LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

CRYO STEM HEALTH
A CRYO-SAVE PARTNER

Terapia | RANBAXY

THE LINDE GROUP
Linde

Supliment Ginecologie

2013 MEDICAL market

DIAMEDIX Diagnostica
www.diamedix.ro

DANSON 20 ANI
MEDICINE · SCIENCE · EDUCATION

EYECON® Medical

NEOMED
aparatură medicală

Din sumar

Programul Cryo-Save de stocare gratuită a celulelor stem 10

O șansă nouă în lupta cu cancerul de col uterin 14

Beneficii non-contraceptive ale metodelor de contracepție moderne 26

4 Sarcina și disfuncția tiroidiană autoimună

16 Contracepția între beneficii, accidente și complicații

20 Contracepția hormonală la perimenopauză

POLYGYNAX®

Nistatină, neomicină, polimixină B

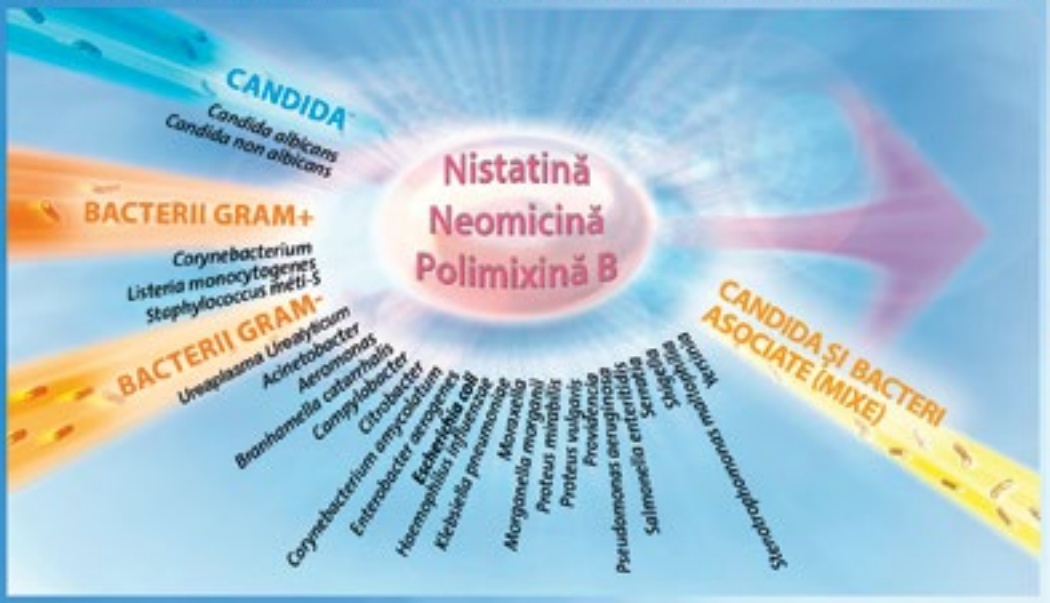
12 capsule moi vaginale

Echilibrul perfect între eficiență și respect pentru ecosistemul vaginal

- **Profil de siguranță confirmat**
- **Dispariția rapidă a simptomelor**
- **Reface echilibrul ecosistemului vaginal cu beneficii pe termen lung**
- **Asigurarea unei compliance bune**
- **Ușor de administrat chiar și în caz de inflamație**
- **Efect calmant rapid**
- **Dizolvare bună intravaginală și distribuție omogenă la nivelul mucoasei vaginale**
- **Poate fi folosit în timpul menstruației**
- **1 capsulă moale vaginală seara, înainte de culcare timp de 12 zile**
- **Medicament compensat 50% din prețul de referință**

Tratament eficient pentru beneficii clinice rapide

Eradicarea rapida a germenilor patogeni: Candida, bacterii Gram + si Gram -



- **Alegeți eficiența microbiologică și clinică - tratează infecțiile cu principalii germeni patogeni: Candida, bacterii Gram +, Gram -**
- **Dispariția rapidă a simptomelor: mâncărimi, dureri, senzație de arsură, etc**
- **Alegeți respectarea florei vaginale saprofite: favorabil restaurării lactobacililor**
- **Alegeți beneficii de durată: reface echilibrul ecosistemului vaginal cu beneficii menținute 6 săptămâni de la inițierea tratamentului**

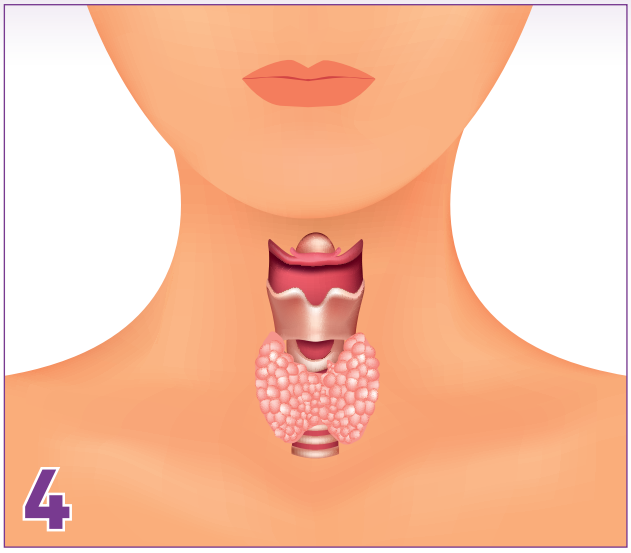
1 capsulă vaginală seara înainte de culcare

timp de 12 zile

Compoziție: O capsulă moale vaginală conține sulfat de neomicină 35 000 UI, sulfat de polimixină B 35 000 UI, nistatină 100 000 UI și excipienți: conținutul capsulei: stearat de polioxietilenglicol 300 și stearat de etilenglicol 15000, ulei hidrogenat de soia, dimeticona 1000; capsula-gelatină, glicerol, dimeticonă 1000, apa purificată, trigliceride cu lanț mediu, lecitină din soia. **Grupa farmacoterapeutică:** antiinfecțioase și antiseptice (exclusiv combinații cu cortiocosteroizi), antibiotice. **Indicații terapeutice:** Polygynax este indicat: • în tratamentul local al vaginitelor cu germeni sensibili (germeni banali, Candida albicans); • profilactic: • înainte de intervenții chirurgicale în zona micului bazin; • înainte de naștere; • înainte și după electrocoagularea colului uterin; • înaintea investigațiilor uterine. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la oricare din componentele medicamentului. Utilizarea diafragmelor și a prezervativelor din latex. Se va evita utilizarea spermicidelor. **Precauții:** În caz de intoleranță locală sau de reacții alergice, tratamentul trebuie întrerupt. Sensibilitatea locală la antibiotice poate împiedica utilizarea ulterioară pe cale generală a aceluiași antibiotic sau a antibioticelor înrudite. Durata tratmentului trebuie limitată datorită riscului de selecție de germeni rezistenți și de suprainfecție cu cu acești germeni. Deoarece nu sunt disponibile date privind proporția de neomicină și polimixină B absorbite la nivelul mucoasei vaginale, posibilitatea apariției reacțiilor sistemice nu poate fi exclusă. Medicamentul conține ulei hidrogenat de soia. În caz de alergie la arahide sau la soia este contraindicată utilizarea acestui medicament. Uleiul purificat de soia poate conține proteine din soia.
Interacțiuni: În timpul tratamentului cu Polygynax este contraindicată folosirea prezervativelor datorită riscului de rupere a acestora. Nu se recomanda administrarea concomitent de spermicide (orice tratement local vaginal poate inactiva spermicidele). **Atenționări speciale:** Sarcina și alăptarea. Nu sunt disponibile date suficiente privind efectul teratogen la animal. Clinic nu s-a raportat niciun efect malformativ sau fetotoxic. Totuși, controlul sarcinilor expuse la acest medicament este insuficient pentru a exclude riscurile. De aceea, nu se recomandă utilizarea Polygynax în timpul sarcinii. Nu sunt disponibile date privind excreția componentelor din Polygynax în laptele matern. De aceea nu se recomanda utilizarea Polygynax în timpul alaptării. Capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Polygynax nu influențează capacitatea de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. **Doze și mod de administrare:** Doza uzuală recomandată este de o capsulă moale vaginală Polygynax, administrată seara, timp de 12 zile. Capsula trebuie introdusă profund în vagin. Tratamentul trebuie însoțit de măsuri de igienă (folosirea lenjeriei de bumbac, evitarea dușurilor vaginale, folosirea tamponului intern în timpul tratamentului) și, dacă este posibil, suprimarea factorilor favorizanți. Tratamentul partenerului variază în funcție de caz. În timpul ciclului menstrual nu trebuie întrerupt tratamentul cu Polygynax. **Reacții adverse:** În cazul tratamentului de lungă durată poate să apară reacții alergice locale. Este posibilă apariția dermatitei de contact. Aceasta apare frecvent în cazul utilizării Polygynax timp îndelungat. Dermatita se poate întinde și în zone netratate. Posibila toxicitate sistemica (nefrotoxicitatem ototoxicitate) este limitată datorită duratei scurte de utilizare. Datorită conținutului în ulei de soia există riscul de apariție a reacțiilor de hipersensibilitate (șoc anafilactic, urticarie). **Supradozaj:** Nu s-au raportat cazuri de supradozaj. **Păstrare:** A nu se utiliza după data de expirare înscrisă pe ambalaj. A se păstra la temperaturi sub 25°C, în ambalajul original. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. **Ambalaj:** Cutie cu un blister si cutie cu doua blistere din Al/PVC a 6 capsule moi vaginale. **Producător:** Innothera Chouzy, Franța. **Deținătorul Autorizației de punere pe piață:** Laboratoire Innotech International 7/9, avenue François Vincent Raspail, 94110 Arcueil, Franța

