  
Tel.: +40 314 250226/27  
Fax: +40 372 560250  
office@medicalmall.ro  
www.medicalmall.ro

#### Timișoara

Str. Coriolan Brediceanu  
nr. 31B, Timișoara, 300012  
Județul Timiș, România  
Tel.: +40 720 393269  
Fax: +40 356 110233  
office@medicalmall.ro  
www.medicalmall.ro

#### Iași

Aleea Al. O. Teodoreanu nr. 55A,  
Bloc 1, Demisol, Iași, 700155  
Județul Iași, România  
Tel: +40 725 119393  
Fax: +40 372 560250  
office@medicalmall.ro  
www.medicalmall.ro



# Conferința Națională Zilele Medicale „Vasile Dobrovici”

[zd2022.medical-congresses.ro](http://zd2022.medical-congresses.ro) →

5-7 Mai 2022  
IAȘI



Societatea de Endometrioză  
și Infertilitate Est-Europeană



AL IV-LEA CONGRES NAȚIONAL AL SOCIETĂȚII DE  
ENDOMETRIOZĂ ȘI INFERTILITATE EST-EUROPEANĂ  
A VII-A CONFERINȚĂ NAȚIONALĂ A SOCIETĂȚII ROMÂNE DE HPV  
2-4 Iunie 2022, Eforie Nord



A 12-a Conferință Națională a Societății de  
Obstetrică și Ginecologie din România  
7-9 aprilie 2022, Cluj-Napoca

[www.sogr2021.medical-congresses.ro](http://www.sogr2021.medical-congresses.ro)

Sub egida



Congres al Societății Române de  
Ultrasonografie în Obstetrică și Ginecologie

8-10 Septembrie 2022, București

Președinți Congres: Prof. Dr. Radu Vlădăreanu, Prof. Dr. Claudiu Mărginean



## Rhopylac<sup>®</sup> 300 micrograme/2ml

Soluție injectabilă în seringă preumplută



Utilizat pentru profilaxia imunizării Rh(D)  
la femeile cu antigen Rh(D) negativ

- Profilaxia antepartum planificată
- Profilaxie postpartum, după nașterea unui copil cu antigen Rh(D) pozitiv
- Profilaxia antepartum, după complicații

Perioada de valabilitate: 3 ani. Precauții speciale pentru păstorie: A se păstra la frigider (temperaturi între +2 și +8°C). A se păstra în originală prescrisă în folia originală în cutie pentru a fi protejată de lumină. Depășim data de expirare de prescripție: CSL Behring GmbH, Emil-von-Behring-Straße 76, 35041 Marburg, Germania. Numărul APF - 99662017001 din 16 Iulie 2017. Pentru mai multe informații consultați Resursații caracteristice ale Produsului (urmăriți rețeaua în Noiembrie 2019).



## Dr. Diana Mihai

- Membru Institutului Național de Științe și Medicină (INSM) - Societatea Română de Cardiologie Clinică (SRCC)
- Membru al Societății Române de Cardiologie Științifică (SRCS)
- Specialistă-Diplomată în Cardiologie
- Titular cursului Internațional pentru EFPA, Iasser OIC și I-FCM (EMELLA)
- Doctor în Medicină (Specialitate de Cardiologie - Urmare Prolongată - (Internship))
- Membru al Societății Române de Cardiologie (SRCC)

**"Fundația noastră începe cu stăruință și este unificată în scopul de a realiza un impact pozitiv asupra sănătății oamenilor și de a îmbunătăți calitatea vieții pacienților, asigurând înțelegerea și gestionarea corectă a bolilor cardiovasculare și prevenirea acestora. În același timp, ne asigurăm că toate activitățile noastre sunt în acord cu cele mai recente recomandări științifice și tehnice. Încercăm să înțelegem și să abordăm nevoile și preocupările pacienților și să oferim soluții care să le ajute să trăiască o viață mai bună și să se bucure de o viață mai lungă. Este o responsabilitate mare să lucrăm în echipă și să ne asigurăm că toate activitățile noastre sunt în acord cu cele mai recente recomandări științifice și tehnice."** - Dr. Diana Mihai

Ca și gastrolog, am fost interesat de starea de sănătate a pacienților. Am avut experiențe bune în ceea ce privește starea de sănătate a pacienților și am văzut că este important să luăm în considerare și aspectele psihologice și de viață a pacienților și să oferim soluții care să le ajute să trăiască o viață mai bună și să se bucure de o viață mai lungă. În același timp, ne asigurăm că toate activitățile noastre sunt în acord cu cele mai recente recomandări științifice și tehnice. Încercăm să înțelegem și să abordăm nevoile și preocupările pacienților și să oferim soluții care să le ajute să trăiască o viață mai bună și să se bucure de o viață mai lungă. Este o responsabilitate mare să lucrăm în echipă și să ne asigurăm că toate activitățile noastre sunt în acord cu cele mai recente recomandări științifice și tehnice."

### **EMELLA este soluția pentru gestionarea stării de sănătate.**

Problemele de sănătate sunt deseori cauzate de o combinație de factori, inclusiv de obiceiurile alimentare, de stres și de o viață sedentară. Este important să luăm în considerare toate aceste aspecte și să oferim soluții care să le ajute să trăiască o viață mai bună și să se bucure de o viață mai lungă. În același timp, ne asigurăm că toate activitățile noastre sunt în acord cu cele mai recente recomandări științifice și tehnice. Încercăm să înțelegem și să abordăm nevoile și preocupările pacienților și să oferim soluții care să le ajute să trăiască o viață mai bună și să se bucure de o viață mai lungă. Este o responsabilitate mare să lucrăm în echipă și să ne asigurăm că toate activitățile noastre sunt în acord cu cele mai recente recomandări științifice și tehnice."

### **Rețeta noastră este simplă: o dietă sănătoasă și activitate fizică.**

Ca gastrolog, am fost interesat de starea de sănătate a pacienților. Am avut experiențe bune în ceea ce privește starea de sănătate a pacienților și am văzut că este important să luăm în considerare și aspectele psihologice și de viață a pacienților și să oferim soluții care să le ajute să trăiască o viață mai bună și să se bucure de o viață mai lungă. În același timp, ne asigurăm că toate activitățile noastre sunt în acord cu cele mai recente recomandări științifice și tehnice. Încercăm să înțelegem și să abordăm nevoile și preocupările pacienților și să oferim soluții care să le ajute să trăiască o viață mai bună și să se bucure de o viață mai lungă. Este o responsabilitate mare să lucrăm în echipă și să ne asigurăm că toate activitățile noastre sunt în acord cu cele mai recente recomandări științifice și tehnice."

## **Tratamentele de înfrumusețare au apas mare în România.**

Tratamentele cosmetice și tratamentele de înfrumusețare au apas mare în ultimii ani din țară. Pe măsură ce țara noastră se dezvoltă economic, oamenii încearcă să se evidențieze prin stilul lor de viață și prin înfrumusețarea lor. Unele dintre tratamentele cele mai populare sunt: tratamentul de înfrumusețare al tenului, tratamentul de înfrumusețare al părului, tratamentul de înfrumusețare al ochilor și tratamentul de înfrumusețare al gâtului. Cu toate acestea, puține dintre aceste tratamente de înfrumusețare sunt realizate în mod profesional și sigur. Este important să alegem un specialist calificat și să ne asigurăm că tratamentul este realizat într-un mediu sigur și profesional.

Cum sunt tratamentele realizate în România de astăzi, este important să ne asigurăm că tratamentul este realizat într-un mediu sigur și profesional. Este important să alegem un specialist calificat și să ne asigurăm că tratamentul este realizat într-un mediu sigur și profesional. Este important să alegem un specialist calificat și să ne asigurăm că tratamentul este realizat într-un mediu sigur și profesional.

## **De ce este important să alegem un specialist calificat?**

Este important să alegem un specialist calificat pentru a ne asigura că tratamentul este realizat într-un mediu sigur și profesional. Este important să alegem un specialist calificat și să ne asigurăm că tratamentul este realizat într-un mediu sigur și profesional.

## **De ce este important să alegem un specialist calificat în România?**

"O alegem specialistul de înfrumusețare care să ne ofere cele mai bune rezultate și să ne ajute să ne simțim mai bine în pielea noastră. Este important să alegem un specialist calificat și să ne asigurăm că tratamentul este realizat într-un mediu sigur și profesional. Este important să alegem un specialist calificat și să ne asigurăm că tratamentul este realizat într-un mediu sigur și profesional."

"Este important să alegem un specialist calificat pentru a ne asigura că tratamentul este realizat într-un mediu sigur și profesional. Este important să alegem un specialist calificat și să ne asigurăm că tratamentul este realizat într-un mediu sigur și profesional. Este important să alegem un specialist calificat și să ne asigurăm că tratamentul este realizat într-un mediu sigur și profesional."





# Ecografia prenatală în spina bifida – limite diagnostice

## Prenatal ultrasound of spina bifida – diagnostic limits

Many spina bifida cases can be diagnosed before the 20th week, but not all of them. Fetal position, maternal habitus, sex differences can affect diagnosis. Lemon sign, banana sign and other markers such as intracranial translucency, frontal mandibular angle can be difficult to evaluate as they are not part of the routine practice.



Conf. Univ.  
Dr. Doru Diculescu

Universitatea de Medicina  
și Farmacie „Iuliu Hațieganu”  
Cluj-Napoca

**S**pina bifida (rahischizis) este o malformație determinată de fuziunea incompletă a tubului neural între săptămâna 3-4 de viață embrionară [1,4].

Există două tipuri de spina bifida: aperta sau deschisă (în care țesutul nervos și/sau meningele sunt expuse mediului extern) și oculta sau închisă (în care defectul este acoperit de piele).

Diagnosticul de spina bifida ocultă este aproape imposibil de pus ecografic antenatal, uneori fiind ratat și la momentul nașterii [1,6]. Poziția fetală în decubit dorsal poate afecta calitatea imaginii ultrasonografice obținute.

Sucesiunea centrilor de osificare vertebrali face mai ușor de înțeles unele limite diagnostice [9].

Fiecare vertebră are trei centri de osificare: un centru primar central și câte unul de fiecare parte a arcului neural posterior. Centrul primar central se osifică mai întâi în regiunea toracală inferioară și lombară superioară, urmat de osificare progresivă atât în direcție cranială, cât și caudală. Centrele de osificare ale arcului neural posterior se osifică cranio-caudal. Spina bifida reprezintă o evazare anormală exterioară a arcului neuronal posterior. Arcul neuronal posterior începe să se osifice la baza procesului transvers și de aici se extinde la lamele și pediculi. Osificarea

lamelelor apare mai devreme în coloana vertebrală proximală și progresează caudal pe măsură ce fătul se maturizează. Nu există o osificare a lamelelor în regiunea lombară sau sacrată înainte de 19 săptămâni. Osificarea în regiunea lombară întârzie până în săptămâna 22-24, iar în regiunea sacrată apare doar după 25 săptămâni.

Cunoașterea osificării coloanei vertebrale ajută la prevenirea diagnosticelor false de disrafism, bazate pe incapacitatea noastră de a vizualiza osificarea arcului neural posterior în special între săptămânile 18-22, când apare cel mai adesea solicitarea de diagnostic al defectelor de coloană vertebrală.

Sistemul scheletal feminin se osifică mai devreme, astfel că feții bărbătești vor fi mult mai dificil de evaluat în sarcina precoce față de feții femeiești.

O modalitate de diagnostic a spinei bifida în primul trimestru de sarcină este examinarea întregii coloane vertebrale, însă aceasta se asociază cu o rată de detecție de aproximativ 60% [3,6].

Între 11-13 săptămâni gestaționale, regiunea posterioară a creierului este vizibilă în același plan medio-sagital al capului fetal în care se măsoară translucența nuchală. Chaoui și Nicolaidis au afirmat că existența unor anomalii ale fosei posterioare ridică suspiciunea de spina bifida [13]. Rezultate fals-pozitive pot crește când CRL este mai mic de 50 mm, pentru că sunt dificil de evaluat cele trei structuri din fosa posterioară și anume trunchiul cerebral, ventriculul IV și cisterna magna [14].

În 2009, Chaoui et al., au concluzionat că absența ventriculului IV, ca spațiu anecogic paralel cu translucența nucha-

lă și denumit translucență intracranială, poate ridica suspiciunea de defect de tub neural [10, 11]. Dar s-a constatat că există aproximativ 25% cazuri fals pozitive și de asemenea cazuri fals negative (feți cu spina bifida deschisă și cu translucență intracraniană normală) [3].

Non-vizualizarea cisternei magna atinge sensibilitatea pentru spina bifida deschisă de 50 - 73%, însă aceste procente arată un număr mare de cazuri în care această anomalie poate fi omisă diagnosticului [6,3,5].

Buisson et al. a descris oase frontale retractate ce dau formă de ghindă capului la feții cu spina bifida deschisă [12].

Patologia creierului posterior poate fi un diagnostic la prima vedere atunci când cele patru linii clasice nu pot fi vizualizate și în absența unuia dintre spațiile hipoecoice, translucența intracraniană și/sau cisterna magna. Primele două linii sunt produse de marginea superioară și inferioară a trunchiului cerebral, a treia de plexul coroid din al patrulea ventricul și a patra de osul occipital. Cele trei zone hipoecogene posterioare se află între cele patru linii și includ trunchiul cerebral, translucența intracraniană și cisterna magna. Sensibilitatea acestui semn raportat de Luculano et al. este de 88% [1,6].



# Ecograf E-CUBE 8, Alpinion



E-CUBE 8 este un ecograf inteligent care permite îmbinarea atât confortului utilizării, cât și oferirea unui diagnostic rapid și precis;

Cu un monitor LED full HD de 21,5 inch și o rezoluție de  $1.920 \times 1.080$  pixeli, E-CUBE 8 oferă imagini clare fără distorsiuni și un câmp vizual mai larg cu tehnologia IPS (In-Plane Switching).

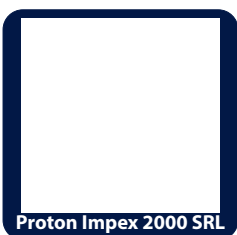
Aplicații: - Optimal Imaging Suite Plus, Xpeed, CUBE Strain, Needle Vision Plus, Elastography, Volume Master, Live HQ, Auto IMT, Auto NT, 3D/4D, etc.



Imagine fetus 3D/4D



**ALPINION**  
MEDICAL SYSTEMS



**Proton Impex 2000 SRL**

63, Trilului Street, 030401 Bucharest;

**Tel/Fax:** +40.21.224.5281;

**E-mail:** office@proton.com.ro

**Website:** <http://proton.com.ro>

[www.imagisticamedicala.ro](http://www.imagisticamedicala.ro)

[www.shimadzumedical.ro](http://www.shimadzumedical.ro)

În 2019 a fost descris un alt marker ultrasonografic pentru identificarea spinei bifida în primul trimestru, denumit "crash sign", determinat de deplasarea posterioară a mezencefalului spre osul occipital. Acesta poate fi identificat analizând craniul fetal în plan axial. Ursakov et al. au raportat o rată de detecție a "crash sign" de 90.6% în cazurile de spina bifida deschisă, acest marker fiind absent în cazul fetiilor neafectați [3].

Acești markeri nu și-au dovedit însă utilitatea în identificarea cazurilor de spina bifida închisă în primul trimestru de sarcină.

În trimestrul doi de sarcină (18-23 SA) există semne directe (la nivelul coloanei vertebrale fetale) și indirecte (la nivelul craniului și creierului fetal) folosite în diagnosticul spinei bifide [2].

Capacitatea de a vizualiza semnele ecografice directe poate fi afectată de habitusul matern, de poziția fetală sau de dimensiunea și forma defectului [2].

Secțiunile sagitale evidențiază defectul demonstrând lipsa țesuturilor moi suprapuse și absența liniei posterioare (formată din centrul de osificare a elementelor posterioare ale vertebrelor) la nivelul defectului. În planul coronal, linia centrală (corespunzător centrelor de osificare ale corpurilor vertebrale) este de obicei dificil de identificat, iar cele două linii externe (corespunzătoare elementelor posterioare ale vertebrelor) sunt mai separate decât cele normale adiacente. Planurile axiale demonstrează extinderea centrilor de osificare aferenți lateralului proceselor, iar canalul neural este expus posterior [2,4,8].

