



MEDICAL MARKET

Obstetrică-Ginecologie

Revista profesioniștilor din Sănătate

2020 - 2021



Prof. Univ.
Dr. Radu Vlădăreanu

UMF Carol Davila București,
Președintele Societății
de Obstetrică și Ginecologie



Prof. Univ.
Dr. Elvira Brătilă

UMF Carol Davila București,
Președintele Societății
de Endometrioză și Infertilitate
Est-Europeană



Prof. Univ.
Dr. Mircea Onofriescu

UMF Gr. T. Popa, Iași, Spitalul Clinic de
OG, „Cuza Vodă”, Iași



Conf. Univ.
Dr. Dominic Iliescu

Conferențiar universitar,
UMF Craiova



Prof. Univ.
Dr. Gabriela Radulian

UMF „Carol Davila” București,
Președinte NEURODIAB



Prof. Univ.
Dr. Anca Trifan

UMF „Grigore T. Popa”,
SCIU „Sf. Spiridon”, Iași



Șef Lucrări
Dr. Radu Tincu

Medic Primar ATI,
Spitalul Clinic de Urgență
București, Șef Lucrări UMF
Carol Davila București

Solartium
Technology - Lifestyle Division

Lactiferon^{plus}
Lactoferrină - Ferrochel[®] - Quatrefolic[®]
Acid ascorbic - Beta-caroten - Metilcobalamină

FORMULA COMPLETĂ

PENTRU PREVENȚIA
ȘI TRATAMENTUL ANEMIEI



Deblocare

- Lactoferrină: 100 mg/cp.

Absorbție

- Acid ascorbic 160 mg/cp.
- Quatrefolic 0,624 mg/cp.
- Beta-caroten 2,6 mg/cp.
- Vitamina B12 0,009 mg/cp.

Suplimentare

- Fier (Ferrochel) 25 (125) mg/cp.

MOD DE ADMINISTRARE

1-2 comprimate gastrorezistente pe zi
la 15 minute după mesele principale.



Bionorica*

Normalizează
nivelul prolactinei
Mastodynon®



- reduce mastodinia
- ameliorează simptomele PMS
- normalizează ciclul menstrual

MEDICAMENTUL german pentru dezechilibrul hormonal



1 comprimat: 3 BENEFICII



AMELIORARE



Ameliorarea simptomelor BVC^{1,2}



Impact pozitiv asupra activității zilnice¹



Poate fi folosit în toate stadiile CEAP³

CONFORT ÎN UTILIZARE



Posologie simplă datorită dozei optime de diosmină^{2,3}



Administrare ușoară



Complianță și toleranță foarte bune^{1,4}

CALITATE



Prezență internațională⁴



100% produs în Franța



Diosmină pură (fără hesperidină)

Tratamentul simptomelor insuficienței venoase cronice.
Fișa informativă este disponibilă la stand



INNOOTHERA COMEX FARMACEUTICALS - Distribuitor exclusiv în România al medicamentelor Innothera în România și în Republica Moldova. Adresa: București, Strada 13 Decembrie 1989, Nr. 10, Etaj. Tel: +4031 420 42 00. E-mail: info@innoothera.ro. Website: www.innoothera.ro. Distribuitor exclusiv în Republica Moldova: **INNOOTHERA COMEX FARMACEUTICALS** - Distribuitor exclusiv în Republica Moldova al medicamentelor Innothera în Republica Moldova și în România. Adresa: Chișinău, Strada 13 Decembrie 1989, Nr. 10, Etaj. Tel: +373 22 22 22 00. E-mail: info@innoothera.md. Website: www.innoothera.md.

PHLEBODIA 600 mg este un medicament venotonice și vasoprotector care conține diosmină. Este indicat pentru tratamentul simptomelor insuficienței venoase cronice (IVC) și pentru prevenirea complicațiilor acestora. Medicamentul este disponibil în Republica Moldova și în România sub formă de comprimate filmate. Doza recomandată este de 1 comprimat pe zi. Medicamentul este bine tolerat și are o bună complianță. Este indicat în toate stadiile CEAP. Medicamentul este produs în Franța și este disponibil în peste 100 de țări. Este un medicament de înaltă calitate și este recomandat pentru tratamentul IVC. Pentru mai multe informații, vă rugăm să consultați fișa informativă sau să contactați distribuitorul local.



Formulă 100% confidențială*



Eficiență clinică de la 85.4% la 96.4% indiferent de etiologia vaginitei,^{1,2} inclusiv BV.



Ameliorare rapidă a simptomelor.¹



Respectarea florei vaginale.²



TRATAMENTUL LOCAL AL VAGINITELOR CAUZATE DE GERMI SIENSIBILI ȘI TRATAMENTUL VAGINITELOR NESPECIFICE.¹

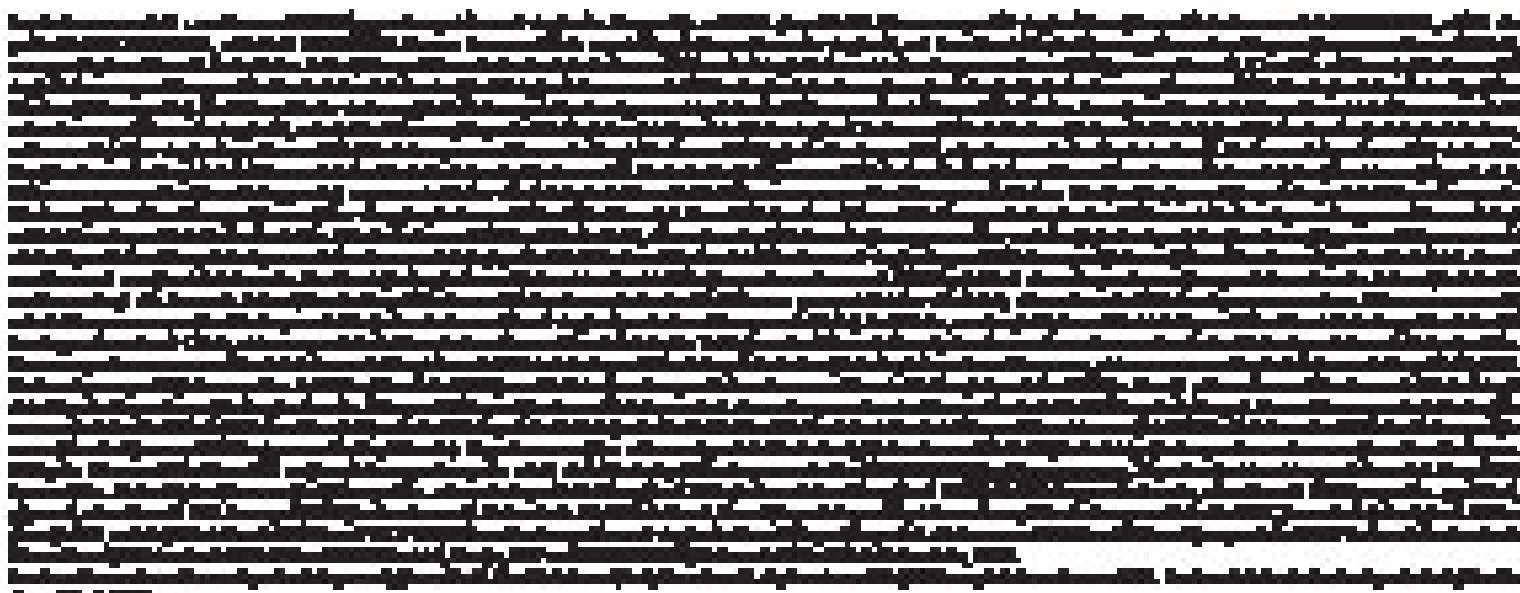
DISPONIBIL ÎN CUTII DE 15 CAPSULE VAGINALE



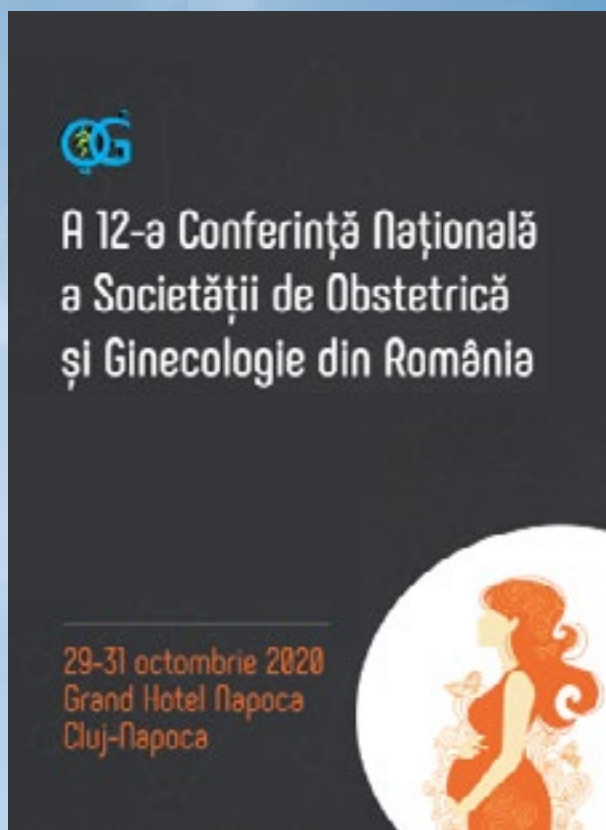
Capsulă vaginală moale ușor de introdus în prezența inflamației locale.²



- O capsulă vaginală seara timp de 12 zile.¹
- Nu întrerupiți tratamentul în timpul ciclului menstrual.¹



1. Basso M, De G. (2010). Tratamentul local al vaginitei cauzate de germeni sensibili și tratamentul vaginitelor nespecifice. În: *Tratamentul local al vaginitei cauzate de germeni sensibili și tratamentul vaginitelor nespecifice*. Editura Medicală, București, România. 2. Basso M, De G. (2010). Tratamentul local al vaginitei cauzate de germeni sensibili și tratamentul vaginitelor nespecifice. În: *Tratamentul local al vaginitei cauzate de germeni sensibili și tratamentul vaginitelor nespecifice*. Editura Medicală, București, România. 3. Basso M, De G. (2010). Tratamentul local al vaginitei cauzate de germeni sensibili și tratamentul vaginitelor nespecifice. În: *Tratamentul local al vaginitei cauzate de germeni sensibili și tratamentul vaginitelor nespecifice*. Editura Medicală, București, România.



Editor
Călea 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



„Dorim să finalizăm în acest an un ghid unitar, național, privind cancerul ginecologic (cancerul de col uterin, cancerul ovarian, cancerul de endometru și cancerul mamar)”	8
„Anul acesta avem în plan să organizăm trei cursuri pe teme foarte importante: chirurgie robotică, endometrioză și uro-ginecologie”	10
Trombofiiliile – dificultăți de diagnostic și tratament Profesor univ. dr. Mircea Onofriescu	14
Principii generale ale evaluării ecografice transperineale din travaliu Dominic Iliescu, Laurențiu Dîră	20
Constipația la gravide: particularități clinico-terapeutice As. Univ. Dr. Oana Petrea, Prof. Dr. Anca Trifan, Șef Lucrări Dr. Cătălin Sfarti, Conf. Dr. Irina Gîrleanu, Prof. Dr. Carol Stanciu	24
Noi strategii pentru prevenția infecțiilor asociate actului medical Dr. Radu Tincu	32
Diabetul gestațional Coșoreanu Andrada, Rusu Emilia, Radulian Gabriela	36
Utilizarea terapiei cu enzime în tratarea toxemiei (preeclampsiei)	42
Îmbunătățirea Calității Vieții Femeilor cu Prolaps Genital Prin Procedeu Terapeutic Chirurgical - SABA NAHEDD Dr. Saba Nahedd	46
Chirurgia estetică intimă Dr. Daniela Diveică	50

Produsul Probiotic al anului 2019



Astarte este un produs care conține o combinație fiziologică de lactobacili, specifici și adaptați, administrați oral pentru refacerea și menținerea echilibrului florei vaginale și intestinale.

Fiind unul din cele mai **innovative produse probiotice** cu rezultate excelente confirmate de către studii, Astarte a fost inclus în competiția organizată de Nutra Ingredients Awards 2019, devenind **câștigător al categoriei Produsul probiotic al anului**.



Astarte, celța fertilității și a sarcinilor, a inspirat numele unui produs inovativ, unic prin compoziție și administrare orală

Astarte conține 4 tipuri de lactobacili (Lactobacillus Gălbui, L. Acidofilus, L. Casei și L. Fermentans) specific adaptate pentru menținerea florei vaginale. Astarte contribuie la menținerea și restaurarea echilibrului florei intestinale și vaginale, astfel asigurând funcționarea normală a sistemului digestiv.

În dezvoltarea produsului Astarte un rol crucial a avut procesul de selecție a **celor mai rezistente tipuri de lactobacili**. În urma unor studii clinice elaborate de o echipă de specialiști gastrologi și microbiologi din Astarte au fost identificate 4 tipuri de lactobacili cu cele mai bune caracteristici asupra echilibrului florei vaginale.

Beneficiile administrării orale

- simplu și igienic, poate fi administrat în orice moment, fără restricții
- posibil și în timpul perioadelor menstruale, sarcini, alăptare
- este ușor de combinat cu mesele obișnuite sau cu sucul de curățare din lactoză
- nu interacționează cu antibioticele locale și sistice produse



Echilibrarea florei



4 tipuri de lactobacili



Administrare orală

Produsul este destinat utilizării zilnice, în scopul menținerii și restaurării echilibrului florei intestinale și vaginale. Este indicat în special în cazurile de disbioză bacteriană, sindrom de intestin iritabil, sindrom de colon iritabil, sindrom de intestin mic iritabil, sindrom de intestin gros iritabil, sindrom de intestin mic iritabil, sindrom de intestin gros iritabil, sindrom de intestin mic iritabil, sindrom de intestin gros iritabil.

Produsul este disponibil în două variante: Astarte și Astarte Plus. Pentru mai multe informații, vizitați www.astarte.ro sau contactați-ne la info@astarte.ro.



„Dorim să finalizăm în acest an un ghid unitar, național, privind cancerurile ginecologice (cancerul de col uterin, cancerul ovarian, cancerul de endometru și cancerul mamar)”

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

Care sunt proiectele SOGR din acest an?

Am demarat proiectul care constă în câteva cursuri online care vor apărea pe diverse platforme internet. Un alt proiect constă în finalizarea împreună cu toate societățile medicale implicate în patologiile oncologice și de chirurgie oncologică din domeniul ginecologic, a ghidurilor de cancer ginecologic pentru a genera în final un singur ghid național pentru fiecare patologie: cancerul de col uterin, cancerul ovarian, cancerul de endometru și cancerul mamar. Deși avem ghidurile noastre, ale Societății de Obstetrică-Ginecologie, ne dorim ghiduri unitare, la nivel național și deja am finalizat ghidul de cancer de col uterin. Așteptăm să le finalizăm și pe celelalte, împreună cu societățile implicate și vom merge cu ele la Ministerul Sănătății. Aceste ghiduri sunt elaborate cu acordul medicilor ginecologi, al Societății de Obstetrică-Ginecologie și dorim să avem acordul la nivel național și din partea oncologilor, a radio-terapeuților, de la chirurgii oncologi și de la societățile medicale corespunzătoare acestor specialități. Am avut deja o primă întâlnire și urmează să finalizăm cât mai repede aceste ghiduri.

Aveți în vedere acțiuni de adaptarea activității la situația care a apărut ca urmare a pandemiei cu COVID - 19?

Noi am pregătit circuitele necesare în spitalul Elias pentru a putea primi cazuri suspecte de infectare cu COVID-19 și la un moment dat, dacă este necesar, putem primi inclusiv cazuri confirmate, deși pentru moment este o altă maternitate în București care va primi aceste cazuri. Este

vorba în special de gravide, dar pot fi și femei cu patologii ginecologice, altele decât sarcina – care este o stare fiziologică. Vin în urgență femeii care știu sau nu că au fost infectate cu COVID – 19 și în această situa-



ție suntem pregătiți cu circuitele necesare și echipamentele pentru a putea rezolva aceste cazuri, în cea mai bună siguranță pentru medici, personal și pentru pacientă.

În ce stadiu se află modificările pe care le-ați realizat pentru curriculumul examenului de rezidențiat?

Am finalizat noua curricula pentru cei care intră în rezidențiat, este deja aprobată și se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății. Rezidenții din anul I deja se pregătesc după această curricula. Este o curricula modernă, care ține cont de recomandările EBCOG (European Board College of Obstetrics and Gynecology). Am schimbat tematica și bibliografia examenului de specialitate în concordanță cu aceste recomandări.

Cum vedeți abordarea problemei mediatizării vaccinării anti-HPV?

Am avut campanii desfășurate la începutul anului, am generat și o campanie de conștientizare a cancerului de col uterin, care deocamdată este în standby din cauza pandemiei.

Ce proiecte aveți în acest an legate de abordarea temei infertilității?

O realizare importantă este faptul că am reușit să organizăm la începutul anului o întâlnire foarte importantă cu aproape toate clinicile de FIV, 99% dintre ele, pe tema fertilizării in vitro. Am discutat la ministerul sănătății și am oferit toate recomandările care stau la baza schimbării criteriilor necesare de includere în programul național FIV, recomandări care se află acum pe cale de legiferare și de implementare. Acestea urmăresc o mai rapidă accesibilitate a cuplurilor care intră în programul național de FIV. De asemenea, am reușit să creștem suma care se va acorda cuplului infertil pentru FIV.

Vă rog să ne spuneți câteva cuvinte despre dotarea cu tehnică din domeniul ultrasonografiei a maternităților din România în acest moment și posibilitatea ca acestea să se apropie de standardele europene?

Viața acestor aparate și ritmul în care ele se produc este destul de rapid. În această situație va trebui să ținem pasul cu ultimele generații din aceste tehnologii, dacă nu ultima generație, măcar penultima. În principiu această dotare există dar va necesita în scurt timp o reîmprospătare.

Vă mulțumim pentru timpul acordat.



MEDIST
Imaging

Screening The Future



Distributor
GE Healthcare



Voluson™ E8 RSA

HIGH-VOLUME PRACTICES

Voluson™ E10

EXTRAORDINARY VISION



Str. Ion Urdăreanu nr. 34
cod 050688, Sector 5
București, România
Tel: +40 21 410 70 26
Fax: +40 21 410 70 28
E-mail: imaging@medist.ro
www.medist-imaging.ro

București Cluj-Napoca Timișoara Iași

© companie MEDIST Group

Solutions

Life science

Imaging

„Anul acesta avem în plan să organizăm trei cursuri pe teme foarte importante: chirurgie robotică, endometrioză și uro-ginecologie”

Interviu realizat cu doamna Prof. Univ. Dr. Elvira Brătilă, Președintele Societății de Endometrioză și Infertilitate Est-Europeană, Președintele Societății Române de Uroginecologie, Șef Disciplină Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie „Prof. dr. Pannait Sârbu”, Președintele Comisiei de Obstetrică Ginecologie a Ministerului Sănătății

Stimată doamnă profesor, ce proiecte aveți în ceea ce privește pregătirea specialiștilor din acest an?

Anul acesta avem în plan să organizăm trei cursuri pe teme foarte importante: chirurgie robotică, endometrioză și uro-ginecologie.

Primul curs va fi de chirurgie robotică, la care l-am invitat pe dr. Thomas Hebert din Franța, un renumit ginecolog în chirurgia robotică. De ce a apărut necesitatea organizării unui curs de chirurgie robotică? Necesitatea organizării unui astfel de demers a apărut pentru că sunt din ce în ce mai mulți medici ginecologi dornici să învețe să opereze robotic. Probabil vor fi mai multe centre care își vor achiziționa roboți și în această situație accesul medicilor la chirurgia robotică va fi din ce în ce mai mare. Cursul va fi organizat cu o parte teoretică și o parte practică și se va desfășura pe durata a două zile. În prima zi se va pune accent pe locul chirurgiei robotice în oncologia ginecologică iar în a doua zi, medicii împărțiți în două grupe vor avea ocazia să lucreze cu robotul atât pe simulator cât și pe pelvitruainer. Practic, în aceste două zile am inclus ceea ce se poate face la cursul de chirurgie robotică în străinătate în cadrul cursului de începători și medii. Tot ceea ce va fi pe partea de teorie și practică cuprinde exact curricula inclusă în cursurile europene pentru începători și medii în chirurgia robotică.