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

Reprezentanța pentru România
Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Etaj 2,
Sector 1, București
Tel.: 00 21 230 20 44
Fax: 00 21 230 20 47
innotech.romania@innothera.com



4 Sarcina și disfuncția tiroidiană autoimună

10 Programul Cryo-Save de stocare gratuită a celulelor stem

14 O șansă nouă în lupta cu cancerul de col uterin

16 Contacepția între beneficii, accidente și complicații

20 Contracepția hormonală la perimenopauză. Dezbateri vechi și noi

26 Beneficii non-contraceptive ale metodelor de contracepție moderne în actualitate

EDITOR FIN WATCH
Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3, sc. 3, parter, 030775, sector 3, București
Tel: 021.321.61.23
Fax: 021.321.61.30
redactie@finwatch.ro
P.O. Box 4-124, 030775
ISSN 2286 - 3346

Sarcina și disfuncția tiroidiană autoimună

Funcția tiroidiană maternă indemnă este indispensabilă asigurării evoluției normale a sarcinii și dezvoltării adecvate a fătului. Sarcina induce modificări fiziologice complexe și reversibile ale funcționalității tiroidiene, cele mai importante fiind reprezentate de: creșterea ușoară în volum a tiroidei materne, supresia TSH, creșterea valorilor serice ale FT4, secundar creșterii nivelului plasmatic al gonadotrofinei corionice (hCG), creșterea valorilor plasmatice ale TBG, secundar hiperestrogeniei, accentuarea clearence-ului urinar al iodului. (1,2, 3, 4)

Prevalenţa disfuncţiei tiroidiene autoimune (DTA) în sarcină este comparabilă cu cea intalnită la femeile cu vârstă similară din populaţia generală: 6-10%.

DTA pe parcursul sarcinii este reprezentată de următoarele entităţi: boala autoimună cu eutiroidie (5-15%), hipotiroidismul (subclinic, clinic) - 3,5%, hipertiroidismul (subclinic, clinic) – 1% și disfuncţia tiroidiană postpartum (DTPP) – 5-9%. (5, 6)

Autoimunitatea tiroidiană, chiar dacă se asociază cu eutiroidism, poate determina avorturi spontane la debutul gestației, iar

THE LINDE GROUP

Linde

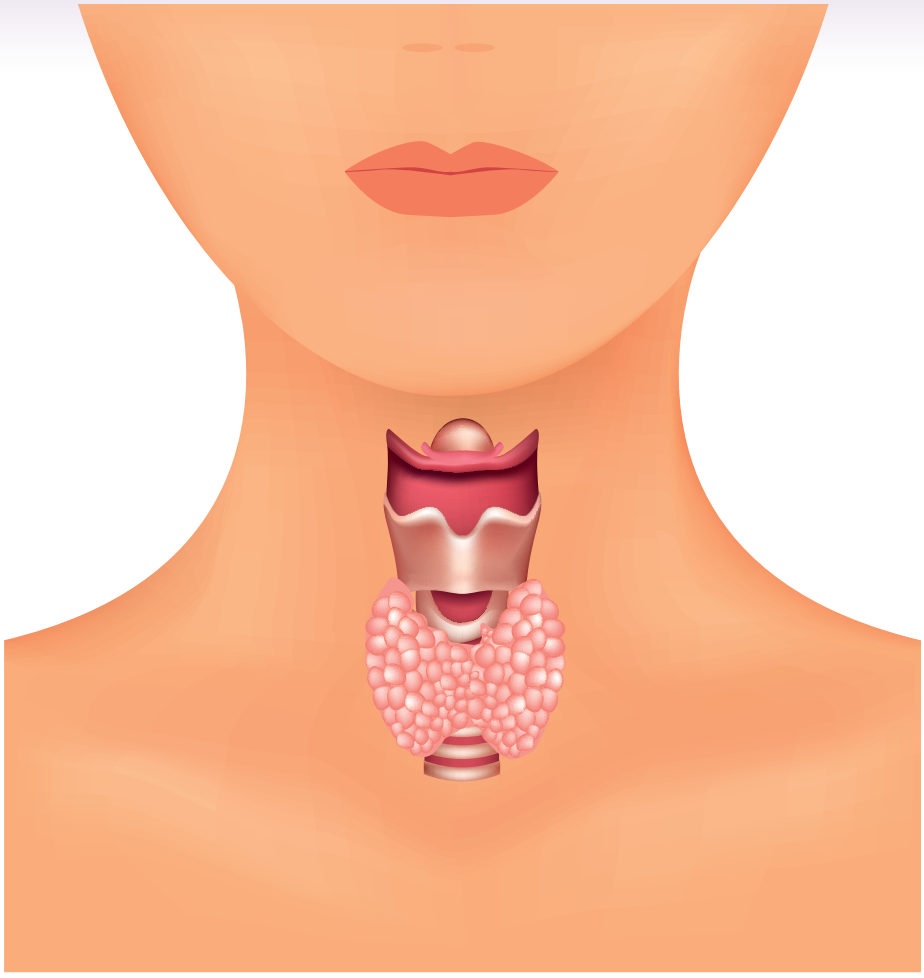
Întâmpină momentul cu seninătate.

ENTONOX® - O metodă eficientă de ameliorare a durerii.

ENTONOX este un amestec de gaze medicale, pregătit pentru utilizare imediată , care conţine 50% protoxid de azot şi 50% oxigen. Se poate administra cu uşurinţă în timpul travaliului şi are efecte analgezice, sedative şi relaxante. Fiind non-invaziv, ENTONOX are o acţiune rapidă atât la inhalare cât şi la eliminare. Deoarece amestecul ENTONOX se administrează simplu este potrivit atât pentru naşteri la spital cât şi acasă.

Linde: Living healthcare

Linde Gaz România S.R.L.
Strada Avram Imbroane 9, 300136 Timişoara, România
Phone +40.256.300-700, www.linde-healthcare.ro



rezerva funcţională tiroidiană este redusă. Asocierea dintre autoimunitatea tiroidiană și riscul de avorturi spontane a fost demonstrată în numeroase studii. Au fost enunţate trei ipoteze care pot fi posibile explicaţii ale acestei asocieri: 1) prezenţa anticorpilor antitiroidieni care reflectă o activare generalizată a sistemului imun; 2) deficienţa subtilă a concentraţiei hormonilor tiroidieni care apare la femei eutiroidiene cu anticorpi antitiroidieni sau incapacitatea tiroidei de a se adapta cererilor crescute din sarcină; 3) autoimunitatea poate întârzia apariţia sarcinii, din cauza riscului de subfertilitate asociat.
Administrarea tiroxinei pare să fie eficientă în reducerea numărului de avorturi spontane, când este administrată în prima parte a sarcinii.(7)
Hipotiroidismul poate apare pe parcursul sarcinii sub una dintre cele trei forme descrise: clinică, subclinică și hipotiroxinemie izolata, sau poate fi pre-existent sarcinii.
Pentru diagnosticarea hipotiroidismului și stabilirea cauzei sunt necesare dozări hormonale (TSH, FT4) și imunologice (anticorpii anti TPO). Monitorizarea se face prin dozarea TSH și FT4, lunar până în săptămânile 16-20 de gestaţie și cel puţin o dată între săptămânile 26 și 32. Se recomandă ca nivelele serice ale TSH să nu depășească 2,5 mlU/l în primul trimestru și 3 mlU/l în al doilea și al treilea trimestru.
Hipotiroidismul este disfuncţia tiroidiană cu cele mai severe efecte adverse atât asupra mamei, cât și asupra fătului. Acestea sunt prezentate în tab 1.