Identificarea unui sac herniat la nivelul coloanei vertebrale ajută în stabilirea diagnosticului de spina bifida. Dacă defectul este acoperit o membrană subțire, aspectul este sugestiv pentru spina bifida deschisă. Dacă defectul este acoperit de un perete gros, este sugestivă prezența tegumentului la nivelul defectului. Dar de multe ori, și în spina închisă, chistul asociat are perete subțire și este complet anecogen. Detectarea ultrasonografică antenatală a acestor defecte este posibilă într-un procent de 80-90% din cazuri [1,2,7].

Spina bifida poate fi un diagnostic de suspiciune prin markeri ecografici indirecti la nivelul craniului și creierului fetal. Spina bifida deschisă este aproape întotdeauna asociată cu malformația Chiari II,

o anomalie congenitală complexă a creierului posterior caracterizată de o reducere în dimensiuni a fosei cerebrale posterioare, cu deplasare caudală a vermisului, trunchiului cerebral și al celui de-al patrulea ventricul spre spațiul cervical subarahnoidian. Această asociere se datorează scurgerii continue de lichid cefalo-rahidian (LCR) prin defectul coloanei vertebrale deschise, astfel că și lichidul amniotic crește. În cazul spinei bifida închisă, deoarece defectul este acoperit de piele, nu există scurgeri de LCR și ca atare nu este asociat cu deplasarea posterioară a structurilor cerebrale și modificările intracraniene asociate malformației Chiari II [1,3,6].

Secvența de malformație Chiari II este caracterizată după cea de-a a 12-a săptămână de gestație, prin cele două semne ecografice, și anume semnul lămâii și semnul bananei, care sunt prezente în spina bifida deschisă, nu însă și în cea închisă [2,4,5,7].

Semnul bananei definește obliterarea cisternei magna în asociere cu dimensiuni mici și formă anormală a cerebelului (încurbarea anterioară a acestuia) [4,8,1].

Semnul lămâii descrie forma anormală a oselor frontale prin indentarea acestora. Sensibilitatea acestor semne craniene ale Chiari II în identificarea spinei bifida deschise depășește 99%, chiar și atunci când imagistica coloanei vertebrale este limitată datorită obezității materne sau poziției fetale. Anomaliile supratentoriale, care pot fi identificate, includ ventriculomegalia, de obicei moderată și prezentă în 64% cazuri [1,4,5,7,8].

A fost descrisă de asemenea și spina bifida deschisă cu un grad minim de malformație Chiari II. Există și posibilitatea ca semnele craniene să nu se coreleze cu spina bifida, ci doar cu malformația Chiari II. De asemenea există posibilitatea pierderii de LCR în spina închisă prin apariția unei fistule a canalului spinal. Este larg acceptat că diagnosticul ecografic este excelent în sarcinile cu risc crescut de defecte de tub neural. Invers, la pacienții cu risc scăzut rezultatele variază, rata de detecție fiind între 40-80% [7].

Sensibilitatea diagnosticului ecografic în spina bifida închisă nu se cunoaște, la fel ca și incidența. Identificarea unui disrafism spinal limitat la câteva vertebre în regiunea sacrată este dificilă și mai ales atunci când și anatomia craniană și alfa-fetoproteina sunt normale [7].

În concluzie, în ciuda tuturor progreselor, această anomalie rămâne un diagnostic postnatal într-un număr semnificativ de cazuri.

## Bibliografie

1. Sepulveda W, Wong AE, Sepulveda F, Alcalde JL, Devoto JC, Otayza F. Prenatal diagnosis of spina bifida: from intracranial translucency to intrauterine surgery. *Child's Nerv Syst.* 2017 Jul 1;33(7):1083-99.
2. Ben-Sira L, Garel C, Malinger G, Constantini S. Prenatal diagnosis of spinal dysraphism. Vol. 29, *Child's Nervous System.* 2013. p. 1541-52.
3. Zhu X, Zhao S, Yang X, Feng Q, Zhang X, Yang F, et al. First-Trimester Cranial Ultrasound Markers of Open Spina Bifida. *J Ultrasound Med.* 2021 Jun 1;40(6):1155-62.
4. Kunalpin Y, Richter J, Mufti N, Bosteels J, Ourselin S, De Coppi P, et al. Cranial findings detected by second-trimester ultrasound in fetuses with myelomeningocele: a systematic review. Vol. 128, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* Blackwell Publishing Ltd; 2021. p. 366-74.
5. Nakahara T, Uozumi T, Monden S, Muttaqin Z, Kuri-su K, Arita K, et al. Prenatal diagnosis of open spina bifida by MRI and ultrasonography. Vol. 15, *Brain & Development.* 1993.
6. Meller C, Aiello H, Otaño L. Sonographic detection of open spina bifida in the first trimester: review of the literature. *Child's Nerv Syst.* 2017 Jul 1;33(7):1101-6.
7. Ghi T, Pilu G, Falco P, Segata M, Carletti A, Cocchi G, et al. Prenatal diagnosis of open and closed spina bifida. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006 Dec;28(7):899-903.
8. Bulas D. Fetal evaluation of spine dysraphism. Vol. 40, *Pediatric Radiology.* 2010. p. 1029-37.
9. Filly A.R., Simpson G.F., Linkowski G. Fetal Spine Morphology and Maturation During the Second Trimester. *Sonographic Evaluation.* *J Ultrasound Med* 1987, 6:631-636
10. Chaoui R, Benoit B, Mitkowska-Wozniak H, Helling KS, Nicolaidis KH. Assessment of intracranial translucency (IT) in the detection of spina bifida at the 11-13-week scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;34:249-52
11. Chaoui R, Nicolaidis K.H. From nuchal translucency to intracranial translucency: Towards the early detection of spina bifida. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2010;35:133-138. doi: 10.1002/uog.7552
12. Buisson O, De Keersmaecker B, Senat M.V, Bernard J.P, Moscoso G, Ville Y. Sonographic diagnosis of spina bifida at 12 weeks: Heading towards indirect signs. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2002, 19, 290-292
13. Chaoui R, Nicolaidis K.H. Detecting open spina bifida at the 11-13-week scan by assessing intracranial translucency and the posterior brain region: Mid-sagittal or axial plane? *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2011, 38, 609-612
14. Intracranial Translucency, Its Use as a Potential First Trimester Ultrasound Marker for Screening of Neural Tube Defects. Sepúlveda-González G, Arroyo-Lemmarroy T, Basurto D, Davila I, Lizárraga-Cepeda E, Guerra-de la Garza Evia AR, Alcázar-Juárez A. *Diagnostics* 2020, 10, 986; doi:10.3390/diagnostics10110986



## Ethin® Foam Kit

Princedi pua în investigația endometrială

Contrastul obținut cu Ethin® Foam Kit® în investigația ecografică a trompelor uterine (HyCoSy)

HyCoSy - histero-salpingo-contrast-ecografiu este metoda simplă pentru evaluarea permeabilității trompelor uterine, prezintă ca histerosalpingografie, și, în plus:

- este bine tolerată (aderențe pe loc) de pacientă
- necesită numai X (radiografie) ca endo ultrasonie (histeroecografie)
- este ieftină și salvând timp
- investigația se realizează pe loc, în cabinetul de ginecologie
- se poate înregistra pozitiv diagnosticul și urmăriți investigații

LEARN MORE



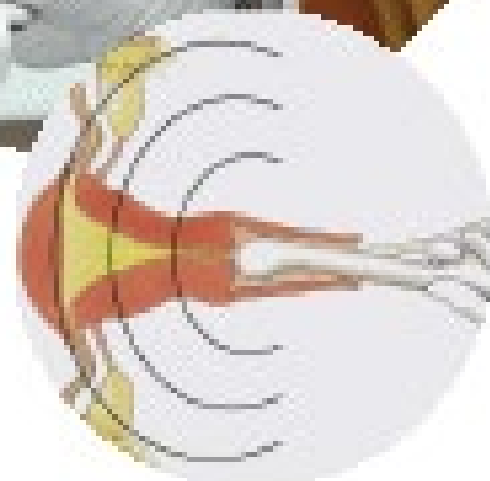
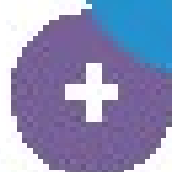
## PONDERA MEDICAL

SCURT INFORMATIV FUNDAMENTAL



office@ponderamedical.ro  
 web@ponderamedical.ro  
 Str. Ștefan cel Mare 1-3, Sector 3, București  
 www.ponderamedical.ro

© 2022 Pondera Medical. Toate drepturile rezervate. Informații detaliate în prospect.



# Sarcina ectopică abdominală: diagnostic controversat

## Abdominal ectopic pregnancy: a challenging diagnosis

Abdominal pregnancy represents a rare form of ectopic pregnancy accounting for 0.6-4% of these. Due to delays in diagnosis and difficulties associated with optimal management the risk of mortality is significantly higher than for uncomplicated pregnancies. A high index of suspicion is of paramount importance in establishing promptly the diagnosis of ectopic abdominal pregnancy and ultrasound and MRI examinations play a major role in this step. The mainstay of management is surgery with focus on the precautions that have to be taken when examining the extent of the placental attachment and avoiding massive bleeding and organ injury.



Dr. Călina Maier

Medic specialist obstetrică-ginecologie, doctor în Științe Medicale, Clinica Sanador Floreasca

**S**arcina ectopică abdominală reprezintă o entitate patologică rară, cu o incidență de 1 la 10.000 până la 25.000 sarcini viabile și este rezultatul implantării embrionului la nivelul cavității peritoneale. Cu toate că implantarea peritoneală poate fi primară, cel mai frecvent sunt incriminate avortul tubar sau o ruptură tubară limitată cu reimplantare secundară, localizarea sarcinii fiind posibilă în aceste cazuri la nivelul fundului de sac Douglas, a omentului, splinei, ficatului.

Diagnosticul acestei forme de sarcină ectopică poate fi uneori dificil de stabilit și, în ciuda progreselor tehnicilor imagistice, doar 20-40% din cazuri sunt diagnosticate preoperator. Este important de subliniat că stabilirea precoce a diagnosticului (în primul trimestru) este un deziderat în contextul asocierii cu un risc ridicat de morbi-mortalitate maternă și perinatală și a faptului că acuratețea examinării ecografice scade pe măsură ce sarcina avansează.

Tabloul clinic al sarcinii abdominale este adeseori nespecific și variază de la forme asimptomatice la simptome precum durere abdominală generalizată sau chiar abdomen acut sau complicații obstetricale precum: moarte fetală neexplicată, eșecul inducerii travaliului, poziții anormale ale fătului. În acest sens, devine esențial un indice ridicat de suspiciune a diagnosticului. Testele de laborator sunt și ele puțin relevante, cu toate că nivelul de alfa-fetoproteină din serul matern poate să fie ridicat.

Examinarea ecografică joacă un rol major în stabilirea diagnosticului, dar trebuie menționat că erorile pot apărea în până la 50-90% din cazuri în mai multe studii raportate. Un element imagistic caracteristic este absența miometrului între vezica urinară maternă și făt; de asemenea, vizualizarea cavității uterine

goale, fără imagine de sac gestațional, placenta imprecis delimitată, oligohidramnios sau poziții fetale anormale sunt aspecte sugestive pentru sarcina cu localizare abdominală. Pentru a confirma diagnosticul și a furniza informații adiționale referitoare la implantarea placentei este justificată examinarea prin rezonanță magnetică nucleară (RMN).

Sarcina abdominală este grevată de o serie de complicații fetale precum: malformațiile, restricția de creștere intrauterină și moartea fetală. În literatura de specialitate șansa ca sarcina să se finalizeze cu nașterea unui făt viu este de 10-20%, iar ratele de mortalitate perinatală variază între 80-95%. Cel mai frecvent întâlnite malformații fetale sunt defecte ale membrelor și articulațiilor, defecte faciale și de sistem nervos central.

În contextul riscului ridicat de complicații materno-fetale pe care le poate asocia sarcina abdominală consensul general este întreruperea cursului sarcinii înainte de 20 de săptămâni, terapia de elecție fiind intervenția chirurgicală (laparoscopică sau prin abord abdominal deschis, în funcție de particularitățile fiecărui caz). Managementul chirurgical necesită o abordare multidisciplinară similară celei adresate cazurilor cu placenta cu aderență anormală și este recomandat ca aceste paciente să fie îndrumate către unități de îngrijire terțiară. Astfel, trebuie acordată atenție mijloacelor de pregătire preoperatorie: inserarea cateterului ureteral, pregătirea intestinului, asigurarea resurselor de sânge pentru transfuzie.

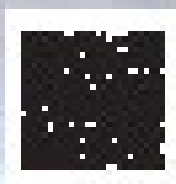
Cel mai important element în cadrul terapiei chirurgicale este gestionarea implantării placentare anormale care poate reprezenta o sursă de hemoragie intraoperatorie cu potențial vital pentru pacientă, întrucât mecanismul hemostatic normal asigurat de rețracția uterină fiziologică lipsește în aceste cazuri; în acest sens mai multe opțiuni au fost propuse. Embolizarea angiografică preoperatorie a fost folosită cu succes la pacientele cu sarcină abdominală avansată. Există partizani ai evitării extracției placentare și lăsării acesteia in situ în scopul reducerii riscului imediat de hemora-

gie; ceea ce trebuie menționat însă este riscul complicațiilor pe termen lung: necroză, abces pelvin, aderențe, ocluzie intestinală, obstrucție ureterală și dehiscentă de plagă. Dacă se optează pentru această variantă involuția placentei poate fi monitorizată prin examinări ecografice seriate și dozarea de B-HCG seric. Cu toate că în unele cazuri (depinzând desigur și de vârsta sarcinii) placenta este resorbită rapid, au fost descrise cazuri de resorbție placentară care s-a întins pe perioada mai multor ani.

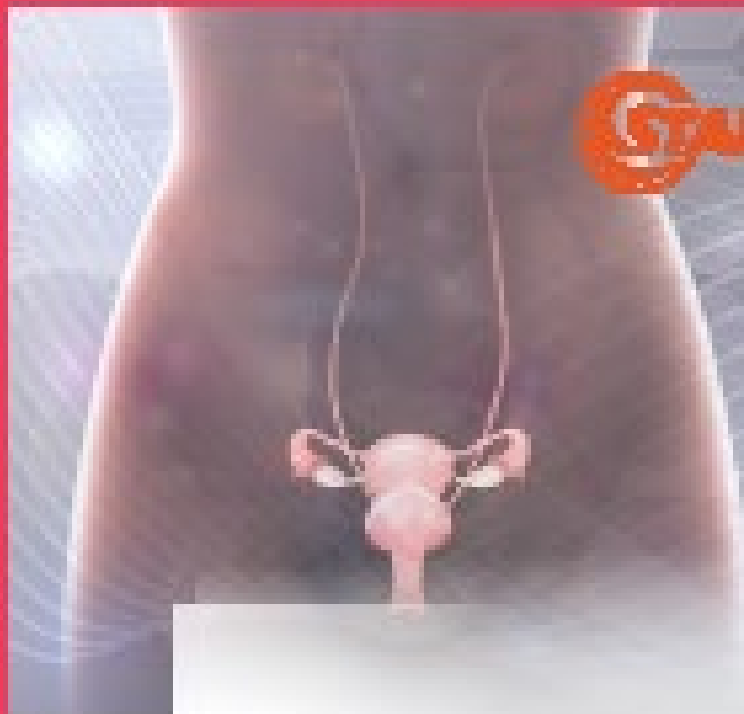
De asemenea, în cazul în care placenta nu se extrage chirurgical folosirea metotrexatului postoperator rămâne controversată. Cu toate că justificarea utilizării acestuia este aceea de a grăbi involuția resorbției placentare există riscul favorizării acumulării țesutului necrotic, cu apariția infecției și a formării de abcese.