De asemenea, sunt director de curs la masterclass-ul de endometrioză organizat sub egida European Endometriosis League, organizație etalon în Europa, care m-a mandatat să organizez acest masterclas în România. Acest curs va cuprinde tot ceea ce putem spune din punct de vedere teoretic despre endometrioză de la etiopatogenie până la tratament, precum și date despre evoluția domeniului și viitorul tratamentului endometriozei. Cursul va avea și o parte practică în care cursanții pot să participe la intervenții complexe de endometrioză profundă, de endometrioză intestinală, cei prezenți îmbunătățindu-și cunoștințele

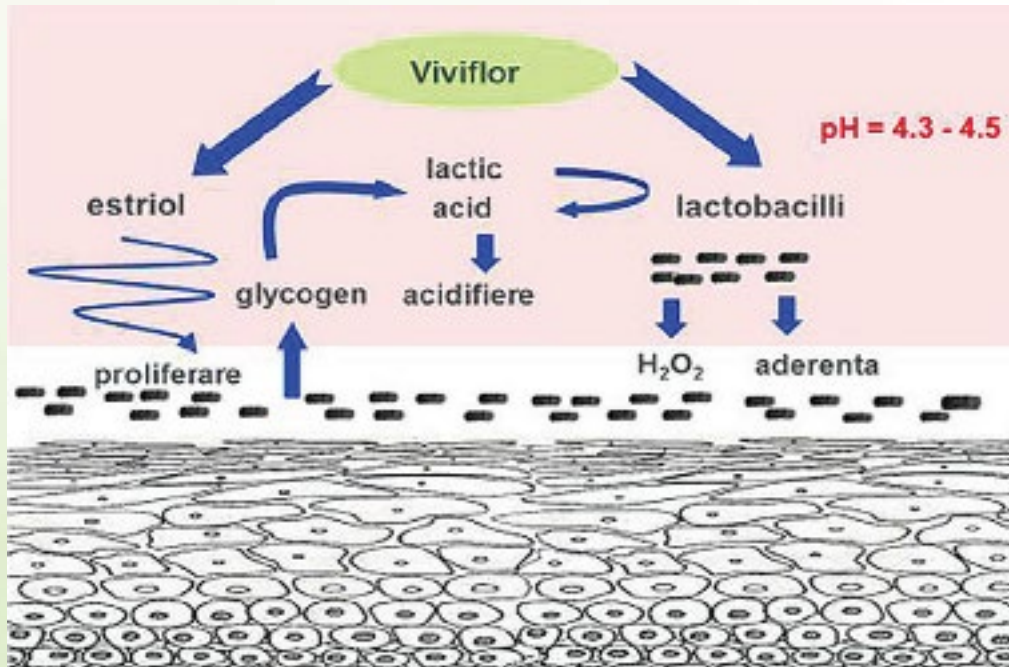
practice în ceea ce privește abordul endometriozei profunde. Intervențiile vor fi toate minim-invazive pentru că avantajele pe care ți le oferă tehnologia minim-invazivă, laparoscopică sau robotică, sunt net superioare. Nu se mai poate spune la ora actuală că se operează endometrioza clasic, fie că este profundă sau în forme avansate și cazuri complexe. În momentul în care nu poți să realizezi o intervenție minim-invazivă în cazul endometriozei, cel mai bine este să faci recomandarea pacientei către un alt specialist, pentru că nu vei obține un rezultat mai bun dacă insiști să o tratezi clasic și riști să nu realizezi excizia tuturor leziunilor de endometrioză. Formele complexe de endometrioză profundă trebuie tratate de experți în acest domeniu, experți care să aibă nu numai capacitatea chirurgicală de a trata endometrioza profundă ci să aibă și cunoștințele despre ceea ce înseamnă infertilitate și tratamentul infertilității, pentru că această patologie apare la femeile tinere și dacă nu o tratezi prin prisma cunoștințelor de infertilitate în așa fel încât să îi prezervi și să îi îmbunătățești fertilitatea prin actul tău chirurgical, mai bine o trimiți la cel care are cunoștințe în toate aceste domenii.

De asemenea, pe parcursul acestui an vom organiza manifestări pe specialitatea uro-ginecologie, care este un domeniu într-o dinamică continuă, privind tratamentul tulburărilor de statică pelvică atât prin metode ne-

VIVIFLOR

100 MIL/ CFU Lactobacillus Acidophilus KS 400 și 0,03 mg Estriol

- Unica combinație cu acțiune duală și compensatorie
- Reface și menține sănătatea ecosistemului vaginal



- Refacerea florei și a epiteliului vaginal cu Lactobacillus acidophilus și Estriol, după tratament topic sau sistemic cu chimioterapice antibacteriene.
- Tratamentul atrofiei vaginale determinate de deficitul de estrogeni pre-și postmenopauză, asociat sau nu tratamentului de substituție hormonală.
- Afecțiuni vaginale ușoare până la moderate de etiologie neprecizată, vaginite bacteriene și candidozice în cazul în care tratamentul antiinfecțios nu este absolut necesar.

invazive cât și prin metode invazive, chirurgicale. Vom dezvolta domeniul, așa cum am făcut și anul trecut, și vom aduce în discuție metodele neinvazive de tratament al tulburărilor de statică pelvică, atât a modificărilor anatomice cât și a modificărilor funcționale.

Anul trecut am organizat primul curs de chirurgie estetică ginecologică și ca urmare a acestuia, colegii noștri ginecologi au fost foarte receptivi astfel încât, deja anul acesta a avut loc un curs de referință la Constanța. Lector la curs a fost colega mea, alături de care am dezvoltat acest domeniu în România, dr. Diana Mihai, care a vorbit despre tratamentul cu PRP (Platelet Rich Plasma). La curs au participat 11 medici, cursul a avut atât o parte teoretică și demonstrații practice despre utilizarea PRP-ului în tratamentul tulburărilor de statică pelvică și în patologia vulvo-vaginală.

Tot anul acesta vom avea o sesiune românească la Congresul European de Estetică Ginecologică, sesiune pe care o voi prezida. Am onoarea să țin un speech de deschidere al acestui congres, intitulat foarte frumos "De la ginecologia clasică la cosmetica ginecologică". Acest lucru demonstrează recunoașterea specialiștilor români în domeniul chirurgiei estetice și al reconstituirii ginecologice.

Nu trebuie să uităm evenimentul – Cel de-al 3-lea Congres de Endometrioză al "Societății Est-Europene de Endometrioză și Infertilitate" desfășurat împreună cu Congresul de HPV, congres la care, așa cum v-am obișnuit, vom avea curs pre-congres precum și intervenții live ale unor specialiști din străinătate, din Germania, Franța, în ceea ce privește abordul terapeutic medical și chirurgical în endometrioză.

Legat de uroginecologie vă rog să-mi spuneți dacă uroginecologia implică mai mult specialitatea de urologie sau cea de ginecologie?

Numele de uro-ginecologie provine de la faptul că implică patologii atât ale tractului urinar cât și ale tractului genital, dar așa cum înțelege ginecologul patologia uro-ginecologică nu o să o poată înțelege urologul.

Societatea de Uro-Ginecologie a fost înființată de profesorul Petre Brătilă și profesorul Dan Alexandrescu.

În acest context vă rog să-mi spuneți dacă există o legătură între atrofia vaginală și incontinența urinară?

Bineînțeles că există o legătură, pentru că estrogeni există atât la nivelul mucoasei vaginale, la nivelul uretrei dar și la nivelul mucoasei vezicale și sunt simptome urinare care pot fi determinate de privarea de estrogeni care apare în menopauză și există metode, tratamentul cu estrogeni și topice locale precum și alte metode, pe care le-am prezentat la cursul de cosmetică ginecologică pre-congres, la Congresul de Uro-Ginecologie de anul trecut. Cosmetica ginecologică nu înseamnă numai partea cosmetică a tractului uro-genital, înseamnă practic tratamente care își găsesc locul în patologii uro-vaginale la care nu ai disponibile alte tratamente, de exemplu: distrofia vulvară cronică, lichenul vulvar, atrofia vaginală – în aceste condiții tratamentul cu PRP (Platelet Rich Plasma) este extrem de eficient. De asemenea, există tratamentul cu laser, în cazul atrofiei vaginale, care combinat cu tratamente topice locale dă rezultate foarte bune. Aceste tratamente îmbunătățesc foarte mult simptomatologia genito-urinară care apare la menopauză.

Incontinența urinară poate să apară și la persoane tinere, fiind determinată de anumite defecte anatomice, ale fasciilor și ligamentelor precum și ale afectării sfincterului uretral, leziuni care pot să apară datorită traumatismului obstetrical. Poate să apară incontinență urinară și la menopauză, fără să fie asociată cu un defect anatomic. Formele ușoare de incontinență se pot trata non-invaziv cu laser sau cu PRP.

Uroginecologia este complexă, include și tratamentul malformațiilor complexe utero-vaginale, pe care puținii știu să le rezolve. Malformațiile complexe utero-vaginale sunt cele care implică uterul, colul sau vaginul. Cel mai greu de tratat sunt cele care implică vaginul și colul, adică pacienta nu are colul permeabil, nu are vagin.

În această situație trebuie realizată o operație reconstructivă care presupune cunoștințe foarte stabile și bine consolidate de chirurgie pelvică, de uro-ginecologie. Am introdus acest lucru în curricula nouă de uro-ginecologie. Competența de uro-ginecologie trebuie neapărat să includă și tratamentul acestor malformații complexe utero-vaginale.

Câți cursanți vor participa la fiecare curs?

La masterclass-ul de endometrioză nu avem voie să avem mai mult de 15 cursanți, fiind un curs cu demonstrații practice. După centrul de endometrioză de la Bordeaux, suntem al 2-lea centru care am fost "fully booked" pentru acest curs.

Cum sunt admiși cursanți care vor participa la fiecare curs?

Cursanții au trimis un CV în care trebuiau să pună în evidență preocuparea lor în diagnosticarea și tratamentul endometriozei. În baza acestui CV ei au fost acceptați la curs. Cursul este foarte bine consolidat astfel încât cei care doresc să facă cursul trebuie să aibă aplecare pentru această patologie și cunoștințele pe care le dobândesc la acest curs le vor duce mai departe. Așa este și cursul de robotică, va avea un număr maxim de 15 cursanți, având și o parte practică, pentru că dorim ca cei care vin la curs să poată să reproducă cunoștințele dobândite, să înțeleagă ce înseamnă chirurgie robotică și dacă au posibilitatea să o practice, să înceapă să o practice. La acest curs, cursanții vor face toate manevrele pe care le face de obicei un cursant în cursul de pregătire înainte de a începe chirurgia robotică. Cursul va fi mai bine organizat în sensul că va dobândi o bază teoretică foarte complexă, care va include toată patologia oncologică ginecologică și modul de abordare prin chirurgie robotică. Cursanții vin din toată țara iar la masterclass vin și din alte țări. După curs se va obține un atestat.

Vă mulțumesc pentru timpul acordat și vă urez succes în continuare!



remifemin®

Natural de bine,
fără hormoni!

www.remifemin.ro

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



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

Grad A de recomandare.

Trombofiliiile – dificultăți de diagnostic și tratament

Trombofiliiile dobândite sunt o cauză importantă de tromboembolism matern și sunt asociate cu risc crescut de efecte adverse în trimestrele 2 și 3, precum și de moarte fetală în utero în al treilea trimestru, decolări de placenta normal inserată, restricție de creștere intrauterină, preeclampsie precoce. Cele mai frecvente sunt formele hemozigote sau heterozigote pentru factorul V Leiden și mutația pentru protrombina G20210A. Deficiențele autosomal dominante pentru proteina C și S sunt cu potențial trombogenic similar, dar mult mai rare. Mutația homozigotă pentru inhibitorul activator al plasminogenului de forma 4G/4G și varianta termolabilă a genei metilentetrahidrofolat reductazei, sunt cauze de hiperhomocisteinemie, care, deși relativ frecvente, conferă un risc scăzut de tromboză. Aceste paciente necesită heparinoterapie pe tot parcursul sarcinii și necesită anticoagulare cel puțin 6 săptămâni postpartum. La pacientele cu risc scăzut trombotic, fără o istorie de tromboembolism venos sau alți factori de risc pentru tromboza venoasă, anticoagularea antepartum nu este necesară.



Profesor univ. dr.
Mircea Onofriescu

Clinica I OG, UMF, Gr. T. Popa, Iasi.
Spitalul Clinic de OG „Cuza Voda”, Iasi, e-mail:
mirceaonofriescu@yahoo.com

Trombofiliiile rare includ deficiențele autosomal dominante de antitrombină, proteina C-PC și proteina S-PS. Principala trombofilie dobândită este sindromul antifosfolipidic. În cursul sarcinii, potențialele trombogene materne cresc. Deși, apar la 15% din populația caucaziană, acestea sunt responsabile de peste jumătate din accidentele tromboembolice și cresc de 5 ori riscul de moarte fetală în utero, întârziere de creștere intrauterină, decolarea de placenta normal inserată, preeclampsie

severă. Există discuții contradictorii între asocierea trombofiliiilor cu avortul spontan înainte de 10 săptămâni.

Motivația subiectului

1. S-a constatat o creștere mare a cererii pentru testarea trombofiliei ereditare, fără ca aceste teste să ajute decizia terapeutică.
2. Sunt laboratoare care testează deja o serie de polimorfisme genetice, a căror implicare în etiologia trombozei este încă incertă (ex. PAI)
3. Nu sunt respectate indicațiile ghidurilor naționale și nici a ghidurilor internaționale cu privire la cazurile la care este necesară explorarea trombofiliei.
4. S-a adunat suficientă experiență clinică în legătura cu anticoagularea de lungă durată în sarcină, în mod special al rezolvării nașterii fără incidente sau accidente.
5. Testele de laborator cantitative pentru trombofilia ereditară făcute în timpul sarcinii nu au nici o valoare (sarcina modifică coagularea).

6. Rezolvarea nașterii exclusiv prin cezariană în situația gravidei cu trombofilie, se consideră un abuz de indicație. Sunt necesare precizări la nivel de societate profesională.

Modificările de sarcină în hemostază și fibrinoliză

Sarcina crește valorile fibrinogenului, factorului II, VII, VIII, X, XII cu 20-200% în timp ce valorile factorului V și IX rămân neschimbate. Nivelele endogene de anticoagulare cresc foarte puțin, sau rămân constante-AT și PC sau scad -PS. În plus, PAI-I crește de 3 ore în sarcină.

Mutația factorului V

Este prezentă în 5-9% din rasa albă, rară în Asia și Africa. Este moștenită primar într-o formă autosomal-dominantă. Mutația heterozigotă este

Fraxiparine

100 mg/ml



Flacon 5 ml - multidoză

Fraxiparine 0,4 ml



Fraxiparine 0,6 ml



Fraxiparine 0,8 ml



siringi preumplute

Medicamentul este un preparat steril pe bază de apă pentru injecții, în doză unică, produs în condiții de bună practică farmaceutică în conformitate cu GMP. Conținutul este destinat utilizării imediate și nu trebuie păstrat după utilizare. Conținutul este destinat utilizării imediate și nu trebuie păstrat după utilizare. Fraxiparine este un medicament care trebuie utilizat cu precauție în cazul pacienților cu insuficiență renală sau hepatică. Fraxiparine este un medicament care trebuie utilizat cu precauție în cazul pacienților cu insuficiență renală sau hepatică. Fraxiparine este un medicament care trebuie utilizat cu precauție în cazul pacienților cu insuficiență renală sau hepatică.

Medicamentul este un preparat steril pe bază de apă pentru injecții, în doză unică, produs în condiții de bună practică farmaceutică în conformitate cu GMP. Conținutul este destinat utilizării imediate și nu trebuie păstrat după utilizare. Conținutul este destinat utilizării imediate și nu trebuie păstrat după utilizare. Fraxiparine este un medicament care trebuie utilizat cu precauție în cazul pacienților cu insuficiență renală sau hepatică.

Aspen Pharma este o companie care produce medicamente pentru utilizarea în practica medicală. Pentru mai multe informații, vă rugăm să vizitați site-ul nostru web sau să contactați departamentul nostru de servicii clienți. Adresa noastră este: Aspen Pharma, Calea București 10, București, România. Telefon: +40 21 310 10 10. E-mail: info@aspenpharma.ro



prezentă în 20-40% din cazuri la femeile negravidă cu boală tromboembolică. Homozigotia, deși rară, crește riscul de tromboembolism de 100 de ori.

Scăderile PS în sarcină cresc efectele protrombotice ale factorului V. Proportia evenimentelor tromboembolice la gravide datorate factorului V este de 40%, riscul actual tromboembolic din cauza manifestărilor reduse ale tromboembolismului este de 0,2%. Nu există o asociere între mutația factorului V și avortul înainte de 10 săptămâni, studiile susțin însă acest lucru, împreună cu întârzierea de creștere intrauterină, decolarea de placenta normal inserată sau preeclampsii severe.

Mutația protrombinei

Mutația heterozigotă este a genei G20210A în 2-3% din rasa albă cu creșterea de până la 200% a nivelului circulant de protrombină. Apare la 17% din cazurile de tromboembolism în sarcină, riscul de cheaguri actual la pacientele purtătoare asimetrice este de 0,5%. Se asociază cu preeclampsie severă, întârzierea de creștere intrauterină, decolarea de placenta normal inserată. Nu s-a găsit o legătură între aceasta și avorturile de prim trimestru. Homozigotia conferă un risc de tromboză similar cu cel din homozigotia din factorul V Leiden.

Mutația 4G/4G PAI-1

Gena activatoare conține 2 alele 4G sau 5G în regiune. Alele 4G sunt prea mici pentru a permite legarea proteinelor supresoare, așadar indivizii homozigoți 4G/4G au un risc de 4-5 ori mai crescut al nivelului circulant de PAI-1. Este o afecțiune relativ comună cu un risc modest de tromboembolism, pierderi de sarcină, IUGR, preeclampsie și naștere prematură.

Deficitul de antitrombină

Deficitul antitrombinic AT III, este cea mai trombogenică trombofilie dobândită cu un risc crescut de alungul vieții de 70-90% de tromboembolism.

Se moștenește autosomal-dominant. Există 2 tipuri: tipul I, mai frecvent, reducerea activității proteinei antigenice și a nivelurilor sale, tipul II nivel antigenic normal, dar activitate scăzută. Tipul II este clasificat și în funcție de sediul mutației. Prevalența este scăzută 1/1000-5000, prezentă la 1% din cazurile de tromboembolism. Riscul trombozei la pacientele afectate este de 60% în sarcină și 33% în afara ei, în puerperalitate.

Deficitul de proteină C și de proteină S

Apar numeroase mutații: în tipul I, atât nivelul imunoreactiv cât și funcțional al PC activate sunt reduse, în tipul II - nivelul imunoreactiv normal, activitatea cofactorului APC redusă și în tipul III nivel total imunoreactiv normal, nivel liber imunoreactiv scăzut. Prevalența deficitului de PC și PS este de 0,2-0,5%, moștenirea se face autosomal-dominant. Riscurile în sarcină sunt modeste, 5-20%. Apar aceleași complicații citate anterior.

Hiperhomocisteinemia

Nivelul circulant normal este de 6-16 micromoli/l. Poate fi exacerbată de deficitul de vitamina B6, B12, acid folic. Poate fi măsurată calcul prin cromografie gazoasă sau mass spectrofotometrie, măsurarea valorilor a jeun: 1) severă >100 micromoli/l, 2) moderată 25-100 micromoli/l, 3) ușoară 16-24 micromoli/l. Umplerea vasculară cu metionină poate crește sensibilitatea testului.

Formele severe apar dintr-o transmitere autosomal-recesivă cu o deficiență a cistationinei, beta sintetazei sau metilentetrahidrofolat reductazei-MTHFR - prevalența 1/200000 cazuri. Hiperhomocisteinemie severă asociază anomalii neurologice, ateroscleroză și tromboembolism recurent. Formele ușoare și moderate se asociază cu transmitere autosomal-dominantă a aceluiași mutații, în special 667C-T MTHFR - mutație termolabilă. În 26% din cazuri se asociază cu decolare de placenta normal inserată și avorturi spontane înainte de 16 săptămâni de gestație.

Când se indică probele de laborator pentru trombofilie ereditară:

a) Suspiciune clinică

1. Debut de tromboflebită la vârstă tânără sub 50 ani (sub 45 ani la francezi)
2. Tromboze venoase cu localizări atipice
3. Tromboze venoase recurente
4. Absența factorilor de risc dobândiți
5. Prezența antecedentelor familiale flebitice
6. Eșec reproductiv (eșec de fertilizare in vitro)

b) Diagnosticul de laborator include:

1. Testul de rezistență la proteina C activată
2. Teste specifice: imunologice, biologice, genetice

c. Nu se justifică explorarea sistematică la gravide a factorilor de risc pentru boala tromboembolică venoasă, decât dacă la interogatoriu există un istoric personal sau familial documentat

d. Pentru gravidele cu avorturi recurente înainte de 10 săptămâni de gestație se recomandă screening pentru sindromul antifosfolipidic (SAFL).

e. Pentru gravidele cu istoric de complicații obstetricale nu se recomandă screening pentru trombofilie.

Trombofilia ereditară

Reprezintă un factor de risc important pentru tromboză venoasă profundă (TEV), poate fi singurul factor de risc prezent sau se poate asocia cu unul sau mai mulți factori convenționali.

