

ALFASIGMA

DIAMEDIX Diagnostica
www.diamedix.ro

Dux MD
pharma solutions

GEROT LANNACH

MAC's MEDICAL Group

MagnaPharm
One Team. One Solution.

MedActiv
PRODUSE MEDICALE DE TOP

MERCK

Montavit

praxis MEDICA

RAMIDO STAFF

REOMEDICAL

25 ROMBIOMEDICA
PARTENERIAT PENTRU VIATA

Sanience

STORZ
KARL STORZ ENDOSKOPE

temco
EQUIPAMENTE MEDICALE
INSTRUMENTARIE MEDICALE, TERMOIZOLANTA SI STERILE

TZMO Romania
www.tzmo.ro

VAVIAN TRADING



Acad. Dr. Ioanel Sinescu

Președinte ARU



Prof. Univ.
Dr. Ioan Scârneciu

Președinte ROMURO 2022



Conf. Univ.
Dr. Bogdan Petruț

UMF „Iuliu Hațieganu”
Cluj-Napoca



Prof. Univ.
Dr. Petrișor Geavlete

Clinica de Urologie, Spital clinic de
urgență Sfântul Ioan București,
Spitalul Sanador



Conf. Univ.
Dr. Bogdan Geavlete

Departamentul de Urologie, Spitalul
Clinic de Urgență „Sfântul Ioan,
UMF Carol Davila, București



Prof. Univ.
Dr. Orsolya Martha

UMF Târgu-Mureș



Prof. Univ. Dr. Ioana
Marina Grințescu

Disciplina ATI II,
UMF „Carol Davila”



Prof. Univ.
Dr. Daniela Filipescu

UMF „Carol Davila”
ATI II IUBCV „Prof. Dr. C.C. Iliescu”

MEDICAL MARKET

Urologie

Publicație adresată cadrelor medicale

Revista profesioniștilor din Sănătate

2022 - 2023



Profit by Synergies –
The Strategy for Winners
FLEX-X® and CALCULASE ■





MIP Minimally
Invasive
PCNL

Minimally Invasive PCNL

MIP – The NEW way in Stone Management

STON

STON MEDICAL CORPORATION
10000 W. CENTRAL EXPRESSWAY, SUITE 1000, DENVER, CO 80231
TEL: 303.440.0000 FAX: 303.440.0001 WWW.STONMEDICAL.COM

Epi prophylaxie in Recours ad



Anticonvulsant profilaxique
 efficace contre les crises
 épileptiques, Geroclilan
 permet de prévenir les
 convulsions et d'assurer
 un meilleur confort
 quotidien.

Principes actifs: 500 mg
 valproate de sodium, 100 mg
 éthosuximide, 100 mg
 chlorhydrate de phénytoïne, 100 mg
 chlorhydrate de carbamazépine ou 200 mg
 chlorhydrate de carbamazépine.

Indications: Prévention des crises
 épileptiques, traitement de l'épilepsie,
 traitement des crises épileptiques
 partielles, traitement des crises
 épileptiques généralisées à large
 spectre.

Mode d'emploi

Geroclilan se prend à l'heure indiquée
 dans la notice. Les comprimés doivent
 être avalés entiers, avec un verre
 d'eau. Les comprimés doivent être
 pris à jeun, 30 minutes avant le
 repas. Les comprimés doivent être
 pris à l'heure indiquée dans la notice.
 Les comprimés doivent être pris à
 l'heure indiquée dans la notice.
 Les comprimés doivent être pris à
 l'heure indiquée dans la notice.
 Les comprimés doivent être pris à
 l'heure indiquée dans la notice.




Contre-indications: Hypersensibilité
 à l'un des principes actifs ou à
 l'un des excipients, grossesse, allaitement,
 insuffisance hépatique, insuffisance
 rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance
 respiratoire, insuffisance circulatoire,
 insuffisance surrénale, insuffisance
 thyroïdienne, insuffisance adréno-
 médullaire, insuffisance pancréatique,
 insuffisance surrénale, insuffisance
 thyroïdienne, insuffisance adréno-
 médullaire, insuffisance pancréatique,
 insuffisance surrénale, insuffisance
 thyroïdienne, insuffisance adréno-
 médullaire, insuffisance pancréatique.

Effets secondaires: Nausées, vomissements,
 diarrhées, constipation, douleurs
 abdominales, troubles de la vision,
 troubles de l'audition, troubles de
 l'équilibre, troubles de la parole,
 troubles de la mémoire, troubles
 de la concentration, troubles de
 l'attention, troubles de la motricité,
 troubles de la coordination, troubles
 de la sensibilité, troubles de la
 température corporelle, troubles
 de la transpiration, troubles de
 la circulation sanguine, troubles
 de la pression artérielle, troubles
 de la fréquence cardiaque, troubles
 de la fréquence respiratoire, troubles
 de la fréquence respiratoire, troubles
 de la fréquence respiratoire, troubles
 de la fréquence respiratoire.


Geroclilan est un médicament
 soumis à prescription médicale.
 Il est à utiliser avec précaution.
 Pour plus d'informations,
 consultez la notice.

Geroclilan®


500 mg, 100 mg, 200 mg comprimés blancs



Sef. Lucrări Cosmin Ene
Spitalul Clinic de Urgență „Sfântul Ioan”, București




Dr. Dan Ștefan Diaconescu
Medic Primar Urologie, Spitalului Clinic „Prof. Dr. Th. Burghele”



Dr. Vârlan Mihai
Medic primar urolog, Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea, Secția de urologie



Dr. Țepelea Andreea Lavinia
Medic rezident Urologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea




As. Univ. Dr. Mirela Țigliș
Disciplina ATI II, UMF „Carol Davila”



Conferința OncoHub
CONNECTING SCIENTISTS & PHYSICIANS FOR NEXT GENERATION CANCER MANAGEMENT
21- 23 Septembrie 2022
Poiana Brașov & ONLINE
www.oncohub.ro



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



„Lucrurile trebuie să meargă înainte“ Interviu cu domnul Prof. Univ. Dr. Ioan Scârneciu	8
Provocări terapeutice la pacienții cu hiperplazie benignă de prostată în era SARS-COV2 Geavlete Bogdan, Georgescu Dragoș, Ene Cosmin, Punga Ana-Maria, Militaru Adrian, Bălăcescu Ștefan, Bulai Cătălin, Geavlete Petrișor	10
Chirurgia robotică și utilizarea indocianinei verde în chirurgia de exereză renală și în reconstrucțiile vezicale din intestin subțire Conf. Univ. Dr. Bogdan Petruț	14
Impactul multisistemic al stresului chirurgical Prof. Univ. Dr. Ioana Marina Grințescu As. Univ. Dr. Mirela Țigliș	18
Experiența primelor 75 cazuri de abord percutanat miniaturizat în litiaza renală (mini- NLP) Dr. Țepelea Andreea Lavinia, Dr. Vârlan Mihai	20
Retenția de urină la femei Prof. Habil. Dr. Orsolya Mártha	24
Tratamentul chirurgical prin abord laparoscopic al fistulei vezico-vaginale Dr. Diaconescu Dan Ștefan	30
Sepsis - epidemiologie și îndemn la acțiune Prof. Univ. Dr. Daniela Filipescu, Dr. Alexandra Vlad, Dr. Mihai Ștefan, IUBCV „Prof. Dr. C.C. Iliescu”	34

Soluții Medicale Performante



**Pungi Urostomie
Convatec®**



**Catetere Hidrogel
Curan®**



**Electrocauter
ARC 400 BOWA®**



**CoolSeal® Mini
Sigilare vasculara 3 mm**



POMURO 2022

AL XXXVIII-LEA
CONGRES NATIONAL
DE UROLOGIE

25-28 MAI 2022
HOTEL CROWNE PLAZA, BUCURESTI



Dragi Colegi,

În numele Asociației Române de Urologie și al Comitetului de Organizare, suntem deosebit de onorați să vă adresăm urări de "BUN VENIT!" la cel de-al XXXVIII-lea Congres Național de specialitate, Romuro 2022.

Congresul are un program științific bogat și variat, cuprinzând aproape toate preocupările de prim-plan ale specialității noastre. În program se regăsesc "State of the Art Lectures", sesiuni de postere moderate, o multitudine de simpozioane satelit cu teme de mare actualitate, sesiuni de filme de specialitate ce ilustrează diverse tehnici chirurgicale moderne, cu abordare tot mai largă în practica zilnică etc.

În mod evident, programul științific va suscita discuții, schimburi de idei, abordări din experiența noastră practică, toate având menirea de a clarifica și de a impune, în cele din urmă, atitudini și abordări unitare, standardizate, în ariile de mare interes și complexitate ale specialității.

Avem convingerea că derularea lucrărilor Congresului cu prezență fizică largă va aduce un plus de informații, iar participarea Dumneavoastră activă și concluziile ce vor reieși, vor fi benefice pentru fiecare dintre noi.

Ca de fiecare dată, ESU va fi prezent în programul acestei manifestări științifice, abordând teme ce necesită aprofundări și preluări de standarde de practică, în arii mai puțin cunoscute și abordate în cadrul Asociației noastre.

Companiile medicale, ca de obicei, s-au alăturat manifestării noastre, sprijinindu-ne și aducându-ne în prim-plan o multitudine de simpozioane satelit cu teme extrem de importante și de actuale, cu standuri expoziționale atractive, ridicând, astfel, parametrii manifestării noastre.

Prezența Dumneavoastră în număr mare la manifestarea științifică anuală a Asociației, cu experiența proprie, cu lucrări prestigioase, reprezintă, și în acest an, garanția unei reușite a Congresului ARU.

Vă mulțumim anticipat pentru toate angajamentele Dumneavoastră profesionale, personale, extinse pentru întreaga noastră comunitate!

Bine ați venit la Romuro 2022!

Cu profunde sentimente de colegialitate și de apreciere directă,



Acad. I. Sinescu
Președinte ARU



Prof. Dr. I. Scârnciu
Președinte ROMURO 2022

seni

De 25 de ani
a marelui din Transilvania



ÎNGRIJIRE COMPLETĂ ÎN CAZURILE DE INCONTINENȚĂ



Seni Lady



Seni Soft



Seni Soft Plus



Seni Super Soft



Seni Soft



Seni Grip



MARCA SENI ESTE RECOMANDATĂ DE ASOCIAȚIA ROMÂNĂ DE UROLOGIE.

www.seni.ro

info-romania-global@seni.com

„Lucrurile trebuie să meargă înainte”

Interviu realizat cu domnul Prof. Univ. Dr. Ioan Scârnciu, Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov, Medic primar Urologie, Șeful Secției Clinice Urologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov, Președinte ROMURO 2022



Stimate domnule profesor, sunteți președintele ROMURO din acest an. Vă rog să ne spuneți câteva cuvinte despre temele abordate și noutățile care vor fi prezentate la congresul ROMURO 2022.

Temele abordate reprezintă experiența colectivelor de urologie din țară și vor fi discutate subiecte variate legate de patologia malignă urologică, în special, dar și benignă. Vor fi aduse în discuție inclusiv subiecte noi legate de diagnosticul cancerului de prostată, precum puncția biopsie transperineală și puncția biopsie sub ghidaj fusion-RMN. De asemenea, ESU va fi prezentă ca întodeauna, prin participarea unor specialiști de valoare din alte țări, aducând un plus semnificativ în ceea ce privește recunoașterea internațională a acestui congres.

Ați organizat în timpul pandemiei diverse activități pentru a compensa lipsa unor simpozioane sau conferințe care să constituie pregătirea continuă a medicilor urologi. Va rog să ne spuneți câteva cuvinte despre aceste activități.

Lucrurile trebuie să meargă înainte. Nu ne putem opri din pregătire indiferent de evenimentele care ne pot lua prin surprindere, deoarece punem pe primul loc sănătatea pacienților. În acest scop, am organizat în secția Clinică de Urologie din Brașov, în plină pandemie, evident cu respectarea tuturor condițiilor de siguranță sanitară impuse, primul workshop de puncție biopsie prostatică transperineală, la care au participat urologi din mai multe centre, ca necesitate de aliniere la standardele europene de diagnostic al cancerului de prostată și din dorința de a disemina în comunitatea urologică această metode de diagnostic. Avem intenția de a organiza anual acest workshop. De asemenea, și alte centre din țară au organizat cursuri de pregătire în chirurgia robotică, laparoscopică și endurologia aparatului urinar superior.

În ce măsură chirurgia minim invazivă este accesibilă pacienților din Brașov care necesită intervenții chirurgicale de natură urologică?

Din fericire, prin eforturi substanțiale am reușit aducerea Secției Clinice de Urologie din Brașov la capacitatea

de a oferi pacienților care ni se adesează cele mai noi și moderne posibilități de tratament, putând acoperi întreaga patologie urologică, cu excepția chirurgiei robotice.

Considerați că medicii urologi tineri sunt atrași de această specialitate medicală, mai ales de metodele de intervenție moderne?

Urologia este o specialitate competitivă, fiind considerată cea mai tehnicitată specialitate chirurgicală, putând fi practică în aceleași condiții atât în spitalele de stat cât și în cele private, cu excepția chirurgiei robotice, iar din aceste motive medicii rezidenți sunt atrași către aceasta. Medicii rezidenți sunt susținuți permanent prin pregătirea serioasă la care sunt supuși, indiferent de centru de care aparțin, având acces la diverse mobilități și metode de diagnostic și tratament ultramoderne. Din punctul meu de vedere dovada că urologia este atractivă pentru tinerii medici reiese și din numărul mare de absolvenți care aleg această specialitate în fiecare an.

Mulțumesc pentru timpul acordat și vă doresc succes în continuare.

Provocări terapeutice la pacienții cu hiperplazie benignă de prostată în era SARS-COV2

Situația pandemică, Covid 19 a schimbat cu siguranță modul de gestionare a pacienților cu hiperplazie benignă de prostată. Acest studiu a urmărit modul de tratament al pacienților diagnosticați cu hiperplazie benignă de prostată asociată cu diagnosticul de SARS-COV2 în Clinica de Urologie a Spitalului Clinic de Urgență „Sfântul Ioan”.

**Geavlete Bogdan^{1,2},
Georgescu Dragoș^{1,2}, Ene Cosmin^{1,2},
Punga Ana-Maria¹, Militaru Adrian^{1,2},
Bălăcescu Ștefan¹, Bulai Cătălin^{1,2},
Geavlete Petrișor^{1,2}**

1. Departamentul de Urologie, Spitalul
Clinic de Urgență „Sfântul Ioan
2. Universitatea de Medicină și
Farmacie – Facultatea de Medicină

Introducere:

Situația pandemică cauzată de virusul SARS-CoV2 a fost un moment de cotitură în cursul vieților tuturor, aducând o nouă realitate și o serie de provocări ce au necesitat soluții în timp record.