Tab.1 Efectele adverse ale hipotiroidismului pe parcursul sarcinii

Efecte adverse materne	Efecte adverse fetale
Avort spontan Naștere prematură Hipertensiune arterială Preeclampsie Dezlipire de placentă Anemie Hemoragie postpartum	Întârzierea dezvoltării neuromotorii (media IQ cu 7 puncte mai mică decât în cazul copiilor născuţi de mame eutiroidiene sau tratate cu tiroxină pe parcursul sarcinii) Dezvoltare întârziată Greutate mică la naștere (<2000g) Decesul fătului

Tratamentul hipotiroidismului constă în administrare de levotiroxină și este benefic atât în forma clinică, cât și în cea subclinică, având ca principal obiectiv stabilirea eutiroidiei. (8, 9, 10)
Odată cu progresia sarcinii, este necesară creșterea dozei de levotiroxină cu 25-40%, în funcţie de cauza hipotiroidismului (ablaţie sau tiroidită Hashimoto). Hipotiroidia maternă netratată induce o întârziere marcată a dezvoltării neurocognitive și motorii fetale, respectiv neonatale. (11, 12)
Dacă hipotiroidismul asociază efecte adverse atât în forma clinică cât și în cea subclinică, în hipertiroidism riscurile se corelează cu forma clinică.
Cea mai frecventă cauză de hipertiroidism autoimun pe parcursul sarcinii este boala Graves-Basedow, cu o prevalenţă de 0,1-1%. O cauză mai comună de tirotoxicoză decât boala Graves-Basedow este reprezentată de hipertiroidismul gestaţional, secundar creșterii nivelului seric de hCG, diagnosticat la aproximativ 1-3% din sarcini.
Ambele afecţiuni pot prezenta aspecte clinice mai mult sau mai puţin similare, diferenţierea se face prin faptul că în hipertiroidia gestaţională nu sunt prezente semnele clinice caracteristice bolii Graves (gușă, oftalmopatie, atrofii musculare proximale), iar anticorpii anti receptor TSH (TSHR-Ac) sunt negativi.
Decelarea hipertiroidismului pe parcursul gestaţiei necesită dozări hormonale (TSH, FT4, FT3), iar confirmarea diagnosticului de boala Graves-Basedow impune evidenţierea anticorpilor anti receptor TSH. (13, 14, 15)
Cele mai severe complicaţii materne și fetale datorate tirotoxicozei din boala Graves-Basedow sunt enumerate în tab. 2.

Tab.2 Efectele adverse ale hipertiroidismului pe parcursul sarcinii

Efecte adverse materne	Efecte adverse fetale
Insuficienţa cardiacă congestivă Naștere prematură Criza tirotoxica Preeclampsie (risc de 3-5 ori mai mare) Dezlipire de placentă Avort spontan	Întarzierea creșterii fetale Greutate mică la naștere Disfuncţie tiroidiană neonatală Decesul fătului

1-17% din feţii ai căror mame prezintă boală Graves pot dezvolta hipertiroidie fetală sau neonatală, indusă de transportul transplacental al anticorpilor anti receptor TSH. Prezenţa în serul mamei a unor valori de peste 3 ori mai mari decât limita superioară a normalului impun o stricată monitorizare a fătului.

EVISTA®

Protecție naturală în osteoporoză

EVISTA®
RALOXIFENE HCl
Calitate pentru viață

Daiichi-Sankyo

Terapia | RANBAXY

Pentru informații privind prescrierea, vă rugăm consultați ultima variantă în vigoare a RCP

TERAPIA S.A. Cluj-Napoca, Str. Fabricii nr.124, J12-2038-2004, CUI: RO15357398, c.s.s.v.: 25.021.354,70 lei

Tratamentul de elecţie al bolii Graves-Basedow este reprezentat de antitiroidienele de sinteză (ATS). Dozele iniţiale depind de severitatea tabloului clinic şi de importanţa hipertiroxinemiei. Scopul tratamentului este reprezentat de asigurarea eutiroidiei atât la mamă, cât şi la făt, cu utilizarea celor mai mici doze de ATS necesare pentru a menţine FT4 în treimea superioară a intervalului de referinţă.
Monitorizarea tratamentului se face iniţial la câte 2-4 săptămâni, până la stabilirea dozei ţintă, apoi la 4-6 săptămâni. (16, 17, 18, 19)
Parametrii hormonali pe parcursul sarcinii trebuie interpretaţi în funcţie de valorile specifice vârstei gestaţionale (tab. 3). (20, 21, 22, 23)

Tab.3 Valorile TSH şi FT4 în funcţie de trimestrele de referinţă ale sarcinii (Panesar NS et al, 2001):

PERIOADA	TSH (mIU/L)	FT4 (pmol/l)
Pregestaţional	0,39-3,5	10,7-18
Săptămâna 7	0,05-2,3	11,8-20,8
Săptămâna 11	0,03-2,3	11,1-22,9
Săptămâna 15	0,03-2,8	10,1-17
Săptămâna 19	0,03-3,1	9,5-15,4
Săptămâna 27	0,08-3,5	8,7-15,1
Săptămâna 35	0,13-3,4	8,5-14,4

Importanţa unui diagnostic precoce al disfuncţiei tiroidiene gestaţionale, impune efectuarea screeningului funcţiei tiroidiene în prima parte a sarcinii.
Screeningul poate fi adresat gravidelor cu risc (ţintit) sau poate fi universal, cel din urmă fiind încă extrem de controversat de către diferitele asociaţii profesionale. Screeningul ţintit al funcţiei tiroidiene în sarcină se adresează gravidelor cu risc crescut de disfuncţie tiroidiană. Investigaţiile recomandate pentru efectuarea screeningului sunt TSH, FT4 şi anticorpii antiperoxidaza (ac antiTPO). Perioada optimă pentru efectuarea screeningului nu a fost determinată, unii autori sugerează intervalul dintre săptămânile 12-20 de gestaţie. (24, 25, 26)
Disfuncţia tiroidiană postpartum (PPTD) afectează aproximativ 50% dintre femeile cu anticorpi antiTPO pozitivi pe parcursul sarcinii, iar peste 40% dintre acestea vor dezvolta hipotiroidism în anii care urmează. (27, 28)
DTA pe parcursul sarcinii şi postpartum reprezintă un subiect actual şi important al patologiei gestaţionale, care necesită o atentă monitorizare din partea obstetricienilor şi endocrinologilor.

Ioana Zosin, Anda Vizitiu, *(Clinica de Endocrinologie, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Victor Babeş" Timişoara, România)*
Adrian Gluhovschi, Doru Anastasiu, Diana Anastasiu *(Departamentul 12 de obstetrică-ginecologie, neonatologie şi puericultură, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Victor Babeş" Timişoara, România)*

Bibliografie:
1. Berghout A, Endert E, Ross A et al: Thyroid function and thyroid size in normal pregnant women living in an iodine replete area. Clin. Endocrinol. 1994; 41(3):375-379.
2. Brent GA: Maternal thyroid function: Interpretation of thyroid function tests in pregnancy. Clin.Obstet.Gynecol. 1997; 40: 3-15.
3. Glinoer D: the regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. Endocr.rev. 1997; 18:404-433.
4. Kennedy RL, Malabu UH, Jarrod G et al: Thyroid function and pregnancy: before, during and beyond. J. Obstet. Gynecol. 2010; 30(8): 774-783.
5. Casey BM, Dashe JS, Wells CE et al: Subclinical hypothyroidism and pregnancy outcomes. Obstet.Gynecol. 2005; 105(2): 239-245.
6. Girling J: Thyroid disease in pregnancy. The Obstet. and Gynocol. 2008; 10(4): 237-243.
7. Stagnaro-Green A: Thyroid antibodies and miscarriage: where are we at a generation later? J of Thyr.Research 2011.
8. Abalovich M, Gutierrex s, Alcaraz C et al: Overt and subclinical hypothyroidism complicating pregnancy. Thyroid 2002; 12: 63-68.
9. Glinoer D, Abalovich M: Unsolved questions in managing hypothyroidism during pregnancy. BMJ, 2007; 335: 300-302.
10. James E. Haddow, M.D., Glenn E. Palomaki, B.S., Walter C. Allan et al: Maternal Thyroid Deficiency during Pregnancy and Subsequent Neuropsychological Development of the Child. N Engl J Med 1999; 341:549-555, August 19, 1999DOI: 10.1056/ NEJM199908193410801.
11. Anselmo J, Cao D, Karrison T et al: Fetal Loss Associated With Excess Thyroid Hormone Exposure. JAMA. 2005;293(2):160-161. doi:10.1001/ jama.293.2.160-b.
12. Galofre JC, davies TF: Autoimmune thyroid disease in pregnancy: a review. J. of Women's Health 2009; 18(11):1847-1856.
13. Glinoer D: Management of hypo- and hyperthyroidism during pregnancy. Growth Horm. IGF Res. 2003; 13 suppl. A:S45-S54.
14. Chan GW, Mandel SJ:Therapy insight: management of Graves' disease during pregnancy. Nat. Clin. Proc. Endocrinol. Metab. 2007; 3(6): 470-478.
15. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E et al: Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. Thyroid, Volume 21, Number 10, 2011, Mary Ann Liebert, Inc., DOI: 10.1089/ thy.2011.0087.
16. Zosin I: Aspecte particulare în boala autoimună tiroidiană, monografie sub tipar, 2013.
17. Panesar NS, Li CY, Rogers MS : Reference intervals for thyroid hormones in pregnant Chinese women. Ann Clin Biochem. 2001 Jul;38(Pt 4):329-32.
18. Soldin OP, Tractenberg RE, Hollowell JG, Jonklaas J, Janicic N, Soldin SJ: Trimester-specific changes in maternal thyroid hormone, thyrotropin, and thyroglobulin concentrations during gestation: trends and associations across trimesters in iodine sufficiency. Thyroid. 2004 Dec;14(12):1084-90.
19. Lazarus JH, Premawardhana LD: Screening for thyroid disease in pregnancy. J. Clin. Pathol. 2005; 58: 449-452.
20. Vaidya B, Anthony S, Bilous M, Shields B, Drury J, Hutchison S, Bilous R: Detection of thyroid dysfunction in early pregnancy: Universal screening or targeted high-risk case finding?. J Clin Endocrinol Metab. 2007 Jan; 92(1):203-7. Epub 2006 Oct10.
21. Negro R, Schwartz A, Gismondi R, Tinelli A, Mangieri T, Stagnaro-Green A: Universal screening versus case finding for detection and treatment of thyroid hormonal dysfunction during pregnancy. J Clin Endocrinol Metab. 2010 Apr;95(4):1699-707.
doi: 10.1210/jc.2009-2009. Epub 2010 Feb 3.
22. Stagnaro-Green A: Postpartum thyroiditis. J. Of Clin. Endocrinol. Metab 2002; 87(9): 4042-4047.
23. Lazarus JH: The continuing saga of postpartum thyroiditis. J. Of Clin. Endocrinol. Metab 2011; 96(3): 614-616.

