A&D Pharma · ALFASIGMA · AESTHETICS · B BRAUN · Bionorica · DuxMed · DIGIMEDICAL · GENODYNAMIC · GEROT LANNACH · nuPas · MedActiv · MEDIMOW · MTI · PHARMA TELNET · ROMBIOMEDICA · SANADOR · anience · Solartium · STORZ · TZMO · VAVIAN TRADING

MEDICAL MARKET

Urologie

20 DE ANI
20 de ani de presă medicală sub egida Fin Watch

Revista profesioniștilor din Sănătate 2019 - 2020

Acad. Prof. Dr. Ioanel Sinescu

Președinte ARU

Prof. Univ. Dr. C. Pricop

Președinte ROMURO 2019

Prof. Univ Dr. Ioan Coman

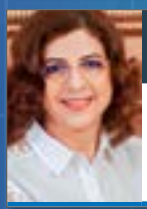
UMF „Iuliu Hatieganu" Cluj-Napoca

Conf. Univ Dr. Bogdan Geavlete

Spitalul de Urgență Sf. Ioan, București

Prof. Univ. Dr. Gheorghe Bumbu

Clinica de Urologie Oradea



Dr. Daiana Popa

Medic primar Medicină Fizică și de Reabilitare

Conf. Univ. Dr. Florina Ligia Popa

Univ. Lucian Blaga, Sibiu

Publicație adresată cadrelor medicale

Motto: "Sprijinim Viața Activă"

Furnizăm dispozitive medicale ale unor producători renumiți în domeniul urologiei, pentru recuperarea sau înlocuirea unor deficiențe urologice. Credem cu tărie în produsele de calitate: catetere, sonde, saci de urină, plase pentru vezică, pentru diverse necesități, pe care le distribuim la nivel național.

www.ajutaviata.ro/msn

Medical Services For Neurology Srl
Str. Monumentului, nr 42, Vidra, Ilfov;
telefon: 0742126816

MEDICAL SERVICES FOR NEUROLOGY

SEESHEEN

see the endo-sheen

Videoureterorenoscop

Videocistoscop

Distribuitor: LOGARITM SRL, Str. Pridvorului 13,
Bl. 13, Ap. 3, sector 4, Bucureşti 041202
Tel./fax 021-3305069, GSM 0726.671.010,
e-mail: log@logaritm.ro

Acad.I. Sinescu, Preşedintele
Asociaţiei Române de Urologie

Prof. Dr. C. Pricop
Preşedintele celui de-al XXXV-lea Congres
al Asociaţiei Române de Urologie

Dragi colegi și prieteni,

In numele Asociației Române de Urologie și al Comitetului de Organizare, suntem deosebit de onorați să vă adresăm urarea ”BUN VENIT” la cel de-al XXXV-lea Congres Național de specialitate, ROMURO 2019.

Programul științific al Congresului este bogat și variat, acoperind, practic, toate aspectele specialității noastre. Discuțiile și schimburile de idei și de experiență vor reprezenta, pe de o parte, cristalizarea informațiilor și a procedurilor de practică, iar pe de altă parte, vor aduce un plus pentru fiecare dintre noi, indiferent de pozițiile profesional-științifice pe care ne aflăm.

Încă o data, participarea la congresul național oferă posibilități de inițiere și / sau formare în laparoscopie prin numeroase sesiuni HOT.

Sunt prezenți, la Congresul nostru, colegi din străinătate și, ca de fiecare dată, ESU, căreia i-am dedicat o întreagă zi în teme de interes pentru comunitatea noastră profesională.

Aria expozițională este prezentă cu tot ceea ce înseamnă nou și modern în specialitate, o reală condiție de a ne alinia standardele interne la cele europene și internaționale.

Vă mulțumim pentru participarea largă și prestigioasă, activă, ceea ce va consemna un alt moment de progres profesional și de întărire a relațiilor colegiale și prietenești dintre noi, dublate de apreciere și recunoaștere pentru tot ceea ce înseamnă muncă și realizări în specialitate.

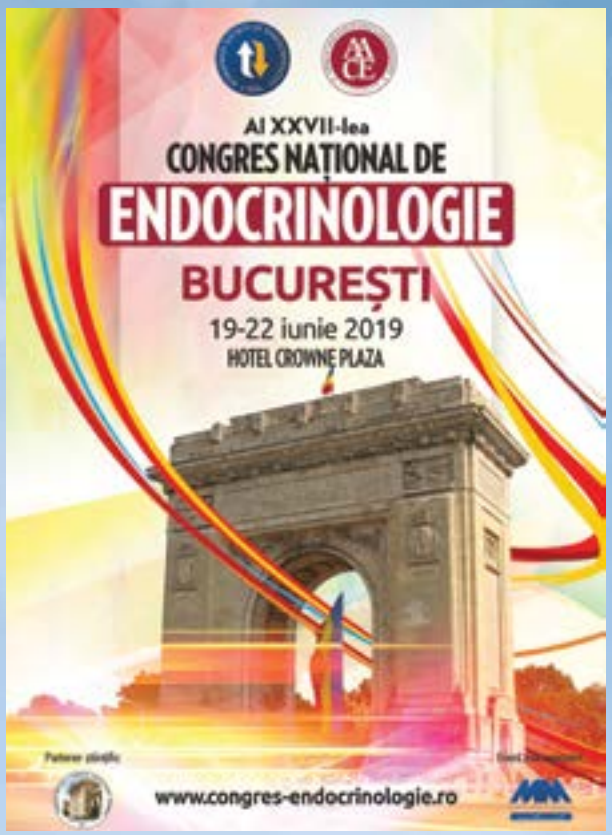
Cu deosebite sentimente colegiale și prietenești,

Preşedinte ARU
Acad. I. Sinescu

Preşedinte ROMURO 2019,
Prof. Dr. C. Pricop

ROMURO 2019
BUCUREŞTI • CROWNE PLAZA
5 - 8 IUNIE

Al XXXV-lea Congres al ASOCIAŢIEI ROMÂNE DE UROLOGIE | The XXXVth Congress of the ROMANIAN ASSOCIATION OF UROLOGY



Rezecția bipolară – o tehnică mereu actuală **Conf. Univ. Bogdan Geavlete**	6
„Urologia este una dintre cele mai atractive specialități chirurgicale” **Prof. Univ Dr. Ioan Coman**	10
Uroginecologul în chirurgia defectelor și reabilitării planșeului pelvin **Prof. univ.dr. Gheorghe Bumbu**	14
Particularități ale infecțiilor urinare la pacienții cu leziuni vertebro-medulare **Dr. Daiana Popa**	16
Probleme de diagnostic în tumorile de tract genito-urinar; prezentare de cazuri **Prof. Dr. Carmen Ardeleanu, Dr. Horatiu Mureșan**	24
Mijloace de reabilitare în disfuncțiile vezicale neurogene **Dr. Florina Ligia Popa**	26
Prevenția litiazei urinare **Dr. Bogdan Gabriel Pârlițeanu**	34

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

ISSN 2286 - 3443

FIN WATCH

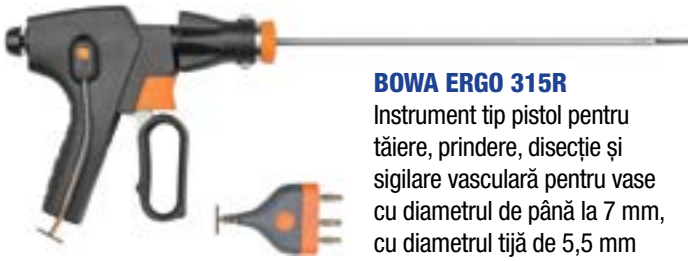
ROMBIOMEDICA
PARTENERIATE PENTRU VIAȚĂ

BioSintex
LEADING SURGICAL SUTURE

SOLUȚII COMPLETE PENTRU UROLOGIE

BOWA ARC 400
Sistem electrochirurgical cu tehnologii:
mono/bipolar, sigilare vasculară și hemostază cu argon

DISPOZITIVE PENTRU UROSTOMIE
Sac urostomie cu evacuare, cu valvă de închidere, pretăiat 19-45 mm |
Sac urostomie transparent pentru copii: orificiu decupabil 9-25 mm



BOWA ERGO 315R
Instrument tip pistol pentru tăiere, prindere, disecție și sigilare vasculară pentru vase cu diametrul de până la 7 mm, cu diametrul tijă de 5,5 mm

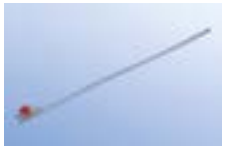
CLIPURI

PLASE CHIRURGICALE
BANDELETE PENTRU INCONTINENȚĂ URINARĂ

CATETERE

TROCARE

NEXAM PRO
SISTEM WIRELESS
DE URODINAMICĂ



SONDE

CONDOAME URINARE

SACI COLECTORI URINĂ

FLOWMASTER
UROFLOWMETRIE

S.C. ROMBIOMEDICA S.R.L.
Str. Nikolai Gogol, Nr. 1A, Ap. 2, Sector 1,Cod 012017 Bucuresti, Romania
Tel.:021 230 23 90 • Fax: 021 230 23 91
E-mail: contact@rombiomedica.com • Web: www.rombiomedica.com

S.C. BIOSINTEX S.R.L
Sos. Vladiceasca, Nr. 4, Com. Snagov, Jud. Ilfov, Cod 077168, Romania
Tel.: 021 266 00 01 • Fax: 021 266 00 02
E-mail: contact@biosintex.com • Web: www.biosintex.com

Rezecția bipolară – o tehnică mereu actuală

Rezecția transuretrală a prostatei este considerată standardul de aur la bărbații care dezvoltă simptome ale tractului urinar inferior secundar hiperplaziei benigne de prostată [1]

Conf. Univ.
Bogdan Geavlete

Spitalul Clinic de Urgență Sf. Ioan, Departamentul Urologie, UMF Carol Davila, Facultatea de Medicină

Asproiu E [1], Cosmin Ene [1,2], Petrișor Geavlete [1,2]

1- Spitalul Clinic de Urgență Sf. Ioan București – Departamentul Urologie
2- UMF Carol Davila București – Facultatea de Medicină

Tehnicile de rezecție bipolară au fost foarte populare încă de la început datorită curbei mici de învățare [2] comparativ cu rezecția transuretrală monopolară a prostatei și datorită faptului că se lucrează într-un mediu salin care evită sindromul post TUR [3]. În timpul rezecției bipolare energia este limitată între un pol activ (bucla de rezecție) și un pol pasiv situat în vârful rezectoscopului. Țesutul prostatic îndepărtat este identic cu cel din rezecția monopolară, dar necesită mai puțină energie [4].

Tehnica operatorie

Rezecția bipolară prezintă mai multe variante, în funcție de modul în care se desfășoară procedura: cea mai asemănătoare cu tehnica monopolară este rezecția bipolară cu ansa (Fig. 1), apoi vaporizarea transuretrală a prostatei care este derivată din rezecția bipolară plasmakinetică și utilizează un generator de mare frecvență și un electrod bipolar pentru a crea un efect plasmatic care să vaporizeze țesutul prostatic [5].

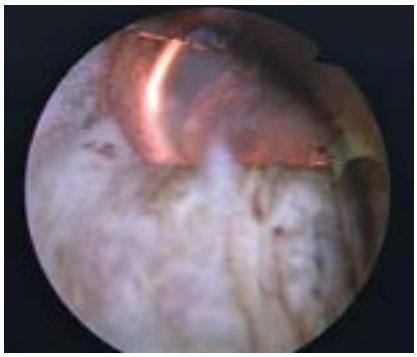


Fig. 1 Rezecție bipolară cu ansa

„Butonul" afișează o coroană plasmatică care permite rezecția adenomului de prostata strat cu strat începând de la suprafața mucoasei continuând spre capsula prostatică până ce fibrele musculare devin clar vizibile [6,7]. Procedura se termină cu vaporizarea lobului anterior la ora 12 și cu îndepărtarea țesutului apical din jurul verum montanum (Fig. 2) [8].

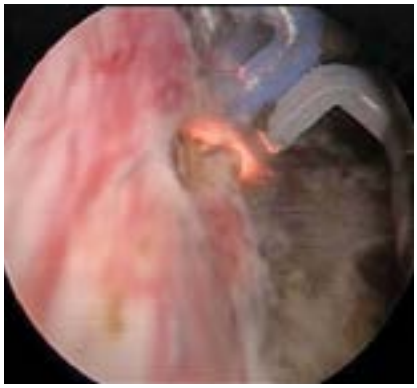


Fig. 2 Vaporizare bipolară cu button-ul

Un alt tip de abordare bipolară al prostatei este reprezentat de enucleere. Procedura începe cu rezecția la ora 12 și se continuă cu pozițiile de la ora 5 și 7 lateral de verum montanum pentru a enuclea lobii laterali ai prostatei. Apoi, mucoasa din zona apicală a adenomului este incizată circumferențial. Ambii lobi laterali și lobul median sunt desprinși de capsula prostatică printr-o manieră retrogradă de la apex până la vezică pentru a întrerupe sângerarea (Fig. 3).