Deși s-a observat o scădere a cazurilor internate diagnosticate cu HBP ce necesitau intervenție sub rahianestezie ^[1] numărul de cazuri în regim de urgență, respectiv retenție urinară acută/hematuria totală s-a menținut relativ constant ^[2]. S-a observat o preferință a intervențiilor minim invazive atât de partea pacienților cât și de partea corpului medical, ceea ce a condus atât la scăderea timpului petrecut în blocul operator cât și a mediei de spitalizare a pacienților non-COVID ^[3].

Pe de altă parte, într-un alt studiu a fost sugerată o posibilă influență a prezenței virusului SARS COV2 în înrăutățirea simptomatologiei și evoluția sănătății pacienților diagnosticați cu HBP ^[4].

Cazurile pozitive de COVID au prezentat multiple comorbidități asociate, ceea ce a necesitat o abordare multidisciplinară, care a cauzat prelungirea perioadei de spitalizare a pacienților.

Toate acestea au avut ca rezultat drastică limitare a intervențiilor deschise dată fiind necesitatea de limitare a infecției COVID, cât și micșorarea numărului

de intervenții sub rahianestezie, mono-/bipolare. ^[5].

De fapt, un studiu realizat de către Cook Medical, a concluzionat faptul că 80% dintre medicii urologiști intervievați și-au amânat intervențiile chirurgicale pe perioada pandemiei. În mod treptat, a fost necesară modificarea procedurii de lucru în tratamentul endourologic al adenomului de prostată prin implementarea unor măsuri de protecție și metode speciale în scopul limitării răspândirii virusului.

Cu toate acestea, Alva Pinto et al. a efectuat un studiu în Brazilia asupra pacienților în contextul pandemic, și a demonstrat că intervențiile endoscopice au un risc mai scăzut de contaminare cu SARS-COV2 comparativ cu intervențiile laparoscopice sau intervențiile deschise, caz în care pacienții sunt mult mai în siguranță și mai protejați de infecția cu virusul COVID, dar nu există date concrete publicate ^[6].

Materiale și metode utilizate

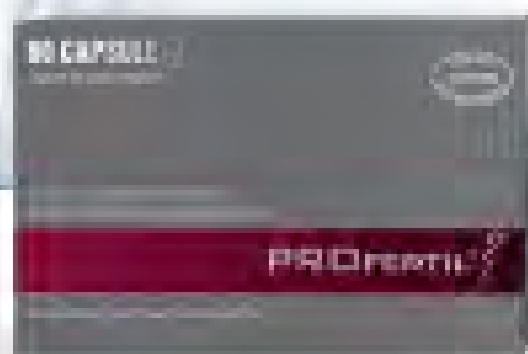
Studiul a inclus un număr de 20 de pacienți, cu o medie de vârstă de 61,2 ani (55-87 ani), diagnosticați pozitiv atât cu SARS-COV2 cât și cu HBP în momentul internării în secția de urologie, în perioada ianuarie 2021- ianuarie 2022. Diagnosticarea SARS-COV2 a fost efectuată prin testarea de tip PCR, iar diagnosticarea HBP a fost efectuată prin modul triadei: tuseu rectal, PSA, freePSA și examinare ecografică. A se avea în vedere faptul că în momentul internării pacienții deja urmau tratament pe bază de alfa blocante și/sau inhibitoride tip 5-alfa reductaza. Toți pacienții au fost supuși protocolului de internare: computer tomograf toracic,

ECG, ultrasonografie generală, test de urină (cultură de urină, sumar de urină), analize de sânge (HLG, glicemie, uree, creatinina serică, test de coagulare, feritinina, D-dimeri, TGO, TGP, bilirubina totală și directă, CRP). În unele cazuri particulare, a fost necesară și efectuarea unui CT de torace, abdomen și pelvis. Intervențiile acestea au fost efectuate prin utilizarea unui echipament monopolar dedicat rahianesteziilor și un dispozitiv bipolar.

Rezultate

Dintre cei 20 de pacienți internați, 4 au necesitat intervenție endoscopică de urgență sub rahianestezie (TURP) în vederea hemostazei, pacienții prezentând hematurie persistentă, ce nu a răspuns în mod pozitiv la tratamentul urmat. Un număr de 4 pacienți au prezentat retenție acută de urină pe perioada spitalizării și montarea unui cateter uretro-vezical, urmând ca ulterior starea pacienților să fie reevaluată după vindecarea COVID 19. Din cele 12 de cazuri rămase cu diagnostic de HBP, 7 prezentau deja retenție cronică de urină în momentul internării, cu sonda uretro-vezicală deja montată; 2 cazuri au debutat pe perioada spitalizării urmând tratamentul cu alfa blocanți; în timp ce la cele 2 cazuri rămase nu au fost necesare intervenții urologice de modificare a schemei de tratament, acestea din urmă fiind tratate strict pentru diagnosticul pozitiv de SARS-CoV2. Evoluția acestor cazuri s-a menținut la un nivel mediu pozitiv, cu cerere minimă de administrare de oxigen (sub 5l/oră), la 11 de cazuri s-a efectuat externarea la termen. Excepție au făcut 9 cazuri ce au necesitat suport de oxigen, dintre care 2 cazuri au ajuns la deces. Dintre cazurile pacienților ce au necesitat inter-

Iubitule,
vom avea
un copil!



**SUBSTANȚE NUTRITIVE NECESARE
PENTRU CREȘTEREA FERTILITĂȚII CUPLURILOR
CARE DORESC SĂ CONCEAPĂ UN COPIL**



**Diversitate de nutrienți
într-o formulă unică, specifică creșterii fertilității*.**

 **LENIS PHARMA**

www.proferit.ro



PROFERIT

PROFERIT și PROFERIL J sunt produse de Lenis Pharma, o companie care oferă soluții inovative în domeniul sănătății și nutriției. PROFERIT și PROFERIL J sunt produse care conțin o combinație unică de nutrienți care ajută la creșterea fertilității și la conceperea unui copil. PROFERIT și PROFERIL J sunt produse care conțin o combinație unică de nutrienți care ajută la creșterea fertilității și la conceperea unui copil. PROFERIT și PROFERIL J sunt produse care conțin o combinație unică de nutrienți care ajută la creșterea fertilității și la conceperea unui copil.

© 2014 Lenis Pharma

venție endoscopică de urgență, 2 cazuri au necesitat suport de oxigen și au avut o perioadă extinsă de spitalizare în comparație cu restul cazurilor menționate mai sus (media suportului de oxigen fiind de 22,5 zile comparativ cu 13,6 zile).



Fig. 1. HBP la pacienți COVID 19.

Discuții

În această perioadă, gestionarea pacienților noștri diagnosticați cu HBP asociat cu pozitivarea la virusul COVID19, s-a focusat pe preîntâmpinarea complicațiilor produse de virus și în același timp pe reducerea impactului hiperplaziei benigne de prostată în afecțiunea patologică vi-

rală. Pentru a putea obține acest lucru s-a redus la minimum intervenția chirurgicală pe perioada prezentei virusului. Într-un studiu pe această temă Medina-Polo et al. a concluzionat faptul ca tehnica chirurgicală ce implică minimul de complicații și perioada minimă de spitalizare trebuie aleasă, în timp ce diagnosticarea și eliberarea schemei de tratament a HBP pe perioada pandemiei COVID-19 ar trebui bazată pe telemedicină și protocoale comune medicinei interne și urologiei [7,8].

Recent, cazurile emergente au arătat că simptomele aparatului urinar inferior pot evolua rapid în simptomatologie în faza acută a COVID-19, iar în mod special la pacienții în vârstă pot apărea și complicații ale bolii [9].

Pe de altă parte, s-a sugerat că inflamația prostatei este un factor de risc în progresia HBP [10] și că în același timp, infecția cu SARS-CoV-2 poate conduce la activarea căilor pro-inflamatorii, eliberarea crescută de citokine și inflamarea organelor vulnerabile precum prostata [11]. Acest lucru poate reprezenta ipoteză pentru o creștere a mortalității în cazurile pacienților operați, unde sindromul inflamatoriu este mai prezent comparativ cu pacienții neoperați.

Concluzii

Nu a existat o influență clară a SARS-CoV2 în evoluția pacienților cu HBP, iar trendul general a fost de temporizare a manevrelor terapeutice până la remisia infecției virale.

Bibliografie

1. Roehrborn CG. Male lower urinary tract symptoms (LUTS) and benign prostatic hyperplasia (BPH) Med Clin. 2011;95:87–100.
2. Topaktaş R, Tokuç E, Kutluhan MA, Akyüz M, Karabay E, Çalıřkan S. Clinical features and outcomes of COVID-19 patients with benign prostatic hyperplasia in aging male: A retrospective study of 18 cases. Int J Clin Pract. 2020 Jun 7 : e13574.
3. Stensland KD, Morgan TM, Moinzadeh A, Lee CT, Briganti A, Catto JWF, et al. Considerations in the Triage of Urologic Surgeries During the COVID-19 Pandemic. Eur Urol. 2020; 77:663-6.
4. Haghpanah A, Masjedi F, Salehipour M, Hosseinpour A, Roozbeh J, Dehghani A. Is COVID-19 a risk factor for progression of benign prostatic hyperplasia and exacerbation of its related symptoms?: a systematic review. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2021 May 18 : 1–12.
5. Ribal MJ, Cornford P, Briganti A, Knoll T, Gravas S, Babjuk M, Harding C, Breda A, Bex A, GORRG Group, Rassweiler JJ, Gözen AS, Pini G, Liatsikos E, Giannarini G, Motttrie A, Subramaniam R, Sofikitis N, Rocco BMC, Xie LP, Witjes JA, Mottet N, Ljungberg B, Rouprêt M, Laguna MP, Sallonia A, Bonkat G, Blok BFM, Türk C, Radmayr C, Kitrey ND, Engeler DS, Lumen N, Hakenberg OW, Watkin N, Hamid R, Olsburgh J, Darraugh J, Shepherd R, Smith EJ, Chapple CR, Stenzl A, van Poppel H, Wirth M, Sønksen J, N'Dow J, EAU Section Offices and the EAU Guidelines Panels EAU Guidelines Office Rapid Reaction Group: an organisation-wide collaborative effort to adapt the EAU guidelines recommendations to the COVID-19 era. Eur Urol. 2020;78(1):21–28.
6. Alva Pinto AM, González MS. Endourology and Benign Prostatic Hyperplasia in COVID-19 Pandemic. Int Braz J Urol. 2020 Jul;46(suppl.1):34-38
7. Medina-Polo J, Téigell Tobar J, Romero-Otero J, Carballido-Rodríguez J, Domínguez-Esteban M, Martínez-Berganza ML, Miñana-López B, Unda Urzaiz JM, Rodríguez-Antolín A. Benign prostatic hyperplasia management during COVID-19 pandemia. Arch Esp Urol. 2020 Jun;73(5):405-412.
8. Berry SJ, Coffey DS, Walsh PC, Ewing LL. The development of human benign prostatic hyperplasia with age. J Urol. 1984;132:474–9.
9. Can O, Erkoç M, Ozer M, Umeyir Karakanli M, Otunc-temur A. The effect of COVID-19 on lower urinary tract symptoms in elderly men. Int J Clin Pract. 2021;75:e14110.
10. Madersbacher S, Sampson N, Culig Z. Pathophysiology of benign prostatic hyperplasia and benign prostatic enlargement: a minireview. Gerontology. 2019;65:458–64.
11. Chai X, Hu L, Zhang Y, Han W, Lu Z, Ke A, et al. Specific ACE2 expression in cholangiocytes may cause liver damage after 2019-nCoV infection. bioRxiv. 2020.



SOLTIVE PREMIUM OLYMPUS - Sistem LASER superpulsat Thulium



Avantaje:

- Viteză rapidă de pulverizare a calculilor și transformarea lor în praf
- Stabilizarea calcului, eliminarea retropulsiei pentru reducerea la minim a mișcării fragmentelor de piatră
- Gama largă de setări folosite pentru fragmentare, transformarea calculilor în praf, utilizare pentru țesut moale
- Răcirea se face cu aer, nu necesită întreținere periodică, ca și laserele la care răcirea se face cu apă
- Dimensiuni și greutate reduse, 40 Kg față de cele Holmium YAG, care au peste 80 Kg la puteri similare
- Alimentarea se face de la o priză de 220 V cu ștecher standard, iar consumul de putere este de doar 1500 W
- Control mult mai bun al penetrării țesutului, absorbția în apă se face după 0.4 mm
- Se poate folosi la fragmentare, ablație, enucleere

Chirurgia robotică și utilizarea indocianinei verde în chirurgia de exereză renală și în reconstrucțiile vezicale din intestin subțire

Chirurgia robotică permite efectuarea mult mai facilă a unor intervenții extrem de migăloase și sofisticate transpunând practic chirurgul într-un microunivers tridimensional și dăruindu-i încă două grade de libertate mâinilor operatorii. Aceste facilități poziționează practic chirurgia robotică în linia întâi în ierarhia tehnicilor și tehnologiilor operatorii făcând practic intervenții cu grad mare de dificultate să pară mult mai facile și realizabile în condiții calitative impecabile.



Conf. Univ.
Dr. Bogdan Petruț

UMF Iuliu Hațieganu,
Cluj Napoca

Ce lipsea parcă în toată mulțimea ofertelor tehnologice către chirurgia modernă era o modalitate de a verifica în timp real, intraoperator, viabilitatea țesuturilor disecate și secționate. Când efectuăm o incizie la nivelul unui țesut cu greu putem urmări dacă acea incizie deteriorează vascularizația anumitor zone restante iar acest lucru are implicații enorme în potențialul de vindecare a acelor zone ischemice. Cu alte cuvinte dacă efectuăm o incizie la nivelul vezicii urinare iar acea incizie secționează vase de sânge care irigă o zonă din vecinătatea inciziei, acea zonă va avea un potențial foarte scăzut de

vindecare, astfel încât sutura care va implica acea zonă tisulară are șanse foarte mari să formeze o zonă de necroză care să se remanieze într-o fistulă postoperatorie. În patogeniza fistulelor un rol extrem de important îl joacă fenomenele ischemice. Pornind de la această necesitate s-a căutat o soluție tehnică de vizualizare intraoperatorie a vascularizației și micro vascularizației țesuturilor manipulate și disecate. Soluția a fost oferită prin injectarea în circulația sangvină a unui colorant netoxic, cu putere mare de colorare și care să rămână în arborele circulator. Acest colorant s-a dovedit a fi indocianina verde. Strict în acest caz, din punct de vedere fizic, lucrurile sunt puțin mai complicate, acest trasor funcționând prin fluorescență, necesitând o undă de excitație în domeniul infraroșu, având radiația reflectată în domeniul vizibil și anume în zona verde de unde și denumirea: indocianina verde.