Polygynax®

Confortul unui tratament polivalent, clasic dar actual

Polygynax®, 12 capsule moi vaginale - Prima linie de tratament în vaginite

În infecțiile vaginale, alegerea tratamentului se face probabilistic, selectând un agent antiinfecțios polivalent, cu spectru larg și cu acțiune locală. Polygynax® are un spectru larg, având acțiune antibacteriană și antifungică. Conține 2 antibiotice cu spectru complementar de acțiune: Polimixina B, Neomicina și Nistatina, un antifungic de referință. Este eficient împotriva germenilor Gram-pozitivi și Gram-negativi incluzând: Ureaplasma urealyticum, Staphylococcus aureus, Corynebacterium, Enterobacter aerogenes, Enterococcus faecium Escherichia coli, Haemophilus influenzae, Proteus vulgaris, Klebsiella pneumoniae, Mycobacterium tuberculosis, Pseudomonas aeruginosa, etc.
Interesul stiințific a revenit pentru Polimixină datorită rezistenței germenilor Gram – la majoritatea antibioticelor. Polimixina a devenit medicamentul de elecție al infecțiilor determinate de germenii gram negativi deoarece acești agenți patogeni sunt fie sensibili doar la combinația aminoglucozide și polimixină, fie doar la polimixină. Nistatina are o acțiune antifungică și este eficient împotriva Candida albicans și Candina non-albicans (Candida glabrata), Hystoplasma Cryptococcus, Hystoplasma etc.
Prima linie de tratament constă în terapie locală antifungică dar pentru că cele mai multe dintre vaginite sunt mixte (micotice și bacteriene) este necesară o terapie locală cu un produs care să acționeze atât asupra micozelor cât și asupra bacteriilor. Vaginitele micotice au un risc mare de recurență (48.5%), care este definit prin 4 sau mai multe episoade clinice pe an. Managementul vaginitelor recurente este similar cu cel al unei boli cronice. Utilizarea excesivă și de multe ori fără recomandarea medicului, a preparatelor cu azoli a deteminat cresterea rezistenței la acești compuși. Pe de altă parte, cea mai frecventă formă de Candida non-albicans care se întalnește în vaginitele micotice recurente este Candida Glabrata. Rezistența la azoli a Candida Glabrata este recunoscută. Important de menționat este că este sensibilă la nistatină.

Tratamentul cu antibiotice al vaginitelor trebuie să fie foarte selectiv pentru a nu afecta Lactobacilii care au rolul de a menține ecosistemul vaginal

Studii clinice au confirmat eficacitatea microbiologică și clinică a Polygynax® ca prima linie de tratament în vaginitele micotice, mixte și nespecifice dar și efectul pozitiv asupra lactobacililor. În paralel cu eficiența în eradicarea germenilor patogeni, tratamentul cu Polygynax® a determinat o creștere semnificativ statistică versus placebo a Lactobabililor. Refacerea Lactobacililor a fost seminificativ mai mare în cazul tratamentului cu Polygynax®.

Polygynax®, 12 capsule moi vaginale - Efect antiinflamator

Polygynax® are efect antiinflamator, demonstrat prin inhibarea eliberării citokinelor pro-inflamatoare IL8 și TNF. Efectul este similar cu al unui preparat care conține conticosteroizi.

Polygynax® poate fi folosit în urmatoarele afecțiuni:
-Vaginite determinate de germeni sensibili la Polimixină și Neomicină, vaginite micotice și mixte, cervicovaginite.
-Profilaxia infecțiilor cauzate de bacterii și fungi ca urmare a unei intervenții chirurgicale ginecologice sau înainte de naștere.

Polygynax®, 12 capsule moi vaginale – Echilibrul perfect între eficiență și respect pentru ecosistemul vaginal

- Profil de siguranță confirmat,
- Dispariția rapidă a simptomelor,
- Reface echilibrul ecosistemului vaginal cu beneficii pe termen lung,
- Asigurarea unei compliance bune,
- Ușor de administrat chiar și în caz de inflamație,
- Efect calmant rapid,
- Dizolvare bună intravaginală și distribuție omogenă la nivelul mucoasei vaginale,
- Poate fi folosit în timpul menstruației,
- 1 capsula moale vaginală seara, înainte de culcare timp de 12 zile,
- Medicament compensat 50% din prețul de referință.

1913-2013 INNOTHERA 100 Years of Good Health!

1. (Chan-Tompkins NH, Multidrug-resistant gram-negative infections. Bringing back the old, Crit Care Nurs Q. 2011 Apr-Jun; Andrea L Kwa Polymyxins: A Review of the Current Status Including Recent Developments, Ann Acad Med Singapore 2008; Matthew E. Falagas, The Revival of Polymyxins for the Management of Multidrug-Resistant Gram-Negative Bacterial Infections, Clin Infect Dis. (2005) Luke F. Chen Current Use for Old Antibacterial Agents: Polymyxins,Rifamycins, and Aminoglycosides, Infect Dis Clin N Am 23 2009)
2. (Rafael Buitrón-García-Figueroa-Candida glabrata:an emergent opportunist in vulvovaginitis, Cir Ciruj 2009; Gilbert G.G. Donders - Management of Recurrent Vulvo-Vaginal Candidosis as a Chronic Illness, Gynecol Obstet Invest 2010)
3. Serov V.N. Using Polygynax® to treat non-specific bacterial and fungal vaginitis / Traitement des vaginites mycosiques non spécifiques avec le Polygynax®. Gyneco-Obstetrician Journal Association. 2001;1:64-67
4. Kira E. F. Multicentre, Controlled, Randomised Comparative Trial to Evaluate Efficacy and Safety of the Preparation Polygynax®, Vaginal Capsules and Preparation „Tergynan", vaginal Tablets in Non-Specific Vaginitis Treatment. Data on file - Innotech International 2008
5. Boisnic S. Evaluation of the anti-inflammatory effect of Polygynax® in an experimental model of human mucosa maintained in survival. 2008, P25 , 33rd congress of CNGOF vs Tergynan (ternidazol, neomicină, nistatină, prednisol)

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

Laboratoire Innotech International
Reprezentanța pentru România
Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Et. 2, Ap. 3, Sector 1, București
Tel: 021 230 20 44, Fax: 021 23020 47
e-mail: innotech.romania@innothera.com

Programul Cryo-Save de stocare gratuită a celulelor stem

Interviu cu Dr. Roxana Macrin,
Director General Cryo Stem Health, reprezentata în România a Băncii de celule stem Cryo-Save

Ce este Programul Cryo-Save de stocare gratuită a celulelor stem?

Cost-Free Donation Program sau Programul de stocare gratuită a celulelor stem este implementat de câţiva ani de către Banca Cryo-Save cu ajutorul reprezentanţei sale Cryo Stem Health şi în România. Acest program oferă gratuit familiilor posibilitatea de a stoca la naştere, celule stem recoltate din sângele şi ţesutul cordonului ombilical.

Care sunt criteriile de admitere în program?

Pentru a fi admis în program, trebuie ca un membru al familiei (frate, soră, mamă, tată) al noului născut să fie deja diagnosticat cu o boală ce poate fi tratată cu celule stem în mod oficial şi să fi contactat un medic specialist oncolog/hematolog, care să fie de acord să completeze Formularul de recomandare al tratamentului, la care va anexa dovezi referitoare la analizele paraclinice, diagnosticul, stadiul bolii şi tratamentul efectuat, după care specialiştii Cryo-Save vor analiza cazul. După ce dosarul este aprobat, familia va semna un contract cu Cryo-Save.

Ce costuri acoperă acest program?

După admiterea în program, tot serviciul este oferit gratuit de către Cryo-Save (kitul de recoltare, administrarea, transportul, procesarea, testarea pentru mamă şi copil, crioconservarea şi stocarea celor 4 probe). Acest program acoperă gratuit, de asemenea, întregul proces necesar pentru ca transplantul să aiba loc: analizele specifice HLA din probă, cât şi coordonarea şi transportul probei de la Banca Cryo-Save din Belgia, la spitalul unde se va desfăşura tratamentul.