Fig. 3 Enucleere bipolară cu button-ul

Rezultate

Referitor la eficacitate, ultima mare meta-analiză care a inclus un total de 69 de studii randomizate controlate (incluzând 8517 pacienți), timp de 12 luni evaluând aparatele bipolare, nu a arătat diferențe importante între rezecția monopolară și cea bipolară, în ceea ce privește scorul internațional al simptomelor prostatice (IPSS), scara calității vieții (QoL score), rezidu-ul post micțional (PVR) și volumul prostatei. Procedurile de rezecție bipolară par a fi asociate cu un flux urinar mai ridicat (Qmax). Oricum studiul concluzionează faptul că este nevoie de studii suplimentare care să compare dispozitivul PVP 180W XPS și competitorii moderni (incluzând rezecția bi-

Bionorica®

Simptome de inflamație a tractului urinar inferior?*

Canephron® forte

NOU: Doar 3 x 1 drajeu pe zi**

- calmează senzația de usturime și durere la urinare
- înlătură crampele vezicii urinare
- accelerează eliminarea bacteriilor și previne formarea calculilor renali

MEDICAMENTUL GERMAN pentru tratarea simptomelor inflamației tractului urinar inferior!

* **Canephron® forte** este un medicament din plante medicinale, cu utilizare tradițională, folosit pentru tratamentul suportiv și adjuvant la medicația specifică administrată în cazul simptomelor ușoare (urinări frecvente, usturime la urinare și necesitate imperioasă de a urina) cauzate de bolile inflamatorii ale tractului urinar inferior; pentru a crește fluxul urinar, în scopul reducerii depunerilor de calculi renali.

** În comparație cu 3 X 2 drajeuri pe zi când tratamentul se face cu **Canephron®**. Ingredientul activ din doza zilnică de 6 drajeuri **Canephron®** este echivalent cu cel din 3 drajeuri **Canephron® forte**.

Doze și mod de administrare:
La adulți și adolescenți cu vârsta de 12 ani și peste se recomandă 1 drajeu de 3 ori pe zi.
Drajeurile trebuie înghițite întregi (fără a fi mestecate), cu o cantitate suficientă de lichid (de exemplu, un pahar cu apă).
Se poate avea în vedere utilizarea Canephron® forte în timpul sarcinii, dacă este necesar.

Bionorica SE, Germany, Str. Kerschensteiner nr.11-15, 92318 Neumarkt

Phytoneering
One step ahead in thinking and research!

polară și enucleerea cu laser Holmium a prostatei). Enucleerea cu laser Holmium a prostatei a devenit standardul tehnicii de enucleere cu rezultate satisfăcătoare pe termen mediu și cu o rată mică a complicațiilor [9]. Nu s-au raportat diferențe pe termen scurt în stricturile uretrale/scleroze de col vezical, rezecția bipolară fiind preferată deoarece oferă un profil peri-operator mult mai sigur (eliminarea sindromului de TUR, rata mai mică a transfuziilor de sânge, retenția cu cheaguri, cateterizarea și reducerea numărului zilelor de spitalizare) [10]. O comparație a evaluării funcției sexuale, cuantificat cu indexul internațional al funcţei erectile (IIEF-15) nu a arătat diferențe între rezecția bipolară și rezecția monopolară la 12 luni (urmărind erecția, libidoul, plăcerea în timpul actului sexual) [11]. Dacă ne referim la parametrii post operatori principali (IPSS, Qmax, QoL) există studii pe termen mediu, dar mai puține pe termen lung despre fiecare dintre aceste trei metode: rezecția bipolară, vaporizarea bipolară cu plasmă și enucleerea bipolară cu plasmă. În ceea ce privește rezecția bipolară, studiile au arătat rezultate funcționale similare (IPSS, Qmax, QoL) între aceasta și laser Holmium după 2 ani de urmărire într-un număr mare de studii randomizate controlate incluzând 280 de pacienți. Pacienții care au fost tratați cu laser Holmium s-au evidențiat printr-o perioadă scurtă de spitalizare, de cateterism vezical redus și risc mic de sângerare [12].

Concluzii

Având în vedere toate aceste aspecte și conform ghidurilor europene de urologie bazate pe studii pe termen lung, poate fi observat faptul că în prezent rezecția bipolară reprezintă o alternativă viabilă a rezecției monopolare la pacienții cu simptome moderat-severe ale tractului urinar inferior secundar adenomului de prostată, cu eficacitate similară, dar morbiditate peri-operatorie scăzută.

Referințe

1. Sønksen J, Barber NJ, Speakman MJ, Berges R, Wetterauer U, Greene D, Sievert KD, Chapple CR, Montorsi F, Patterson JM, Fahrenkrug L, Schoenthaler M, Gratzke C. Prospective, randomized, multinational study of prostatic urethral lift versus transurethral resection of the prostate: 12-month results from the BPH6 study. Eur Urol. 2015 Oct;68(4):643-52.
2. Nunes RLV, Antunes AA, Constantin DS. Contemporary surgical treatment of benign prostatic hyperplasia. Rev Assoc Med Bras (1992). 2017 Aug;63(8):711-716.
3. Chen SS, Chiu AW, Lin AT, Chen KK, Chang LS. Clinical outcome at 3 months after transurethral vaporization of prostate for benign prostatic hyperplasia. Urology. 1997 Aug;50(2):235-8.
4. Issa, M.M. Technological advances in transurethral resection of the prostate: bipolar versus monopolar TURP. J Endourol, 2008. 22: 1587.
5. Botto, H, Lebret T, Barré P, Orsoni JL, Hervé JM, Lugagne PM. Electrovaporization of the prostate with the Gyrus device. J Endourol, 2001. 15: 313.
6. Zhang SY, Hu H, Zhang XP, et al. Efficacy and safety of bipolar plasma vaporization of the prostate with „button-type" electrode compared with transurethral resection of prostate for benign prostatic hyperplasia. Chin Med J (Engl). 2012; 125(21):3811-4.
7. Kranzbühler B, Wettstein MS, Fankhauser CD, et al. Pure bipolar plasma vaporization of the prostate: the Zürich experience. J Endourol. 2013; 27(10):1261-6.
8. Tefekli A, Muslumanoglu AY, Baykal M, Binbay M, Tas A, Altunrende F. A hybrid technique using bipolar energy in transurethral prostate surgery: a prospective, randomized comparison. J Urol. 2005; 174(4 Pt 1):1339-43.
9. Cornu JN, Ahyai S, Bachmann A, de la Rosette J, Gilling P, Gratzke C, McVary K, Novara G, Woo H, Madersbacher S. A Systematic Review and Meta-analysis of Functional Outcomes and Complications Following Transurethral Procedures for Lower Urinary Tract Symptoms Resulting from Benign Prostatic Obstruction: An Update. Eur Urol. 2015 Jun;67(6):1066-1096.
10. Mamoulakis, C., Ubbink DT, de la Rosette JJ. Bipolar versus monopolar transurethral resection of the prostate: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Eur Urol, 2009. 56: 798.
11. Mamoulakis, C, Skolarikos A, Schulze M, Scoffone CM, Rassweiler JJ, Alivizatos G, Scarpa RM, de la Rosette JJ.. Bipolar vs monopolar transurethral resection of the prostate: evaluation of the impact on overall sexual function in an international randomized controlled trial setting. BJU Int, 2013. 112: 109.
12. Chen YB, Chen Q, Wang Z, et al. A prospective, randomized clinical trial comparing plasmakinetic resection of the prostate with holmium laser enucleation of the prostate based on a 2-year followup. J Urol 2013;189:217–22.

TURN LAPAROSCOPIC 4K

- Procesor de imagine 4K
- Telescop 4K
- Monitor Medical 4K cu claritate optimă
- Sursă lumină LED

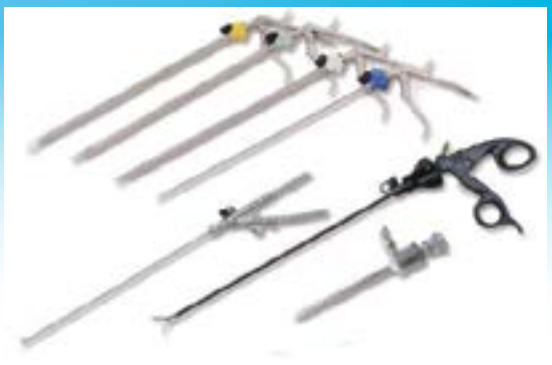
Panasonic
ideas for life

vimex
endoscopy

DIGI MEDICAL
Partenerul tău în proiecte medicale

Instrumentar laparoscopic

6 luni garanție



DIGIMEDICAL

Aparatură medicală și service

Digi Medical Tehnic: Alba Iulia, Tel: 0774.036.877,
office@digi-medical.ro, www.digi-medical.ro

„Urologia este una dintre cele mai atractive specialități chirurgicale"

Interviu realizat cu domnul Prof. Univ Dr. Ioan Coman,
UMF „Iuliu Hatieganu" Cluj-Napoca

Stimate domnule profesor, care este prevalența afecțiunilor urologice atât la femei cât și la bărbați la noi în țară?

Dacă ați veni până la Cluj-Napoca și v-ați plimba într-o după-masă pe la cabinetele de urologie, atât de stat cât și private, cu siguranță veți avea impresia că toată lumea suferă cu rinichii, prostata sau are o altă problemă urologică. Am convingerea că aceasta este situația pretutindeni în țară.

Se cunoaște faptul că populația țării a îmbătrânit, speranța de viață a crescut, prin urmare un mare număr de persoane în vârstă se adresează serviciului de urologie cu patologie a prostatei, vezicii urinare sau a rinichilor.

Infecțiile urinare reprezintă o patologie extrem de dificilă, mai ales prin apariția germenilor multirezistenți și a utilizării pe scară largă a antibioticelor, nu doar la oameni ci și în sectorul agro-alimentar.

Alimentația neadecvată, sedentarismul, stresul au dus la o creștere semnificativă a litiazei urinare în toate grupele de varstă, atât la adulți cât și la copii. Din fericire, sub 2% din cazurile de litiază urinară se mai operează prin abord clasic, restul sunt tratați cu succes prin chirurgie flexibilă intrarenală cu ajutorul tehnologiei LASER sau prin litotriție extracorporeală.

Vârsta de apariție și de descoperire a afecțiunilor oncologice a scăzut în mod îngrijorator și aș putea aduce exemplul unui pacient de doar 36 de ani recent diagnosticat cu cancer de prostată și operat cu ajutorul robotului chirurgical Da Vinci. Încurajator este însă faptul că tot mai multe cazuri neoplazice sunt diagnsticate în faze incipiente ale evoluției și pot beneficia cu succes de alternative chirurgicale minim invazive. Chiar și pentru cancerele urologice depistate tardiv, în faze avansate, există soluții terapeutice care să le ofere pacienților oncologici creșterea semnificativă a speranței de viață și a calității vieții acestora.

Asistăm la apariția a tot mai multor clase de medicamente oncologice cu reacții adverse minime și cu eficacitate crescută în bolile neoplazice.

Ce ne puteți spune despre factorii care determină creșterea numărului de cazuri de cancer de prostată și/sau cancer de vezică urinară și dacă putem vorbi de prevenție în aceste cazuri?

Ca și în cazul altor cancere, etiologia cancerului de prostată și a celui vezical este plurifactorială. În cancerul de prostată sunt incriminați mai mulți factori epidemiologici: vârsta peste 50 de ani, istoricul familial (riscul crește de 2 ori la persoanele cu rude de gradul

Leica MICROSYSTEMS

MTI® Dedicated to health.

Microscopul

Leica M525 F40

Performanță remarcabilă, în spații înguste

***Leica M525 F40** combină **opticele premium M525** ale Leica Microsystems cu **Tehnologia OptiChrome™** și cu noul și economicul **Leica F40 SlimStand™** și reprezintă răspunsul perfect la provocările chirurgiei.*

Iluminarea excepţională şi profunzimea extraordinară a câmpului, împreună cu distanţa suplimentară, flexibilă de lucru, oferă chirurgului **cea mai bună vizualizare**, atât în procedurile de rutină, cât şi în cele complexe.

Proiectat ca un microscop multidisciplinar, Leica M525 F40 este adecvat pentru **procedurile de urologie şi ginecologie** şi oferă imagini de înaltă calitate necesare pentru aplicaţiile de **microchirurgie.**

Cel mai bun raport calitate – preț, echilibrul perfect, mobilitatea ușoară și stabilitatea optimă sunt caracteristicile ce definesc acest sistem de microscop Leica.

Obiectivul MultiFoc™ motorizat - oferă distanţe de lucru de la **207mm la 470mm** şi face microscopul adaptabil pentru mai multe specialităţi.