Având în vedere raritatea diagnosticului și pentru a favoriza extinderea spectrului de cunoștințe privind acesta am raportat un caz recent din clinica noastră (Spitalul Clinic de Obstetrică- Ginecologie "Profesor Doctor Panait Sîrbu") de sarcină abdominală având vârsta gestațională de 12 săptămâni. Pacienta s-a prezentat acuzând metroragii însoțite de durere pelvină, având un test de sarcină pozitiv și fiindu-i stabilit diagnosticul de sarcină ectopică într-o altă unitate medicală. Istoricul medical al pacientei nu a evidențiat date semnificative. În urma examinării ultrasonografice pelvine s-a evidențiat absența sacului gestațional intrauterin și localizarea acestuia la nivelul fundului de sac Douglas. În consecință, s-a decis practicarea intervenției chirurgicale în urma căreia s-au extirpat sacul gestațional intact împreună cu țesutul trofoblastic, pacienta prezentând o evoluție postoperatorie favorabilă și fiind externată a treia zi postoperator.

Concluzionând, în ciuda evoluției mijloacelor de diagnostic imagistic și a îngrijirii obstetricale antenatale cazurile de sarcină ectopică abdominală nediate diagnosticate până la vârste avansate rămân posibile; este vitală stabilirea cât mai promptă a diagnosticului și alcătuirea unei echipe medicale specializate pentru a putea gestiona aceste cazuri în scopul reducerii morbidității materno-fetale asociate.



1000 de Abate -  
Procedura de ablație  
cu Radiofrecvență  
a fibromului uterin



## Ce este procedura de ablație cu Radiofrecvență a fibromului uterin?

Ablația fibromului uterin cu Radiofrecvență este cea mai nouă metodă de intervenție care pătrunde sarcina funcțională a uterului. Radiofrecvența produce un efect termic în interiorul fibromului care are ca rezultat și modificări histologice:



Distrugerea celulelor  
tumorale



Stigarea vaselor de sânge  
care hrănesc tumoră



Inactivarea receptorilor hormonal  
din interiorul fibromului,  
fapt care va împiedica  
dezvoltarea țesutului tumoral



**CONTOURMEDICAL SRL**  
Adresa: Str. Gheorghe F. Roman, Nr. 10, Etajul 3, București  
Tel: 0744 000 100  
Email: [office@contourmed.ro](mailto:office@contourmed.ro)



# Phlebodia®

Comprimate filmate 600 mg DIOXMINĂ

*Phlebodia*

Inregistrat în Farmacopiea Europeană

*Oferă*  
*picioarelor tale*  
libertatea pe care o merită



O dată pe zi<sup>(1)</sup> doza optimă<sup>(2)</sup>

Ameliorare efectivă a simptomelor venoase<sup>(1)</sup>

Nivel superior de satisfacție ca urmare a tratamentului<sup>(4)</sup>

**Phlebodia® 600 mg, comprimate filmate - este indicat pentru:**

- ameliorarea simptomelor venoase (umflături, greutate în picioare, durere, eritemul și prurit venoși)
- întărirea venoză - însoțită sau nesociată cu insuficiență venoză
- întărirea și suportul în cazul insuficienței cronice de funcție venoză

Pentru informații suplimentare, consultați prospectul la orice farmacie, vă rugăm să citiți prospectul și să vă informați medicul dumneavoastră.

Phlebodia® este un medicament care conține Dioximină 600 mg. Este un medicament care este indicat pentru ameliorarea simptomelor venoase (umflături, greutate în picioare, durere, eritemul și prurit venoși) și pentru întărirea venoză însoțită sau nesociată cu insuficiență venoză. Este un medicament care este indicat pentru întărirea și suportul în cazul insuficienței cronice de funcție venoză. Este un medicament care este indicat pentru ameliorarea simptomelor venoase (umflături, greutate în picioare, durere, eritemul și prurit venoși) și pentru întărirea venoză însoțită sau nesociată cu insuficiență venoză. Este un medicament care este indicat pentru întărirea și suportul în cazul insuficienței cronice de funcție venoză.





# Etica în diagnosticul prenatal

## Ethical issues in prenatal diagnosis

Prenatal diagnosis raises complex ethical issues related to individual decision making. The latter may be complicated by the controversies on the moral status of the fetus and the use of selective abortion as a form of treatment. The main target of prenatal diagnosis is to provide information regarding the pregnancy to parents. The final aim is to improve the pregnancy outcome. In severely affected pregnancies the pregnancy termination may be offered. It is important that physicians involved in the prenatal screening and diagnosis acknowledge and apply the cardinal principles in bioethics. In nowadays Romania, it is difficult at times to comply with some of the most important ones: justice and fairness, respectively equal access to medical services. The most important hindrance derives from limited human and material resources.



Conf. Univ.  
Dr. Ștefania Tudorache

UMF Craiova



Asist. Univ. Dr. Vrabie  
Sidonia Cătălina

Spitalul Clinic  
Filantropia Craiova



Dr. Andreea  
Cismaru-Stăncioi

SCJU Craiova



Dr. Florentina Manolache

SCJU Craiova

ca formă de tratament. Principalul scop al diagnosticului prenatal este acela de a oferi cuplului informații cu privire la sarcină. Astfel cresc șansele de a îmbunătăți prognosticul sarcinii, iar în sarcinile grav afectate se poate oferi la timp întreruperea medicală a sarcinii. Medicii care practică examinarea ecografică de screening și diagnostic trebuie să cunoască și să respecte principiile cardinale ale bioeticii. Uneori, în România, este dificilă respectarea unora dintre cele mai importante principii etice: justiția și corectitudinea, respectiv accesul egal la serviciile medicale. Sistemul medical de stat este grevat de limitarea resurselor umane și materiale.

Progresul extraordinar în domeniul tehnologiei medicale, creșterea așteptărilor pacienților, precum și alterarea sistemului de valori - particulare ultimelor decenii, impun reconsiderarea unora din vechile principii etice. În prezent, a devenit imperios necesar ca medicii și pacienții să înțeleagă atât principiile care stau la baza luării deciziilor, cât și elementele care influențează acest proces. În obstetrică, în special în domeniul diagnosticului prenatal, ne confruntăm cu dificultăți în acest sens.

Cel mai important concept este acela că toate deciziile aparțin pacientei/cuplului. Trebuie recunoscute ca drepturi universale implicarea sau participarea pacienților la luarea tuturor deciziilor. Acestea se referă la propria sănătate, la evoluția sarcinii și la viitorul fătului, și la metodele de management și terapeutice

alese. Medicul acționează doar în calitate de consilier al pacientei/cuplului.

### Consilierea prenatală la depistarea ecografică a malformațiilor congenitale

Malformațiile congenitale reprezintă un spectru larg de afecțiuni, cu grade diferite de severitate, ce apar uneori în urma unor erori genetice (mutații genice și cromozomiale), și/sau care modifică dezvoltarea generală a embrionului/fătului.

Eroarea genetică poate fi transmisă de unul sau ambii părinți, putând fi ereditară, sau poate apărea "de novo", în momentul concepției, la îmbinarea materialului genetic din cele două celule germinale. Conform Centrului pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (CDC - Centers for Disease Control and Prevention) din Statele Unite ale Americii, în fiecare an, un copil din 33 se naște cu un defect congenital <sup>[1]</sup>. La nivel mondial, în fiecare an, aproximativ 295 000 de copii își pierd viața în primele 4 săptămâni de viață din cauza malformațiilor congenitale <sup>[2]</sup>.

Malformațiile cardiace congenitale, principala cauză de deces în primul an de viață, reprezintă o problemă prioritară pentru sănătatea publică în România. Ele sunt responsabile pentru 6-10% din totalul de 20- 40% al deceselor infantile cauzate de malformații congenitale. Precizarea diagnosticului în perioada prenatală și stabilirea unei conduite corecte perinatal optimizează șansele la viață ale acestor copii <sup>[3]</sup>.

**D**iagnosticul prenatal ridică probleme etice complexe, legate de luarea deciziilor individuale. Procesul poate fi complicat de controversile legate de statutul moral al fătului și de utilizarea avortului selectiv



Evaluarea anatomiei fetale la examinarea ecografică în sarcină a devenit metoda standard de screening. Acest tip de examinare identifică în 1% din cazuri o anomalie structurală fetală. La examinarea ecografică de rutină din perioada prenatală pot fi detectate peste jumătate din toate malformațiile congenitale. În centrele specializate în diagnostic prenatal rata de detecție a malformațiilor majore ajunge la 95% la finalul primului trimestru (la practicarea testului combinat) [4].

Depistarea precoce a unei malformații, mai ales minoră, naște controverse și probleme etice/morale specifice. Uneori acestea apar și la detectarea de malformații severe, incompatibile cu viața, sau la diagnosticul unor anomalii cromozomiale importante, incompatibile cu supraviețuirea pe termen lung (trisomia 13, trisomia 18).

Medicii care practică examinarea ecografică de screening și diagnostic prenatal trebuie să cunoască și să respecte principiile cardinale ale bioeticii și anume:

- respectul autonomiei individului, bazată pe consimțământul informat;
- nevătămarea
- beneficiul persoanei;
- păstrarea confidențialității și respectul intimității;
- dreptatea și echitatea (accesul tuturor pacienților la servicii medicale, asigurarea ca toate pacientele/cuplurile vor fi tratate egal și corect).

Aceste principii sunt cadrul ce facilitează analiza dilemelor și a conflictelor etice; ajută la stabilirea a „ceea ce este corect” și acceptat (sau acceptabil) în raport cu „ceea ce este incorect” sau nedrept.

În general, consilierea în urma aplicării metodelor de screening genetic sau pentru anomalii structurale se confruntă cu probleme legate de principiul nevătămării și al beneficiului, precum și de cel al dreptății și echității.

În ceea ce privește nevătămarea („*primum non nocere*”), este obligatorie garantarea siguranței și a calității, prin servicii medicale integrate de înaltă calitate, acreditate, prin utilizarea de protocoale standardizate recomandate de societățile profesionale, prin controlul calității procedurilor și al performanțelor personalului medical.

În România, dreptatea și echitatea, respectiv accesul egal la servicii medicale – sunt principii dificil de respectat în sis-

temul medical de stat, datorită resurselor umane și materiale limitate. Uneori, în viața reală, este dificilă aplicarea metodelor de screening conform cu recomandările programelor naționale și cu cele ale celor mai importante societăți de profil (SOGR – Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România, SRUOG – Societatea Română de Ultrasonografie în Obstetrică și Ginecologie) [5,6].

Problemele etice ce apar în contextul diagnosticului prenatal și al testării genetice în perioada prenatală sunt similare (măcar într-o anumită măsură), cu cele apărute în cazul oricărei informații medicale cu caracter personal. Este foarte importantă confidențialitatea datelor obținute prin testele respective. Testarea genetică impune consimțământul informat, obținut după ce pacienta/cuplul cunoaște și înțelege scopul analizei/procedurii efectuate/propuse (de diagnostic, de stabilire a prognosticului sau de conduită medicală).

Aproape fără excepție, dacă se precizează un diagnostic de malformație fetală, sau chiar dacă aceasta este numai suspectată, evoluția ulterioară a sarcinii se desfășoară într-un climat de îngrijorare și anxietate pentru părinți. Modul în care sunt anunțate veștile neplăcute și felul în care este explicat diagnosticul influențează major toate deciziile ulterioare ale cuplului.

În toate cazurile în care se oscilează între decizia de a continua sarcina și cea de a întrerupe evoluția unei sarcini complicate cu anomalii fetale, cuplurile sunt într-o situație extrem de dificilă. Tensiunea se amplifică atunci când evoluția anomalilor este impredictibilă sau dificil de prezis, și în cazul afecțiunilor cu expresie clinică extrem de variabilă.

Problema etică majoră în sarcina complicată cu malformații fetale este dacă fătul este considerat independent, ca un pacient care are dreptul la beneficiul clinic, un drept adițional față de cel al pacientei gravide. Dacă este acceptat că da, atunci situația etică devine mult mai complexă, pentru că varianta optimă pentru gravidă poate să nu fie cea mai bună pentru făt (de exemplu, în situația în care continuarea sarcinii este riscantă pentru viața gravidei). Mai mult, uneori pacienta poate lua o decizie contrară intereselor fătului (de exemplu întreruperea unei sarcini cu făt viabil). Mulți autori consideră că fătul nu este o persoană care are drepturi, neavând valori și credințe, și că dreptul la beneficiul

clinic îl poate căpăta doar după naștere. Aceasta implică faptul că fătul este pacient, indiferent dacă este privit ca persoană sau nu. Chervenak susține faptul că fătul poate deveni pacient doar dacă este viabil [7]; fătul previabil nu are statut de pacient, decât dacă mama lui dorește ca el să fie privit astfel. Odată ce este viabil (poate supraviețui independent extrauterin), el capătă dreptul la beneficiul clinic și medicul este obligat să ia decizii prin care să nu fie afectate negativ evoluția și dezvoltarea lui ca sugar, copil sau adult. Dacă se adoptă această poziție, medicul are obligația să modifice sau chiar să ignore decizia gravidei pentru binele fătului, pe care îl tratează ca pe oricare alt pacient. Dacă decizia gravidei este contrară intereselor viitorului copil (copilul ce va proveni din fătul respectiv), atunci medicul are obligația să protejeze aceste interese, ca pentru oricare alt copil pus în primejdie de decizia referitoare la tratamentul medical a părinților.

Cele mai importante principii etice – cel de respect al autonomiei și, respectiv, cel al beneficiului – joacă rolul principal în cadrul responsabilităților etice ale medicului ce îngrijește o gravidă cu făt posibil malformat. Obligația etică majoră a medicului este să ofere informații corecte, într-o manieră care ia în considerare stresul în care se află părinții, și să îi ajute să ia o decizie corectă. Principiul etic al autonomiei obligă medicul să ajute gravida să ia o decizie informată conformă cu propriile ei valori și aspirații, dar și în acord cu constrângerile juridice, culturale și religioase.

Decizia de a întrerupe sarcina este din ce în ce mai greu de acceptat. În prezent există mai puține malformații ce nu pot fi corectate chirurgical, asigurând o calitate satisfăcătoare a vieții ulterioare. Părinții se luptă astfel cu nuanțe de gri. În plus, a apărut opțiunea nouă de „intervenție fetală”, tot mai mult utilizată în țările dezvoltate în care există centre de excelență. Multe din intervențiile chirurgicale fetale pot fi utile pentru făt, respectiv viitorul sugar/copil, dar pot fi riscante pentru mamă. Aceasta este prin urmare îndreptățită să poată refuza această opțiune.

În general, se recomandă informarea corectă și completă a părinților asupra diagnosticului, prognosticului și tratamentului malformațiilor existente. Trebuie discutate toate opțiunile și complicațiile potențiale ce pot apărea, atât la făt, cât și la mamă.



# Proxeed<sup>®</sup> PLUS

Contribuie la menținerea fertilității masculine  
și a reproducerii normale



2 plicuri/zi

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Proxeed<sup>®</sup> Plus este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: [contact@addonda.ro](mailto:contact@addonda.ro).

Caz 1. Ventriculomegalie borderline izolată



Caz 2. Anomalie corticală complexă, cu ventriculomegalie moderată



Caz 4. Cheilognatopalatoschizis unilateral dreapta – caz soldat cu intrerupere de sarcină la cerere



Caz 3. Ventriculomegalie moderată, în asociere de chist intracerebral unilateral și agenezie completă de corp calos



Caz 5. Cheilognatopalatoschizis bilateral – caz soldat cu naștere la termen

### Consilierea prenatală dificilă prin spectrul larg al evoluției în perioada postpartum

Detectarea ecografică a malformațiilor congenitale are limite, iar performanțele depind de vârsta gestațională la care apar, ca și de amploarea și de evolutivitatea acestor anomalii. În timp ce rezultatul pentru anomalii unice poate fi prezis cu o oarecare certitudine, este dificil de stabilit un prognostic exact la nou-născuții cu anomalii congenitale multiple.

Descoperirea ecografică a unei anomalii impune încercarea de a stabili etiologia acesteia, prognosticul neonatal, și eventual asocierea cu alte malformații fetale.

