

ALFASIGMA

aspen  
ROMANIA

BALMED

B. BRAUN  
SHARING EXPERTISE

Dux MD  
Pharmaceuticals

MEDICAL  
LOGISTIC MALL

Genekor  
Committed to Biotechnological Innovation

MEDOS  
MEDICAL SYSTEMS  
Germany

STORZ  
KARL STORZ - ENDOSKOPIE

LABORATOIRE  
INNOTECH  
INTERNATIONAL

MAC's MEDICAL Group

Medisal  
dispozitive medicale

numeris  
medical

PRIMERA MED  
TECHNOLOGY

SIAD

VAVIAN  
TRADING

VEDRA  
TECHNOLOGY

# MEDICAL MARKET



Prof. dr.  
Gabriel Constantinoiu

Președintele SRC, Șef Centru de  
Excelență în Chirurgia Esofagului,  
Sp. „Sf. Maria”, București



Prof. dr. Eugen Brătucu

Șef secție Institutul  
Oncologic București



Prof. dr. Valeriu Surlin

Șef secție Chirurgie 1,  
Sp. clinic jud. de urgențe Craiova



Prof. dr. Cătălin Copăescu

Chirurg de excelență  
în Chirurgie bariatrică



Șef lucrări dr.  
Iordache Florin

Spitalul clinic de urgențe  
Floreasca



Șef lucrări dr.  
Ștefan Pătrașcu

UMF Craiova, SCUCraiova,  
Secție 1 Chirurgie



Dr. Marcel Oancea

Chirurgie pediatrică,  
spitalul „MS Curie” București



Dr. Horia Berceanu

Medic specialist neurochirurg,  
Spitalul Clinic de Urgență  
Elias, București

## Chirurgie generală și endoscopică

Revista profesioniștilor din Sănătate

2020 - 2021



Publicație adresată cadrelor medicale

# „Cancerul de sân: genele tale vorbesc, noi traducem!”

**C**ancerul mamar reprezintă în prezent cea mai frecventă tumoră malignă, cu o incidență de peste 2.000.000 de cazuri pe an în întreaga lume și peste 10.000 de cazuri pe an în țara noastră, numere care evidențiază puternic dimensiunea socială a bolii. În ciuda gradului mare de răspândire a acestei afecțiuni, cancerul de sân este o maladie cu prognostic favorabil, dacă este diagnosticat într-un stadiu inițial.

Existența predispoziției sindromelor carcinomatoase ereditare se întâlnește în aproximativ 5-10% din totalul cazurilor diagnosticate anual și este strâns corelată cu prezența anomaliilor moștenite la nivelul anumitor gene. Rezultatele studiilor de specialitate recomandă efectuarea controlului genetic complet al pacientului, dar și al celorlalți membri ai familiei.

Astăzi dispunem de tehnologia și de cunoștințele necesare pentru a studia genele implicate în apariția cancerului ereditar (HerediGENEAssay și BRCA1, BRCA2 Ngseq, MLPA) și putem determina elementele moștenite ale bolii pentru un tratament individualizat și eficient.

Cu toate acestea, un aspect extrem de important pentru comunitatea științifică este modalitatea de abordare a femeilor diagnosticate cu cancer mamar în stadiu incipient, respectiv alegerea unui tratament corespunzător.

Studiul TAILORx, cel mai amplu studiu prospectiv privind cancerul de sân (10.273 de pacienți), constă în analiza celor mai importante 21 de gene



Andreea Truican,  
Director Marketing  
Internațional  
Genekor Medical S.A.

implicate în cancerul mamar (Oncotype DX® BreastRecurrenceScore), iar rezultatele acestuia reprezintă un instrument integrat în alegerea tratamentului țintit pentru fiecare individ diagnosticat. Printre rezultatele valoroase ale studiului clinic TAILORx s-a raportat faptul că aproximativ 70% din totalul pacienților cu cancer de sân în stadiu incipient nu au avut beneficii după administrarea chimioterapiei.

Ultimele recomandări ale tuturor ghidurilor internaționale (ESMO, St. Gallen, ASCO, NCCN, NICE) subliniază, în mod deosebit, nevoia de screening, întrucât în cazurile în care acesta

nu a fost efectuat, iar medicii curanți s-au concentrat exclusiv pe caracteristicile clinice ale fiecărui pacient pentru a alege un anumit protocol de tratament, 73% dintre pacienți au fost supratratați (au fost supuși unui tratament suplimentar inutil), în timp ce 43% au fost subtratați (ar fi trebuit să primească tratament suplimentar).

Rezultatele de mai sus fac ca testarea genomică Oncotype DX® BreastRecurrenceScore să fie cea mai importantă armă a medicilor oncologi, ajutându-i să aleagă, în mod obiectiv, cu siguranță și încredere, tratamentul potrivit pentru fiecare pacient diagnosticat cu carcinom mamar în stadiu incipient; Oncotype DX® BreastRecurrenceScore este acum disponibil în mod gratuit pentru municipiul București (vizitează: <http://testaregenetica.assmb.ro/>).

*Genekor Medical S.A. este o societate transnațională care activează în domeniul Geneticii și Biologiei Moleculare. S-a înființat la începutul anului 2000, dispune de o echipă de geneticieni care lucrează în Laboratoare Clinice certificate și, mai mult, este lider între laboratoarele de biologie moleculară europene. Are filiale și colaborări atât în țări din Europa, Statele Unite ale Americii, cât și din Orientul Mijlociu, contribuind activ la lupta împotriva cancerului, prin utilizarea, dezvoltarea tehnologiilor, investigațiilor de ultimă generație și implicarea în cele mai ample cercetări științifice.*



**Genekor**  
Committed to Biotechnological Innovation

**MEDICAL MARKET**

www.revistamedicalmarket.ro

**Revista profesioniștilor  
din sistemul sanitar!****Două decenii de la apariția  
primului anuar al spitalelor****ABONAMENT ANUAL  
LA REVISTA  
MEDICAL MARKET**Rugăm cei interesați să trimită o solicitare pe adresa:  
redactie@finwatch.ro sau la tel/fax 021.321.61.23 Vă mulțumim!

Editor  
Calea Rahovei, nr. 266-268,  
Sector 5, București,  
Electromagnetica Business Park,  
Corp 60, et. 1, cam. 19  
Tel: 021.321.61.23  
e-mail: redactie@finwatch.ro

ISSN 2286 - 3443

Chirurgia – muncă, talent, ambiție, empatie, caracter  
**Interviu cu prof. dr. Silviu Constantinoiu****4**Sindromul eșecului în chirurgie  
**Dr. E. Brătucu, Dr. Cl. Daha, Dr. M. Marinceaș,  
Dr. Sânziana Ionescu, Dr. V. Prunoiu****10**Proctologia – noi instrumente în arsenalul  
terapeutic actual - **Prof. Univ. Dr. Valeriu Surlin,  
Șef lucrări dr. Ștefan Pătrașcu****16**„Programele educaționale pe care le organizează  
Surgical Training Institute sunt destinate  
tuturor medicilor”  
**Prof. dr. Cătălin Copăescu****22**Tratamentul cu enzime sistemice pentru pacienții  
supuși intervențiilor chirurgicale  
**Dr. Horia Berceanu****23**Abordul transanal în cancerul de rect  
**Dr. Florin Iordache****24**Acalazia - de la diagnostic la tratament  
**Dr. Petre Hoară, Dr. Mădălina Mitrea,  
Dr. Silviu Constantinoiu****26**De la peritonita localizată la cea generalizată  
**Interviu cu prof. dr. Valeriu Surlin****30**Aspecte actuale și controverse privind dilatația  
congenitală de căi biliare la copil  
**Dr. Marcel Oancea, Dr. Lorena Vatra, Dr. Anna Kadar****32**Amintiri, pilde, reflexii  
**Dr. Silviu Constantinoiu****34**

# Chirurgia – muncă, talent, ambiție, empatie, caracter

Este dimineața primei zile de sâmbătă din luna mai, suntem în plină pandemie! Intrarea în Spitalul Sfânta Maria din București este complicată pentru cineva care vine să ia un interviu și nu are o urgență medicală, așa că am convenit cu profesorul dr. Silviu Constantinoiu, șeful Centrului de Excelență în Chirurgia Esofagului de la Spitalul Sfânta Maria să facem întrevvedere și dialogul prin telefon. Mulțumesc internetului și tehnologiei telecom pentru această facilitate și doctorului Constantinoiu pentru bunăvoință și înțelegere.

Domnule profesor Constantinoiu, dintre materiile pe care le-ați avut la facultate și asupra cărora ați revenit pe parcursul carierei de medic în procesul de învățare continuă, care simțiți că vă ajută cel mai mult în timpul unei operații, în blocul operator, când sunteți aplecat asupra bolnavului?

Pentru un chirurg este importantă parcurgerea întregii curricule de medicină. Atunci când sari o etapă și ai impresia că vei umple acest gol altă dată, în momentul în care vei ajunge să fii căutat de pacienți și vei avea și alte sarcini didactice, științifice sau profesionale, timpul nu îți va mai permite să umpli aceste hiatusuri. Ca urmare, îți trebuie o bună pregătire din facultate, la toate materiile, pentru că fiecare dintre ele îți va folosi vreodată la ceva. Dar, pentru un chirurg, în particular, esențială mi se pare studierea anatomiei și anatomiei topografice, și anume, atenție, înțeleg prin aceasta studiul teoretic și practic prin disecții pe cadavru! Un chirurg care operează fără cunoștințe temeinice de anatomie este aidoma unui navigator de pe vremea lui Columb sau Vasco da Gama, fără busolă și fără sextant, care merge în necunoscut, pe o mare agitată, sub un cer înnorat pe care nu vede nici Steaua Polară dacă este în emisfera nordică și nici Crucea Sudului, dacă se află în emisfera sudică.

Astfel, un asemenea chirurg nu știe când se va întâlni cu o formațiune anatomică esențială: un vas mare, un nerv important sau un alt organ. Ca atare, chirurgul va opera stresat, va băjbâi din mm în mm, pe când, dacă are cunoaștințe solide de anatomie, incizează adânc până se



apropie de zona bolnavă, fără a leza alte țesuturi.

Tot de maximă importanță este și studiul fiziologiei organismului uman pentru a cunoaște funcțiile fiecărui organ pe care îl operezi și la care uneori ești nevoit să extirpi o porțiune din el sau chiar întregul organ. Trebuie să știi ce consecințe are această operație asupra fiziologiei bolnavului în postoperator. Din nefericire, în facultate, chirurgia se studiază doar

printr-un modul de opt săptămâni în anul IV și șase săptămâni în anul V, după care urmează desăvârșirea în cei 6 ani de rezidențiat, deci iată, încă o facultate, 12 ani de studiu în care înveți să operezi dar și să gândești fiziopatologic asupra fiecărei boli, în așa fel încât să tratezi bolnavul și nu boala. Boala este diferită la fiecare pacient pentru că fiecare om este o unicitate a naturii. Așa cum unice sunt amprentele digitale, culoarea irisului sau timbrul vocal, la fel unică este și anatomia fiecărui individ, datorită particularităților anatomice (fără a mă referi aici la malformații sau anomalii uneori incompatibile cu viața).

O importanță deosebită pentru viitorul chirurg o are și studiul care se face în cadrul cursului de terapie intensivă, în care înveți care sunt urmările unei operații, cum trebuie să supraveghezi un bolnav în postoperator.

Volumul de cunoștințe asimilate de un medic în cei 6 ani de facultate echivalează cu învățarea a 3 limbi străine. Și dacă ținem cont

și de cei 6 ani de rezidențiat, înseamnă că un chirurg învață echivalentul a 6 limbi străine, aproape cât domnitorul Dimitrie Cantemir, care vorbea fluent 7 limbi străine (omul de cultură Dimitrie Cantemir a fost primul român membru al unei academii internaționale de știință și anume, membru al Academiei din Berlin, cunoscut fiind după ce a scris "Istoria creșterii și descreșterii Imperiului Otoman" și "Descriptio Moldaviae").

**Chirurgia, pe lângă o vastă cunoaștere a anatomiei și fiziologiei organismului uman, presupune și o stăpânire desăvârșită a tehnicilor chirurgicale, o execuție perfectă a unor manevre de care depinde succesul operației. Puteți numi câteva astfel de lucruri care țin de manualitatea jumătate înnăscută și jumătate exersată a medicului chirurg?**

Odinioară, exista o formă specială de pregătire pentru studenții cei mai buni, anume stagiul de internat, după modelul școlii franceze; la trecerea dintre anul 5 și anul 6, pe 6 septembrie, până acum mai bine de 40 de ani, prin tradiție, se susținea prima teză scrisă. Am făcut parte din cei 12 interni de chirurgie, admiși în urma unui foarte greu concurs la UMF „Carol Davila”. Aveam obligativitatea să efectuăm 6 stagii: 3 stagii de chirurgie generală, un stagiul de terapie intensivă, un stagiul de obstetrică-ginecologie și un stagiul de medicină internă. La contraviziție prezentam profesorului toți bolnavii din clinică; în clinica unde am efectuat stagiile de chirurgie (Spitalul „23 August”, actualul „Sf. Pantelimon”), șeful clinicii era prof. dr. docent Pavel Simici, mare chirurg, dar foarte exigent, iar la contraviziția din fiecare seară trebuia să îi prezinți toți pacienții din clinică (și erau 120 de paturi!).

De asemenea, intrai cu profesorul la cele mai dificile operații, în așa fel încât puteai să înveți chirurgie de la cel mai bun chirurg, așa cum ai vrea să înveți tenis direct de la Ilie Năstase și nu de la un tenismen oarecare. Am avut onoarea să fiu coleg de internat cu chirurghi care au ajuns celebri mai târziu: prof. Irinel Popescu, prof. Ioanel Sinescu, prof. Petrișor Geavlete, prof. Mircea Pătruț și alții. Când am ajuns, pe data de 1 noiembrie 1976 la clinica de chirurgie din Spitalul „23 August”, prima carte pe care mi-a dat-o s-o citesc profesorul Simici, îndrumătorul meu, a fost „Les petits règles de la chirurgie parfaite” de Jean Okinczyc (Micile reguli ale chirurgiei perfecte). Profesorul Simici avea o bibliotecă foarte vastă, cu cărți de anatomie, de tehnică chirurgicale, anatomie topografică, patologie, în limba română, franceză sau germană și era un chirurg cu o pregătire extraordinară și un talent înnăscut.

În acea vreme, toți viitorii mari chirurghi au fost întâi asistenți de anatomie. Așa și profesorul Simici a fost întâi asistent de anatomie la profesorul Rainer (înlocuit la dispariția sa de către profesorul Grigore T. Popa de la Iași). Ca asistent de anatomie, profesorul Simici a fost coleg cu o pleiadă de viitorii mari chirurghi, profesorii Prișcu, Juvara, Șeicaru, Setlacec; toți erau atunci pe poziția de asistenți de anatomie și aveau o foarte solidă pregătire în anatomia descriptivă și topografică. După moartea profesorului Rainer, locul de profesor la catedră a fost luat de Grigore T. Popa, cel căruia Universitatea de Medicină și Farmacie din Iași îi poartă numele. Grigore T. Popa era un mare anatomist, care a descris împreună cu medicul australian Uma Fielding sistemul port hipofizar, prin care a demonstrat cum ajung hormonii din diencefal, din hipotalamus la nivelul hipofizei. S-a demonstrat că oxitocina și vasopresina nu sunt de fapt produși în hipofiză, ci sunt produși în hipotalamus și depozitați în retrohipofiză.

Odată, profesorul Grigore T. Popa a venit însoțit de doctorul Repciuc (care a fost și el un mare savant, absolvent al Facultății de Medicină, dar și de Matematică și de Conservator - cânta frumos la vioară și făcea demonstrații matematice de biomecanică articulară). Ca să îi impresioneze pe asistenții lui Rainer, profesorul Grigore T. Popa l-a rugat pe Repciuc să efectueze pe tablă o demonstrație de biomecanică a articulației umărului. După ce Repciuc a umplut vreo 2 table de integrale, din care nimeni nu a înțeles nimic, colegul lor, doctorul George Emil Palade (viitor laureat al Premiului Nobel pentru medicină), la vremea aceea asistent și el, a zis: ”stop, ați făcut o greșală” și s-a dus și a umplut încă două table cu integrale. Nimeni nu a știut că Palade se pricepea și la matematică. Profesorul Simici mi-a spus că a fost singurul om cu adevărat genial pe care l-a cunoscut.

Revenind la „Les petits règles de la chirurgie parfaite” (tradusă ulterior și în limba română, dar cu niște desene oarecum nefericite), pot spune că e necesară pentru pregătirea teoretică a viitorului chirurg și astăzi.

În ceea ce privește pregătirea practică, gesturile perfecte ale profesorului Simici din timpul operațiilor la care am avut onoarea să asist (la cele mai dificile operații), au fost cele mai importante momente pentru mine ca viitor chirurg. Profesorul

Simici ne învăța: ”niciodată nu pui pensa grosier”, pensa care strivește țesuturile de inițial o necroză aseptică care se poate infecta. Ne-a învățat ”cum se face un nod la suprafață” sau ”cum se face un nod în profunzime” și ”cât să strângi nodul în funcție de țesutul pe care se efectuează”. Chirurgia nu poți s-o înveți singur, trebuie să stai lângă un maestru de la care să deprinzi toate aceste gesturi și de la care ”să furi meserie”. Profesorul Florian Popa, care pe vremea aceea mi-a fost asistent de grupă, ulterior viitor rector, spunea așa: ”în chirurgia generală, nu poți să fii genial înainte de 40 de ani”, în sensul că experiența este decisivă. Îți trebuie cel puțin 10-15 ani de intervenții zi de zi din toată patologia, ca să poți spune că stăpânești arta chirurgicală.

Există poate și o componentă de genetică a îndemânării și manualității unui chirurg. Sunt chirurghi cu o îndemânare cu totul deosebită, comparabilă cu a unor prestidigitatori (chirurghi ambidextri, spre deosebire de cei așa-zisi „cu dublă mână stângă”, supranumiți în derâdere „ambisiniști- din latină sinister=stâng”). Dar, această îndemânare nu are nicio valoare dacă chirurgul nu cunoaște perfect tactica operatorie. Marele chirurg vieneț Theodore Billroth, fondatorul chirurgiei gastrice moderne, spunea odată: ”în câteva luni pot să învăț pe cineva să opereze, îl învăț tehnică, dar tactică chirurgicală se învață mult mai greu, asta include indicația operatorie, ce trebuie particularizată la fiecare bolnav”. Tot Billroth, spunea ”totdeauna să faci pe un bolnav ceea ce ai face pe propria-ți piele”. Dacă s-ar aplica acest concept, n-am mai vedea apendicite extirpate inutile, ca și vezicule biliare extirpate pentru migrene la tinere depresive!

**În sala de operație chirurgul nu intră singur ci însoțit de o echipă pe care și-o formează și pe care contează ca și pe propria persoană. Care este echipa de bază cu care operați și ce alți membri se adaugă echipei funcție de tipul de operație? Cât de mult contează calități precum profesionalismul, atașamentul, o recomandare etc în alegerea membrilor echipei?**

Chirurgul practică o meserie de echipă și rareori operează singur (operații foarte

mici). Există o echipă chirurgicală, pe care dacă ai șansa să ți-o alegi este bine. De multe ori când ești tânăr intri în operație cu diverși chirurghi, unii de foarte bună calitate, alții de calitate medie și alții mai slabi profesional. Nu există egalitate nici în tehnica și îndemânarea chirurgicală. Dar poți să înveți de la chirurgii buni ce trebuie să faci și de la chirurgii mai puțin buni ce nu trebuie să faci într-o operație. Eu am avut șansa să fiu șef de clinică de tânăr, la numai 39 de ani, prin pensionarea predecesorului meu, profesorul Soare.