- Riscul de tromboză venoasă este:
- a. Diferit în funcție de tipul trombofiliei
 - b. Este potențat în caz de asociere a acestor factori
 - c. Este amplificat de prezența factorilor dobândiți cu acțiune protrombotică

Biolectra®

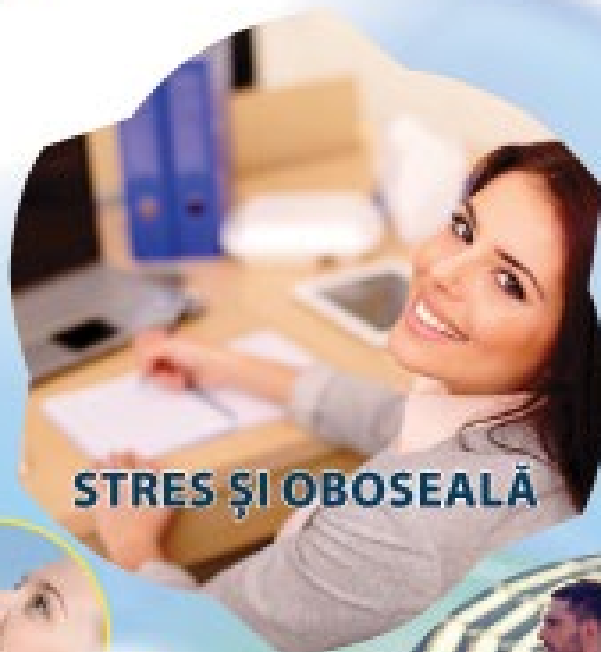
MAGNESIUM 300_{mg}

MAGNEZIU DE CALITATE GERMANA

Biodisponibilitate
maximă cu o singură
administrare pe zi

VEDRA
LABORATOR

a ales pentru Duminăvoastră...



STRES ȘI OBOSEALĂ

AROMĂ DE
LĂMÂIE



AROMĂ DE
PORTOCALĂ



**CRAMPE
MUSCULARE**



SARCINĂ*



**AFECȚIUNI
CARDIO-
VASCULARE***

* Conform indicațiilor medicului curant

www.biolectra.ro

Principalele tipuri de trombofilii ereditare sunt:

Nr. Crt	Factor trombofilic	Prevalența în populație	Rata riscului
1	Factorul V Leiden	5%	5-7
2	Mutația genei G 20210A (mutația factorului II)	2%	2-3
3	Deficitul de AT	0,04%	15-20
4	Deficit de proteina C	0,3%	15-20
5	Deficit de proteina S	0,3%	15-20
6	Trombofilii câștigate	1-5,6%	3-10
7	Hiperhomocisteinemia	11%	13.1-26.7

Prezența a 2 factori trombofilici crește riscul de tromboză de 3 ori

Recomandările de prevenție a tromboembolismului venos (TEV) în sarcina asociată cu trombofilie

- Ghidul American pune istoricul personal și familial de TVP ca element de bază în managementul acestor pacienți.
- Ideal anticoagularea se inițiază în trimestrul I pentru că riscul de TVP crește de la început în sarcină
- Anticoagularea trebuie oprită la începutul travaliului sau înainte de cezariana programată
- Deoarece riscul de TVP este mai crescut postpartum decât antepartum, postpartum anticoagularea este mai agresivă.
- Se poate indica postpartum și când antepartum nu s-a administrat
- Postpartum heparina se începe la 4+6 ore în cazul nașterii naturale sau la 6-12 ore după cezariană, în cazul sângerărilor normale postpartum.
- Warfarina poate fi începută imediat după naștere, pentru că îi trebuie câteva zile să atingă ținta terapeutică.

Se va face tromboprofilaxie în sarcină la:

- Purtătorii homozigoți de Factor V Leiden sau a mutației protrombinei (indiferent de istoric familial)
- Ceilalți factori trombofilici cu istoric familial de TVP. Riscul trombotic în sarcina cu trombofilie și istoric fa-

miliar începe chiar din primul trimestru. Profilaxie cu HGMM se face pe o lungă perioadă de timp.

Recomandările sunt în funcție de antecedentele familiale sau personale pozitive de TVP.

A. Factorul V Leiden homozigot sau Factorul II homozigot

1. Istoric familial de tromboză venoasă profundă (TVP)

Antecedente personale de TVP:

- antepartum:** profilaxie cu doze profilactice sau intermediare de heparină cu greutate moleculară mică (LMWH)
- postpartum:** profilaxie 6 săptămâni – doze profilactice de LMWH sau anticoagulante orale ACO - doze profilactice, intermediare, cu ținta terapeutică (INR 2-3)

2. Istoric familial de tromboembolism venos (TEV)

Antecedente personale de TEV

- antepartum – monitorizare clinică
- postpartum: profilaxie 6 săptămâni – doze profilactice LMWH sau ACO- doze profilactice, intermediare, cu ținta terapeutică (INR 2-3)

B. Toate celelalte trombofilii:

1. Istoric familial de TEV

Antecedente personale de TEV

- antepartum – monitorizare clinică vigilentă
- postpartum – profilaxie cu LMWH – doze profilactice sau ACO - doze profilactice, intermediare, cu ținta terapeutică (INR 2-3)

2. Istoric familial de TEV

Antecedente persoanele de TEV

- antepartum - monitorizare clinică vigilentă
- postpartum - monitorizare clinică vigilentă

C. Pentru gravidele cu TEV acută, anticoagularea trebuie continuată cel puțin 6 săptămâni postpartum (durata terapiei trebuie să fie minim 3 luni). Se recomandă întreruperea tratamentului cu LMWH cu 24 ore înainte de inducerea nașterii naturale sau a cezarienei.

D. Gravidă cu antecedente personale de TVP. Se recomandă profilaxie postpartum cu LMWH în doze profilactice sau intermediare sau ACO cu INR între 2 și 3 pentru 6 săptămâni.

E. Gravidă cu un singur episod de TVP în antecedente plus factori de risc temporari sau convenționali

care nu sunt în relație cu sarcina sau consumul de estrogeni. Se recomandă antepartum monitorizare clinică.

F. Gravidă cu TVP în antecedente și factori de risc moderați sau înalți dar fără ACO de lungă durată se recomandă ca antepartum să utilizeze LMWH în doză profilactică sau intermediară.

Monitorizarea tratamentului anticoagulant cu LMWH prin determinarea de anti-X- a

- Normal: anti X-a=0 sau nedetectabil
- Evaluarea anti- X-a se face la 4 ore după a – II-a sau a – III-a administrare de LMWH.
- Ținte terapeutice: Nivel anti X a – 0,5 – 1,1 μ/ml în caz de 2 administrări /24 ore sau 1-2 μ/ml în caz de 1 administrare/24h.

Trombofilia și complicațiile obstetricale

Există ipoteza că trombofilia crește riscul de tromboză la interfața materno-placentară (flux lent), determinând complicații ale sarcinii mediate placentară, de tipul:

- Avort de trimestru I. Nu există dovezi până acum că avortul în trimestrul I are vreo legătură cu trombofilia ereditară. Este doar o presupunere. Studiile arată că tratamentul anticoagulant în trimestrul I nu are nici un efect. Majoritatea avorturilor de prim trimestru se datorează defectelor genetice ale embrionului.
- Sarcina mai mare de trimestrul I oprită în evoluție. Literatura prezintă date contradictorii. Unele studii prospective nu găsesc o relație între trombofilia ereditară și pierderile fetale precoce sau târzii, dar altele au raportat asocierea trombofiliei ereditare în mod particular pentru moartea intrauterină tardivă. Nu se face anticoagulare profilactică pentru a ajunge o sarcină la termen în majoritatea situațiilor.
- Preeclampsia, întârzierea de creștere intrauterină, decolarea de placentă normal inserată, infertilitate (eșec de implantare); studiile nu dovedesc o asociere între trombofilia ereditară și aceste complicații, deci nu se justifică anticoagularea pentru a le preveni.

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

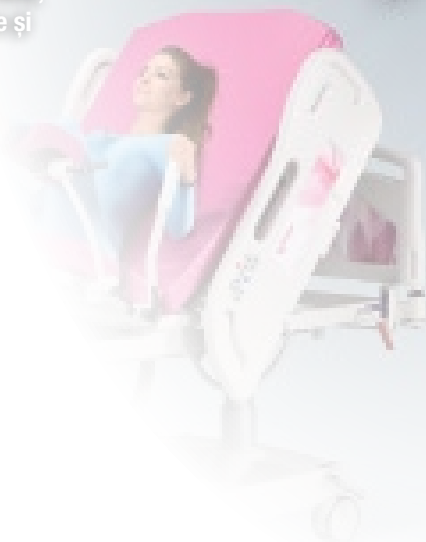
Scaun ginecologic FG-04 cu acționare electrică, fabricat din materiale care au proprietăți antimicrobiene / antibacteriene. Gama largă de accesorii permite utilizatorului să configureze versiunea optimă a scaunului



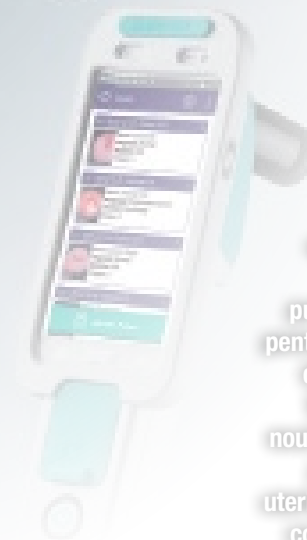
Lampa de examinare telescopică Astralite® HD-LED, stand mobil cu înălțime reglabilă, cu două opțiuni disponibile pentru intensitatea luminii: 70.000 Lux și 100.000 Lux



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



EVA COLPO, videocolposcop mobil, ușor de utilizat, cu sursă de lumină și obiectiv puternic de mărire. Soluția pentru depistarea cancerului de col uterin și nu numai. Sistemul EVA deschide o nouă viziune a telemedicinei pentru sănătatea colului uterin. Aplicație care permite consultarea de la distanță, urmărirea pacienților și coordonarea recomandărilor.



Principii generale ale evaluării ecografice transperineale din travaliu

Ecografia a devenit o metodă complementară de maximă importanță în toate domeniile specialității de obstetrică și ginecologie. Unele specializări, precum medicina fetală nici nu ar fi apărut în absența acestei investigații. Evident, palparea a pierdut mult teren în favoarea imagisticii: estimăm imagistic anomaliile morfologice fetale, precum și riscul de afecțiuni genetice, ne bazăm mai mult pe imagistică în evaluarea screening sau diagnostică a leziunilor mamare și ale organelor genitale interne.



Dr. Dominic Iliescu

Conferențiar universitar,
UMF Craiova



Dr. Laurențiu Dîră

Medic rezident,
doctorand UMF Craiova

Cu toate acestea, aparent travaliul a rămas o enclavă eminentă clinică din punct de vedere al evaluării și managementului. Problema acestor investigații clinice din travaliu, prin care se determină poziția și progresia fătului și anatomia pelvisului matern este aceea că sunt metode de evaluare „în orb”, spre diferență de evaluările imagistice care ne-au „transparentizat” peretele abdominal și uterin. Astfel, evaluările imagistice au făcut totul măsurabil, obiectiv, cu înalt grad de certitudine, și nu subiectiv sau dependent de experiență, așa cum sunt grevate determinările clinice.

Este adevărat, nu vorbim despre descrieri morfologice fetale în travaliu. Totuși, imaginile din tratatele de obstetrică ne dau la o parte o mare parte din bazinul mamei, pentru a avea o idee cât mai bună de poziția fătului, sau modul optim de aplica un instrumente precum forcepsul sau ventuza obstetricală. Așadar, cu siguranță ne-ar fi de folos dacă am reuși să facem transparent bazinul matern în timpul travaliului. De ce este important? Pentru că imprecizia, ca în orice știință, mai ales dublată de subiectivism și lipsa de experiență, conduce la o pleiada de complicații ale travaliului, despre care știm că sunt cât se poate de reale,

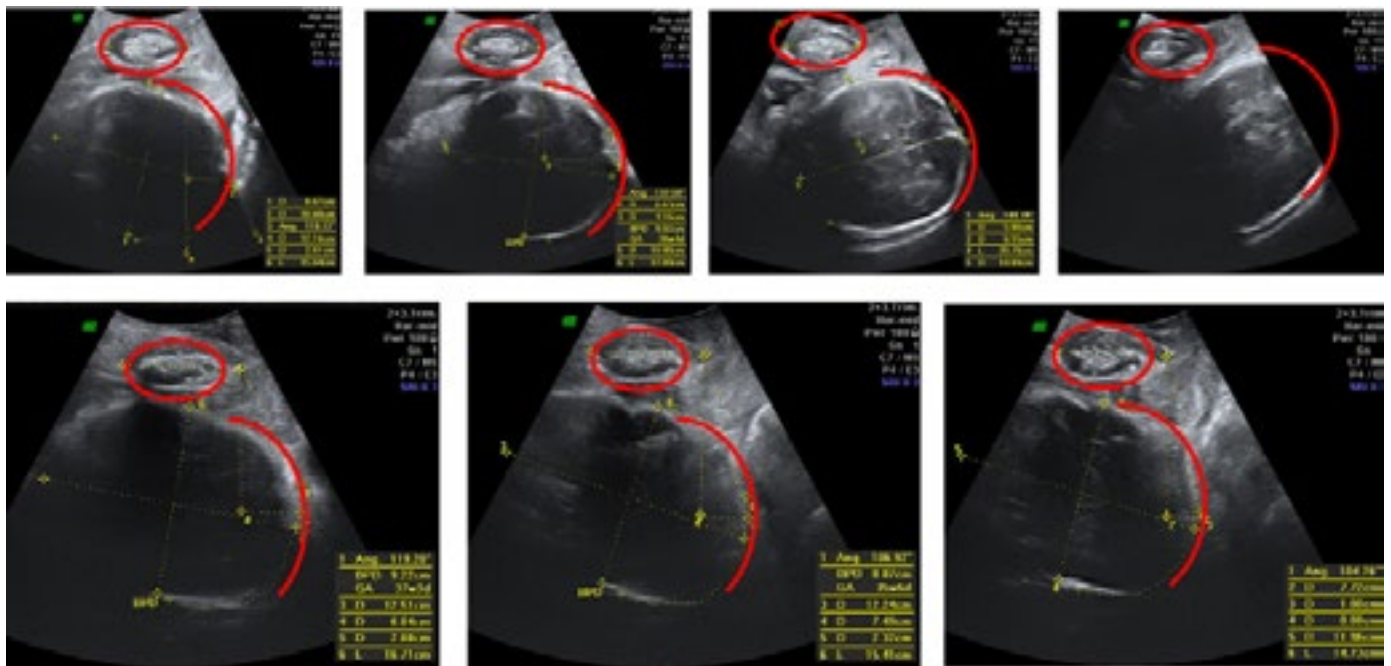


Figura 1. Estimarea în dinamică a progresiei craniului fetal în pelvis, în relație cu simfiza pubiană. Pe rândul de sus se poate observa cum prezentația - conturul caudal al craniului subliniat cu roșu coboară în relație cu simfiza pubiană, încercuită cu roșu. Pe rândul de jos se observă o lipsă de progresiune, cu o poziție staționară a craniului fetal în relație cu simfiza pubiană.

HEMFERUM 14 mg

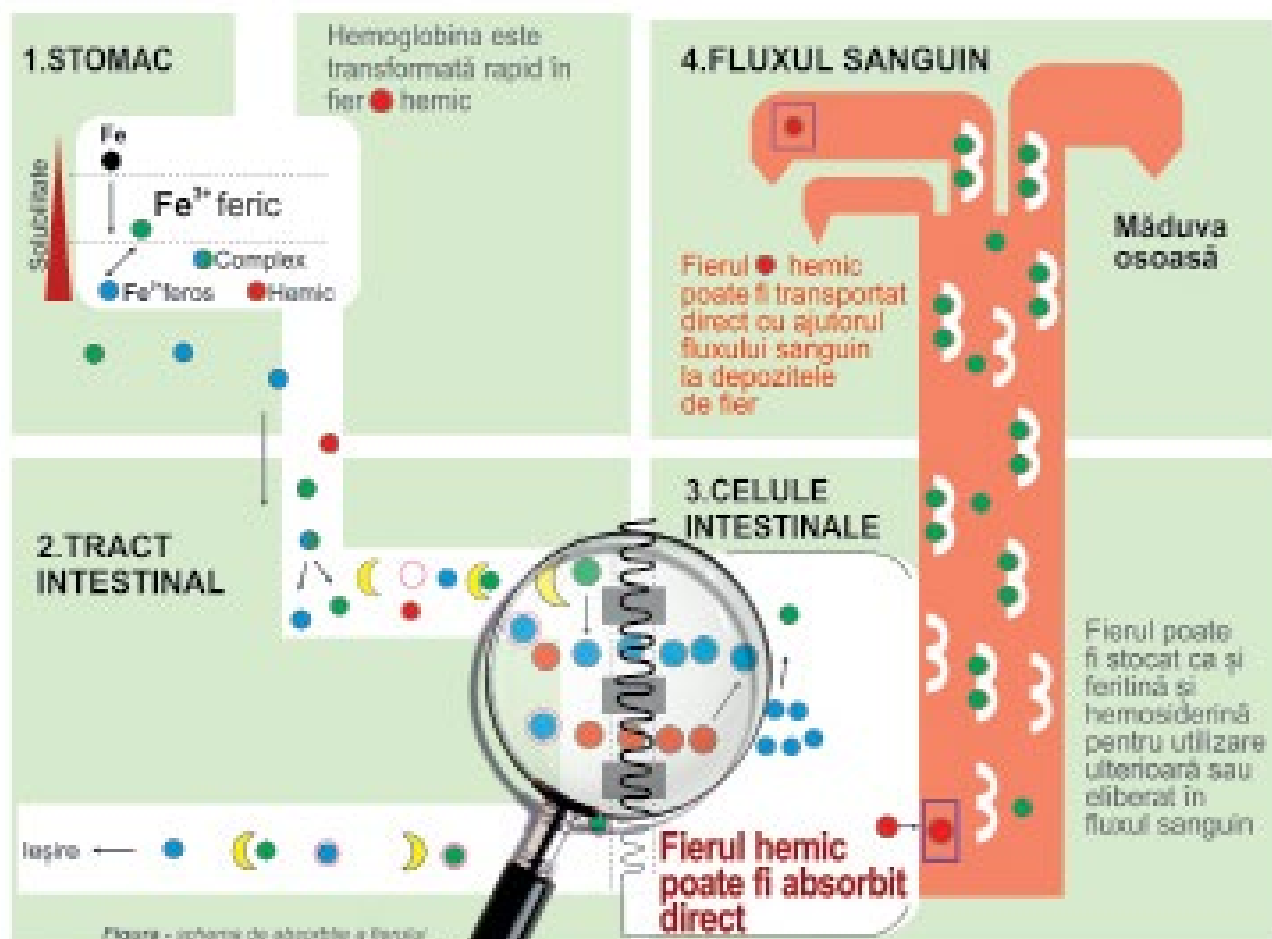
Combinăția fixă de 14 mg fier și 402 mg hemoglobină bovină

Prima formulă cu fier organic din România



Există 2 căi de absorbție a fierului la nivelul celulei intestinale¹:

- Fier anorganic - dependent de fitați, fosfați și vitamina C
- **Fier organic = fier hemic - absorbție directă**



1. Adaptat după material BauschHealth.

- Fier elemental
- Fier ferros
- Fier feric
- Fier hemic
- ☾ Amplificatori
- Inhibitori
- ☞ Transferină

HEMFERUM 14 mg

Eficacitate și siguranță într-un singur comprimat





Figura 2. Parametri prin care se poate cuantifica progresia craniului fetal. A: în relație cu perineul matern: distanța craniu – perineu; în relație cu bazinul osos (simfiza pubiană): unghiul de progresie (B), distanța de progresie (C).

unele dramatice ca aspect și implicații ulterioare și mult mai frecvent întâlnite față de cromozomopatii de exemplu, domeniu în care s-a investit enorm în ultimele decade în cercetare, în dezvoltarea de echipamente, softuri dedicate și training de imagistică adecvat pentru specialiști.

Nu ar trebui așadar să fim mirați sau reticenți la multitudinea de materiale – cercetări, articole, editoriale și chiar conferințe dedicate modului prin care putem pune ecografia în slujba îmbunătățirii prognosticului travaliului. Toate aceste cercetări nu încear-

că să modifice principiile de baza ale monitorizării travaliului, așadar țintele evaluării tradiționale rămân neschimbate, legate de poziția și coborârea craniului fetal prin bazinul matern, de estimarea unor elemente de conformație a bazinului. Mai specific, prin tehnica ecografică se poate estima cu precizie poziția craniului fetal, progresia și angajarea prezentației și rotația internă.

În Figura 1 se poate observa în două exemple din experiența clinică noastră cum explorarea ecografică transperineală, în plan longitudinal, poate să ne lămurească în dinamică dacă avem o progresie sau coborâre adecvată a craniului fetal în relație cu pelvisul matern.