Odată pusă la punct tehnologia, atât pe platforma robotică, cât și pe sistemele la-

paroscopice 2D sau 3D, aplicațiile acestea au început să apară cu beneficii imense în termeni de vindecare și reducerea complicațiilor legate de evenimente ischemice. Dar aplicațiile utilizării trasorului ICG nu se opresc aici. În cazul nefrectomiilor parțiale pentru rinichii cu artere renale multiple sau cu artera bifurcată extrasinusal se poate determina fiecare ramură a arterei renale care vascularizează zona tumorală, astfel încât va fi posibilă clamparea acesteia sau acestora ultraselectiv, evitând astfel ischemia inutilă a restului parenchimului renal sănătos.

Din punctul de vedere al pacientului, este o tehnologie care comportă riscuri minime prin administrarea trasorului în sânge, dar ferește pacientul de dezvoltarea unor complicații redutabile.

Pe de altă parte administrat intratumoral poate pune în evidență traiectele limfatiche, precum și nodulii limfatici care constituie primele stații ganglionare cu drenaj real de la nivelul tumorii. În această situație chirurgia de teritoriu limfatic va fi restrânsă strict la nodulii care drenează de la nivelul organului tumoral, reducând astfel morbiditatea redutabilă a limfodisecției.

Cistectomia radicală cu enterocistoplastie de substituție este una dintre cele mai complexe operații de exereză și reconstrucție din urologie. Echipa noastră deține la ora actuală cea mai mare cazuistică din această operație din țară. Timpul de exereză (cistectomia radicală și limfodisecția pelvină extinsă) constituie timpul care dictează evoluția și prognosticul oncologic, iar în această fază obținerea marginilor de rezecție negative, precum și excizia unui număr cât mai mare de limfonoduli.

Timpul de reconstrucție presupune croirea unui rezervor urinar dintr-un segment ileal și anastomozarea acestuia la uretere și



Imagine de la Primul Curs Național cu Atelier de Lucru în Chirurgia Robotică Uro Oncologică

PUR ȘI SIMPLU INTELIGENT

Urogliss

Gel lubrifiant steril pentru catetere, endoscoape,
sonde, tuburi și alte instrumente medicale



- Proprietăți lubrefiante excelente
- Acțiune anestezică locală
- Previne leziunile
- Steril, clar, hidrosolubil
- Vâscozitate crescută
- Desface blând cutele uretrei
- De unică folosință
- Gel steril în seringă sterilă



Urogliss este un dispozitiv medical marca CE și face parte împreună cu Cathejell din familia gelurilor lubrifiante sterile marca Montavit. Urogliss este gel steril, solubil în apă și limpede la vedere, utilizat ca lubrifiant pentru catetere, endoscoape, sonde, tuburi sau alte instrumente medicale. Este disponibil sub formă de seringă amonice de unică folosință.

Compoziție: 100 g conțin dioxidat de lidocaină 2g în gel solubil în apă.

Pentru mai multe informații consultați prospectul produsului.

uretră. Acest timp reconstructiv este extrem de delicat, erorile efectuate în această etapă putând avea complicații extrem de grave. Etapa reconstructivă începe prin excluderea din tranzit a unui segment de 50-60 cm din ileonul pre-terminal. Refacerea continuității digestive se efectuează printr-o anastomoză cu stapler-ul liniar de tip latero-lateral. În această etapă, secționarea mezoului intestinal poate genera segmente intestinale periferice ischemice. Implicarea acestor capete intestinale nevascularizate într-o anastomoză ar avea evident consecințe catastrofale. Utilizarea ICG pentru vizualizarea intraoperatorie a acestor zone nevascularizate intestinale va evita aceste accidente cu consecințe fistuloase. Tot în această intervenție segmentul ileal din care urmează a se construi nevezica va fi verificat pentru a nu avea margini ischemice care ar putea induce vindecări stenozante sau fistuloase. În cazul în care aceste zone sunt detectate vor fi excizate până în țesut sângărând.

În cadrul aceleiași operații, verificarea viabilității circulației la nivelul segmentelor terminale ale ureterelor are importanță în evitarea stenozelor ureterale distale post operatorii. Aceste stenozes de ureter distal sunt dificil de tratat chirurgical, accesul în aceste zone în perioada postoperatorie chiar tardivă fiind extrem de complicat și grevat de posibile perforări ale nevezicii precum și ale anselor intestinale din vecinătate.

În cazul nefrectomiei parțiale detectarea ramificației arterei renale responsabilă de vascularizația zonei tumorale ar fi un avantaj imens pentru limitarea ischemiei renale strict la segmentul renal tumoral. Dacă am identificat mai multe ramificații ale arterei renale, acestea vor fi clampate temporar și se va administra traserul ICG intravenos. Acestea se vor declampa succesiv urmărind teritoriul de vascularizație al fiecăreia. După ce se identifică ramificația responsabilă de iri-

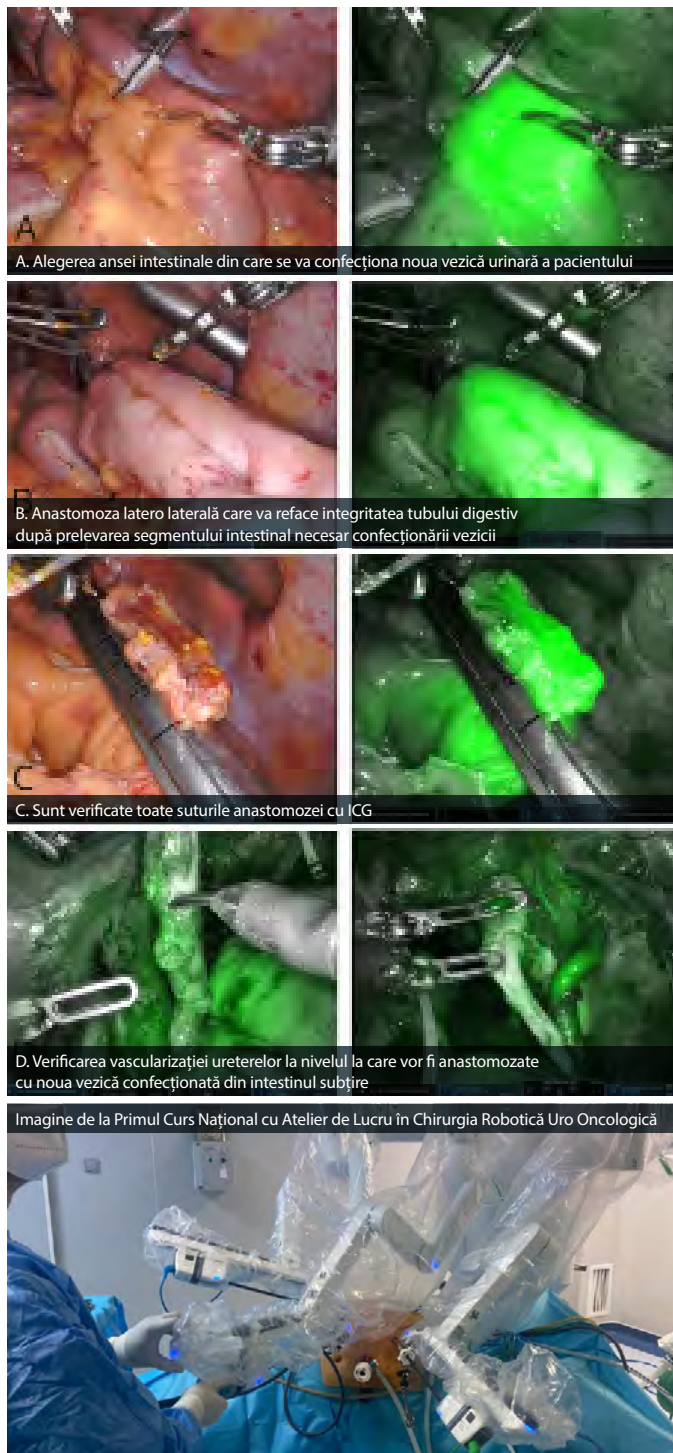
garea arterială a zonei tumorale, exereza tumorii va fi efectuată clampând doar această ramificație, restul parenchimului renal rămânând normal vascularizat. În acest fel ischemia țesutului renal sănătos este minimă, adică impactul operației asupra rinichiului este minim. În plus, fără presiunea minimizării timpului de chirurgie renală precizia și calitatea gestului operator, implicit calitatea oncologică este îmbunătățită cu potențial de scădere a marginilor de rezecție pozitive.

Nu numai nevezica ileală și nefrectomia parțială beneficiază de pe urma acestei tehnologii. Succesul tuturor operațiilor robotice sau laparoscopice depinde de o vascularizație eficientă a țesuturilor implicate, așa că, această tehnică își va aduce beneficiile în mai toate intervențiile cu timp reconstructiv din urologie. Astfel pieloplastiile ne așteptăm să beneficieze de pe urma tehnicii ICG printr-o anastomoză mai puțin ischemică predispusă mai puțin la fistule necrotice sau dehiscente. În chirurgia fistulelor vezico-vaginale nonneoplazice de asemenea este lesne de înțeles că țesuturile cu vascularizația îndemnă se vor vindeca mai rapid și mai etanș decât țesuturile ischemice inerte chirurgical. În aceste situații cum sunt fistulele vezico-vaginale pe teren radica, datorită multiplexelor recidive și complicații orice factor adjuvant este extrem de binevenit.

Injectarea ICG la nivelul unei tumori va colora traseele limfatice și nodulii limfatici strict care drenează din tumoră. În aceste condiții o nouă modalitate de a exciza ganglionul santinelă apare la orizont. Tendința actuală pe care o implementez în practica chirurgicală în chirurgia de teritoriu limfatic presupune excizia ganglionului, a traiectului limfatic și împreună cu piesa chirurgicală dacă este posibil. În acest fel posibilitatea diseminării celulelor tumorale este minimalizată.

Aceste tehnologii aplicate corect furnizează informații esențiale pentru a efectua o chirurgie minim invazivă funcțională. Practic manipularea țesuturilor bine vascularizate, evitarea implicării zonelor ischemice în suturi și anastomoze lucru care asigură vindecarea lor fără derapaje spre complicații de temut.

Aplicarea acestor tehnologii inovative în activitatea zilnică, poate părea scumpă sau incomodă, dar acestea pun pacientul și spitalul la adăpost de complicații redutabile, care pot periclita nu numai calitatea vieții, dar până și viața pacienților noștri.



Impactul multisistemic al stresului chirurgical

Multisystemic impact of surgical stress

Abstract: Major surgery is associated with stress response induction due to nervous system activation, stimulation of various metabolic and neuroendocrine processes, with the subsequent persistent systemic inflammatory state. In face of hypermetabolic and hypercatabolic responses, surgical patients are in need of specific management, in order to prevent complications, especially organ failure, and to be able to have enhanced recovery after surgery. For this matter, ERAS programs represent state of the art in surgical patient management.



Prof. Univ. Dr. Ioana
Marina Grințescu

Disciplina ATI II,
UMF „Carol Davila”



As. Univ. Dr. Mirela Țiglis

Disciplina ATI II,
UMF „Carol Davila”

Clasic, intervenția chirurgicală majoră se definește ca fiind ”orice intervenție desfășurată într-o sală de operație care presupune incizia, excizia, manipularea și suturarea țesuturilor, și care necesită și se desfășoară sub anestezie generală, regională sau sedare profundă, menite a controla durerea”¹.

În contextul chirurgiei majore, toate modificările apar ca răspuns la stimulii chirurgicali, așa numiții stresori. Invazivitatea și durata intervenției chirurgicale vor determina magnitudinea răspunsului integrat al organismului, ducând la apariția unei rate metabolice cu valori supranormale. Trebuie însă să ținem cont de faptul că marea majoritate a factorilor de stres de cele mai multe ori se influențează reciproc. Astfel, modificările induse de durere, hipoxemie și hipoperfuzia tisulară, pierderile sau transfuziile de sânge, hipotermia și răspunsul inflamator joacă un rol esențial.

În același timp, există și foarte mulți factori iatrogeni, care fac parte din protocoale tradiționale perpetuate prin cutumele profesionale, precum infometarea, imobilizarea prelungită, utilizarea în exces a analgeticelor opioide, sau alegerea unor tehnici anestezice clasice în defavoarea unui management individualizat, complex. Nu în ultimul rând, trebuie avut în vedere faptul că impactul injuriei chirurgicale depinde și de caracteristicile pacientului (vârstă, sex, comorbidități asociate, medicație de fond).

Orice intervenție chirurgicală majoră duce la activarea „răspunsului adaptativ la stres” de

către sistemul nervos, răspuns ce se soldează cu apariția unui lanț de modificări ale proceselor metabolice și neuro-endocrine normale, ce duc în special la perturbări hormonale și inflamatorii. Primele markeri ai acestor modificări sunt creșterea nivelului seric al proteinelor de fază acută (proteina C reactivă, albumina, feritina, transferina și fibrinogenul), nivelul acestora fiind corelat cu magnitudinea intervenției chirurgicale și evoluția răspunsului inflamator sistemic.

De-a lungul timpului, numeroase studii de specialitate au demonstrat faptul că un răspuns maladadaptativ la stresul chirurgical crește incidența și gravitatea complicațiilor postoperatorii, având un impact negativ asupra evoluției pacienților. Așadar, trauma chirurgicală majoră reprezintă o problemă globală, prin prisma morbidității, mortalității și implicit a costurilor pe care le determină în lipsa unor măsuri îndreptate spre identificarea și corectarea efectelor acesteia²⁻⁴.

Indiferent de situațiile la care este supus, organismul uman va încerca în permanență să își recapete și să își mențină homeostazia. Astfel, în urma unei traume chirurgicale apare inițial un răspuns localizat, care în contextul unei intervenții chirurgicale majore, fără un management terapeutic adecvat, poate deveni agresiv, ducând la dezvoltarea și întreținerea unui proces inflamator sistemic, ca o consecință a activării axului hipotalamo-hipofizo-corticosprrenalian.

Toate acestea determină eliberarea și activarea a numeroși mediatori (citokine inflamatorii, neutrofile, limfocite, molecule de adeziune, factori de coagulare, etc), situație ce are ca rezultat apariția rezistenței la factorii anabolici. Persistența unui status inflamator determină dezvoltarea consecutivă a hipermetabolismului și hipermetabolismului. În final, toate acestea pot duce la pierderea masei musculare, funcționarea inadecvată a sistemului imun, vindecarea tisulară improprie, disfuncții organice și chiar deces.