Făcusem ceva chirurgie esofagiană cu conferențiarul Anghel, elev al profesorului Gavrilu. Bunul meu prieten, dr. Hulubescu (fie-i țărâna ușoară, șeful secției de chirurgie de la spitalul din Roșiorii de Vede, ulterior director al spitalului Petrolului de la Videle, un foarte bun chirurg, cu secundariat la profesorul Juvara), cu care am rămas prieten de la un curs de specializare pe care dânsul l-a efectuat la noi în clinică, mi-a zis în acea perioadă: "Ești tânăr și ai șansa să-ți alegi echipa cu care să lucrezi în clinică. Ai mare grijă. În primul rând criteriul principal este caracterul. Dacă omul este mai împiedicat puțin, cu vremea o să învețe să opereze; dacă nu prea citește, îl pui

să citească; nu vrea să muncească, îl pui să muncească; dar dacă are defecte mari de caracter, va dezbină întreg colectivul", și cred că a avut dreptate. Toți colaboratorii mei la ora actuală sunt aleși de mine dintre cei mai buni studenți și cei mai buni rezidenți pe care i-am avut. Eu operez cu fiecare chirurg generalist din clinică, în funcție de cine internează pacientul meu. Dacă de gardă a fost un doctor, cu el voi opera și cu secundarul lui. Nu creez favoritisme și atmosfera în clinică este plăcută. În clinica noastră colaborez cu conferențiarul Ioan Nicolae Mateș, care mi-a fost și secundar, am mai scos un post de conferențiar la concurs pe care vor candida șefii de lucrări dr. Rodica Bârlă și dr. Dragoș Predescu, doi chirurghi foarte buni. Foarte buni sunt

și ceilalți asistenți din clinică, respectiv: dr. Adrian Constantin, dr. Daniela Dinu, dr. Cristina Gânda, dr. Mircea Gheorghe, Dr. Petre Hoară, dr. Florin Achim, sunt chirurghi cu care am intrat des în sală, cu fiecare dintre dâșii, i-am antrenat într-unul din cele mai grele domenii ale chirurgiei, cum este chirurgia esofagului. Împreună cu dâșii, având o iconografie foarte bogată și un material bibliografic excelent, plus contribuțiile noastre proprii, și colaborând cu colective care au aceleași preocupări: echipa profesorului dr. Ioan

tat de Patologie și Chirurgie Esofagiană" în Editura Academiei Române în anul 2017. La cererea mai ales a colaboratorilor din străinătate de limbă latină, care primiseră tratatul în limba română (și care înțelegeau 80 % din text), anul trecut am elaborat o versiune adăugită în limba engleză, tot la Editura Academiei Române, tratatul numit "Surgery of the Esophagus" care urma să fie lansat la Congresul Național de Chirurgie din acest an, din luna iunie. Din nefericire nu știu dacă vom putea ține evenimentul în iunie, să vedem ce evoluție

va avea pandemia cu noul coronavirus.

***„Toată viața voi fi recunoscător maeștrilor mei de la care am învățat meseria de chirurg. De asemenea, mulțumesc părinților mei. Moștenesc memoria mamei mele care la 100 de ani și jumătate încă gândește sănătos, iar manualitatea cred că am moștenit-o de la tatăl meu care pe ce pune mâna în florea“***

**Pentru reușita unei operații contează nu doar ce se întâmplă în blocul operator ci și timpii pre- și post-operatori. Care este contribuția sau intervenția chirurgului în aceste faze prin care trece pacientul?**

În îngrijirea unui bolnav contează foarte mult și investigațiile și pregătirea preoperatorie. „Motorul” însă al tratamentului pacientului se află în blocul operator. Acolo se derulează evoluția spre bine a pacientului, acolo se decide tipul de operație și tipul de anestezie. Se spune că fiecare chirurg își merită anestezistul pe

Cordoș de la Institutul de Pneumologie "prof. Marius Nasta", echipa profesorului dr. Constantin Ciuce de la Cluj Napoca și echipa profesorului dr. Viorel Scripcariu, șeful Clinicii de chirurgie oncologică de la Institutul Regional Oncologic din Iași, am reușit să elaborăm, împreună și cu autori străini de prestigiu (prof. Eric Fréchet - Thoracic Surgery Division, Schulich School of Medicine & Dentistry, Western University, London (Ontario), Canada, Matias Losano Brotons MD, thoracic surgeon, Thoracic Surgery Department, Sanatorio Allende, Cordoba, Argentina, Adrian Lobonțiu MD, General Surgeon, Fellow of the American College of Surgeons, California, USA, etc.), un tratat monumental, de peste 800 de pagini, "Tra-

care il are. Ești chirurg care efectuează operații elegante, atunci și anestezia decurge normal. Dacă ai incidențe intraoperatorii cu pierderi de sânge și manevre delabrante, bolnavul nu va evolua bine oricât ar face anestezistul. Ca atare, pentru o evoluție foarte bună a bolnavului trebuie și o operație corect făcută din punct de vedere tehnic și tactic, cu o anestezie bună și o îngrijire foarte bună în secția de Anestezie și Terapie Intensivă. Pentru faptul că noi abordăm chirurgia esofagului atât clasică cât și laparotomică, care presupune intervenții dificile și de lungă durată, avem o echipă de anestezie și terapie intensivă bine antrenată pentru asemenea chirurgie; acești anestezisti trebuie să știe să insere rapid catetele în vene mari centrale, să facă anestezie

# SUPERCLOT®

ABSORBABLE POLYSACCHARIDE HEMOSTAT



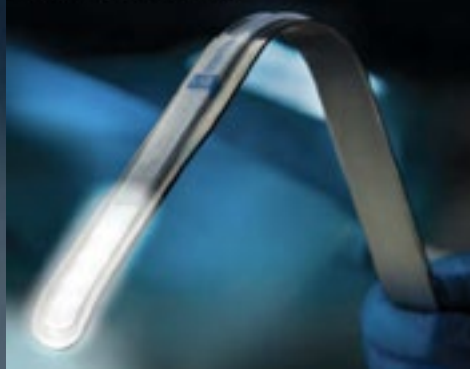
SuperClot este ultima generație de hemostatic pudră, creat din particule polisacaride obținute din amidon din plante purificate. Acționează prin deshidratarea sângelui: absorpția apei din sânge, crează direct pe rană concentrație crescută de trombocite și proteine de coagulare, care accelerează procesul cascada de coagulare. Se transformă într-un gel ce aderă la suprafața unde a fost aplicată pudra formând și o barieră mecanică ce oprește sângerarea difuză. Este absorbit de organism în 48-72 de ore în funcție de metabolism și nu încetinește procesul de vindecare.

 **STARCH MEDICAL**  
Hemostatic Solutions

2150 Ringwood Ave.  
San Jose CA 95131 USA  
Tel: 408-428-9818  
Fax: 408-383-9189  
[www.starchmedical.com](http://www.starchmedical.com)

Cool, bright light when  
and where you need it.

LightMat® | VersaLight™



**BOSS**  
INSTRUMENTS LTD



 **MAC's MEDICAL Group**

MAC's MEDICAL SURGICAL S.R.L., Bulevardul Eroilor de la Tisa,  
nr. 45, Timișoara, ROMÂNIA, Tel. +40356464136, +40727399598,  
Fax. +40356176346, [www.macsmmedical.eu](http://www.macsmmedical.eu)

epidurală înaltă, intubații selective bronșice cu sonde Carlens, să știe ce e o presiune de capilar pulmonar blocat, o tensiune arterială sângerândă, să urmărească foarte bine constantele sanguine și presiunile gazelor în timpul operației. Îngrijirea post operatorie la fel contează foarte mult. Dacă nu ai o echipă de îngrijire foarte calificată mai bine nu abordezi această chirurgie a esofagului.

**Cât de mult contează dacă chirurgul are „o zi bună”?**  
**Există momente „de grație” sau momente „nefastе”? În ce măsură depinde operația de tehnică și de procedură clară stabilită prin ghiduri și protocoale și în ce moment chirurgia devine o artă, inspirată de dorința chirurgului însuși de a reuși sau de divinitate?**

Chirurgul este și el om, cu trăirile și cu sentimentele lui, cu realizările și nerealizările lui, cu familia și problemele lui. Totuși, când vine la spital chirurgul trebuie să fie ca un actor pe scenă, care dacă joacă seara într-o comedie trebuie să fie vesel, chiar dacă poate a avut un necaz, în dimineața aceleiași zile. El trebuie să-și juggleze emoțiile și să facă spectatorul să râdă. La fel și chirurgul, nu trebuie să translateze problemele sale interioare asupra bolnavului ci dimpotrivă, trebuie să-i insufle speranță, încredere. La noi, legătura dintre medic și pacient este strânsă, în timp ce în spitalele din Vest ea s-a deteriorat, examenul clinic practic a dispărut, medicul se uită numai pe analizele de laborator și imagistică. Examenul clinic rămâne totuși foarte important și comunicarea îi dă bolnavului încredere în chirurgul care-l va opera, încredere care contează foarte mult în cadrul pregătirii psihologice a pacientului.

Ca la orice în viață, într-o operație dificilă contează să te mai ajute puțin și Cel de Sus și să ai și un pic de noroc, fiindcă uneori execuți o operație perfectă și bolnavul poate nu evoluează atât de bine cât te-ai aștepta, nu din cauza operației ci a multiplelor sale comorbidități: diabet, insuficiență cardiacă, boli renale, bronhopatie obstructivă etc. Bolnavul după un tratament de imunoterapie, chimioterapie, radioterapie, oferă chirurgului ceea ce se cheamă „o stofă proastă”. Chirurgul operează cu țesuturile pacientului și acestea pot fi mai puțin potrivite pentru o sutură și apare riscul unei dezuniri anastomotice sau al unei fistule chiar și la

cea mai corectă operație din punct de vedere tehnic. De aceea, avem grijă ca bolnavul operat să nu fie anemic, să aibă o proteinemie bună, pentru ca procesul de cicatrizare a plăgilor să se desfășoare normal.

Poate că faptul că noi salvăm vieți face ca unii să ne asemene cu niște Dumnezeu dar de fapt suntem oameni obișnuiți la care Dumnezeu pune ceva har în mâinile noastre cu care operăm și în mintea cu care gândim în timpul operației. Deci dictonul „Nihil sine Deo” se potrivește și aici.

Referitor la ghiduri și protocoale, acestea există nu numai pentru chirurgie ci pentru toate specialitățile medicale. Aceste norme de bună practică medicală, ca să fim cinstiți, sunt valabile pentru țările cu un nivel foarte ridicat al medicinei, în care nu există diferențe notabile din punct de vedere al dotărilor între o mare clinică din capitală și un spital orașenesc. Poate că în Occident, între spitalul „Mount Sinai” din New York, „Mayo Clinic” din Rochester și un spital mai mic dintr-un orașel oarecare din SUA, nu există nicio diferență ca dotare. La noi, diferența între centrele universitare, chiar și spitalele județene, pe de o parte și spitalele orașenești sau comunale pe de altă parte este foarte mare. Și atunci, un protocol respectat ca la carte la București, nu se poate aplica la Găești, chiar dacă medicul cunoaște protocolul și ar vrea să-l aplice. În principiu, bolnavii cu afecțiuni majore ar trebui trimiși către centrele de excelență dar uneori sunt urgențe, de exemplu o pancreatită acută, cu semne de abdomen acut pe care n-ai cum s-o trimiți și necesită o internare imediată chiar și la un spital cu o dotare mai modestă. Și aici, cum vă spuneam, medicul nu poate aplica ghidurile și protocoalele. În ceea ce privește operațiile, ele sunt reglate pentru fiecare tip de patologie, dar există și aici unele „curențe” între chirurghi, din punctul de vedere al abordării. Dau ca exemplu „oddita stenozantă”, care înseamnă o inflamație și o stenoză a locului unde se varsă coledocul și canalul pancreatic principal în duoden. Boala se cheamă oddită. Pe vremuri, când eram eu intern, era o dispută la Societatea de Chirurgie din București. Profesorul Ion Juvara, de la Spitalul „Dr. I. Cantacuzino”, considera că este mai bine să se execute o anastomoză biliodigestivă între coledoc și un segment digestiv, duoden sau intestin subțire. Profesorul Dumitru Burlui de la Spitalul „Caritas”, alt mare chirurg, prefera sfincțotomie odditană, se inciza sfincțerul Oddi printr-o du-

odenotomie, fără anastomoză. La ora asta operația se face pe cale endoscopică deci nu se mai pune problema anastomozei biliodigestive sau sfincțotomiei clasice ci gastroenterologul sau chirurgul cu competență în endoscopia intervențională, execută o sfincțotomie endoscopică.

De altminteri, o bună parte din procedurile chirurgicale a fost preluată de endoscopiștii gastroenterologi și asta este foarte bine. Intervenția este minim invazivă, cu spitalizare și suferință redusă pentru bolnav și reinsertie rapidă la locul de muncă. La fel, chirurgia laparoscopică a înlocuit în bună parte tehnicile de chirurgie deschisă, cu rezultate foarte bune. Însă, asta nu scutește chirurgul să nu cunoască la perfecție tehnicile de bază de chirurgie deschisă. Dacă în chirurgia laparoscopică se întâmplă un incident major sau operația capătă o dificultate extremă, trebuie convertită operația la chirurgie deschisă. Ca atare, chirurgii mai tineri care nu prea au văzut o colecistectomie clasică pot avea probleme serioase la o colecistectomie laparoscopică dificilă; de exemplu: bolnavul are ciroză, sau are o sângerare, sau au secționat din greșeală coledocul și atunci sunt nevoiți să cheme un medic chirurg cu experiență, cu bune cunoștințe de chirurgie deschisă, care să rezolve incidentul intraoperator.

La fel și în cazul protocoalelor, este bine să fie respectate când ai dotarea corespunzătoare dar asta nu trebuie să îngreudească chirurgul de a acționa în funcție de situația „din teren” sau în funcție de viziunea proprie asupra unei anumite patologii sau asupra unui tip de operație.

Dacă ne referim la conceptele mai noi de „malpraxis”, orice complicație care apare postoperator, uneori chiar decesul pacientului, sunt considerate a priori culpă medicală. Chiar înainte de a se da un verdict de la Colegiul Medicilor dacă este sau nu malpraxis, la noi în țară se deschide automat și un dosar penal, ceea ce în Occident nu este cazul. Din punctul ăsta de vedere, chirurgul va opera stresat și uneori există tendința de a nu mai efectua operații dificile cu posibile complicații ci operații mai simple (atitudine de „abstenție chirurgicală”). De exemplu, în loc să faci o colectomie pentru o tumoră de colon dificilă, penetrantă, îi execuți o simplă derivație pe segmentul de deasupra și de sub tumoră, pacientul are tranzit, eliberează patul din spital dar, după câteva săptămâni sau luni va deceda prin evoluția tumorii sau metastaze.





## Gaze și amestecuri de gaze pentru uz medical

Oferta SIAD Romania de gaze medicinale este în continuă dezvoltare datorită cooperării cu companiile grupului SIAD din divizia Medicală: Medigas, Magaldi Life și SIAD Healthcare.

SIAD, datorită experienței și expertizei sale în domeniul sănătății, este un partener de încredere în furnizarea de soluții medicale globale: gazele, sistemele, echipamentele, tehnologiile și serviciile îndeplinesc cerințele celor mai ridicate standarde de calitate.

The SIAD Group  
Technical gases, Engineering,  
Healthcare, LPG and Natural Gas.

[siad.ro](http://siad.ro)

 **SIAD**

# Sindromul eșecului în chirurgie

Chirurgia este una dintre multiplele ramuri medicale, fiind o metodă terapeutică, de cele mai multe ori radical-curativă. Ea se folosește de mijloace tehnice din ce în ce mai sofisticate în scopul realizării scopurilor propuse, cu cât mai puține efecte nedorite pentru pacient. Chirurgia este profund dependentă de progres și a fost marcată pozitiv de fiecare etapă de dezvoltare a medicinei. Iată principalele revoluții moderne care au marcat considerabil progresele chirurgiei. Le enumerăm pe scurt.

## E. Brătucu, Cl. Doha, M. Marinceș, Sânziana Ionescu, V. Prunoiu

- Anestezia generală - W. Morton 1846. Astăzi a devenit posibilă îndeplinirea dezideratelor patruleterului anestezic: analgezie, hipnoză, relaxare musculară și menținerea homeostaziei. Principala limitare a chirurgiei era durerea de care era însoțită. Aceasta condiționa timpul scurt în care trebuia să se desfășoare actul operator. Anestezia generală a permis un salt uriaș în amploarea actului chirurgical.
- Antibioticele - Este meritul lui Domagk care descoperă sulfonamidele în 1935 și al lui Fleming care în 1928 descoperă penicilina, introdusă în practică de către H. Florey și E. Boris Chain în 1942. Din acel moment chirurgia a avut la îndemână o puternică armă de combatere a uneia din cele mai agresive complicații postoperatorii - infecția. Acest arsenal -antibioticul - a generat un marcant surplus de încredere în lumea chirurgicală. Din acest moment totul s-a accelerat în termeni de progres, totul a devenit posibil.
- Imagistica de performanță - începuturile imagisticii revin radiologiei, meritele aparținând lui W. Conrad Roentgen. (1895). Relativ recent a apărut radiologia digitală și radiologia EOS, aceasta din urmă oferind imagini de ansamblu ale corpului, din față, profil și, mai ales, tridimensionale. Despre computere tomograf și rezonanță magnetică nucleară nu mai este nevoie a le sublinia performanțele și valoarea. Există actualmente o serie întreagă de programe care generează reconstrucții și substrații. Se obțin imagini de mare acuratețe ale organelor, informații asupra structurilor și vascularizației

acestora. A devenit astfel posibilă reconstrucția 3D pentru fiecare zonă de interes. Mai modestă, ecografia face și ea pași pe drumul ameliorării sensibilității, dar nu este încă o investigație de ultimă etapă exploratorie. În fine, a apărut scannerul, care oferă imagini color 3D, pe baza unei tehnologii care utilizează un accelerator de particule de mare putere prin tehnica Medpixon. Metoda aparține lui Phill și Anthony Butler, tată și fiu din Noua Zeelandă.

Folosind mijloacele enumerate până acum - anestezie, antibiotice, imagistică - limitele chirurgiei s-au largit. A devenit astfel posibilă tratarea unor situații patologice de mare risc. În susținerea pacientului de mare risc a intervenit și terapia intensivă.

- Terapia intensivă - susținerea și suportul bolnavului chirurgical este astfel asigurată printr-o serie de mijloace tehnice indispensabile pentru a corecta disfuncțiile de organ preexistente sau apărute intra și postoperator. A enumerat aici toate resursele în tratamentul pacientului critic este imposibil.
- Endoscopia - nu există segmente sau organe cavitare care să nu poată fi abordate endoscopic, prin obținerea de imagini în timp real: toracoscopie, laparoscopie, mediastinoscopie, bronhoscopie, endoscopie digestivă etc. Tehnologia endoscopică a avansat rapid, iar astăzi oferă șansa unor procedee terapeutice de mare succes în domeniul patologiei digestive, urinare, bronhopulmonare etc.
- Laparoscopia - în fapt este tot o metoda de endoscopie dar utilizată doar de către chirurghi. Este o tehnică în dezvoltare rapidă: chirurgie digestivă, chirurgie bariatrică, a toracelui și mediastinului.
- Transplantul de organe - după pri-

mele tentative de transplant renal, în anii 1960 a urmat celebrul transplant de cord în 1967. Abia din 1980 transplantul a câștigat teren, astăzi fiind una dintre cele mai mari realizări în domeniul medical. Pentru a avea doar o idee despre ce este azi transplantul de organe, aproximativ 600.000 de transplantate sunt realizate anual în USA.