Distribuit în România exclusiv de către Medical Technologies International
office@mt-intl.ro | +40 21.330.11.30 | www.mt-intl.ro

I cu CP), alimentația (grăsimile animale), rasa (incidența la barbații negri este mai mare decât la cei din rasa albă) și repartizarea geografică (incidență redusă în Asia, crescută în Scandinavia și S.U.A). Etiologia cancerului vezical este dominată de factori nocivi exogeni, prezenți în mediu de viață și de la locul de muncă (lacuri, vopsele, substanțe organice - benzen, toluen, poluarea atmosferică), însă cel mai important factor descris în cazul cancerului vezical este fumatul activ și/sau pasiv. Dacă în cancerul vezical ne putem gândi la o prevenție primară prin limitarea expunerii la factorii nocivi exogeni mai sus amintiți, în cancerul prostatic importantă este însă prevenția terțiară în scopul unui diagnostic cât mai precoce al acestei maladii. Efectuarea de screeninguri populaționale, care să includă pe lângă examenul clinic și dozarea PSA, a facilitat detectarea unui număr mare de cazuri de cancer prostatic întrun stadiu localizat și care au putut beneficia de alternative terapeutice minim-invazive, chiar cu viză de radicalitate oncologică și de menținere a calității vieții.

În ce măsură chirurgia robotică este accesibilă pacienților urologici din țara noastră?

Trăim în epoca chirurgiei minim invazive, iar urologia ca și specialitate chirurgicală a îmbrățișat demult această orientare. Dacă până nu demult intervențiile chirurgicale urologice se efectuau exclusiv pe cale deschisă, cu incizii abdominale mari, traumatizante, în prezent, tendința este de a efectua operații mari prin incizii mici sau utilizând căile naturale ale tractului urinar, pătrunzând endoscopic prin uretră în vezica urinară și de aici pe ureter până la nivelul cavităților pielocaliceale.

Chirurgia robotică reprezintă "vârful de lance" în chirurgia oncologică urologică, cu beneficii incontestabile atât pentru pacient, cât și pentru medic și societate. Singurul dezavantaj este prețul mare de achiziție al robotului, precum și al consumabilelor necesare intraoperator. Deși în urmă cu 10 ani am introdus chirurgia robotică în arsenalul nostru terapeutic, fiind o intervenție costisitoare, de această metodă au beneficiat îndeosebi pacienții cu afecțiuni oncologice complexe, internați în cadrul Spitalul Clinic Municipal Cluj-Napoca.

Din lipsa de fonduri această activitate a fost sistată în 2015, iar în prezent nu putem oferi această alternativă modernă de chirurgie minim-invazivă decât pacienților din sistemul privat.

De altfel, în mai multe țări din Europa, chirurgia robotică este susținută doar de casele de asigurări private de sănătate. Cred că acesta va fi și viitorul chirurgiei robotice la noi în țară.

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

Urologia este una dintre cele mai atractive specialități chirurgicale. Atât mijloacele de diagnostic cât și alternativele de tratament pe care le folosim în prezent în urologie beneficiază de tehnologii de ultima oră. Mă refer aici nu doar la chirurgia robotică și laparoscopia tridimensională, ci și la tehnologiile LASER (litiaza și tumori), chirurgia intrarenală flexibilă, criochirurgia, terapiile HIFU, brahiterapia, terapiile prin microunde sau radiofrecvență pentru anumite tipuri de tumori.

Utilizarea acestor tehnologii moderne îi fascinează pe viitorii urologi încă din anii de facultate, iar competiția în rezidențiat pentru posturile în urologie este în continuă creștere.

Dorința mea este ca în urologie să intre cei mai buni absolvenți de medicină, iar rezidențiatul să le permită însușirea tuturor acestor tehnici moderne de diagnostic și tratament cu ajutorul cărora să performeze ulterior ca specialiști.

Vă mulțumim pentru timpul acordat și vă dorim succes în continuare

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Aesculap® Einstein Vision® 3.0.

Laparoscopie 3D Full HD Nativ. Privește și simte diferența!

Uroginecologul în chirurgia defectelor și reabilitării planșeului pelvin

Prof. univ. Dr. Gheorghe Bumbu,
Dr. Mihail Claudius Berechet,
Dr. Daniela Jovrea,
Dr. Adrian Bumbu
Clinica de Urologie Oradea

Uroginecologia este o subspecialitate care se ocupă cu evaluarea, diagnosticul și tratamentul incontinenței, a tulburărilor de statică pelvină, și a multor altor afecțiuni necanceroase. A adus altfel date în plus despre etiologia și fiziopatologia planșeului pelvin.

Material și metode

Lucrarea prezintă experiența Clinicii de Urologie din Oradea în chirurgia defectelor și reabilitării planșeului pelvin prin prisma unui centru coordonator al atestatului de studii complementare în uroginecologia din România, atestat deschis medicilor în specialitățile ginecologie, urologie și chirurgie generală.

Rezultate

Colposacropexia este o intervenție care fixează apexul vaginal la promontoriu sau poate rezolva diversele compartimente defecte prin intermediul unei mese de polipropilenă. Se poate executa prin operație deschisă, laparoscopic sau robotic. Variante la CSP ar fi: fixarea lateralș și fixarea paravaginalș asociată sau nu . Pe cale laparoscopică când colposacropexia este dificil de executat (obeze, anomalii vasculare, promontoriu modificat), fixarea laterală cu meșă este o alternativă. Fixarea laterală este una specifică, ea nu se adresează rezolvării și altor compartimente. Se poate face, asociat, în aceeași ședință operatorie și operația Burch sau TOT. Când meșa se pune doar anterior, pe cale abdominală sau laparoscopică se poate face, de asemenea asociat TOT, și/sau colpoperineorafia, dacă se impune.

Concluzii

Uroginecologie nu înseamnă doar inserție de meșe, înseamnă de fapt o nouă abordare, un nou concept de reconstrucție a planșeului pelvin, care are la bază teoria lui Papa Petros. Repararea globală a compartimentelor afectate, fixarea apexului, este condiția de bază pentru o intervenție corectă și durabilă.

Lucrare prezentată în cadrul Conferinței Naționale de Chirurgie, Craiova 8-10 mai 2019

PHARMA TELNET

Pasiune pentru Calitate
Dragoste pentru Oameni

www.pharmatelnet.ro

LoFric®

CATETERE URINARE HIDROFILE
PENTRU SONDAJ VEZICAL INTERMITENT

→ Studii clinice extensive (peste 30 de ani)

→ Sistem steril închis gata de utilizare

→ Siguranță și confort în utilizare

→ Fără PVC, fără ftalați

→ **DECONTATE prin sistemul asigurărilor de sănătate pe teritoriul României**

PHARMA TELNET

Distribuitor unic în România

Telefon: 021 250 06 20; 031 620 85 90; 021 224 65 85; 0727 835 638
Fax: 021 224 65 85; Email: office@pharmatelnet.ro
Web: www.pharmatelnet.ro

Particularități ale infecțiilor urinare la pacienții cu leziuni vertebro-medulare

Aproape toți pacienții cu leziuni medulare suferă de disfuncții neurogene ale tractului urinar inferior. Ca rezultat al afectării stocării și funcției de golire a vezicii urinare, infecțiile de tract urinar (ITU) apar frecvent la pacienții cu leziuni medulare, ceea ce se asociază cu o mortalitate semnificativ mai crescută. Cele mai multe cazuri de septicemie la acești pacienți pot fi atribuite tractului urinar, cu o rată de mortalitate de 15%. Majoritatea, dacă nu toți pacienții cu leziuni medulare au stază urinară datorită vezicii neurogene, ceea ce favorizează colonizarea bacteriană și afectează capacitatea de fagocitare a celulelor epiteliale ce căptușesc vezica urinară. Pentru că infecțiile urinare sunt adesea recurente și bacteriile devin tot mai rezistente la antibiotice, acest subiect a devenit o provocare atât pentru pacienți cât și pentru medici.

Dr. Daiana Popa,
medic primar Medicină Fizică și de Reabilitare

Dr. Raluca Munteanu,
medic rezident Medicină Fizică și de Reabilitare

În timp ce managementul vezical în stadiile acute ale leziunilor medulare impune întotdeauna cateterizarea vezicii urinare, pe termen lung doar o treime dintre medici mai utilizează cateterizarea continuă. În ultimele decade supraviețuirea pacienților cu leziuni medulare s-a îmbunătățit mult prin creșterea performanței metodelor de management medical, printre acestea remarcându-se mijloacele tot mai eficiente de tratament și prevenție a complicațiilor urinare.

Cel mai frecvent factor de risc în declanșarea infecțiilor tractului urinar îl reprezintă cateterul fix. Dintre pacienții cu leziuni medulare, cei care au un grad avansat de dependență sau prezintă reflux vezico – ureteral au cel mai mare risc de a face infecții urinare. Bacteriuria este mai puțin frecventă în cazul cateterizării intermitente (70%) decât în cazul cateterului fix (98%). Programul uzual pentru cateterizarea intermitentă este de cel puțin o dată la 6 ore și înainte de culcare. Frecvența poate fi modificată în funcție de eliminarea de urină, dar în general, dacă cantitatea de urină rămasă în vezică nu depășește 200 ml, se poate preveni staza și astfel și infecția. Evaluarea infecțiilor urinare la pacienții cu leziuni medulare este dificilă pentru că manifestările tipice ale infecției urinare sunt rar întâlnite în rândul acestor pacienți. În schimb, există simptome nespecifice care se asociază frecvent cu ITU.

Ghidul de tratament al CSCM (Consortium for Spinal Cord Medicine) din 2006, precum și recomandările Grupului de lucru „International SCI UTI Basic Data Set" aprobate de ISCOS (International Spinal Cord Society) și Comitetul ASIA (American Spinal Injury Association) recomandă pentru diagnosticul ITU la pacienții cu leziuni medulare, prezența a trei criterii:

- bacteriuria semnificativă, care în funcție de modul de drenaj al urinei se definește:
  - peste 102 colonii de germeni / ml în cazul cateterizării intermitente
  - peste 104 colonii / ml în situațiile fără cateter la bărbații care folosesc drenajul prin condom;
  - orice concentrație de germeni uropatogeni pentru cei cu cateterizare continuă;
  - peste 105 colonii de germeni / ml la cei cu urinare spontană;
- piuria (conținut crescut de leucocite în urină);
- prezența unor semne și simptome.
  - disconfort sau durere în zona de proiecție a rinichiului și vezicii sau în timpul urinării,
  - semne de incontinență urinară sau scurgeri de urină pe lângă cateter,
  - febră sau / și frison,
  - anorexie,
  - creșterea spasticității,
  - episoade de disreflexie autonomă,
  - urină închisă la culoare, tulbure, cu miros neplăcut specific,
  - stare generală alterată, transpirații, letargie, neliniște.

În cazul bacteriuriei asimptomatice nu se recomandă tratamentul, cu excepția cazurilor care sunt supuse unor proceduri urologice. În bacteriuria asimptomatică, tratamentul medicamentos cu agenți antibacterieni nu este eficace, dar în schimb poate crește rezistența antimicrobiană. În aceste situații se recomandă tratament cu antiseptice urinare, alcalinizați sau acidifianți ai urinei.

O metodă de detecție cu sensibilitate mai bună o reprezintă utilizarea testerelor chimice care identifică prezența nitraților și a leucocitelor, dar standardul de aur în

cystistat®

Soluție sterilă de hialuronat de sodiu

Pentru înlocuirea temporară a stratului de glicozaminoglicani (GAG) din mucoasa vezicii urinare

Îmbunătățire semnificativă, demonstrată a calității vieții pacienților*

A&D Pharma
marketing & sales

Acesta este un dispozitiv medical.
Citiți cu atenție instrucțiunile de utilizare.
Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Un produs de calitate Mylan®
Seeing is believing

*Riedl et al. Hyaluronan treatment of interstitial cystitis/painful bladder syndrome. Int. Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2008 May; 19(5): 717-21

MKSLPH0197.04.2019

diagnosticul pozitiv al ITU îl reprezintă examenul bacteriologic al culturilor urinare. În cazul cateterului urinar fix, transfincterian sau suprapubian, pentru evitarea rezultatelor fals pozitive, se recomandă schimbarea cateterului imediat înainte de colectarea urinei pentru analiză.

În completarea acestei metode se va efectua antibiograma care permite identificarea antibioticelor la care germenul patogen este sensibil. Aproximativ 33% dintre infecțiile urinare sunt polimicrobiene, astfel încât rămâne în sarcina clinicianului alegerea tratamentului adecvat. Evaluarea microbiologică completă (identificarea tuturor tulpinilor patogene prezente în infecțiile polimicrobiene), care permite determinarea profilului de rezistență la tratamentul antimicrobian este o investigație de mare acuratețe, dar aplicarea ei este limitată de costuri precum și de riscul crescut de complicații datorită timpului prelungit pe care acest diagnostic îl necesită.

Prevenția infecțiilor urinare

Metode nonfarmacologice de prevenire a ITU.

Cel mai important mijloc de prevenție a ITU îl reprezintă alegerea corectă a celei mai adecvate metode de drenaj, astfel încât expunerea sistemului urinar la contaminare bacteriană, leziuni de mucoasă și stază urinară să fie minimă.

În faza acută a leziunilor medulare, managementul vezical se realizează cu ajutorul cateterizării fixe sau intermitente, dar după 6 – 12 săptămâni, odată cu consumarea fazei de șoc medular, se recomandă un studiu urodinamic complet, care este în măsură să indice modalitatea optimă de management vezical pe termen lung.