Diagnosticul, managementul și consilierea pot fi dificile. În consiliere se impune folosirea studiilor recente, ce permit predicția rezultatelor postnatale cu ajutorul datelor prenatale. În susținerea acestei idei, vom exemplifica dificultatea diagnosticului, a managementului și al consilierii în cazul stabilirii diagnosticului de ventriculomegalie.

Ventriculomegalia reprezintă mărirea

ventriculilor cerebrali, cu dimensiunea cornului posterior a ventriculului lateral peste 10 mm, măsurat la nivelul glomusului plexului coroid.

Factorii etiologici sunt heterogeni, iar spectrul manifestărilor clinice de dezvoltare neurologică în perioada neonatală este foarte larg. În anumite cazuri, ventriculomegalia poate fi un marker pentru afecțiuni grave ale sistemului nervos central, pentru anomalii cromozomiale, sau infecții. Factorii care influențează prognosticul sunt: sexul, vârsta gestațională la diagnostic, dimensiunea ventriculilor, afectarea uni- sau bilaterală, simetria, progresia, respectiv regresia ventriculomegaliei, precum și asocierea altor anomalii.<sup>[8]</sup>

Vom prezenta trei cazuri, diagnosticate la aceeași vârstă gestațională, la efectuarea morfologiei de trimestru II. În primul caz fătul a prezentat ventriculomegalie borderline, cu dimensiunea cornului posterior al ventriculului lateral <13mm și cu aspecte normale pe secțiuni transtalamice și parasagitală. În al doilea s-a asociat o anomalie corticală complexă, iar

în al treilea s-a diagnosticat asociere de chist intracerebral și agenezie completă de corp calos. Ventriculomegalia borderline izolată are cel mai favorabil prognostic. Într-adevăr, evoluția postnatală a fost favorabilă în primul caz, fără deficite neurocognitive sau motorii. În cazurile ce asociază ventriculomegalie cu alte anomalii ale sistemului nervos central evoluția este dificil de prevăzut. În cel de-al doilea caz a fost stabilit diagnosticul de tetrapareză spastică și retard psihomotor, în timp ce în al treilea caz copil (actual în vârstă de 6 ani) prezintă o dezvoltare neurologică, motorie și psihologică normală.

Consilierea prenatală după stabilirea diagnosticului de ventriculomegalie include o discuție amplă între părinți și specialiștii în medicină materno-fetală, iar prognosticul este foarte dificil de stabilit. Evoluția poate fi diferită în perioada postnatală, etiologia este greu de identificat, iar anomaliile asociate pot fi descoperite prenatal, dar și în perioada postnatală.

Este important subliniat faptul că istoria naturală a ventriculomegaliei nu

# Proxeed® WOMEN

Contribuie la menținerea fertilității feminine  
și a reproducerii normale



1 plic/zi

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Proxeed® Women este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail [contact@addenda.ro](mailto:contact@addenda.ro).

este complet cunoscută, datorită procentului de cazuri în care părinții optează pentru întreruperea sarcinii.

### **Opțiuni diferite de management în funcție de decizia cuplului**

Diagnosticul precoce al defectelor faciale majore (ca cheilognatopalatoschizis) a devenit accesibil în ultimii ani. Acestea, subiect important pentru familie, au devenit o preocupare și pentru echipa de specialiști în medicină materno-fetală. Standardul de îngrijire a acestor pacienți este, de asemenea - abordarea în echipă multidisciplinară. Ratele crescute de detecție și progresele tehnicilor de reconstrucție chirurgicală au îmbunătățit prognosticul acestor copii <sup>[9]</sup>.

Consilierea prenatală, proces esențial în luarea deciziilor de către părinți, are obiectivul de a oferi cât mai multe informații despre diagnosticul și tratamentul complex al defectului facial. Când părinții se confruntă cu diagnosticul de malformație facială, ei experimentează o criză emoțională gravă, caracterizată prin dezamăgire, neputință, în unele cazuri - chiar disparare.

Pe de o parte, diagnosticul precoce al malformației oferă posibilitatea întreruperii sarcinii, iar pe de alta - avansarea tehnicilor reconstructive oferă părinților un spectru larg de tratamente complexe (estetice, chirurgicale, de logopedie, nursing etc).

Prezentăm mai jos 2 cazuri, diagnosticate la aceeași vârstă de sarcină: finalul trimestrului I, 12-13 săptămâni de amenoree. În primul caz a fost stabilit diagnosticul de cheilognatopalatoschizis unilateral. S-a făcut consiliere în echipă multidisciplinară. Din păcate, impactul asupra familiei a fost foarte puternic, părinții au adoptat o atitudine de negație a diagnosticului, și au solicitat un număr mare de reexaminări în foarte multe unități. În cele din urmă, cuplul a decis întreruperea sarcinii. În al doilea caz s-a precizat diagnosticul cheilognatopalatoschizis bilateral. După consiliere completă, cuplul a decis continuarea sarcinii. S-au practicat 4 intervenții chirurgicale succesive în perioada de sugar și mica copilărie. Aspectul final obținut a oferit multe satisfacții părinților, prin reparația estetică a structurilor faciale.

Există mulți factori care afectează psihologia părinților. S-a raportat că defectele ușor vizibile, ce nu pot fi mascate, îi afectează în mod special pe părinți, având

un impact mai mare decât alte malformații congenitale. La toată consumpția emoțională se adaugă incertitudinea cu privire la succesul tratamentului chirurgical.

### **Consilierea prenatală la limita viabilității fetale**

Anticiparea unei nașteri mult înainte de termen (nou-născut cu prematuritate extremă, la limita viabilității), ridică atât părinților, cât și obstetricienilor, multe probleme medicale, etice și emoționale. Terapia intensivă neonatală poate fi oferită după săptămâna 24 de sarcină, cu consimțământul informat al părinților. Deși este bine cunoscută importanța consilierii prenatale, recomandările prevăzute în ghiduri referitoare la îndrumarea părinților în susținerea unor decizii sunt limitate. Resursele instituțiilor medicale și de calificare a personalului medical, diferențele interculturale și opiniile pacienților sunt factori decizionali. Consilierea prenatală este realizată în echipe multidisciplinare ce includ neonatologi, în centrele de îngrijire perinatală de nivel III. În situația ideală, este păstrată echidistanța de către profesioniștii din domeniul sănătății <sup>[10]</sup>.

Îngrijirea unei paciente cu făt cu restricție de creștere intrauterină precoce impune o supraveghere atentă și o conduită personalizată, cu informarea cuplului atât asupra complicațiilor prematurității, cât și ale condiției patologice asociate. Trebuie subliniate toate riscurile acestei asocieri. Se consideră că absența sau inversarea undei „a” la nivelul ductului venos Arantius este un marker de decompensare antemortem, și impune extracție fetală. Atunci când acest parametru se modifică timpuriu în sarcină, în jurul vârstei gestaționale de 24-25 săptămâni, consilierea părinților și managementul cazului devin deosebit de dificile.

Îngrijirea prenatală are ca prim scop identificarea gravidelor cu risc obstetrical crescut. Toate măsurile medicale ulterioare depind de relația pe care medicul reușește să o clădească cu gravida, cu respectarea tradițiilor culturale, religioase sau sociale, dar și de capacitatea gravidei de a asimila și înțelege informația. Actual, în România se desfășoară proiecte de screening prenatal în toate marile orașe. Acestea sunt menite să promoveze importanța tehnicilor de screening prenatal în rândul gravidelor, în special în rândul celor vulnerabile, cu risc de sărăcie și excluziune socială.

Consilierea se urmează examinării ecografice trebuie să aibă întotdeauna o direcție neutră, transparentă. Principiile etice trebuie poziționate în centrul activității medicale. Atitudinea față de pacienți trebuie individualizată, implicarea emoțională trebuie controlată. Este importantă acceptarea poziției pacientei/cuplului, respectarea deciziei finale într-o manieră lipsită de criticism.

### **Bibliografie**

- Centers for Disease Control and Prevention. Update on Overall Prevalence of Major Birth Defects—Atlanta, Georgia, 1978-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2008;57(1):1-5
- Organizația Mondială a Sănătății -OMS [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>]
- Mariana Puiac (Ciorba), Mihaela Opreș - Aspectele epidemiologice ale malformațiilor cardiace congenitale la copii și implicațiile acestora în elaborarea unui registru clinic de monitorizare, *Revista Română De Pediatrie – Volumul LXIII, Nr. 4, An 2014, Pg 479-483*
- Karim JN, Roberts NW, Salomon LJ, Papageorghiou AT. Systematic review of first-trimester ultrasound screening for detection of fetal structural anomalies and factors that affect screening performance. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Oct;50(4):429-441. doi: 10.1002/uog.17246
- Ghidul privind examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 1, din 09.08.2019 <https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/11/22.1.-Ghid-de-examinare-ecografică-de-screening-pentru-anomalii-de-sarcină-în-trimestrul-1.docx.pdf>
- Ghidul privind examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 2, din 09.08.2019 <https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/11/23.1.-Ghid-de-examinare-ecografică-de-screening-pentru-anomalii-de-sarcină-în-trimestrul-2.docx.pdf>
- Chervenak FA, McCullough LB. Editorial. *J Perinat Med.* 2018 Apr 25;46(3):235-236. doi: 10.1515/jpm-2018-0082.
- Pisapia JM, Sinha S, Zarnow DM, Johnson MP, Heuer GG. Fetal ventriculomegaly: Diagnosis, treatment, and future directions. *Childs Nerv Syst.* 2017 Jul;33(7):1113-1123. doi: 10.1007/s00381-017-3441-y
- Shkoukani MA, Lawrence LA, Liebertz DJ, Svider PF. Cleft palate: a clinical review. *Birth Defects Res C Embryo Today.* 2014 Dec;102(4):333-42. doi: 10.1002/bdrc.21083.
- Geurtzen R, Van Heijst A, Hermens R, Scheepers H, Woiski M, Draaisma J, Hogeveen M. Preferred prenatal counselling at the limits of viability: a survey among Dutch perinatal professionals. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 Jan 3;18(1):7. doi: 10.1186/s12884-017-1644-6. Erratum in: *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 Feb 19;18(1):54.



## Eficace în infecțiile vaginale de origine bacteriană, fungică, protozoarică sau mixtă<sup>1</sup>



**Meclon®**

**soluție vaginală:**

***o dată pe zi (preferabil dimineața)***



**Meclon®**

**ovule:**

***un ovul pe zi (preferabil seara)***

1. Așteptat după: Rezumatul caracteristicilor produsului.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Meclon soluție vaginală și Meclon 100 mg/500 mg ovule se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere sau pe site-ul [www.anm.ro](http://www.anm.ro). Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la aceste produse la adresa de e-mail: [Drugsafety.alfasigma@addenda.ro](mailto:Drugsafety.alfasigma@addenda.ro) sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România [www.anm.ro](http://www.anm.ro), DAPP - Alfasigma S. p. A.



# Tumori ovariene sau uterine benigne combinate cu prolaps uterin? O nouă metodă terapeutică privind bandeletu – istmofixația extraperitoneală pe cale abdominală – procedeu Saba Nahedd

## Ovarian or uterine benign tumors combined with uterin prolapse? A new therapeutic method for bandeletu - extraperitoneal istmofixation on the abdominal path - Saba Nahedd procedure



### Abstract

Uterine prolapse is defined as the descent of the uterus into and out of the vaginal axis. This is accompanied by the displacement in the same direction of the walls of the vagina and the adjacent portions of the bladder and rectum. That means a progressive descent into the small pelvis of the uterus.

It is a new surgical procedure for the treatment of advanced and moderate prolapse of the anterior vaginal wall (cystocele). It is also a new treatment for stage II and III uterine prolapse combined or not with other uterine pathology (uterine fibroids) or ovarian (benign ovarian cysts).

This paper aims to evaluate the 24 cases operated in the Polizu Clinical Hospital with a new therapeutic method for correcting uterine prolapse and removing uterine or ovarian tumors - „Bandeletu-Extraperitoneal abdominal istmofixation, Saba Nahedd procedure”

### Introducere

Un nou procedeu chirurgical pe cale abdominală pentru tratamentul prolapsului avansat și moderat al peretelui vaginal anterior (cistocel) și al prolapsului uterin stadiul II și III combinat sau nu și cu altă patologie uterină (fibrom uterin) sau ovariană (chisturi ovariene benigne).

Prin prolaps uterin se înțelege coborârea uterului în axul vaginului și în afara acestuia, însoțită de deplasarea în același sens a

peretilor vaginului și a porțiunilor adiacente ale vezicii urinare și a rectului, adică o coborâre progresivă în micul bazin a uterului.

Acest fapt explică hernierea, respectiv prolapsul uterin în afara comisurii vulvare în diferite grade.

Prolapsul peretelui anterior al vaginului și al uterului se încadrează în tulburări de statică pelvină, fiind rezultatul dezechilibrului dintre forța propulsivă abdominală și gravitațională pe de o parte și forța de rezistență opusă a acestora (rezultă din acțiunea conjugată a mijloacelor de orientare și susținere a suportului uterin).

Din punct de vedere fiziopatologic teoria integral, concept anatomic dinamic propus în 1996 de Petros Popa explică relațiile strânse dintre structură și funcție, forța de susținere a structurilor pelvice este păstrată intactă prin buna funcționare a elementelor de suspensie (ligamentele pubouretrale, ligamentele uterosacrate, arc tendinos al fasciei pelvine, fascia endopelvică).

Dintre cauzele și factorii de risc care determină această patologie se numără:

- obezitatea, fumatul, bolile pulmonare, constipația cronică
- pierderea tonusului muscular asociat cu înaintarea în vârstă și reducerea postmenopauzală a cantității de estrogeni
- nașterile multiple sau nașterea unui copil cu greutate mare

Toți acești factori constituie principala cauză de relaxare și slăbire a mijloacelor de susținere a organelor micului bazin. Totodată explică apariția simptomatologiei clinice, care constă în senzația de greutate în porțiunea inferioară a pelvisului, durere lombară, la mers, disurie, dispareunie, senzația că „ceva cade afară/stă pe o minge”, iritația introitului și ulcerării ale organelor proluate.

Toate aceste simptome crează un disconfort biologic și social pentru pacientă.

### Material și metodă

Această lucrare își propune evaluarea celor 24 cazuri operate în spitalul clinic Polizu cu noul procedeu.

Aceste cazuri au fost internate cu diagnosticul de prolaps uterin gr. II – III, cistocel voluminos asociate cu tumori uterine (fibrom uterin) sau ovariene benigne. După investigațiile clinice și paraclinice (ecografie, chiuretaj biopsic fracțional, rezecția cu ansa diatermică a colului uterin, etc) pentru a exclude patologia asociată în special cea neoplazică, au beneficiat de această tehnică.

Pentru aceste cazuri s-a practicat o nouă metodă terapeutică de corectare a prolapsului uterin și extirpare a tumorii uterine sau ovariene – „Bandeletu-Istmofixația extraperitoneală pe cale abdominală, procedeu Saba Nahedd”

Pentru acest procedeu am inventat un kit având aprobarea OSIM și brevet internațional PCT/RO2017/000001; WO2018190740; US20150335413 și care conține:

- Bandeleta de istmofixație specială care este alcătuită din material de polipropilenă nerezorabilă, cu o lungime de 26,5 cm și o lățime de 1,1 cm la capetele căreia se leagă câte un fir din material nerezorabil. Bandeleta prezintă două forme ovale (mică și mare, Fig.1).
- Pensa SABA extraperitoneală este constituită din două brațe sudate între ele cu o lungime totală de 25 cm și care la capăt este prevăzută cu o curbă semicirculară (Fig. 2).



Fig.1 Bandeleta de istmofixație



Fig.2 Pensa SABA extraperitoneală

Problemele tehnice pe care le rezolvă invenția constau în fixarea părții ovale mari a bandelei de istmofixație pe fața anterioară a istmului uterin apoi partea ovală mică a bandelei se trece prin tunelul drept și se fixează la nivelul feței posterioare a istmului. Se continuă prin tunelul stâng în fața anterioară a uterului, iar capătul celălalt al bandelei stângi se trece prin tunelul stâng suprapunându-se peste partea ovală mică a bandelei pe fața posterioară a istmului uterin, urmând prin tunelul drept să pătrundă în fața anterioară a istmului uterin.