Am enumerat până acum doar o parte dintr-o serie întreagă de achiziții moderne care au dus medicina și chirurgia până la locul pe care se află astăzi. Indiferent de progresele remarcabile din chirurgie, responsabilitatea rămâne în totalitate în sarcina chirurgului care efectuează actul operator. De mai mulți ani, în practica medicală au apărut două elemente noi care reglementează actul terapeutic. Este vorba de asigurarea de malpraxis și de consimțământul informat. Aceste reglementări par suficiente și acoperitoare pentru gesturile terapeutice ale chirurgului. Dar nu este chiar așa. Aceste certificate de garanție pentru chirurg sunt valabile, dar și interpretabile. Până unde pot merge cu absolvirea chirurgului de un eventual eșec terapeutic? Dar ce este eșecul în chirurgie? Este cuantificabil? Nemulțumirea pacientului este egală cu eșecul terapeutic? Iată o serie de întrebări care așteaptă răspuns. Eșecul este definit de DEX ca înfrângere, insucces nereusită. Insuccesul în medicină nu poate apărea decât ca urmare a unui act terapeutic Evident că pentru pacient, cea mai nedorită opțiune de tratament este cea chirurgicală. Nici nu este de mirare. În ziua de azi există o ofertă nelimitată de alternative terapeutice pentru care nu se cere calificare medicală: plante medicinale, bioenergie, terapie magnetică, lumină polarizată etc. Pacientul este îndemnat a apela la aceste expediente în speranța



## Contractubex®

**Compoziție calitativă și cantitativă:** 100 g Contractubex® gel conține: heparină sodică 5000 U.I., extract lichid de ceapă 10 g, alantoină 1 g. **Indicații terapeutice:** cicatrice hipertrofice, cheloide, care limitează mișcările sau cicatrice deformatoare post-operatorii, amputații, arsuri, accidente; contracturi cum ar fi contractura Dupuytren și contracturile traumatice ale tendoanelor; stricturnile cicatriceale. **Contractubex®** este folosit pentru tratamentul acestor tipuri de cicatrice după ce leziunile s-au epitelizat complet. **Doze și mod de administrare:** se aplică de câteva ori pe zi pe piele sau pe zona țesutului cicatricial și se masează ușor până la absorbția completă a gelului. Dacă cicatricile sunt dure și vechi, se lasă să acționeze gelul peste noapte sub un bandaj. În funcție de dimensiunea și grosimea cicatricei și de contractură, tratamentul va fi necesar câteva săptămâni sau câteva luni. La tratamentul cicatricelor recente, se vor evita factorii fizici iritanți, cum ar fi frigul puternic, radiațiile UV sau masajul prea energic. **Copii și adolescenți:** la copii cu vârstă mai mare de 1 an gelul poate fi aplicat o dată sau de două ori pe zi, pe țesutul cicatricial, în conformitate cu studiile efectuate. Siguranța și eficacitatea **Contractubex®** la copii cu vârsta mai mică de 1 an nu a fost stabilită. Nu sunt disponibile date. **Contraindicații:** hipersensibilitate la substanțele active: extract de ceapă, heparină sodică sau alantoină, la metil-4-hidroxibenzoat (parabeni), acid sorbic sau la oricare dintre excipienți. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** **Contractubex®** conține p-hidroxibenzoat de metil, care poate produce reacții alergice întârziate. **Contractubex®** conține acid sorbic ce poate cauza reacții locale la nivelul pielii, de ex. dermatită de contact. **Contractubex®** este, în general, bine tolerat, chiar și folosit pe termen lung. Pruritul, care a fost întâlnit mai puțin frecvent în timpul tratamentului cu **Contractubex®**, este o manifestare datorată modificării țesutului cicatricial și nu necesită, de obicei, întreruperea tratamentului.



# Contractubex®

## • Cu triplu efect:

- ✓ Antiinflamator și antiproliferativ
- ✓ Reduce eritemul și pruritul
- ✓ Îmbunătățește elasticitatea țesutului cicatrizat

Vedra Internațional SA  
- Reprezentant autorizat  
Merz Pharmaceuticals în România  
Str. Dr. Ion Ghiușfamilia, nr. 19,  
Sector 5, București,  
Tel: (+4)031 424 30 33,  
[www.contractubex.info.ro](http://www.contractubex.info.ro)



unei vindecări miraculoase, evitând astfel chirurgia. Evocarea unui tratament chirurgical atrage în mod cert o reacție de teamă. Chirurgia presupune un act agresiv care declanșează la pacient reacția naturală a instinctului de conservare. Actul operator se realizează printr-un contact fizic direct între pacient și medicul curant. Este un act radical și de cele mai multe ori curativ. Dar, sigur că rezultatul poate fi acompaniat de o gamă întreagă de riscuri și complicații. Pacientul este obligat să-și dea consimțământul la ceea ce urmează să se întâmple cu el. El trebuie să accepte agresiunea care se va adresa propriei sale anatomii. Cu toate progresele realizate de către chirurgie, riscurile sunt prezente și foarte puțin schimbate: ocluzii, sepsis, hemoragii, fistule, eviscerații, trombembolii etc. Medicul curant va aduce la cunoștința pacientului toată această listă de complicații, greu de ac-

ceptat, dar care va trebui consimțită prin semnătură – consimțământul informat.

Cândva, un celebru chirurg, Rene Leriche spunea: „fiecare chirurg are în suflet un loc plin de amărăciune unde trebuie să caute o explicație pentru eșecurile sale”. El a prevăzut faptul că chirurgia va fi din ce în ce mai dependentă de dezvoltarea tehnologică și că vor apărea subspecialități. Dar, totdeauna va rămâne, de neînlocuit, contactul reconfortant între pacient și chirurgul său: „omul este făcut din simțăminte și carne, dar are nevoie de înțelegere și asistență în momentele sale dificile”. Leriche a subliniat faptul că „era condotierilor în chirurgie a trecut. Azi, cei care fac chirurgie trebuie să fie complet informați asupra pacientului și asupra bolii sale”. Aceste percepțe avansate de către R.Leriche se regăsesc azi în reglementările privind etica actului medical și codurile de deontologie. Chi-

rurgia trebuie să evite riscul de a-și pierde sufletul, caracterul umanitar. Toate aceste aspecte le găsim discutate de nume mari din chirurgie, personalități care și-au așternut în scris gândurile despre această nobilă profesie. Enumeram doar câteva nume care și-au adăugat la notorietate și calitatea de memorialiști: James Harpole (nume real James Johnston Abraham), Robert Soupault, Dan Setlacec, Ion Juvara, Tiberiu Ghițescu. Aceștia, în monografiile dedicate chirurgiei s-au pronunțat cu fermitate asupra valorii umane a chirurgiei. Puterea considerabilă a chirurgului, se poate spune chiar colosală, nu trebuie să influențeze cu orice preț decizia terapeutică. Orgoliul profesional se va plăti de către pacient.

Și atunci, care este sindromul eșecului în chirurgie? Lipsa rezultatului terapeutic scontat, așteptat de către chirurg și sperat de către bolnav constituie coordonatele acestui sindrom de insatisfacție a celor doi parteneri, medic și pacient. Bolnavul are tendința să îndrepte vinovăția asupra medicului curant. Pe de altă parte, chirurgul suferă pentru nereușită, eșec pe care de cele mai multe ori nici nu îl înțelege.

Majoritatea complicațiilor generatoare de eșec nu pot fi reținute în sarcina chirurgului.

Pentru că în principiu există două feluri de erori: de fapt și de normă. În prima variantă, medicul curant se achită conștiincios de obligațiile sale, depune toate diligențele de diagnostic și tratament, deci se poate spune că a avut un comportament profesional adecvat, corect. Evoluția complicată, în această variantă, este datorată unor insuficiențe ale medicinei din momentul dat. Cu toate eforturile chirurgului, aplicând protocoale terapeutice corecte, se ajunge totuși la un rezultat cu defect. Rezultă că eroarea de fapt care a determinat eșecul nu ține de calitatea actului medical oferit de către medic și deci nu este imputabilă acestuia. În cealaltă variantă - eroare de normă - se întrunesc condițiile vinovăției. Medicul curant nu respectă protocoalele unanim acceptate, în vigoare, care reglementează comportamentul profesional în situația dată. Deci, se încalcă o serie de norme profesionale, iar aceasta este o greșeală, imputabilă medicului curant. Acesta își îndeplinește datoria cu defect, neprofesionist, creind



# Fraxiparine

nadroparin calciu



flacon 5 ml - multidoză

Fraxiparine 0,4 ml



Fraxiparine 0,6 ml



Fraxiparine 0,8 ml



seringi preumplute

Acest medicament se eliberează doar pe bază de prescripție medicală PR. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale <http://www.anm.ro>. Pentru informații complete de prescriere consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului, disponibil pe <http://www.anm.ro>. Imaginile produsului sunt numai cu titlu de prezentare. Mărcile comerciale sunt deținute de sau licențiate grupului de companii Aspen. © 2019 Grupul de companii Aspen sau licențiatorii săi. Toate drepturile rezervate.

Evenimente adverse:  
farmacovigilenta.ual@rua.ro (pentru întrebări și trimiterea rapoartelor);  
Informații medicale: Aspenmedinfo@professionalinformation.co.uk  
+ 3531 6308400 (limba engleză) / + 4 031 630 0212 (limba română);  
Sesizări calitate produse: KIR-GM-APTL-Quality@ie.aspenpharma.com

Aspen Pharma Ireland Limited - sucursala București  
Șoseaua București-Ploiești, nr. 7A, etaj 3, sector 1,  
București, 013682  
Telefon: +4 021 233 16 09 ; Fax: +4 021 233 18 21  
office.romania@aspenpharma.eu  
[www.aspenpharma.com](http://www.aspenpharma.com); [www.aspenpharma.eu](http://www.aspenpharma.eu)

 **aspen**  
ROMANIA

un prejudiciu de care este responsabil. Eroarea de normă poate fi comisivă (face ceea ce nu trebuie făcut) sau omisivă (nu face ceea ce trebuie făcut). De aici rezulta culpa, vinovăția, comisivă sau omisivă. Pacientul este obligat, pentru a avea acces la actul medical, să semneze consimțământul informat, alături de medicul curant. Odată semnat, acest consimțământ este acoperitor pentru riscurile inerente, justificate, ale actului medical pe care pacientul îl accepta conștient la ce urmează a se supune. Este informat. Dar acest consimțământ nu absolvă de greșile medicale, adică de erorile comisive sau omisive, care se constituie în greșeli. La modul sintetic, cam așa stau lucrurile în cazul eșecului în chirurgie.

Conform lui Graham Greene „eșecul este o formă de a muri”, dar și șansa de a încerca din nou. Se zice de către unii că frica de eșec este motorul progresului. Posibil. În 2008 a fost publicată o lucrare privind „Răspunderea profesională medicală”, prin strădania Colegiului Medicilor din România, sub coordonarea doamnei profesor Beatrice Ioan, președinta Comisiei Superioare de Disciplină, la acel moment. Materialul prezentat este amplu și abordează problemele esențiale ale răspunderii medicale. Autorii afirmă pe drept cuvânt că „un medic timorat, îngrozit de răspunderea profesională va aborda cele mai puțin riscante procedee, dar care adesea sunt și cele mai puțin utile. Obsesia răspunderii determină eludarea cazurilor grele și degradarea relației medic - pacient”.

Vom încerca să exemplificăm unele situații întâlnite în practica autorilor acestui material.

Pacientă, 72 ani, cu neoplasm de rect documentat anatomo-patologic, situat la 4 cm de orificiul anal, se prezintă la medic și solicită o operație cu păstrarea evacuării pe cale naturală, adică cu păstrarea canalului anal. A refuzat anusul contranaturii. Medicul curant aprobă alegerea pacientului și îi propune rezecția de rect ultrajoasă cu anastomoză colo-anală. Se obține consimțământul informat. Are loc intervenția chirurgicală dorită de pacientă. Postoperator evoluția se complică considerabil: stenoza anastomoză și fistulă colo-vaginală masivă. Au loc două reintervenții executate de către același chirurg, în speranța de a închide fistula și a sancționa stenoza. Nu se obține nici

un rezultat. Pacienta părăsește țara și se adresează unui reputat serviciu de chirurgie din Europa. Din nou se reintervine în dorința de a păstra calea de evacuare anatomică pentru materiile fecale. Rezultat dezastruos. Fistulă colo-vaginală masivă, drastic invalidantă. Reîntoarsă în țară, se efectuează colostomie definitivă cu rezecția canalului anal și a anastomozei colo-anale. Medicul operator roman este reclamat pentru prejudicii materiale și morale. Urmează ancheta disciplinară. La discuția cu pacienta, aceasta reproșează medicului curant că nu i s-a făcut de la început amputație de rect. I s-a obiectat faptul că dânsa a solicitat imperios păstrarea anusului și a semnat consimțământul informat în acest sens. Pacienta a obiectat că există protocoalele Ministerului Sănătății destinate cancerului de rect, iar acolo se prevede că neoplasmul de rect aflate la 4 cm de orificiul anal trebuie supuse amputației de rect. Medicul curant trebuia să respecte protocolul, chiar dacă pacienta a solicitat o altă procedură. Chirurgul trebuia să fie inflexibil și să rămână în litera reglementării. În această situație se poate susține că chirurgul a respectat normele impuse de reglementările în vigoare? S-au încălcat aceste norme? Evident că da. Chirurgul ar fi trebuit să refuze cererea pacientei, fiind condiționat de respectarea regulamentelor profesionale, norme pe care pacienta, la acea dată a operației, nu le cunoștea. Deci, este vorba de o eroare comisivă, medicul făcând ce nu trebuia să facă.

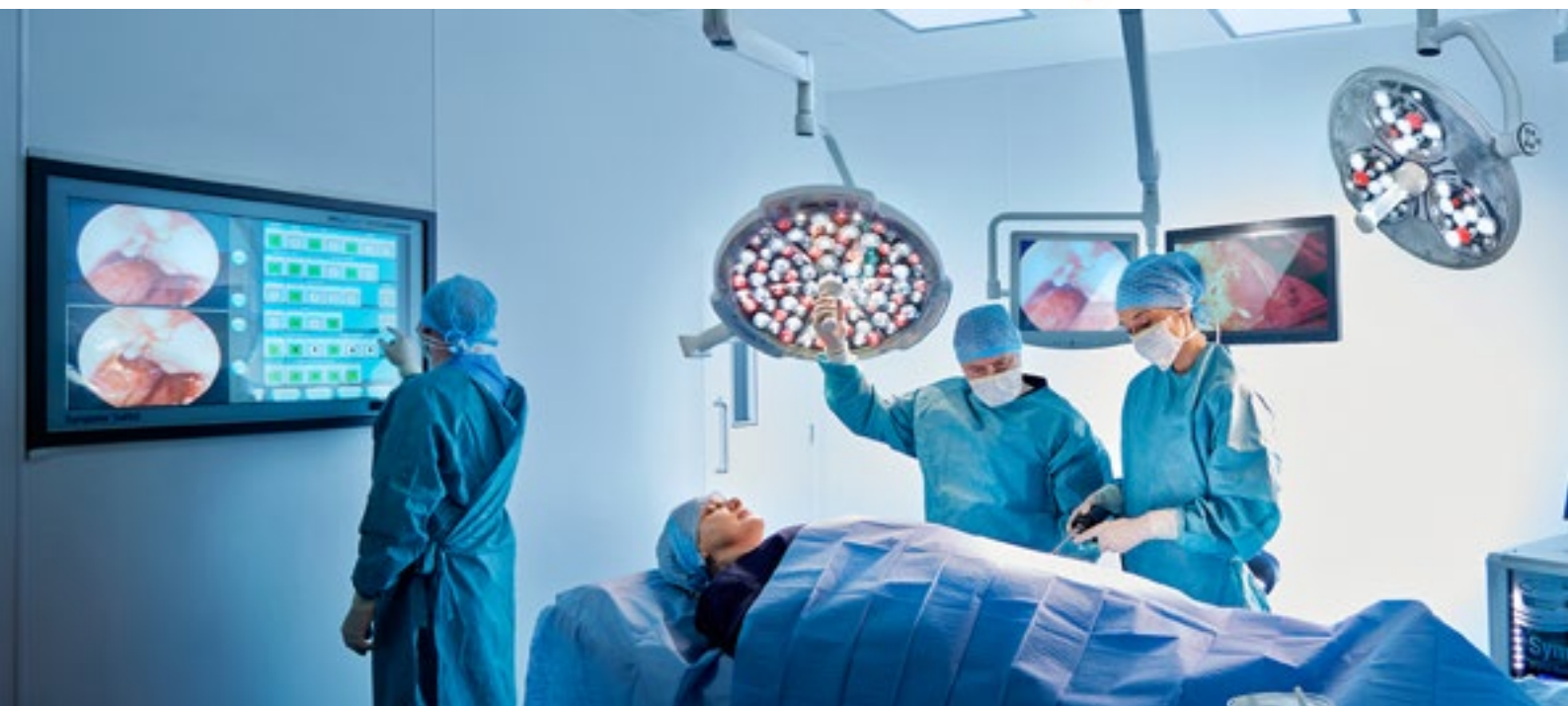
Tânăr de 25 de ani, adus de urgență la un spital județean cu insuficiență respiratorie acută, în colaps, stare instalată în urma unui accident de muncă - s-a surpat un mal de pământ, determinând traumatism prin compresie toracică. Rapid, s-a documentat hemopneumotorace stâng. A fost stabilizat parțial în terapie intensivă. S-a solicitat chirurgului de gardă, chirurg general, pentru a instala un drenaj pleural prin pleurostomie. Chirurgul de gardă a obiectat că nu are competență în efectuarea pleurostomiei, ceea ce era un neadevăr. Atunci, s-a solicitat transfer la București, dar pacientul a decedat între timp, la poarta spitalului, în salvarea de București. Cum poate fi încadrat acest refuz de implicare ce a condus la decesul unui tânăr? Evident că este o eroare prin omisiune, adică năndeplinirea unei obligații profesionale.

Dar, nu întotdeauna se întâmplă așa. Nu rareori apar situații contradictorii care iau naștere în urma unor vicii de comunicare între pacient / familie și medic. Comportamentul medicului este esențial, de maximă importanță. Se poate spune că este chiar hotărâtor. Familia pacientului se afla în cea mai nedorită situație din viață - boala. Este amenințată însăși existența unui membru al familiei. Riscul de a pierde o persoană dragă modifică și exacerbează dramatic trăirile și comportamentul celor aflați în suferință. Pe acest psihic profund perturbat, în funcție de gravitatea bolii, survine și un mod de comportament impropriu al medicului. Starea conflictuală este rapid constituită și aproape garantată. Comunicarea insuficientă, eliptică, confuză, în termeni aroganți, cu superioritate este capabilă să genereze sentimente de revoltă și resentimente la aparținători. Acestea vor produce efecte și se vor exprima dacă apar complicații și evoluția pacientului este nefavorabilă.

Exemplele pot continua la nesfârșit. Aproximativ 14-17% dintre reclamațiile adresate către Colegiul Medicilor au o susținere reală și corespund adevărului. Sunt înregistrate ca și erori medicale și pun un semn de întrebare asupra comportamentului profesional al medicului respectiv. O atenție crescută din partea profesionistului, compasiunea pentru suferința aproapelui, mândria profesională și respectul de sine sunt singurele soluții viabile pentru a efectua un act medical de calitate și a oferi satisfacții pacientilor. Altfel, în absența acestor criterii de comportament, profesia medicală își pierde valoarea, prestigiul și noblețea care trebuie să o definească.

### Bibliografie

- Henry Marsh - Să nu faci rău, ed. LITERA, 2016
- James Harpole - Behind the surgeon's mask, ed. F.A. Stokes Comp., 1940
- James Harpole - La legion blanche, ed. Gerard & Cie, Collection Marabout, 1958
- V. Astărăstoae, Beatrice Ioan, Gh. Borcean, L. Fătu - Răspunderea disciplinară medicală, broșură CMR, 2012
- T. Ghițescu - Chirurgul, Ed. Științifică și Pedagogică, 1979
- R. Soupault - Pleins pouvoirs sur la vie, Ed. Fayard, 1969
- D. Setlacec - Chirurgul și lumea sa, Ed. Albatros, 2004
- I. Juvara - Așa a fost. Amintirile unui chirurg, Ed. Du Style, 1996
- Raluca Mihaela Simion - Malpraxisul medical: oportunitate sau realitate, ed. Humanitas, 2010



## Quasar® eLite - Brandon Medical/Marea Britanie

- Tehnologie HD-LED;
- Cel mai mare fascicul de lumină;
- Confortul HALO - reduce solicitarea ochilor de la contrastele mari ale intensității luminii;
- Controlul temperaturii de culoare de la 3.100°K la 5000°K în 5 trepte;
- Ajustarea intensității de lumină în 6 trepte;

## Optima – Famed/Polonia

- Este prima masă de operație bariatrică cu baza și coloana complet confecționate din fibră de carbon, adaptabilă pentru toate tipurile de proceduri chirurgicale.
- Cel mai bun parametru de translucență din lume de 0,25 mm Al;
- Design-ul modular al mesei permite atașarea în locul secțiunilor cap și picioare a unei extensii confecționată din fibră de carbon, pentru a oferi o imagine clară la 360° pentru orice zonă a corpului pacientului.