Cateterizarea intermitentă curată (CIC) este o metodă larg acceptată la ora actuală pentru managementul vezical în leziunile medulare. Pacienții care întrunesc criteriile reprezentate de o vezică cu o presiune redusă, cu o capacitate a cărui volum minim este de 350 – 400 ml, cu o uretră permeabilă, funcție adecvată a membrelor superioare și care sunt complianți la metodă, sunt eligibili pentru această tehnică de drenaj. Avantajele metodei sunt reprezentate de siguranța vis–a–vis de riscul infecțiilor și de prevenția insuficienței renale. Dezavantajele sunt reprezentate de disconfortul social, senzația de durere la inserția cateterului (în unele leziuni incomplete), iar cateterizarea forțată contra unui sfincter urinar extern spastic poate determina formarea de căi false ce duc la apariția de stricturi uretrale, orhite și epididimite. De asemenea spasticitatea adductorilor, mai ale la femei, face cateterizarea dificilă.

S-a demonstrat că nu există diferențe semnificative cu privire la rata ITU între cateterizarea sterilă (care este mult mai costisitoare) și cateterizarea „curată" și de asemenea, s-a demonstrat că rata infecțiilor nu diferă la pacienții cu auto-cateterizare comparativ cu cei la care metoda este aplicată de către personalul medical din instituțiile de reabilitare. Între cateterele disponibile pe piață la ora actuală, se recomandă cele acoperite cu un strat hidrofilic, la care rata infecțiilor urinare asociate este mult mai mică. Se acceptă că un reziduu post-cateterizare de până la 200 ml nu expune la un risc mai mare de ITU.

Există studii care demonstrează că la pacienții care practică activități fizice aerobice de intensitate moderată, ce determină o creștere a oxigenării tisulare, rata ITU este semnificativ mai redusă.

În ceea ce privește igiena generală, se recomandă ca spălarea zilnică a corpului să nu se facă cu săpunuri standard, ci cu soluții ce conțin clorhexidină, precum și aplicații de unguente cu clorhexidină în regiunea peniană după fiecare cateterizare.

Metode farmacologice de prevenție a ITU

Există o varietate de agenți farmacologici și biologici recomandați pentru prevenția ITU. Inocularea unor germeni, care în mod normal nu produc infecții urinare, în vezica urinară (cum sunt anumite tulpini de E. Coli), tehnică cunoscută sub numele de interferență bacteriană, are efecte favorabile în prevenția infecțiilor urinare. Acești germeni colonizează vezica și inhibă dezvoltarea unor tulpini patogene.

In ceea ce privește profilaxia cu antibiotice, există numeroase cercetări efectuate pentru investigarea eficacității acesteia în prevenția ITU, dar rezultatele acestora sunt contradictorii. Principala rezervă față de această terapie constă în riscul dezvoltării rezistenței microbiene. Cu toate acestea, anumite antibiotice ca Ciprofloxacina (100 mg seara administrată pe termen lung, peste 3 ani, sau 500 mg de două ori pe zi timp de trei zile) sau Cotrimoxazolul (sulfametoxazol – trimetoprim, 200 mg + 40 mg timp de 3 luni) sunt utilizate cu relativ succes în profilaxia infecțiilor urinare.

În afară de diverși agenți farmaco-

PROFERTIL® female

PROFERTIL®

...și rezultatul

Compoziție brevetată*

Doza zilnică: 2 capsule

Studiu pe compoziție**

Doza zilnică 1 capsulă + 1 comprimat

MKSLPH0188/04.2019

* nr de înregistrare brevet: Austria, 503.219, Uniunea Europeană 1.978.949; Eurasia 015.422 și SUA)

** The Impact of a Standardized Oral Multinutrient Supplementation on Embryo Quality in in vitro Fertilisation/ Intracytoplasmic Sperm Injection: A Prospective Randomized Trial, Kazem Nouri, Katharina Walch, Andrea Weghofer, Martin Imhof, Christian Egarter, Johannes Ott Clinical Department of Gynecologic Endocrinology and Reproductive Medicine, Medical University of Vienna,Vienna, and Department of Obstetrics and Gynecology, Landesklinikum Korneuburg, Lower Austria, Austria.

A&D Pharma marketing & sales

www.profertil.ro

PROfertil® și PROfertil® female sunt alimente destinate unor scopuri medicale speciale
Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
Înainte de prescriere vă rugăm să consultați prospectele produselor.

PROfertil® și PROfertil® female sunt produse de LENUSPHARMA innovative medicine

logici, este important ca pacienții să fie atent și corect instruiți și îndrumați cu privire la mijloacele de menținere a sănătății vezicale și prevenție a ITU.

Pacienții cu leziune medulară au adesea o hiperactivitate a mușchiului detrusor și un deficit de relaxare a sfincterului, ceea ce conduce la o creștere a presiunii intravezicale. Refluxul și staza vor conduce în cele din urmă la infecții urinare. In acest sens, utilizarea anticolinergicelor care scad presiunea detrusorului, ar putea fi eficace in prevenția ITU, dar o treime dintre pacienți nu le tolerează datorită efectelor adverse. O altă metodă este reprezentată de injecțiile cu toxină botulinică tip A în detrusor, dar studiile actuale sunt insuficiente pentru a recomanda această tehnică in practica de rutină. Implantarea chirurgicală precoce a unui stimulator al nervului sacral poate ajuta la reducerea frecvenței infecțiilor urinare prin evitarea hiperactivității detrusorului și îmbunătățind urodinamica vezicii.

Tratamentul infecțiilor urinare

Tratamentul farmacologic. Infecțiile urinare la pacienții cu vezică neurogenă se includ în categoria infecțiilor complicate (prezența ITU la pacienți care prezintă tulburări funcționale sau anatomice ale tractului urinar sau care sunt rezistente la antibiotice). ITU complicate pot fi determinate de o varietate mult mai mare de germeni decât infecțiile urinare simple și de multe ori sunt polimicrobiene. În general se recomandă ca persoanele cu leziuni medulare să fie tratate de bacteriurie doar atunci când prezintă simptome, întrucât bacteriuria asimptomatică este frecvent prezentă la cei cu leziuni medulare care au cateter fix, transfincterian sau suprapubian. În cazul infecțiilor simptomatice, tratamentul empiric, de primă linie, îl constituie antibioticele, între care cele mai utilizate sunt quinolonele (Ciprofloxacin), Cotrimoxazolul, Ofoxacinul, Nitrofurantoinul, Amoxicilina și Ampicilina. Dintre acestea, quinolonele au eficacitate asupra unui spectru larg de bacterii care contaminează tractul urinar. În cazul infecțiilor urinare la acești pacienți, tratamentul cu Ciprofloxacin se recomandă pe durată de 14 zile, iar tratamentul cu Ofloxacin pe durată de 3 sau 7 zile, cu rezultate favorabile, în timp ce Norfloxacina, cu rezultate de asemenea bune în tratarea infecției se acompaniază de un grad mai mare de rezistență bacteriană. Tratamentul cu aminoglicozide are rezultate discutabile în combaterea infecțiilor urinare și indicații limitate datorită toxicității și a căii de administrare intramusculare.

Irigațiile vezicale cu Neomicină sau Polimixină par a avea efecte favorabile, pe termen scurt, în modificarea rezistenței locale la antibiotice, favorizând efectul benefic al tratamentului cu antibioticele identificate la antibiogramă.

Bibliografie:

1. Consortium for Spinal Cord Medicine. Bladder management for adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care providers. J Spinal Cord Med. 2006;29:527-573.
2. Panicker JN, de Seze M, Fowler CJ. Rehabilitation in practice: neurogenic lower urinary tract dysfunction and its management. Clin Rehabil. 2010;24:579-589.
3. Stohrer M, Blok B, Castro-Diaz D, et al. Guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction. March 2008. Available at: http://www.uroweb.org/gls/pdf/Neurogenic%20LUTS%202010.pdf. Accessed April 19, 2011.
4. Panicker JN, Fowler CJ. The bare essentials: uro-neurology. Pract Neurol. 2010;10:178-185.
5. Stohrer M, Blok B, Castro-Diaz D, et al. EAU guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction. Eur Urol. 2009;56:81-88.
6. Kaynan AM, Perkash I. Neurogenic bladder. In: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TDJ, eds. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation: Musculoskeletal Disorders, Pain, and Rehabilitation. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2008:736.
7. Gallien P, Nicolas B, Robineau S, Le Bot MP, Durufle A, Brissot R. Influence of urinary management on urologic complications in a cohort of spinal cord injury patients. Arch Phys Med Rehabil 1998;79(10):1206-1209.
8. Moore KN, Burt J, Voaklander DC. Intermittent catheterization in the rehabilitation setting: A comparison of clean and sterile technique. Clin Rehabil 2006;20(6):461-468.
9. Lavado EL, Cardoso JR, Silva LG, ela Bela LF, Atallah AN. Effectiveness of aerobic physical training for treatment of chronic asymptomatic bacteriuria in subjects with spinal cord injury: A randomized controlled trial. Clin Rehabil 2013;27(2):142-149.
10. Darouiche RO, Green BG, Donovan WH, Chen D, Schwartz M, Merritt J, et al. Multiceter randomized controlled trial of bacterial interference for prevention of urinary tract infection in patients with neurogenic bladder. Urology 2011;78(2):341-346.
11. Prasad A, Cevallos ME, Riosa S, Darouiche RO, Trautner BW. A bacterial interference strategy for prevention of UTI in persons practicing intermittent catheterization. Spinal Cord 2009, 47, 565-569.
12. Biering-Sorensen F, Hoiby N, Nordenbo A, Ravnborg M, Bruun B, Rahm V. Ciprofloxacin as prophylaxis for urinary tract infection: Prospective, randomized, cross-over, placebo controlled study in patients with spinal cord lesion. J Urol 1994;151(1):105-108.
13. Gribble MJ, Puterman ML. Prophylaxis of urinary tract infection in persons with recent spinal cord injury: A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study of trimethoprim- sulfamethoxazole. Am J Med 1993;95(2):141-152.
14. Cardenas DD, Hoffman JM, Kelly E, Mayo ME. Impact of a urinary tract infection educational program in persons with spinal cord injury. J Spinal Cord Med 2004;27(1):47-54.
15. Dow G, Rao P, Harding G, Brunka J, Kennedy J, Alfa M et al. A prospective, randomized trial of 3 or 14 days of ciprofloxacin treatment for acute urinary tract infection in patients with spinal cord injury. Clin Infect Dis 2004;39(5):658-664.
16. Reid G, Potter P, Delaney G, Hsieh J, Nicosia S, Hayes K. Ofloxacin for the treatment of urinary tract infections and biofilms in spinal cord injury. Int J Antimicrob Agents 2000;13(4):305-307.
17. Waites KB, Canupp KC, DeVivo MJ. Efficacy and tolerance of norfloxacin in treatment of complicated urinary tract infection in outpatients with neurogenic bladder secondary to spinal cord injury. Urology 1991;38(6):589-596.

Rolul terapiei sistemice cu enzime în tratamentul prostatitei

După cum se știe, afecțiunile inflamatorii acute și cronice ale prostatei sunt provocate în primul rând de bacteriile gram-negative, streptococi și mai rar enterococi. În etiologia afecțiunii pot, de asemenea, participa chlamydia, micoplasmele, ureoplasmele și trihomonadele. Uneori agentul cauzal al afecțiunii este imposibil de determinat și atunci prostatita este numită „abacteriană". Prostatita acută evoluează cu manifestări neplăcute: polachiurie, strangurie, dureri în regiunea perineală și la defecație. De obicei aceste simptome se mențin foarte mult timp, enervând pacientul și complicând viața lui socială și sexuală. În medie, doar 40% din cazuri pot fi vindecate cu ajutorul antibioticelor. Eficacitatea terapiei antibacteriene în mare măsură este determinată de concentrația preparatului în prostată. Utilizarea prea îndelungată a preparatelor alese incorect pot dăuna sănătății pacientului, alterând parenchimul ficatului, dereglând microflora intestinală sau suprimând imunitatea. De aceea, nu e de mirare că în cazul prostatitei a fost cercetată eficacitatea terapiei sistemice cu enzime (TSE), prin prisma capabilității ei de a mări concentrația antibioticelor și preparatelor chimioterapice în plasma sanguină și prin prisma capacității de penetrare în țesuturi.

Prof. Barsom şi coautorii, în anul 1982, au studiat eficacitatea medicamentului **Wobenzym** în tratamentul prostatitei bacteriene. Studiul randomizat dublu orb a fost efectuat pe 44 pacienţi. Pentru stoparea procesului acut inflamator s-a utilizat **Wobenzym** împreună cu 9 preparate antibacteriene şi sulfanilamide. 22 pacienţi timp de 10 zile au utilizat doza zilnică: 3x5 drj. **Wobenzym** cu preparate chimioterapice, iar alţi 22 pacienţi – preparate chimioterapice (antibiotice şi sulfanilamide) cu placebo. La bolnavii din grupa I/enzima s-a observat o ameliorare clinică mai devreme, decât în grupa de control. La fel, la pacienţii din grupa I/enzima s-a depistat o concentraţie mai înaltă a preparatelor chimioterapice în serul sanguin (la doxaciclină cu 40%, la ampicilină cu 25%, la tetraciclină cu 22%, cu 21% a crescut concentraţia medicamentului trimetoprim şi cu 10% a preparatului sulfadimezin).