De ce Cryo-Save a dezvoltat un astfel de program?

Acest program face parte din responsabilitatea socială a lui Cryo-Save şi a reprezentanţei din România, Cryo Stem Health. Scopul nostru este de a demonstra angajamentul pentru dezvoltarea şi bunăstarea societăţii, nu numai printr-o colaborare pe bază de proiecte de cercetare şi studii ştiinţifice, cu cercetători şi universităţi, dar şi prin sprijinirea directă a familiilor aflate în stuaţii dificile. De asemenea, Programul Cryo-Save de stocare gratuită a celulelor stem ne permite să evidenţiem utilitatea terapeutică a celulelor stem pentru boli, care sunt mai dificil de tratat cu tratamente convenţionale.

Care sunt paşii de urmat dupa naştere?

După ce familia primeşte kitul de recoltare personalizat cu codul de bare ID, urmează naşterea, probele sunt recoltate, iar kitul este pregătit în aceeaşi zi pentru transportul aerian către Banca Cryo-Save Belgia. Imediat ce probele au ajuns în bancă, se vor verifica documentele şi identificările probelor, apoi urmează efectuarea analizelor de laborator care vor verifica toţi parametrii necesari pentru ca proba să fie stocată cu succes, inclusiv, se va analiza, dacă această

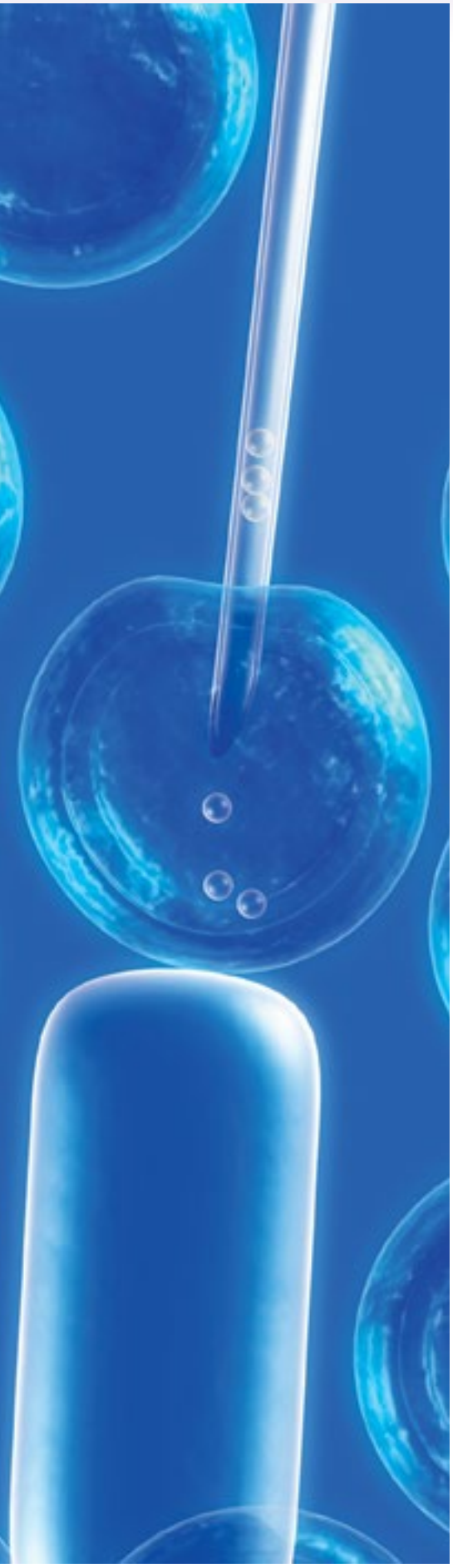
Cryo-Save
The Family Stem Cell Bank

Sănătatea copilului tău are prioritate!

Află mai multe despre celule stem de la Banca Nr.1 în Europa.

Str. Constantin Aricescu, Nr.8, S1,
Bucureşti, România, 011685
Mob. +40 733 108 748
Tel. +40 311 063 165
Fax. +40 311 022 914
ro@cryo-save.com
www.cryo-save.com/ro

CRYO STEM HEALTH
A CRYO-SAVE PARTNER



probă este compatibilă din punct de vedere genetic cu membrul familiei care suferă de boala tratabilă cu celule stem și pentru care s-a realizat donarea. Urmează testarea și procesarea probelor cu extragerea și identificarea de celule stem apoi crioconservarea lor și stocarea. În cazul în care aceste probe sunt compatibile, Cryo-Save va coordona întregul proces de la transportul probei din banca noastră până la spitalul unde are loc tratamentul.

Cât succes are acest program în țările în care Cryo-Save l-a implementat?

Datorită acestui program susținut de Cryo-Save a fost posibil primul tratament în Spania pentru o formă rară de anemie congenitală Blackfan-Diamond, celulele stem fiind stocate la nașterea surioarei micului pacient.

Transplantul a fost efectuat cu succes la Spitalul Infantil del Niño Jesús din Madrid, iar băiatul, în vârstă de 4 ani este de așteptat să aibă o recuperare normală. Acest tratament de pionierat în Spania poate anunța o îmbunătățire radicală a calității vieții copilului, care, de la naștere până la efectuarea acestui tratament a necesitat transfuzii regulate de eritrocite.

Dar o famile care nu are astfel de probleme de sănătate, cât plătește pentru aceleași servicii?

Dacă o familie alege serviciul complet Cryo-Save de stocare a 4 probe de celule stem recoltate din sângele și țesutul cordonului ombilical, plătește un Onorariu de Înregistrare de 250 Euro, urmând ca după naștere să plătească Onorariul pentru servicii în funcție de opțiunea aleasă: în 3,6 sau 12 rate lunare. Rata pentru contractul cu plata în 12 luni, de exemplu, este de 150 Euro pe lună.

După ce se achită cele 12 rate lunare de 150 Euro, ce plăți mai sunt de efectuat în cei 20 de ani?

Nici una! După achitarea plăților lunare, familia nu mai are de plătit nimic timp de 20 de ani. Toate costurile au fost incluse în acestă plată. Evităm astfel orice neînțelegere legată de eventualele măriri ale ratelor prin modificarea parității Ron/Euro sau alte taxe apărute prin modificări legislative.

Cum reușește Cryo-Save să aibă stocate peste 50 % din toate probele recoltate în Europa?

În Europa sunt înregistrate peste 49 de bănci de celule stem, așa încât faptul că în România sunt numai 16, sunt puține într-o piață liberă... Totuși, din cele 49 de bănci numai 3 dintre ele ocupă 80 % din totalul de probe stocate, iar Cryo-Save are peste 50 %. Și vorbesc de bănci independente, nu asociații ale unor bănci diferite, care raportează la comun ca să pară că au mai multe probe stocate!

Vedeți, în străinătate nu merge să scrii pe toate materialele pentru clienți sau medici mesaje care nu sunt adevărate și probate, pentru că acolo plătești scump înșelătoria.

Și mă întrebați cum reușim să avem peste 50 % dintre clienți? Simplu, pentru că familiile din alte țări pun preț în primul rând pe calitate și dovezi și mai putin pe prețuri dubios de mici și discounturi.

Ce șanse credeți că are un client Cryo-Save să utilizeze o probă stocată în banca dumneavoastră?

O bancă serioasă își face și calcule economice dacă vrea să supraviețuiască mulți ani, așa cum ne dorim noi.

Avem deja 13 ani de existență și suntem prezenți în peste 70 de țări din 5 continente. Suntem proprietarii băncilor Cryo-Save pe fiecare continent, iar retehnologizarea este continuă. Sigur că ne-am făcut calcule, pentru că atunci cand preconizezi să ai milioane de probe stocate și numai o proba te costă 500 Euro ca să o eliberezi, te poți foarte ușor debalansa dacă de la un moment dat încep să iasă multe probe. Numai anul trecut din Banca Cryo-Save din USA am eliberat 92 de probe de celule stem mezenchimale.

Studiul economic publicat în 2005 de Pasquini, Logan, Verter, MC spune că „de-a lungul unei existențe de până la 70 de ani, probabilitatea ca o persoană să necesite un transplant din propriile celule stem este de 1 la 450”.

Cryo-Save este listată la bursa Euronext Amsterdam și toate datele financiare cât și numărul de clienți sunt publice. Așa reușim! Cu sinceritate și profesionalism!