**DISTRIBUITOR EXCLUSIV**



# Proctologia – noi instrumente în arsenalul terapeutic actual

Proctologia este acea ramură chirurgicală care studiază patologia ano-rectală. Aceasta patologie este frecvent întâlnită, probabil cu o incidență în populația generală mult superioară celei raportate oficial. Spectrul bolilor ano-rectale variază mult din punct de vedere al etiologiei și gravității, de la patologii benigne (de exemplu fisuri anale, hemoroizi) până la boli grave, ce pot pune viața în pericol, precum neoplasmul de rect sau cel anal. Deși mijloacele de diagnostic au atins standarde foarte înalte în proctologie, tehnologia caută să genereze noi progrese în acest domeniu pentru a putea oferi tandemului medic-pacient toate informațiile necesare despre tipul bolii, localizare, organele și structurile anatomice afectate, etc. În același timp, o evoluție în același sens o au și mijloacele de tratament minim invaziv care pot fi propuse pacienților. Acestea au rolul de a minimiza trauma chirurgicală asupra pacientului, de a scurta perioada de recuperare, durerile postoperatorii, consumul de analgezice, de a grăbi reinserția socială și profesională, precum și de a crește, per ansamblu, calitatea vieții pacientului.



Prof. Univ.  
Dr. Valeriu Surlin

Clinica I Chirurgie, Spitalul Clinic  
Județean de Urgență Craiova,  
U.M.F. Craiova



Șef lucrări  
dr. Ștefan Pătrașcu

Clinica I Chirurgie, Spitalul Clinic  
Județean de Urgență Craiova,  
U.M.F. Craiova

## Metode diagnostice

### Video proctoscopia și anoscopia rigidă

Videoanuscopia este explorarea cea mai simplă și utilă pentru diagnosticul afecțiunilor canalului anal și ale porțiunii inferioare a rectului. Este cunoscut că, pentru a examina această zonă cu ajutorul colonoscopului sau a unui alt endoscop flexibil, examinatorul trebuie să întoarcă capătul distal al endoscopului la 180° și să examineze astfel în retroversie. Examinarea anusoscopică directă este net superioară atât pentru diagnostic cât și pentru tratament. Folosirea unui cap de cameră digitală permite magnificarea leziunii, existența unei plăci de captură video și stocarea acestora pe medii de stocare digitală și de prelucrare a imaginilor prin soft-uri adecvate pe suporturi optimizate. Astfel, prin stocarea imaginilor de la examinări repetate se poate aprecia evoluția tratamentului, vindecării, sau se pot documenta eventuale recidive. Introducerea imaginilor în baze de date permite realizarea unor acumulări de informații, experiență, pe baza cărora se pot face modificări ale algoritmilor de tratament sau se pot crea unele noi.

Rolul proctoscopiei rigide este esențial în stabilirea distanței de la nivelul tumorii (mar-

gina inferioară, centrul acesteia) până la nivelul marginii anale pentru tumorile maligne. Aceasta este importantă pentru stabilirea indicației de radioterapie neoadjuvantă (distanța până la marginea anală sub 12 cm), pentru stabilirea indicației de chirurgie conservatoare a sfincterului anal, pentru localizarea exactă a leziunilor.

### Ecografie endorectală (ERUS) și endoanală (EAUS), inclusiv cu elastografie și examinări cu substanță de contrast

Ultrasonografia (ecografia) endorectală (ERUS) furnizează imagini de înaltă rezoluție a peretelui rectal, vizualizarea clară a celor cinci straturi care reproduc straturile anatomice. Diferențierea detaliată a straturilor peretelui rectal este posibilă cu transductori de frecvență înaltă care pot face diferența între stratul intern circular și cel extern longitudinal al muscularis propria. În stadializarea tumorilor situate până la 15 cm de marginea anală, ERUS detaliază invazia izo sau hipocogenă a tumorii care rupe aspectul normal al anatomiei ecografice. Pentru orientare, structurile anatomice anterioare rectului (veziculele seminale, prostata, vezica urinară, vaginul și uterul) trebuie corect identificate. În cazul scannerelor radiale, acestea se plasează de obicei la orele 12 pe imaginea de ecografie. Ganglionii limfatici din jur sunt identificați ca structuri ovale sau rotunde hipocogene în comparație cu țesutul perirectal. Se folosesc sondele rigide sau ecoendoscoapele flexibile care permit scanare radială sau lineară cu frecvențe între 5-15 MHz. Pentru tumorile proximale sau pentru evaluarea ganglionilor limfatici se pot folosi sonde asemănătoare celor pentru prostată. Acestea se ajustează pentru profunzimea penetrației și rezoluția dorită. Cele mai utilizate sunt sondele rectale care sunt cele mai ieftine. Ecoendoscoapele flexibile sunt uneori de dorit deoarece permit poziționarea mai bună față de

tumoră și pot fi ghidate prin zonele de stenoză. Ambele tipuri de sonde, flexibile sau rigide, pot examina ganglionii iliaci până la 20-25 cm distanță de tumoră. Invazia până la acest nivel este considerată deja ca fiind metastatică (M1).

Evaluarea canalului anal poate fi efectuată cu diferite mijloace imagistice, ca de exemplu ecografia, RMN, CT, PET-CT. Din punct de vedere clinic EAUS are cea mai mare rezoluție, atât spațială cât și temporală, cu vizualizarea structurilor submilimetrice și scanare în timp real. EAUS se efectuează cu sonde de 5-12 MHz electronice și mecanice, cu transductor radial, liniar, sau curb. În mâinile unui examinator priceput devine o unealtă indispensabilă pentru evaluarea atât a bolilor benigne cât și neoplazice. Toate tehnicile de ecografie - color Doppler, cu contrast, elastografia, pot fi utilizate bazat pe software-urile încorporate. Transductorul de 360 de grade poate genera imagini 3D pentru a facilita mai buna vizualizare a anatomiei și a leziunilor în volum, în spațiu. O altă opțiune este folosirea unui endotransductor liniar de 5 cm sau mai lung. Scanarea se face prin rotația transductorului în sensul acelor de ceas cu 360 grade, pentru examinarea circumferențială. Rotația transductorului va crea planuri de scanare care vor trece din sagital, în planul median, prin câmpuri oblice, progresivi către coronal. Pentru intervențiile ghidate (biopsie, puncție, drenaj prin cateter) este necesar un transductor liniar. Mai mult decât atât, în cazul unei fistule anale, introducerea în traiecul fistulos a unei substanțe de contrast (Sonovue) sau a apei oxigenate crește vizibilitatea traiecului.

### Ecografia transperineală (TPUS) convexă și liniară, elastografia și examinările cu substanță de contrast

Ecografia transperineală (TPUS) este folosită la examinarea rectului și regiunii perianale. Tehnica este ușoară, iar echipamentul folosit





**Aesculap® Einstein Vision® 3.0.**  
Laparoscopie 3D Full HD Nativ. Privește și simte diferența!

poate fi cel uzual (sonda convexă abdominală și sonda liniară de mare frecvență). Procedura necesită o bună cunoaștere a anatomiei și topografiei planșeului pelvin, canalului anal, rectului distal, sistemului sfincterian și a structurilor perirectale și perianale. Regiunea perineală este definită ca regiunea dintre anus și organele genitale externe (inserția scrotului sau comisura posterioară a labiilor mari), însă examenul TPUS poate include musculatura planșeului pelvin, regiunea anală și structurile adiacente organelor genitale. Tehnica presupune utilizarea sondei convenționale de 3-5 MHz, folosită în mod curent pentru examinarea abdomenului (profundimea examinării este de 8-12 cm), iar apoi a sondei liniare de înaltă frecvență (7-15 sau 4-9 MHz). Orificiul anal trebuie umplut cu gel pentru a evita artefactele cauzate de aerul din canalul anal. EPA trebuie combinată cu examinarea digitală anterioară pentru a detecta regiunile sensibile. În cazul prezenței unei fistule perianale, sonda de ecografie trebuie plasată într-un unghi în direcția traiectului fistulos. În cazul absceselor superficiale combinația dintre palpate și ecografie este de asemenea utilă.

## Mijloace terapeutice actuale

### Boala hemoroidală

Tratamentul bolii hemoroidale dispune de o multitudine de opțiuni terapeutice, variind de la tratamentul conservator, până la intervenții chirurgicale propriu-zise. În momentul de față, o largă răspândire au cunoscut-o tehnicile minim invazive de tratament, efectuate de obicei fără spitalizare, ca de exemplu ligatura cu benzi elastice, injectarea de substanțe sclerozante sau, mai puțin, fotocoagularea pachetelor hemoroidale.

Pe de altă parte, metoda RAFAELO este puțin cunoscută la nivel național, însă la nivel internațional experiența este în creștere, fiind o tehnică de achiziție recentă. În țări ca Franța, sub egida Societății Franceze de Coloproctologie se realizează primul studiu multicentric asupra eficienței și rezultatelor RAFAELO.

Se cunosc deocamdată rezultatele unui studiu pe o serie de 2000 de pacienți tratați cu această metodă, acestea fiind încurajatoare. Succesul anticipat al metodei provine din absența complicațiilor la distanță și a recidivei bolii hemoroidale, cu o rată extrem de mică a complicațiilor locale (hematoame de margine anală, leziuni minore sfincteriene, sângerări locale). De asemenea, durerea locală a fost raportată cu o incidență mult mai mică decât în cazul procedeelelor ambulatorii standard, de tipul ligaturilor elastice sau a intervențiilor chirurgicale.

Coagularea cu Radiofrecvență (RF) este o metodă eficientă și minimal invazivă, cu un efect predominant local, având o foarte mică influență asupra țesuturilor din jur. Este bazat pe un aparat special care generează unde radio care se transmit printr-un ac special la nivelul țesuturilor (sondă). La acest nivel undele radio eliberează căldură locală. Este folosit în mai multe domenii, cum ar fi tratamentul varicelor de la membrele inferioare, a steluțelor vasculare de pe tegument, în dermatologie precum și în tratamentul tumorilor hepatice, pancreatice etc.

### Tratamentul ambulator al fisurilor anale cronice, al papilelor hipertrofice, condilomelor acuminate, marșurilor hemoroidale

La nivel național și internațional există o experiență bogată de tratament a acestor afecțiuni. Marea lor majoritate sunt tratate chirurgical, cu anestezie locală, loco-regională sau generală, excizie, cu hemostază, cu sau fără sutură (tehnicile fără sutură oferă cele mai bune rezultate postoperatorii).

La nivelul fisurilor anale s-a progresat mai mult, evitându-se sfincterotomia chirurgicală, furnizoare a 12-20% din cazurile de incontinență anală. S-a înlocuit cu "sfincterotomia medicală" cu creme pe bază de blocați de canale de calciu, nitroglicerină, gliceriltrinitrat, care au rolul de a relaxa sfincterul intern, sau injecții cu toxină botulinică, ce are rolul de a paraliza sfincterul intern. În cazul fisurilor cronice este necesară fulgurarea marginilor fisurii, pentru distrucția țesutului cicatricial care se formează în timp. Aceasta este făcută de regulă cu electrocauterul. Cu cât acesta este mai performant, cu atât leziunile structurilor învecinate sunt mai mici și durerea postoperatorie mai mică, vindecarea mai rapidă și implicit și recuperarea.

### Tratamentul fistulelor perianale

Din multitudinea de procedee nu s-a individualizat niciunul care să corespundă tuturor cerințelor: să fie minim invaziv, să se poată efectua ambulator, să nu necesite decât anestezie locală, să nu fie dureros, să nu lase o rană deschisă, să permită recuperarea rapidă cu minim de îngrijiri postoperatorii, să nu afecteze sfincterul anal chiar dacă fistula are traiect transsfincterian, să nu recidiveze.

Fiecare din procedeele cunoscute are avantaje și dezavantaje, riscul de recidivă nu este pentru niciunul din procedee 0%. Considerăm că aceasta se datorează în primul rând unei imagistici insuficiente a traiectului primar și a traiectelor secundare în fistulele complexe. Examinarea RMN oferă avantaje dar este mai greu accesibilă și dificil de interpretat de multe ori de către medicul chirurg în sala de operație.

Tratamentul fistulelor se face, ideal, după

ce fistula primară și traiectele secundare au fost puse în evidență prin metode imagistice moderne, folosind atât IRM cât și ecografia transperineală. Ecograful transperineal este un adjuvant disponibil în sala de operație, care poate face astfel ghidaj în timp real. Cel mai simplu, poate fi aplicat un drenaj de seton și după ce traiectul este coborât se poate recurge și la una din metodele de tratament chirurgical.

Abscesele perianale pot fi drenaje sub ghidaj imagistic combinat RMN + ecografie transperineală, apoi supravegheate în evoluție. Dacă apare o fistulă perineală în timp, aceasta va fi abordată după ideea de mai sus. Astfel de metode sunt folosite de echipe chirurgicale din stăinătate dar, în general, studiile de specialitate pe loturi mari de pacienți lipsesc, rezumându-se la comunicări orale sau sub formă de postere științifice în cadrul unor conferințe sau congrese.

## Concluzii

Progresele rapide înregistrate în ultimii ani în proctologie și arsenalul din ce în ce mai complex de mijloace diagnostice și terapeutice aflate la îndemâna clinicianului au făcut ca această arie patologică să înregistreze o dezvoltare neașteptată, încetând să mai reprezinte apanajul unei singure specialități. Potențialul tehnico-științific actual va crea premisele unor dezvoltări continue în colo-proctologie, aducând probabil în prim plan noi achiziții tehnice care vor trebui însă integrate în algoritmul clinic specific.

## Bibliografie

1. Lopez-Ceron M, Sanabria E, Pellise M. Colonic polyps: Is it useful to characterize them with advanced endoscopy? *World J Gastroenterol*. 2014; 20(26): 8449-8457.
2. Utsumi T, Iwatate M, Sano W, Hironori S et al. Polyp Detection, Characterization, and Management Using Narrow-Band Imaging with/without Magnification. *Clin Endosc* 2015; 48(6): 491-497.
3. Gono K, Obi T, Yamaguchi M, et al. Appearance of enhanced tissue features in narrow-band endoscopic imaging. *J Biomed Opt* 2004; 9: 568-577.
4. Horwhat JD, Maydonovitch CL, Ramos F et al. A randomized comparison of methylene blue-directed biopsy versus conventional four-quadrant biopsy for the detection of intestinal metaplasia and dysplasia in patients with long-segment Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 546-54.
5. Kodashima S, Fujishiro M. Novel image-enhanced endoscopy with i-scan technology. *World J Gastroenterol*. 2010; 16: 1043-9.
6. Neumann H, Fujishiro M, Wilcox M et al. Present and future perspectives of virtual chromoendoscopy with i-scan and optical enhancement technology. *Digestive Endoscopy* 2014; 26 (Suppl. 1): 43-51.

## SISTEM DE COMPARTIMENTARE CU PEREȚI DE CAMERĂ CURATĂ – LINDO® (SHD)



- Sistemul de compartimentare cu pereți modulari de cameră curată, împreună cu instalația de flux de aer laminar, sunt ideale pentru controlul contaminării bacteriene în blocul operator, asigurând folosirea optimă și flexibilă a spațiilor critice din spital
- Include podele, pereți și tavane pentru cameră curată, uși glisante sau batante, ventilație medicală cu flux de aer laminar
- Sistemul LINDO® permite o integrare etanșă și fără suduri a tuturor echipamentelor, atât a celor montate pe plafon (pendante, sisteme de iluminat, plenumuri de aer laminar, brațe suspendate, C-arm-uri, lămpi scialitice),

cât și a celor montate pe pereți (grile de admisie a aerului, ceasuri, negatoscoape, ecrane cu plasmă, trape pentru instrumentar, ghene pentru evacuarea materialului murdar, dulapuri).

- Această integrare totală cuprinde, de asemenea, sistemele auxiliare (de curent electric, transmisie date, gaze medicale) precum și sistemul modern de control al parametrilor sălii de operație, al aparatelor medicale electrice și de vizualizare a imaginilor.
- Compartimentarea permite intervenții ulterioare rapide asupra instalațiilor în caz de avarie sau service, în unele situații aceste

intervenții realizându-se fără a perturba activitatea din blocul operator

- Ușile LINDO® etanșe și ermetice sunt integrate coplanar în sistemul de compartimentare.
- Ușile pot fi batante sau glisante, cu unul sau două canaturi, cu deschidere automată sau manuală. Aceleași tipuri de uși pot fi, de asemenea, instalate în pereții convenționali pentru a crea o estetică omogenă a blocului operator.
- Încă din stadiul de proiectare, beneficiarul are posibilitatea să facă un tur virtual al viitoarei săli de operație, simularea luând în calcul inclusiv informațiile bio-motorii ale medicului

### București

Str. Giuseppe Garibaldi  
nr. 8-10 sector 2, 020223  
București, România  
Tel.: +40 21 3119161/62  
Fax: +40 21 3119163  
office@medicalmall.ro  
www.medicalmall.ro

### Timișoara

Str. Coriolan Brediceanu  
nr. 31b, Timișoara, 300012  
Județul Timiș, România  
Tel.: +40 720 393269  
Fax: +40 256 110233  
office@medicalmall.ro  
www.medicalmall.ro

### Iași

Str. Sfântul Lazăr nr. 27,  
Biroul 114, Iași, 700045  
Județul Iași, România  
Tel.: +40 725 119393  
Fax: +40 21 3119163  
office@medicalmall.ro  
www.medicalmall.ro

### Chișinău

Piața Dimitrie Cantemir  
nr.1, Oficiul 1427, Chișinău,  
Republica Moldova  
Tel.: +373 22 996010  
Fax: +373 22 996011  
office@medicalmall.ro  
www.medicalmall.ro

# 1 comprimat: 3 BENEFICII



## AMELIORARE



Ameliorarea simptomelor BVC<sup>1,2</sup>



Impact pozitiv asupra activității zilnice<sup>1</sup>



Poate fi folosit în toate stadiile CEAP\*

## CONFORT ÎN UTILIZARE



Posologie simplă datorită dozei optime de diosmină<sup>2,3</sup>



Administrare ușoară



Complianță și toleranță foarte bune<sup>1,4</sup>

## CALITATE



Prezență internațională<sup>4</sup>



100% produs în Franța



Diosmină pură (fără hesperidină)

Tratamentul simptomelor insuficienței venoase cronice.

Fișa informativă este disponibilă la stand

1. M. CAZAUBON, C. BAILLY, E. DUCROS, S. LANCRENON – Acceptabilitate, eficiență și siguranță ale două forme farmaceutice de diosmină 600 mg, la pacienții cu boală venoasă cronică: un studiu randomizat, comparativ, multicentric. *Angiologie*, 2011, vol. 63, n°2: 69-75. 2. Sumar al caracteristicilor produsului: Phlebodia® 600 mg comprimate fi. Imate. 3. J. J. Thebault – Studiul efectului diferitelor doze de diosmină asupra complianței venoase și a rezistenței capilare. 1979, Raport de farmacologie clinică - Groupe Innothera. 4. Raport actualizare periodică siguranță - 2017 (martie 2010 - martie 2017). Acest material promoțional se adresează specialiștilor din domeniul sănătății. Produs medicinal eliberat fără prescripție medicală.