Exemple de parametri folosiți pentru a cunatifica această coborâre sunt expuși în Figura 2. Practic, sunt măsurători liniare sau unghiulare între elemente ale craniului fetal și altele ale bazinului matern, osos sau moale (simfiza pubiană sau perineu). Optim, aceștia sunt folosiți prin evaluare în dinamică, le fel cum clinic, explorăm progresia travaliului în dinamică. Aceste măsurători ecografice pot fi convertite în valori ale sistemului de stații fetale, element cu care orice obstetrician este familiarizat. Implicit și momentul angajării poate fi estimate cu acuratețe superioară, după cum au demonstrat mai multe studii. Acest lucru este deosebit de important, mai ales în situații clinic dificile, precum prezența unor baze sero-sangvine voluminoase sau în cazul încăleccării oaselor craniului.

Obstetricienii nu ar trebui să aibă temeri cu privire la dificultatea acestei tehnici. Planurile sunt foarte ușor

obținute, iar timpul de examinare nu periclitează luarea unor decizii importante în timp util. Investigarea poziției și gradului de progresie al craniului durează sub 30 de secunde.

Curba de învățare pentru aceste determinări este rapidă, mai scurtă decât cea aferentă învățării tehnicii clinice. Iar acuratețea evaluărilor ecografice este superioară, indiferent de gradul profesional al examinatorilor.

Un aspect important este reproducibilitatea, care este foarte bună între examinatorii care folosesc această metodă, ecografică. Stim cu toții că frecvent se întâmplă ca determinările clinice aferente tușeului vaginal în travaliu pot să difere între clinicieni, așadar este important să avem o metodă precisă.

Un alt avantaj pe care îl aduce explorarea ecografică din travaliu este legat de faptul că, spre deosebire de tușeul vaginal, aceasta este o metodă de explorare neinvazivă. Acest aspect este important, deoarece reduce disconfortul parturientelor și nu implică ascensiune microbiană în vagin.

Direcțiile în care se poate dezvolta evaluarea ecografică transperineală din travaliu sunt multiple. S-a discutat și despre modul în care gravidele în travaliu ar putea beneficia de pe urma acestei metode, prin vizualizarea direct, pe ecranul ecografului, a modului în care se materializează efortul lor expulziv. Se cunoaște faptul că multe dintre ele împing ineficient în cursul efortului de screamă, prea scurt sau prea puțin timp. S-a demonstrat că acestea pot beneficia de explicațiile medicului sau moașei, combinate cu prezentarea pe ecran a rezultatului screamăului.

Este important ca obstetricienii să nu fie reticenți la această formă de evaluare. Această tehnică nu introduce concept noi despre mecanismul travaliului, nu schimbă percepția despre cum evoluează travaliul, ci reprezintă doar o metodă exactă de a-l monitoriza. Așadar, ecografia în travaliu este o metodă complementară evaluării clinice, utilă mai ales în cazurile dificile din punct de vedere clinic, și care nu ne îndeamnă să ignorăm sau să înlocuim principiile de monitorizare și management al travaliului, ci din contră, să le respectăm cu ajutorul unor parametri obținuți obiectiv.



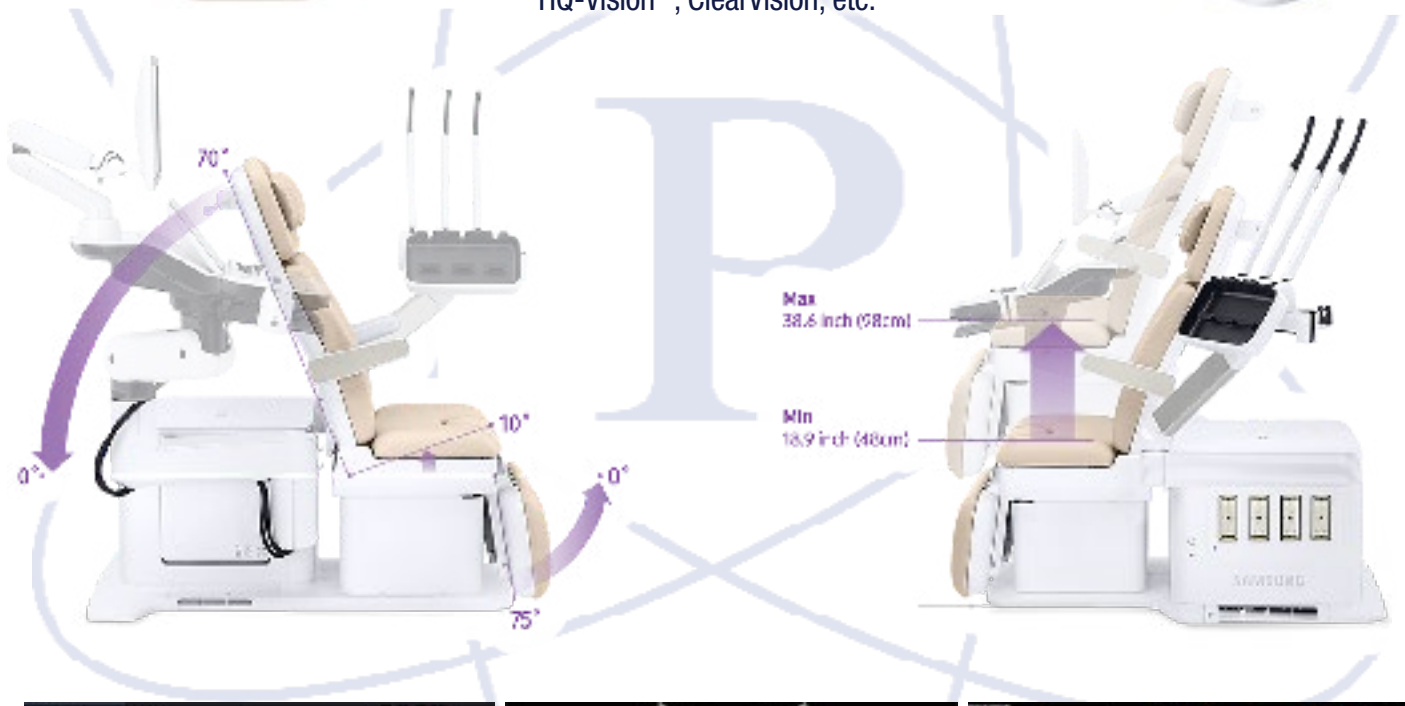
SAMSUNG MEDISON

ECOGRAF SAMSUNG HERA I10

Ecograf din gama premium cu scaun ginecologic și masă motorizată încorporate ce oferă un mediu de lucru mult mai confortabil.

Funcții și aplicații:

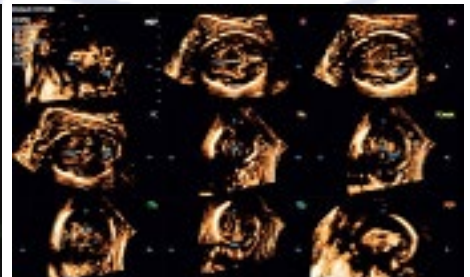
Crystal Architecture™, CrystalBeam™, CrystalLive™, S-Flow™, BiometryAssist™, Crystal Clear Cycle™, HDVI™2.0, ShadowHDR™, HQ-Vision™, ClearVision, etc.



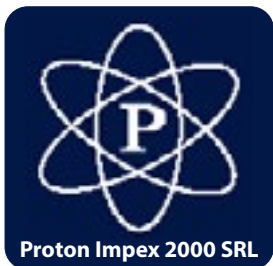
Funcție LaborAssist



Funcție LumiFlow



Funcție 5D CNS+™



În România prin:

63, Trilului Str. 030401 Bucharest

Tel/Fax: +40-21-224 5281

E-mail: office@proton.com.ro

www.proton.com.ro | www.ecografesamsung.ro

www.imagisticamedicala.ro | www.shimadzumedical.ro

Constipația la gravide: particularități clinico-terapeutice

Starea de graviditate se caracterizează prin multiple schimbări fiziologice, care inevitabil se asociază cu o diversitate de simptome dintre care cele mai frecvente sunt cele din sfera gastrointestinală, precum constipația, grețurile, pirozisul și prezența hemoroizilor complicați. Indiferent că s-au confruntat cu constipație în trecut sau au dezvoltat constipație pe parcursul sarcinii, între 35% și 39% dintre gravide sunt afectate de această manifestare în primul, respectiv în al doilea trimestru de sarcină (1). În cadrul celui de-al treilea trimestru de sarcină precum și în perioada postnatală, prevalența constipației ajunge la 20%, respectiv 17% din cazuri (2).



As. Univ. Dr. Oana Petrea

Semiologie Medicală
și Gastroenterologie, medic
specialist Gastroenterologie

Prof. Dr. Anca Trifan

Șef Lucrări Dr. Cătălin Sfarmi

Conf. Dr. Irina Gîrleanu

Prof. Dr. Carol Stanciu

Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie
Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgențe, „Sf.
Spiridon” Iași, Universitatea de Medicină și
Farmacie „Grigore. T. Popa” Iași

În termeni generali, definiția constipației la gravide nu diferă de cea din populația generală, aceasta reprezentând un sindrom clinic caracterizat printr-o serie de manifestări, precum senzația de evacuare incompletă, necesitatea depunerii unui efort suplimentar pentru realizarea defecației, alături de eliminarea unui număr redus de scaune (sub trei/săptămână), cu o consistență crescută.

Factori de risc

Este binecunoscut faptul că în populația generală, sexul feminin și vârsta înaintată sunt principalii factori de risc pentru dezvoltarea constipației cronice. De altfel, majoritatea factorilor de risc prezenți în popula-

ția generală sunt întâlniți și în cazul stării de graviditate. Preponderent însă, în sarcină, se pare că istoricul de constipație, dieta săracă în fibre vegetale, alimentele condimentate, sedentarismul, obezitatea, depresia, vârsta înaintată, istoricul de naștere prin cezariană și iminența de avort joacă un rol important în apariția constipației (3). Totodată, studiile din literatura de specialitate au demonstrat faptul că suplimentele cu preparate de fier și vitaminele prenatale pot fi răspunzătoare de constipația funcțională din sarcină (4).

Fiziopatologie

Constipația întâlnită în sarcină este în majoritatea cazurilor o constipație de tip funcțional. Mai rar, pot fi întâlnite cazuri de constipație secundară în contextul unor afecțiuni cum ar fi hipotiroidismul sau diabetul zaharat (5). Totodată, este importantă și excluderea cauzelor mecanice de constipație, atunci când acestea sunt suspectate (6).

Sarcina ca entitate în sine predispozează la apariția constipației printr-o serie de modificări anatomice și fiziologice asupra tractului gastrointestinal. Astfel, creșterea nivelului de progesteron și scăderea nivelului de motilină determină relaxarea musculaturii netede intestinale cu prelungirea timpului de tranzit al materiilor fecale. De asemenea, creșterea reabsorbției apei de la nivel intestinal determinate de concentrațiile ridicate de aldosteron induse de hormonii sexuali se asociază cu apariția constipației prin fenomenul de deshidratare al materiilor fecale (7).

Scăderea activității fizice odată cu avansarea sarcinii și creșterea gravidei în greutate contribuie la instalarea constipației. Totodată, o serie de suplimente pe bază de fier și/sau calciu au ca efect secundar constipația. Nu în ultimul rând, în cel de-al treilea trimestru de sarcină, uterul mărit în volum va încetini tranzitul intestinal prin exercitarea unui efect mecanic, de compresie directă (8,9).

Diagnostic clinic

Anamneza și examenul fizic rămân etape primordiale în evaluarea gravidei cu constipație. Prin intermediul unei anamneze riguroase se urmărește obținerea unor date legate de debutul constipației (anterior sau pe parcursul sarcinii), istoricul de intervenții chirurgicale sau de afecțiuni asociate cu constipație (diabet zaharat, hipotiroidism, hipercalcemie), aspectul și consistența scaunului (scala Bristol), frecvența scaunelor, senzația de evacuare incompletă, necesitatea efectuării unor manevre digitale de eliminare a scaunului, simptome asociate, precum meteorismul abdominal sau durerile abdominale, administrarea laxativelor, dietă (10).

Examenul clinic atât general, cât și local prin inspecția zonei perineale, completat de tușeul rectal, poate oferi informații prețioase legate de alte cauze asociate cu constipația, precum hemoroizii, fisurile anale și/sau disfuncții ale planșeului pelvin.

Evaluarea constipației în cazul pacientelor gravide se va efectua utilizând criteriile de diagnostic standard Roma

OptiFibre

Constipație? Balonare? Disconfort abdominal?

OptiFibre® conține 100% fibre solubile, cu efect prebiotic, care ajută la reglarea tranzitului intestinal.



Cui se recomandă OptiFibre®



Femei însărcinate sau care alăptează



Adulții și copiii cu vârstă peste 3 ani



Vârstnici

Zilnic	Măști de Lingoni de OptiFibre®				
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-11 ani	
	Măști	Fibre	Sare	Măști	Sare
1-3	1			1/2	
4-6	1		1	1/2	1/2
de la 7 ani	1	1	1	1	1
	Nu mai este sără			Nu mai este sără	

- Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 3 săptămâni, pentru un efect durabil.
- OptiFibre® are o toleranță foarte și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse.
- După ce începeți să luați OptiFibre® nu este necesar să utilizați suplimentar de lichide, cu în cazul altor produse pe bază de fibre.

Amestajele OptiFibre®



100% apă caldă



Apă caldă



Amestec ușor



Fără gluten

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

OptiFibre® nu conține gluten sau lactoză. Este un produs și de dietă pentru cei care suferă de diabet.

www.nestle.ro/healthcare/en.ro/optifibre



*Date obținute pe baza studiului Nestlé HealthScience - cercetarea privind efectele asupra tranzitului intestinal.

IV, utilizate și în cazul pacienților cu constipație cronică funcțională din populația generală, criteriile care și-au dovedit utilitatea în practica clinică ⁽¹¹⁾.

Aceste criterii trebuie să fie prezente în ultimele 3 luni, cu debutul simptomelor cu cel puțin 6 luni înaintea diagnosticului:

- Pacienții trebuie să îndeplinească cel puțin 2 din următoarele 6 criterii:
 - ▶ Efort prelungit, încordare în timpul a cel puțin 25% din defecații;
 - ▶ Scaune tari în timpul a cel puțin 25% din defecații;
 - ▶ Senzația de evacuare incompletă pentru cel puțin 25% din defecații;
 - ▶ Senzația de obstrucție ano-rectală
 - ▶ Manevre manuale de facilitare a evacuării scaunului (evacuare digitală, susținerea planșeului pelvin) a cel puțin 25% din defecații
 - ▶ <3 scaune/săptămână
- Evacuare dificilă a scaunelor în absența utilizării laxativelor
- Criterii insuficiente pentru diagnosticul de sindrom de intestin iritabil

Totuși, având în vedere faptul că aceste criterii de diagnostic nu sunt destinate strict gravidelor, mai multe studii au raportat utilizarea unor criterii simplificate cum ar fi: frecvența redusă a scaunelor (sub trei/săptămână), evacuarea de scaune dure, de consistență crescută, alături de un efort prelungit în realizarea defecației ⁽¹²⁾. Aceste criterii par să fie mai utile în practica clinică reprezentând un indicator eficient pentru diagnosticarea constipației la gravide.

Explorări paraclinice

În cadrul evaluării inițiale a gravidei, anamneza și examenul clinic rămân principalele unelte utilizate în diagnosticarea constipației funcționale la gravide. De asemenea, se recomandă efectuarea testelor de laborator indicate și în cazul pacienților din populația generală, precum: hemoleucogramă, glicemie, sideremie, sindrom inflamator nespecific, ionogramă serică, testul hemoragiilor oculte în scaun. Alte teste de laborator special recomandate în cazul gravidelor includ dozarea hormonilor tiroidieni și a calcemiei.

Evaluarea endoscopică prin rectosigmoidoscopie și/sau colonoscopie este rar utilizată fiind indicată doar în cazuri atent selecționate, atunci când anamneza și examenul obiectiv orientează către o posibilă patologie organică ⁽⁶⁾.

Tratament

Conduita terapeutică în cazul gravidelor cu constipația funcțională este centrată în principal către adoptarea unor măsuri non-farmacologice de schimbare a stilului de viață și a dietei. Dacă aceste măsuri inițiale sunt lipsite de rezultate se recomandă recurgerea la o serie de măsuri farmacologice indicate în cazuri atent selecționate.

Măsurile non-farmacologice au drept scop adoptarea unei diete bogate în fibre vegetale prin introducerea în alimentație a fructelor și legumelor proaspete, a cerealelor, alături de o hidratare corespunzătoare (minim 8 pahare de apă/zi), cu evitarea alimentelor procesate, conservate, sărace în fibre. De asemenea, sunt recomandate mesele fracționate, dese, mai ales în al doilea trimestru de sarcină, cu scopul evitării meteorismului abdominal ^(9,13). Deși fără dovezi științifice solide, se pare că practicarea unor exerciții fizice regulate, de intensitate ușoară/moderată, poate ameliora simptomele de constipație ale gravidei ⁽¹⁴⁾.

Măsurile farmacologice sunt recomandate pentru tratamentul constipației cronice la gravide în cazurile non-responșive la instituirea măsurilor igieno-dietetice. De subliniat este faptul că alegerea și administrarea laxativelor trebuie să țină cont de eficiență, tolerabilitate și de absența dovedită a teratogenicității ⁽⁹⁾.

Laxativele de volum (metilceluloză, psyllium), acționează prin creșterea conținutului colonic și stimularea peristaltismului intestinal, reprezentând cele mai utilizate și eficiente laxative recomandate în sarcină. Totuși, acestea nu sunt lipsite de efecte adverse, precum crampe abdominale sau meteorism abdominal, fiind contraindicate în suspiciunea de impactione de fecalom ⁽¹²⁾.

Laxativele osmotice pe bază de polietilenglicol și polizaharide neabsorbabile (lactuloză, lactilol) și-au dovedit eficiența și tolerabilitatea în sarcină, dar administrarea acestora trebuie efectuată cu prudență pentru evitarea posibilelor tulburări hidro-electrolitice.

Laxativele stimulante (ulei de ricin, senna) sunt recomandate cu prudență în cazul gravidelor și doar pe o perioadă scurtă de timp, mai ales în ultimul trimestru de sarcină când pot determina contracții uterine ⁽¹²⁾.

Laxativele emoliente (ulei de parafină, docusat sodic), pot determina hipomagneziemie neonatală, astfel încât sunt recomandate cu prudență, în doze reduse și doar în cazul lipsei de răspuns la administrarea celorlalte laxative ⁽¹⁵⁾.

În cazul constipației prin tulburări de evacuare, un rol adjuvant îl poate avea și administrarea de supozitoare (glicerină), care acționează prin stimularea receptorilor mucoasei ano-rectale.

Complicații

Majoritatea formelor de constipație din cadrul sarcinii sunt forme ușoare, cu răspuns favorabil la creșterea aportului de fibre vegetale și hidratare adecvată. Totuși, atunci când apar, principalele complicații întâlnite sunt legate de dezvoltarea hemoroizilor interni și/sau externi complicați cu tromboză, precum și a impactului fecal.

Referințe bibliografice

1. Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;⁽²⁾:CD001142.
2. Derbyshire E, Davies J, Costarelli V, Dettmar P. Diet, physical inactivity and the prevalence of constipation throughout and after pregnancy. *Matern Child Nutr* 2006;2:127-134.
3. Shi W, Xu X, Zhang Y, Guo S, et al. Epidemiology and risk factors of functional constipation in pregnant women. *Plos One* 2015;10⁽⁷⁾: e0133521.
4. Milman N, Byg KE, Bergholt T, et al. Side effects of oral iron prophylaxis in pregnancy – myth or reality? *Acta Haematol* 2006;115:53–57.
5. Redmond GP. Hypothyroidism and women's health. *Int J Fertil Womens Med* 2002;47:123–127.
6. Gomes CF, Sousa M, Lourenco I, et al. Gastrointestinal diseases during pregnancy: what does the gastroenterologist need to know? *Ann Gastroenterol* 2018; 31⁽⁶⁾: 385–394.
7. West L, Warren J, Cutts T. Diagnosis and management of irritable bowel syndrome, constipation, and diarrhea in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1992;21⁽⁴⁾:793-802.
8. Longo SA, Moore RC, Canzoneri BJ, Robichaux A. Gastrointestinal conditions during pregnancy. *Clin Colon Rectal Surg* 2010;23⁽²⁾:80-89.
9. Cullen G, O'Donoghue D. Constipation and pregnancy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007;21⁽⁵⁾:807-818.
10. Bonapace SE, Fisher RS. Constipation and diarrhea in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1998;27⁽³⁾:197-211.
11. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology* 2016;150:1262-1279.
12. Verghese TS, Futaba K, Latthe P. Constipation in pregnancy. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2015;17:111–115.
13. Trottier M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. *Can Fam Physician* 2012; 58⁽⁸⁾: 836–838.
14. Evenson KR, Barakat R, Brown WJ, et al. Guidelines for physical activity during pregnancy: comparisons from around the world. *Am J Lifestyle Med* 2014; 8⁽²⁾: 102–121.
15. Van Tonningen M. Constipation during pregnancy. In: Schaefer C PP, Miller RK, editors. *Drugs During Pregnancy and Lactation: Treatment Options and Risk Assessment*. 2nd edn. London: Academic Press; 2007.