Înțelegerea acestui răspuns neuro-endocrin este esențială pentru a ne putea adapta coerent managementul terapeutic. Este deja bine cunoscut faptul că trauma chirurgicală se înscrie în situațiile cu necesar energetic foarte crescut. Astfel, o terapie nutrițională adecvată, ce permite asigurarea unui aport suficient de carbohidrați, proteine, acizi grași, micronutrienți și vitamine, reduce impactul sistemic al stresului chirurgical.

De asemenea, alte intervenții terapeutice specifice pot fi utilizate pentru a modula răspunsul hipermetabolic, precum administrarea de insulină pentru un bun control al glicemiei, albumină, β-blocanți non-selectivi sau glucocorticoizi.

Nu în ultimul rând, există o serie de principii terapeutice care favorizează recuperarea mai rapidă a pacienților aflați în astfel de situații, printre care optimizarea statusului funcțional al preoperator, reducerea perioadei de post alimentar, evitarea supraîncărcării volemice și optimizarea hemodinamică intraoperatorie, prevenirea greșurilor și vărsăturilor perioperatorii, suprimarea precoce a tuburilor de dren și sondelor urinare/nasogastrice, mobilizarea precoce și asigurarea unei analgezie multimodale eficiente, cu evitarea pe cât posibil a derivaților opioizi.

Conceptul de stres chirurgical și impactul multisistemic al acestuia au fost intens cercetate și continuă să fie un domeniu de interes, ținând cont de potențialul negativ al acestuia, prin riscul de inducere a disfuncțiilor organice. Se va prelungi perioada până la vindecare, ce presupune zile mai multe petrecute în spital și implicit costuri ridicate. Programele de „Recuperare rapidă postoperatorie” (ERAS – Enhanced Recovery After Surgery), folosite pe scară largă la pacientul chirurgical, care și-au dovedit utilitatea în toate tipurile de intervenții chirurgicale majore, reprezintă un etalon al managementului terapeutic în fața unui stres chirurgical major și reprezintă singura soluție de optimizare a prognosticului acestor pacienți.

Aceste programe se axează în linii generale pe optimizarea preoperatorie a statusului funcțional și nutrițional al pacienților, folosirea băuturilor carbohidrate preoperator, menținerea intraoperatorie a normotermiei și euvoemiei, evitarea folosirii de rutină a drenajelor peritoneale și sondelor nasogastrice, mobilizarea precoce postoperatorie, reluarea rapidă a hidratații și alimentației per os, evitarea analgezicelor opioide, suprimarea precoce a sondei urinare, precum și profilaxia evenimentelor tromboembolice. Astfel, se estompează stresul chirurgical și se promovează anabolismul, se scurtează durata de spitalizare, se promovează reluarea rapidă a funcționalității, reducându-se rata complicațiilor postoperatorii, cu scăderea totală a costurilor legate de actul chirurgical.

Reprezentant în România al următoarelor companii:

	<p>TestLine Clinical Diagnostics, Coreia</p> <ul style="list-style-type: none"> • teste imunohistologice, kituri ELISA pentru serologie infecțioasă • kituri ELISA pentru diagnosticul bolilor autoimune, analizarea imunohistologică • panel anti-coronavirus SARS-CoV-2 IgA, IgG, IgM 	<p>BIONEER, Coreia</p> <ul style="list-style-type: none"> • extractoare LBC, IBC și HEMA-DNA • kituri de extracție manuală și automată • kituri de amplificare moleculară: PCR pentru SARS-CoV-2 • kituri de diagnostic molecular 	
	<p>RANDOX, Marea Britanie</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizoare automate de biochimie • reactivi de biochimie dedicați pentru analizare automată și manuale de control intern, de referință (calibrator) • scheme de control extern (EQA) 	<p>Eurospital, Italia</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnosticul bolilor inflamatorii intestinale • pediatrie genetică (Diabet, intoleranță la lactoză, boala celiacă) 	
	<p>BioVendor ISSO, Coreia</p> <ul style="list-style-type: none"> • kituri ISOT și de diagnostic miRNA și ELISA • centrifugă, proteine recombinante 	<p>ZIVAK Technologies, Turcia</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizor automat pentru HbA1c și sisteme de hemoglobină prin metoda ion-selectivă • analizor automat UPLC pentru determinarea Vitaminelor D2/D3, vitam. D-activă (PLC) • kituri de diagnostic pentru amine biogene, Geli metabolice, vitamine, droguri, neurotransmițători 	
	<p>DIRUI Industrial, China</p> <ul style="list-style-type: none"> • testatoare submersibile pentru cantități și sedimente uscate • analizor ultrasonor pentru cantități de leu 	<p>AGA, Germania</p> <ul style="list-style-type: none"> • kituri ELISA pentru diagnosticul bolilor autoimune 	
	<p>D-tek, Belgia</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizare semi-automată și automată pentru teste imunohistologice • teste imunohistologice multiple, kituri ELISA pentru diagnosticul bolilor autoimune 	<p>DIESTRO, Argentina</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizare automată și semiautomată de microscopie 	
	<p>SFERI Medical Diagnostic, Franța</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizare automată de hematologie, VSH și electroliți • reactivi de hematologie dedicați pentru sisteme automate 	<p>MEDWISS Analytic, Germania</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paneluri de teste pentru alergii (IgE specifici) paneluri respiratorii, alimentare, eczematice, insecte, viermi • analizare automată și semiautomată imunohistologică 	
	<p>JD Biogistics, Franța</p> <ul style="list-style-type: none"> • teste moleculare pentru medic • teste moleculare: Legionella, HT, A57 • LAMP - COVID19 	<p>Helena BioScience Europe, Marea Britanie</p> <ul style="list-style-type: none"> • testatoare automate și semiautomate pentru hematologie • reactivi, materiale de control intern și de referință pentru hematologie 	
	<p>West Medica, Austria</p> <ul style="list-style-type: none"> • microscopie digitală și AI 	<p>DRNER TECHNOLOGIES, SUA</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizare automată ELISA cu E, A, E2 plăci • analizor automat ELISA, multanalizor 	
	<p>MONOCENT, Italia</p> <ul style="list-style-type: none"> • teste rapide pentru arbori și arbori și serologie 		

Experiența primelor 75 cazuri de abord percutanat miniaturizat în litiaza renală (mini- NLP)

Inițierea abordului percutanat în tratamentul litiazei renale a adus progrese însemnate în tratamentul chirurgical al acestei patologii, cu beneficii certe în ceea ce privește recuperarea postoperatorie și reintegrarea socială a pacienților.



**Dr. Tepelea
Andreea Lavinia**

Medic rezident Urologie,
Spitalul Clinic Județean
de Urgență Oradea



Dr. Vârlan Mihai

Medic primar urolog, Spitalul Clinic
Județean de Urgență Oradea,
Secția de urologie

diverse: 54% caliceală inferioară, 22% bazinetală, 11% bazinetală și caliceal inferioară, 4% caliceal inferioară și medie. Dimensiunea calculilor a variat astfel: 40 cazuri calculi sub 1.5 cm, 30 cazuri 1.5- 2 cm, în 5 cazuri calculi cu dimensiune între 2 și 3 cm.

În 72% din cazuri calculul s-a abordat cu traiect prin calicele inferior, iar în aproximativ 4% din cazuri a necesar dublul traiect. Poziția pacienților a fost în decubit ventral.

În totalitatea cazurilor puncția caliceală s-a efectuat sub control ecografic, însă fluoroscopia a fost indispensabilă în ceea ce privește controlul dilatațiilor și/

sau corecția traiectului inițial de puncție ultrasonografic.

Litotriția calculilor s-a efectuat utilizând Holmium laser, cu avantajele unei precizii superioare și posibilității adaptării energiei la poziția calcului și la duritatea acestuia. Evacuarea fragmentelor rezultate s-a efectuat treptat, utilizând o caracteristică proprie a instrumentelor trusei Storz MIP M de flux turbionar al lichidului de lavaj, respectiv efectul Ventouri.

Rezultate

În ceea ce privește rata stone free aceasta a fost > 90%. Timpul intervenției chirurgicale s-a redus odată cu creșterea experienței chirurgului, de asemenea și complexitatea litiazei abordate a crescut dependent de experiența acumulată.

Concluzii

Abordul percutanat miniaturizat al litiazei renale este fezabil pentru calculi de diverse dimensiuni (până la 3 cm), această tehnică respectând principiile de bază ale abordului percutanat clasic (NLP). Avantajele majore sunt reprezentate de traiectul de dilatație mai redus ceea ce implică o pierdere nefronală mai mică și deasemenea un risc de sângerare mai redus, cu reducerea timpului de spitalizare și scăderea costurilor la nivelul unității spitalicești.

Progresele tehnologice în urologie au adus în plin plan aceeași tehnică, însă miniaturizată, folosindu-se astfel instrumente de calibru mai redus și în final tot mai puțin invazive pentru pacient. Abordul percutanat miniatural (MIP) reprezintă o tehnică relativ nou abordată în litiaza renală în țara noastră, un progres tehnico-chirurgical cu multiple beneficii.

Material și metodă

Începând cu ianuarie 2019 până în luna aprilie a anului curent, în clinica noastră s-au efectuat 75 de cazuri de nefrolitotritie percutanată prin abord miniaturizat. Prin această tehnică s-au abordat calculi duri, cu densitate de peste 1200 UH, cu localizări

STORZ
Entax

Asociația UROGIN
Associazione Italiana di Urologia Ginecologia e del Percutaneo Privato
Asociatia Română de Urologie
Societatea de Urologie și Ginecologie din România
Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea
Universitatea de Oradea
Colegiul Medicilor din România - Filiala Oradea
SC Tamaritex SA

**Conferința Internațională
de Uroginologie**

10 - 12 Noiembrie 2022
prezentă fizică - Băile Felix - Hotel Internațional Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea
online - platforma ZOOM

Manifestare acreditată de către Colegiul Medicilor din România cu EMC

Un prilej unic pentru a discuta împreună problemele specialităților de urologie, ginecologie, medicină de familie, servicii de urgență, general în practica clinică, aspecte clinico-patologice, rezultate ale studiilor clinice sau experimentale, probleme privind formarea și perfecționarea continuă a celor ce activează în specialitățile de urologie, ginecologie, chirurgie generală și medicină de familie, și în conformanță cu statutul Uroginologiei.

Program

Joi (10.11.2022)
08:00 - 18:00 Workshop pre-conferința - Operații demonstrative - Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea
Hotel Internațional, Băile Felix

Vineri (11.11.2022)
08:00 - 12:00 Workshop pre-conferința - Operații demonstrative - Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea
Hotel Internațional, Băile Felix
13:30 - 19:00 Conferința - Hotel Internațional, Băile Felix
20:00 Masa festivă

Sambătă (12.11.2022)
09:00 - 18:00 Conferința - Hotel Internațional, Băile Felix

STRUCTURĂ CONFERINȚĂ

Workshop - Live Urology and Uroginology Surgery
Conferință
Prezentări orale
Postere
Prezentări video
Sponsorizare de firmă
Expozitie medicală specializată

www.urogyn.ro

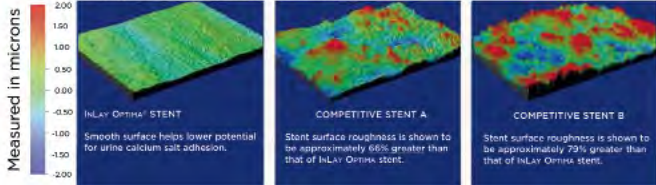
Informații și înscrieri

INLAY OPTIMA®

URETERAL STENT

Now with an exceptional degree of smoothness

A proprietary polymer blend results in a stent that is both biocompatible and ultra-smooth for patient comfort.



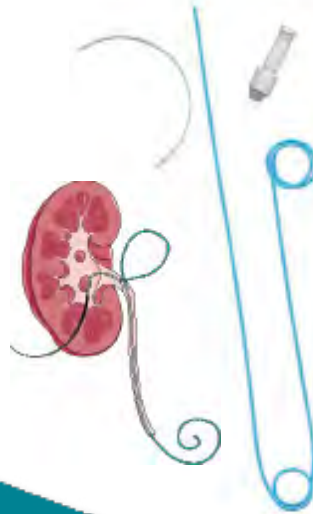
Maximum Efficiency.
Optimum Results.

BARD

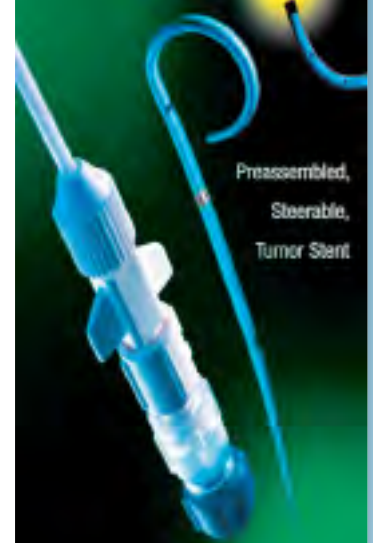
Advancing the Delivery of Health Care Worldwide™

Urosoft® Multipurpose Stent

For Versatile Drainage of the Upper Urinary Tract



Urosoft® Ureteral Tumor Stents
Urosoft® Tumor Kombistent™

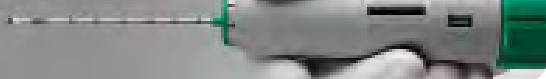


Preassembled,
Steerable,
Tumor Stent

BARD

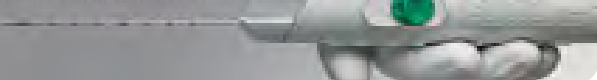
Advancing the Delivery of Health Care Worldwide™

BARD® MONOPTY®
DISPOSABLE CORE BIOPSY INSTRUMENT



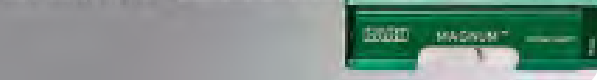
MONOPTY®
Disposable Biopsy System

BARD® MAX-CORE®
DISPOSABLE CORE BIOPSY INSTRUMENT



MAX-CORE®
Disposable Biopsy System

BARD® MAGNUM®
REUSABLE CORE BIOPSY SYSTEM



MAGNUM®
Reusable Biopsy System

BARD

Advancing the Delivery of Health Care Worldwide™

NUTRACEUTICAL DEPUR-DRAIN



Supliment alimentar cu mesteacăn și păpădie pentru FUNCȚIILE DE PURIFICARE ale corpului, plus fenicul, porumb și Hawkweed pentru DRENAREA FLUIDELOR organismului. Hibiscus și Phyllanthus susțin funcționarea tractului urinar, în timp ce Moringa reglează GREUTATEA CORPULUI. Cu Afin, pentru funcția microcirculatorie

Utilizare
Se dizolvă conținutul unui plic în 500 ml apă: se bea pe tot parcursul zilei.