Denumirea comercială a medicamentului Phlebodia 600 mg comprimate filmate. **Compoziția calitativă și cantitativă** Fiecare comprimat filmat conține diosmină 600 mg. **Forma farmaceutică** Comprimate filmate rotunde, de culoare roz, cu diametrul 13 mm. **Date clinice.** **Indicații terapeutice** Este indicat la adulți ca tratament adjuvant pe termen scurt al simptomelor de insuficiență venoasă cronică (IVC). **Doze și mod de administrare** Doze **Adulți (≥ 18 ani):** Doza recomandată este de 1 comprimat filmat pe zi, dimineața înainte de micul dejun. **Copii și adolescenți** Nu sunt disponibile date. Mod de administrare: orală. **Contraindicații** Hipersensibilitate la substanța activă, alte flavonoide sau la oricare dintre excipienții enumerați la pct. 6.1. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare** Conține roșu coșenilă A (E124) care poate provoca reacții alergice. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune** Nu s-au efectuat studii farmacocinetice sau farmacodinamice privind interacțiunile dintre diosmină și alte medicamente sau dintre diosmină și alimente. După punerea pe piață nu s-au raportat interacțiuni ale diosminei cu alte medicamente. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea Sarcina:** studiile la animale nu au evidențiat efecte nocive directe sau indirecte asupra sarcinii sau dezvoltării embrionare/fetale. Experiența clinică disponibilă la gravide este prea limitată pentru a exclude riscul și prin urmare, administrarea de diosmină nu este recomandată în timpul sarcinii. **Alăptarea:** Nu se cunoaște dacă diosmina se excretă în laptele matern la om, acest medicament nu trebuie administrat în timpul alăptării. **Fertilitatea:** studiile privind toxicitatea asupra funcției de reproducere nu au evidențiat efecte asupra fertilității la șobolani. Nu sunt disponibile date clinice despre influența diosminei asupra fertilității. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje:** diosmina nu are nicio influență sau are influență neglijabilă asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. **Reacții adverse:** greață, diaree, dispepsie (frecvente). Raportarea reacțiilor adverse suspectate Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul ANMDM <http://www.anm.ro>. **Supradozaj:** nu s-au raportat cazuri. **Proprietăți farmaceutice. Lista excipienților:** nucleu - celuloză microcristalină, talc, dioxid de siliciu coloidal anhidru, acid stearic micronizat; film - Sepifilm™ 002 (hipromeloză, celuloză microcristalină, macrogol 8 stearat tip 1), Sepisperse™ APS523 Pink (propilenglicol, hipromeloză, dioxid de titan (E171), roșu coșenilă A - lac de aluminiu (E124), oxid negru de fier (E172), oxid roșu de fier (E172)), Opaglos 6000 (ceară Carnauba, ceară albă de albină, shellac), etanol anhidru. **Incompatibilități:** nu este cazul. **Perioada de valabilitate** 3 ani. **Precauții speciale pentru păstrare** Acest medicament nu necesită condiții speciale de păstrare. **Natura și conținutul ambalajului:** cutie cu 2 blistere din PCV/Al a câte 15 comprimate filmate. **Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor:** fără cerințe speciale. DAPP Laboratoires Innothera, 22 avenue Aristide Briand, 94110 Arcueil, Franța. APP nr. 10155/2017/01. Data revizuirii textului: Iulie 2018. Acest medicament se eliberează fără prescripție medicală. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați RCP complet al medicamentului. Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

# DERMOBACTER®

Digluconat de clorhexidina 0,2% • Clorura de benzalconiu 0,5%

## Antisepsia pentru toate situațiile.

CHIRURGIE - TRAUMATOLOGIE • OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE • DERMATOLOGIE

### APLICARE:

**NEDILUAT** pe piele  
**DILUAT** 1/10  
pe mucoase.<sup>3</sup>



**FĂRĂ ALCOOL**

## DERMOBACTER®

REALIZAREA ANTISEPSIEI ȘI TRATAMENTUL ADJUVANT AL AFECȚIUNILOR CUTANEO-MUCOASE DE ETIOLOGIE BACTERIANĂ PRIMARĂ SAU CARE SE POT SUPRAINFECTA.

*1 aplicare o dată sau de două ori pe zi, timp de 7 până la 10 zile urmata de clătire (pentru o îndepărtare eficientă a materilor contaminante).<sup>3</sup>*



LABORATOIRE  
**INNOTECH**  
INTERNATIONAL

REPREZENTANȚA PENTRU ROMÂNIA:  
Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Etaj 2, Sector 1, București  
Tel: 00 21 230 20 44; Fax: 00 21 230 20 47;  
E-mail: innotech.romania@innothera.com

- **Spectru larg bactericid** chiar și în prezența materiilor organice<sup>1, 2</sup>
- Activitate **fungică** (Candida albicans)<sup>3</sup>
- Activitate **virucidă** (virusuri încapsulate)<sup>4,5</sup>
- **Acțiune** rapidă și de **lungă durată**<sup>3,6</sup>

- Nu cauzează **fotosensibilizare**
- Nu **pătează**, nu **ustură**, pH similar pielii
- Potrivit utilizării la **gravidă** din **primul trimestru de sarcină** și la **femeia care alăptează**<sup>3</sup>
- Poate fi utilizat la **nou-născuți**<sup>#3</sup>

\* Nu aplicați pe sâni • # Atenție, pentru copiii născuți prematur consultați RCP-ul.

1. Salvatico S., et al. Bactericidal activity of 3 cutaneous/mucosal antiseptic solutions in the presence of interfering substances: Improvement of the NF EN 13727 European Standard? Med Mal Infect. 2015 Mar;45(3):89-94. 2. Salvatico S, Feuillolay C, Jabbour V, Gouhier-Kodas K, Roques C. Representativeness of NF EN 1040/13727 assay conditions for in vitro bactericidal activity of a chlorhexidine digluconate and benzalkonium chloride preparation. Article in cours de publication. 3. Rezumatul caracteristicilor produsului Dermobacter®. Noiembrie 2018. 4. Rapport d'essai N°13-616. Etude 12-1487/3 Détermination de l'activité virucide selon la méthodologie de la norme NF EN 14476+A1 (Janv 2007), virus H1N1. 2013. Données internes. Laboratoire Innotech International. 5. Rapport d'essai N°14-684. Etude 14-1625 Détermination de l'activité virucide selon la méthodologie de la norme NF EN 14476 (Sept 2013), virus VZV. 2014. Données internes. Laboratoire Innotech International. 6. Macias J.H., et al. (2013) Chlorhexidine is a better antiseptic than povidone iodine and sodium hypochlorite because of its substantive effect; American journal of infection control. 2013; 41 (7) : 634-637

**Denumirea comercială a medicamentului** Dermobacter 5 mg/2 mg/ml soluție cutanată. **Compoziția calitativă și cantitativă** Fiecare ml soluție cutanată conține clorura de benzalconiu 5 mg sub formă de clorură de benzalconiu soluție 50% 9,85 mg și digluconat de clorhexidină 2 mg sub formă de digluconat de clorhexidină soluție 20% 10,65 mg. **Forma farmaceutică** Soluție cutanată limpede, incoloră, puțin vâscoasă, care spumează la agitare. **Date clinice. Indicații terapeutice** Realizarea antisepsiei și tratamentul adjuvant al afecțiunilor cutaneo-mucoase de etiologie bacteriană primară sau care se pot suprainfecta. Agenții antiseptici conținutului nu sunt sterilizanți; aceștia reduc numai temporar numărul micro-organismelor. **Doze și mod de administrare** Numai pentru administrare cutaneo-mucoasă. Soluția se administrează nediluată sau diluată, o dată sau de două ori pe zi, timp de 7-10 zile. Soluția nediluată se administrează cutanată. Soluția diluată 1:10 se administrează la nivelul mucoaselor și trebuie preparată cu foarte puțin timp înainte de a o folosi și nu trebuie păstrată. Administrarea trebuie întotdeauna urmată de o clătire atentă. **Contraindicații** Hipersensibilitate la oricare dintre componentele medicamentului sau la substanțe înrudite. Nu se administrează la nivel ocular sau auricular, nu trebuie să pătrundă în canalul auditiv, mai ales dacă timpanul este perforat și nici nu trebuie să fie pus în contact cu țesutul nervos sau cu meningele. **Acest medicament nu trebuie folosit pentru a dezinfecta echipamentul medical sau chirurgical. Atenționări și precauții speciale pentru utilizare** Deși absorbția cutanată este foarte redusă, substanțele active pot trece în circulația sistemică atunci când medicamentul se aplică pe o suprafață mai mare, sub pansament ocluziv, la nivelul leziunilor cutanate (în special în caz de arsuri) sau pe pielea nou-născuților prematuri sau a suganilor (din cauza raportului suprafață/greutate și a efectului ocluziv al scutelelor). Contaminarea microbiană poate avea loc imediat după ce un medicament antiseptic a fost desigilat prima dată. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune** Administrarea concomitentă sau succesivă a antisepticelor anionice trebuie evitată. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea** În timpul sarcinii, poate fi administrat doar dacă este absolut necesar. Se recomandă aplicarea pe suprafețe cât mai mici, fără pansamente ocluzive și pe o perioadă cât mai scurtă de timp. Medicamentul nu trebuie aplicat pe sâni în perioada de alăptare. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje** Nu influențează capacitatea de a conduce vehicule și de a folosi utilaje. **Reacții adverse:** senzație de uscăciune a pielii și a mucoaselor, care poate fi atenuată de o clătire atentă; ușoare iritații ale pielii la începutul aplicării; posibil eczemă de contact. **Raportarea reacțiilor adverse suspectate** Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul ANMDM <http://www.anm.ro>. **Supradozaj:** nu s-au raportat cazuri. **Proprietăți farmaceutice. Lista excipienților:** cocoalchilidimetilbetaină (Amony 265BA), poloxamer 188, hidroxietilceluloză 10000 mPa.s., acid citric monohidrat, citrat de sodiu, apă purificată. **Incompatibilități** Medicamentul este incompatibil cu compuşii anionici. Perioada de valabilitate 2 ani. **Precauții speciale pentru păstrare** A se păstra la temperaturi sub 25°C, în ambalajul original. Condiții de păstrare a soluției diluate: soluția diluată trebuie preparată imediat înainte de utilizare și nu trebuie păstrată dacă nu s-a efectuat administrarea. **Natura și conținutul ambalajului:** cutie cu un flacon din PVC de culoare brună care conține 125 ml sau 300 ml soluție cutanată. **Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor** Fără cerințe speciale. DAPP Laboratoire Innotech International, 22 Avenue Aristide Briand, 94110, Arcueil, Franța. APP nr. 7150/2014/01-02. Data revizuirii textului: Noiembrie, 2018. Acest medicament se eliberează fără prescripție medicală. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați RCP complet al medicamentului. Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

# „Programele educaționale pe care le organizează Surgical Training Institute sunt destinate tuturor medicilor”

Fragmente din conferința de presă cu ocazia lansării Surgical Training Institute (STI) susținută de domnul prof. dr. Cătălin Copăescu, chirurg de excelență în chirurgia bariatrică

**C**entrul de instruire pentru chirurgie minim invazivă este dedicat tuturor medicilor care folosesc noile tehnologii pentru diagnosticul și tratamentul afecțiunilor chirurgicale și nu numai.

După anii 90, noile tehnologii care au pătruns în chirurgie au creat noi oportunități de tratament minim invaziv pentru pacienții noștri însă, ne-am aflat în fața unei situații pentru care comunitatea medicală nu a avut o soluție imediată. După peste 100 de ani de dezvoltare coerentă a tehnicilor operatorii „deschise”, în care s-au imaginat și dezvoltat tehnici excepționale pentru tratarea semenilor noștri, de la reparații pentru diferite organe, extirpări de viscere afectate de diferite boli până la transplant, introducerea acestor tehnologii a găsit

comunitatea medicală nepregătită pentru a utiliza computerele și video-camerele care să intermedieze ceea ce facem noi. „Să nu ne mai uităm în abdomenul sau în toracele pacientului, să nu mai atingem țesuturile cu mâinile, ci să privim la monitoarele aflate în sala de operație, să ne coordonăm mișcările instrumentelor endoscopice prin gesturi contra intuitive.” Astfel, am găsit cu toții de cuviință că, pentru a putea introduce corect, în siguranță și a obține beneficii după aplicarea acestor tehnologii noi, este nevoie de o instruire specifică. Și instruirea a fost progresiv dezvoltată în țările din vestul Europei folosind diferite modele de animale, a unor simulatoare artificiale sau modele virtuale. Trebuie să recunoaștem că, în estul Europei ne-am confruntat cu un decalaj care a ținut, pe de o parte, de dotarea redusă cu echipamente specifice chirurgiei minim invazive și ulterior, așa cum s-a întâmplat și în restul lumii, de instruirea adecvată medicilor pentru a folosi tehnologiile revoluționare.

Aceste programe educaționale sunt destinate nu doar medicilor rezidenți ci și me-

dicilor specialiști, medicilor primari, medicilor care au experiență mai amplă, foarte consistentă în chirurgie și care se confruntă cu o situație nouă, generată de noile tehnologii care se lansează în fiecare an sau de îmbunătățirea tehnologiilor pe care le avem deja în utilizare. În această situație nevoia de educație nu este doar pentru studenți, este



pentru toți colegii noștri care au nevoie să aplice, în beneficiul pacienților lor, aceste tehnologii. Programele educaționale pe care le organizează STI nu sunt destinate doar colegilor din disciplina chirurgie, nu sunt destinate doar colegilor care lucrează în sistemul public sau doar în sistemul privat și nu doar celor din România. Ele sunt destinate tuturor medicilor care, atrași de această tehnologie, vor dori să aplice adecvat procedurile respective pacienților lor. Nu putem să ne instruiem direct în sala de operații.

Sunt sesiuni de instruire teoretică, de activități practice, pe modele destinate diferitelor patologii, nu doar pentru chirurgia minimal invazivă bariatrică ci, discutăm de patologia colorectală, de tehnicile endoscopice, de tehnicile destinate patologiei ginecologice, patologiei ORL, patologiei toracice, chirurgie robotică, chirurgie oncologică. Este un numitor comun pentru toate specialitățile chirurgicale care înseamnă utilizarea tehnologiei spre binele pacientului. Pentru acest deziderat trebuie să ne instruiem, să ne obișnuim cu această

tehnologie, să extragem ceea ce poate oferi bun, să ne ferim de ceea ce poate însemna apariția unor efecte secundare utilizării nejudicioase a unor astfel de tehnologii; e ca și cum am avea un aparat electric în casă despre care știm unde să-l băgăm în priză dar trebuie să știm mai multe despre utilizarea lui eficientă și în siguranță.

Astăzi putem constata că toate spitalele, pot spune - fără excepție, dețin tehnologie de chirurgie minim invazivă. Nu cred că există comunitate care să nu încerce să sprijine financiar, cu tot ceea ce poate pentru crearea unor spații medicale, pentru achiziționarea de noi echipamente. În final, multe dintre ele sunt sub-utilizate și este măhnitor pentru noi să aflăm că astăzi, în România, o tehnologie care este pe piață de peste 30 de ani este folosită

în unele spitale undeva sub 5%, deși există echipamente și în alte spitale, ca acesta (n.r. PAH), spre 100%. Deci există un decalaj care îl dezavantajează pe pacient.

Medicii echipei care realizează instruirea se află într-un proces de continuă formare, iar atunci când ajung la un nivel adecvat de expertiză vor împărtăși mai departe ceea ce știu către alte centre. Pe de altă parte, am realizat că, la o scară regională, Europa de Est, sau la o scară națională e greu să implementezi astfel de programe dificil de realizat fără o bază suficientă în ceea ce privește pregătirea experților, fără o organizare a bazei materiale, fără centre dedicate. Dacă e greu de realizat un astfel de proiect la scară largă, ne-am gândit că, am putea crea un model replicabil, un centru de excelență care are asociat și un centru de training, (Surgical Training Institute) care poate dezvolta protocoale terapeutice și de instruire a personalului. Acest model ar putea fi inspirație pentru oricine dorește să-l replice, iar noi predăm franciza cu o singură pretenție, să îl îmbunătățească.

# Tratamentul cu enzime sistemice pentru pacienții supuși intervențiilor chirurgicale

Terapia sistemică cu enzime este recomandată pentru a fi inclusă, ca tratament adjuvant, în algoritmul terapeutic chirurgical de bază, folosit la tratarea unor afecțiuni inflamatorii și a complicațiilor acestora, care pot apărea după intervențiile chirurgicale sau ca rezultat al infecțiilor deja existente.



Dr. Horia Berceanu

Medic specialist neurochirurg,  
Spitalul Clinic de Urgență  
Elias, București

În ultimii ani se observă o înțelegere mai bună a diferitor particularități imunologice ale inflamației. Acest fapt se datorează studiilor clinice moderne în chirurgie, studii care au aprofundat foarte bine fiziopatologia inflamației și au determinat cauzele de apariție și menținere ale acesteia, precum și mecanismele de modificare a reacției inflamatorii sistemice a organismului, sindromul septic și insuficiența multiplă a organelor. Ca rezultat al acestor studii s-a format o nouă concepție abordare a fiziopatologie reacțiilor inflamatorii care presupune utilizarea enzimelor hidrolitice în scopul atenuării - atât al procesului inflamator post operatorial, cât și a consecințelor acestuia.

Este cunoscut faptul că, complicațiile în chirurgie sunt direct legate de procesul inflamator. Aceste complicații au un rol negativ în vindecarea post operatorie. De asemenea, multe boli inflamatorii, dacă nu sunt tratate la timp, pot duce la dezvoltarea unor complicații precoce, ceea ce se poate solda cu cronicizarea bolii. Pentru a evita aceste situații neplăcute este necesară intervenția cât mai rapidă a medicului specialist, care pe lângă tratamentul de bază, va recomanda pacientului un tratament adjuvant cu enzime sistemice, având ca scop oprirea sau reducerea proceselor inflamatorii acute și cronice și evitarea afectării imunitare.

Medicația cu enzime sistemice are mai multe beneficii majore pentru pacienții supuși intervențiilor chirurgicale:

- efectul benefic asupra proprietăților re-



- ologice ale sângelui și ale limfei;
- îmbunătățirea microcirculației sângelui atât la nivel local, cât și la nivel sistemic;
- creșterea concentrației antibioticelor la nivelul țesuturilor.

Cu toate acestea, există și unele contraindicații, de care trebuie ținut cont înaintea administrării enzimelor sistemice. Ele nu sunt recomandate persoanelor cu hipersensibilitate față de anumite enzime și cu tulburări severe de coagulare ale sângelui (cum ar fi hemofilia, leziuni hepatice severe, pacienții dializați, etc.). De asemenea, înaintea intervențiilor chirurgicale planificate trebuie luat în considerare efectul antiagregant plachetar.

Mai multe studii clinice au demonstrat beneficiile utilizării preoperator ale preparatelor pe bază de enzime proteolitice (ex. **Wobenzym**). Rezultatele cele mai bune au fost obținute în chirurgia plastică și stomatologică, care au constatat reducerea eficientă a edemelor și tulburărilor de microcirculație. Rezultate bune, de asemenea, au fost obținute în traumatologie și ortopedie, precum și în medicina sportivă sau la persoanele cu risc crescut de accidentare.

În linii generale, se recomandă administrarea preparatelor pe bază de enzime

proteolitice (ex. **Wobenzym**) în următoarele situații clinice:

- Prevenirea sau tratamentul edemelor;
- Reducerea complicațiilor pe timpul și după intervențiile chirurgicale;
- Eliminarea rapidă a necrozei;
- Îmbunătățirea microcirculației sângelui;
- Micșorarea vâscozității sângelui, în agregarea eritrocitelor, în trombocitopenie;
- Scăderea riscului de complicații inflamatorii și grăbirea procesului fiziologic de vindecare a rănilor;
- Îmbunătățirea circulației limfei prin reducerea limfedemului;
- Penetrarea mai eficientă a antibioticelor în țesuturi.

În concluzie, se poate afirma că utilizarea medicamentelor pe bază de enzime proteolitice (ex. **Wobenzym**) la pacienții supuși intervențiilor chirurgicale, contribuie la micșorarea complicațiilor postoperatorii, la scăderea duratei de spitalizare a pacientului și în final, la revenirea mai rapidă la viața normală.

Programul de dozare în majoritatea cazurilor este același: 3 drajeuri înainte de masă cu ½ oră de 3 ori pe/zi. În unele cazuri doza poate fi mărită până la 6 drajeuri de 3 ori/zi, sau dacă pacientul este mai puțin tolerant la enzime, doza poate fi micșorată la 2 drajeuri de 3 ori/zi.

## Referințe:

Navrátilová Z.: Lymfedém a možnosti jeho terapeutického ovlivnění. Praktická flebologie suppl.: 6-10, 2000. A-13

Rammer E., Friedrich F.: Enzymtherapie zur Behandlung der Mastopathie. Eine randomisierte doppelblinde klinische Studie. Wiener klinische Wochenschrift 108 (6): 180-183, 1996.