Prof. Rugendorf şi coautorii, în anul 1986, au cercetat eficacitatea preparatului **Wobenzym** pe 60 bolnavi cu prostatită nonbacteriană (de stază). Pacienţii au utilizat **Wobenzym** în doza zilnică: 3x5 drj. pentru o perioadă de 4 săptămâni. Rezultatele tratamentului pentru 49 pacienţi, ce nu aveau afecţiuni concomitente (strictura căilor urinare, nefrolitiază etc.) au fost ulterior analizate. S-a constatat că, după tratamentul cu preparatul Wobenzym, 45% din pacienţi s-au vindecat complet, iar la 29% s-a observat ameliorarea evidentă a stării sănătăţii (s-au micşorat durerile în regiunea perineală, s-au îmbunătăţit funcţiile sexuale, a scăzut leucocituria şi leucocitospermia, s-a ameliorat eliminarea urinei). La 10% din cazuri s-a observat ameliorare statistic neînsemnată, iar la 16% - tratamentul nu a avut nici un efect.

Un alt Prof. Rovny şi coautorii, în anul 1997, au cercetat eficacitatea terapiei sistemice cu enzime în tratamentul a 36 pacienţi cu prostatită: 8 – cu prostatită acută bacteriană, 12 – cu prostatită cronică bacteriană şi 16 – cu prostatită nonbacteriană. Toţi pacienţii cu prostatită cronică au utilizat iniţial enzime - 5 zile înainte de antibioterapie şi chimioterapie.

Toţi pacienţii au fost trataţi cu enzime sistemice: doza zilnică fiind 3x5 drj. timp de 6 săptămâni.

Spre sfârşitul tratamentului, 41,6% din pacienţi s-au vindecat complet şi aveau rezultat bacteriologic negativ, iar la 19,4% pacienţi s-a înregistrat ameliorarea stării. Din cele menţionate se poate trasa concluzia că, procentul pacienţilor vindecaţi sau cu ameliorarea stării este mult mai înalt decât în terapia clasică, unde niciodată procentul acesta nu a depăşit 40%. Trebuie remarcat că, prostatouretritele tratate cu enzime sistemice nu au trecut în forme recidivante.

Autorii studiului consideră că terapia sistemică cu enzime, având la bază efectele antiinflamatoare şi imunomodulatoare, măreşte semnificativ eficacitatea tratamentului antibacterian în afecţiunile prostatei.

Enzimele sunt cheia sănătăţii şi longevităţii!

BTL EMSELLA®

SAY **NO** TO **INCONTINENCE**

CINE SE AFLĂ ÎN SPATELE BTL EMSELLA?

Fondată în 1993, compania BTL a continuat să crească, devenind unul dintre principalii producători de echipamente medicale și estetice la nivel mondial. Cu peste 1.500 de angajați în mai bine de 53 de țări, BTL a revoluționat modul de a face lucrurile, oferind cele mai avansate soluții non-invazive pentru remodelarea corporală, rejuvenarea facială și pentru alte tratamente de medicină estetică.

MECANISMUL DE ACȚIUNE AL BTL EMSELLA

BTL EMSELLA utilizează energia electromagnetică pentru a stimula în profunzime musculatura planșeului pelvin, pacientul fiind complet îmbrăcat. O singură terapie cu BTL EMSELLA produce mii de contracții supramaximale ale musculaturii planșeului pelvin fără niciun efort. Cercetările științifice au arătat că 95% dintre pacienții tratați au raportat o îmbunătățire a calității vieții.**

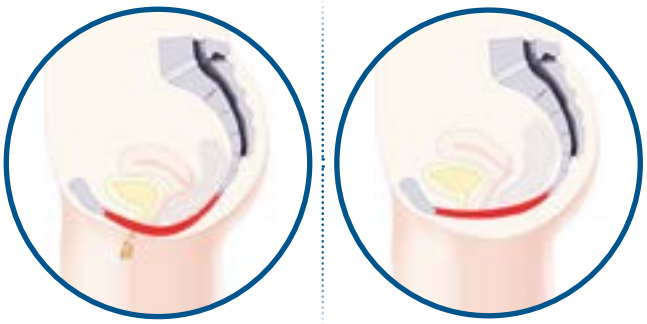
BTL EMSELLA utilizează tehnologia HIFEM pentru stimularea și restabilirea controlului neuromuscular la nivelul musculaturii planșeului pelvin.

Mușchii planșeului pelvin susțin organele pelvine, controlează continența și joacă un rol crucial în excitarea adecvată a organelor genitale și atingerea orgasmului.
Slăbirea lor sau pierderea tonusului oferă o activitate insuficientă pentru fricțiunea vaginală sau fluxul de sânge, prin urmare inhibă potențialul orgasmic.
Eficacitatea esențială a terapiei HIFEM este bazată pe energia electromagnetică focusată, penetrarea în profunzime și stimularea întregii zone a planșeului pelvin.

O singură ședință cu BTL EMSELLA oferă mii de contracții supramaximale ale mușchilor planșeului pelvin, care sunt extrem de importante în reeducarea mușchilor pacienților care suferă de incontinență, femeilor după naștere și a celor care au o satisfacție intimă scăzută.

ÎNAINTE

- Scăderea răspunsului musculaturii planșeului pelvin și capacitatea redusă de a contracta mușchii;
- Pierderea necontrolată a urinei;
- Pierderea controlului neuromuscular;
- Musculatura slăbită a planșeului pelvin.



DUPĂ

- Îmbunătățirea răspunsului musculaturii planșeului pelvin și creșterea capacității de a contracta mușchii pelvini;
- Redobândirea controlului asupra vezicii urinare;
- Restaurarea sistemului neuromuscular;
- Stimularea și întărirea mușchilor pelvini în profunzime.

**Tehnologia HIFEM poate îmbunătăți calitatea vieții pacienților cu incontinență, Dr. Berenholz J., Dr. Sims T., Dr. Botros G.

CANDIDAȚII POTRIVIȚI PENTRU TRATAMENTUL CU BTL EMSELLA

1. RECUPERAREA FEMEILOR DUPĂ NAȘTERE

Aproape 80% dintre femeile care nasc pe cale naturală sunt incapabile să contracte corespunzător mușchii planșeului pelvin un an după ce au născut!* Oferiți BTL EMSELLA tuturor pacientelor dumneavoastră după naștere pentru a preveni incontinența, prolapsul sau disconfortul intim.

2. FEMEI CU SATISFACȚIE INTIMĂ SCĂZUTĂ

Până la 63% dintre femeile din întreaga lume suferă de disfuncții sexuale.* Îmbătrânirea naturală, schimbările hormonale, nașterile multiple schimbă calitatea tuturor țesuturilor și a mușchilor planșeului pelvin, care joacă un rol crucial în timpul contactului sexual.

3. INCONTINENȚA

Știați că peste 200 de milioane de oameni suferă de un tip de incontinență?* Cine sunt aceștia?

- Femei tinere, în general după naștere
- Femei aflate la pre- și postmenopauză
- Bărbați după prostatectomie

4. RECUPERAREA DUPĂ INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ

Aproximativ 600.000 de intervenții de histerectomie sunt efectuate anual în Statele Unite. Fiecare astfel de intervenție chirurgicală afectează, de asemenea, și musculatura planșeului pelvin. Oferiți pacienților dumneavoastră asistență post-chirurgicală pentru a le menține rezistența musculaturii planseului pelvin.

5. PROLAPSUL ORGANELOR PELVINE

Musculatura planșeului pelvin susține organele pelvine. Slăbirea lor contribuie în mod negativ la pierderea suportului vaginal și uterin. Știați că aceste simptome sunt descoperite la aproximativ 76% dintre femeile care se prezintă la un control ginecologic de rutină?* Cine sunt acestea?

- Femeile aflate la vârsta pre- și postmenopauzei
- Femeile după nașteri multiple pe cale naturală

6. FEMEILE CARE APELEAZĂ LA PROCEDURILE INTRAVAGINALE

Aveți pacienți care sunt supuși unor intervenții intravaginale cu RF sau tratamente cu laser? Știați că aceste tehnologii influențează în general colagenul, elastina, fluxul sanguin, dar nu se adresează musculaturii planșeului pelvin?
Oferiți un pachet complet cu BTL EMSELLA pentru a îmbunătăți rezultatul clinic!

BENEFICIILE TRATAMENTULUI

- Procedură non-invazivă fără perioadă de recuperare;
- Pacienții rămân complet îmbrăcați pe toată durata tratamentului;
- Redă controlul vezicii urinare și al mușchilor pelvini fără exerciții ce necesită timp;
- Procedură comodă ce permite pacientului să se relaxeze pe tot parcursul celor 28 de minute de tratament;
- Se pot observa îmbunătățiri chiar și după numai o ședință de tratament. Rezultatele vor continua să apară, în mod normal, pe parcursul săptămânilor următoare;
- Rezultatele se obțin după aproximativ șase ședințe, programate de două ori pe săptămână;
- Pacienții au raportat o reducere semnificativă privind necesitatea utilizării absorbantelor pentru incontinența urinară.

©2019 BTL Group of Companies. All rights reserved. BTL® and BTL EMSELLA® are registered trademarks in the United States of America, the European Union and/or other countries. The products, the methods of manufacture or the use may be subject to one or more U.S. or foreign patents or pending applications. *Data on file.

Probleme de diagnostic în tumorile de tract genito-urinar; prezentare de cazuri

Patologia tumorală a tractului genitourinar ridică adesea probleme dificile de diagnostic diferențial. Stabilirea diagnosticului corect oferă medicului curant posibilitatea alegerii atitudinii terapeutice corecte. În prezentarea noastră am selectat câteva astfel de cazuri mai puțin frecvente în practica curentă, al căror diagnostic poate fi adesea dificil.

Prof. Dr. Carmen Ardeleanu,
Dr. Horatiu Mureșan
(Onco Team Diagnostic, Bucuresti)

Carcinomul mucinos tubular cu celule fusiforme (Mucinous tubular and spindle cell carcinoma) este o variantă rară de carcinom renal, relativ recent descrisă și acceptată de OMS. Majoritatea acestor tumori au o evoluție blândă, fără recidive sau metastaze, dar au fost raportate și cazuri cu grad înalt de malignitate.

Carcinomul Cromofob reprezintă aproximativ 5% din carcinoamele renale și în general are un prognostic favorabil, cu o rată de supraviețuire la 5 ani de peste 80%. Prezența diferențierii sarcomatoide, în aproximativ 9% din cazuri, alterează semnificativ prognosticul acestor pacienți. Diagnosticul diferențial între carcinomul cromofob și carcinomul renal cu celule clare cu citoplasmă granulară eozinofilă este deseori o problemă pentru anatomopatolog.

Nefroblastomul este cea mai frecventă tumoră renală în patologia pediatrică, având în mod tipic trei componente: blastemala, epiteliala și stromala. Nefroblastomul trifazic rareori ridică probleme de diagnostic dar în situația prezenței unei singure componente, mai ales în cazul biopsiilor mici, diagnosticul poate fi unul extrem de dificil.

Tumora Sertoli cu celule mari calcifiantă (Large-cell calcifying Sertoli cell tumor -LCCSCT) este o tumoră rară de cordoane sexuale stromale, întâlnită la pacienți tineri, principala problemă de diagnostic diferențial fiind cu Tumora cu celule Leydig.

Chistadenocarcinomul seros testicular de tip ovarian este o tumoră ce apare foarte rar în testicul sau paratesticular interesând suprafața testiculară sau epididimul. Principalul diagnostic diferențial este cu mezoteliomul tunicii vaginale.

Imunoterapia în tumorile uroteliale

Michael Schenker, MD, PhD
UMF Craiova

Ultimele 24 de luni au adus progrese deosebite în tratamentul carcinoamelor uroteliale, local avansate sau metastatice, care prezintă progresia bolii în timpul sau după chimioterapia pe baza de săruri de platină sau care prezintă evoluție a bolii în primele 12 luni de la încheierea chimioterapiei pe bază de platină, administrate în scop neo-adjuvant sau adjuvant.

Astfel, în mai 2016, FDA oferă aprobare accelerată pentru atezolizumab (Tecentriq) pentru această indicație, pe baza rezultatelor unui studiu clinic de fază IIb ce a inclus 310 pacienți și care a arătat o rată de răspuns obiectiv (ORR) de 14,8% și o durată a răspunsului cuprinsă între 2,1 și 13,8 luni.

A fost primul imunoterapic aprobat pentru această indicație, pentru ca, în 2017, nu mai puțin de 4 produse diferite să fie aprobate, în procedură accelerată, de către FDA pentru această indicație: nivolumab (Opdivo), în februarie 2017, durvalumab (Imfinzi), avelumab (Bavencio) și pembrolizumab (Keytruda), toate în mai 2017. Este o situație singulară, în care toate cele 5 imunoterapice anti PD1/PDL1 au fost înregistrate succesiv pentru aceeași indicație.

În acest moment, sunt în derulare trialuri clinice pentru alte indicații în carcinoamele uroteliale: prima linie de tratament pentru boala avansată sau terapie adjuvantă, după chirurgie radicală, la pacienți cu risc pentru recidivă (ex: WO30070, SAUL, CA209-274 trialuri clinice în care este implicat și centrul nostru, Centrul de Oncologie Sf. Nectarie, Craiova).