RAMIDO STAFF

Tel.: 0740.640.941; 0729.856.025, Fax: 031.418.04.96

ramidostaff@gmail.com, www.ramido.ro, www.medicalmagazin.ro



ADX BLADDER

Test non invaziv pentru
diagnosticul și monitorizarea pacienților
cu cancer de vezică



Simplu



De încredere



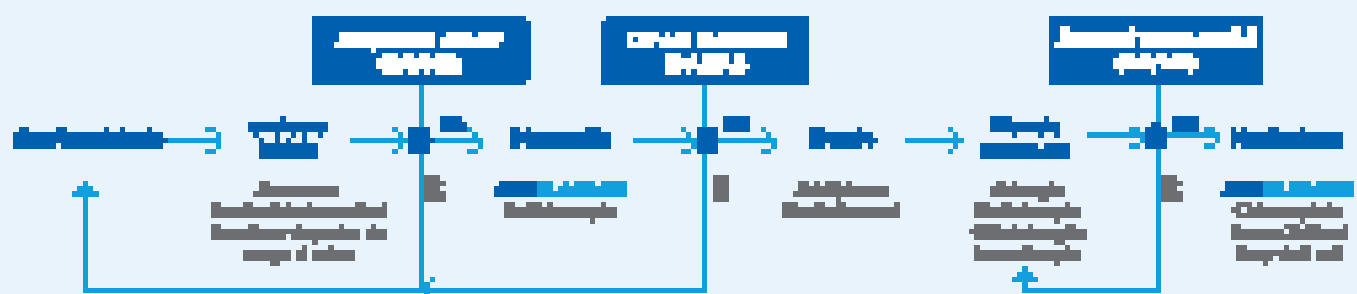
Rapid

Ușor de utilizat
Test BLUB

Valoare predictivă
supraordinată de
sensibilitate, specificitate

Rezultate în
2.5 hours

Ușor de utilizat, test BLUB pentru valorile predictivabile



ADLBIOS

Diagnostic

www.adlbiolab.ro

ACCELARON se bazează pe evaluarea rapidă și precisă a HCTH, în urma de aplicării și HCTH este conectat cu directia activitatii activitatii.

Integrare Rapidă

Integrare rapidă în sistemul de lucru



Integrare rapidă în sistemul de lucru

Acțiunile sunt conectate în sistemul de lucru și sunt conectate cu sistemul de lucru și sunt conectate cu sistemul de lucru.

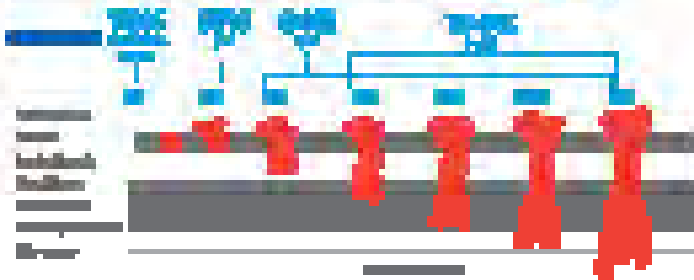
Integrare Rapidă

Integrare rapidă în sistemul de lucru



Acțiunile sunt conectate în sistemul de lucru și sunt conectate cu sistemul de lucru și sunt conectate cu sistemul de lucru.

Faza de implementare și conectarea de rețea

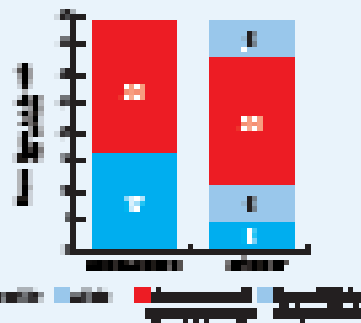
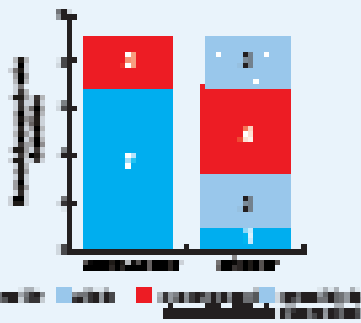


Integrare rapidă în sistemul de lucru



ACCELARON este o strategie pentru activitatea activitatii activitatii

ACCELARON este o strategie pentru activitatea activitatii activitatii



ARQUER **VIA MARIU**

www.arquervia.com
 Strada 1, Nr. 1, Sector 1, Bucuresti
 Romania
 Tel: +40 21 200 00 00
 Fax: +40 21 200 00 00

Retenția de urină la femei

Retenția urinară apare foarte frecvent la bărbați, fiind însoțită de simptome urinare preponderent de evacuare, cum ar fi modificări ale calibrului jetului urinar, întreruperea acestuia, efort în timpul micțiunii, senzație de evacuare incompletă a urinei din vezică, ezitare, dificultate sau întârzierea inițierii micțiunii.



În cazul femeilor, retenția de urină cronică completă, incompletă sau cea acută este o afecțiune cu o incidență de 10 ori mai scăzută comparativ cu bărbații (7:100.000/an), însă nedagnosticată și netratată la timp poate determina complicații semnificative (infecții urinare recidivante, litiază vezicală, diverticuli vezicali, pielonefrită de reflux, ureterohidronefroză și afectarea aparatului urinar superior cu scăderea funcției renale)

Retenția urinară la femei este uneori greu sau târziu diagnosticată, astfel de multe ori este necesară extinderea investigațiilor din sfera urologică spre sfera ginecologică și neurologică.

Cauzele retenției urinare pot fi:

- Urinare: afecțiuni ale vezicii urinare (traumatisme vezicale, vezica neurologică) sau obstrucții subvezicale (uretrite, stricturi uretrale, stenoză de meat uretral extern, polip de meat uretral, etc)
 - Extraurinare: afecțiuni ginecologice (fibrom uterin, prolaps uterin, cistocel, cistorectocel, etc), boli neurologice (Boala Parkinson, scleroza în plăci, neuropatia diabetică, leziuni medulare, atac vascular cerebral, atrofie multisistemică, sdr. Guillain Barré etc.), intervenții chirurgicale la nivelul micului bazin, traumatisme medulo-rahidiene.
- Una din cele mai importante cauze pare să fie îmbătrânirea vezicii, scăderea contractivității detrusoriene datorită schimbărilor structurale survenite, a distrucției miocitelor respectiv tulburărilor de vascularizație la nivelul micului bazin.

Considerăm că este foarte importantă

stabilirea unui diagnostic corect cât mai precoce, pentru că tulburările micționale incorect diagnosticate și tratate în copilărie vor constitui viitoarea suferință a adultului. În acest context identificarea cauzei retenției urinare și stabilirea unui plan de tratament privind atât cauza retenției urinare cât și ameliorarea simptomelor sunt prioritare.

Algoritmul de diagnostic este următorul:

- anamneză (identificarea factorilor ce influențează micțiunea, afecțiuni cronice, tulburări senzoriale, eventualele infecții urinare precedente, tratamentul medicamentos actual, intervenții chirurgicale, numărul și modul nașterii etc.)
- intensitatea și durata simptomelor, utilizarea unui calendar micțional a chestionarelor
- examen obiectiv, local (inclusiv examinarea reflexelor, test de stres, la tuse etc.)
- analize de laborator (funcția renală, infecții urinare asociate)
- examinări imagistice, ecografie abdomino-pelvină (inclusiv rezidiul postmicțional), la nevoie urografie i.v., CT, uretrocistografie, scintigrafie renală dinamică etc.

Investigațiile cele mai importante sunt cele urodinamice, printre care debitmetria, studierea fluxului urinar, respectiv studiile de flux presiune au un rol aparte.

În cazul retențiilor de urină, din punct de vedere urodinamic dezideratul este stabilirea activității detrusorului. Detrusorul hipoactiv, hipocontractil este caracterizat de o activitate scăzută, sau contracție scurtă, ineficientă. Obstrucția subvezicală, care poate deasemenea cauza retenție de urină, va duce la creșterea presiunii intravezicale, prelungirea micțiunii. Stabilirea gradului de contractilitate a detrusorului se poate efectua prin calcularea indicelui de contractilitate (blad-

der contractility index): $BCI = PdetQ_{max} + 5xQ_{max}$.

Stabilirea unui diagnostic etiologic corect, va fi urmată de stabilirea unui plan terapeutic, personalizat, individualizat. Din cele mai eficiente metode terapeutice fac parte următoarele:

- stimularea golirii complete a vezicii urinare, reeducarea planșeului pelvin
- stimulare electromagnetă
- autocateterizarea, sau drenajul vezical continuu
- terapia medicamentoasă (alfa 1 blo-cant?)
- intervențiile chirurgicale (dilatatie de uretră, electroresecția unui polip de meat uretral extern, cura chirurgicală pt. prolaps genital, intervenții neurologice etc.)

Bibliografie:

1. Yeung CK, Godley ML, Ho CK. et al. Some new insights into bladder function in infancy. Br. J Urol 1995; 76: 235-40.
2. A. Elbadawi: The aging bladder: morphology and urodynamics, Urology, August 1998, Volume 16, Issue 1 Supplement, pp S10-S34.
3. Bora Özveren and Selçuk Keskin: Presentation and prognosis of female acute urinary retention: Analysis of an unusual clinical condition in outpatients (138 women –AUR) Urol Ann. 2016 Oct-Dec; 8(4): 444-448.
4. Chang Yong Lee, Chul Sung Kim, and Won Jin Cho: Characteristics of urinary retention in female inpatients managed with medical treatments Korean J Urol. 2015 Dec; 56(12): 817-822.,
5. Ghirca Maria Veronica, Chibelea Călin, Frunda E. Anna, Mártha Orsolya: A Hólyag Kontraktilitási Index meghatározásának fontossága a csökkent hólyagműködés kezelésében, Orvosi Hetilap 2017, 158 (31), 1222-1227, www.akademiai.com, DOI:10.1556/650.2017.30776, ISSN 0030-6002.
6. Orsolya Mártha, Ghirca V.M., Frunda E.A., Chibelea C.: Urodynamic estimation of detrusor contractile function: The Bladder contractility index (BCI), 36th SIU Congress, Buenos Aires, World J Urol (2016) 34(Suppl 1): 1. doi:10.1007/s00345-016-1931-2, ISSN 0090-4295.

emKEGEL – echipament inovativ pentru stimularea mușchilor pelvieni

Echipamentul pentru stimularea mușchilor pelvieni emKEGEL este folosit pentru a restabili controlul neuromuscular și pentru a realiza reeducarea musculară, o singură ședință provocând până la 12.000 de contracții supramaximale ale mușchilor planșei pelvine.



non-invaziv



30 minute



pacientul rămâne
complet îmbrăcat

Indicații terapeutice:

- Incontinență urinară
- Dureri pelvine
- Hiperplazie
- Prostată
- Disfuncție erectilă
- Incontinență fecală



Fertilovit® for a new life



Complex terapeutic ortomolecular pentru menținerea și îmbunătățirea funcției sexuale la bărbați

Indicații

- Pacienți de sex masculin sănătoși care doresc să-și mențină sănătatea reproductivă
- Stil de viață nefavorabil precum stresul, obiceiuri alimentare nesănătoase, fumat
- Expunerea la poluarea atmosferică
- Varicocel fără OAT

Fabricat
în Germania



Fertilovit® MT este un supliment alimentar destinat bărbaților, care conține micronutrienți, taurină, antioxidanți, zinc și seleniu. Zincul contribuie la menținerea concentrațiilor normale de testosteron din sânge și la menținerea fertilității și reproducerii normale, iar Seleniul contribuie la spermatogeneza normală.

Fertilovit® for a new life



Complex terapeutic ortomolecular pentru fertilitatea masculină

Formulă patentată ce țintește
7 căi ale subfertilității masculine

1. Stresul oxidativ
2. Disfuncția mitocondrială
3. Hiperhomocisteinemia
4. Fluxul sangvin redus
5. Inflamația
6. Disfuncția enzimatică
7. Disfuncția erectilă

Fabricat
în Germania



Fertilovit® M^{plus} este un aliment destinat scopurilor medicale speciale, recomandat în managementul dietetic al bărbaților cu probleme de fertilitate, legate de calitatea slabă a materialului seminal. În acest caz, afectarea spermatogenezei este frecvent asociată cu un nivel crescut al stresului oxidativ. Aceste aspecte conduc la o cerere crescută de vitamine, minerale și alte substanțe. N-acetil-L-cisteină, citrulină, zinc, seleniu și acid folic, în combinație cu alți nutrienți, acoperă această cerere, susținând bărbații cu o calitate afectată a materialului seminal. Produsul trebuie utilizat sub supraveghere medicală.

Infecția Tractului Urinar este una dintre cele mai frecvente infecții microbiene la nivel mondial

1 capsulă roșie + 1 capsulă transparentă



Infecțiilor de Tract Urinar

COMBATE SIMPTOMELE I.T.U. CU ^{***}ITU-STOP

- Combinație de capsule cu compoziție stabilă și standardizată ce conține **30% PAC din EXTRACT DE MERIȘOARE + D-MANOZĂ + CONCENTRAT DE RĂCHIȚELE LIOFILIZATE**
- Poate fi administrat împreună cu antibiotice
UROSEPTIC NATURAL / EFECT BACTERIOSTATIC
- Blocare totală a receptorilor E-coli cu ajutorul **D-MANOZEI și PAC**

^{***}**ITU-STOP** este un supliment alimentar eficient împotriva infecțiilor de tract urinar, potrivit atât pentru adulți, cât și pentru copii, gravide sau femei în perioada de lactație.

Rupisolv™ 20 Plicuri ox

**Inovație
în urologie**



Compoziție specială destinată pacienților cu UROLITIAZĂ



Recomandat:



- în perioada tratamentului
- ca adjuvant pentru litotripsie
- pentru prevenirea recidivei

Dizolvă calculii renali



RUPISOLV™ OX PLICURI este un supliment alimentar, ce conține Citrat de Potasiu, Citrat de magneziu, Stonebreaker și Inulină, recomandat în cazul calculilor renali formați din oxalat de calciu.

Prin compoziția produsului se inhibă nucleația și se reduce dimensiunea pietrelor la rinichi, ajutând la eliminarea lor și diminuând riscul formării altora noi.