LASER Nd:YAG
* chirurgia ţesuturilor moi
* proceduri de estetică

* acces uşor la locurile greu accesibile
* control excelent a adâncimii de penetrare
* fără carbonizarea ţesutului
* prezervarea ţesuturilor înconjurătoare
* adeziuni post-operative minimale
* recuperare rapidă cu durere şi inflamaţie redusă

Fotona
choose perfection

LASER Er:YAG
* îndepărtarea neoplaziei cervicale, vulvare şi vaginale
* îndepărtarea pigmentaţiilor şi leziunilor benigne
* coagularea, vaporizarea, incizia/excizia ţesuturilor moi

INCONTINENŢA URINARĂ
afectează grav calitatea vieţii

* non-contact, non-invaziv, precizie mare
* vindecare rapidă, re-epitelizare totală
* rezultate clinice excepţionale

SINDROM DE RELAXARE VAGINALĂ

distribuitor:
www.medicalpartner.ro
MEDICAL PARTNER
Partenerul ideal

CONTACT:
laser@medicalpartner.ro
0727-312-805

O șansă nouă în lupta cu cancerul de col uterin

Citologia în mediu lichid **THINPREP** și testul **APTIMA HPV E6, E7mRNA**

Organizația Mondială a Sănătății indică în raportul din 2010 că în România, în fiecare an, sunt dignosticate cu cancer cervical 3402 de femei, iar anual mor aproximativ 2005 din această cauză [1].

Incidența cancerului de col uterin ocupă locul trei din totalul tumorilor maligne diagnosticate, după cancerul de sân și cel colorectal. Deși nu există date statistice cu privire la prevalența infecției cu HPV în țara noastră, datorită lipsei unor date centralizate la nivel național, România aparține regiunii din Europa de Est cu 22.3% cazuri noi în 2010 [2].

În comunicatul de presă al Ministerului Sănătății din 10 mai 2013 se precizează că riscul de cancer de col uterin la nivel național este de 1,9%, în unele județe însă se depășește valoarea de 5%. Conform statisticilor doar 9% dintre femei au efectuat un test Babeș-Papanicolau în ultimii trei ani [3].

Este salutară începerea programului național de screening, însă considerăm că și România ar trebui să beneficieze de cele mai precise și reproductibile metode de screening precum și de un program care să includă atât testarea Pap în mediu lichid cât și testări complementare cum ar fi testul APTIMA HPV E6,E7 mRNA. Testul APTIMA HPV E6,E7 mRNA este folosit pentru detecția supraexpresiei de ARN mesager ce codifică pentru proteinele virale E6 și E7 acestea fiind responsabile pentru dereglările apărute la nivelul unor etape normale esențiale din cadrul ciclului celuar și apoptozei. Studii clinice au dovedit faptul că nu prezența infecției cu HPV duce la apariția cancerului de col uterin ci persistența ei o perioadă îndelungată determină transformări atipice celulare precursoare cancerului de col uterin [4].

La nivel mondial se utilizează pentru depistarea leziunilor premaligne cervicale citologia în mediu lichid testul ThinPrep produs de compania americană Hologic. Compania Hologic și-a dedicat întreaga activitate sănătății femeii, precum și dezvoltării unei metode superioare de detecție și monitorizare a transformărilor atipice de la nivel cervical. Metoda ThinPrep constă în prelevarea de celule cervicale de la nivelul exo și endocolului cu un recoltor special apoi transferarea fără pierderi a întregului material recoltat într-un recipient cu mediu lichid care asigură conservarea celulelor. Urmează etapa automată de procesare a probei cu transferul celulelor pe lamă și dispunerea lor într-un monostrat. Studiile au arătat că cea mai mare parte din materialul prelevat prin metoda convențională se pierde nefiind transferat pe lamă ceea ce duce la obținerea unor lame nesatisfăcătoare sau la rezultate fals negative. Acesta este principalul motiv pentru care se recomandă realizarea unui screening la un interval de 6 luni pentru a nu pierde transformări celulare premaligne.

Avantajele folosirii metodei Thin Prep constau în:

- eliminarea pierderilor de material de la recoltare, toate celulele prelevate de la nivel cervical se vor regăsi în mediul de conservare și transport
- eliminarea artefactelor date de prezența sângelui și mucusului
- obținerea unui strat subțire - monostrat, care va putea fi diagnosticat ușor și rapid de anatomopatolog
- posibilitatea efectuării mai multor lame dintr-o singură prelevare celulară (un singur recipient ThinPrep pentru mai multe lame cu rezultate reproductibile)
- posibilitatea efectuării de teste complementare (APTIMA HPV E6,E7 mRNA, detecția de Chalmydia și Gonococ)

Posibilitatea efectuării HPV E6, E7 mRNA din același recipient dintr-o singură recoltare este un avantaj pentru un protocol de diagnostic complet, mai ales pentru pacientele diagnosticate cu ASCUS și LSIL.

Folosirea celor două teste complementare aduc un plus în diagnosticarea precoce.

Persistența infecției cu HPV și determinarea ADN-ului viral nu constituie indicatori de boală sau de progresie spre cancer cervical, ci doar diagnostichează o infecție cu HPV. Studiile au demonstrat că până la 80% dintre femei intră în contact cu o tulpină de HPV în cursul vieții și până la 90% dintre aceste infecții sunt autolimitante eliminându-se în mod spontan prin mecanisme imune proprii în primii 2 ani de la debut [5]. Aproximativ 92 % dintre infecții s-a dovedit că nu au implicatii patologice [6]. Din acest motiv este important să identificăm infecțiile persistente care pot induce transformări maligne la nivel cervical prin folosirea testului APTIMA HPV mRNA E6,E7.

Credem că este important ca femeile din România să aibă o șansă la viață prin folosirea unor metode de screening complete și actuale care să ducă la scăderea incidenței cancerului de col uterin.

Dr. Monica Octavia Muraru
Diamedix Impex SA

Referinte:

1. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer, in press.
2. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. Int J Cancer. 2013 Mar 1;132(5):1133-45. doi: 10.1002/ijc.27711. Epub 2012 Jul 26.
4. Persistent Genital Human Papillomavirus Infection as a Risk Factor for persistent cervical dysplasia.GloriaY.F.Ho,Robert D Burk,Sara Klein,Anna S Kadish,C J Chang, Prabhudas Plan, Jayasri Basu,Ruth Tachezi,Renee Lewis and Seymour Romney
5. Center for disease controls and preventions www.cdc.gov/
6. Elfgren et al. Am J Obstet Gynecol. 2000 Sep;183(3):561-7

O SIMPLĂ SCHIMBARE DE IMPORTANȚĂ MAJORĂ

Folosirea complementară a testării HPV ADN * și Citologiei pentru screeningul Cancerului de col uterin la femeile cu vârste peste 30 ani

- **Citologie negativă**
  - HPV negativ → **Screening** la 3 ani
  - HPV pozitiv → **Repetare ambele testări** la 12 luni
    - Ambele negative → **Screening** la 3 ani
    - Citologie negativă HPV pozitiv → **Colposcopie**
    - Citologie anormală Orice rezultat la HPV → **Managementul conform ghidurilor ASCCP**
- **Citologie ASCUS sau mai mult** → **Managementul conform ghidurilor ASCCP**

**HPV DNA numai pentru tulpinile High Risk*

Copyright 2006, 2007, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All right reserved.

Un singur recipient, mai multe testări

THE ThinPrep PAP TEST

Protocol HPV

Citologie neg. HPV mRNA neg.	Citologie neg. HPV mRNA poz.	ASCUS/LSIL HPV mRNA neg.	ASCUS/LSIL HPV mRNA poz.	HSIL HPV mRNA poz. sau neg.
Screening la 3 ani	Repetă după 6 – 12 luni	Repetă după 12 luni	Colposcopie	Biopsie/ Colposcopie
	Citologie neg. HPV neg.	ASCUS HPV neg.	>ASCUS HPV neg.	Citologie HPV poz.
	Screening la 3 ani	Repetă după 6 – 12 luni	Colposcopie	Colposcopie

Adapted of Wright et al. 2004. Obstet Gynecol 103:307

HOLOGIC™
The Women's Health Company.

DIAMEDIX Diagnostica
www.diamedix.ro

București: Intrarea Sectorului nr. 20, sector 3, cod 030353
Tel/fax: 021.66.888.66/ 67 / 68 / 69 /70; 0372.730.355
e-mail: office@diamedix.ro

Contracepția între beneficii, accidente și complicații

Atitudinea familiei, respectiv a cuplului față de numărul de copii pe care dorește a-i avea constituie COMPORTAMENTUL DEMOGRAFIC.

De-a lungul evoluției societății umane s-au descris trei tipuri de comportament demografic:

1. Comportament demografic pozitiv când nașterile aveau loc fără nicio intervenție a omului, minimul de copii născuți de un cuplu fiind în medie între 13-15 pentru fiecare femeie de vârstă fertilă.
2. Comportament demografic negativ și de tranziție apărut mai ales în ultimii 100 de ani și care este caracterizat prin intervenția abuzivă a cuplului în procreere, ceea ce a dus la o limitare tot mai accentuată a nașterilor putând duce la apariția unei denatalizări ale unor colective.
3. Comportament demografic optimal este acela care asigură un echilibru între numărul de nou născuți doriți de cuplu și numărul de nou născuți necesari dezvoltării societății. Se apreciază că un număr de 2-4 copii pentru o familie, ar fi optim să satisfacă aceste deziderate. Din păcate, de obicei acest comportament demografic optimal este încă rezultatul intervenției statului prin fixarea unor politici pronataliste sau de limitare a nașterilor.