Reabilitarea sexualității după tratamentul oncologic

Adrian Calomfirescu, Psiholog
Clinica Medlife-București

Medicina a avansat în timp îmbunătățind tratamentele pentru cancer și rata de supraviețuire a pacienților. Multe tipuri de cancer au evoluat dintr-o boală acută într-una cronică, iar cu populația care îmbătrânește, numărul supraviețuitorilor este în creștere. Cancerul, ca și boală, diagnostic și terapii, toate au un efect negativ asupra calității vieții pacientului dar și a partenerului (și a celorlalți membri ai familiei). Impactul acestor elemente variate ale procesului bolii scad nivelul de funcționare a pacientului și abilitatea lui de a menține o intimitate și viață sexuală sănătoasă. Acest declin poate continua ani după ultimul tratament oncologic. Din această cauză, atitudinea în oncologie se mută de la o focalizare asupra tratamentului și supraviețuirii către o grijă și îmbunătățire a calității vieții. Disfuncțiile sexuale apar la majoritatea pacienților oncologici, în special cei diagnosticați cu cancer urologic sau ginecologic. Studiile arată că cel putin 35-50% dintre supraviețuitorii de cancer pot dezvolta o disfuncție sexuală în urma tratamentului. Deși prevalența este ridicată, foarte puțini profesioniști, medici și psihologi sunt atenți asupra acestui aspect al vieții pacientului. Atenția asupra supraviețuirii este încă principală, iar latura intimității și sexualității nu este privită ca fiind importantă. Datorită acestui fapt, pacienții primesc foarte puțină informație legată de dificultățile sexuale ce survin în urma tratamentului primit. Desi și-ar dori să fie întrebați, informați și ajutați, deoarece uneori nevoile pacientului nu sunt aceleași cu nevoile specialistului.

Susține funcția sexuală!

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Proxerex și Ellamuselle sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la aceste produse la adresa de e-mail: drugsafety.ro@alfasigma.com.

ALFASIGMA

Mijloace de reabilitare medicală în disfuncțiile vezicale neurogene

Vezica neurogenă (VN) poate fi definită ca o disfuncție a actului micțional voluntar determinată de afecțiuni traumatice sau nontraumatice ale sistemului neurologic.

Conf. Univ. Dr. Florina Ligia Popa
Universitatea „Lucian Blaga" Sibiu, Facultatea de Medicina „Victor Papilian", Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Sibiu, Clinica Reabilitare Medicala I

Există diferite forme de VN în funcție de locația anatomică și tipul disfuncției micționale. Hiperreflexia detrusoruluisau hiperactivitatea neurogenă a detrusorului (HND) reprezintă o vezică hiperactivă care se contractă reflex, involuntar; se asociază frecvent cu presiune vezicală crescută (peste 40cm H2O). Dissinergia sfincteriană a detrusorului (DSD) implică probleme combinate, o vezică cu hiperactivitate involuntară a detrosorului care se contractă simultan cu sfincterul uretral pentru a inhiba fluxul urinar. Frecvent presiunea detrusor este peste 40cm H2O. HND și DSD apar în cazul leziunilor neuronului motor central (NMC) rezultând VN de NMC. Leziunile neuronului motor periferic (NMP) se manifestă prin hipoactivitatea detrusorului sau prin detrusor acontractil, rezultând VN de NMP (Tabel nr. 1).

Cauzele VN sunt prezentate în Tabelul nr. 2.

Vezica hiperactivă idiopatică (VHA) reprezintă un sindrom complex caracterizat prinimperiozitate micțională, cu sau fără incontinență urinară prin imperiozitate, urinare frecventăși nocturie. Aceste simptome apar în absența unor condiții patologice sau metabolice care ar putea explica această simptomatologie și vorbim de peste 8 micțiuni / 24 de ore, cu volume pe micțiune sub 200 ml.

Hiperactivitatea detrusorului are 2 cauze interdependente: neurogenă și miogenă. Anomalii neuronale induc modificări ale inervației cu apariția a unor noi căi neuronale și mecanisme de control; totodată induc modificări ale proprietăților celulelor musculare netede. Anomalii miogene sunt susținute de cuplările electrice extinse observate în celulele musculare netede, de hipersensibilitatea la stimularea muscarinică și depolarizarea sporită pentru K+.

Tabel nr. 1 **Clasificarea vezicii neurogene în funcție de localizarea anatomică**

Localizarea anatomică	Tipul de vezică neurogenă
Cortex cerebral *(deasupra centrului micțional pontin)*	Vezică NMCcuHND
Măduva spinării *(între centrul micțional pontin și cel sacrat)*	Vezică NMCcuHND și DSD
Sacrum *(la nivelul sau sub centrul micțional sacrat saucozii de cal)*	Vezică NMPcuhD

Tratamentul VN vizează reducea complicațiile secundare și anume:hidroureter, hidronefroză, infecții urinare recurente, litiază renală sau vezicală, afectarea funcției renale.

Opțiunile de tratament în retenția de urină sunt: sonda urinară permanentă, cistostomia percutană suprapubiană, cateterizarea intermitentă, golirea reflexă și tehnici de stimulare vezicală.

Cateterizarea intermitentăajută la menținerea capacității și complianței vezicale. Auto-cateterizarea intermitentă la 4-6 ore se asociază cu administrarea de medicamente anticolinergice pentru relaxarea hiperactivității detrusorului, menținerea presiunii vezicale și pentru prevenirea incontinenței între cateterizări.

Golirea reflexă și tehnici de stimulare vezicalăîn general nu mai sunt recomandate.

Golirea reflexă se poate realiza prin manevre de declanșare cum ar fi compresiune manuală hipogastrică, lovirea feței interne a coapsei. Este necesară monitorizarea funcției vezicale pentru a asigura golirea completă, drenajul la presiune scăzută și pentru a reduce riscul infecțiilor urinare și deteriorarea tractului urinar superior. Manevrele Valsalva sau Crede (presiuni asu-

Fertilovit®
for a new life

Tehnologie ORTOMOLECULARĂ = Tehnologia "MOLECULEI PERFECTE"
****eficiență demonstrată științific***

Administrare:
2 capsule/zi

- Infertilitate masculină idiopatică
- OAT (oligoastenoteratozoospermie)

Administrare:
1 capsulă/zi

- Stil de viață nesănătos, cum ar fi stresul, o alimentație necorespunzătoare, fumatul
- Varicocel fără OAT (oligoastenoteratozoospermie)

"Medicina ortomoleculară servește menținerii unei bune stări de sănătate și tratării bolilor prin modificarea concentrațiilor substanțelor din organismul uman, care în mod normal ar trebui să fie prezente în corp și care sunt necesare stării de sănătate". (prof. Dr. Linus Pauling (1901 – 1994). Deținător a doua premii Nobel)

A low intake of antioxidant nutrients
is associated with poor semen quality .

Mendiola et al, 2010, Fertility and Sterility

Producător: Gonadosan Distribution GmbH , Germania

Unic Importator și Distribuitor: Dux MD Pharma Solutions
Produse disponibile în farmacii și pe www.duxmd.ro

Dux MD pharma solutions

Tabel nr. 2 **Diagnosticul diferențial al cauzelor vezicii neurogene**	
Supraspinale	AVC Boala Parkinson Leziuni cerebrale (traumaticesau nontraumatice) Hidrocefalie
Spinale	Traumatisme vertebro-medulare Leziuninontraumaticemedulare Defecte congenitale aletubului neural Protruzii discale Fracturi vertebrale sau ale pelvisului
Sistemice	Sclerozămultiplă Diabet zaharat
Infecțioase	Neurosifilis Herpes zoster Boala Lyme
Mecanice	Obstrucțiiuretrale Hipermobilitateuretrală

pra vezicii urinare) sunt descurajate deoarece pot produce presiune intravezicală crescută și risc crescut de complicații pe termen lung.

Tratament farmacologic(Tabel nr. 3)reprezintă alegerea tipică pentru managementul medical inițial. Medicația este determinată de tipul disfuncției identificate. Pe lângă medicația orală pot fi avute în vedere și instilațiile vezicale (Oxibutin transdermal). Instilațiile vezicale cu vaniloizi(capsaicin, resiniferatoxin)sunt eficiente în HND – inhibă fibrele C care asigură contracțiile involuntare ale detrusor (inactive la persoanele normale).

Există și alte clase de medicamente care pot fi recomandate.

Deschizători ai canalelor de potasiu: retigabine, un antiepileptic care reduce frecvența micțională prin creșterea capacității vezicale și reducerea presiunii micționale.

Antagoniștii de neurokinine determină depresia reflexului micțional. Studiile au evidențiat o eficacitate inferioară anticolinergicelor deși sunt bine tolerate.

Substanțele cu acțiune centrală au efecte favorabile în disfuncțiile vezicale neurogene. Cizolirtine este un analgezic care augmentează nivelul extracelular de norepinefrină și serotonină. Duloxetin este un antidepresiv, inhibitor al recaptării serotoninei și noradrenalinei. Gabapentin are efect de desensibilizare centrală la aferențele primare. Tramadolul are efect inhibitor de recaptare a serotoninei și noradrenalinei.

Proceduri intervenționale

Utilizarea toxinei botulinice tip A prin cistoscopie reprezintă o opțiune în tratamentul HND și DSD. Injectarea detrusorului cu toxină botulinică reduce hiperreflexia prin inhibarea acțiunii acetilcolinei asupra mușchiuluineted. Injectarea sfincterului uretral extern cu toxină botulinică reduce simptomele DSD prin inhibarea contracției musculaturii scheletale prin inhibarea eliberării de acetilcolină la nivelul joncțiunii neuromusculare. Sunt necesare evaluări frecvente ale reziduului post-micțional. Este posibilă apariția retenției de urină, fiind necesară auto-cateterizarea.

Procedurile chirurgicalese pot efectua în funcție de tipul VN. Pot fi menționatesfincterotomia transuretrală prin cistoscopie, stentul uretral, cistoplastia de augmentare, stimularea electrică funcționalăvezicală prin implantarea chirurgicală de electrozi pe nervii sacrați după o rizotomie dorsală, neurostimularea sacrată prin implantarea subcutanată a unui neurotransmițător în regiunea sacrată care trimite impulsuri electrice moderate nervului sacrat.

Pot fi amintite și tratamentele adiționale chirurgicale: creare chirurgicală a reflexului micțional sacrat, proteză sfincteriană uretrală, deviere urinară.

Când capacitatea este foarte mică, prin contracții foarte intense, se poate transforma vezica spasticăîn vezică flască, prin lezarea neuronului motor inferior sau a arcului reflex, practicindu-se rhizotomie anterioară (T12-S5), neurotomie sacrată (S2-S4) sau injecții subarahnoidiene cu alcool absolut, ce distrug conul medular si coada de cal.

Terapia comportamentală presupune antrenament vezical, strategii de control vezical, antrenament muscular al planșeului pelvin, managementul consumului de lichide. Pot fi asociate cu tratament farmacologic, terapiile combinate fiind mult mai eficiente.

Modificarea stilului de viață în VHA presupune: menținerea greutății corporale/slăbire în greutate, consum adecvat de lichidecu reducerea în condiții de siguranță a aportului cu 25%, evitarea consumului de cafeină și alcool, băuturi carbogazoase, renunțarea la fumat, desfășurarea zilnică de activitate fizică, exerciții, combaterea constipației, renunțarea la obiceiul de a merge la toaletă mai des decât este necesar (vezica se obișnuiește să stocheze o cantitate mai mică de urină), utilizarea de tampoane absorbante.

Antrenamentul vezicalare ca obiective:modificarea funcției vezicale, reducerea golirii frecvente, creșterea capacității vezicale și eliminarea hiperactivității detrusorului prin utilizarea anulării programate a evacuăriiîn loc de anularea evacuării ca răspuns la micțiunea imperioasă.

Este necesară completarea unui calendar micțional care este revizuit împreună cu pacientul și se

URObiotic

Dublă protecție a tractului urinar

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

Gama URObiotic

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

Acțiune rapidă

Compoziție	Doză / plic
D-manoză	500 mg
Culturi probiotice vii Lactobacillus rhamnosus; L. acidophilus; Streptococcus lactis; S. thermophilus	400 mg $2{,}5 \times 10^9$ CFU
Extract de afin-american (Vaccinium macrocarpon)	200 mg

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

Formulă de întreținere

Compoziție	Doză / capsulă
Culturi probiotice vii Bifidobacterium longum; B. infantis; Lactobacillus acidophilus; L. casei	250 mg 5×10^8 CFU
Extract de afin-american (Vaccinium macrocarpon)	120 mg
D-manoză	50 mg
Inulină	25 mg

Acestea sunt suplimente alimentare.