Unic Importator și Distribuitor în România: DuxMD Pharma Solutions SRL
Puteți afla mai multe detalii printr-un email la adresa: office@duxmd.ro
www.duxmd.ro/ Tel: 0769 664 677

DuxMD
pharma solutions

Tratamentul chirurgical prin abord laparoscopic al fistulei vezico-vaginale

Laparoscopic treatment of vesico-vaginal fistula

Abstract: Background: Vesico-vaginal fistula is frequently encountered in gynecological pathology, being often iatrogenic after hysterectomy. Surgical treatment may be realized by transvaginal or transperitoneal approach. An alternative to the open transperitoneal approach is the laparoscopic repair. Case presentation: Here we will present the laparoscopic vesico-vaginal fistula repair in case of a 51 years old patient diagnosed with a iatrogenic vesico-vaginal fistula after hysterectomy for an uterine fibroma. Conclusions: Laparoscopic approach of vesico-vaginal fistula is not adopted on large scale, requiring further surgical competences, but it represents an efficient and safe alternative to open surgery. **Keywords:** vesico-vaginal fistula, laparoscopy



**Dr. Diaconescu
Dan Ștefan**

Medic Primar Urologie,
Spitalului Clinic „Prof. Dr. Th.
Burghele”

Prezentare de caz

Fistula vezico-vaginală este cea mai frecventă fistulă dobândită a tractului urinar și apare cel mai frecvent după intervenții chirurgicale în sfera ginecologică (post-histerectomie). Tratamentul chirurgical al acesteia se poate realiza trans vaginal sau trans peritoneal. O alternativă a abordului trans peritoneal deschis o reprezintă accesul laparoscopic trans peritoneal.

Studiul de față prezintă cazul unei paciente în vârstă de 51 ani diagnosticată cu fistulă vezico-vaginală apărută după o intervenție chirurgicală ginecologică.

Abordul laparoscopic al acestei afecțiuni nu este adoptat la scară largă, necesitând competențe chirurgicale suplimentare, însă reprezintă o alternativă sigură și eficientă a tehnicii clasice.

Introducere: Fistula vezico-vaginală este cea mai frecventă fistulă dobândită a tractului urinar¹. Etiologia fistulei vezico-vaginale în țările industrializate este reprezentată de leziuni apărute după: efectuarea unor intervenții ginecologice sau urologice² (histerectomia, colporafia anterioară, chirurgia cistocelului, chirurgia incontinenței urinare)³, pentru tumori sau traumatisme în sfera uro-genitală și după radioterapie⁴. În țările în curs de dezvoltare etiologia cea mai frecventă este reprezentată de leziunile din timpul travaliului⁵.

Fistula vezico-vaginală se manifestă prin scurgerea constantă a urinei pe cale vaginală. Obiectivul terapeutic este reprezentat de reluarea funcțiilor uro-genitale normale. Opțiunile terapeutice sunt: tratamentul chirurgical cu acces trans-vaginal, trans-abdominal sau chiar cu abordare abdomino-vaginală^{6,7}, precum și tratamentul conservator care se adresează unor fistule de dimensiuni mici, sub 2-3 mm diametru. O alternativă a tehnicii clasice în tratamentul fistulei vezico-vaginale este reprezentat de abordul laparoscopic transperitoneal.

Prezentarea cazului

P. I. în vârstă de 51 de ani se internează în serviciul de urologie al Spitalului Clinic Prof. Dr. Th. Burghele pentru scurgere constantă de urină pe cale vaginală în evoluție de un an de zile. Intervenția chirurgicală de histerectomie pentru diagnosticul de fibrom uterin a fost realizată clasic în urmă cu un an anterior prezentării pacientei în serviciul de sănătate publică. Pacienta este nefumătoare și nu consuma alcool.

Examenul genital, clinic cu valve a identificat un traiect fistulos localizat spre fundul de sac vaginal drept, de 0,7 cm, fără fenomene inflamatorii. Urocultura este pozitivă pentru E. Coli, cu peste 100 000 UFC. Pacienta a efectuat tratament preoperator cu Cefixime 200 mg conform antibiogrammei.

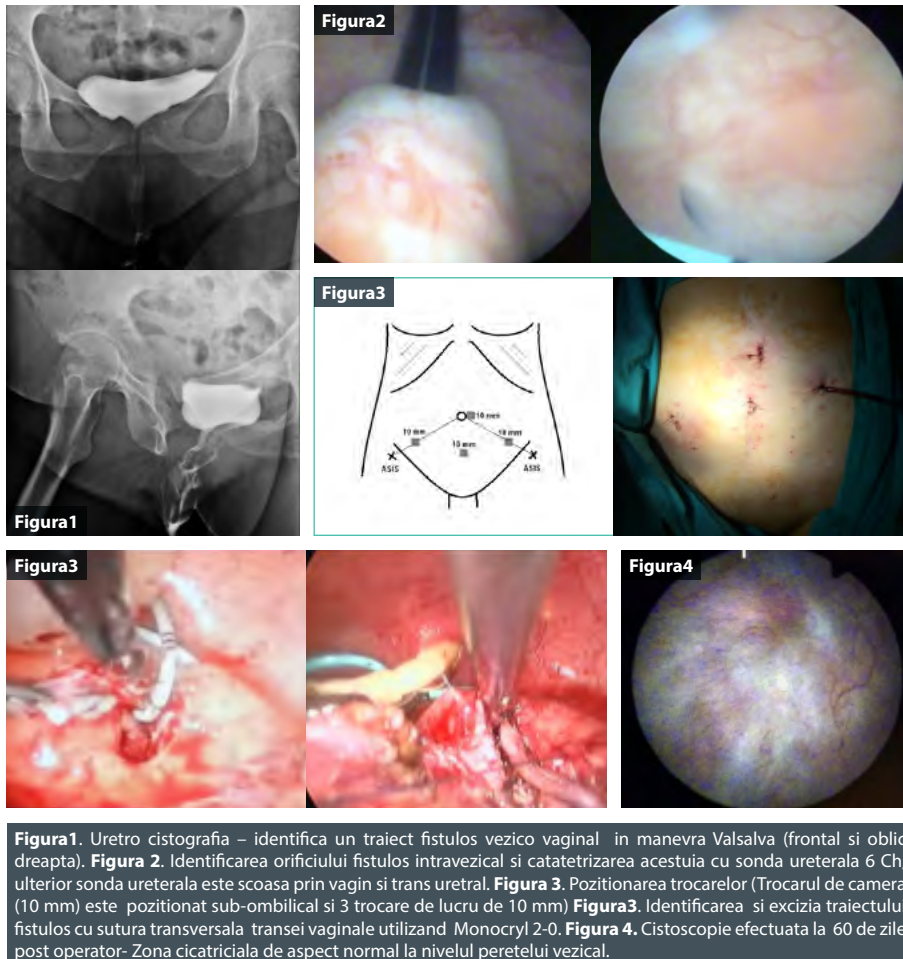
Examenul cistoscopic a pus în evidență o uretră permeabilă, cu vezica urinară cu mediu limpede, orificii ureterale libere și prezența unei fistule de aproximativ 1 cm situată retrotrigonal, la 2 cm deasupra orificiului ureteral drept.

Cistografia a identificat un traiect fistulos vezico-vaginal Figura 1.

Diagnosticul diferențial clinic a fost făcut cu incontinență urinară. În cele din urmă anamneza, examenul obiectiv general și local precum și investigațiile paraclinice ne-au condus către diagnosticul pozitiv de fistulă vezico-vaginală.

Obiectivul terapeutic este reprezentat de suprimarea pierderilor urinare cu reluarea funcțiilor uro-genitale normale. Dintre opțiunile terapeutice am ales tratamentul chirurgical prin abord laparoscopic deoarece dimensiunile fistulei nu permit tratamentul conservator iar locația acesteia favorizează un abord transabdominal. Avantajele procedurii laparoscopice față de varianta deschisă sunt: rezultatul estetic postoperator, recuperare mai rapidă și o morbiditate mai mică. Contraindicațiile laparoscopiei sunt: aderențele intraperitoneale pelvine sau procesele inflamatorii importante precum și lipsa de experiență a chirurgului în tehnica laparoscopică.

După administrarea anesteziei generale (AG-IOT) se efectuează cistoscopia cu cateterizarea celor două uretere după identificarea orificiilor ureterale cu scopul protejării acestora. O altă sondă ureterală este introdusă la nivelul fistulei și trecută prin vagin pentru identificarea traiectului fistulos. Pacientul a fost așezat în poziție Trendelenburg. Accesul peritoneal s-a făcut prin tehnica Hasson subombilical, ulterior montându-se încă 3 trocare de 10mm: primul trocar în fosa iliaca stanga la 1/3 din distanța ombilic-spina iliaca antero superioara stanga, al doilea trocar în fosa iliaca dreapta la 1/3 din distanța ombilic-spina iliaca antero superioara dreapta și al treilea trocar la 5 cm sub ombilic pe linia pubo-subombilicală. Se realizează adezioli-



za pelvină. Se ancorează vezica urinara cu fire separate la peretele anterior abdominal. Se incizează peretele posterior al vezicii urinare, se identifică traiectul fistulos stentat cu sonda ureterală și se excizează cu foarfeca la rece pana la obținerea marginilor viabile atât la nivelul vezicii urinare cât și ale vaginului. Sutura planurilor a fost realizata cu fir monocryl 2-0 transversal la nivelul vaginului și respectiv longitudinal la nivelul peretelui vezical, în dublu strat urmata apoi de interpozitia de flap peritoneal la nivelul defectului vezico-vaginal. Sondele JJ au fost extrase la sfârșitul intervenției chirurgicale.

Intervenția a durat 2 ½ ore, ulterior pacienta fiind monitorizata timp de alte 2 ore în serviciul de terapie intensivă iar durata totala a internării a fost de 4 zile.

Postoperator pacienta a beneficiat de tratament antialgic și antibiotic (conform antibiogrammei). Mobilizarea pacientei s-a facut încă de a doua zi iar sondajul uretrovezical a fost menținut timp de 2 săptămâni.

Realizarea acestei intervenții prin acces laparoscopic transperitoneal a permis o sutură tension-free, cu identificarea perfectă a tranșelor defectului vaginal și vezical.

Utilizarea imaginii 3D în laparoscopie a permis o vedere reală a dimensiunilor și a localizării traiectului fistulos. Montarea unui stent ureteral prin traiectul fistulos permite o identificare precisă și o excizie limitată în țesutul viabil. Sutura a fost realizată cu fire separate și a crescut timpul operator. Lamboul peritoneal interpus a scăzut riscul de recidivă. Nu a fost tehnic posibil interpoziția de epiplon și a fost aleasă tehnica de lambou peritoneal vezical

Discuții

Este greu de stabilit care este cea mai bună abordare chirurgicală în tratamentul fistulei vezico-vaginale. Abordul vaginal este mai simplu, mai sigur și mai rapid⁸, în timp ce abordul trans abdominal se adresează în special fistulelor supratrigonale⁹ și complexe, sau celor secundare radioterapiei¹⁰. Cheia succesului acestei intervenții este descrisa de Couvelaire în 1953 o buna identificarea a orificiului fistulos, o foarte buna disecție a tranșelor vezicale și vaginale, și un bun drenaj urina postoperator.

Abordul laparoscopic al fistulei vezico-vaginale oferă avantajele unei metode minim invazive cum ar fi: pierdere de

sange redusa, morbiditate postoperatorie scazuta (infecție plaga, tromboza venoasa, etc), limitarea durerilor abdominale, o durata scăzută a spitalizării, un cost eficient crescut al actului medical, recuperare și reintegrare socială mai rapidă. De menționat ca experiența chirurgului este cea ce poate justifica alegerea tehnicii chirurgicale^{11,12,13}.

Similar procedurii deschise, abordul laparoscopic respectă principiile de bază ale tratamentului chirurgical: identificarea traiectului fistulos, excizia țesuturilor fibroase, sutura fără tensiune, utilizarea materialelor adecvate pentru sutura, interpoziția diverselor țesuturi, drenajul adecvat al vezicii urinare¹⁴.

Concluzii

Tratamentul chirurgical laparoscopic al fistulei vezico-vaginale este o alternativă bună la abordul deschis, având rezultate funcționale similare, morbiditate mai mică și o recuperare postoperatorie mai rapidă. Aceasta tehnică necesită însă o experiență în chirurgia laparoscopică.

Bibliografie

- Gerber GS, Schoenberg HW. Female urinary tract fistulas. *J Urol*, 1993; 149:229-236
- Symmonds RE. Incontinence: Vesical and urethral fistulas. *Clin Obstet Gynecol* 1984;27:499–514.
- Armenakas NA, Pareek G, Fracchia JA (2004) Iatrogenic bladder perforation: Long-term follow-up of 65 patients. *J Am Coll Surg* 198:78-82
- Everett HS, Mattingly RF, Urinary tract injuries resulting from pelvic surgery. *Am J Obstet Gynecol*, 1956; 71(3):502-14
- Arrowsmith S; Hamlin, EC; Wall, LL; Obstructed labor injury complex. *Obstet&Gynecol Survey* 1996;51(9):568-574
- Clark DH, Holland JB, Repair of vesicovaginal fistula: simultaneous transvaginal-transvesical approach; *South med J*, 1975; 68(11):1410-3
- Taylor JS, AD Hewson, P Rachow, P Tynan, J Ward; Synchronous combined transvaginal-transvesical repair of vesicovaginal repair of vesicovaginal fistulas, *Austr & NZ J of Surg*, 1980; 50(1): 23-25
- Goodwin WE, Scardino PT. Vesicovaginal and ureterovaginal fistulas: A summary of 25 years of experience. *J Urol* 1980;123:370–374
- O'Connor VJ Jr., Sokol JK, Bulkley GJ. Suprapubic closure of vesicovaginal fistula. *J Urol* 1973;109:51–54.
- Blaivas JG, Heritz DM, Romanzi LJ. Early versus late repair of vesicovaginal fistulas: Vaginal and abdominal approaches. *J Urol* 1995;153:1110–1113
- Phipps, J.: Laparoscopic repair of posthysterectomy vesicovaginal fistula. Two case reports. *Gynecol Endosc*, 5: 123, 1996
- Raz, S., Bregg, K., Nitti, V. and Sussman, E.: Transvaginal repair of vesicovaginal fistula using a peritoneal flap. *J Urol*, 150: 56, 1992
- Blaivas, J. G., Heritz, D. M. and Romanzi, L. J.: Early versus late repair of vesicovaginal fistulas: vaginal and abdominal approaches. *J Urol*, 153: 1110, 1995
- Nezhat, C. H., Nezhat, F., Nezhat, C. and Rottenberg, H.: Laparoscopic repair of a vesicovaginal fistula: a case report. *Obstet Gynecol*, part 2, 83: 899, 1994

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@adlenda.ro.

Alfasigma România S.R.L.
str. Cluceru Udriceni, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
tel: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28
e-mail: info@alfasigma.com

ALFASIGMA 

Proxerex[®]

Contribuie la menținerea activității și energiei sexuale naturale a bărbaților



1 plic/zi

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Proxerex[®] 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.