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



Elegantă & robustețe

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

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

În funcție de configurație, poate dispune de:

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

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

SPD/A – Taburet specialist

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

Caracteristici set fotoliu & taburet:

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

LAMPĂ DE EXAMINARE STARLED1 EVO (ACEM - Italia)

Iluminare optimă

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

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

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

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



FOTOLIU GINECOLOGIC SUPREMA (EUROCLINIC - Italia)



Confort & performanță

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

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

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

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

Mișcărilor sunt însoțite de semnale acustice.

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

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

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

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

Funcționalitate & fiabilitate

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

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

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

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

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



București

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

Timișoara

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

Iași

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

Chișinău

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

Poate detecta cele mai frecvente aneuploidii cromozomiale fetale

Fara riscul procedurilor invazive

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

Asigura răspunsuri sigure din timp și ușor

**OFERA PARINTILOR
INCREDEREA UNKI
ALEGERI
CORECT DOCUMENTATE**

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

DIAGNOSTICAREA INFERTILITATII MASCULINE IN LABORATOARE

1. Test Halosperm

Aplicații Test Halosperm:

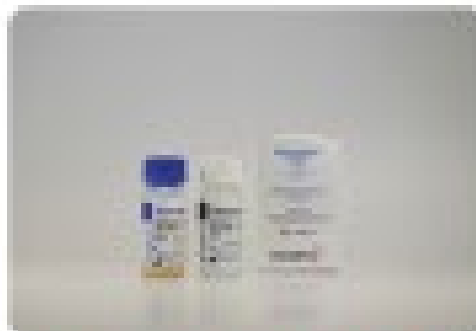
- Evaluarea calității probei de material seminal
- Evaluarea eficacității intervențiilor az. Va. electrocronică
- Evaluarea eficacității tratamentelor az. C. Marezdis sau Mycoplasma;
- Distingerea cuplurilor care sunt potrivite pentru tratamentul IRT
- Oferă răspunsuri la cazurile de infertilitate inexplicabilă, spec. FIV sau avorturi spontane repetate;
- Evaluarea calității dovezilor.

ALTE PRODUSE



2. VitaScreen™ and Hypo-osmotic

test pentru determinarea vitalității spermatozoidelor.



3. SpermMar™ IgA and IgG

test pentru detectarea anticorpilor as-
 trupați de material seminal



4. Spermac Stain™

util pentru determinarea morfologiei materialului seminal.

Canesten®



Soluția simplă și rapidă pentru
tratarea candidozii vaginale!

Canesten GYN Uno

Conține 500 mg capsule vaginale

Eficace cu o singură aplicare!



NOU

Noi strategii pentru prevenția infecțiilor asociate actului medical

Mai vechile infecții nosocomiale, actualmente infecții asociate actului medical reprezintă cel mai de temut coșmar al fiecarui sistem medical și implicit al spitalelor, secțiilor sau medicilor implicați în managementul pacienților. Nu prezența infecțiile asociate actului medical reprezintă problematica de management al sistemelor de sănătate publică, ci proporția în care aceste infecții apar. Nu există sisteme medicale care au reușit să elimine infecțiile asociate actului medical, însă există preocupări constante și susținute menite să reducă cât mai mult procentul acestor infecții și implicit efectele dezastruoase pe care le determină, atât la nivelul sistemelor de sănătate, cât și local sau individual.



Dr. Radu Tincu

Medic Primar ATI,
Spitalul Clinic de Urgență
București, Sef Lucrări UMF
Carol Davila Bucuresti

Infecțiile asociate actului medical reprezintă cauza cea mai importantă de mortalitate, mai ales atunci când discutăm de pacienți aflați în stare critică sau imunocompromiși. Infecțiile respiratorii, septicemiile, infecțiile urinare, infecțiile de plagă sau infecțiile gastrointestinale sunt cele mai frecvente infecții nosocomiale.

Infecțiile nosocomiale au devenit cu atât mai grave, cu cât în apariția lor au început să fie implicați germeni multirezistenți la antibiotice. Bacteriile multirezistente sunt responsabile de creșterea mortalității, dar și de o creștere exponențială a costurilor suportate de sistemele de sănătate. Atunci când primim costurile, nu trebuie să ne rezumăm doar la costul efectiv generat de actul medical (tratament medicamentos și/sau suportiv). Trebuie privit costul generat de creșterea duratei de spitalizare, mai ales în sectoarele de terapie intensivă, dar și supraaglomerarea secțiilor de terapie intensivă care trebuie în ma-

ioritatea cazurilor să acorde servicii de terapie intensivă acestor pacienți. Prin această blocare pe o perioadă mult mai lungă de timp a locurilor disponibile din spitale pentru tratamentul infecțiilor nosocomiale, alți pacienți nu pot beneficia de aceste servicii. În acest mod, dincolo de impactul economic al acestor infecții există și un impact socio-umanitar care nu poate fi neglijat. Prezența pacienților cu astfel de infecții în spitale, determină un cerc vicios, prin care pacienții contaminați cu bacterii multirezistente devin surse de infectare pentru pacienții neinfecțiați care sunt extrem de receptivi la infecție prin faptul că au un status imunitar deficitar sau există breșe fizice în apararea organismului (pacienți operați, arși, prezența dispozitivelor medicale invazive).

Infecțiile asociate actului medical sunt acele infecții care apar la un pacient internat în spital pentru o anumită patologie, altă decât cea infecțioasă. Din statisticile Organizației Mondiale a Sănătății peste 1.4 milioane de persoane prezintă infecții nosocomiale. Procentul de apariție al acestor infecții variază între 5-10% în țările dezvoltate, și ajunge până la 40% sau chiar mai mult în țările subdezvoltate.

Acceptarea faptului că există infecții asociate actului medical trebuie să re-

prezinte primul pas în strategiile de scădere a incidenței acestora. Din păcate de multe ori, spitalele se feresc să accepte procentul real al acestor infecții, de teama unor repercursiuni legale sau a unei imagini nefavorabile. Acest tip de abordare nu va putea rezolva situația, dimpotrivă o va agrava. Pentru a putea implementa în mod real măsuri de reducere a infecțiilor nosocomiale, trebuie să acceptăm că acest tip de infecții există oriunde în lume. Cu cât procentul acestor infecții este mai ridicat într-un sector, cu atât măsurile de intervenție vor fi mai intense și susținute, iar bugetele alocate vor fi suplimentate. Nu se pot alocă bugete care să susțină programe de reducere a infecțiilor nosocomiale în mod real, în sectoare în care procentul acestor infecții este prezentat într-un mod artificial. Scăderea artificială a procentului real al acestor infecții va bloca toate strategiile de prevenție a infecțiilor asociate actului medical.

O serie de factori pot influența apariția infecțiilor asociate actului medical. Vârsta pacientului reprezintă un criteriu. Astfel vârstele extreme sunt cele mai afectate. Incidenta acestor infecții este cu atât mai ridicată cu cât numărul de paturi din spital este mai mare. Un alt element important care poate cuantifica riscul de apariție al acestor infecții



Rhopylac 300 micrograme/2ml

Soluție injectabilă în seringă preumplută



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

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



Distribuit în România prin:
Prisum International Trading CO SRL
Str. Agatha Bărbulescu Nr. 158, Sector 3, București,
Tel: 021 322.01.71/72, Fax: 021 321.70.64
E-mail: office@prisum.ro
www.prisum.ro

Îl reprezintă localizarea pacientului în spital. Astfel incidentă crește semnificativ atunci când pacientul este admis în secțiile de terapie intensivă, comparativ cu oricare altă secție din spital. Acest fapt nu înseamnă că secțiile de terapie intensivă sunt responsabile de această creștere a incidenței, ci mai degrabă de faptul că pacienții admiși în sectoarele de terapie intensivă sunt în stare critică, întrunind acele aspecte care țin de compromiterea imunității celulare/umorale, dar și a violării integrității barierelor naturale de protecție ale organismului.

Riscul de apariție a acestor infecții este crescut de prezența unor factori individuali printre care: utilizarea dispozitivelor medicale invazive (sonde de intubație, sonde urinare, catetere centrale), dar și de severitatea afecțiunii pentru care pacientul este internat, de spitalizări multiple și utilizare intensivă a antibioticelor, în special cele cu spectru larg.

Infecțiile nosocomiale asociate dispozitivelor medicale

Adeziunea bacteriană pe suprafața dispozitivelor medicale reprezintă o realitate, astfel încât orice dispozitiv medical poate fi colonizat prin adeziune de bacteriile aflate pe suprafața acestuia. Peste 60% din infecțiile asociate actului medical se realizează prin contaminarea dispozitivelor medicale invazive. Unele bacterii aderente care se fixează la suprafața bio-materialelor sunt capabile să producă anumiți exopolimeri gelatinoși insolubili care vor genera formarea biofilmului. Bacteriile cuprinse în acest biofilm vor fi protejate în fața răspunsului imun al gazdei, dar și al tratamentului antibiotic. În acest mod biofilmul crează un micro-habitat protectiv pentru bacteriile aflate în interior. Prin faptul că biofilmul reduce concentrația antibioticelor în interior, crează premisele selectării de bacterii rezistente și ofera mediul ideal în care bacteriile pot să își perfecționeze mecanismele prin care să capete rezistență.

În formarea biofilmului există mai

multe etape. Dintre acestea, maturarea biofilmului reprezintă elementul care conferă protecție bacteriilor. După maturarea biofilmului, în structura acestuia pot să apară fisuri în zona exopolimerilor care va genera destabilizarea biofilmului cu detașarea unor fragmente de biofilm infectat. Aceste fragmente vor emboliza în zonele distale ale dispozitivului medical, producând noi focare de infecție, amplificând în acest fel infecția sau generând episoade noi și repetate de infecție, eventual cu bacterii din ce în ce mai rezistente.

Măsurile de reducere a formării biofilmului

Identificând faptul că prezența dispozitivelor medicale și a bio-suprafețelor acestora reprezintă factori de risc în apariția infecțiilor nosocomiale, reducerea formării biofilmului este esențială în încercarea de scădere a incidenței acestor infecții.

Dispozitivele medicale „nobile”

Aplicarea pe suprafața unui dispozitiv medical a unui aliaj format din metale nobile se pare ca reprezintă o soluție prin care formarea biofilmului este blocată. Teoretic orice dispozitiv medical poate fi învelit în acest aliaj, însă până în acest moment tehnică este aplicată pentru sonde urinare, sonde de intubație și catetere venoase centrale. Alegerea acestor dispozitive medicale nu a fost întâmplătoare, considerând incidența infecțiilor asociate utilizării acestora, a gravității infecțiilor, dar și a costurilor de tratament.

Aliajul care se aplica, prin galvanizare, este format din trei metale: aur, argint și platină. Dispozitivul medical a cărui suprafață este acoperită cu acest tip de aliaj, în momentul în care este plasat într-o soluție fluidă-electrolitică (urină, sânge, secreție traheală) generează un curent galvanic la suprafață. Curentul galvanic este generat de aceste metale care au potențiale electrice diferite. Efectele acestor microcurenți galvanici vor determina o interferență cu structurile bacteriene de adeziune, în acest mod procesul de adeziune a bacteriilor pe suprafața dispozitivului este

blocat. Mai mult decât această blocare electrică a adeziunii bacteriene, se pare ca microcurenții galvanici interferă și cu lanțul respirator bacterian.

Aplicarea aliajului de metale nobile pe suprafața dispozitivului medical va reduce adeziunea bacteriilor și implicit, secundar formarea biofilmului. Formarea biofilmului reprezintă un condiție esențială, critică în dezvoltarea ulterioară a infecției. În plus blocarea formării biofilmului este extrem de importantă, având în vedere faptul că, din momentul formării acestuia bacteriile vor fi înglobate într-un mediu protector, în care eficiența sistemului imunitar și tratamentul antibiotic sunt ineficiente.

Acest tip de abordare este diferită de impregnarea dispozitivelor medicale cu argint ionic, în care dispozitivul medical eliberează ioni de argint. În cazul aplicării aliajului de metale nobile (aur, argint, platină) nu se eliberează ioni de argint sau alte particule antimicrobine, astfel putem spune că aceste dispozitive sunt farmacologic inactivate. Eficiența lor este determinată de apariția efectului galvanic.

Blocarea formării biofilmului și reducerea secundară a infecțiilor, reprezintă o abordare preventivă. Prin reducerea infecțiilor asociate dispozitivelor medicale, se va înregistra o scădere a complicațiilor și mortalității asociate actului medical, o reducere a utilizării antibioticelor. Prin scăderea necesarului de antibiotice se va realiza o reducere a rezistenței bacteriene la antibiotice. Pe lângă toate aceste date medicale, reducerea incidenței infecțiilor nosocomiale va determina scăderea costurilor și eficiențarea utilizării serviciilor medicale din spitale. Dincolo de strategiile intervenționale care privesc infecțiile asociate actului medical, strategiile preventive au avantajul de a interveni înainte ca fenomenul fiziopatologic să se producă. Din punct de vedere economic costurile generate de infecțiile asociate actului medical nu trebuie să se rezume doar la costul individual al pacientului. Este necesară o imagine mult mai largă în care trebuie să se regasească toate elementele care sunt perturbate de apariția acestor infecții, pornind de la pacientul infectat și ajungând la structurile locale ale spitalului și finalizând cu sistemul public de sănătate, în totalitatea lui.

Dispozitive medicale pentru EXERCITII KEGEL

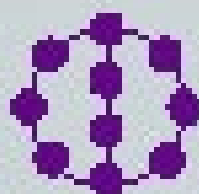
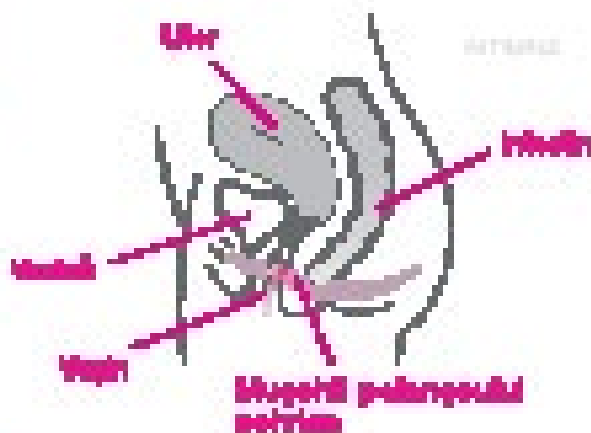


Pentru mai multe detalii despre noi accesorii la adresă: info@medica.ro

CONTRACTA
CIND VEREAZA.



RELAXEAZA
CIND SE DESPRIND.



IUB™ Ballerine™

Utilizarea generoasă de Dispozitive Intrauterine
CONTRACTATE PE TERENUL LUMII

STERILITATE SPERANȚĂ

FĂRĂ ÎNCĂLEȘCĂRI

IUB™ BALLERINE™



Pentru mai multe detalii despre noi accesorii la adresă: info@medica.ro

Diabetul gestațional

Diabetul gestațional (DG) este una dintre cele mai frecvente afecțiuni la femeile însărcinate, reprezentând o problemă de sănătate ce a luat amploare în ultimii ani, cu o prevalență cu 30% mai ridicată în ultimele două decade.¹ Acesta se asociază atât cu un risc crescut de complicații pentru mamă, cât și pentru făt, necesitând astfel o abordare multidisciplinară pentru educația terapeutică a pacientei, aderența la tratament și obținerea unui status emoțional satisfăcător.² În plus, mediul intrauterin în condițiile unei hiperglicemii nu doar reflectă, ci și accentuează epidemia diabetului zaharat de tip 2.^{1,3}

Dr. Coșoreanu Andrada¹

Dr. Rusu Emilia^{1,2}

Prof. Univ. Dr. Radulian Gabriela^{1,2}

1 Spital Clinic „Nicolae Malaxa”,
București

UMF „Carol Davila” București

Definiție

Diabetul gestațional este definit prin apariția diabetului zaharat evidențiat pentru prima dată în cel de-al doilea sau al treilea trimestru de sarcină, la o pacientă la care diagnosticul de diabet zaharat nu a fost stabilit anterior.⁴

Prevalența DG

Prevalența DG este în continuă creștere din cauza creșterii vârstei mamei, a creșterii prevalenței obezității, precum și a stilului de viață nesănătos. Aceasta variază de la 1,8% până la 31,5%, în funcție de criteriile de diagnostic și populația studiată. Astfel, în Africa de Nord și Orientul Mijlociu, prevalența este crescută, cu o medie estimată de aproximativ 12,9%, comparativ cu populația europeană ce asociază o prevalență medie de 5,8%, Norvegia clasându-se pe primul loc ca număr de cazuri. Aceste variații se datorează criteriilor de diagnostic aplicate, astfel că în Africa de Nord și Orientul Mijlociu fiind folosită strategia în 2 etape (derivată din criteriile C&C -Carpenter and Coustan), iar în Europa strategia într-o singură etapă (derivată din criteriile IADPSG-International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups).

Prevalența excesului ponderal/obezității și a intoleranței la glucoză este mai mare la copiii expuși la DG, comparativ cu cei

care nu au fost expuși. Există puține evidențe care să susțină asocierea dintre DG și afectarea profilului metabolic la copii, care devine mai evidentă la vârsta adultă. Dacă aceste asocieri se bazează pe o relație de directă proporționalitate sau sunt mediate de diverși co-factori precum obezitatea maternă rămâne încă un fapt incert. De asemenea, aceste modificări sunt mai frecvent întâlnite la copiii de sex feminin. Dacă tratamentul DG poate preveni complicațiile metabolice pe termen lung la copii rămâne un subiect de cercetat.³ Ceea ce este cunoscut este faptul că din cauza tranziției epidemiologice a populației către un stil de viață sedentar legată de urbanizarea din ultimele decade, prevalența diabetului zaharat tip 2 a cunoscut o creștere rapidă, vârsta de debut fiind din ce în ce mai mică.¹

Screening, diagnostic

Recomandări generale conform Asociației Americane de Diabet (ADA) 2020

- La prima vizită prenatală, se realizează testarea pre-diabetului și diabetului nedagnosticat la pacienții cu factori de risc, folosind criteriile standard de diagnostic
- Testarea pentru DG în săptămânile 24-28 de sarcină a gravidelor nedagnosticate anterior cu diabet
- Testarea pacientelor cu DG pentru pre-diabet sau diabet la 4-12 săptămâni postpartum, folosind un test de toleranță orală la glucoză (TTGO) cu 75 g de glucoză anhidră, aplicând criteriile de diagnostic pentru populația generală
- Pacientele cu istoric de DG ar trebui să beneficieze de screening pentru pre-diabet sau diabet pe termen lung, cel puțin la fiecare 3 ani
- Pacientele cu istoric de DG diagnosticate cu pre-diabet ar trebui să benefi-

cieze de terapie medical-nutrițională intensivă și/sau metformin pentru prevenția diabetului

Criteriile ADA 2020 cuprind un test de toleranță orală la glucoză (TTGO) cu 75g de glucoză anhidră sau o abordare în două etape care să cuprindă administrarea de 50 g de glucoză nefiind necesare condiții à jeun, urmată de un TTGO cu 100 g glucoză la pacientele cu primul test pozitiv. Aceste teste se realizează în săptămânile 24-28 de sarcină. Comparativ cu diagnosticul diabetului zaharat de tip 2 în populația generală, diagnosticul DG se bazează pe determinarea valorilor glicemice recoltate în trei puncte: à jeun, la o oră de la ingestia glucozei și la două ore, pentru strategia într-o singură etapă. O singură valoare atinsă sau depășită susține diagnosticul, astfel:⁵

- glicemia a jeun ≥ 92 mg/dl
- glicemia la 1h ≥ 183 mg/dl
- glicemia la 2h ≥ 153 mg/dl

Strategia în două etape presupune administrarea de 50 g glucoză, fără a fi necesare condiții à jeun, urmată de determinarea glicemiei la o oră. Dacă nivelul plasmatic al glicemiei depășește 130, 135 sau 140 mg/dl, testul este pozitiv, iar această etapă va fi urmată de un TTGO cu 100g glucoză, administrată pe nemâncate. Diagnosticul este stabilit dacă două din următoarele patru valori ale glicemiei sunt îndeplinite sau depășite:^{4,5}

- glicemia a jeun ≥ 95 mg/dl
- glicemia la 1 h ≥ 180 mg/dl
- glicemia la 2 h ≥ 155 mg/dl
- glicemia la 3 h ≥ 140 mg/dl

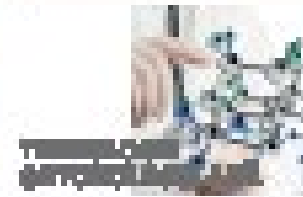
Există date în literatură care să susțină fiecare din cele două strategii, dar un raport cost-beneficiu comparativ între cele două a concluzionat că strategia într-o singură etapă este mai eficientă din punct de vede-



RESILOVIT®

COMPENSEAZĂ DEZECHILIBRUL NUTRIȚIONAL CAUZAT DE DEZECHILIBRUL HORMONAL

Formula **Resilovit®** este special concepută pentru a compensa sau corectarea dezechilibrului nutrițional și alergic asociat tratamentelor contraceptive hormonale și dezechilibrului hormonal cauzat de menopauză.