(*Lactobacillus acidophilus LLA-01, Lactobacillus casei LLC-4K, Lactobacillus lactis LLL-14, Lactobacillus rhamnosus LLR-L1, Bifidobacterium bifidum LBB-02, Bifidobacterium longum LBL-01, Bifidobacterium infantis LBI-04, Streptococcus thermophilus LST-229)

sanience

Tabel nr. 3 **Medicaţie utilizată în tratamentul vezicii neurogene**

Clasa de medicamente	Indicaţii	Efecte adverse
Agenţi anticolinergici (oxibutina, tolterodina, trospium, solifenacina)	HND	Gură uscată, vedere neclară,confuzie, constipaţie
Blocanţi ai receptorilor a-1-adrenergici	DSD	Ameţeli, somnolenţă, hipotensiune arterială, slăbiciune
Agonişti ai β3-adrenoreceptorilor (mirabegron)	HND	Efecte secundare cardiovasculare (tahicardie, FiA)
Toxina botulinică	HND, DSD	Durere pelvină, hematurie, retenţie urinară tranzitorie
Compuşi vaniloizi	HND	Durere, disreflexie autonomă

alege cel mai lung interval confortabil între două evacuări. Pacienţii sunt instruiţi să urineze dimineaţa la trezire, în timpul zilei la intervalul stabilit iniţial şi seara înainte de culcare. Dacă apare o micţiune imperioasă, pacienţii sunt instruiţi să utilizeze tehnici de suprimare: distragere a atenţiei, relaxare, declaraţii auto-afirmative. După fiecare 1-2 săptămâni se creşte intervalul cu 15 minute. Durata este de minim 6 săptămâni pentru a observa beneficiile.

Tonifierea musculaturii planşeului pelvin cu sau fără biofeedback/ electrostimulare are ca obiectivîmbunătăţirea controlului prin educarea pacientului de a-şi inhiba sau întrerupe contracţiile detrusorului. Un exerciţiu eficient pentru vârstnici: contracţia şi relaxarea timp de 2 secunde, 15 repetiţii, de 3 ori pe zi; creşterea progresivă a duratei cu 1 secundă/săptămână până la 10 secunde de contracţie şi relaxare; se continuă cu 10 repetiţii o dată pe zi. Când apare senzaţia de micţiune imperioasă se contractă planşeu pelvin fără relaxare până când dispare senzaţia. Durata antrenamentului este de 3 luni (procent de îmbunătăţire de 65-75%).

Electrostimularea musculaturii planşeului pelvinare cascop sensibilizarea musculaturii, de a învăţa o contracţie musculară eficientă, de a creşte presiunea periuretrală şi de a inhiba contracţia detrusorului. Tipurile de curenţi utilizate sunt curenţii alternativi, curenţii continui (faradic), curenţii interferenţiali. Electrozii se aplică în regiunea perineală, suprapubiană, sacrată S2-S3, endocavitar (vaginal, anal, vezical). Durata tratamentului este de 3-4 luni cu 1-2 aplicaţii pe zi. Caefecte secundare se pot aminti durerea, iritaţia locală, tulburările psihologice.

Stimularea electrică perifericăare la bază principiulactivării unei căi de conducere nervoasă pentru a stimula sau inhiba conducerea unei alte căi. Stimularea nervului tibial posterior (nerv mixt format din rădăcinile L3-S3, implicat în inervaţia perineală şi vezicală)Activează impulsurile aferente permiţând modularea reflexului vezical. Este o metodă sigură şi eficientă de tratament. Indicaţiile sunt hiperactivitatea vezicală refractară idiopatică şi neurogenă la adulţi şi copii.

Există două căi pentru electrostimulare: calea percutană (PTNS) cu electrod implantat sau calea transcutană (TTNS) cu 2 electrozi adezivi deasupra şi dedesubtul maleolei interne. Electrozii sunt cuplaţi la un stimulator extern portabil. Parametrii utilizaţi sunt: o frecvenţă de 10-20 Hz, intensitate infradurerosă (0-20 mA pentru PTNS; 0-70 mA pentru TTNS), impulsuri de 200 µs în mod continuu. Durata stimulării este de 20 minute zilnic timp de 3 luni în cazul TTNS sau de 30 minute, 1-3 ori/săptămână, minim 12 şedinţe în cazul PTNS. Contraindicaţiile metodei sunt leziunile cutanate, implanturile metalice în regiunea stimulată, neuropatiile periferice, stimulatorul cardiac.

Stimulare magnetică extracorporalăse realizează cu ajutorul unuifotoliu pentru stimulare magnetică. Crează un câmp magnetic pulsatil care ajunge simultan la muşchii şi nervii planşeului pelvin pentru a controla continenţa urinară şi de fecale. Nu există efecte secundare. Contraindicaţiile sunt pace-makerul şi implanturile metalice.

Terapiile complementare (relaxare, meditaţie, hipnoză, acupunctură) pot fi amintite dar ele nu şi-au dovedit eficacitatea(grad de recomandare C, D).

Concluzii

Disfuncţiile vezicale neurogene au un impact major asupra calităţii vieţii pacienţilor. Managementul corect presupune asocierea mijloacelor farmacologice, intervenţionale – chirurgicale şi a celor de reabilitare medicală. Terapiile combinate sunt mult mai eficiente.

Bibliografie

1. Overactive Bladder Guidelines Released. Medscape. Oct 26, 2012.
2. Wilson PD et al. Adult conservative management in incontinence. Plymouth, Plymbridge 2005; 15:855-964.
3. M. Perrigot et al. Annales de readaptation et de medecine physique 2008 ; 479–490.
4. Goldberg R, Galloway NTM, Sand PK. Stimulation magnetique extracorporelledu plancher pelvien. In: Bourcier AP, McGuire E, Abrams P, editors. Dysfonctionnement du plancher pelvienElsevier 2005 ; 2 : 52–60.
5. Cerruto MA, Asimakopoulos AD, Artibani W, Del Popolo G, La Martina M, Carone R, Finazzi-Agrò E. Insight into New Potential Targets for the Treatment of Overactive Bladder and Detrusor OveractivityUrol Int 2012;89:1–8.

G.L. PHARMA GmbH Reprezentanţa în România

GEROT LANNACH

a business unit of G.L. Pharma GmbH

Dutalan®
Rămâi tu însuţi !

Dutalan®

dutasteridă 0,5 mg

capsule moi

Greencath® catetere urinare cu lubrifiant mai ușor de utilizat

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

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

Noile caracteristici ale cateterelor

Acoperirea hidrofilică

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

Ambalajul primar

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

Pliculețul cu apă

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

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

Sterilitatea

Toate tipurile de catetere Greencath® sunt igienic sigure, sterilizate cu EO (etilenoxid) realizate dintr-un material care nu contine DEPH si latex de inmuiere.

Patru tipuri de catetere ale producatorului Sloven TIK KOBARID

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

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

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

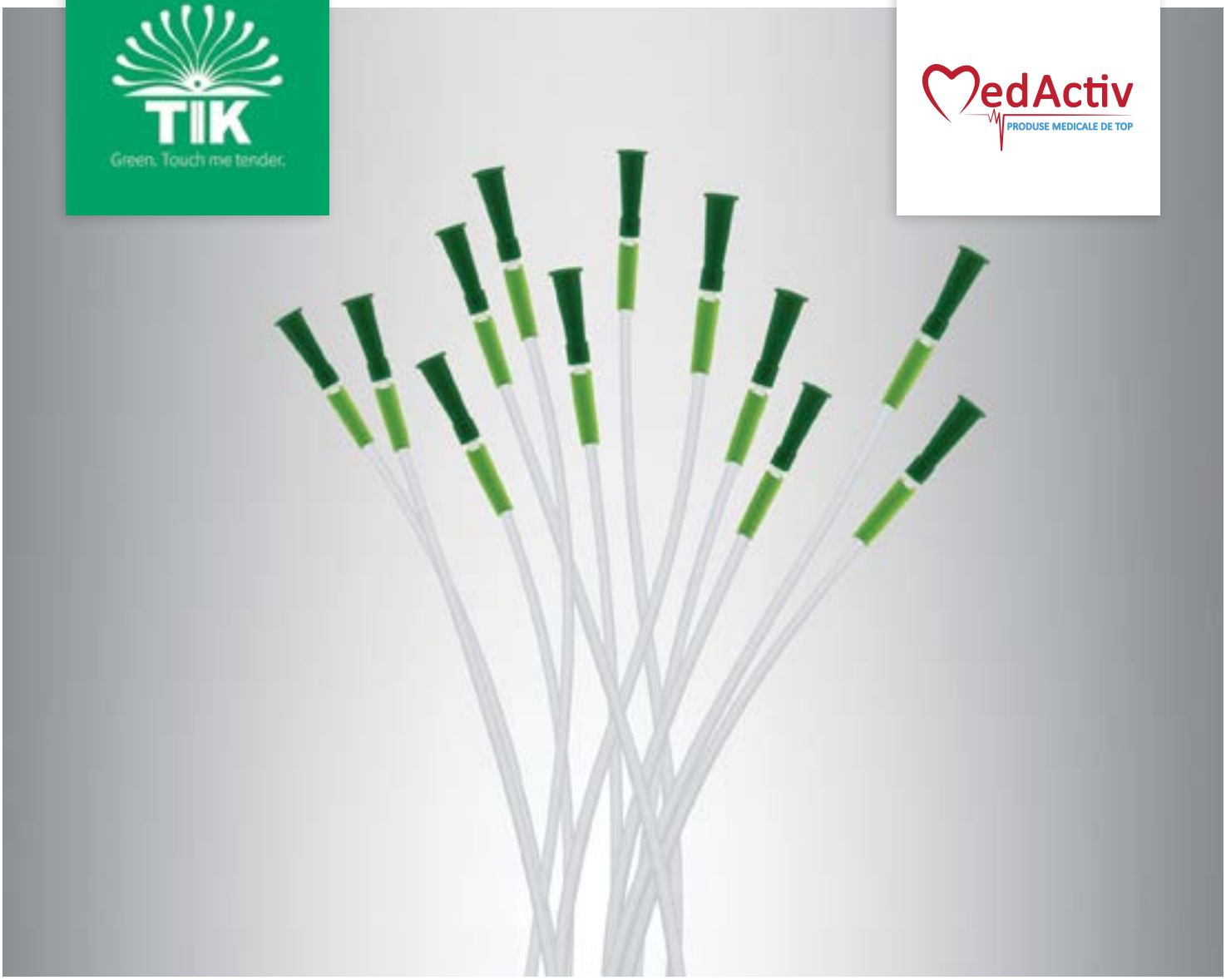
Greencath Soft® *este un cateter care are toate caracteristicile de bază ale modelului Greencath® în plus având un vârf flexibil care permite inserarea mai ușoară pentru pacienții cu prostată mărită. Este, de asemenea, adecvat pentru pacienții care au uretra modificată prin metoda Mitrofanoff. Frecarea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

Greencath Plus® *este un cateter urinar Nelaton cu lubrifiant care are adugat un pliculet cu apa. Are de asemenea, orificii laterale cu laturi atraumatice. Anumite dimensiuni ale cateterelor includ si un manson care usureaza inserarea cateterului cu si mai multa siguranta de sterilitate.*

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

TIK
Green. Touch me tender.

MedActiv
PRODUSE MEDICALE DE TOP



GENTLE FOR DOCTORS AND PATIENTS

COATED URETHRAL CATHETERS

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

greencath
greencath SOFT
greencath PLUS
greencath SOFT PLUS

www.med-activ.ro reprezentant exclusiv în România TIK KOBARID

SANADOR
Sănătatea ca stil de viață!

Prevenția litiazei urinare

Dr. Bogdan Gabriel Pârlițeanu

Medic specialist Urologie, Spitalul Clinic Sanador

Litiaza urinară, o afecțiune cunoscută încă din antichitate, reprezintă și astăzi o adevărată provocare, atât prin tehnica de diagnostic, de tratament cât și prin prevenția sa.

Aceasta nu poate fi controlată în totalitate, nici în ceea ce privește momentul apariției calculului, nici în ceea ce privește evoluția și prognosticul ei (fie tratată/netratată). Profilaxia prospectivă eficientă nu poate fi întreprinsă, astfel că vom vorbi mai departe de o profilaxie retrospectivă.

Litiaza urinară poate fi clasificată în funcție de :

- cauză (de organism, de organ sau mixtă);
- pH urinar (favorizant al lithogenezei);
- criteriul radiologic;
- compoziția chimică;
- localizare;
- formă.

Factorii de risc implicați în geneza litiazei pot fi considerați:

- Factori endocrini/metabolici (tulburări ale metabolismului oxalic, calcic, fosfatic sau metabolismul acidului uric);
- Factori de mediu (deshidratarea favorizată de temperaturile mari, compoziția chimică a apei cu conținut calcic crescut);
- Factori alimentari (denutriția sau excesul alimentar proteic, hidratarea insuficientă);
- Factori ocupaționali (profesiuni cu risc de deshidratare prin expunere prelungită la temperaturi crescute, privațiunile, starea de încordare);
- Factori genetici (tulburări dismetabolice cu determinism genetic, ereditatea);
- Factori organici (hidronefroze congenitale, infecții recurente, obstrucții subvezicale, prezența de dispozitive intraureterale/intrarenale tip „long-life")

Odată diagnosticată, litiaza urinară beneficiază de o multitudine de tehnici minim invazive (ESWL, RISR, NLP, „mini PERC", URS). Atunci când toate aceste tehnici eșuează, soluția rămâne chirurgia laparoscopică sau deschisă.