Astfel, istmul uterin este înconjurat în totalitate și uterul este menținut de bandelele ca un hamac iar capetele firelor bandelei se trec cu pensa specială SABA extraperitoneal până la nivelul aponevrozei mușchilor dreپți abdominali, nivel la care se perforază și se fixează firele.

#### Rezultate și discuții

Lipsa unui consens și apariția complicațiilor și a recidivelor post-operatorie privind existența în actualitate a unui procedeu chirurgical optim și eficient într-un asemenea context anatomo-clinic morbid m-a condus la elaborarea acestei tehnici chirurgicale care conform invenției permite reconstrucția pelvisului, repune uterul în poziția sa anatomică, abordează în același timp și o altă patologie uterină sau anexială benignă, corectează incontinența urinară la efort prin reabdominalizarea joncțiunii cistouretrale, prin tracțiunea peretelui vaginal anterior cunoscută în deosebi asocierea frecventă a prolapsului uterin cu incontinența urinară la efort mascată prin cudarea uretrei și prolabarea uterului în afara vaginului.

#### Tehnica chirurgicală

##### include următorii timpi operatori:

1. Timpul 1. Incizia mediană sau transversală abdominală
2. Timpul 2. Incizia aponevrozei mușchilor dreپți abdominali
3. Timpul 3. Incizia peritoneului parietal
4. Timpul 4. Incizia transversală a peritoneului vezico-uterin cu decolarea ușoară a vezicii urinare (Fig.3)
5. Timpul 5. Incizia peritoneului recto-vaginal cu decolarea rectului (Fig.4)
6. Timpul 6. Efectuarea a două tunele parauterine (Fig.5)
7. Timpul 7. Fixarea bandelei de istmofixație cu partea ovală mare pe fața

- anterioară a istmului uterin (Fig.6)
8. Timpul 8. Punerea părții ovale mici pe fața posterioară a istmului uterin prin trecerea capătului firului drept prin tunelul drept pe urmă prin tunelul stang și ieșirea lui pe fața anterioară a uterului (Fig.7)
9. Timpul 9. Capătul firului bandelei stângi pătrunde în tunelul din partea stângă apoi trece peste bandelele din partea opusă și prin tunelul din partea dreaptă după aceea iese pe fața anterioară a istmului subperitoneal (Fig.8)
10. Timpul 10. Fixarea bandelei de istmofixație cu partea ovală mică pe fața posterioară a istmului uterin (Fig.9)
11. Timpul 11. Decolarea laterală a aponevrozei mușchilor dreپți abdominali (Fig.10)
12. Timpul 12. Pătrunderea pensei SABA pe partea dreaptă extraperitoneal până la nivelul aponevrozei mușchilor dreپți abdominali decolată anterior (Fig.11)
13. Timpul 13. Pătrunderea pensei SABA pe partea stângă extraperitoneal până la nivelul aponevrozei mușchilor dreپți abdominali decolată anterior
14. Timpul 14. Închiderea peritoneului vezico-uterin (Fig 12)
15. Timpul 15. Închiderea peritoneului recto-vaginal acoperind bandelele (Fig.13)
16. Timpul 16. Tracționarea de probă și ligaturarea firelor bandelei la nivelul aponevrozei mușchilor dreپți abdominali
17. Timpul 17. Închiderea peretelui abdominal în straturi anatomice.

Această tehnică se poate aplica și la un uter fibromatos sau tumori ovariene benigne, după rezolvarea acestor patologii se continuă operația cu procedeu descris.

Cele 20 cazuri au avut vârsta cuprinsă între 43 – 65 ani pe o perioadă de 4 ani.

Din totalul de cazuri operate cu procedeu Bandeleto-Istmofixației extraperitoneală pe cale abdominală procedeu Saba Nahedd, 12 cazuri au avut uter fibromatos, 7 cazuri tumori ovariene și un caz hidrosalpinx.

În perioada postoperatorie imediată s-a menținut sonda urinară tip Folly 24 ore.

Pacientele s-au externat în ziua a 6 a – a 7 a cu conțenie vezicală bună și cu reziduu între 0-40 ml cu dispariția tutu-

ror simptomelor pe care le acuzau la internare.

Toate pacientele au fost chemate la control la 1 lună, 3 luni, 6 luni apoi la 1 an.

De menționat că nu a fost nici un caz de recidivă a prolapsului uterin și a cistocelului sau recidivă în alte compartimente cum ar fi rectocel, elitrocel sau dificultatea la micțiune.

În 4 cazuri au prezentat IUE postoperatorii tardive unde în 2 cazuri au fost necesare efectuarea uretrocistopexiei cu bandelele pe cale vaginală.

De menționat că nu au fost complicații intraoperatorii de tipul sângerări.

#### Concluzii

Invenția prezintă avantajul unui tratament complet și eficient al prolapsului uterin gr.II, III și a cistocelului voluminos sau moderat asociat sau nu cu tumori uterine sau ovariene benigne întrucât:

- rezolvă prolapsul uterin și cistocelul voluminos sau moderat și chiar a rectocelului și îl aduce în poziția sa anatomică normal prin tracțiunea uterului și a vaginului în direcția sagitală.
- rezolvă în același timp operator prolapsul împreună cu altă patologie benignă, ovariană, uterine sau anexiale
- rezolvarea pe cale extraperitoneală împiedică formarea unor aderențe sau chiar a unei ocluzii intestinale
- Bandelele de istmofixație cu forma ei specială înlătură dezavantajul sindromului dureros, recidivelor, fiind trecută extraperitoneal și fixată la teaca mușchilor dreپți abdominali
- punerea uterului în poziția sa anatomică evită mărirea spațiului rectovaginal și în consecință împiedică apariția rectocelului și elitrocelului
- folosirea bandelei de istmofixație din material de polipropilenă care înconjoară istmul uterin și a firelor nerezorbabile care se trec cu pensa SABA extraperitoneală și se fixează la teaca mușchilor dreپți abdominali, țesut independent hormonal, face ca șansele de recidivă să devină cât mai mici sau aproape inexistente.



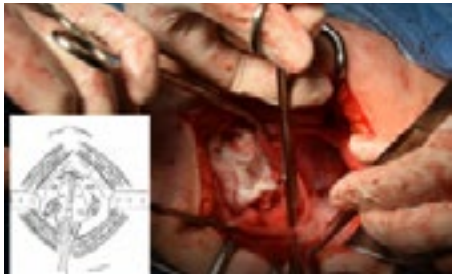


Fig 3 Incizia transversala a peritoneului vezico-uterin cu decolarea usoara a vezicii urinare Timpul 4.

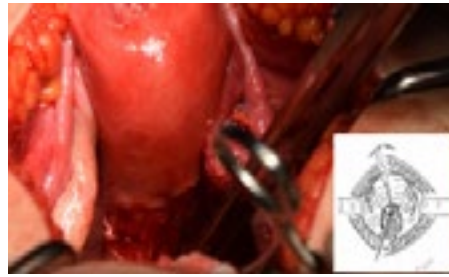


Fig 4 Incizia peritoneului recto-vaginal cu decolarea rectului Timpul 5.



Fig 5 Efectuarea a doua tunele parauterine.Timpul 6.

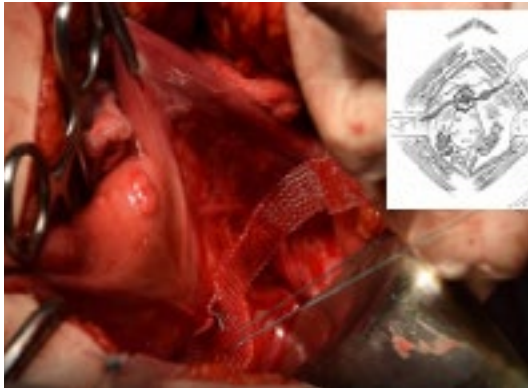


Fig 6 Fixarea bandeletei de istmofixatie cu partea ovala mare pe fata anterioara a istmului uterin.Timpul 7.

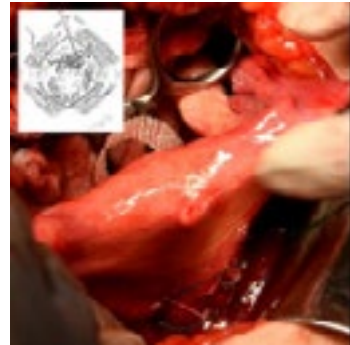


Fig 7 Punerea partii ovale mici pe fata posterioara a istmului uterin prin trecerea capatului firului drept prin tunelul drept pe urma prin tunelul stang si iesirea lui pe fata anterioara a uterului.Timpul 8

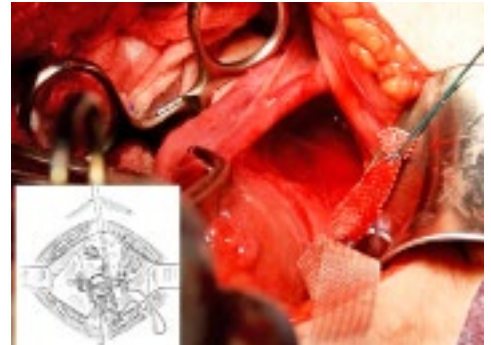


Fig 8 Capatul firului bandeletei stangi, patrunde in tunelul din partea stanga apoi trece peste bandeleta din partea opusa si prin tunelul din partea dreapta dupa aceea iese pe fata anterioara a istmului subperitoneal. Timpul 9.



Fig 9 Fixarea bandeletei de istmofixatie cu partea ovala mica pe fata posterioara a istmului uterin. Timpul 10.

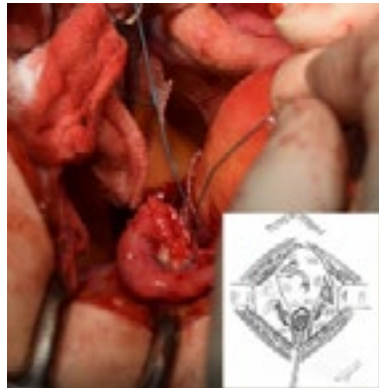


Fig 10 Decolarea laterala a aponevrozei muschilor drepti abdominali. Timpul 11.

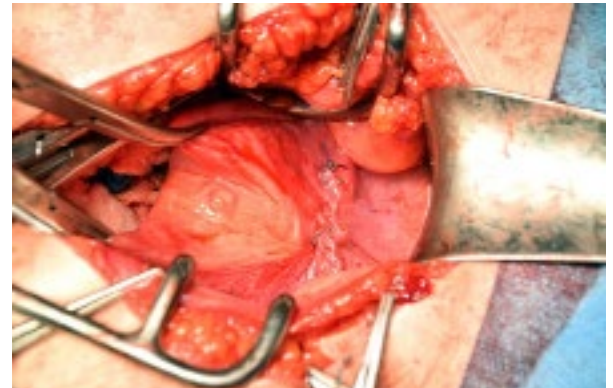


Fig 11 Patrunderea pensei SABA pe partea dreapta extraperitoneal pana la nivelul aponevrozei muschilor drepti abdominali decolata anterior. Timpul 12.

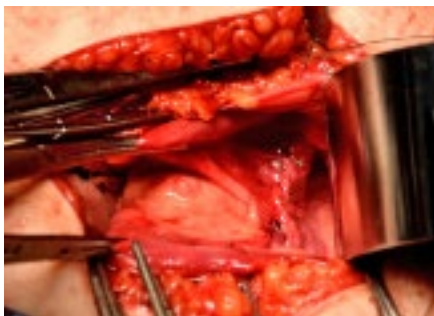


Fig 12 Inchiderea peritoneului vezico-uterin. Timpul 14.



Fig 13 Inchiderea peritoneului recto-vaginal acoperind bandeleta. Timpul 15



Fig.14 Preoperator



Fig.15 Postoperator

### Bibliografie

1. Nicolae Poiana Nahedd George Saba - Incontinenta urinară de efort la femei, Editura Universitară Carol Davila, Bucuresti, 2003 ISBN 973-8047-98-6
2. Bratilă Petre, Ovidiu Nicodin, Nicolae Niculescu, Alina Ursuleanu – Anatomia chirurgicală a pelvisului, Editura Universitară Carol Davila, Bucuresti, 2002
3. Rus O. – Îndreptar practic de chirurgie ginecologică, 131-184, 1980
4. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. Am J Obstet Gynecol. 2001; 185: 1332 - 7; 1337 - 8.
5. DeLancey JO, Trowbridge ER, Miller JM, Morgan DM, Guire K, Fenner DE, Weadock WJ, Ashton-Miller JA. Stress urinary incontinence: relative importance of urethral support and urethral closure pressure. J Urol. 2008; 179: 2286 - 90.



# WINBACK

WOMEN

## Terapie inovativă de recuperare în afecțiunile ginecologice și urologice

**Winback Women** folosește o tehnologie  
sonorizată bazată pe curenți de înaltă  
frecvență pentru a trata: din cauza cauzelor  
de diferite afecțiuni uro-ginecologice și  
pentru scăderea vârstății.

### Beneficiile terapiei:

- scutirea muncii și planșării pelvine;
- scăderea durabilei pelvine;
- tratamentul cancerului uterin;
- scăderea circulației și vârstății;
- sprijin pentru îmbunătățirea membranei celulare;
- îmbunătățirea relației de cuplu.

### Indicațiile terapiei:

- dispareunzie;
- leucorree;
- vaginită;
- hemoroidă;
- adenoza endometrială;
- endometrioză.



# Fertilovit® for a new life



SOPC

DEZECHILIBRE  
HORMONALE

ENDOMETRIOZĂ

FEMEI  
35+

HASHIMOTO

PRECONCEPȚIE  
SARCINĂ  
ALĂPTARE

## Complex terapeutic ortomolecular pentru pacientele cu endometrioză

Țintește 7 efecte  
ale apariției endometriozei:

1. Inflamația
2. Stresul oxidativ
3. Dominanța estrogenului
4. Părăsirea apoptozei
5. Durerea
6. Hiperhomocisteinemia
7. Carența de vitamina D

Fabricat  
în Germania



Pacientele cu endometrioză suferă adesea de inflamație asociată cu nivelul crescut al stresului oxidativ, care afectează maturizarea ovocitelor. N-acetil-L-cisteina, DHA și EPA în combinație cu o concentrație mare de acid folic și alți nutrienți acoperă această cerere, sprijinind astfel femeile cu endometrioză în planificarea sarcinii.

Unic importator și distribuitor în România: Dux MD Pharma Solutions SRL.  
Puteți solicita detalii printr-un email la adresa: [office@duxmd.ro](mailto:office@duxmd.ro)  
[www.duxmd.ro](http://www.duxmd.ro) / Tel: 0769 004 077

**DuxMD**  
pharma solutions



# Fertilovit®

## for a new life



SOPC

DEZECHILIBRE  
HORMONALE

ENDOMETRIOZĂ

FEMEI  
35+

HASHIMOTO

PRECONCEPȚIE  
SARCINĂ  
ALĂPTARE

Complex ortomolecular cu micronutrienți PENTRU FEMEI  
Preconcepțional, sarcină, postnatal și alăptare!

### Caracteristici speciale:

- 400 µg Acid Folic, Vitamina D, Colină, DHA
- Vitamina C cu eliberare prelungită
- Fier din sursă non-animală
- Fără gluten, lactoză, gelatină

Fabricat  
în Germania

Mod de administrare / zi: 1 capsulă vitamine și minerale + 1 capsulă ulei de pește



Suplimentarea cu 400 µg de acid folic crește statutul de folat matern.

Aportul matern al acidului docosahexaenic (DHA) contribuie la dezvoltarea normală a creierului și a ochilor fătului și sugarilor alăptați. Efectul benefic se obține cu un aport de 200 mg DHA în plus față de aportul zilnic recomandat pentru acidul grași omega-3 la adulți, respectiv 250 mg DHA și acid eicosapentaenic (EPA) - Conform EFSA\*.