Pentru mai multe detalii puteți contacta în orice moment distribuitorul local.

Utile Inspectoratului Districtului în Pitești, Str. 107 Pitești, România



...sunteti impregnati si doriti sa aveti un copil?

...sunt doctorii din cadrul clinicii sau starea de sanatate va impiedica?

Endocrinologii?

Tiroizi Autoimuni?

Sindromul Ovarilor Polichistice?

Vârsta de peste 35 ani?

sau alte cauze necunoscute care te-au adus în situația alegerii procedurilor de FIV sau însemințare Artificială?

partea și timpul dintr-un copil este dificil, în fel și modurile nutriționale ce apar în timpul concepției sunt dificile.

Adăugă via în aparat

**TUNICĂ DE
CITOCALAMINE**

**PROTEINE
DE OVI**

Fertilovit®

for a new life

Utile Inspectoratului Districtului în Pitești, Str. 107 Pitești, România
Tel: 0744 200000

Rev. 1 - Martie 2008



re economic doar dacă pacientele cu DG primesc consiliere și îngrijire postpartum pentru a preveni diabetul zaharat tip 2.5

Factori de risc

Cei mai frecvenți factori de risc incriminați în apariția DG pot fi clasificați astfel:

1. Antecedentele heredo-colaterale pe linie maternă de diabet zaharat și exces ponderal/obezitate
2. Factori de risc materni independenți de sarcină, precum excesul ponderal/obezitatea, vârsta înaintată a mamei, multiparitatea, fumatul, etnia cu risc crescut, glicemie a jeun modificată în antecedente, sindromul ovarelor polichistice
3. Factori de risc obstetrical și/sau ginecologic, precum DG sau acumularea ponderală excesivă în cursul sarcinilor anterioare, copii macrosomi, avorturi spontane, moarte fetală, hemoragii în cursul primului trimestru de sarcină, malformații fetale, hipertensiune arterială, episoade repetate de infecții urinare.^{6,7}

O meta-analiză ce a cuprins 24 studii, cu peste 120 milioane de participante publicat în 2020 susține relația lineară între vârsta avansată a mamei și riscul de DG. Pentru fiecare creștere de 1 an a vârstei mamei după 18 ani, riscul de DG pentru populația generală crește cu 7,9%.⁸

Simptome

Cel mai frecvent, pacienta cu DG este asimptomatică. Totuși în caz de hiperglicemie importantă poate asocia sindrom poliuro- polidipsic, xerostomie, fatigabilitate, greață, infecții genitale, urinare și tulburări de vedere.⁹

Fiziopatologie

În cursul sarcinii, organismul mamei suferă numeroase transformări fiziologice pentru a susține necesitățile unei creșteri normale a fătului. Acestea includ adaptarea cardiovasculară, renală, hematologică, respiratorie și metabolică. Adaptarea metabolică importantă este reprezentată de sensibilitatea la insulină, care se modifică în funcție de nevoile gestației.⁶

Majoritatea pacientelor nu vor dezvolta DG, deoarece organismul acestora compensează nevoia crescută de insulină prin secreția unei cantități de insulină în proporție mai mare. În primele

săptămâni ale sarcinii, profilul metabolic se caracterizează printr-o stare de insulino-sensibilitate marcată, permițând captarea glucozei în țesutul adipos pentru a susține nevoile energetice ulterioare, urmând ca odată cu avansarea sarcinii, secreția beta-celulară pancreatică de insulină să crească de până la trei ori mai mult pentru menținerea echilibrului glicemic. În cele mai multe cazuri, hiperglicemia este rezultatul toleranței alterate la glucoză din cauza disfuncției beta-celulare pe fondul insulinorezistenței cronice.⁷

Cauzele apariției acesteia vizează mai mulți factori, printre care hormonii placentari (hormonul lactogen placentar hPL și factorul de creștere placentară hPGH), excesul de estrogeni, progesteron, cortizol, prolactină, citokinele proinflamatorii (TNF-alfa, IL-6, PCR), adiponectinele, acizii grași liberi și stresul oxidativ. De asemenea, în literatură este citată predispoziția genetică în apariția DG.¹⁰ În timp, apare o degradare a celulelor beta-pancreatice din cauza producției excesive de insulină ca răspuns la consumul energetic important, epuizând astfel funcția celulară. Fiziopatologia DG este asemănătoare diabetului zaharat de tip 2, ceea ce a creat astfel baza unei dezbateri dacă aceste două patologii ar trebui considerate identice.^{11,12}

Managementul DG

Recomandări generale conform ADA 2020

- Optimizarea stilului de viață este componenta esențială în algoritmul de management al DG și poate fi metoda terapeutică suficientă, aplicabilă majorității pacientelor.
- Insulina ar trebui adăugată dacă țintele glicemice nu sunt atinse astfel.
- Tratatamentul antidiabetic preferat în DG este insulina. Metforminul și sulfonilureicele (glibenclamidul) nu reprezintă terapiile de primă linie, deoarece ambele traversează bariera placentară. Alte medicații orale sau non-insulinice injectabile nu beneficiază de siguranță pe termen lung.⁵

Modificarea stilului de viață

După diagnostic, primele măsuri terapeutice sunt terapia medical-nutrițională, activitatea fizică și controlul greutății, în concordanță cu greutatea pregestațională. Monitorizarea glicemică țintește spre

următoarele valori recomandate de "the Fifth International Workshop-Conferențe on Gestational Diabetes Mellitus": 5

- glicemie a jeun < 95 mg/dl și fie
- glicemie la 1h post-prandial <140 mg/dl sau
- glicemie la 2h postprandial <120 mg/dl

În funcție de populația studiată, datele din literatură sugerează că 70-85% dintre femeile diagnosticate cu DG folosind criteriile Carpenter-Coustan pot controla diabetul doar prin terapie medical-nutrițională. Această proporție poate fi mai crescută dacă sunt folosite criteriile diagnostice IADPSG.⁵

Terapia medical-nutrițională

Planul de nutriție ar trebui individualizat, dar care să aducă un aport caloric adecvat creșterii fătului sau nou-născutului și stării de sănătate a mamei. Creșterea ponderală ar trebui să urmeze recomandările Institutului de Medicină din 2009. Nu a fost identificat un aport caloric optim, dar planul nutrițional ar trebui să se bazeze pe o evaluare nutrițională conform DRI (Dietary Reference Intakes).^{5,13} Acesta recomandă un aport minim de 175 g de carbohidrați, minim 71 g de proteine și 28 g de fibre. Dieta nu ar trebui să conțină alimente bogate în grăsimi saturate. Carbohidrații simpli accentuează excursiile postprandiale.⁵

Administrarea concomitentă de suplimente cu magneziu, zinc, calciu și vitamina D s-a demonstrat a fi eficientă în reducerea biomarkerilor inflamatori și a stresului oxidativ, precum și o reducere a ratei macrosomiei la nou-născuții din mame cu DG.¹⁴

Terapia farmacologică

Terapia medical-nutrițională și asocierea insulinei constituie o măsură terapeutică ce a demonstrat îmbunătățirea outcome-urilor perinatale în două studii largi din U.S Preventive Services Task Force review. Insulina este agentul terapeutic de primă linie recomandat în DG. Eficacitatea limitată a metforminului și sulfonilureicelelor face ca acești doi agenți farmacologici să nu fie recomandați ca primă măsură terapeutică, din cauza faptului că traversează placenta, respectiv a semnelor de alarmă în legătură cu siguranța pe termen lung asupra fătului. Mai mult decât

options+

BIBERONUL Anti-Colici

utilizat **cu sau fără**
sistemul de ventilație



Folosind sistemul intern de ventilație, beneficiile sunt:

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

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

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

Dovedit clinic că reduce colicii, eructatul, espectoratul și gazele

Sistemul intern de ventilație

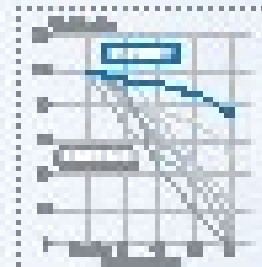
- 1 Aerul intră prin gulerul biberonului și este direcționat prin sistemul intern de ventilație
- 2 Aerul circulă prin tubul sistemului ocolind laptele, până în capătul biberonului
- 3 Sistemul elimină vidul și bulele din lapte, presiunea negativă și strângerea tetinei
- 4 Bebelușul se hrănește mai confortabil,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

Vezi cum funcționează aici:
drbrownsbaby.com



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

Vitamina C în laptele matern



Afla mai mult:
nutrientstudy.com



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

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



atât, cele din urmă nu au dovedit control glicemic adecvat în variate trialuri clinice randomizate (controlul glicemic nu a fost obținut la o proporție de 23% din paciente diagnosticate cu DG, respectiv 25-28%).⁵

Insulina

Insulinoterapia în doze multiple, respectiv infuzie subcutanată continuă reprezintă o strategie indicată în DG, conform recomandărilor ghidului actual al ADA 2020. Acesta susține că niciunul din aceste regimuri terapeutice nu a fost superior celui alt în studiile clinice, astfel că la momentul actual, nu există indicații specifice în ceea ce privește regimul insulinic, dar sunt însă de preferat în sarcină pompele de insulină.⁵

Folosirea preparatelor cu insulină cu antigenitate scăzută poate minimiza transportul transplacentar al anticorpilor antiinsulinici. Analogii rapizi de insulină, respectiv lispro, aspart și glulisine sunt comparabile ca imunogenitate cu insulina umană rapidă, dar doar analogii rapizi lispro și aspart au fost studiați în sarcină și și-au dovedit siguranța, cu minim transfer placentar și fără evidențe de teratogenitate. Acești analogi îmbunătățesc excursiile postprandiale comparativ cu insulina umană rapidă și se asociază cu un risc scăzut de hipoglicemie postprandială.⁵

În ceea ce privește insulina bazală, în sarcină este aprobată insulina detemir, care nu traversează bariera fetoplacentară. Siguranța și eficacitatea insulinei detemir a fost studiată și dovedită încă o dată într-un trial multinațional ce a inclus paciente cu diabet zaharat tip 1.¹⁵

Managementul hipoglicemiei

Hipoglicemia în sarcină se definește ca scăderea glicemiei sub 60 mg/dl. Aceasta se întâlnește rar la pacientele aflate sub terapie medical-nutrițională. Tratatamentul hipoglicemiei în acest caz vizează administrarea a 10-20 g carbohidrați.

Consecințele DG

Complicațiile DG cuprind atât efectele pe termen scurt, cât și cele pe lung asupra mamei și a fătului. Cu toate că în cursul unei sarcini cu evoluție normală, tensiunea arterială este mai scăzută față de perioada anterioară sarcinii, gravidele cu DG nece-

sită o monitorizare mai atentă a valorilor tensionale. În hipertensiunea arterială cronică ce complică sarcina, țintele tensionale ar trebui să atingă valori de 135/85 mmHg. Pe termen lung, pacientele cu DG au un risc mai mare de a dezvolta hipertensiune arterială și boli cardiovasculare.⁵

În ceea ce privește preeclampsia, studiile au demonstrat eficiența unei doze mici de aspirină (81mg) administrată la pacientele cu risc crescut în prevenția acesteia.

Așa cum a mai fost menționat, femeile cu un istoric de DG au risc major de apariție în timp a diabetului zaharat de tip 2, fiind estimat un procent de 50% până la 70% după 15-25 ani. Aceste paciente ar trebui testate la fiecare 1-3 ani dacă TTGO efectuat postpartum este normal. Evaluări ulterioare pot fi realizate cu oricare din testările glicemice recomandate (determinarea anuală a HbA1c, a glicemiei sau la fiecare 3 ani TTGO, urmărind țintele glicemice aplicabile populației generale). În studiul prospectiv NHS II, riscul de dezvoltare a diabetului după DG a fost mai mic la pacientele ce au adoptat obiceiuri alimentare sănătoase, iar o îmbunătățire moderată a IMC-ului (indicele de masă corporală) a atenuat această asocieră.

Creșterea ponderală în cursul și după sarcină este asociată cu o frecvență ridicată de apariție a complicațiilor în sarcinile ulterioare și progresie precoce spre diabet zaharat. Optimizarea stilului de viață și administrarea metforminului previn sau întârzie progresia diabetului la pacientele cu prediabet și istoric de DG.⁵ Creșterea ponderală excesivă a mamei în cursul sarcinii poate crește, de asemenea, riscul fătului de macrosomie și obezitate precoce. Comportamentul alimentar al mamei este asociat creșterii ponderale, dar relația cu creșterea fetală este încă neclară. 16

Alte efecte asupra fătului pot fi leziunile traumatiche în cursul travaliului, decesul perinatal, malformații fetale, prematuritatea, hiperbilirubinemia și icterul sau tulburările hidroelectrolitice.

Legat de urmărirea postpartum a mamei, este de preferat efectuarea unui TTGO față de determinarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c), deoarece aceasta poate fi persistent scăzută în urma turn-overului eritocitar crescut, prin pierderile sanguine la naștere sau din cauza profilului glicemic din ultimele 3 luni. TTGO este o investigație mai sensibilă la detectarea toleranței alterate la glucoză, incluzând pre-

diabetul și diabetul. Femeile cu prediabet aflate la vârstă reproductivă pot dezvolta diabet zaharat tip 2 la următoarea sarcină și vor necesita evaluare preconcepție.⁵

Deoarece DG poate frecvent reprezenta un prediabet nedagnosticat anterior, diabet zaharat tip 2, MODY (maturity-onset diabetes of the young) sau chiar diabet zaharat tip 1, pacientele cu DG ar trebui testate pentru diabet persistent sau prediabet la 4-12 săptămâni postpartum și să efectueze TTGO cu 75 g glucoză anhidră, folosind criteriile de diagnostic pentru populația generală.⁵

Concluzii

DG constituie o boală ce poate fi controlată prin adoptarea unui stil de viață sănătos, bazat pe obiceiuri alimentare sănătoase și corecte, exercițiu fizic constant, controlat, monitorizare atentă a greutății corporale și a evoluției acesteia, atât prenatal, în cursul sarcinii, cât și postnatal, pentru reducerea apariției riscurilor și complicațiilor materne și ale fătului.

Bibliografie

- Zhu Y, Zhang C. Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective. *Curr Diab Rep.* 2016;16(1):1-11. doi:10.1007/s11892-015-0699-x
- Minschart C, Amuli K, Delameillere A, Calewaert P, Mathieu C, Benhalima K. Multidisciplinary Group Education for Gestational Diabetes Mellitus: A Prospective Observational Cohort Study. *J Clin Med.* 2020;9(2):509. doi:10.3390/jcm9020599
- Nijis H, Benhalima K. Gestational Diabetes Mellitus and the Long-Term Risk for Glucose Intolerance and Overweight in the Offspring: A Narrative Review. *J Clin Med.* 2020;9(2):599. doi:10.3390/jcm9020599
- Radulian G. Diabetul Zaharat In Practica Medicală. Editura Un. (Rusu E, ed.). București; 2019.
- Care M. Disclosures: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care.* 2020;43(January):S205-S206. doi:10.2337/dc20-Sdis
- Plows JF, Stanley JL, Baker PN, Reynolds CM, Vickers MH. The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus. *Int J Mol Sci.* 2018;19(11). doi:10.3390/ijms19113342
- Român T, Metabolice B. Tratat Român de Boli Metabolice 1.
- Li Y, Ren X, He L, Li J, Zhang S, Chen W. Maternal age and the risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of over 120 million participants. *Diabetes Res Clin Pract.* February 2020;108044. doi:10.1016/j.diabres.2020.108044
- Gestational diabetes mellitus: Glycemic control and maternal prognosis - UpToDate.
- Shen Y, Jia Y, Li Y, et al. Genetic determinants of gestational diabetes mellitus: a case-control study in two independent populations. *Acta Diabetol.* February 2020. doi:10.1007/s00592-020-01485-w
- Zajdenverg L, Negrato CA. Gestational diabetes mellitus and type 2 diabetes: Same disease in a different moment of life? maybe not. *Arch Endocrinol Metab.* 2017;61(3):208-210. doi:10.1590/2359-399700000276
- Non-insulin-dependent diabetes mellitus and gestational diabetes mellitus: Same disease, another name? — Scholars @ UT Health San Antonio.
- Bailey C, Skouteris H, Teede H, et al. Are Lifestyle Interventions to Reduce Excessive Gestational Weight Gain Cost Effective? A Systematic Review. *Curr Diab Rep.* 2020;20(2). doi:10.1007/s11892-020-1288-1
- Jamilian M, Mirhosseini N, Eslahi M, et al. The effects of magnesium-zinc-calcium-vitamin D co-supplementation on biomarkers of inflammation, oxidative stress and pregnancy outcomes in gestational diabetes. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1). doi:10.1186/s12884-019-2258-y
- Suffecool K, Rosenn B, Niederkofler EE, et al. Insulin detemir does not cross the human placenta. *Diabetes Care.* 2015;38(2):e20-e21. doi:10.2337/dc14-2090
- Savage JS, Hohman EE, McNitt KM, et al. Uncontrolled Eating during Pregnancy Predicts Fetal Growth: The Healthy Mom Zone Trial. *Nutrients.* 2019;11(4). doi:10.3390/nu11040899

LUXUL ACCESIBIL

DESIGN INOVATIV

FLUX DE LUCRU INTUITIV

**TRANSDUCTORI CU
TEHNOLOGIE MONOCRISTAL**
fara plini externe, cu plaja de frecvente 7-23 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
- YGuide
- PWV
- VFlow
- elastografie
- calcule si analize Doppler automate
- etc.

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

Utilizarea terapiei cu enzime în tratarea toxemiei (preeclampsiei)

Se știe că toxemia este una dintre cele mai grave complicații ale sarcinii. Afecțiunile acute ale sistemului vascular duc la hipertensiune arterială, proteinurie, și edem. De asemenea, pot fi afectate: creierul, plămânii, inima și alte organe. Dacă nu se întreprind măsuri urgente în termen de câteva săptămâni, poate apărea o amenințare gravă, uneori fatală pentru mamă, care se datorează micșorării sau chiar întreruperii fluxului de sânge între uter și placentă, ceea ce duce la o întârziere în dezvoltarea fetală, separarea prematură a placentei și, ca rezultat, la moarte fetală în final. În cazul toxemiei mortalitatea perinatală este de până la 4 ori mai mare decât în sarcinile simple.

Având în vedere că toxemia este o cauză critică pentru încetarea sarcinii, specialiștii acordă o atenție sporită pentru identificarea unor noi metode profilactice și terapeutice.

În 1996 prof. Repina și Kors au efectuat un studiu în care s-a observat efectul terapiei cu enzime în tratarea toxemiei.

Eșantionul a fost compus din 160 de femei gravide. Pacientele au fost partajate în două grupuri. Primul grup de 60 de paciente a utilizat terapia convențională (Dopegyt, hipotensive, antispastice, sedative, etc) și au primit și **Wobenzym** (3 drj x 3 prize zilnic de la 31 la 37 săptămâni de sarcină) ca medicație adjuvantă, iar grupul de control de 100 de paciente au utilizat doar terapia convențională. S-a constatat că pacientele din grupul tratat și cu enzime au prezentat la 10-



14 zile de tratament o îmbunătățire vizibilă a stării generale și o normalizare a tensiunii arteriale. Tratamentul convențional simplu a arătat, de ase-

menea, o încetinire a dezvoltării preeclampsiei. Cu toate acestea, doar în grupul de paciente tratate cu enzime pentru a preveni dezvoltarea de insuficiență placentară, toți cei 60 nou-născuți au demonstrat parametri biologici favorabili. În schimb, în 10% din grupul de control de femei, au avut o naștere prematură, iar în două cazuri s-a produs o separare condiționată a placentei.

În concluzie putem spune că utilizarea preparatelor enzimatice și, în particular, a preparatului **Wobenzym** servesc ca o sursă destul de eficientă pentru a reduce din riscurile care apar pe parcursul sarcinii, mai ales la grupurile de risc în care sunt incluse pacientele cu toxemie.

Schema de tratament în cazul acestor paciente este 3 drj x 3 prize administrare zilnic. În unele cazuri doza poate fi redusă la 2 drj x 3 prize administrare zilnic.