Schedler M.: Wobenzym in patients following rhinoplastic operations. Efficacy and tolerance. Randomised double-blind clinical trial against Placebo, MU-89207, 1991.

Feinman, J., Sherman, J., McMillan, D.: Oral proteolytic enzymes (pancreatic) in traumatic dental surgery. N. Y. St. Dent. J.33 : 336-341

# Abordul transanal în cancerul de rect

Rezecția joasă de rect pe cale anterioară rămâne o intervenție dificilă, cu cel mai mare risc de recidivă. Spațiul de lucru este restrâns ca și vizibilitate atât în chirurgia deschisă cât și în cazul abordului minim invaziv (laparoscopic, robotic).



Dr. Florin Iordache

Șef de Lucrări UMF  
„Carol Davila” București

În cazul abordului minim invaziv cel mai dificil timp rămâne transecția distală. Aceasta este dificilă prin limitările posibilităților de articulare ale staplerelor existente în contextul spațiului delimitat de bazinul osos. Din acest motiv s-a încercat abordul transanal asociat abordului abdominal. Prima intervenție de acest tip a fost realizată de către Marks et al., fiind un abord combinat abdominal-transanal pe care autorul la denumit TATA (transabdominal-transanal), tehnica fiind elaborată în 1985<sup>[1]</sup> <sup>[2]</sup>. Ulterior, autorii au combinat abordul laparoscopic cu cel transanal iar experiența pe 10 ani a inclus 79 de pacienți cu cancer localizat la 3 cm de orificiul anal. Rata conversiei a fost foarte mică (2,5%). Toți pacienții au avut o stomie de diversie. În 90% dintre cazuri, după terminarea tratamentului chimioterapic, s-a putut realiza închiderea stomei<sup>[3]</sup>. În 1984, G. Buess a introdus în practică procedura TEM(S) (Transanal Endoscopic Microsurgery), realizând și platforma tehnică necesară pentru a realiza rezecția transanală a tumorilor benigne rectale și, ulterior, a tumorilor maligne incipiente<sup>[4]</sup>. În 2010, S. Atallah et al. pun la punct o tehnică simplificată de excizie transanală, combinând experiența TEM cu chirurgia prin port unic și tehnologia rezultată din NOTES (Natural orifice transluminal endoscopic surgery) și NOSE (Natural Orifice Specimen Extraction)<sup>[5]</sup>. Autorii au folosit ca platformă single-incision laparoscopic surgery port (SILSTM - Covidien), inițial proiectat pentru chirurgia prin port unic. În acest mod, au simplificat excizia locală a leziunilor situate la nivelul rectului, mai ales pentru tumori situate la mai mult de 7 cm de orificiul anal. Plecând de la aceste elemente, în cazul pacienților cu cancer la nivelul rectu-

lui inferior, s-a realizat combinarea abordului laparoscopic TME cu cel transanal, pentru prima dată, în 2010, realizându-se rezecția rectală prin acest abord combinat la un pacient stadializat T2N2M0<sup>[6]</sup>. De atunci, abordul cunoscut ca TaTME (Transanal Total Mesorectal Excision) a cunoscut o extindere foarte rapidă, mai multe grupuri prezentând rezultate inițiale favorabile, în special din Olanda, Marea Britanie și Spania<sup>[7]</sup> <sup>[8]</sup> <sup>[9]</sup> <sup>[10]</sup>. Mai recent, au început și încercările de combinare a TaTME cu platformele robotice, dar acestea sunt deocamdată în studiu<sup>[11]</sup> <sup>[12]</sup>. Indicațiile TaTME par să fie, prin consens, pacienții cu pelvis îngust, BMI >30kg/m<sup>2</sup>, obezitate viscerală, hipertrofie de prostată, tumori >4cm, planuri modificate datorită radioterapiei neoadjuvante și dificultăți în obținerea unei margini distale de rezecție. Mai recent, consensul internațional recomandă utilizarea metodei numai în cazul pacienților cu tumori ale rectului inferior (sub 5cm). Este de menționat că seriile existente includ între 20,7% până la 38% pacienți cu tumori la nivelul rectului mediu și superior, ceea ce ridică probleme de apreciere a metodei și rezultatelor<sup>[10]</sup> <sup>[13]</sup>. Pe de altă parte, TaTME poate fi prea mult la acești pacienți, deoarece la cei cu tumori de rect superior este indicată rezecția anterioară cu TME parțial iar anastomoza colo-anală nu este indicată în tumorile rectului mediu și superior.

Este de amintit că, odată cu preluarea tehnicii de către mai multe centre, au apărut și complicații specifice acestei proceduri, cum ar fi leziunile de uretră (pot ajunge până la 6,7%) sau embolia cu dioxid de carbon<sup>[14]</sup> <sup>[15]</sup>. În plus, riscul de lezare a plexurilor nervoase pare mai mare<sup>[16]</sup>. Pe de altă parte, TaTME se realizează în două echipe pentru a menține timpul operator în limite apropiate de cel al unei intervenții laparoscopice de tip TME. Din rezultatele prezentate de promotorii TaTME pare evident că există o curbă de învățare importantă, ceea ce ridică necesitatea unui training adecvat. De asemenea, rezultatele la distanță sunt așteptate. Mai îngrijorător este că în Norvegia s-a ajuns la un moratoriu

cu privire la tehnica TaTME<sup>[17]</sup>. Aceasta deoarece în cele 4 centre acreditate pentru realizarea TaTME s-a constatat o rată ridicată de recidivă locală (9,5%) după un interval de timp mediu de urmărire de 11 luni. Aceasta a făcut ca autoritățile implicate să suspende procedura până la definitivarea auditului<sup>[17]</sup>.

În final, trebuie spus că prin toate aceste abordări minimal invazive s-a reușit coborârea nivelului de rezecție în cazul bolnavilor cu cancer de rect, ceea ce, pe lângă avantajele oncologice, prezintă avantaje imediate dar mai ales funcționale prin scăderea numărului de colostomii definitive.

## Bibliografie

- Marks GJ, Marks JH, Mohiuddin M, Brady L. Radical Sphincter Preservation Surgery with Coloanal Anastomosis Following High-Dose External Irradiation for the Very Low Lying Rectal Cancer. *Recent Results Cancer Res.* 2011;146:161-74.
- Marks JH, Montenegro G a., Shields M, Marks G. Evolution of colorectal notes surgery: bottoms up transabdominal transanal (TATA)/total mesorectal excision (TME): a case matched study of transanal TME surgery for rectal cancer. *J Am Coll Surg.* 2014;219(4):e72.
- Marks J, Mizrahi B, Dalane S, Nweze I, Marks G. Laparoscopic transanal abdominal transanal resection with sphincter preservation for rectal cancer in the distal 3 cm of the rectum after neoadjuvant therapy. *Surg Endosc.* 2010 Nov;24(11):2700-7.
- Buess G, Kipfmüller K, Hack D, Grübner R, Heintz A, Junginger T. Technique of transanal endoscopic microsurgery. *Surg Endosc.* 1988;2(2):71-5.
- Atallah S, Albert M, Larach S. Transanal minimally invasive surgery: a giant leap forward. *Surg Endosc.* 2010 Sep 21;24(9):2200-5.
- Sylla P, Rattner DW, Delgado S, Lacy AM. NOTES transanal rectal cancer resection using transanal endoscopic microsurgery and laparoscopic assistance. *Surg Endosc.* 2010 May 26;24(5):1205-10.
- Veltcamp Helbach M, Deijen CL, Velthuis S, Bonjer HJ, Tuynman JB, Sietses C. Transanal total mesorectal excision for rectal carcinoma: short-term outcomes and experience after 80 cases. *Surg Endosc.* 2015 Apr 29;
- Detering R, Roodbeen SX, van Oostendorp SE, Dekker JTW, Sietses C, Bemelman WA, et al. Three-Year Nationwide Experience with Transanal Total Mesorectal Excision for Rectal Cancer in the Netherlands: A Propensity Score-Matched Comparison with Conventional Laparoscopic Total Mesorectal Excision. *J Am Coll Surg.* 2019;228(3):235-244.e1.
- Roodbeen SX, Penna M, Mackenzie H, Kusters M, Slater A, Jones OM, et al. Transanal total mesorectal excision (TaTME) versus laparoscopic TME for MRI-defined low rectal cancer: a propensity score-matched analysis of oncological outcomes. *Surg Endosc.* 2019 Aug 22;33(8):2459-67.
- Lacy AM, Tasende MM, Delgado S, Fernandez-Havia M, Jimenez M, DeLacy B, et al. Transanal Total Mesorectal Excision for Rectal Cancer: Outcomes after 140 Patients. *J Am Coll Surg.* 2015;
- Atallah S, Drake J, Martin-Perez B, Kang C, Larach S. Robotic transanal total mesorectal excision with intersphincteric dissection for extreme distal rectal cancer: a video demonstration. *Tech Coloproctol.* 2015;10:151.
- Kuo L-J, Ngu J-C-Y, Tong Y-S, Chen C-C. Combined robotic transanal total mesorectal excision (R-TaTME) and single-site plus one-port (R-SSPO) technique for ultra-low rectal surgery—initial experience with a new operation approach. *Int J Colorectal Dis.* 2017 Feb 15;32(2):249-54.
- Penna M, Hompes R, Arnold S, Wynn G, Austin R, Warusavitarne J, et al. Transanal Total Mesorectal Excision: International Registry Results of the First 720 Cases. *Ann Surg.* 2017;266(11):111-7.
- Carmichael H, Sylla P. Urethral Injury: The New Challenge for taTME. In: *Transanal Minimally Invasive Surgery (TAMIS) and Transanal Total Mesorectal Excision (TaTME)*. 2019. p. 399-403.
- Dickson EA, Penna M, Cunningham C, Ratcliffe FM, Chantler J, Crabtree NA, et al. Carbon Dioxide Embolism Associated With Transanal Total Mesorectal Excision Surgery. *Dis Colon Rectum.* 2019 Jul 21;62(7):794-801.
- Vignali A, Elmore U, Milone M, Rosati R. Transanal total mesorectal excision (TaTME): current status and future perspectives. *Updates Surg.* 2019;71(1):29-37.
- Larsen SG, Pfeffer F, Körner H, Colorectal N. Norwegian moratorium on transanal total mesorectal excision. *Br J Surg.* 2019;106:1120-1.





# Infecțiilor de Tract Urinar

*Infecțiile tractului urinar sunt al doilea cel mai comun tip de infecție din organismul uman.*

*Conform studiilor și cercetărilor științifice, s-a observat, că cele mai frecvente infecții nozocomiale, care apar la bolnavii spitalizați, sunt infecțiile urinare (40% din totalul bolnavilor spitalizați).*

## ITU-STOP PREVINE I.T.U.



1 capsulă transparentă  
+ (administrare orală)  
1 capsulă roșie



ITU- STOP este un supliment alimentar eficient împotriva infecțiilor de tract urinar, potrivit atât pentru adulți, copii, gravide și femei în perioada de lactație. Se poate administra preventiv, înainte de inserarea cateterele uretrotvezicale.

Rev. 1 - Martie 2020

Producător: Sole Pharma Healthcare

Unic importator și distribuitor: Dux MD Pharma Solutions, România

Tel: 0769.954.577, E-mail: office@duxmd.ro, www.duxmd.ro

Dux MD  
pharma solutions

# Acalazia

## - de la diagnostic la tratament

Acalazia este cea mai cunoscută tulburare de motilitate a esofagului, deși etiologia este încă neelucidată și intens studiată. Se caracterizează prin absența relaxării sfincțerului esofagian inferior odată cu deglutiția, însoțită de lipsa undelor peristaltice ale corpului esofagian. [1]

**Dr. Petre Hoară,**

**Dr. Mădălina Mitrea,**

**Dr. Silviu Constantinoiu**

Incidența anuală a acalaziei este estimată între 1,07-2,2 cazuri/100,000 persoane, prevalența fiind între 10-15,7/100,000 persoane, [2] fără pre-dilecție pentru un anumit grup de risc, vârstă sau gen. [3]

O anamneză minuțioasă poate ridica suspiciunea de acalazie, pacientul acuzând cel mai adesea disfagie progresivă (90%) și regurgitații (75%). Alte simptome, relativ frecvent relatate de către pacienți, sunt scăderea ponderală (60%), durerile retrosternale (50%) și pirozismul (40%). [4] La marea majoritate a pacienților simptomatologia se instalează insidios. Datorită unor simptome comune cu boala de reflux gastro-esofagian, nu de puține ori pacienții sunt tratați inițial cu inhibitori de pompa de protoni, o medicație care nu ajută în acalazie.

Pe baza elementelor clinice, la ora actuală se folosește scorul Eckardt [5], care are la bază 4 cele mai întâlnite simptome: disfagia, regurgitațiile, durerile retrosternale și scăderea ponderală. Acest scor este util atât pentru diagnostic, cât și pentru monitorizarea răspunsului la tratament.

Având în vedere că disfagia, scăderea ponderală sunt simptome de alarmă, pacienții trebuie întotdeauna investigați suplimentar. Acalazia beneficiază de o paletă largă de investigații pentru diagnostic: examinarea radiologică (radiografia toracică simplă și cu substanță de contrast), explorarea endoscopică (endoscopia digestivă superioară, rareori ecoendoscopia), manometrie esofagiană (convențională, sau de înaltă rezoluție) și impedanța intraluminală combinată cu manometria - EndoFLIP (endolumi-

nal functional lumen imaging probe), o tehnică nouă, utilă atât pentru diagnostic, cât și pentru ghidarea tratamentului [6]. Uneori, dacă diagnosticul nu este evident sau se suspicionează o patologie mai severă, poate fi utilă o tomografie computerizată de torace.

Tranzitul baritat, în dinamică, evidențiază de obicei un esofag cu grade diferite de dilatație, cu stază și evacuarea lentă a substanței de contrast, cu îngustare la nivel distal, simetrică, cu aspect de "cioc de pasăre" (Fig 1). Recomandarea este de măsurare a înălțimii coloanei de bariu la 1 și 5 minute de la ingestie.



Fig 1 – Tranzit baritat – esofag dilatat, cu stază și îngustare distală (colecția clinicii de chirurgie generală și esofagiană, Spitalul Clinic "Sf. Maria", București)

Endoscopia digestivă superioară este folosită, în special, pentru excluderea altor patologii cu simptomatologie asemănătoare (permite excluderea unei tumori de esofag/joncțiune eso-gastrică). Uneori se găsește lichid de stază în esofag, combinat cu leziuni de esofagită, altele aspectul este cvasinormal, de aceea medicul endoscopist ar trebui să recomande și un tranzit baritat, investigație complementară, foarte importantă.

Investigația gold standard în diagnosticul acalaziei este manometria esofagiană,

care decelează relaxarea incompletă a sfincțerului esofagian inferior și lipsa undelor peristaltice la nivelul corpului esofagian. [1] (Fig 2)

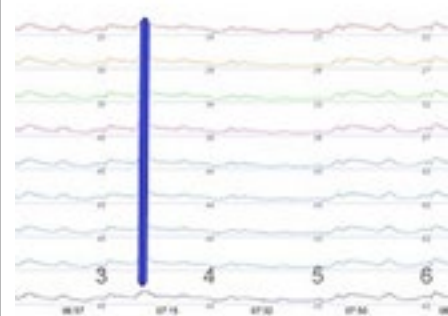


Fig 2 – Manometrie esofagiană – absența undelor peristaltice (colecția clinicii de chirurgie generală și esofagiană, Spitalul Clinic "Sf. Maria", București)

Manometria esofagiană clasifică acalazia în 3 subtipuri, cu un răspuns relativ diferit la tratament: tipul I sau acalazia clasică - contractilitate esofagiană minimă; tipul II - cu perioade intermitente de presurizare panesofagiană și tipul III - contracții spastice cu amplitudine mare la nivelul esofagului distal. [7]

Având în vedere că nu se cunoaște etiologia, tratamentul în acalazie este paliativ, dar oferă pacienților perspectiva unei vieți normale.

Tratamentul presupune scăderea presiunii de la nivelul SEI. Acest lucru se poate obține temporar, prin medicamente (blocați de canal de Ca), injecție locală, endoscopică, de toxină botulinică, în cazul pacienților cu comorbidități severe, ce nu pot suporta o intervenție mai invazivă, sau ca pregătire pentru un tratament definitiv. Prima opțiune, cea mai puțin invazivă, dar nu lipsită de riscuri, este dilatația endoscopică cu balon (Fig 3), care se poate face în regim de spitalizare de zi,

# LUXUL ACCESIBIL

DESIGN INOVATIV

FLUX DE LUCRU INTUITIV

TRANSDUCTORI CU  
TEHNOLOGIE MONOCRISTAL  
fara pini externi, cu plaja de frecvente 1-23 MHz

CONECTIVITATE: WI-FI · LAN · DICOM · BLUETOOTH · USB (stocare si printare)

## MODURI DE LUCRU:

- B - 2D
- Color Doppler
- M
- M Anatomic
- Doppler Pulsat
- Doppler Continuu
- Doppler Tesut
- 3D/4D
- CBI-CEUS
- VGuide
- PWV
- VFlow
- elastografie
- calcule si analize Doppler automate
- etc.

platforma software pentru "second opinion", training, service de la distanta

cu anestezie generală intravenoasă sau cu intubație. Riscul este de perforație esofagiană (cca 5%), iar eficiența este variabilă, mergând de la 50% până la peste 90%, după una sau mai multe ședințe.



Fig 3 – Dilatație endoscopică cu balon în acalazie (colecția clinicii de chirurgie generală și esofagiană, Sp. Cl. "Sf. Maria", București)

Prin desființarea sfincterului esofagian inferior, care este una din barierele antireflux, dilatațiile pot duce la apariția bolii de reflux gastro-esofagian, dar care răspunde de obicei la tratamentele medicale. În cazul pacienților tineri, până în 40 ani, și mai ales de sex masculin, recomandarea este de tratament mai agresiv, cu eficiență crescută în timp.<sup>[8]</sup> Acest tratament presupune secționarea chirurgicală a fibrelor musculare ale SEI (miotomie), fie pe cale laparoscopică/robotică, fie pe cale endoscopică (miotomia endoscopică per-orală POEM – o metodă mai nouă, care și-a dovedit deja eficiența)<sup>[9]</sup>

Singura metodă care, după rezolvarea obstacolului reprezentat de SEI, crează totuși o nouă barieră antireflux, este miotomia pe cale laparoscopică, urmată de o hemifunduplicatură (anterioară sau pos-



Fig 4 – Miotomie laparoscopică – aspect intraoperator (colecția clinicii de chirurgie generală și esofagiană, Sp. Cl. "Sf. Maria", București)

terioară) (Fig 4,5). Incidența refluxului postoperator este cea mai mică. Dezavantajele față de miotomia pe cale endoscopică sunt cele 4 sau 5 incizii de 5-10 mm la nivelul peretelui abdominal anterior. Miotomia endoscopică perorală este superioară în caz de acalazie de tip III, în care este nevoie de o incizie prelungită pe esofagul toracic sau în caz de recidivă după miotomia chirurgicală, dacă dilatațiile nu sunt eficiente.



Fig 5 – Hemifunduplicatură anterioară Dor – aspect intraoperator (colecția clinicii de chirurgie generală și esofagiană, Sp. Cl. "Sf. Maria", București)

Fiind o afecțiune relativ rar întâlnită, diagnosticul și tratamentul acalaziei este bine să se facă în centre specializate.

La Spitalul Clinic "Sf. Maria" din București, în Centrul de Excelență în Chirurgia Esofagului din cadrul UMF "Carol Davila", condus de Profesor dr Silviu Constantinoiu, există o experiență de zeci de ani și sute de cazuri de acalazie tratate atât endoscopic cât și chirurgical, laparoscopic și este funcțional și un laborator complet de investigații în patologia esofagiană, benignă sau malignă.