Alfasigma România S.R.L.
str. Cluceru Uliceni, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
tel: 001.805.35.26, 001.805.35.27; fax: 001.805.35.28
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA 

Sepsis - epidemiologie și îndemn la acțiune

Sepsis - epidemiology and call to action

Sepsisul este un sindrom clinic produs de un răspuns anormal/dereglat al organismului la o infecție care, în lipsa diagnosticului precoce și a unui tratament corespunzător, poate duce la insuficiență de organe, șoc și deces. Conform unui studiu publicat în Lancet în 2020, care a estimat incidența și mortalitatea prin sepsis la nivel global, regional și național (în 195 de țări și teritorii) pe o perioadă de 20 de ani, 49 de milioane de oameni au suferit de sepsis în 2017 iar, dintre aceștia, 11 milioane au pierdut lupta cu boala¹. Deși incidența și mortalitatea prin sepsis au scăzut cu 37% și, respectiv, 53% în ultimii 20 de ani¹, aceste estimări sunt îngrijorătoare, cifrele fiind mult mai mari decât cele publicate anterior².

Prof. Univ. Dr. Daniela Filipescu

Dr. Alexandra Vlad

Dr. Mihai Ștefan

IUBCV „Prof. Dr. C.C. Iliescu”

În general, pacienții cu risc de a dezvolta sepsis sunt: copiii sub 1 an, persoanele de peste 60 de ani, cei cu boli cronice și persoanele cu sistem imunitar deficitar (cei cu diabet, infecție cu virus HIV, asplenie etc). Sepsisul poate afecta însă pe oricine. Copiii mici sunt cei mai afectați, 40% dintre cazurile de sepsis fiind înregistrate la copiii sub 5 ani¹.

Principalele cauze de apariție a sepsisului sunt: meningita, pneumonia, bacteriemia, infecțiile cutanate și de părți moi, infecțiile asociate cateterelor intravasculare, infecțiile de tract urinar și cele abdominale (apendicita, colecistita, diareea). Datele recente arată însă că aproximativ jumătate din mortalitatea asociată sepsisului este datorată sepsisului secundar unor traumatisme sau boli cronice¹.

Raportul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) privind povara reprezentată de sepsis la nivel mondial, publicat în 2020, preia datele publicate în Lancet și subliniază că mortalitatea cauzată de sepsis este mai mare decât cea provocată de cancer sau boală coronariană³.

La nivel global, 1 din 5 decese sunt asociate sepsisului¹, sepsisul reprezentând prima cauză de deces intra-spitali-

cesc⁴. De asemenea, este principala cauză de re-admisie în spital⁵ și de costuri asociate spitalizării⁶. Dintre supraviețuitori, aproximativ 50% rămân cu afectare fizică, psihologică și cognitivă importantă, cu un impact economic considerabil⁷.

Din păcate, datele privind sepsisul în Europa sunt puține. Un studiu efectuat în Suedia a raportat o incidență a sepsisului de 700-800 de cazuri la 100000 de locuitori, număr care variază în funcție de definiția sepsisului⁸. Pe baza acestor cifre se estimează ca anual, în Europa, ar fi diagnosticate 3400000 de cazuri de sepsis și 680000 de decese asociate sepsisului. Dintre supraviețuitori, aproximativ o treime mor în următorul an și în jur de 2000000 rămân cu dizabilități importante post-sepsis.

În ciuda acestor cifre alarmante, se consideră că ele subestimează realitatea și că ar reprezenta doar 15-50% din cazurile de sepsis deoarece, frecvent, diagnosticul de sepsis nu este codificat, nu este înregistrat ca o cauză principală de deces și nu este luat în considerare de statistici⁹.

Pe de altă parte, se observă diferențe mari între cifrele privind incidența sepsisului raportate în diverse țări dezvoltate, cele din Suedia fiind de 8 ori mai mari decât cele din Canada, de 4 ori mai mari decât cele din Germania și aproape duble față de cele raportate de Coreea de Sud¹⁰. Pe lângă utilizarea unor definiții diferite ale sepsisului, o explicație a acestor diferențe poate fi legată de modul de culegere a datelor care variază de la registre me-

dicale și foi de observație electronice la registre de reclamații ale companiilor de asigurări medicale.

Obținerea unor date epidemiologie corecte, relevante, reproductibile și comparabile reprezintă o prioritate în lupta contra sepsisului.

Sepsisul are o semnificație deosebită în secțiile de terapie intensivă (STI) deoarece afectează aproximativ 30% din pacienți, iar procentul de mortalitate este de 26%, ajungând până la 35% la pacienții cu șoc septic¹¹. 18% dintre pacienți au diagnosticul de sepsis de la admisie în STI iar mortalitatea intra-spitalicească la cei cu sepsis este dublă față de cei care nu dezvoltă sepsis. Ca factori de risc independenți pentru mortalitatea prin sepsis în STI au fost identificați: vârsta înaintată, scorul de risc la admisie ridicat, prezența cancerului, insuficiența cardiacă cronică (New York Heart Association Classification III/IV), ciroza hepatică, ventilația mecanică, epurarea extra-renală și infecția cu *Acinetobacter spp*¹¹.

Deși mortalitatea pare să fi scăzut în ultima decadă, trebuie menționat că definiția sepsisului a suferit și ea modificări, ceea ce poate influența diversele raportări și face imposibilă compararea lor.

O meta-analiză recentă a arătat că la o incidență de 189 de cazuri de sepsis tra-

UR@biotic

Dublă protecție a tractului urinar

Formule originale fabricate exclusiv în Europa, în condiții GMP farmaceutice
Tulpini probiotice naturale produse în Europa, cu eficacitate dovedită clinic*

Gama UR@biotic

Acțiune rapidă

- Formulă unică elvețiană fundamentată pe un concept terapeutic inovator
- Bazată pe asocierea sinergică a mai multor **tulpini probiotice vii** cu **ingrediente naturale bioactive (extract de Afin-American, prebiotice – D-manoză și inulină)**
- Menține echilibrul microflorei tractului urinal și vaginal
- **Reduce manifestările infecțiilor urinare** cauzate de bacteria E. coli, favorizând eliminarea rapidă a acesteia



Compoziție	Doză / plia
D-manoză	500 mg
Culturi probiotice vii Lactobacillus rhamnosus; L. acidophilus; Streptococcus lactis; S. thermophilus	400 mg 2,5x10 ⁹ CFU
Extract de afin-american (Vaccinium macrocarpon)	200 mg



Recomandat pentru:

- Semne de disconfort urinar (jucurimi, urinări frecvente, iritații);
- Reducerea înmulțirii și aderenței bacteriei E. Coli ce poate determina infecții urinare;
- Îmbunătățirea activității vezicii urinare;
- Protecția florei normale pe durata tratamentului cu antibiotice și după acesta;
- Menținerea sănătății și a echilibrului florei tractului urinar.

Compoziție	Doză / capsulă
Culturi probiotice vii Bifidobacterium longum; B. infantis; Lactobacillus acidophilus; L. casei	250 mg 5x10 ⁹ CFU
Extract de afin-american (Vaccinium macrocarpon)	120 mg
D-manoză	50 mg
Inulină	25 mg

Formulă de întreținere



Acționează astfel suplimente alimentare

(*Lactobacillus acidophilus LLA-01, Lactobacillus casei LIC-4K, Lactobacillus lactis LLL-14,
Lactobacillus rhamnosus LRR-11, Bifidobacterium bifidum LBB-02, Bifidobacterium longum LBL-01,
Bifidobacterium infantis LBI-04, Streptococcus thermophilus LST-229)

Eanience

tate în spital la 100000 de locuitori, 58 de cazuri necesită tratament în STI iar mortalitatea lor este mult mai mare (42%) comparativ cu cea a celor care nu necesită admisie în STI (27%)¹².

Șocul septic, forma cea mai severă de sepsis, este prezent la 10% din pacienții din STI încă de la admisie, iar 8% dintre cei admiși în STI dezvoltă șoc septic pe parcursul internării, rata de mortalitate intra-spitalicească fiind de aproximativ 39%¹³ și chiar 53% în alte studii¹⁴.

În studiul internațional multicentric al sepsisului în STI menționat mai sus¹¹, prezența germenilor a fost identificată în 70% din cazurile de sepsis. În doua treimi din cazuri au fost izolați germeni Gram-negativi iar în restul cazurilor, bacterii Gram-pozitive. Cele mai frecvente bacterii Gram-negative izolate au fost *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Pseudomonas spp* și *Acinetobacter spp*. Este interesant de observat în acest studiu ca 42% dintre pacienții fără diagnostic de sepsis primeau antibiotice, ceea ce sugerează ca acestea erau prescrise în ciuda excluderii diagnosticului de sepsis sau a rezolvării infecției, contribuind la apariția rezistenței la antibiotice a germenilor.

Îngrijorător este faptul că în 1 din 4 cazuri sepsisul este dobândit în spital, iar aproximativ 50% din cazurile de sepsis din STI au origine intra-spitalicească¹⁴. Rata de deces în rândul pacienților cu sepsis dobândit în spital este de 25%, ajungând până la 52% în cazul celor tratați în STI¹¹. Mai mult, supraviețuitorii sepsisului dobândit în spital au o durată de spitalizare de până la 3 ori mai mare decât pacienții cu sepsis comunitar, cea mai lungă durată de spitalizare fiind înregistrată la pacienții cu sepsis dobândit în STI.

Extrapolând aceste date la populația Uniunii Europene și a spațiului economic european (aproximativ 518 milioane de locuitori), se estimează că în acest areal, anual, sunt tratați în STI aproximativ 127000 de pacienți cu sepsis dobândit în spital¹⁴. Aceste date sunt concordante cu cele din 2016 care estimau aproximativ 2600000 de cazuri noi de infecții dobândite în spital anual în spațiul european și plasau infecțiile dobândite în spital pe primul loc între bolile infecțioase din aceasta zonă¹⁵.

O treime dintre cazurile de sepsis dobândit în spital este cauzată de bacteriile multi-rezistente la antibiotice (multi drug resistant – MDR) de tip *Staphylococcus*

Aureus rezistent la meticilina (MRSA), *Pseudomonas spp* MDR sau *Enterobacteriaceae* producătoare de beta-lactamază (ESBL pozitive)¹⁴.

În Europa, numărul deceselor și al dizabilităților cauzate de infecțiile cu bacterii MDR este semnificativ, mai ales în regiunea sudică (Grecia, Italia, România), unde și rezistența la carbapeneme și colistin este mai importantă¹⁶. Infecțiile cu germeni MDR sunt în creștere în spațiul european în ultima decadă, ponderea este crescută la sugari și la cei cu vârsta peste 65 de ani iar 64% dintre acestea sunt asociate îngrijirilor medicale¹⁶.

Din păcate, România nu raportează în sistemul GLASS-AMR (Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System - Antimicrobial resistance) lansat de Organizația Mondială a Sănătății în 2015 și efectul măsurilor de combatere a acestor infecții nu este vizibil. De aceea, **legea nr. 3 din 8 ianuarie 2021 publicată în Monitorul Oficial privind prevenirea, diagnosticarea și tratamentul infecțiilor asociate asistenței medicale din unitățile medicale și din centrele rezidențiale pentru persoanele adulte aflate în dificultate din România¹⁷ ar trebui completată nu numai de norme metodologice dar și de un program național de prevenire și control al infecțiilor cu germeni MDR și a sepsisului.**

Agenții infecțioși incriminați în producerea sepsisului sunt diverși și, deși declanșează mecanisme comune patogene, manifestările clinice induse și complicațiile sunt specifice. Agenții patogeni incriminați pot fi bacterii, fungi sau viruși, inclusiv SARS-CoV-2.

Astfel, o meta-analiză a estimat prevalența sepsisului la pacienții spitalizați cu Covid-19 la aproximativ 33%, 18% dintre aceștia necesitând tratament în STI¹⁸. Dintre pacienții Covid-19 tratați în STI, 78% au dezvoltat sepsis asociat

SARS-CoV-2. Sindromul de detresă respiratorie acută (ARDS) a fost principala cauză de disfuncție de organ la cei cu sepsis îngrijiiți în STI¹⁸.

Prognosticul pacienților cu sepsis cauzat de infecția SARS-CoV-2 depinde de mai mulți factori, care includ durata ventilației mecanice, disfuncțiile de organ asociate, gradul de imunosupresie, suprainfecția cu germeni MDR, dar și de factorii specifici STI, precum: gradul de ocupare al paturilor, deficitul de personal medical, gradul de pregătire a personalului, lipsa echipamentului adecvat, sindromul de burnout și existența unui program de administrare al antibioticelor¹⁹.

Pe lângă efectul direct asupra pacienților, sepsisul afectează în mod considerabil economiile naționale și bugetul îngrijirilor de sănătate. Astfel, în Franța, spitalizarea unui pacient cu sepsis poate costa până la 16000 €²⁰, în Germania 15000€²¹ iar în Statele Unite ale Americii (SUA) 18244 USD sau 13% din cheltuielile spitalicești, cheltuiuala disproporționat de mare pentru un diagnostic care acoperă doar 3,6% din spitalizări²². Costurile sunt semnificativ mai mari la cei care dezvoltă sepsis pe parcursul spitalizării, ajungând la 68671 USD la cei cu șoc septic care nu au prezentat acest diagnostic sau sepsis la internarea în spital²². Mai mult, suma totală acoperită de sistemul de sănătate pentru sepsis poate ajunge la 9 miliarde € sau 3% din bugetul Germaniei²¹ sau 62 de miliarde de dolari în SUA²².

Având în vedere toate implicațiile medicale, sociale și economice ale sepsisului prezentate mai sus, devine evident că spațiul public și cel politic sunt cele mai importante medii de conștientizare și îndemn la acțiune în lupta contra sepsisului pe plan global.

În acest scop, în anul 2017 a fost adoptată o rezoluție OMS care îndeamnă statele membre să implementeze programe naționale de prevenire și control al sepsisului²³ iar în 2018 a fost creată Alianța pentru Sepsis Europeană (European Sepsis Alliance - www.europeansepsisalliance.org) care își propune sensibilizarea politicianilor dar și a pacienților la problema de sănătate publică reprezentată de sepsis, și facilitarea implementării rezoluției OMS.

Sepsisul este un sindrom care poate fi prevenit. Metodele de prevenție includ: vaccinarea, igiena mâinilor, aprovizio-

narea cu apa curenta, educația medicală, conștientizarea și prevenția infecțiilor asociate spitalelor, acestea din urmă fiind percepute de Centrul European pentru Diagnostic și Control al bolilor (ECDC) ca un „defect” al sistemelor de sănătate. Deși mortalitatea prin sepsis a scăzut dramatic, provocarea reprezentată de posibila eradicare a sepsisului rămâne, ceea ce implică un efort financiar și uman extraordinar în lupta contra sepsisului.