PESTE 3000 DE PRODUSE



CALITATE ȘI FIABILITATE



LIVRARE RAPIDĂ



www.medisal.ro

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

Email: office@medisal.ro
Comenzi: comenzi@medisal.ro
Informații: info@medisal.ro

Soluția completă în biopsie



BARD® MISSION® Pistol semiautomat
UF biopsie tisulară



BARD® MAGNUM® Pistol automat
reutilizabil biopsie tisulară



ENCOR ENSPIRE® Sistem de biopsie
reutilizabil cu vacuum



BARD® MONOPTY® Pistol automat
UF biopsie tisulară

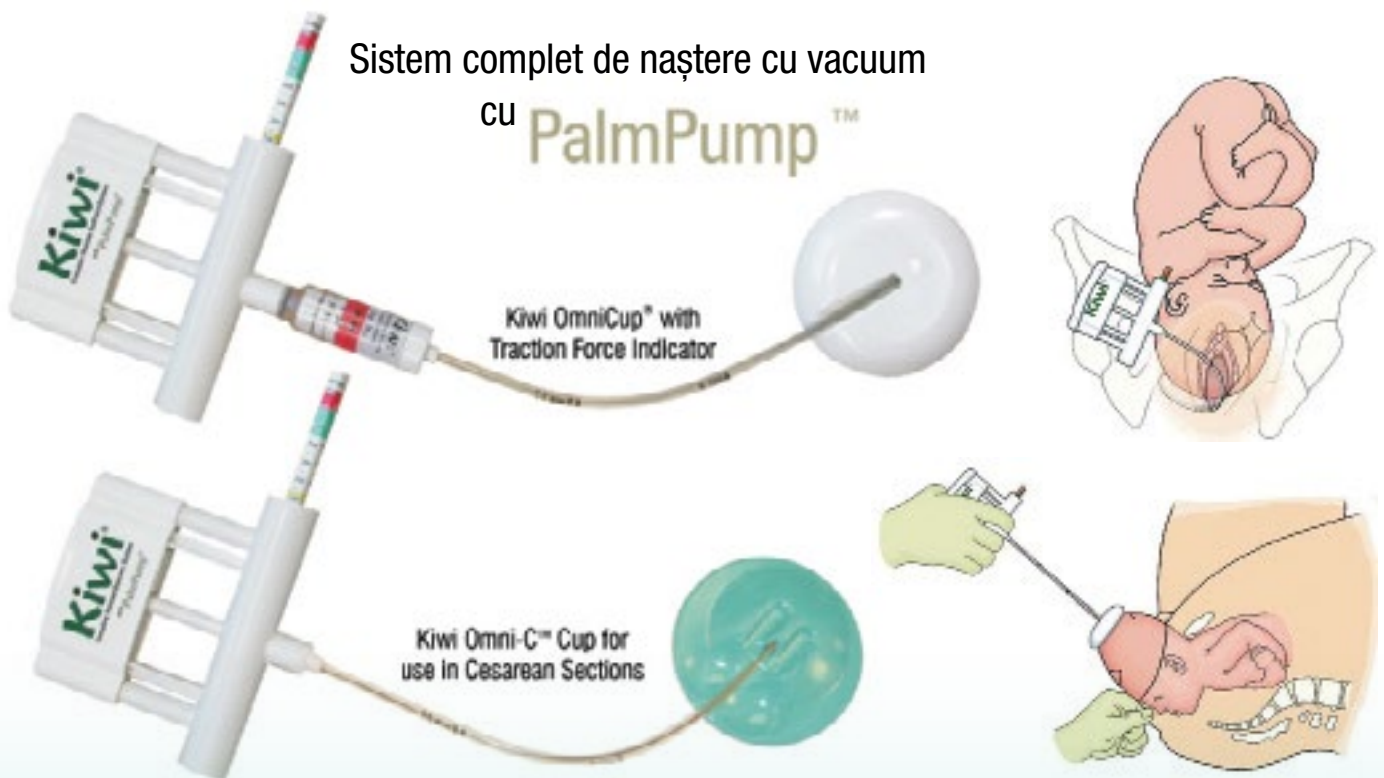
BARD® MARQUEE® Pistol dublă funcție:
automat și semiautomat UF biopsie tisulară



Kiwi Vacuum, naștere ușoară fără griji!

Sistem complet de naștere cu vacuum

cu **PalmPump™**



RAMIDO STAFF

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

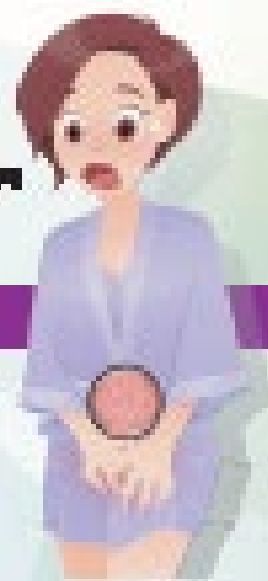
Firni Conservanți - Firni Parfum - Firni Gluten - Testate pentru Nichel

TINAMENT INTIM

Gynexelle Lacti-Gel

Lipogel intim calmant anti-roșeață

Lipogel pentru pielea și mucoasa vaginală, menține echilibrul vaginal-patibila ferind-o și asigurând bunăstare pe termen lung. Amestecul de ingrediente ameliorează starea și asigură o bună toleranță și confortabilă utilizare.



PROTECȚIE

Gynexelle ProDym oral

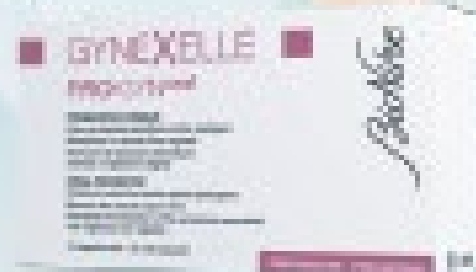
Probiotice Oral

Supliment alimentar cu acțiune și utilitate (P.A.) care are ca scop protecția, cura și capacitatea de a reveni la normalitate și de a restabili echilibrul bacterian și vaginal natural.

Include:

- Lactobacillus plantarum P 17633 - vaginal
- Lactobacillus paracasei | 1843 - digestiv
- Lactobacillus salivarius | 1794 - tractul intestinal

NOU!



CUȘOARE ȘI ÎNCALZIRE INTIMĂ

Tratament intim cu 3,3'-dișină metilacetat pH 3,3



Tratament intim cu 3,3'-dișină metilacetat (3,3'-DMAC) este un produs intim care are ca scop protecția, cura și capacitatea de a reveni la normalitate și de a restabili echilibrul bacterian și vaginal natural.

Tratament intim cu 3,3'-dișină metilacetat pH 3,3



Tratament intim cu 3,3'-dișină metilacetat (3,3'-DMAC) este un produs intim care are ca scop protecția, cura și capacitatea de a reveni la normalitate și de a restabili echilibrul bacterian și vaginal natural.

Tratament intim cu 3,3'-dișină metilacetat pH 3,3



Tratament intim cu 3,3'-dișină metilacetat (3,3'-DMAC) este un produs intim care are ca scop protecția, cura și capacitatea de a reveni la normalitate și de a restabili echilibrul bacterian și vaginal natural.

Adresa magazinului MEDICAL MAGAZIN - Strada Libertății, nr. 140, Etajul 2, București

www.medicalmagazin.ro - Contact: 0744 630 200 - office@medicalmagazin.ro + office@medicalmagazin.ro

Îmbunătățirea Calității Vieții Femeilor cu Prolaps Genital Prin Procedeul Terapeutic Chirurgical - SABA NAHEDD

Improving the Quality of Life's Women with Genital Prolapse Through Surgical Therapeutic Procedure - SABA NAHEDD



Dr. Saba Nahedd

Medic primar Obstetrică - Ginecologie
 Doctor în științe medicale, Cercetător științific gr.II,
 Institutul Național pentru Sănătatea Mamei
 și Copilului „Alessandrescu - Rusescu”
 Departamentul de Obstetrică - Ginecologie, Spital
 Clinic Polizu, mail:sabanahedd@gmail.com

Abstract - Introduction

Genital prolapse is the collapse of a part of an organ, of an organ, or of more organs, due to an ease of the fixing means.

It's a new concept for the treatment at the uterine prolapse, cystocele voluminows, the rectocele and SUI. All these pathologies can be treated in a single process, at the same operative session, without hysterectomy.

Material and methods

This paper aims to evaluate the stage over a period of 7 years of the 142 cases, the accidents and the immediate and delayed incidents, eventually the relapses of the uterine prolapse, of the cystocele, or recurrences in other departments such as: uretrocel, rectocele, elitro-rectocel.

Between 25.10.2012 and 30.09.2019 a total of 142 cases were hospitalized and operated in "Polizu" Hospital with the new surgical procedure for anchoring uterine isthmus with strip at the rectus abdominis muscle.

These cases were hospitalized with a diagnosis of uterine prolapse gr II - III cystocele per - magna.

In the 142 cases we performed a new therapeutic method for resolving uterine prolapse: "Anchoring uterine isthmus with strip at the rectus abdominis muscle sheath,, Procedure Saba Nahedd "

For this procedure I have invented a kit "Saba's Strips" which contains: a special isthmus strip, strip sub urethral, S & N clamp for anchoring isthmus.

Technical problems which resolve this procedure consist in: anchoring the isthmus strip on the back of the isthmus uteri-

ne and the free part of the strip is fixed on the front of the isthmus in order to prevent the slipping, so all the weight of the uterus is maintained by the strip as a hammock. The second strip is attached to the junction sub urethral and then anchored to the rectus abdominis muscle sheath by counter suprapubic incision. So the repositioning of uterus in anatomical, intermedium, position without opening rectovaginal space not to train elitro-rectocele.

Conclusions.

The technique has the advantage of a complete and effective surgical treatment of uterine prolapse gr.II and III and cystocele per magna because:

It solved the uterus prolapse and cystocele per magna and brings back to its anatomical position.

Placing the uterus in the intermediary, normal, position avoid the extension of rectovaginal space and consequently prevents the occurrence of rectocele and elitrocel.

Solve incontinence effort by using sub urethral strip.

The use of the polypropylene material and the nonresorbable threads that fit at the rectus abdominis sheath (an independent hormonal tissue) makes the chance of recurrence to become almost inexistent, considering that in the 142 cases we performed the percentage of recurrence of this compartment was "zero".

Surgical approach is exclusively vaginal avoiding incidents and accidents when opening peritoneal cavity.

Introducere

Prolapsul genital, denumit și coborârea de organe este o coborâre progresivă, în micul bazin a vaginului (sau a unei părți din vagin) și/sau a uterului, prin slăbirea musculaturii și a țesuturilor fibroase inextensibile ale perineului, precum și a mijloacelor de susținere a organelor micului bazin (ligamente rotunde, ligamente largi,

ligamente uterosacrate). Prolapsul uterin poate fi însoțit de prolapsul vezicii urinare (cistocel), de uretra (uretrocel), de rect (rectocel) precum și prolabarea fundului de sac Douglas (elitrocel).

Cauzele și factorii de risc care determină această patologie sunt:

- nașteri multiple, nașterea dificilă a unui copil cu greutate mare, constituie principala cauză a relaxării și slăbirii mușchilor care duc la prolaps uterin
- pierderea tonusului muscular asociată cu înaintarea în vârstă și reducerea post menopauză a cantității de estrogen, surplusul ponderal, tusea cronică, constipația cronică pot contribui sau agrava prolapsul uterin

Acest fapt explică hernierea, respectiv prolapsul uterin în afara comisurii vulvare în diferite grade cu apariția simptomatologiei clinice, care constă în senzația de greutate în porțiunea inferioară a pelvisului, durere lombară, la mers, desurie, dispareunie, senzație că „ceva cade în afară/stă pe o minge”, iritația introitului și ulcerării ale organelor prolabate, incontinența urinară la efort (IUE).

Consecințele psiho - sociale constau în tulburări sexuale; dispareunie; tulburări de anxietate; tulburări depressive; tulburări psiho - somatice; izolare socială; afectarea relațiilor actuale (divorț) și viitoare; dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme.

Consecințele psihice ale afecțiunii constau în starea de tensiune; starea de încordare; starea de disconfort cu semnificație negativă; starea de frustrare sau de deprimare.

Toate aceste simptome creează un disconfort biologic și social pentru paciente.

Prolapsul uterin este deseori asociat cu incontinența urinară la efort, pierderea câtorva picături de urină la efort, uneori mascată de prolabarea excesivă a uterului, prin cudarea uretrei.

În practica clinică, atât cistocelul cu IUE cât și pierderea suportului peretelui vaginal anterior contribuie la hipermobilitate ure-

trală și în consecință, la condiționarea etiopatogenică a IUE (De LANCEY, 2002)

Material și metodă

Această lucrare își propune evaluarea etapei cuprinsă pe o perioadă de 7 ani a celor 142 de cazuri operate de prolaps uterin, accidentele și incidentele imediate și tardive, eventual recidive ale prolapsului uterin, cistocelului, precum și a altor compartimente: uretrocel, rectocel, elitro-rectocel.

Din data de 25.10.2012 până în data de 30.09.2019 au fost internate și operate în Spitalul Clinic Polizu cu ajutorul noului procedeu 142 de cazuri.

Aceste cazuri au fost internate cu diagnosticul de prolaps uterin gr II – III, cistocel per – magna, la care, după investigațiile clinice și paraclinice:”cistografie micțională”, chiuretaj biopsic fracționat, rezecția cu ansa diatermică a colului uterin pentru a exclude patologia asociată, în special cea neoplazică, au beneficiat de această tehnică.

Pentru cele 142 de cazuri s-a practicat o nouă metodă terapeutică de corectare a prolapsului uterin „Ancorarea istmului uterin cu bandeleță la teaca mușchilor dreپți abdominali procedeu Saba N”

Pentru acest procedeu am inventat un kit “Bandelete SABA” (Fig.1) având aprobările de la OSIM prin Hotărârile nr. 23012, 23013/30.12.2013, Brevet nr. 020476, și aprobare USA cu nr. US2015/0335413A1, Certificat European nr. 2914196 care conține:

- O bandeleță istmică specială (Fig.2) din material de polipropilenă lungă cu lățimea de 1.2 cm, la capetele căreia se leagă câte un fir din material nerezorabil, la unul din capetele bandeleței pleacă o altă bandeleță liberă făcând o forma de Y.
- O bandeleță suburetrală (Fig.3) tot din același material cu lungimea de 10 cm și lățimea de 1.2cm la capetele ei sunt legate câte un fir.
- O pensă S&N pentru ancorarea istmului uterin (Fig.4) care are 2 brațe sudate între ele, în vârf are 2 orificii. Pensă este prevăzută cu un inel suplimentar pentru a reda unghiul necesar formării tunelelor. Mai este prevăzută cu 2 brațe de 2.5 cm (drept și stâng) care ne arată

înclinarea pencei față de meatul uretral.

Problemele tehnice pe care le rezolvă acest procedeu constau în ancorarea bandeleței istmice pe fața posterioară a istmului uterin, cât și partea liberă a bandeleței se fixează pe fața anterioară a istmului pentru a împiedica alunecarea lui, astfel toată greutatea uterului este menținută de bandeleță ca un hamac, cea de a doua bandeleță suburetrală se fixează la nivelul joncțiunii uretrale și apoi se ancorează la teaca mușchilor dreپți abdominali printr-o incizie orizontală de aproximativ 7 cm suprapubiană. Astfel, se repoziționează uterul în poziția sa anatomică intermediară fără a deschide spațiul rectovaginal pentru a nu antrena elitro-rectocel.

Bandeletele inventate intervin în spijinul Teoriei integrale a lui Popa Petros, conform căreia apariția prolapsului se datorează alterării țesutului conjunctiv care trebuie întărit cu aceste implanturi de polipropilenă.

Bandeleta suburetrală formează stâlpul principal și ancorează ligamentele puboure-

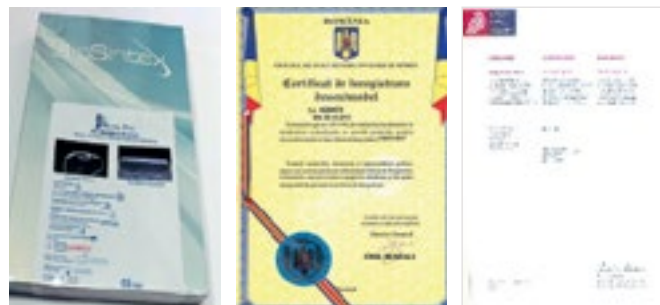


Fig.1 Kit Bandelete Saba

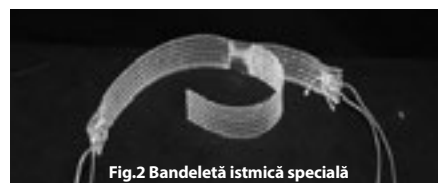


Fig.2 Bandeleță istmică specială

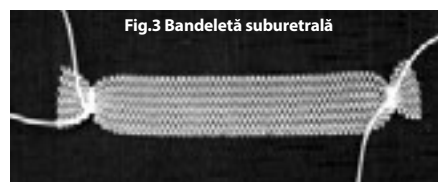


Fig.3 Bandeleță suburetrală



Fig.4 Pensă S&N pentru ancorarea istmului uterin

trale slăbite iar bandeleța istmică formează al II – lea stâlp important în teoria podul și ancorează ligamentele uterosacrate.

Rezultate și discuții:

lipsa unui consens privind existența în actualitate a unui procedeu chirurgical optim și eficient într-un asemenea context anatomo-clinic morbid m-a condus la elaborarea acestei tehnici chirurgicale cu următorii timpi operatori:

- Incizia în “T” inversat la 1.5 cm de orificiul cervical extern până la tuberculul uretral (Fig.5)
- Decolarea vezicii de pe peretele anterior al vaginului și a vezicii de pe col (Fig.6).
- Continuarea inciziei circulare pe fața posterioară a colului uterin și decolarea mucoasei vaginale de pe rect (Fig.7)
- Pensarea, secționarea și ligaturarea ligamentelor cardinale de aproximativ 1 cm (Fig. 8)
- Fixarea bandeleței istmice “lungă” pe fețele laterale și cea posterioară a istmului uterin (Fig.9)
- Se fixează partea liberă “scurtă” a bandeleței istmice pe fața anterioară a istmului uterin (Fig.10)

- Crearea tunelelor retropubiene (Fig.11)
- Incizia suprapubiană transversală de 5 cm
- Cu pensa S&N se montează capetele firelor bandeleței suburetrale în orificiul superior iar capetele firelor bandeleței istmice în orificiul inferior care se trec prin cele două tunele anterior formate (Fig.12)

- Ancorarea și ligaturarea firelor de pe bandeleța suburetrală la extremitățile laterale ale aponevrozei mușchilor dreپți abdominali, sub ghidajul unei sonde urinare gradate până când se obține o alungire a uretrei cu 1.5cm (Fig.13)
- Colpectomia anterioară urmată de colporafia anterioară și sutura inciziei posterioare a colului uterin (Fig.14)
- Ancorarea mediană a capetelor firelor bandeleței istmice la teaca mușchilor dreپți abdominali (Fig.15)
- Tracționarea și ligaturarea firelor de pe istmul uterin (Fig.16)
- Sutura inciziei suprapubiene
- Colpoperineorafie posterioară cu miorafia ridicătorilor anali. (Fig.17)

La această tehnică se poate efectua și amputația colului uterin când avem leziuni colposcopice sau alungirea hipertrofică a colului uterin apoi se continuă cu timpii operatori anterior menționați.

Cele 142 de cazuri operate au avut vârsta cuprinsă între 31-81 ani cu predominanța vârstei de peste 60 ani (vârsta a treia).

Din totalul de cazuri operate cu procedeul "Ancorarea istmului uterin la teaca mușchilor dreپți abdominali", în 69 cazuri a fost necesar amputația colului uterin datorită unei leziuni colposcopice marcate sau alungirea hipertrofică a colului uterin.

Pacientele s-au externat în ziua a-6-a, a -7-a cu conțenție vezică bună și cu reziduu vezical între 0-40ml, cu dispariția tuturor simptomelor pe care le acuzau la internare.

În perioada post operatorie imediată s-a menținut sonda urinară tip Folley 3-4 zile, primele 24 ore cu drenaj permanent apoi cu drenaj intermitent „adică cu o fiolă la capătul sondei Folley” pentru a redresa vezica urinară. În același timp s-a practicat instilație vezicală cu Ampicilina 1gr, Hemisuccinat de hidrocortizon 1fiolă, Xilina 1 fiolă iar în ultimele 48 ore s-a adăugat și o fiolă de Miostin în instilația vezicală și o fiolă de Miostin intramuscular pentru a stimula contracția musculară a vezicii urinare.

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

Din analiza chestionarelor completate pre-operator rezultă 95% din femei – facias trist, posomorât; 100% din femei – cu sentimente profunde de îngrijorare și panică privind afecțiunea lor și mai ales privind intervenția chirurgicală și spitalizarea; 80% din femei – cu stima de sine scăzută datorită disconfortului și patologiei în sine; 48% din femei – au început să absenteze la locul de muncă; 90% din femei – și-au redus viața socială, preferând să stea mai mult în jurul casei; 20% din femei – și-au întrerupt viața sexuală, colul uterin se afla în poziție intermediană, cu păstrarea conțenției și în momentul manevrei Valsalva.

De menționat că nu a fost nici un caz de recidivă a prolapsului uterin și a cistocelului până în prezent.