#### Bibliografie:

1. S Constantinoiu, A Constantin, F Achim, M Boeriu – Acalazia cardiei în *Tratat de patologie și chirurgie esofagiană* / Silviu Constantinoiu (coord.), Ioan Cordoș, Constantin Ciuce, Viorel Scripcariu – București, Ed Academiei Române, 2017, pag 382 – 395.
2. RAB Oude Nijhuis, G Zaninotto, S Roman, GE Boeckstaens, P Fockens, MW Langendam, AA Plumb, AJPM Smout, EM Targarona, AS Trukhmanov, BLAM Weusten and Albert J Bredenoord – *United European Gastroenterology Journal* 2020, Vol. 8(1) 13–34; DOI:

10.1177/2050640620903213 journals.sagepub.com/home/ueg

3. Mouen A. Khashab, Marcelo F. Vela, Nirav Thosani, Deepak Agrawal, James L. Buxbaum, Syed M. Abbas Fehmi, Douglas S. Fishman, Suryakanth R. Gurudu, Laith H. Jamil, Terry L. Jue, Bijun Sai Kannadath, Joanna K. Law, Jeffrey K. Lee, Mariam Naveed, Bashar J. Qumseya, Mandeep S. Sawhney, Julie Yang, Sachin Wani, ASGE guideline on the management of achalasia, *Gastrointestinal Endoscopy*, Volume 91, Issue 2, 2020, Pages 213-227. e6, ISSN 0016-5107, <https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.04.231>.
4. Vela MF, Richter JE, Wachsberger D, et al. Complexities of managing achalasia at a tertiary referral center: use of pneumatic dilatation, Heller myotomy, and botulinum toxin injection. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 1029-36.
5. Eckardt VF, Aignherr C, Bernhard G. Predictors of outcome in patients with achalasia treated by pneumatic dilation. *Gastroenterology*. 1992; 103(6): 1732-1738. doi: 10.1016/0016-5085(92)91428-7
6. Teitelbaum EN, Soper NJ, Pandolfino JE, et al. Esophagogastric junction distensibility measurements during Heller myotomy and POEM for achalasia predict postoperative symptomatic outcomes. *Surg Endosc*. 2015; 29(3): 522-528. doi: 10.1007/s00464-014-3733-1
7. Pandolfino JE, Kwiatek MA, Nealis T, et al. Achalasia: a new clinically relevant classification by high-resolution manometry. *Gastroenterology* 2008; 135:1526-33
8. L Pripisi, P Hoara, A Constantin, D Predescu, Rodica Birla, Cristina Gindea, A Caragui, S Constantinoiu - The value of intraoperative endoscopy and manometry in the surgical treatment of achalasia - *Chirurgia* (Bucharest, Romania: 1990) - 01 Jul 2018, 113(4): 469-477; DOI: 10.21614/chirurgia.113.4.469
9. Tantau M, Crisan D. Peroral endoscopic myotomy: Time to change our opinion regarding the treatment of achalasia?. *World J Gastrointest Endosc*. 2015;7(3):237-246. doi:10.4253/wjge.v7.i3.237



# NORMIX

Rifaximină- $\alpha$  200 mg  
Antibioticul intestinal

**Corectează disbioza prin  
modularea microbiotei intestinale!**



Acest material promoțional este destinat profesionistilor din domeniul sănătății. Normix<sup>®</sup> 200 mg comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați jezikmatul caracteristicilor produsului disponibil la cerere. Profesiuniști din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [drugsafety.ro@alfasigma.com](mailto:drugsafety.ro@alfasigma.com) sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

Alfasigma România S.R.L.  
Str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București  
Tel.: +40 31.805.35.26; +40 31.805.35.27 Fax: 031.805.35.28  
e-mail: [Drugsafety.alfasigma@adenda.ro](mailto:Drugsafety.alfasigma@adenda.ro)

ALFASIGMA

# De la peritonita localizată la cea generalizată

Vorbim despre sepsisul abdominal cu profesorul dr. Valeriu Surlin,  
Şeful Secţiei de Chirurgie generală 1 de la Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţă Craiova

**Domnule profesor, vă rog să daţi o definiţie a sepsis-ului şi să ne spuneţi ce revine chirurgului în aceste cazuri.**

Avem 3 faze ale unei infecţii generalizate: sepsis – când o inflamaţie devine sistemică, denumită şi SIRS (systemic inflammatory response syndrome), sepsis sever şi şocul septic. Sepsisul intervine în infecţiile intra-abdominale comunitare (apendicită acută, peritonită etc.), în traumatismele severe, în complicaţiile septic postoperatorii, de tipul infecţiilor postoperatorii, al deficienţelor anastomozelor pe tubul digestiv şi al abceselor.

Chirurgul face parte dintr-o echipă multidisciplinară care tratează acest tip de sepsis, pentru că infecţia abdominală poate să determine o reacţie inflamatorie locală, regională şi sistemică (caz în care avem sepsis), lucru care trebuie întâi corect diagnosticat. Chirurgul este chemat să eradicaze focarul de la care a plecat infecţia şi a atins nivelul de sepsis.

**Ce se întreprinde pentru combaterea sepsisului abdominal, odată diagnosticat?**

Tratamentul unei peritonite sau al unei infecţii intraabdominale are următoarele componente: reechilibrarea hidroelectrolitică, rezolvarea focarului septic şi implicit a sursei de contaminare. Dacă este un ulcer perforat – trebuie închisă perforaţia, dacă este o apendicită acută – se face apendicectomie, în situaţia unei colecistite acute – se recurge la colecistectomie, iar în cazul unei diverticulite acute – se rezolvă focarul de diverticulită. Deci în primul rând trebuie obţinut controlul sursei de contaminare, urmată de toaleta cavităţii peritoneale. Ulterior se recurge la antibioticoterapie, la început cu spectru larg, empiric, bazat pe cunoştinţele despre flora bacteriană din peritonitele primare, secundare şi terţiare, apoi continuându-se cu tratament antibiotic ţintit, orientat pe sensibilitatea germenilor din probele prelevate din puroiul abdominal care rezultă din cultură şi efectuarea antibiogrammei în laborator.

**Ce se-ar întâmpla cu bolnavul dacă nu se intervine corect şi la timp?**

Dacă focarul nu este rezolvat şi procesul infecţios continuă, se va trece în etapele următoare: sepsisul sever, şocul septic, insuficienţe multiple de organe şi în final decesul. Evoluţia este cu atât mai rapidă şi mai severă cu cât este mai sever focarul. O peritonită prin perforaţie

gastrică nu are aceeaşi încărcătură şi agresivitate prin flora sa bacteriană comparativ cu o perforaţie de intestin subţire sau o perforaţie de colon, aceasta din urmă ridicând cele mai multe probleme, întrucât colonul are cea mai mare concentraţie de germeni, cu diversitatea şi agresivitatea cea mai mare. Aşadar este esenţială cunoaşterea punctului de plecare al peritonitei pentru a putea aprecia gravitatea situaţiei. Este



de asemenea important şi gradul de extindere sau amploarea peritonitei, mai exact dacă este una localizată, limitată la un compartiment din abdomen sau este o peritonită generalizată. Deci contează şi cât de extins este focarul iniţial dacă dorim să evaluăm gravitatea, urgenţa şi prognosticul rezolvării stării de sepsis.

**Este abdomenul acut un sepsis?**

Abdomenul acut nu e obligatoriu un sepsis. Există abdomen acut de cauze medicale, caz în care durerea este tratabilă medical, şi există abdomen acut chirurgical, ale cărui cauze pot duce la instalarea unui sepsis. Sepsisul poate să se instaleze într-o pancreatită acută severă şi fără să existe infecţie, prin faptul că pancreatita severă, prin intensitatea inflamaţiei locale determină şi o inflamaţie sistemică, deci un sepsis, declanşat doar de intensitatea inflamaţiei locale care devine sistemică. În infarctul enteromezenteric, în fazele avansate se produc perforaţii de organ, peritonite, translocaţii bacteriene care duc la un sepsis abdominal şi, ulterior, la insuficienţa de organ. La un abdomen acut chirurgical, care poate fi apendicită acută, colecistită acută, perforaţie gastrică, diverticulită acută, acestea sunt cauze care generează sepsis cu punctul de plecare al infecţiei intraabdominale dar la o pancreatită acută severă putem avea de la bun început sepsis fără să fie încă dezvoltată o infecţie.

**Care sunt cele mai grele situaţii de sepsis care stau în faţa unui chirurg?**

Sepsisul este practic un răspuns fiziopatologic al organismului la traumă, în cazul traumatismelor severe. Postoperator, sepsisul poate să apară şi în cazul intervenţiilor mai complexe, fără a exista o infecţie, sau poate să existe o complicaţie postoperatorie, o infecţie profundă rezultată prin contaminare în timpul intervenţiei chirurgicale cu timpi septici cum sunt cele cu deschiderea colonului, a intestinului subţire, moment în care se poate contamina cavitatea peritoneală.

Dar cel mai adesea, sepsisul se produce printr-o complicaţie postoperatorie, printr-o deficienţă de anastomoză, fie că vorbim despre o anastomoză colorectală, colocolică, între intestin şi colon, o anastomoză pe intestinul subţire, o anastomoză gastrointestinală sau esogastrică, deci când se creează o soluţie de continuitate cu tubul digestiv. Soluţia de continuitate permite trecerea de conţinut intestinal în afara lumenului intestinal către cavitatea peritoneală şi astfel rezultă o peritonită. Aceasta poate fi localizată în jurul zonei operate, în care se produc aderenţe postoperatorii, şi atunci infecţia poate să fie menţinută într-o anumită zonă, iar alteori această deficienţă poate fi preluată de tubul de dren şi eliminată la exterior şi atunci sepsisul va fi de o amploare redusă şi se va putea trata conservator. Cazul cel mai grav este când această deficienţă de anastomoză duce la o peritonită generalizată, la contaminarea întregii cavităţi abdominale.

Dacă este un abces localizat şi există posibilitatea de drenaj sub ghidaj ecografic sau tomografic de către un radiolog intervenţionist cu experienţă, aceasta este soluţia minim traumatică pentru pacient. Dacă nu există această posibilitate sau este o peritonită generalizată atunci trebuie reintervenit şi se aplică principiile de tratament ale unei peritonite, enunţate anterior, adică reechilibrarea pacientului, controlul sursei şi decontaminarea cavităţii peritoneale, drenaj şi antibioticoterapie. De cele mai multe ori, bolnavul fiind într-o suferinţă generalizată, nu se reface anastomoză, se practică stomii temporare (aşa-numitul anus contra naturii) până când pacientul iese din sepsis. Ulterior, după ce organismul se echilibrează, se poate reface continuitatea digestivă. Alteori se poate recurge la gesturi chirurgicale mai simple, respectiv la drenaj, pentru ca infecţia să nu rămână în abdomen, alături, bineînţeles de tratament de susţinere. Dacă există insuficienţă de organ provocată de sepsis, aceasta se tratează în terapie intensivă.



**ZirComBi®**  
Simbiotic vitaminizat

Expertul în refacerea microbiotei intestinale  
la pacienții cu **sindrom de intestin iritabil**

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BBS36\* (4 miliarde per plic), *Lactobacillus rhamnosus* HN001 (1 miliard per plic) și vitamina B6 (clorhidrat de piridoxină, 1,4 mg\*).

\*100% valoare nutritivă de referință.



**Zir-FOS®**  
Sinbiotic vitaminizat

Expertul în refacerea microbiotei  
intestinale **post-antibioterapie sistemică**

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* (5 miliarde per plic), fructo-oligozaharid Actilight și complex de vitamine B\* (B1=1,1 mg; B2=1,4 mg; B6=1,4 mg; B12=2,5 µg).

\*100% valoare nutritivă de referință.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ZirComBi și Zirfos sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [drugsafety.ro@alfasigma.com](mailto:drugsafety.ro@alfasigma.com)

Alfasigma România S.R.L.  
Str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București  
Tel.: +40 31.805.35.26; +40 31.805.35.27 Fax: 031.805.35.28  
e-mail: [contact@addenda.ro](mailto:contact@addenda.ro)

ALFASIGMA 

# Aspecte actuale și controversate privind dilatația congenitală de căi biliare la copil

Descrisă inițial ca o afecțiune extrem de rară, dilatația chistică a coledocului s-a dovedit în timp, odată cu multiplicarea cazurilor diagnosticate și tratate, o maladie complexă, în care leziunea este asociată cu variate forme de afectare hepato-pancreatică și care poate avea o evoluție ulterioară complicată.

**Dr. Marcel Oancea,**  
**Dr. Lorena Vatra, Dr. Anna Kadar**

Spitalul Clinic de Urgență  
pentru Copii "M.S. Curie" București

**C**hiar dacă în abordările generale privind chistul congenital de coledoc nu se observă opinii diametral opuse privind standardul de diagnosticare și necesitatea tratamentului chirurgical, consensul lipsește în privința definirii bolii, în acceptarea explicațiilor privind mecanismele patogenice, în aprecierea eficienței diferitelor soluții chirurgicale și a riscului de malignizare tardivă.

Clasic, denumirea de chist congenital de coledoc includea un întreg spectru malformativ al căilor biliare și al confluenței bilio-pancreatice. Acumularea cunoștințelor asupra malformației a arătat că sunt o multitudine de forme clinice, particularizate prin tipul anatomic al malformației, prin soluțiile terapeutice necesare și prin evoluția pe termen lung.

Varietatea modelelor de dilatație congenitală a CB a fost sintetizată în anii 70-80 în clasificarea Todani-Watanabe. Autorii studiului au definit-o ca "malformație biliară" și acest termen generic a fost preluat în practică pentru a defini "dilatația congenitală de căi biliare", contrar observației că și atrezia de căi biliare este o malformație biliară.

Fără să fie inclusă în mod curent în clasificările după care se raportează seriile clinice, trebuie acceptat că forma frustă de dilatație congenitală de cale biliară, așa cum a fost ea definită de Lilly în 1985, este o entitate clinică posibil încadrabilă tipului I de dilatație.

Fără să existe încă un consens în acest sens, stenoza coledocului terminal, canalul comun biliopancreatic lung și refluxul sucului pancreatic în CBP sunt mecanismele patogenice descrise ca posibile cauze care duc la apariția malformației. Trebuie arătat că aceste mecanisme de producere a dilatației nu pot explica apariția dilatațiilor din tipul II, III și IV.

Statistic, afecțiunea apare mai frecvent la

asiaticii din Extremul Orient, dar se constată o creștere a numărului de cazuri diagnosticate la nou născuții din emisfera vestică datorită folosirii pe cale largă a examinării ecografice în timpul sarcinii și a ecografiei de evaluare generală a copiilor nou născuți. Se apreciază că cca 15% dintre malformațiile de cale biliară sunt evidențiable ecografic începând cu săptămâna 18-20 de sarcină. Imaginea trebuie diferențiată de duplicația duodenală, stenoză duodenală, chiste hepatice dar mai ales de forma chistică de atrezie biliară. Diagnosticarea perinatală a malformației a fost factorul determinant pentru scăderea vârstei la care se recomandă corectarea malformației. Se consideră indicată intervenția radicală la vârsta de 3-6 luni, chiar dacă există opinii pentru temporizarea intervenției în cazurile care au o evoluție necomplicată.

Pentru tipurile de malformație I, II și IV operația de elecție este rezecția CB cu derivație HJ sau HD. Promovată de Todani, privită ca fiziologică, anastomoza HD apare mai riscantă sub aspectul complicațiilor septice. Majoritatea raportărilor din literatură se referă la AHJ ca soluție optimă de reconstrucție biliară. Nu există raportări de anastomoză chisto-digestivă ca soluție tehnică. Aceasta este ferm contraindicată și poate fi folosită doar ca o modalitate de drenaj temporar în situațiile de urgență.

Abordul laparoscopic al dilatației congenitale de cale biliară este s-a impus ca modalitate tehnică de realizare a rezecției de cale biliară și reconstrucție biliară. Singura limitare tehnică în abordul laparoscopic la sugarii foarte mici este dată de dimensiunea spațiului intra-abdominal care nu permite folosirea suturii mecanice pentru anastomoza JJ. De regulă, anastomoza în piciorul ansei se realizează extra-abdominal, prin portul ombilical.

Frecvența complicațiilor anastomotice apărute după intervențiile pentru dilatația congenitală de CB este una redusă, la sub 5% dintre cazuri. Specifică pentru tipul IV de dilatație este persistența dilatației pe CBIH cu "sludge" sau litiază intra-hepatică.

Transformarea malignă a CB restante

este cea mai importantă complicație evolutivă posibilă pentru aproximativ 10% dintre cazuri. Studiile publicate sugerează că riscul apariției malignității se reduce la cazurile operate precoce și recomandă ca strategie post-operatorie o supraveghere și evaluare clinică-paraclinică "agresivă" pentru perioade îndelungate de timp.

Experiența autorilor este limitată la 26 de cazuri cu dilatație congenitală a CBE, operate în perioada 2004-2019, la copiii cu vârste cuprinse între 6 săptămâni și 18 ani. Două cazuri au fost diagnosticate ca fiind forma frustă de dilatație biliară.

În momentul diagnosticului au fost înregistrate două cazuri cu pancreatită acută, 5 cazuri cu angiocolită acută și 8 cazuri cu litiază biliară asociată dilatației. La două dintre cazuri, litiaza a apărut ca o complicație tardivă după o derivație chisto și hepatico-jejunală anterior efectuate.

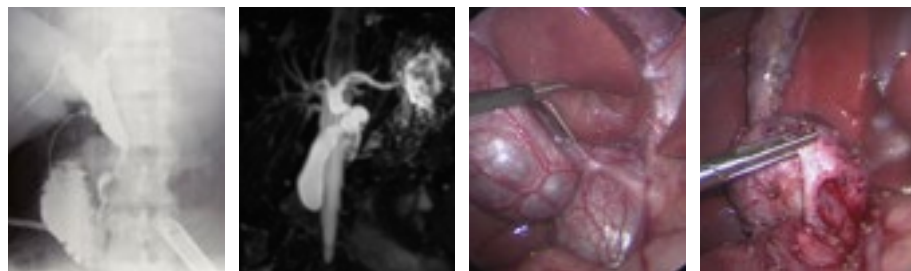
Rezecția căii biliare dilatate și derivația hepatico-jejunală pe ansă exclusă "a la Roux" a fost efectuată la 25 de bolnavi. La unul dintre cazuri a fost păstrată derivația pe ansă în omega efectuată într-o operație anterioară. Seria include trei cazuri de rederivație la un interval de 6 luni până la 9 ani de la primă intervenție.

A fost înregistrat un caz de fistulă anastomotică postoperatorie corectat printr-o reinervenție în Z3 postoperator. Nu au fost înregistrate episoade de angiocolită postoperatorie.

S-a intervenit pe cale laparoscopică în 10 cazuri și au fost necesare 4 conversii în laparotomie pentru finalizarea operației.

## Bibliografie

1. Turowski C, Knisely AS, Davenport M. Role of pressure and pancreatic reflux in the aetiology of choledochal malformation. *British Journal of Surgery* 2011;98: 1319-1326.
2. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, et al. Congenital bile duct cyst: classification, operative procedure, and review of 37 cases including cancer arising from choledochal cyst. *American Journal of Surgery* 1977;134: 263-269.
3. Lilly JR, Stelling GP, Karrer FM. Forme fruste choledochal cyst. *Journal of Pediatric Surgery* 1985; 20:449-451.
4. Ando H, Ito T, Nagaya M, et al. Pancreaticobiliary maljunction without choledochal cysts in infants and children: clinical features and surgical therapy. *Journal of Pediatric Surgery* 1995; 30: 1658-1662.
5. Miyano T, Yamataka A, Kato Y, et al. Hepaticocenterostomy after excision of choledochal cyst in children: a 30-year experience with 180 cases. *Journal of Pediatric Surgery* 1996; 31: 1417-1421.
6. Santore MT, Behar BJ, Blinman TA, et al. Hepaticoduodenostomy vs hepaticojejunostomy for reconstruction after resection of choledochal cyst. *Journal of Pediatric Surgery* 2011; 46: 209-213.
7. Liem NT, Pham HD, Dung le A, et al. Early and intermediate outcomes of laparoscopic surgery for choledochal cysts with 400 patients. *Journal of Laparoscopic & Advanced Surgical Techniques A* 2012; 22:599-603.
8. Todani T, Watanabe Y, Toki A, et al. Hilar duct carcinoma developed after cyst excision followed by hepaticoduodenostomy. In Koyanagi Y, Aoki T (eds.), *Pancreaticobiliary Maljunction*. Igaku Toshi Shuppan, Tokyo, 2002.