Acest comportament demografic ar trebui să fie o reflectare în conștientul cuplului, putând fi optimizat prin noțiunile de planificare familială, care să asigure cuplului un număr optim de copii somato-psihic bine dezvoltați și care poate fi stimulat prin creșterea nivelului de trai al populației, gradul de dezvoltare a societății, creșterea nivelului educațional și al stării de sănătate al populației.

Preocupările contraceptieve ale populației sunt semnalate din cele mai vechi timpuri, primele documente chinezești datând din 2700 î.e.n. Acestea conțineau rețete contraceptive și prescripții cu efect abortiv. În Egipt, faimosul papyrus EHERS (1550 î.e.n) consemna primul tampon medicamentos și ARACIA, planta conținând guma Arabica care a fost recunoscută pentru efectul spermicid. În Grecia Antică, Hipocrat vorbește în jurământul său de „ATOKIA" contraceptive și „PHATORIA" (abortive).

Astăzi, există o mulțime de mijloace contraceptive, clasificate astfel:

Contracepția orală hormonală se realizează prin folosirea pilulelor contraceptive care poate fi pilula combinată sau minipilule (pilule cu estrogen).

Există și contracepție hormonală cu acțiune întârziată, realizată prin folosirea contraceptivelor injectabile, a implanturilor, sau a inelelor vaginale.

Contracepția intrauterină este făcută prin utilizarea steriletelor. Dispozitivele intrauterine (DIU) pot fi prin acțiune mecanică sau cu medicație (tip Cooper T și cu progesteron Mirena).

Contracepția de barieră se realizează prin coitus interruptus, prin folosirea prezervativului sau a diafragmului, capului cervical sau cu spermicide și bureți impregnați cu spermicid.

Abstinența periodică este o altă metodă contraceptivă care se realizează prin:

- Metoda calendarului (Ogino-Knaus) în care femeia evită contactul sexual în perioada ovulatorie
- Metoda temperaturii bazale
- Metoda ritmului mucusului cervical (Billings)
- Metoda simptotermală (metoda Billings+temperatura bazală)
- Metoda testării ovulației (Tester)

EYECON® Medical

Echipamente Medicale Specializate
Mobilier & Sisteme de Gaze
Management Spitalicesc

CASETIERĂ – SMART (EUROCLINIC)

- Structură din fier cu acoperire în câmp electrostatic cu pulberi epoxidice
- Dispune de 6 roţi antistatice pentru o poziţionare cât mai uşoară
- Suprafaţa topului este din material plastic anti-zgâriere, de culoare albă
- Este dotată cu 3 sertare de diferite dimensiuni, plus unul cu lampa germicida; de asemenea, are un sertar special pentru depozitarea deşeurilor
- O altă dotare a casetierei este un spaţiu paralelipipedic pentru aşezarea unor aparate (electrocauter, sursă de lumină, etc.)

CASETIERĂ INSTRUMENTAR – SW2 P/Uv (EUROCLINIC)

- Structură elegantă confecţionată din fier acoperit cu pulberi epoxidice în câmp electrostatic; are 4 roţi antistatice
- Căruciorul este compus din trei sertare pentru instrumente şi o lampă cu ultraviolete pentru menţinerea instrumentarului sterilizat
- La cerere, în sertare pot fi inserate tăvi de plastic compartimentate, pentru o organizare optimă a spaţiului pentru instrumentar

FOTOLIU GINECOLOGIC – 4018/GP (MEDICAL EXPORT)

- Structură solidă din oţel galvanizat, acoperită cu o carcasă din ABS termo-format
- Bază de susţinere pe 4 picioare ajustabile
- Înălţime reglabilă (65-85 cm) prin pedală, acţionată cu ajutorul unei pompe de presiune
- Toate mişcările fotoliului sunt realizate manual
- Este posibilă rotirea completă a fotoliului (360°) şi blocarea acestuia în orice poziţie
- Secţiunea şezut este reglabilă prin intermediul unui piston cu gaz
- Complet capitonat şi acoperit cu scai lavabil; divizat în 3 secţiuni (cap, torace şi şezut)
- Dimensiuni: 205 x 62 x 65 cm (h)

FOTOLIU GINECOLOGIC – GYNEX (EUROCLINIC)

- Pentru examinări şi mici intervenţii chirurgicale
- Disponibil în trei variante: cu unul, două sau trei motoare
- Structură metalică acoperită în câmp electrostatic cu pulberi epoxidice, rezistente la agenţi chimici şi uzură externă
- Carcasă din material plastic termo-format, ce acoperă structura de susţinere a fotoliului
- Complet capitonat cu material elastic şi acoperit cu scai lavabil (anti-acid, antizgâriere, cu rezistenţă mecanică ridicată)
- Înălţime reglabilă (+/-40 cm) electric prin motor (Gynex 1-2-3) şi panou cu pedale de control pe podea
- Segment torace (spătar) rabatabil (0º-90º) cu arc pneumatic sau electric prin motor (Gynex 2-3) cu segment reglabil şi detaşabil pentru cap
- Segment bazin (şezut) reglabil în poziţie colposcopică, prin rabatarea spătarului
- Segment picioare rabatabil (-90º-0º) manual sau electric prin motor (Gynex 3) şi prevăzut cu decupaj pentru culisare recipient INOX
- Suporturi ginecologice GOEPEL pentru coapse, reglabile şi detaşabile, capitonate şi acoperite cu scai lavabil
- Recipient INOX 4 litri pentru colectare secreţii, culisant pe şine, montat sub segmentul pentru bazin
- Segmente reglabile (pivotante) şi detaşabile, acoperite cu scai lavabil, pentru braţe
- Suport metalic pentru susţinere rolă hârtie
- Variante de culori: 24 mate, 10 metalizate
- Dimensiuni în poziţie ginecologică: 930 x 920 x 1160 mm (h)
- Dimensiuni extins: 1650 x 920 x 580-980 mm (h)
- Capacitate susţinere: 180 kg
- Alimentare electrică: 220V-50Hz, cu transformator 24V încorporat

SCAUN SPECIALIST – SPD/A (EUROCLINIC)

- Structură solidă din oţel pe baza de susţinere cu 5 picioare pe roţi cauciucate, pivotante
- Inel metalic pentru sprijin tălpi
- Înălţime reglabilă cu arc pneumatic
- Spătar ajustabil 180º, cu înălţime reglabilă
- Capitonat cu material elastic şi acoperit cu scai lavabil (anti-acid, antizgâriere)
- Variante de culori: 24 mate, 10 metalizate
- Dimensiuni: 570 mm diam. x 530-660 mm (h)

EYECON MEDICAL S.R.L.
www.eyeconmedical.ro
www.eyeconmedical.md

Str. Giuseppe Garibaldi nr. 8-10
Sector 2, Bucureşti
Tel: +40 21 311 91 61
office@eyeconmedical.ro

Bv. Cetăţii nr. 48, sc. B, ap. 2
Timişoara, judeţul Timiş
Tel: +40 720 39 32 69
Fax: +40 356 11 02 33

Str. Ştefan cel Mare nr. 65, et. 4,
birou 411, Chişinău, Rep. Moldova
Tel: +37 322 27 71 83
office@eyeconmedical.md

Contracepția chirurgicală

a. Tehnici pentru femeie
- Chirurgicală: ligatura trompelor – metoda clasică sau metoda laparoscopică
- Electricauterizare
- Mecanică
- Chimică – histeroscopică
- Histerectomie
- Salpingectomia bilaterala

b. Tehnici pentru bărbat
- Vasectomia chirurgicală
- chimică

Avortul – tehnici de avort

Vacuum aspirația
Chiuretajul uterin clasic: dilatarea și chiuretajul; dilatarea și evacuarea prin aspirație
Aspirația endometrială
Instilația cu soluție salină hipertonă
Prostaglandinele (citotec)
Antiprogestinele (RU 486)

La aceste metode contraceptive mai pot fi adăugate metode naturale de contracepție precum:
- Alăptarea la sân
- Coitul interrupt
- Abstinența totală
- Obstrucția tubară nechirurgicală

La contracepția masculină pot fi adăugate:
- Obstrucția nechirurgicală a deferentelor
- Contraceptia hormonala masculina
- Contracepția prin substanțe naturale/ extracte de plante
- Contracepția prin mijloace fixe
- Contracepția imunologică

Contracepția hormonală

Inventatorul pilulei contraceptive este considerat Gregory Pincus, care în 1956 produce o adevărată revoluție în contracepție, planning familial și sexologie.

Astăzi în lume aproximativ 635 milioane de femei utilizează metode contraceptive din care 100 milioane de femei folosesc contraceptive orale. În România 32% - 40% dintre femei practică contracepția. Dintre acestea 14% folosesc contraceptive orale combinate, 31% folosesc metode tradiționale, 25% folosesc alte metode contraceptive și 30% nu folosesc nicio metodă contraceptivă.