Conștientizarea importanței sepsisului este o metodă de reducere a impactului acestuia. Este datoria profesioniștilor din sistemul de sănătate, dar și a politicienilor și a pacienților să participe activ la promovarea tuturor acțiunilor de prevenire, diagnostic precoce și tratament al sepsisului, în scopul îmbunătățirii stării de sănătate și calității vieții populației, a reducerii costurilor asociate tratării unui sindrom clinic care poate fi prevenit și a unei mai bune pregătiri a răspunsului la pandemii și crize sanitare globale²⁴.

Referințe

- Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020;395(10219):200-211.
- Fleischmann C, Scherag A, Adhikari N et al. International Forum of Acute Care. Assessment of global incidence and mortality of hospital-treated sepsis. Current estimates and limitations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016;193:259-272.
- Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. Geneva: World Health Organization. 2020.
- Rhee C, Jones TM, Hamad Y, et al. Prevalence, Underlying Causes, and Preventability of Sepsis-Associated Mortality in US Acute Care Hospitals. *JAMA Netw Open*. 2019;2(2):e187571.
- Torio CM, Moore BJ. National Inpatient Hospital Costs: The Most Expensive Conditions by Payer, 2013: Statistical Brief #204. 2016 May. <https://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb204-Most-Expensive-Hospital-Conditions.pdf>
- Buchman TG, Simpson SQ, Sciarretta KL, et al. Sepsis Among Medicare Beneficiaries: 3. The Methods, Models, and Forecasts of Sepsis, 2012-2018. *Crit Care Med*. 2020 Mar;48(3):302-318.
- Prescott HC, Angus DC. Enhancing Recovery From Sepsis: A Review. *JAMA* 2018; 319(1):62-75.
- Mellhammar L, Wullt S, Lindberg A, Lanbeck P, Christensson B, Linder A. Sepsis incidence: a population-based study. *Open Forum Infect Dis*. 2016;3(4):ofw207.
- Reinhart K, Daniels RD, Schwarzkopf D, Kisson N. Sepsis hysteria: facts versus fiction. *Intensive Care Med*. 2020 Jul;46(7):1477-1480
- Fleischmann-Struzek C, Schwarzkopf D, Reinhart K. Sepsis incidence in Germany and worldwide: Current knowledge and limitations of research using health claims data]. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2021 Jan 28:1-5
- Sakr Y, Jaschinski U, Wittebole X, et al. ICON Investigators. Sepsis in Intensive Care Unit Patients: Worldwide Data From the Intensive Care over Nations Audit. *Open Forum Infect Dis*. 2018 Nov 19;5(12):ofy313.
- Fleischmann-Struzek C, Mellhammar L, Rose N, et al. Incidence and mortality of hospital- and ICU-treated sepsis: results from an updated and expanded systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2020;46(8):1552-1562.
- Vincent JL, Jones G, David S, Olariu E, Cadwell KK. Frequency and mortality of septic shock in Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 2019 May 31;23(1):196.
- Markwart R, Saito H, Harder T, et al. Epidemiology and burden of sepsis acquired in hospitals and intensive care units: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2020;46(8):1536-1551.
- Cassini A, Plachouras D, Eckmanns T, et al. Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLoS Med*. 2016 Oct 18;13(10):e1002150.
- Cassini A, Högberg LD, Plachouras D, et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis*. 2019;19(1):56-66.
- Legea nr. 3 din 8 ianuarie 2021 privind prevenirea, diagnosticarea și tratamentul infecțiilor asociate asistenței medicale din unitățile medicale și din centrele rezidențiale pentru persoanele adulte aflate în dificultate din România. *Monitorul Oficial nr. 22 din 8 ianuarie 2021*. <http://legislatie.just.ro/Public/DetaIliiDocument/235999>
- Karakike E, Giamarellos-Bourboulis EJ, Kyrianiou M, et al. Coronavirus Disease 2019 as Cause of Viral Sepsis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. 2021 Dec 1;49(12):2042-2057.
- da Silva Ramos FJ, de Freitas FGR, Machado FR. Sepsis in patients hospitalized with coronavirus disease 2019: how often and how severe?. *Curr Opin Crit Care*. 2021;27(5):474-479.
- Dupuis C, Bouadma L, Ruckly S, et al. Sepsis and septic shock in France: incidences, outcomes and costs of care. *Ann. Intensive Care* 2020;10:145.
- Fleischmann C., Hartmann M., Hartog C. et al. Epidemiology of Sepsis in Germany: Incidence, Mortality and Associated Costs of Care 2007-2013. *Intensive Care Medicine Experimental* 2015: A50.
- Paoli CJ, Reynolds MA, Sinha M, Gitlin M, Crouser E. Epidemiology and Costs of Sepsis in the United States-An Analysis Based on Timing of Diagnosis and Severity Level. *Crit Care Med*. 2018 Dec;46(12):1889-1897.
- Reinhart K, Daniels R, Kisson N, Machado F, Schachter R, Finfer S. Recognizing Sepsis as a Global Health Priority — A WHO Resolution. *New England Journal of Medicine*. 2017;377(5):414-417.
- European Society of Intensive Care Medicine (ESICM); Global Sepsis Alliance (GSA); Society of Critical Care Medicine (SCCM). Reducing the global burden of sepsis: a positive legacy for the COVID-19 pandemic? *Intensive Care Med*. 2021;47(7):733-736.

High Speed Dating



SPARK meets **SPARK**

Solutions for
enucleation and mesocellation



Flexible Sensor Endoscopes for ENDOCAM Logic 4K Camera Platform



Mamba Vision

Flexible Sensor Endoscope

- 210° deflection up/downward for precise control and navigation
- 7.5 Fr. large working channel for optimal irrigation
- Atraumatis, 11.5 Fr., beveled distal tip for easy insertion and patient comfort
- 14.5 Fr. sheath ID
- Dual LED distally for superior illumination
- Two programmable control buttons capable of controlling
- Special Imaging Mode (SIM) compatible
- Ergonomic handle
- Jolly cable

Boa Vision

Flexible Single Channel Sensor Ultrasonoendoscope

- Fit through 6.5 Fr. access sheaths
- 320° deflection up/downward
- 3.6 Fr. working channel
- Atraumatis, 4.9 Fr., beveled distal tip for easy insertion
- 6.7 Fr. sheath ID
- Integrated LED illumination and distal image sensor
- Two programmable control buttons capable of controlling up to four functions
- Special Imaging Mode (SIM) compatible
- Ergonomic handle
- Jolly cable

Cobra Vision

Flexible Dual Channel Sensor Ultrasonoendoscope

- 320° deflection up/downward
- Two independent upper and lower channels (3.6 Fr. and 2.4 Fr.) for the simultaneous use of biopsy bottles and laser fibers
- Atraumatis, 5.2 Fr., beveled distal tip for easy insertion
- 6.9 Fr. sheath ID
- Integrated LED illumination and distal image sensor
- Two programmable control buttons capable of controlling up to four functions
- Special Imaging Mode (SIM) compatible
- Ergonomic handle
- Jolly cable

Greencath® catetere urinare cu lubrifiant mai ușor de utilizat

Compania Slovena TIK Kobarid a lansat pe piață încă din 2012 sondele urinare cu lubrifiant greencath®. Investițiile continue în tehnologie și cercetare cât și trendul actual au ajutat compania slovenă ca în anul 2018 să relanseze o gama Greencath® complet schimbată cu noi caracteristici și design.

Cateterul este mult mai ușor de utilizat, noile caracteristici ducând la reducerea numărului de complicații în timp ce sunt folosite. Acestea sunt produse printr-un proces tehnologic avansat iar lubrifiantul special utilizat reduce la minim atât efectele secundare cât și numărul infecțiilor urinare.

Noile caracteristici ale cateterelelor

Acoperirea hidrofiliacă

Lubrifiantul biocompatibil este activat cu apă în 30 de secunde, are un timp de uscare mai îndelungat după activare și un luciu excelent care face inserția cateterului în uretra mai simplă și mai puțin dureroasă. Compactitatea lubrifiantului față de cateter și buna aderare pe suprafața acestuia, asigură rămânerea intactă după introducerea în uretră și, de asemenea, lubrifierea pe întreaga lungime a acesteia. Aceste caracteristici ușurează procesul de cateterizare și reduce semnificativ riscul deteriorării uretrei.

Ambalajul primar

Amabalajul fiecărui cateter este realizat din hârtie specială domeniului medical și folie transparentă iar sistemul de deschidere este unul simplu și practic. În ambalaj, cateterul este plasat cu vârful în jos, cu un sistem de deschidere foarte ușor de manevrat păstrând sterilitatea produsului pe timpul întregului proces de utilizare.

Pliculețul cu apă

Este disponibilă și varianta de cateter cu lubrifiant care are inserat și un pliculeț cu apă care asigură autonomia de a utiliza cateterul oriunde, în călătorii, acasă sau oricând și oriunde apa curată nu este disponibilă.

Pliculețul de apă este activat simplu prin îndoirea acestuia împreună cu cateterul și strângerea acestora în palmă. Pliculețul se va sparge ușor și va păstra apa în interiorul ambalajului cateterului. Ambalajul special creat asigură că umectarea cateterului se face uniform și rapid pe toată suprafața. De asemenea, ambalajul special creat, asigură că apa special purificată rămâne sterilă și impecabilă pe tot timpul valabilității produsului.

Sterilitatea

Toate tipurile de catetere Greencath® sunt igienic sigure, sterilizate cu EO (etilenoxid) realizate dintr-un material care nu conține DEHP și latex de inmuier.

Patru tipuri de catetere ale producătorului Sloven TIK KOBARID

În prezent, sunt disponibile patru tipuri de catetere urinare - greencath®, greencath SOFT®, greencath PLUS®, greencath SLOFT PLUS®, - recomandate pentru auto-cateterizare intermitentă.

Acestea sunt produse în diferite dimensiuni (conectorii sunt colorați conform codurilor internaționale) și sunt potrivite pentru bărbați, femei și copii.



Greencath® catetere urinare Nelaton cu lubrifiant: sunt recomandate pentru cateterizarea zilnică a vezicii urinare, colectarea artificială a urinei sau pentru scopuri terapeutice. Acoperirea hidrofiliacă (lubrifiantul) reduce frecarea între cateter și uretră și elimină absorbția reziduurilor în organism după utilizarea cateterului. Cateterul are orificii laterale polisate atraumatic care reduc semnificativ posibilitatea rănirii uretrei, care este factorul principal în infectarea tractului urinar.



Greencath Soft® este un cateter care are toate caracteristicile de bază ale modelului Greencath® în plus având un vârf flexibil care permite inserarea mai ușoară pentru pacienții cu prostată mărită. Este, de asemenea, adecvat pentru pacienții care au uretra modificată prin metoda Mitrofanoff. Frecarea între cateter și mucoasa uretrei este în continuare redusă și la acest model datorită laturilor atraumatice ale orificiilor laterale cât și a vârfului flexibil.



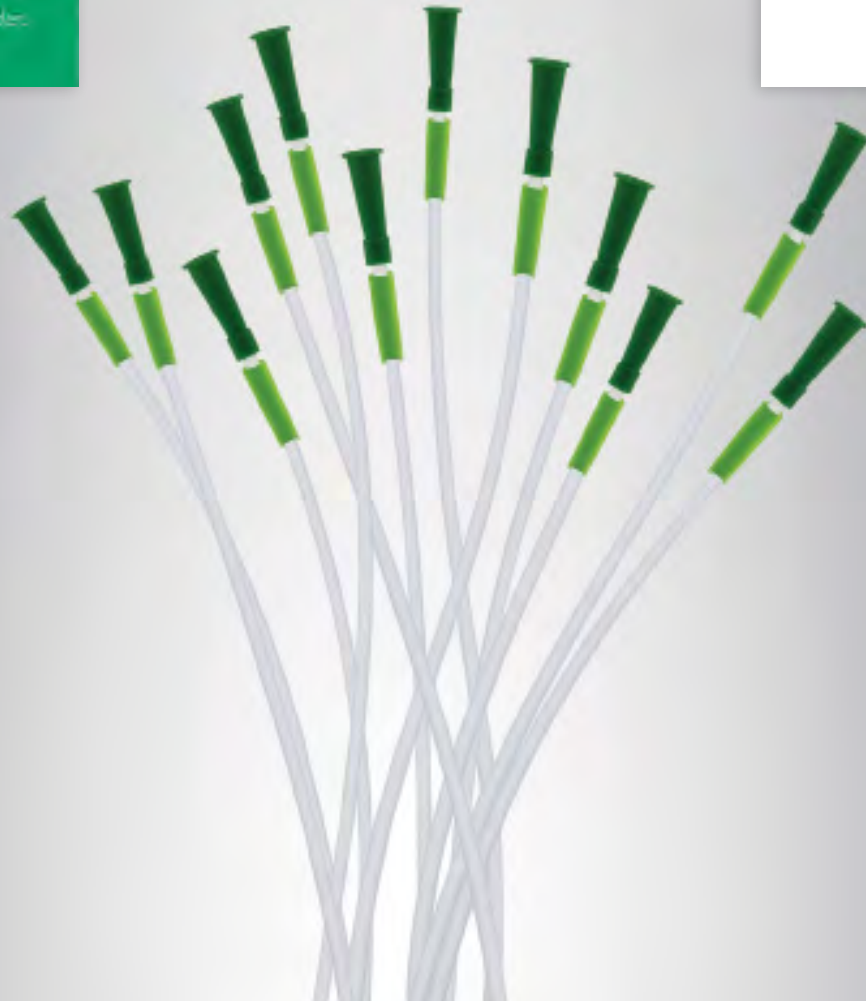
Greencath Plus® este un cateter urinar Nelaton cu lubrifiant care are adăugat un pliculeț cu apă. Are de asemenea, orificii laterale cu laturi atraumatice. Anumite dimensiuni ale cateterelelor includ și un manșon care ușurează inserarea cateterului cu și mai multă siguranță de sterilitate.



Greencath Soft Plus® combină toate caracteristicile menționate mai sus: are vârf moale, atraumatic, lubrifiant, ochi laterali atraumatici și pliculeț cu apă. De asemenea, anumite dimensiuni pentru cateterele pentru bărbați au și manșon.



Green. Touch me tender.



GENTLE FOR DOCTORS AND PATIENTS

COATED URETHRAL CATHETERS

Coated urethral catheters greencath® are gentle and patient-friendly. Hydrophilic coating reduces friction between the catheter and the mucous membrane and reduces the body's load to the absorption of residual deposits after use. Special atraumatic side holes considerably reduce the potential for damage to the urethra and the appearance of urinary tract infections. Coated urethral catheters, among which greencath® catheters stand out with exceptional features, are becoming a gold standard in more or less all European countries. So it's right that they become your first choice too!



greencath®
greencath®SOFT
greencath®PLUS
greencath®SOFT PLUS