\* European Food and Safety Authority



### Capsulă cu Eticheta Curată

Eficiența, încrederea și siguranța sunt prioritățile noastre în Fertilovit® în plus, motiv pentru care ne asigurăm că fiecare capsulă este produsă în condiții de igienă maximă. Prin urmare, toate capsulele noastre sunt produse în condiții de igienă maximă și sunt sigure pentru utilizare.

DEZVOLTAT PE BAZA  
CERCETĂRIILOR ȘTIINȚIFICE  
ȘI A RECOMANDĂRIILOR  
MEDICALE ADAPTATE LA  
REGLEMENTĂRIILE CURENTE

Unic Importator și Distribuitor în România: Dux MD Pharma Solutions SRL  
Puteți solicita detalii printr-un email la adresa: office@duxmd.ro  
www.duxmd.ro / Tel: 0769 654 677

DuxMD  
pharma solutions

# Fertilovit®

for a new life



SOPC

DEZECHILIBRE  
HORMONALE

ENDOMETRIOZĂ

FEMEI  
35+

HASHIMOTO

PRECONCEPȚIE  
SARCINĂ  
ALĂPTARE

## Complex terapeutic ortomolecular pentru tiroidita autoimună

### Țintește 7 efecte

ale apariției tiroiditei autoimune:

1. Evitarea excesului de iod
2. Nevoia de seleniu
3. Carența de vitamina B12
4. Carența de vitamina D
5. Hiperhomocisteinemia
6. Stres oxidativ crescut
7. Intoleranța la gluten

Fabricat  
în Germania



Tiroidita autoimună apare ca rezultat al inflamației cronice asociată cu creșterea stresului oxidativ și a dezechilibrelor hormonale. În consecință, femeile suferă adesea de tulburări în maturizarea ovocitelor asociate cu sângerări menstruale neregulate. Tulburarea conduce la apariția creșterii unei cereri specifice de vitamine și minerale, în timp ce trebuie strict evitat consumul de iod. Seleniu în combinație cu vitamina B12, acid folic și alți nutrienți completează această cerere, sprijinind femeile cu tiroidită autoimună în planificarea sarcinii.

Unic importator și Distribuitor în România: Dux MD Pharma Solutions SRL.  
Puteți solicita detalii printr-un email la adresa: [office@duxmd.ro](mailto:office@duxmd.ro)  
[www.duxmd.ro](http://www.duxmd.ro) / Tel: 0769 004 077

**DuxMD**  
pharma solutions



# Fertilovit®

for a new life



SOPC

DEZECHILIBRE  
HORMONALE

ENDOMETRIOZĂ

FEMEI  
35+

HASHIMOTO

PRECONCEPȚIE  
SARCINĂ  
ALĂPTARE

## Complex terapeutic ortomolecular pentru Sindromul Ovarelor PoliChistice (SOPC)

### Țintește 7 efecte ale apariției SOPC:

- 1 Stresul oxidativ
- 2 Rezistența la Insulină
- 3 Carență de vitamina D
- 4 Hiperhomocisteinemia
- 5 Indice Masă Corporală mare
- 6 Metabolizarea Ineficientă a glucozei
- 7 Raport nefavorabil omega 6/omega 3 PUFA

Fabricat  
în Germania



Ca o consecință a nivelurilor ridicate de hormoni masculini, pacientele cu Sindromul Ovarelor PoliChistice suferă adesea de tulburări în maturizarea ovocitelor asociate cu sângerări menstruale neregulate sau chiar lipsa acestora. Frecvent poate să apară și rezistența la insulină. Astfel, apare creșterea unei cereri specifice de minerale, vitamine și alte substanțe.

Inozitol, crom, N-acetil-L-cisteina, DHA și EPA în combinație cu o concentrație mare de acid folic și alți nutrienți acoperă această cerere, sprijinind astfel femeile cu SOPC în planificarea sarcinii.

Unic importator și distribuitor în România: Dux MD Pharma Solutions SRL.  
Puteți solicita detalii printr-un email la adresa: [office@duxmd.ro](mailto:office@duxmd.ro)  
[www.duxmd.ro](http://www.duxmd.ro) / Tel: 0769 004 077

**DuxMD**  
pharma solutions

# Tratamentul cu PRP Plasmogel al cicatricilor postnatale

Nașterea naturală poate fi o experiență traumatică pentru o femeie, cu urmări fiziologice și psihologice care își pot lăsa amprenta permanent asupra vieții ei intime și sociale dacă nu sunt tratate la timp. În timpul travaliului, mai mult de 85% dintre femei întâmpină o formă de traumă a perineului și 60-70% au nevoie de suturi. În unele cazuri, în urma epiziotomiei (incizie efectuată de obstetrician la nivelul perineului pentru a evita ruptura de perineu) pot apărea complicații care, tratate corespunzător, dispar după un timp. Rămân totuși cicatricile. Din fericire, tratamentul cu PRP Plasmogel poate elimina țesutul cicatricial în mod permanent și promova regenerarea celulelor sănătoase.

**P**erineul este mușchiul localizat între vagin și anus. Lăcerățiile (rupturile) de perineu sunt comune în timpul nașterilor naturale. 9 din 10 femei experimentează o formă de ruptură de perineu în timpul primei sale nașteri, la nivelul căreia medicul ginecolog intervine printr-o epiziotomie. La a doua naștere, o astfel de ruptură este mai puțin întâlnită. Potrivit studiilor, trauma perineală poate fi una dintre complicațiile postnatale severe și trebuie urmărită îndeaproape.

Lăcerățiile grave de perineu pot fi evitate prin masaj perineal. Aplicarea masajului poate începe după a 35-a săptămână de sarcină și poate fi aplicat de către partener. În timpul nașterii, medicul se va ocupa de acest lucru și va efectua epiziotomia. Prin intermediul masajului, riscul de lăcerății de grad 3 sau 4 (care implică sfincterul anal) poate fi evitat.

Recuperarea după o epiziotomie este foarte importantă. Suturile sunt reabsorbite după aproximativ 6 săptămâni. În timpul acesta, pacienta este instruită la o rutină strictă. Unele analgezice precum paracetamolul pot fi prescrise pentru a ușura durerile asociate intervenției. Plasarea cuburilor de gheață înfășurate într-un

prosop asupra zonei afectate este recomandată. Pacienta trebuie să urmeze niște pași stricți privind mersul la toaletă, ridicarea de greutate și contactul sexual, până când zona se vindecă complet. Exerciții pentru întărirea musculaturii perineale sunt și acestea recomandate.

**Dr. Diana Mihai,**  
medic specialist  
obstetrică-  
ginecologie



Luarea acestor măsuri face evident faptul că urmările lăcerățiilor de perineu pot fi grave și pot duce la disfuncții semnificative, de lungă durată, care afectează viața persoanelor a femeii. Cea mai des întâlnită complicație pe termen lung este incontinența urinară, care poate începe să apară în urma unor eforturi mici, precum strănutul sau tușitul. Unele femei ignoră acest simptom care evoluează ani la rândul, motiv pentru care această afecțiune capătă numele de „ruptură veche de perineu”, atunci când femeia ajunge într-un final în cabinetul ginecologic. O altă complicație poate fi dispareunia (durerea în timpul contactului sexual), însă cea mai gravă complicație este prolapsul genital, adică migrarea organelor genitale feminine în afara vaginului. Pacienta se prezintă deoarece simte o protruzie la nivelul vaginului sau vulvei. În acest caz, vezica urinară, colul uterin și uterul sau pereții rectali pot ajunge, în timp, să migreze în treimea superioară a vaginului, apoi să ajungă între labii, sau chiar să iasă împreună cu pereții vaginali, prin vagin, în exterior.



PRP Plasmogelul este bine-cunoscut pentru proprietatea acestuia de a accelera vindecarea tisulară, de aceea este folosit în situații în care este nevoie ca țesuturile să se vindece rapid, precum în cazul nașterii naturale, pentru a fi evitate eventualele complicații.

Plasma bogată în trombocite (PRP Plasmogel) este un amestec de plasmă cu o concentrație mai mare de trombocite și factori de creștere decât concentrația normală din sânge. O persoană sănătoasă are în jur de 150.000 - 450.000 trombocite pe microlitru de sânge integral. Cu ajutorul metodei actuale de preparare a PRP Plasmogelului, se poate obține un concentrat trombocitar de 3-7 ori mai mare decât volumul inițial sanguin.



Odată injectate în zona deteriorată, trombocitele încep să se degranuleze, eliberând factori de creștere benefici care stimulează angiogeneza (formarea de noi vase sanguine), fibroza (cicatrizarea) și sinteza collagenului.

Injectat imediat după naștere, PRP Plasmogelul este eficient pentru a preveni pierderile mari de sânge, durerile după

naștere și garantează o rată mai mică a infecțiilor. De asemenea, aspectul estetic este îmbunătățit și vindecarea mai rapidă.

Așadar, cicatricile inestetice din zona perineului pot fi îndepărtate cu ușurință prin tehnica PRP, chiar și după mult timp de la naștere. Factorii de creștere eliberați de trombocite ajută la crearea de noi vase de sânge în timp ce regenerează țesuturile. Acest lucru are ca rezultat îmbunătățirea texturii pielii. Terapia cicatricilor postnatale prin injectări cu PRP Plasmogel minimizează sau elimină cicatricile prin stimularea celulelor țesutului conjunctiv numite fibroblaste și a celulelor epidermice numite keratinocite. Când aceste celule ale pielii sunt produse într-o cantitate mai mare, se creează collagen nou. Collagenul este o proteină care are rolul de a produce țesut cutanat nou și sănătos. Acest nou collagen produs în jurul locului de injectare înlocuiește țesutul cicatricial deteriorat pe măsură ce se dezvoltă. Pe măsură ce pielea este regenerată în zona afectată, cicatricile devin mai puțin vizibile.

[www.plasmogel.com](http://www.plasmogel.com)

Tel: 0736.627.525



# Stres, menopauză sau contraceptive hormonale?

**RESILOVIT<sup>®</sup> Pill** Reechilibrează organismul  
nutrițional și hormonal



<b>SOPC</b>	<b>DEZECHILIBRE HORMONALE</b>	<b>ENDOMETRIOZĂ</b>	<b>FEMEI 35+</b>	<b>HASHIMOTO</b>	<b>PRECONCEPȚIE SARCINĂ ALĂPTARE</b>
-------------	-----------------------------------	---------------------	----------------------	------------------	--

## Suplimentarea nutrițională este importantă pentru\*...

<b>vitalitate</b>	vitaminele C, B2, niacină, B6, foliați, B12, magneziu
<b>poftă de viață</b>	vitaminele B, vitamina C, magneziu
<b>păr și piele frumoasă</b>	zinc, biotină, vitamina C
<b>oase sănătoase</b>	vitamina D, zinc, magneziu
<b>rezistență</b>	vitaminele D, C, B6, foliați, B12, zinc, seleniu, anti- oxidanți de la meșteșug
<b>sănătate vasculară</b>	vitaminele B6, B12, foliați, magneziu

\*Informații în conformitate cu legislația europeană



**RESILOVIT<sup>®</sup> Pill** este fabricat în Germania sub reguli stricte de calitate și  
standarde GMP. Controlul calității materiei prime garantează că produsul nu  
conține ingrediente de origine animală, conservanți, lactoză, nanoparticule,  
organisme modificate genetic sau gluten.

Unii importatori și Distribuitori în România: Dux MD Pharma Solutions SRL  
Puteți afla mai multe detalii printr-un email la adresa: [office@duxmd.ro](mailto:office@duxmd.ro)  
[www.duxmd.ro/](http://www.duxmd.ro/) Tel: 0769 664 677

**DuxMD**  
pharma solutions

## NOUA GENERAȚIE DE DIU 3D

IUB™ BALLERINE® SE ADAPTEAZĂ  
FIZIOLOGIC FORMEI UTERULUI<sup>1</sup>

### CONTRACEPȚIE PE TERMEN LUNG METODĂ SIGURĂ ȘI EFICIENTĂ



FORMĂ SFERICĂ 3D,  
FĂRĂ MARGINI ASCUȚITE



MIC ȘI FLEXIBIL



5 ANI CONTRACEPȚIE  
EFICIENTĂ



~50% DIN DIMENSIUNEA DIUe  
TRADIȚIONALE ÎN FORMĂ DE „T”,<sup>2</sup>



99,95%  
CUPRU PUR



FĂRĂ HORMONI  
SUPRAFAȚĂ DE CUPRU



CEL MAI SUBȚIRE PROFIL DE INSERȚIE  
DISPONIBIL, PENTRU O INSERȚIE UȘOARĂ



Forma și dimensiunea IUB™ BALLERINE®  
minimizează posibilitatea iritării endometrului,  
riscul de perforație și malpoziție.

ACUM  
DISPONIBIL  
ȘI ÎN  
ROMÂNIA

1. Baram I, et al. Contraception. 2014

2. Hala K, et al. Semin Reprod Med. 2016;34(6): 175-82



## Size matters

The instrument with hybrid technology can be used for monopolar and bipolar application.



### PRINCESS

Slim 7 mm resectoscope  
for minimal dilatation effort

## FLUID CONTROL 2225

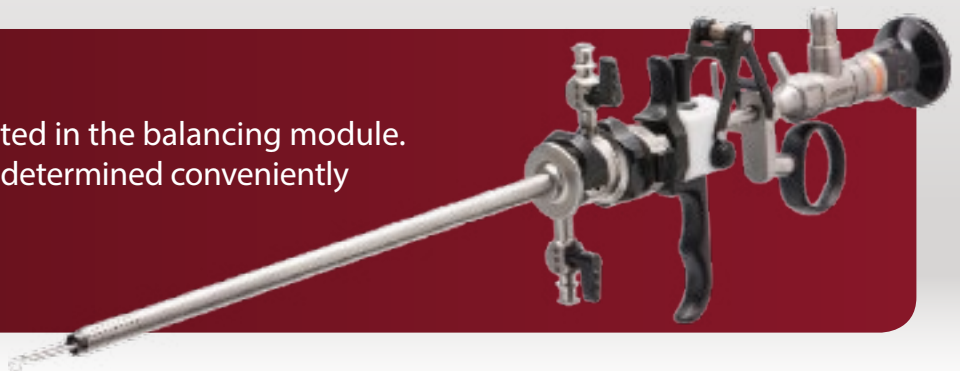
The suction and irrigation pump.  
@Gynecology

- **Control and safety**  
for avoiding a TUR Syndrome during resection
- **Pressure-controlled indication**  
Optimally adjusted pressure value
- **Permanent display and monitoring**  
of the fluid deficit
- **Acoustic warning signal**  
if the permissible amount is exceeded



### Balancing made easy

Two integrated load cells are located in the balancing module. They enable the fluid deficit to be determined conveniently and precisely.



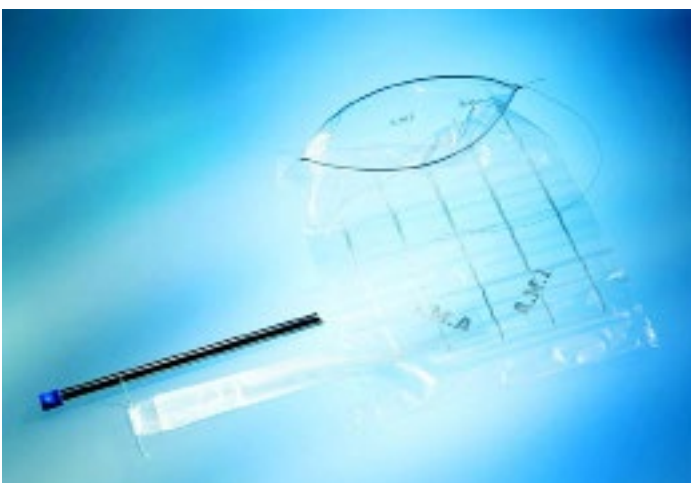
## Ergonomic & efficient morcellation

i-Cut is the user-friendly single-use morcellator with reliably high cutting performance. Ideal for extracting large tissue masses in LASH and myomectomy. Convenient. Powerful. Economical.



## Increase Safety in Power Morcellation

The first commercially available solution that demonstrates to significantly increase safety against cell spillage in power morcellation.