Oricare din tehnicile descrise vor avea ca finalitate obținerea de fragmente litiazice ce pot fi analizate prin: analiză biochimică a calculului, spectroscopia cu infraroșu, studiul structurii cristaline prin difracția de raze X, termogravimetria, chimia uscată și umedă sau cercetarea activării de neutroni.

Prevenția recidivei litiazice urmează obligatoriu rezolvării terapeutice sau prin eliminarea spontană a calculului și cuprinde un ansamblu de măsuri generale (regim igieno - dietetic) și specifice (dictate de compoziția calculului și statusului metabolic al pacientului).

Cea mai eficientă măsură profilactică este aportul lichidian, care trebuie să asigure o diureză zilnică de 2,5 - 3 litri. În cazul litiazei cistinice, aportul lichidian trebuie să ajungă la 5-7 litri/zi. Pentru a fi eficientă, diureza trebuie să fie relativ constantă în cursul celor 24 de ore, pentru a putea preveni perioadele de oligurie fiziologice, când se înregistrează un vârf al concentrației urinare.

Regimul alimentar, dificil de urmat de mai toți pacienții, împiedică episoadele de recurență litiazică. Alimentația predominant carnată, abundentă în proteine și grăsimi, determină o urină acidă, iar un regim vegetarian determină o urină alcalină. În litiaza urică este necesară reducerea consumului de proteine de origine animală, iar în cea oxalică restricția alimentelor oxaligene și oxalifore. Consumul de citrice, în special lămâi, realizează alcalinizarea urinei, fiind util în profilaxia litiazelor acide. Reducerea aportului de calciu prin restricția de produse lactate previne apariția hipercalciuriei de ingestie, cu reducerea riscului litiazei calcice. Profilaxia infecției urinare este, de asemenea, o măsură generală.

Litiaza calcică beneficiază în principal de administrarea de hidroclorotiazide (cresc absorbția tubulară a calciului, scăzându-i eliminarea). Hipercalciuria prin absorbție intestinală crescută (60% din litiazele oxalocalcice) impune o dietă restrictivă în calciu (proteine animale, glucide rafinate) și administrarea de celulozo-fosfați (rășină schimbătoare de ioni) și ortofosfați. Hipercalciuria renală (10% din litiazele calcice) impune administrarea de hidro¬clorotiazide (Nefrix) și ortofosfați, iar hipercalciuria rezorbtivă (5% din litiază calcică) tratamentul bolii de bază (hiperparatiroidism, boală Cushing, mielom multiplu, imobilizări prelungite, sarcoidoză). Hipercalciuria prin acidoză tubulară renală va fi tratată prin administrarea de bicarbonat de sodiu.

Litiaza oxalică primară și hiperoxaluria de ingestie vor fi tratate prin administrare de vitamina B6 (reduce oxaluria) și pirofosfați, dietă restrictivă în oxalați (ciocolată, ceai, cola, cafea).

Litiaza struvitică beneficiază de antibioterapie țintită și prelungită a infecției urinare, de corecția chirurgicală a anomaliilor anatomice ale căii urinare ce o întrețin, de acidifiere urinară și de administrarea de inhibitori de urează (acid acetohidroxa-mic, hidroxiuree).

Litiaza urică necesită restricția aportului alimentar de proteine animale, alcalinizare urinară (pH 6,2 - 6,8) prin administrarea orală de bicarbonat de sodiu, citrat de sodiu și potasiu, Uralyt U. În hiperuricemie se va asocia un inhibitor al xantinoxidazei (Alliopurinol).

Litiaza cistinică presupune restricția dietetică a metioninei (precursorul cistinei), alcalinizare urinară (pH 7,5) și administrarea de chelatori de cistină: D-penicilamina (Cuprenil) sau alfa-mercaptopropio-nil-glicină.

Utilizarea fitoterapiei (Rowatinex, Cystone, Uriclar sau a infuziilor de plante), deși uneori este o terapie costisitoare pentru pacient, poate fi luată în considerare datorită efectelor diuretice, antiinflamatorii și antispastice asupra tractului urinar, cu mențiunea că trebuie menținută până la 3-6 luni, 1-2 cure pe an.

Tratamentul balnear poate fi o alternativă adjuvantă la toate cele de mai sus. Aceasta poate avea rol profilactic (la pacienții ce prezintă factori litogeni) sau uneori terapeutic (în cazul microlitiazei - „nisip" sau litiazei compatibile cu eliminarea spontană).

CENTRUL ONCOLOGIC SANADOR

INTELIGENȚĂ MEDICALĂ:
RESPONSABILITATE,
COMPETENȚĂ,
TEHNOLOGIE MEDICALĂ

- AMBULATORIU INTEGRAT
- COMPARTIMENT PRIMIRI URGENTE 24/24 CU AMBULANȚE PROPRII ȘI 18 LINII DE GARDĂ
- RADIOTERAPIE
- BRAHITERAPIE
- CHIRURGIE ONCOLOGICĂ
- ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ
- ONCOLOGIE MEDICALĂ (CHIMIOTERAPIE, IMUNOTERAPIE)
- MEDICINĂ NUCLEARĂ
- TERAPIE IZOTOPICĂ (IODOTERAPIE)
- IMAGISTICĂ MEDICALĂ
- TERAPII SUPORT

SANADOR
Sănătatea ca stil de viață!

www.sanador.ro /Sanador.Romania

24 CALL CENTER (021)9699

Boston Scientific

Advancing science for life™

Leave no stone unturned

Dakota™

Sonda de extractie calculi din Nitinol cu maner OpenSure™

LithoVue™

Ureteroscop digital flexibil de unica folosinta

GENODYNAMIC

PARTENERI IN PERFORMANTA

Șos. Străulesti, nr. 184, Sector 1, București

037.294.25.79

office@genodynamic.ro

www.genodynamic.ro

www.bostonscientific.com/EU/Urology

Lithoren®

Citrat tribazic de potasiu 25 mEq
Citrat tribazic de magneziu 5 mEq
Piridoxină 25 mg

Nu conține sodiu

Combinația de **citrați și piridoxină** pentru prevenția și tratarea litiazei renale cu oxalat de calciu sau acid uric

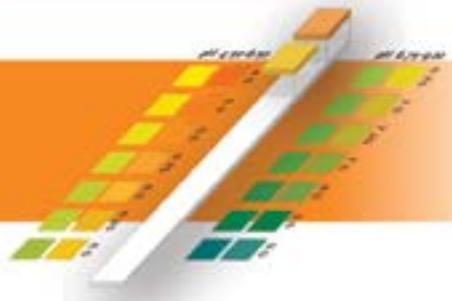
SCHEMĂ DE TRATAMENT

1. **PENTRU ELIMINAREA CALCULILOR DE DIMENSIUNI MICI (1-5 MM) SAU MICROLITIAZĂ:**
   2 plicuri/zi, dimineața și seara,
   TIMP DE 3 LUNI sau până la eliminarea completă

2. **ÎN CAZUL INDICAȚIEI DE LITOTRIȚIE:**
   ÎNAINTE - 1 plic Lithoren® seara, TIMP DE 1 LUNĂ
   DUPĂ - 2 plicuri/zi, dimineața și seara, TIMP DE MINIM 3 LUNI
   (cu verificare pH urinar cu benzi indicatoare)

3. **PENTRU PACIENȚII CU PREDISPOZIȚIE SAU RECIDIVE FRECVENTE:**
   1 plic/zi, cu menținerea pH-ului urinar
   în intervalul 6.2 – 6.8,TIMP DE 3 LUNI, 2 CURE PE AN

Benzile de pH din fiecare cutie facilitează evaluarea ph-ului urinar



Struviren®

L-metionină 500mg

STRUVIREN®: ASIGURĂ ACIDIFIEREA URINARĂ CONTROLATĂ

Tratament ce vizează menținerea pH-ului urinar la valori 5,8 și 6,2

SCHEMĂ DE TRATAMENT

1. **PREVENȚIA INFECȚIILOR URINARE ȘI CALCIFIEREA SONDEI (LA PACIENȚII PURTĂTORI)**
   2 comprimate/zi, minim 10 zile sau pe durata susținerii sondei urinare

2. **TRATAMENTUL INFECȚIILOR URINARE CRONICE**
   2 comprimate/zi, minim 1 lună sau până la urocultură negativă

3. **ÎN PREVENȚIA RECIDIVELOR STRUVITELOR, BRUSHITELOR SAU APATITELOR**
   2-3 comprimate/zi, cu menținerea pH-ului urinar
   între valorile 5.8 - 6.2
   MINIM 3 LUNI, DE 2 ORI PE AN

SOL-LITH-0003.05.19

Distribuitor: Solartium Group SRL, Str. Gala Galaction, nr. 34, Sector 1, București
Tel: +40.21.211.7183, Fax: +40.21.211.7182 | www.solartium.eu

Solartium®
Gynecology - Urology Division

OFFICIALLY LICENSED
BEST OF ASCO
2019 ANNUAL MEETING
CONFERINȚA
BEST OF ASCO
A ASOCIAȚIEI MEDISPROF
OFFICIALLY LICENSED
Best of ASTRO
2019 ANNUAL MEETING
SCIENCE OF TODAY
HOPE FOR TOMORROW
CONFERINȚA
BEST OF ASTRO
A ASOCIATIEI MEDISPROF
Mediaprof
Asociația
ÎMBUNĂTĂȚIM CONTINUU STANDARDELE MEDICALE PRACTICATE ÎN TRATAREA CANCERULUI
21-22 IUNIE 2019 GRAND HOTEL NAPOCA, CLUJ-NAPOCA, ROMANIA

SRMNIM
ZILELE
MEDICINEI NUCLEARE
2019
7-9 iunie / SINAIA

100
DE ANI DE LA ÎNFIINȚAREA FACULTĂȚII DE MEDICINĂ ÎN CLUJ-NAPOCA
25
DE ANI DE VOLUNTARIAT SMURD
CONGRESUL INTERDISCIPLINAR DE MEDICINĂ DE URGENȚĂ
UMF
3-5 IULIE 2019 / CLUJ-NAPOCA
GRAND HOTEL ITALIA
www.cimu.ro
med
med

CONFERINȚA
„Zilele medicale Dr. Mircia Iorga"
„MEDICUL DE FAMILIE - PRACTICIAN ȘI MANAGER"
13-15 decembrie 2019
București
MANIFESTARE CREDITATĂ EMC

G.L. PHARMA GmbH Reprezentanţa în România

GEROT LANNACH

a business unit of G.L. Pharma GmbH

Ai timp pentru tine, spune nu durerii !

Gerocoxan

etoricoxib 30 mg, 60 mg, 90 mg, 120 mg

comprimate filmate

Zile confortabile, fără senzații neplăcute

Uriklin Forte conține o formă concentrată de extract de merișor - **afin american**

Compania Farmaceutică AC HELCOR®
Divizia de vitamine și suplimente alimentare BIOSUNLINE®
www.biosunline.ro

Pregătește-te să fii la înălțime!

la ManErect XXL!

- Ajută la menținerea relațiilor sexuale bune
- Menține concentrațiile normale de testosteron
- Crește vitalitatea și energia

Compania Farmaceutică AC HELCOR®
Divizia de vitamine și suplimente alimentare BIOSUNLINE®
www.biosunline.ro

Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție informațiile de pe ambalaj.

seni

PREMIUM QUALITY

SOLUȚII DE SPECIALITATE PENTRU INCONTINENȚĂ

www.seni.ro

SeniRomania

TELVERDE GRATUIT 0800 800 208

RICHARD WOLF

spirit of excellence

MEGAPulse 70+

70 W Holmium:YAG Laser System

Str. Nisipari, nr. 27, sector 1, București; tel/fax 021.317.91.88/89, e-mail: office@vavian.ro

VAVIAN TRADING

RICHARD WOLF

spirit of excellence

Flexible Sensor Endoscopes

for ENDOCAM Logic 4K Camera Platform

mamba VISION

Flexible Sensor Cystoscope

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

BOA VISION

Flexible Single Channel Sensor Ureterorenoscope

- Fits through 9.5 Fr. access sheaths
- 270° deflection upward/downward
- 3.6 Fr. working channel
- Atraumatic, 6.6 Fr., beveled distal tip for easy insertion
- 8.7 Fr. sheath ø
- Integrated LED illumination and distal image sensor
- Two programmable camera buttons capable of controlling up to four functions
- Special Imaging Mode (SIM) compatible
- Ergonomic handle
- Axial cable

COBRA VISION

Flexible Dual Channel Sensor Ureterorenoscope

- 270° deflection upward/downward
- Two independent irrigation and laser channels (3.6 Fr. and 2.4 Fr.) for the simultaneous use of tipless baskets and laser fibers
- Atraumatic, 5.2 Fr., beveled distal tip for easy insertion
- 9.9 Fr. sheath ø
- Integrated LED illumination and distal image sensor
- Two programmable camera buttons capable of controlling up to four functions
- Special Imaging Mode (SIM) compatible
- Ergonomic handle
- Axial cable

Str. Nisipari, nr. 27, sector 1, București; tel/fax 021.317.91.88/89, e-mail: office@vavian.ro

VAVIAN TRADING

URO 85 2.0 01/2018/A-E-RO

AUTOCON® III 400

Cutting edge technology for your transurethral treatment

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

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