Recidive în alte compartimente au fost: uretrocel - 1 caz (0.74%); elitrocel 4 cazuri (2.96 %) care au fost operate. Și alte 5 cazuri (3.71%) de rectocel dintre care 1 singur caz a necesitat operație, restul de 3 cazuri prezintă rectocel incipient care până în momentul de față nu necesită intervenție chirurgicală.

În 2 cazuri (1.48%) ne-am confruntat cu complicația alunecării bandetei istmice, aceasta provocând sângerare minimă pe cale vaginală și a necesitat tăierea marginii alunecate.

Leziuni vezicale în 2 cazuri (1.64%) unde a necesitat verificarea cistoscopică apoi păstrarea sondei Folley timp de 2 săptămâni.

Dificultate la micțiune 2 cazuri (1.48%) complicație postoperatorie imediată, care au necesitat la 3 săptămâni secționarea bandetei suburetrale. În cursul următoarelor 2 săptămâni cazurile și-au reluat micțiunea fiziologică. Un singur caz de incontinență urinară la efort apărut la 1 an și 2 luni de la operație, pacienta a fost tratată cu Vesicare 5 mg o perioadă de 3 luni, după care simptomatologia s-a ameliorat.

Folosirea bandetei istmice și suburetrale este mai eficientă datorită formei și cantității materialului de polipropilenă reduce comparativ cu alte mese. Aceasta nu determină cartonări ale pereților vaginali, eroziuni vaginale sau dificultăți majore sexuale, dispareunie, lubrefiere.

De menționat că nu au fost complicații intraoperatorii de tipul sângerări din tunelele retropubiene sau leziuni vezicale.

Fig.5. Incizia în "T" inversat la 1.5 cm de orificiul uterin extern până la tuberculul uretral



Fig.6. Decolarea vezicii de pe peretele anterior al vaginului și a vezicii de pe col

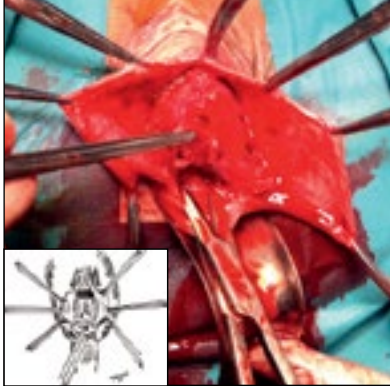


Fig.7. Continuarea inciziei circulare pe fața posterioară a colului uterin și decolarea mucoasei vaginale de pe rect

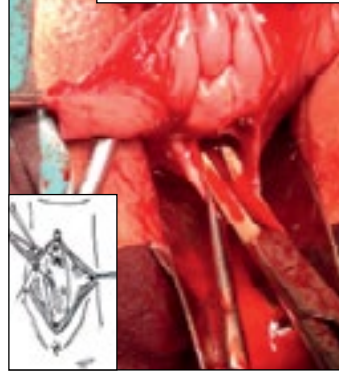


Fig.8. Pensarea, secționarea și ligaturarea ligamentelor cardinale de aproximativ 1cm

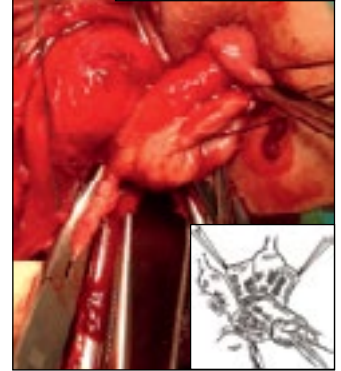


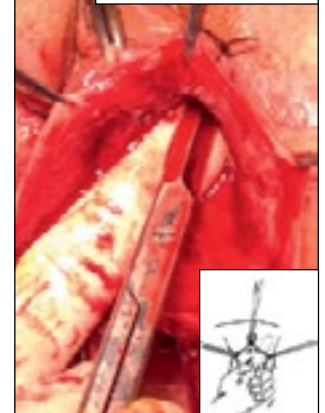
Fig.9. Fixarea bandetei istmice "lungă" pe fețele laterale și cea posterioară a istmului uterin



Fig.10. Se fixează partea liberă "scurtă" a bandetei istmice pe fața anterioară a istmului uterin



Fig.11. Crearea tunelelor retropubiene



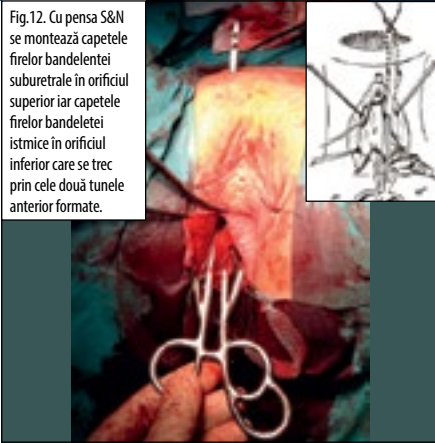


Fig.12. Cu pensa S&N se montează capetele firelor bandeletei suburetrale în orificiul superior iar capetele firelor bandeletei istmice în orificiul inferior care se trec prin cele două tunele anterior formate.



Fig.13. Ancorarea și ligaturarea firelor de pe bandeleta suburetrală la extremitățile laterale ale aponevrozei dreptilor abdominali, sub ghidajul unei sonde urinare gradate până când se obține o alungire a uretrei de 1.5cm

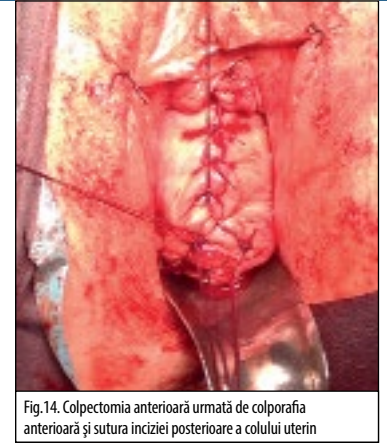


Fig.14. Colpectomia anterioară urmată de colporafia anterioară și sutura inciziei posterioare a colului uterin

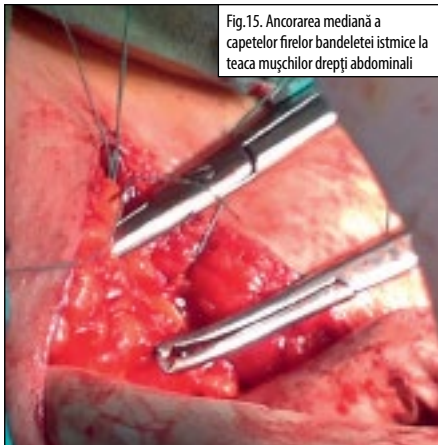


Fig.15. Ancorarea mediană a capetelor firelor bandeletei istmice la teaca mușchilor dreți abdominali

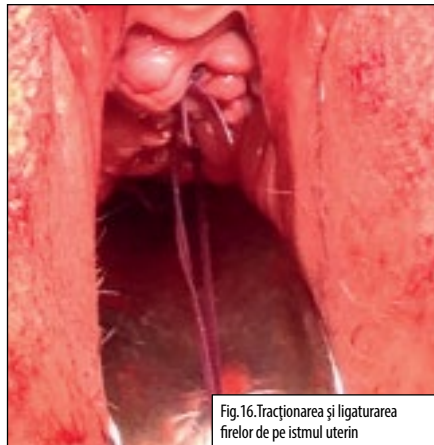


Fig.16. Tracțiunea și ligaturarea firelor de pe istmul uterin

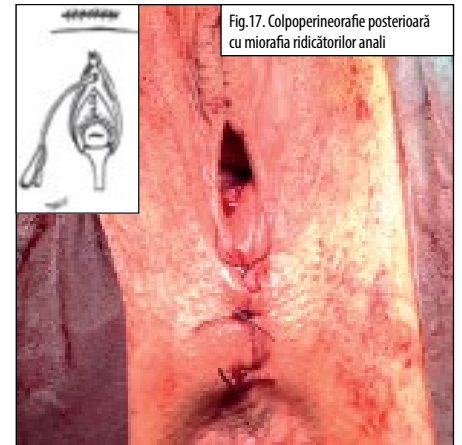


Fig.17. Colpoperineorafie posterioară cu miografia ridicătorilor anali

BIBLIOGRAFIE

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



Preoperator



Postoperator după 6 ani

Concluzii:

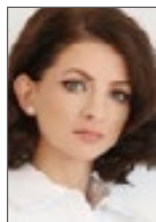
Tehnica prezintă avantajul unui tratament chirurgical complet și eficient al prolapsului uterin gr.II - III și a cistocelului per magna întrucât:

- Rezolvă prolapsul uterin și cistocelul per magna pe care le aduce în poziția lor anatomică.
- Punerea uterului în poziție anatomică normală, evită mărirea spațiului rectovaginal și în consecință împiedică apariția rectocelului și elitocelului.
- Rezolvă incontinența urinară la efort prin folosirea bandeletei suburetrale.

- Folosirea materialului de polipropilenă și fire nerezorbabile care se fixează la teaca mușchilor dreți abdominali, țesut independent hormonal, face ca șansele de recidivă să devină cât mai mici sau aproape inexistente unde, în cele 142 cazuri recidivă în acest compartiment a fost "zero".
- Rejetul în folosirea Kit Bandelete SABA respectiv bandeleta istmică și cea suburetrală a fost zero datorită formei acestora și cantitatea redusă de material de polipropilenă.
- Abordarea chirurgicală este în exclusivitate pe cale vaginală evitându-se incidentele și accidentele în cazul deschiderii cavității peritoneale.
- Îmbunătățirea marcabilă a calității vieții femeilor.

Chirurgia estetică intimă

Chirurgia estetică intimă vine în scopul de a corecta și îmbunătăți atât aspectul zonei genitale cât și starea psihică a pacientului. Chirurgia intimă se poate practica atât la femei cât și la bărbați, la femei cele mai frecvente intervenții numindu-se labioplastie și vaginoplastie, iar la bărbați faloplastie.



Dr. Daniela Diveică

Medic specialist
chirurgie plastică și estetică
<https://danieladiveica.ro>

Labioplastia este intervenția estetică intimă care corectează labiile prea mari, prea voluminoase, prea lungi, închise la culoare (hiperpigmentate), „căzute” sau asimetrice. Intervenția se realizează sub anestezie locală și durează aproximativ 30-90 minute, iar timpul de recuperare este de aproximativ 2 săptămâni.

În aceeași măsură, pacientele solicită și augmentarea punctului G cu acid hialuronic stabilizat. Aceasta constă în injectarea de acid hialuronic, la acest nivel, astfel încât să se obțină o

expunere crescută a acestuia în timpul actului sexual. Intervenția se face cu anestezie locală, durează 20-30 minute, pacienta pleacă imediat acasă și rezultatul se poate observa în 3-5 zile. Intervenția trebuie repetată la un interval de aproximativ 9 -12 luni.

Există fillere cu acid hialuronic stabilizat pentru volumizare, create special pentru zona intimă și fillere - Rebirth implant dermal - gel cu acid hialuronic nereticulat și îmbogățit cu aminoacizi, enzime, antioxidanți, peptide.

O altă procedură este vaginoplastia chirurgicală sau nechirurgicală. Vaginoplastia, numită și reținere vaginală, este o operație realizată în scopul strâmtării vaginului care s-a relaxat după nașterea pe cale naturală sau datorită îmbătrânirii țesuturilor. Intervenția chirurgicală poate fi efectuată chiar și la femeile care nu au avut copii, dar au vaginul mai larg constituțional.

Există și categoria tratamentelor neinvazive iar aici amintesc peelingurile pentru albirea și întinerirea zonei intime, cu caracteristici speciale pentru această zonă.

Rezolvarea o constituie tratamentul local de depigmentare prin aplicarea unui peeling creat pentru zona intimă, pentru caracteristicile delicate ale acestei zone, urmat de aplicarea unei creme de luminozitate și uniformizare a tonului pielii, fără hidrochinonă.

Protocolul este unul simplu datorită sistemului special și rapid „Pain Less”. Nu este nevoie de un timp de recuperare special, astfel, crema trebuie utilizată din a doua zi timp de 12 săptămâni/2 ori pe zi. Formula Vigorate - îmbunătățește aspectul, redensifică textura și turgorul, uniformizează culoarea pielii. O aplicație a acestei variante de peeling ar fi și aplicarea pe zonele interne ale brațelor și a coapselor, acolo unde prin fricțiune se produc daune legate de calitatea și culoarea pielii în zonă.

În cabinet putem efectua și vaginoplastia nechirurgicală cu ajutorul laserului CO₂ recunoscut internațional de comunitatea științifică, având în spate cele mai multe studii clinice care confirmă rezultate foarte bune în tratamentele de rejuvenare vaginală și are aplicații multiple: de la rejuvenarea vaginală după nașteri, aplicațiile tehnicii în vaginita atrofică, la tratamente de rejuvenare post naștere, incontinență urinară. Acidul hialuronic împreună cu Siliciu Organic incluse în formula Revival care se poate aplica imediat în cabinet și acasă cu ajutorul unui aplicator, ajută zona să se recupereze mai rapid. Ajută la hidratare prin reglarea echilibrului osmotic, acționează ca un absorbant de șoc, lubrefiant, iar siliciul induce o producție crescută de colagen peste fibroblastele „îmbătrânite” sau deteriorate.

HAPPY intim®



Reintinerire vaginală și intravaginală
Creșterea gradului de nutriție
Biorevitalizare & Hidratare
Luminozitate & Albire
Volumizare
Restructurarea &
Elasticitatea pielii
Recuperare post laser

Desirial[®]
LHA TECHNOLOGY plus



Desirial[®]
LHA TECHNOLOGY



Discromie

Uscăciune intimă

Volumizare

- consolidarea funcțiilor de protecție a labiilor majore

Laxitate vaginală

Confort vaginal

Iritații cronice



medfarm.ro



Fondat 1994

GINECOLOGIE

COLPOSCOAPE OPTICE + VIDEO	ECLERIS (USA)
STERILIZARE (18-60L)	NEWMED (Italia)
ECOGRAFE	CHISON (PRC)
MONITORE FETALE (CTG)	EDAN (PRC)
INSTRUMENTAR INOX	RAYDENT (Pk)
ELECTROCAUTERE	LED (Italia)
RADIOCAUTERE	SOMETECH (Korea)
MOBILIER MEDICAL	SCHRODER (Turcia)
HISTEROSCOPIE	TIANSONG (PRC)



diagnosticare si tratament
instrumentar de specialitate
mobilier si accesorii
consumabile

+ consultanta la achizitii
+ suport tehnic / instruire personal
+ service autorizat MS
+ finantare



Medfarm Trading srl, Bucuresti - Str. Zefirului 21, Tel: (021) 320 19 20
www.medfarm-trading.ro / www.dotarimedicale.ro

Reprezentant autorizat din 1994 pentru distributie / service:
ECLERIS / EDAN / LED / SOMETECH / CHISON / FAZZINI / NEWMED / SCHRODER
RAYDENT / PAX / TIANSONG / KAWE /

meclon[®]
Metronidazol 500 mg, Clotrimazol 100 mg
Un ovul, o dată pe zi!

Redă starea de bine



Eficace în infecțiile vaginale de origine bacteriană, fungică, protozoarică sau mixtă

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Acest material promoțional se adresează profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații complete consultați rezumatul caracteristicilor produsului Meclon 500mg/500mg ovule. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro.

Alfasigma România S.R.L.
Str. Cluceru Udriceni, 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: info.ro@alfasigma.com

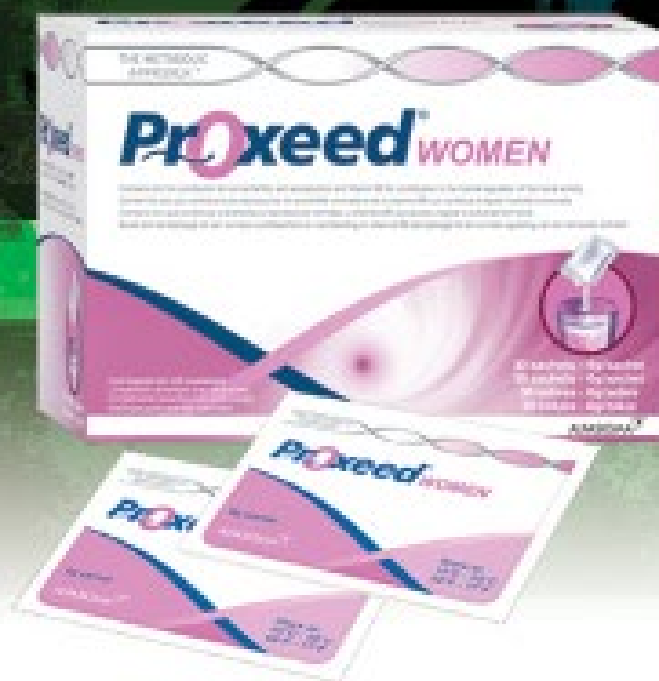
ALFASIGMA 

Proxeed[®] WOMEN

Crește șansa sarcinii!



Fertilitate feminină



● Suport energetic ● Antioxidant ● Vasodilatator ●

1 plic/zi, timp de 4-6 luni, sau cât pacienta încearcă să conceapă

Proxeed Women este un supliment alimentar și nu trebuie să înlocuiască o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A se citi prospectul înainte de utilizare. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. Raportați orice reacție adversă la aceste produse la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro.

Proxeed^{PLUS}

Crește șansa sarcinii!

Fertilitate masculină



● *Support energetic* ● *Antioxidant* ● *Vasodilatator* ●

2 plicuri/zi, timp de 4-6 luni, sau cât pacientul încearcă să conceapă

Proxeed Plus este un supliment alimentar și nu trebuie să înlocuiască o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A se citi prospectul înainte de utilizare. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. Raportați orice reacție adversă la aceste produse la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro.

Proxerex[♂]

Crește dorința sexuală!

Pentru bărbați



● *Support energetic* ● *Antioxidant* ● *Vasodilatator* ●

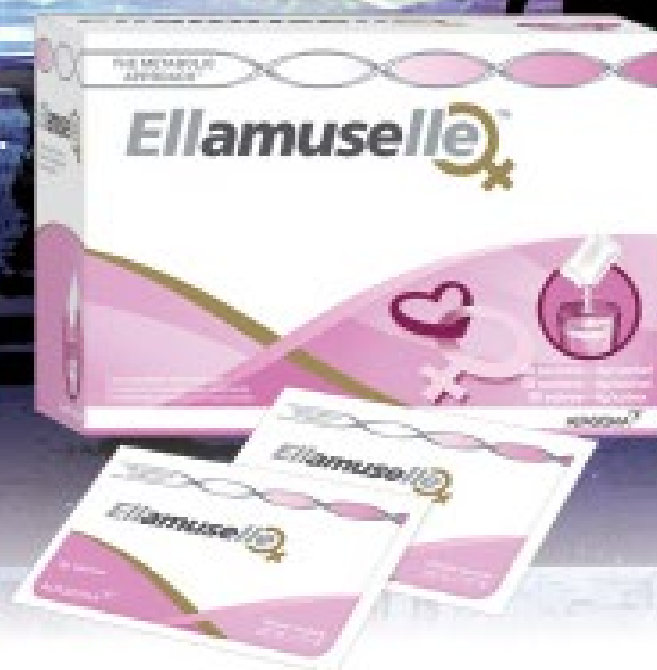
1 plic / zi în cicluri de 2-3 luni

Proxerex este un supliment alimentar și nu trebuie să înlocuiască o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A se citi prospectul înainte de utilizare. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. Raportați orice reacție adversă la aceste produse la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@adenda.ro.

Ellamuselle[™]

Crește dorința sexuală!

Pentru femei



● Suport energetic ● Antioxidant ● Vasodilatator ●

1 plic / zi în cicluri de 2-3 luni

Ellamuselle este un supliment alimentar și nu trebuie să înlocuiască o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A se citi prospectul înainte de utilizare. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. Raportați orice reacție adversă la aceste produse la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro.

SEASONIQUE

Singurul contraceptiv oral combinat cu regim extins de administrare

4

menstruații
pe an

Fără interval
liber hormonal
(HFI)*

Ameliorarea
simptomelor
asociate cu HFI

Febrie, cefalee,
dureri abdominale,
bătănie etc.**



seasonique

levonorgestrel/etinodiol 0,02 mg/0,01 mg pe tabletă și
etinodiol 0,02 mg pe tabletă



 **Theromex**
For Women, For Health

*Menstruațional
**Medicine & Health News Report (2006, 21(3), 374-376)

Partener
de încredere
în fiecare
etapă a sarcinii



**PRECONCEPȚIE
ȘI PRIMELE 12 SĂPTĂMĂNI
DE SARCINĂ**



**DIN SĂPTĂMĂNA
A 13-A DE SARCINĂ**



**ALĂPTARE ȘI ÎNGRIJIRE
POSTNATALĂ**



Elevit 1, comprimate filmate
cu Metafolin, acid folic,
multivitamine și minerale

Elevit 2, capsule moi cu Metafolin,
Omega 3 (DHA și EPA),
multivitamine și minerale

Elevit 3, capsule moi cu Omega 3
(DHA), Lutefină, multivitamine
și minerale