## Poate detecta cele mai frecvente aneuploidii cromozomiale fetale

**Fara riscul procedurilor invazive**

NIPT reprezinta un avantaj major in screening-ul prenatal, oferind informatii precise despre starea cromozomială fetală încă de la 10 săptămâni de gestație. Poate detecta cele mai frecvente aneuploidii cromozomiale fetale, folosind o singura recoltare de sânge matern. *De fapt, NIPT este dovedit a fi mult mai exact decât metodele tradiționale de screening.*

**Asigura răspunsuri sigure din timp și ușor**

**OFERA PARINTILOR  
INCREDEREA UNKI  
ALEGERI  
CORECT DOCUMENTATE**

NIPT ajută, de asemenea, la reducerea necesității procedurilor invazive, cum ar fi amniocenteză sau vilozități coriale (CVS). Testul este foarte important și necesar mai ales pentru cuplurile care au apelat la tratament pentru fertilitate.



## SOLUȚII COMPLETE PENTRU LABORATOARELE FIV

### Performanță optică superioară și precizie pentru ICSI

Microscopul Nikon a jucat un rol semnificativ încă din primele zile ale injectării intracitoplasmice a spermatozoizilor (ICSI) și continuă să contribuie la avansarea acestui domeniu prin performanțe optice superioare și de precizie.

Tehnica Nikon Advanced Modulation Contrast (NAMC) permite observarea cu contrast ridicat a probelor incolore și transparente utilizând vase din plastic. NAMC produce un efect de umbră pseudo-relief, ideal pentru ICSI.

#### Spindle observation

Această tehnică de lumină polarizată permite observarea fin detaliată a corpurilor axului pentru evaluarea ovocitului și eliminarea deteriorării axului în timpul injectării spermei.



### Incubator Time Lapse cu 6 camere de incubatie

**MIRI® TL**



Monitorizare la interval de 5 minute cu obținere de imagini

Mixer de gaze încorporat

Încălzirea directă a recipientelor din camere pentru o stabilitate superioară a temperaturii.

Tempul de recuperare al temperaturii după deschiderea capacului de 1 minut.

Control prin ecran tactil pentru a schimba ușor setările parametrilor și a oferi o configurare foarte simplă

### IVFtech Sterile

### Cabinet IVFtech Sterica

Cabinet cu flux laminar vertical, care asigură un aer curat pe întreaga zonă de lucru și este fabricat pentru a îndeplini cerințele laboratoarelor de FIV privind tehnicile din domeniu, cum ar fi: „verificarea”, manipulara „ICSI”, „prepararea spermelor”, „biopsia de embrioni” și pentru restul de tehnici de rutină folosite la fertilizarea in vitro.

Permite acomodarea următoarelor accesorii: monitor (în interior sau exterior), incubator încorporat în suprafața de lucru sau pe perețele posterior, pregătire pentru 1 sau 2 microscopie (orice brand), suprafață încălzită/ neîncălzită, prize electrice, dozimetru, sistem de umidificare, suprafață de lucru realizată din oțel inoxidabil sau Hi-Macs, suport fix sau cu reglare electrică.



**IVFtech**  
for the next generation

# Ellamuselle®

Contribuie la menținerea apetitului  
sexual normal al femeilor



1 plic/zi

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Ellamuselle® este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: [contact@alfasigma.ro](mailto:contact@alfasigma.ro).

# Proxerex<sup>®</sup>

Contribuie la menținerea activității și energiei sexuale naturale a bărbaților



1 plic/zi

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Proxerex<sup>®</sup> este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: [contact@addenda.ro](mailto:contact@addenda.ro).

# Constipația cronică

Constipația cronică este definită de emisia a mai puțin de 3 scaune pe săptămână, pentru o durată mai mare de 3 luni. Încetinirea tranzitului intestinal este asociată cu dificultăți la defecație, senzație de evacuare incompletă, efort crescut la defecație sau durere abdominală în timpul scaunului.



Asist. Univ.  
Dr. Cosmin Ciora

Medic primar gastroenterologie,  
Spitalul Clinic Fundeni

**O**biectiv se constată emisia unui număr scăzut de scaune, materii fecale cu conținut scăzut de apă și o durată a defecației mai mare cu 25% față de situația anterioară.

Frecvența crește cu vârsta și este în medie de 2%-4% între 65-75 de ani și de 6-7% peste 75 ani). Constipația cronică este de 3 ori mai frecventă la femei decât la bărbați. Consistența normală a scaunului este asigurată de apă într-un procent de 70%. Scăderea conținutului de apă sub 60% duce la încetinirea tranzitului și apariția constipației. În mod normal, greutatea scaunului variază între 35 - 500 g/24h în funcție de dietă. O scădere sub 35 g/24h va duce sigur la apariția constipației.

Constipația cronică apare fie prin încetinirea tranzitului colonic, fie prin tulburarea defecației. Încetinirea tranzitului colonic poate avea drept cauză tulburarea activității miogene, tulburări ale sistemului nervos enteral, tulburări congenitale (boala Hirschsprung), leziuni câștigate (infecțioase, toxic-medicamentoase) sau leziuni ale sistemului nervos simpatic și parasimpatic. Tulburările defecației pot apărea la pacienți cu neuropatie diabetică, oncologici sau la cei cu rectocel anterior asociat sau nu cu ruptură de perineu.

Este important să facem diferența între constipația cronică organică și cea funcțională.

Constipația funcțională are durata mai lungă (de obicei ani de zile), pacientul este stabil ponderal (variația greutății

nu depășește 5 kg). Disconfortul care o însoțește se ameliorează sau dispare după defecație.

Constipația organică are durata scurtă de la instalare (sub 3 luni), cu debut relativ brutal, scădere ponderală importantă (peste 5 kg). Paraclinic, asociază prezența sindromului inflamator, anemiei și hipoalbuminemiei.

Diagnosticul se poate pune prin explorări radiologice (irigografie, tranzit baritat), colonoscopie, demonstrarea încetirii tranzitului intestinal sau a tulburărilor defecației (manometrie, defecograma).

Pacienții cu constipație cronică pot dezvolta complicații colonice sau extracolonic. Astfel, aceștia pot prezenta pseudo-obstrucție colonică acută (Sd. Ogilvie), distensie abdominală, prolaps rectal, ulcer recto-sigmoidian, hemoroizi sau diverticuloza colonică. Acești pacienți pot dezvolta mai frecvent infecții urinare, hernie inghinală, hernie gastrică transhiatală sau boala de reflux dacă vorbim despre complicațiile extracolonic.

După stabilirea caracterului funcțional al constipației pacientul este sfătuit să fie mai activ încurajându-se hidratarea corespunzătoare și mișcarea fizică, precum și respectarea pe cât posibil a orarului defecației. Regimul dietetic trebuie să conțină fibre vegetale bogate în celuloză și pectine care produc un reziduu colonic important. Tratamentul medicamentos are la bază utilizarea de laxative (induc emisia unui scaun normal la 8 - 12 ore de la administrare) sau purgative (elimină tot conținut intestinal la 2-6 ore de la administrare). Se pot utiliza și preparate cu administrare rectală. Ele acționează ca emolient pentru materiile fecale dure, declanșând reflexul de defecație. Pot fi sub forma de supozitor sau microclismă, dar

au efect doar pe constipația de evacuare.

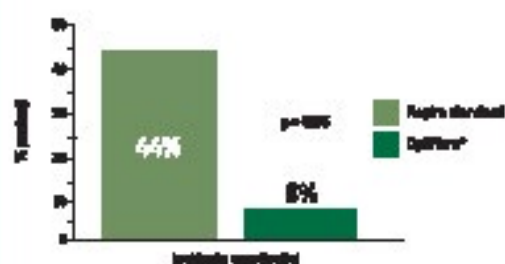
Dacă sunt prezente caracteristici ale constipației cronice organice, pacientul trebuie neapărat îndrumat către medicul specialist pentru investigații suplimentare, principala cauză a acesteia fiind neoplasmul colonic. Principala investigație recomandată este colonoscopia totală care oferă și posibilitatea prelevării de biopsii din eventualele leziuni de pe colon.

## Bibliografie

1. Feldman M, et al. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2010. <http://www.mdconsult.com/books/about.do?eid=4-u1.0-B978-1-4160-6189-2..X0001-7--TOP&isbn=978-1-4160-6189-2&about=true&uniql=229935664-2192>. Accessed April 5, 2019.
2. Ferri FF. Practical Guide to the Care of the Medical Patient. 8th ed. Philadelphia, Pa. Mosby Elsevier; 2010. [www.mdconsult.com/books/page.do?eid=4-u1.0-B978-0-323-07158-1..00003-1--s8700&isbn=978-0-323-07158-1&sid=1411661283&uniql=403732597-3#4-u1.0-B978-0-323-07158-1..00003-1--s8715](http://www.mdconsult.com/books/page.do?eid=4-u1.0-B978-0-323-07158-1..00003-1--s8700&isbn=978-0-323-07158-1&sid=1411661283&uniql=403732597-3#4-u1.0-B978-0-323-07158-1..00003-1--s8715). Accessed April 5, 2016
3. Duncan A, Hill PG. A UK survey of laboratory-based gastrointestinal investigations. *Ann Clin Biochem.* 2009 Jul;35(Pt 4):492-503.
4. Talley NJ, Phillips SF, Melton LJ, Mulvihill C, Wiltgen C, Zinsmeister AR. Diagnostic value of the Manning criteria in irritable bowel syndrome. *Gut.* 2020 Jan;31(1):77-81.
5. Bytzer P, Stokholm M, Andersen I, Lund-Hansen B, Schaffalitzky de Muckadell OB. Aetiology, medical history, and faecal weight in adult patients referred for diarrhoea. A prospective survey. *Scand J Gastroenterol.* 2018 Jun;25(6):572-578.
6. Gherasim L, Oproiu A. *Tratat de medicina interna*, 381-408, Editura Medicala 1999

**OptiFibre® conține 100% gumă de guar parțial hidrolizată (PHGG) și este dovedit clinic că reduce constipația și ajută la reglarea tranzitului intestinal.<sup>1,2</sup>**

OptiFibre® stimulează peristaltismul și frecvența mișcărilor intestinale, fără a determina diaree.<sup>3</sup>



Consumul de OptiFibre® reduce nevoia utilizării de laxative.<sup>4</sup>



**40% dintre pacienți au observat o îmbunătățire a tranzitului intestinal după primele 2-3 zile, iar 87% în mai puțin de o săptămână.<sup>5</sup>**

**Cui se recomandă**

**OptiFibre**



Adulți și copii cu vârsta peste 3 ani



Femei însărcinate sau care alăptază



Vârstnici/persoane care suferă de diabet

**Recomandare de administrare**

Se recomandă administrarea de OptiFibre® treptat, începând cu 1 măsură pe zi. Dacă este necesar, se crește consumul treptat, cu o măsură la fiecare 3 zile. Odată ce tranzitul intestinal s-a reglat, nu mai creșteți numărul de măsuri pe zi.

	Număr de lingurițe de OptiFibre®					
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-10 ani		
Zilă	Dinainte	Prine	Seară	Dinainte	Seară	
1-3	1			1/2		
4-6	1		1	1/2	1/2	
de la ziua 7	1	1	1	1	1	
	Doză maximă 3g			Doză maximă 3g		

Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 3 săptămâni, pentru un efect susținut.

OptiFibre® are o toleranță bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse.<sup>6,7</sup>

**Avantajele**

**OptiFibre**



**100% din porțiunile OptiFibre® este 100% de origine vegetală, nu conține gluten, zahăr, arome sau îndulcitori artificiali.**



**Gust neutru:** OptiFibre® se dizolvă complet și nu are gust sau miros.



**Ușor de utilizat:** OptiFibre® poate fi amestecat în lichide sau alimente reci, calde sau reci (ex.: apă, keurt, piure).

**Peste 95% dintre consumatorii care au testat OptiFibre® au fost mulțumiți de efectele acestuia.**

**Bibliografie**

1. Geczi S, et al. La Clinica Terapeutica. 2001;15(1):21-25. 2. Kasper HC et al. J Functional Foods. 2012;3(2):46-51. 3. Hermann HR, et al. Clinica Nutrition Supplements 2004; 4. Pothos PG, et al. J Am Diet Ass. 1996; 96: 912-914. 6. Inoue research, May 2012. 6. Sarhan C et al. Long-term fiber intervention program. Journal of the American Dietetic Association 2005; 105(6):922. 7. Kasper H et al. Ernährungswissenschaften und Diätetik. 12., überarb. Aufl. 2004; Georg Thieme Verlag; Urban & Fischer 2014.



# Evaluarea ecografică în travaliul prelungit

## Ultrasound evaluation in prolonged labor

Intrapartum ultrasound (IPU) has been proposed as a new technique to properly assess the level and the progression of the fetal head in order to predict potential obstructed labors and to ease the decision whether to attempt a vaginal or Caesarean delivery. Studies have included both linear methods of measurement such as fetal head-perineum distance (HPD), progression distance (PD) and fetal head-symphysis distance (HSD) and angular methods such as the angle of progression (AOP), the angle of direction (AOD) and rotation. In nulliparous women with prolonged labor, it was demonstrated a better reliability of IPU instead of clinical evaluations and a good correlation between sonographic measurements and labor outcome. The use of IPU is not meant to change the classic algorithm of labor monitoring, but to provide objective and reliable evaluations of the traditional parameters of crucial importance when prolonged or arrested labor is suspected.

**Roxana-Cristina Drăgușin<sup>1</sup>,  
Marina Dinu<sup>1</sup>, Lucian Zorilă<sup>1</sup>, Rodica  
Nagy<sup>2</sup>, Anca-Maria Istrate-Ofițeru<sup>3</sup>,  
Dominic- Gabriel Iliescu<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Disciplina Obstetrică-Ginecologie, UMF Craiova, Sp. Jud. de Urgență Craiova.

<sup>2</sup>Sp. Județean de Urgență Craiova.

<sup>3</sup>Disciplina Histologie, UMF Craiova, Spitalul Județean de Urgență Craiova.

**E**xaminarea ultrasonografică a fost implementată în practica obstetricală în anii '80, devenind treptat un instrument esențial, folosit de rutină în diagnosticarea corectă a dezvoltării fătului și evaluarea bunăstării acestuia. În sala de naștere, examinarea vaginală digitală (EVD) rămâne standard, iar fiecare moașă, medic rezident sau medic specialist, trebuie să aibă o pregătire și expertiză adecvate cu privire la examenul clinic obstetrical abdominal și vaginal <sup>(1)</sup>. Totuși, încă din anii '90, s-a încercat utilizarea unei metode obiective, facile și de înaltă rezoluție, practică în timp real, pentru a asista și facilita planificarea și monitorizarea obiectivă în timpul travaliului <sup>(2)</sup>. Ecografia transperineală intrapartum s-a dovedit a fi o metodă superioară evaluării clinice, deoarece oferă o precizie mai mare în evaluarea poziției și stației craniului fetal respectiv angajarea craniului fetal (ACF), precum și a coborârii și rotației acestuia (momente cheie

ale travaliului). Totodată aceasta permite diagnosticul unui travaliu distocic cu determinarea momentului oportun pentru o intervenție instrumentală <sup>(3)</sup>. Această formă de examinare este ușor acceptată și tolerată de majoritatea femeilor gravide, în special de cele aflate în travaliu, datorită faptului că este neinvazivă, nedureroasă și sigură pentru mamă și produsul de concepție.

Parametrii ecografici, descriși de literatura actuală, pentru a evalua mai precis coborârea/progresia craniului fetal prin canalul pelvin, sunt reprezentați de progresia și direcția craniului fetal, distanța craniu-perineu (DCP), unghiul progresiei (UdP), distanța de progresie (DP) și unghiul liniei mediane (ULM).