# VESSEL DUE F

*Produs biologic original*

## *Redă echilibrul vascular!*



Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Vessel Due F 250 ULS capsule moi și Vessel Due F 600 ULS/2 ml soluție injectabilă se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [Drugsafety.alfasigma@addenda.ro](mailto:Drugsafety.alfasigma@addenda.ro) sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale.

# Amintiri, pilde, reflexii

**Profesorul dr. Silviu Constantinoiu** este un izvor nesecat de amintiri, pilde și reflexii, care vin atât din vasta cultură medicală și nu numai medicală pe care o posedă dar și din experiența de peste 40 de ani de chirurgie. În interviurile pe care am onoarea să mi le acorde, domnia sa presară răspunsurile cu multe amintiri valoroase din tot acest univers medical pe care-l poartă cu dânsul și din care am extras aici doar 4 scurte fragmente.

Când studenții absolvă Facultatea de Medicină, rostesc un jurământ, numit jurământul lui Hipocrate.

Hipocrate din Kos, considerat părintele medicinei, a trăit între secolele V-IV î.Hr. Pe lângă faptul că diagnostică tumori, consolida fracturi, trata luxații (ne-a rămas până azi în ortopedie manevra lui Hipocrate), a elaborat un jurământ cu reguli etice și deontologice valabil până astăzi. În acest jurământ se prevedea respectul și considerația acordate maestrilor de la care ai deprins medicina, discreția asupra diagnosticului și tratamentului unui pacient, dar și un germene al supraspecializării în medicină.

Hipocrate spunea: *”Nu voi face talia la calculoși”*

Să traducem un pic această expresie: în antichitate se diagnosticau bolnavii care aveau litiază vezicală; aceștia, dezvoltau niște calculi vezicali mari cât oul de porumbel sau de găină, prezentau simptome specifice (tenesme vezicale - necesitatea imperioasă de a urina, cu dureri, polakiurie- micțiunii foarte dese și în cantitate mică, hematurie - urinat cu sânge, mai ales după un transport cu carele antice care, evident, nu aveau amortizoare și nici pneuri).

Prin tușeu rectal și vaginal combinat cu palpare abdominală hipogastrică, medicul putea palpa calculul.

Talia hipogastrică este o incizie supra-pubiană prin care se pătrundea printr-o cistotomie în vezica urinară, se extrăgea calculul, iar plaga suprapubiană se cicatriza per secundam intentionem. Această manevră o executau numai un fel de urologi ai vremii, și nu orice medic.

Chirurgul care abordează esofagul trebuie să aibă serioase cunoștințe de chirurgie viscerală, abdominală, de chirurgie toracică, de chirurgie ORL, chirurgie buco-maxilo-facială, chirurgie plastică și de reconstrucție și de chirurgie vasculară.

\*\*\*

În Occident, de chirurgia esofagului se ocupă ÎN GENERAL, chirurgii toracici. La noi, în România, pionierii chirurgiei esofagiene, în care avem o bună tradiție cu răsunet mondial, au fost profesorii Amza Jianu, Ion (Iancu) Jianu, Dan Gavrilu și Zeno Popovici, chirurgii de chirurgie generală la vremea lor. Chirurgia toracică la noi nu s-a dezvoltat în clinici universitare, s-a practicat în sanatoriile TBC: Moroieni, Dobrița etc. Acolo se făcea practic chirurgia tuberculozei pulmonare, nu se făcea nicicum chirurgie esofagiană.

Chirurgii toracici care au făcut chirurgie esofagiană au fost mai întâi chirurgii de chirurgie generală, așa cum sunt astăzi profesorul Theodor Horvat de la Institutul Oncologic și profesorul Ioan Cordoș de la Institutul de Pneumoftiziologie „Marius Nasta”.

\*\*\*

Chirurgul poate să opereze clasic sau laparoscopic, în funcție de situație, experiență și dotare. Să vă dau un exemplu de cât de mult contează și experiența medicului: recidiva după operația de esofagită, se numește esofagită recurentă și poate să apară în luni sau ani de zile de la operație. Un studiu din SUA arată că bolnavii cu esofagite operați de chirurgii seniori au esofagite recurente de 4 ori mai puțin decât bolnavii cu esofagite operați de chirurgii juniori, deci începători, din cauza lipsei de experiență a acestora din urmă. Așa cum îmi spunea domnul rector profesorul Florian Popa „în chirurgie

nu poți să fii genial înainte de 40 de ani”, pentru că nu ai experiență, nu ai văzut și operat destule cazuri. Ți trebuie cel puțin 10-15 ani de chirurgie (dar asta este doar o condiție obligatorie, însă nu suficientă; poți atinge vârsta pensionării fără să fii neapărat genial).

De aceea, pensionările care s-au făcut abuziv la chirurgii care erau încă în putere au fost foarte nocive. Chiar dacă acești medici nu mai operează, prezența lor în clinică poate fi utilă, un sfat sau o părere a acestora putând salva oricând un caz sau o situație critică. Deci, bătrânii trebuie prețuiți oricum, dar mai ales în medicină și, în special, în chirurgie.

\*\*\*

În general, medicina nu trebuie privită în sensul tratamentului simptomatic: mă doare capul – iau piramidon, mă doare burta – iau foladon, mă doare fundul – iau hemorzon, asta nu e medicină. Trebuie văzut tot contextul bolii și trebuie ținut cont că fiecare bolnav are boala lui. Nu întâlnești în spital bolnavi să se încadreze perfect în cursurile de facultate. Bolnavii sunt unici din toate punctele de vedere, așa cum sunt amprentele digitale, culoarea irisului sau tonul vorbirii. De aceea trebuie să privim bolnavul în mod personalizat, el nu poate fi tratat strict după protocoale, cum sugerează unii, ci trebuie ținut cont de individualitatea pacientului.

Mai este un lucru important care în occident s-a cam pierdut: legătura dintre bolnav și medic. Unde mai este empatia unui medic față de pacientul pe care îl îngrijește și ține sub observație de mai mulți ani? Este o legătură foarte importantă pe care din nefericire tehnicizarea medicinei face să se aplatizeze acest binom medic-pacient, în sensul pierderii legăturii psiho-afective medic-pacient.

## PESTE 3000 DE PRODUSE

ELECTROCAUTERE DE MÂNĂ UF ȘI REUTILIZABIL



TĂVIȚĂ INSTRUMENTAR CU CAPAC



INSTRUMENTAR\_INOX

## CALITATE ȘI FIABILITATE



MASĂ INSTRUMENTAR INOX



MASĂ INSTRUMENTAR INOX



MASĂ MAYO



STERILIZATOR CU AER CALD



STERILIZATOARE CU ABURI TUTTNAUER

## LIVRARE RAPIDĂ



MASĂ DE OPERAȚIE AGA



ELECTROCAUTER DIATROM



LAMPA FRONTALĂ BISTOS



ASPIRATOR CHIRURGICAL FAZZINI



ASPIRATOR MEDICAL MOBIL

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


Vă așteptăm la sediul nostru cu showroom  
și spații dublate de depozitare!

Email: [office@medisal.ro](mailto:office@medisal.ro)  
Comenzi: [comenzi@medisal.ro](mailto:comenzi@medisal.ro)  
Informații: [info@medisal.ro](mailto:info@medisal.ro)

# TROMBELASTOGRAFIE - TEG 6s



Trombelastograful computerizat **TEG® 6s** este destinat analizării elasticității cheagului de sânge prin măsurarea proprietăților mecanice de la de inițierea formării până la lizarea acestuia fiind sensibil la toate interacțiunile dintre componentele celulare și plasmatică (factori de coagulare și fibrinoliză).

	TEST	DESCRIERE	PROBĂ
<b>Global Hemostasis</b> Citratat: K, KH, RT, FF (07-601)	<i>Kaolin TEG<sup>1</sup></i>	Analiză cu activarea căii intrinseci. Această trasare generată de trombină identifică caracteristicile hemostatice subiacente și riscul de sângerare sau tromboză.	Sânge integral citrat
	<i>Kaolin TEG with Heparinase<sup>2</sup></i>	Elimină efectul heparinei în proba de testare. Utilizat împreună cu Kaolin standard TEG, evaluează prezența heparinei sistemice sau a heparinoidelor.	
	<i>RapidTEG<sup>3</sup></i>	Analiză cu activarea atât a căii intrinseci cât și a celei extrinseci care accelerează procesul de coagulare în vederea obținerii cât mai rapide a proprietăților și caracteristicilor de coagulare.	
	<i>TEG Functional Fibrinogen<sup>4</sup></i>	Un test activat pe cale extrinsecă care utilizează un inhibitor puternic de GPIIb/IIIa plachetar pentru a restricționa funcția plachetară în vederea izolării contribuției fibrinei în coagulare. Utilizat împreună cu Kaolin TEG se poate evalua contribuția relativă a trombocitelor și a fibrinei la tăria globală a cheagurilor.	
<b>PlateletMapping®</b> Mapare plachetara ADP (07-615)	<i>TEG PlateletMapping<sup>5</sup></i>	Include o urmărire specifică a receptorului de trombină și a receptorului trombocitar (ADP/AA). Identifică nivelul inhibării și agregării plachetare, utilizând Kaolin TEG (care reprezintă potențialul hemostatic de bază al pacientului) ca și control.	Sânge integral heparinat

Departamentele pentru care utilizarea TEG® 6s aduce un plus calității actului medical și o scădere a costurilor asociate sunt: Urgențe, ATI, Chirurgie cardio-vasculară, Ortopedie, Neurologie, Oncologie, Transplant, Obstetrică-Ginecologie, Transfuzii, Neonatologie și Pediatrie.

<sup>1</sup> Test cantitativ in-vitro care se folosește la monitorizarea pacienților ce prezintă tulburări ale coagulării.

<sup>2</sup> Idem <sup>1</sup> pentru pacienți heparinizați.

<sup>3</sup> Se folosește când este necesară determinarea rapidă (5 – 10minute) a tăriei cheagului de sânge (intervenții chirurgicale, tratamente cu anticoagulante heparinice, diferențierea între coagulopatie și sângerare mecanică).

<sup>4</sup> Se folosește pentru a determina și identifica coagulopatiile asociate fibrinogenului (nivelul de fibrinogen, eliminarea ambiguităților asociate tăriei maxime a cheagului, anormalitate genetică legată de fibrinogen, diagnosticare CID).

<sup>5</sup> Se folosește când este necesară monitorizarea strictă a nivelului de inhibare al funcției plachetare de către anticoagulante față de hemostaza de bază a pacientului, pentru identificarea potențialilor factori generatori ai sângerărilor, pentru ierarhizarea factorilor de risc în evenimentele trombotice, pentru determinarea eficacității terapiei antiplachetare precum și a rezistenței trombocitelor la terapie.

# TROMBELASTOGRAFIE - TEG 5000

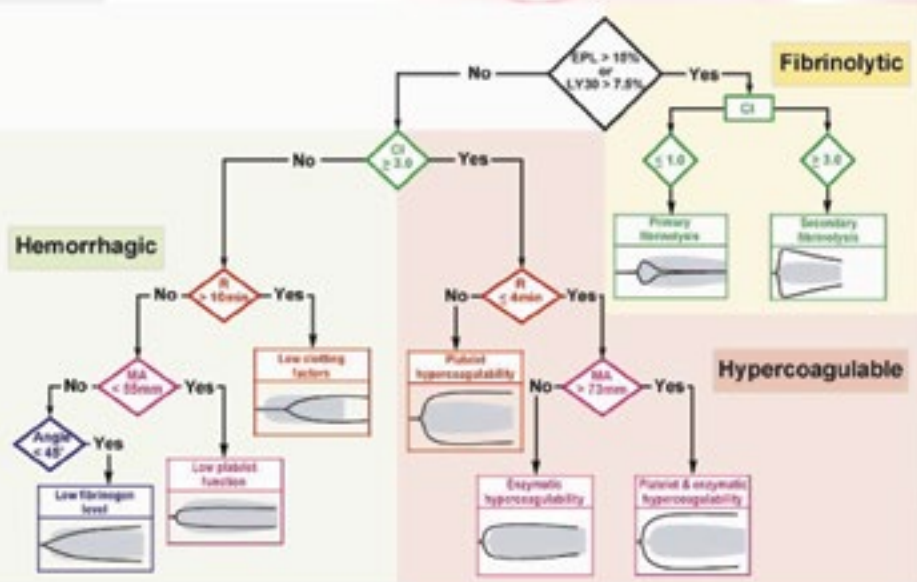
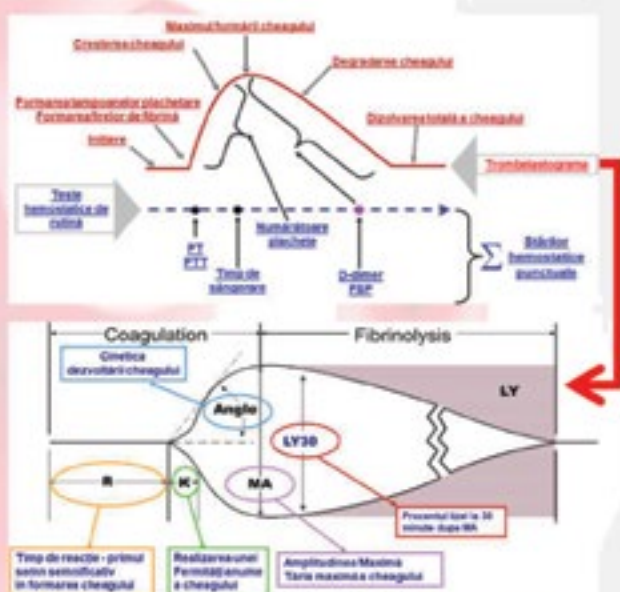


Trombelastograful computerizat TEG © 5000 este destinat pentru analizarea elasticității cheagului de sânge prin măsurarea proprietăților mecanice de la de inițierea formării până la lizarea acestuia fiind sensibil la toate interacțiunile dintre componentele celulare și plasmatică (factori de coagulare și fibrinoliză).

Departamente pentru care utilizarea TEG © 5000 aduce un plus calității actului medical și o scădere a costurilor asociate: ATI, Urgențe, Chirurgie cardio-vasculară, Ortopedie, Neurologie, Oncologie, Transplant, Obstetrică-Ginecologie, Transfuzii, Neonatologie și Pediatrie.

## TESTE DISPONIBILE

1. **Trombelastograma „uzuală”** – monitorizarea pacienților ce prezintă tulburări ale coagulării
2. **Rapid TEG®** – determinarea rapidă (5 – 10 minute) a tăriei cheagului de sânge (intervenții chirurgicale, tratamente cu anticoagulante heparinice, diferențierea între coagulopatie și sângerare mecanică).
3. **Fibrinogen Funcțional** – determinarea și identificarea coagulopatiilor asociate fibrinogenului (nivelul de fibrinogen, eliminarea ambiguităților asociate tăriei maxime a cheagului, anomalitate genetică legată de fibrinogen, diagnosticare CID).
4. **Mapare plachetară** – monitorizarea nivelului de inhibare al funcției plachetare de către anticoagulante față de hemostaza de bază a pacientului, pentru identificarea potențialilor factori generatori ai sângerărilor, pentru ierarhizarea factorilor de risc în evenimentele trombotice, pentru determinarea eficacității terapiei antiplachetare precum și a rezistenței trombocitelor la terapie.

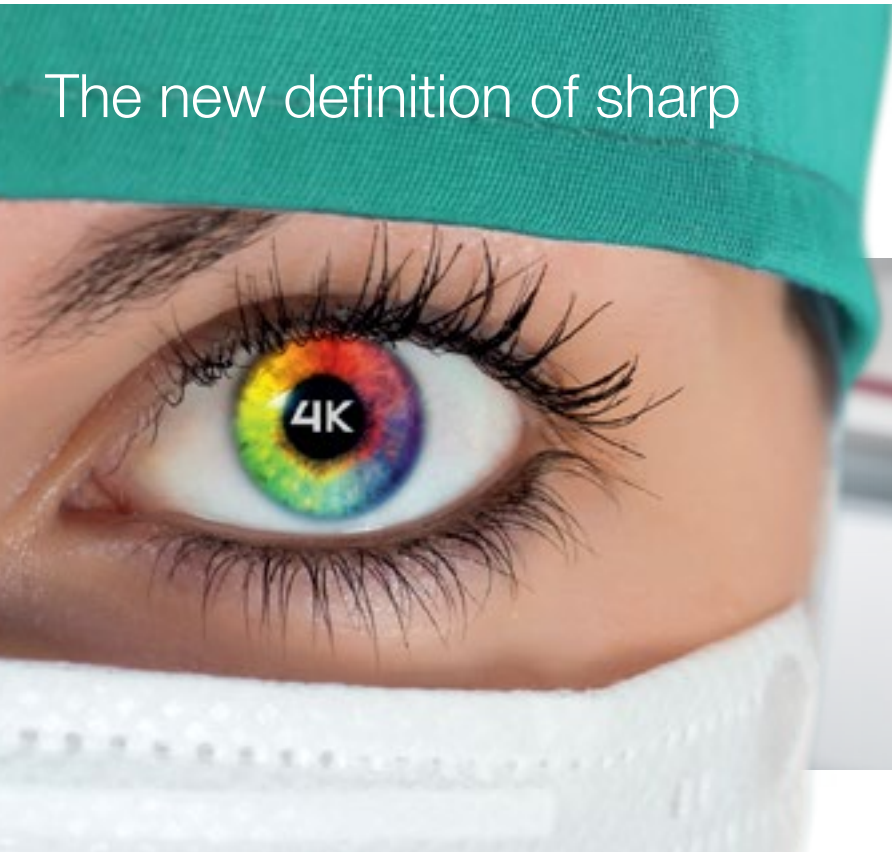


Principalul avantaj este dat de faptul că trombelastograma realizată cu TEG © 5000 (indiferent dacă pacientul a fost heparinizat sau nu) furnizează informația completă a asupra hemostazei deoarece definește întregul proces spre deosebire de testele hemostatice „clasice” de rutină.

The new definition of sharp



spirit of excellence



## ENDOCAM Logic 4K

The new definition of sharp

The new sharp. The new authentic. The new efficient.

- Original 4K UHD resolution of 3840 x 2160 pixels
- Authentic data collection – no extrapolation
- "Special Imaging Modes" for enhanced tissue differentiation
- Improved ergonomic design of the camera head because it is smaller and more lightweight
- Energy-efficient and optimally tuned system comprising telescopes, camera, and light source

### ENDOCAM Logic 4K

Keep an eye on the future of visualization!





## The new wireless way to treat haemorrhoids



### HAL-RAR with TRIOLOGY

Comfort and convenience for the patient.  
Comfort and convenience for the surgeon.

The new generation TRIOLOGY combines all the proven advantages of the HAL-RAR procedures with the flexibility of wireless technology.

For patients, HAL-RAR offers a safe and gentle alternative to conventional treatment methods that provides effective relief from all the symptoms of haemorrhoids, even in the more advanced stages. Artery ligation and mucopexy of prolapsing mucosa can be carried out in one procedure under local anaesthetic, depending on the individual patient and the prevailing healthcare system.

For surgeons, TRIOLOGY gives you the benefit of Doppler-ultrasound technology with no strings attached. Literally. With a Bluetooth connection between the unit and speaker, you can hear the system's signals for precise, customised detection of haemorrhoidal arteries while enjoying absolute freedom to manoeuvre the unit and attached probe as required. In addition, the absence of a cable - which acts as an antenna for surrounding electromagnetic radiation - means the equipment is less sensitive to interference and the arteries can be heard more clearly than ever before.



LAP 89 3.0 03/2020/A-E-RO

## Minilaparoscopy:

Three-part detachable *CLICKline* instruments

**STORZ**  
KARL STORZ—ENDOSKOPE  
THE DIAMOND STANDARD

KARL STORZ SE & Co. KG, Dr.-Karl-Storz-Straße 34, 78532 Tuttlingen/Germany  
KARL STORZ Endoscopia Romania srl, Str. Prof. Dr. Anton Colorian, nr. 74, Sector 4, Bucuresti/Romania  
[www.karlstorz.com](http://www.karlstorz.com)

**75**  
Years