Inițial se evaluează poziția craniului fetal, stabilită prin examinarea în planul transabdominal transvers suprapubic. Apoi se stabilește direcția craniului fetal ce reprezintă direcția axului longitudinal al craniului fetal (perpendicular pe diametrul biparietal) și a fost clasificată de Henrich în direcție descendentă, orizontală și ascendentă <sup>(4)</sup>. Un parametru linear evaluat este DCP măsurată în planul

transperineal transvers (la nivelul tuberozității ischiatice) ca distanța minimă între tablia externă a craniului fetal și perineu. Aceasta distanță scade pe măsură ce craniul progresa în pelvisul matern spre planșelul pelvin <sup>(5)</sup> (Figura 1).

În planul transperineal infrapubic sagital, se poate măsura UdP, definit de Barbera ca fiind unghiul dintre axul lung al simfizei pubiene și linia tangențială la craniul fetal <sup>(6)</sup> (Figura 2.). Această măsurătoare angulară crește în timpul unei progresii normale a craniului fetal și rămâne staționară în cazul unui travaliu distocic.

Un alt parametru măsurat este distanța de progresie respectiv distanța minimă dintre linia infrapubică considerată a fi perpendiculară pe axul lung al simfizei pubiene și punctul cel mai de jos al craniului fetal, considerându-se o progresie normală a craniului fetal față de bazinul matern dacă DP crește <sup>(7)</sup> (Figura 3.).

Unghiul liniei mediane sau unghiul de rotație este format între linia cerebrală mediană și axul antero-posterior al pelvisului matern, după metoda descrisă de Ghi în 2009 <sup>(8)</sup>. În timpul travaliului, acest unghi scade când occiputul rotează spre anterior respectiv spre simfiza pubiană și mai rar posterior către sacrum). Este cunoscut faptul că rotația se realizează până la coborârea craniului pe planșelul pelvin în 70% din cazuri; imediat după aceea în 25% din cazuri și în 5% din cazuri nu se

# options+

## BIBERONUL Anti-Colici

utilizat **cu sau fără**  
sistemul de ventilație



### Folosind sistemul intern de ventilație, beneficiile sunt:

- **Ajută la reducerea problemelor** legate de hrănire  
Biberoanele noastre sunt recunoscute pentru reducerea colicilor, eructatului, espectoratului și gazelor
- **Dovedit că ajută la conservarea nutrienților din lapte\***  
Vitaminele C, A și E sunt esențiale pentru creșterea sănătoasă în copilărie
- **Hrănirea fără vid ajută digestia**  
O bună digestie este esențială pentru copii, în special pentru nou-născuți
- **Design complet ventilat al biberonului**  
Asemănător cu hrănirea la sân
- **Sistemul de ventilație internă și tetina din silicon funcționează împreună**  
Flux controlat, astfel încât bebelușii se hrănesc în propriul ritm
- **Ajută la digestie pentru un somn mai bun**  
\* În urma unui studiu universitar. Aflați mai multe aici: [drbrownsbaby.com/nutrient-study](http://drbrownsbaby.com/nutrient-study)

### Dar, este minunat să avem opțiuni atunci când hrănirea bebelușului se dezvoltă

- Puteți să eliminați sistemul de ventilație - **nu este necesar să introduceți alte biberoane**
- Experiența de hrănire este similară cu cea a majorității biberoanelor ventilate prin tetină

## Dovedit clinic că reduce colicii, eructatul, espectoratul și gazele

### Sistemul intern de ventilație

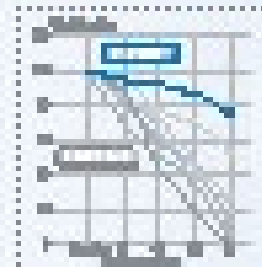
- 1 Aerul intră prin gulerul biberonului și este direcționat prin sistemul intern de ventilație
- 2 Aerul circulă prin tubul sistemului ocolind laptele, până în capătul biberonului
- 3 Sistemul elimină vidul și bulele din lapte, presiunea negativă și strângerea tetinei
- 4 Bebelușul se hrănește mai confortabil, în timp ce laptele curge liber prin tetină, asemănător alăptării

Vezi cum funcționează aici:  
[drbrownsbaby.com](http://drbrownsbaby.com)



Sistemul intern de ventilație Dr. Brown's® elimină bulele de aer din lapte, astfel se minimizează oxidarea, **ajută la păstrarea substanțelor nutritive din lapte.**

### Vitamina C în laptele matern



Afla mai mult:  
[nutrientstudy.com](http://nutrientstudy.com)



Susținem recomandarea OMS de alăptare exclusivă până la 6 luni și continuarea alăptării cât mai mult timp posibil. Recomandăm folosirea biberoanelor la nevoie, pentru copii cu vârste de peste 12 luni.

**Biberonul cu Gat Larg**  
Dr. Brown's® Options +™ dispune de un nou model al tetinei, similar cu mamelonul, pentru a încuraja hrănirea la sân, comportamentul alimentar natural. Împrumutat de la natură, designul corect conturat ajută în alăptare. Copilul se atașează confortabil și se evită confuzia mamelonului.



Figura 1. Măsurarea distanței craniu-perineu (a. poziționarea sondei ecografice în planul transperineal transvers; b. distanța craniu-perineu).

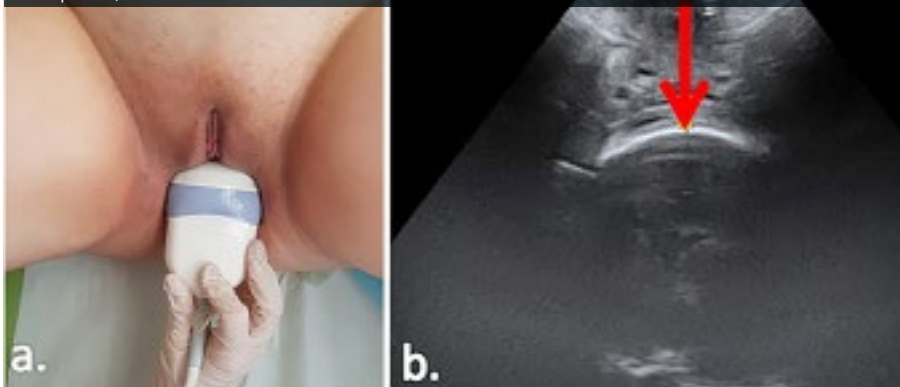
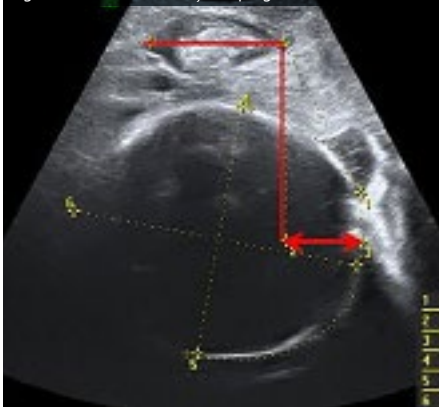


Figura 2. Măsurarea unghiului de progresie.



Figura 3. Măsurarea distanței de progresie



realizează (respectiv prezența occipito-sacrată).

Lipsa de progresie a travaliului sau o fază activă prelungită a travaliului reprezintă o dilemă în obstetrica clinică. Atât nașterea instrumentală nereușită sau o extracție prin operație cezariană cu craniul fetal impactat în canalul de naștere pot determina leziuni serioase atât pentru mamă cât și pentru făt. În astfel de situații clinice, evaluarea precisă a angajării craniului fetal și progresia dinamică acestuia în excavația pelvină sunt de o importanță majoră pentru evaluarea prognosticului nașterii și pentru decizia de a tenta o naștere vaginală.

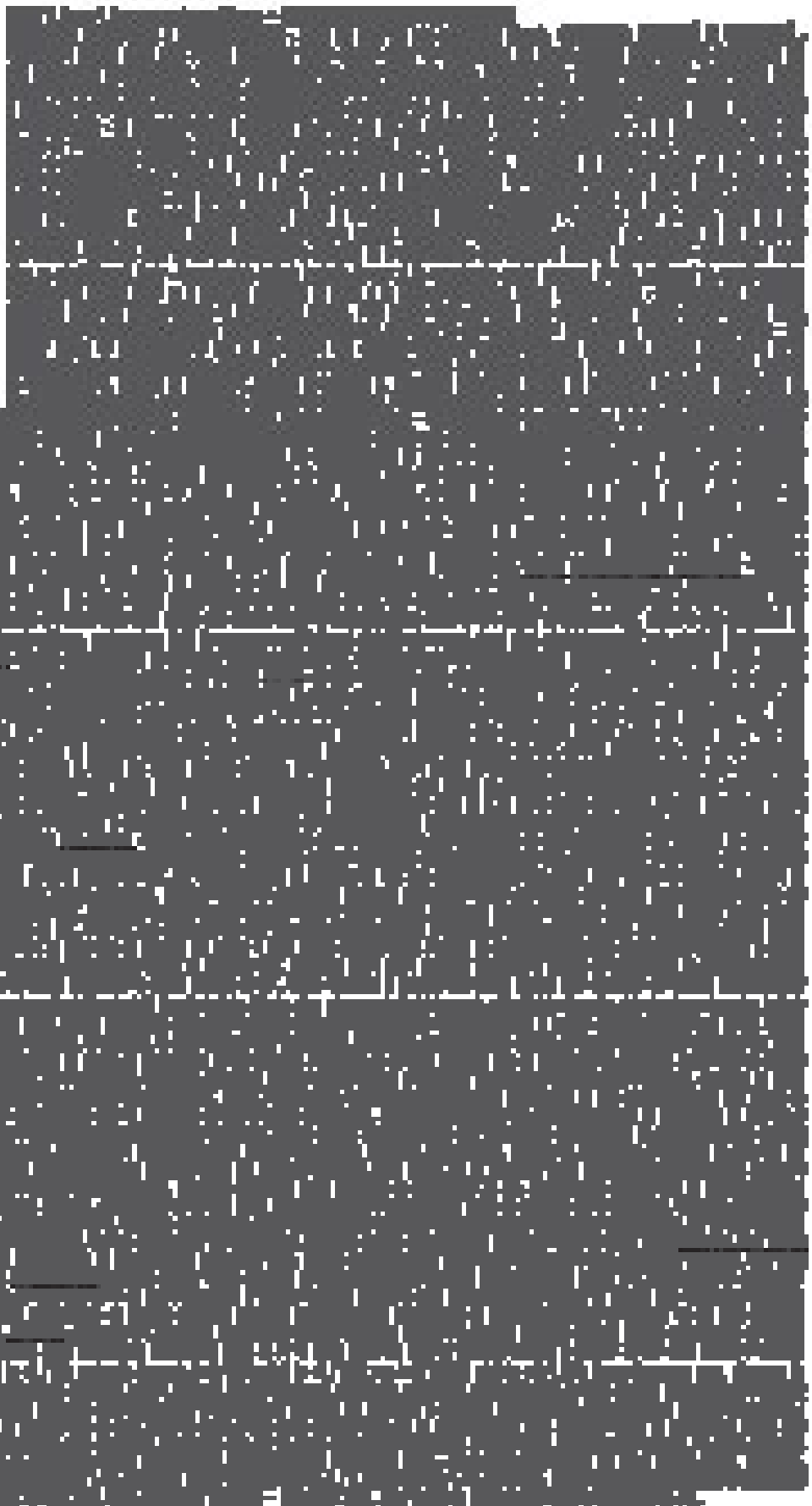
Dupa evaluarea studiilor, s-a concluzionat că la pacientele nulipare ce prezintă lipsă de progresie a travaliului există o fiabilitate mai bună a ecografiei

intrapartum decât evaluările clinice și de asemenea există o corelație bună între parametrii măsurăți ecografic și durata și rezultatele travaliului. Valorile de predicție pozitive ce ar trebui să încurajeze continuarea travaliului au fost stabilite pentru DCP o valoare sub 40mm, pentru UdP o valoare mai mare de 110-120 grade, pentru DP o valoare mai mare de 35mm și pentru UdD o valoare mai mare de 105 grade<sup>(3-8)</sup>.

Actual, rata nașterilor prin operație cezariană este într-o continuă creștere datorită implicațiilor medico-legale, iar orice minim efort pentru a promova nașterea vaginală spontană contează. Implementarea unui sistem ce include sonopartograme (evaluarea ecografică a travaliului) poate crește încrederea personalului medical, dar și a pacientelor în evaluarea obiectivă a progresiei travaliului cu excluderea posibilității erorii umane. Ecografia intrapartum oferă o înaltă precizie a diagnosticului diferitelor situații precum predicția modului de naștere, evaluarea poziției și potențialului asinclitism al craniului fetal, angajarea craniului fetal sau predicția unei nașterii instrumentale reușite.

**Bibliografie**

1. Buchmann E, Libhaber E. Interobserver agreement in intrapartum estimation of fetal head station. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 101: 285–289.
2. Iliescu, Dominic; Antsaklis, Panagiotis; Paulescu, Daniela; Comanescu, Alexandru; Tudorache, Stefania; Antsaklis, Aris; Ceausu, Iuliana; Novac, Liliana; Cernea, Nicolae; Kurjak, Asim, Applications of Ultrasound in Prelabor and Labor, *Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*; Jul-Sep2012, Vol. 6 Issue 3, p257.
3. Eggebø TM, Ultrasound is the future diagnostic tool in active labor, *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013 Apr;41<sup>(4)</sup>:361-3.
4. Henrich W, Dudenhausen J, Fuchs I, Kämena A, Tutschek B. Intrapartum translabial ultrasound (ITU): sonographic landmarks and correlation with successful vacuum extraction. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006;28<sup>(6)</sup>:753–60. <https://doi.org/10.1002/uog.3848>.
5. Eggebø TM, Gjessing LK, Heien C, et al. Prediction of labor and delivery by transperineal ultrasound in pregnancies with prelabor rupture of membranes at term. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006;27<sup>(4)</sup>:387–91. <https://doi.org/10.1002/uog.2744>.
6. Barbera AF, Pombar X, Peruginoj G, Lezotte DC, Hobbins JC. A new method to assess fetal head descent in labor with transperineal ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;33<sup>(3)</sup>:313–9. <https://doi.org/10.1002/uog.6329>.
7. Dietz HP, Lanzarone V. Measuring engagement of the fetal head: validity and reproducibility of a new ultrasound technique. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;25<sup>(2)</sup>:165–8. <https://doi.org/10.1002/uog.1765>.
8. Ghi T, Farina A, Pedrazzi A, Rizzo N, Pelusi G, Pilu G. Diagnosis of station and rotation of the fetal head in the second stage of labor with intrapartum translabial ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009; <https://doi.org/10.1002/uog.6313>. 34.



© 2014 Zoely, Inc. Zoely, Zoely Transdermal System, and Zoely Transdermal System Patch are trademarks of Zoely, Inc. All other trademarks are the property of their respective owners.

**zoely**<sup>®</sup>



**Theracynex**  
For Women, For Health

**zoely.com**

10000 Quince Orchard Road, Gaithersburg, MD 20878

© 2014

ZO-14-00000000

[www.zoely.com/zoelytransdermal](http://www.zoely.com/zoelytransdermal)



# Respectă Echilibrul Natural<sup>1,2</sup>

The logo for Zoely, featuring a stylized purple and pink graphic above the brand name 'zoely' in a lowercase, sans-serif font.

\*2023 - 2024 în urma studiilor clinice

#### Referințe

1. *Resumen de la Conferencia Zoely*
2. *Challenges of Real-World Specialized Endocrinology* 2023; 28 (Suppl 1): 11-14
3. *Leibel et al. BMC Contraception Reprod Health Care* 2018; 24 (Suppl 1): 238-41.

Resumen de la Conferencia de la Zoely en el contexto de las necesidades de atención de la salud.  
Resumen de la Conferencia de la Zoely en el contexto de la atención de la salud.

Resumen de la Conferencia de la Zoely en el contexto de las necesidades de atención de la salud.  
Resumen de la Conferencia de la Zoely en el contexto de la atención de la salud.

24H PROTECȚIE  
CONTRACEPTIVĂ.<sup>1</sup>  
REGIM MONOFAZIC,  
"24/4."<sup>2</sup>  
IMPACT METABOLIC  
SCĂZUT.<sup>3</sup>

The logo for Therapeutics For Women, For Health, featuring a stylized purple and pink graphic above the text 'Therapeutics For Women, For Health'.