Contraceptivele orale combinate (COC) monofazice sunt:

- Normodozate 35-50 µg EE etinilestradiol
- Minidozate 30-35 µg EE
- Microdozate 20 µg EE

Dintre contraceptivele orale combinate multifazice:
- Trifazice MICROLENT – SEQUILLAR – TRIQUILAR – MIRELLE
- Combinate
- Qlaira care conține Dinogest 2 și 3 mg/ pilula și estradiol valerat 2 mg/pilula

Evoluția până la qlaira a fost ANOVALAR – MICROGYNON – DIANE 35 – FEMOVAN – YASMIN – YASMINELLE – YAZ – QLAIRA. Contracepția poate fi practicată la femei între 18-50 ani.

Beneficiile contraceptivelor orale combinate sunt:
- 0,1 sarcini la 100 de femei în primul an de utilizare
- Nu interferează cu actul sexual
- Foarte bine tolerate
- Sunt ușor de folosit
- Administrarea poate fi oprită în orice moment, fertilitatea nefiind afectată
- Este o metodă de contracepție reversibilă.

Beneficiile non contraceptive ale contracepției orale combinate sunt:

Reducerea apariției cancerului ovarian și endometrial. Datele din literatură apreciază că în ultimii 50 de ani au fost prevenite 200.000 de cancere ovariene și 100.000 de decese din această cauză. De asemenea se apreciază că prin practicarea contracepției hormonale orale, în următorii ani se vor preveni peste 30.000 de cancere ovariene pe an.

De asemenea se apreciază că există o reducere a cancerului endometrial, a numărului de sarcini ectopice și a ovarelor chistice. Contracepția orală combinată produce o reglare a ciclurilor menstruale, are efect favorabil asupra dismenoreei (care poate dispărea), reduce menoragia constituind un procedeu de profilaxie al anemiei secundare post hemoragice produsă prin compliantă.

Efectele benefice ale contracepției hormonale combinate sunt recunoscute și asupra acneei (ameliorează acneea ușoară și seboreea în 80% din cazuri), hirsutismului precum și asupra simptomelor perimenopauzei.

Dintre accidentele și complicațiile contracepției hormonale, menționăm: sarcina prin uitarea luării uneia sau mai multor pilule. În același timp indicele Pearl al pilulei contraceptive este 0.05 – 1.7.

Pilula contraceptivă nu oferă protecție împotriva bolilor cu transmitere sexuala și a HIV, ci dimpotrivă incidența acestora poate crește prin liberalizarea vieții sexuale a femeilor. Ca și efecte secundare pot apărea cefalee, greață, spotting, hipomenoree și chiar amenoree indusă în timp.

Ca și accidente și complicații ale contracepției hormonale combinate putem semnala creșterea incidenței HTA, accidentelor vasculare cerebrale, reducerea toleranței la glucoză, creșterea în greutate.

Ca și complicații mai severe, se pot aminti perturbarea funcțiilor hepatice, un risc mai crescut de a dezvolta un cancer mamar, incidența mai mare a tromboembolie venoase, creșterea acizilor biliari cu influență asupra creșterii litiazei biliare.

Toate aceste elemente impun o alegere atentă a contraceptivului ținând cont de

vârsta, greutatea, de antecedentele fiziologice și patologice ale femeii, starea de sănătate prezentă și nu în ultimul rând de tipul contraceptivului.

După Lighezan contraceptivele pot fi clasificate în contraceptive ușoare, medii și grele. Cele ușoare sunt estrogenice, cele medii sunt mixte și cele grele sunt progestative.

Terapia cu contraceptivele orale combinate trebuie să fie selectivă, individualizată, în funcţie de climatul hormonal al femeii, stării de sănătate și antecedentele fiziologice, obstetricale și patologice ale acesteia.

În acest context estroprogestativele ușoare estrogenice, pot fi indicate femeilor tinere, adolescente cu hipo sau oligoamenoree și în tratamentul hirsutismului și acneii. Cele mixte medii, vor fi indicate femeilor adulte, în plină maturitate sexuală, cu ciclu normal, iar progestativele grele se vor indica femeilor în pre sau postmenopauză, celor cu hiper sau polimenoree, dismenoree cu endometrioză precum și ca tratament în sindromul ovarelor polichistice.

Femeile își aleg contraceptivul în funcție de:

- Siguranţa contracepţiei
- Reversibilitatea metodei
- Efectele asupra greutăţii corporale
- Efectele asupra tenului
- Să nu aibă efecte androgenice
- Să fie bine tolerate
- Independent faţă de actul sexual.

Contracepţia intrauterină este aceea care se practică prin aplicarea steriletelor. De-a lungul timpului steriletele au avut diferite forme. Astăzi există sterilete cu medicaţie progesteronică.

Avantajele acestei metode contraceptive constă în excluderea ficatului de la metabolizarea unor hormoni și influenţei medicaţiei hormonale asupra gonadostatului feminin, respectiv asupra secreţiei hipotalamusului și hipofizei. Ca și dezavantaj al procedeului, sunt accidentele care pot să apară la inserarea steriletului, respectiv perforaţia uterină sau lezarea endometrului, cu apariţia de metroragii, expulzia dispozitivului, sau incarcerarea lui care poate apărea atunci când este păstrat o perioadă mai mare de timp, situaţie în care poate fi extras prin dilatarea colului uterin sau prin histeroscopie.

Dispozitivele cu hormoni acţionează în plus și prin eliberarea constantă de progesteron, care are ca efect modificări endometriale de tip pseudodecidualizare stromală su atrofie glandulară pe de o parte, și împiedicarea ascensiunii spermatozoizilor, pe de altă parte.

Eficienţa contraceptivă a steriletului este mai mare, rata de eșec fiind 2 sarcini/100 femei/an.

Metodele contraceptive de barieră sunt reprezentate pentru bărbaţi de prezervativ, iar pentru femei sunt:

- Diafragmul vaginal
- Capișonul pentru col
- Spermicide
- Inelele vaginale
- Bureţi vaginali

Contracepția cu spermicide

Spemicidele se prezintă sub forma de geluri, inele impregnate, creme, ovule, tablete spumante, condom lubrefiat, bureţi impregnaţi.

Avantajul major al spermicidelor moderne este protecţia demonstrată in vitro împotriva bolilor cu transmitere sexuală. De asemenea, sunt ușor de procurat, sunt ieftine și asigură discreţie în folosire.

Dezavantajele se referă la eficienţa relativă, rata eșecului fiind de 8-38 la 100 femei pe an, mediu vaginal neplăcut și uneori iritaţie vaginală.

Contracepția prin sterilizare chirurgicală

Contracepţia prin sterilizare chirurgicală poate fi masculină sau feminină.

Sterilizarea chirurgicală masculină constă în vasectomie, intervenţie în urma căreia se blochează canalele deferente, ceea ce împiedică trecerea spermei.

Sterilizarea chirurgicală feminină constă în ligaturarea trompelor, secţionarea trompelor, care poate fi făcută clasic, prin laparotomie, sau prin laparoscopie prin secţionarea sau cauterizarea trompelor.

Beneficiile sterilizării chirurgicale sunt

- eficacitatea foarte bună
- rata de eșec este de până la 0,8%
- instalarea efectului contraceptiv este imediat
- evitarea ingerării de produse hormonale pentru contracepţie

Dintre deficienţele, accidentele și complicaţiile posibile enumerăm:

- hemoragia
- hematoame pelvine
- incompleta ligaturare a trompelor
- reversibilitatea foarte dificilă, prin reimplantare tubo-ovariană sau prin refacerea traiectului trompei prin anastomoză termino-terminală.

Întreruperea cursului intempestiv al sarcinii prin chiuretaj uterin indiferent prin care procedeu (chiuretaj cu chiureta, aspiraţie, avort medicamentos, etc) trebuie să reprezinte ultimul procedeu la care un cuplu trebuie să apeleze în caz că nu dorește sarcina respectivă.

Procedeul este un procedeu în general sigur, dar el poate fi generatorul unor complicaţii sau accidente precum: perforaţie uterină, chiuretajul uterin abraziv care poate sta la baza unei viitoare sterilităţi, lezarea organelor învecinate, recurgerea la histerectomie în scop hemostatic, injecţii ale aparatului genital ce pot merge până la pelviperitonite sau peritonite generalizate, anemii post hemoragice, psihoze post avort, etc.

Trebuie menţionat că în alegerea metodei contraceptive de către femei acestea ţin cont de următoarele elemente:

- siguranţa metodei
- efectul metodei contraceptive asupra greutăţii corporale
- acţiunea asupra tenului
- efectele algice în momentul practicării procedurii
- posibilitatea reversibilităţii
- modul de utilizare ușor de învăţat
- să nu aibă efecte secundare
- să nu influenţeze o sarcină ulterioară
- să fie igienică
- să fie ușor accesibilă
- să fie ieftină.

La recomandarea procedeului contraceptiv propus unui cuplu medicul trebuie să ţină obligatoriu cont de nivelul intelectual al partenerilor din cuplu, posibilităţile economice precum și de atitudinea lor faţă de contracepţie.

Din păcate acest procedeu profilactic este practicat doar de o parte a femeilor de vârstă fertilă, ceea ce face ca încă o parte dintre femei să recurgă la întreruperea cursului sarcinii prin chiuretaj uterin și ceea ce este mai grav se constată o creștere a abandonului nou născutului la naștere.

Prof. Univ. Dr. Doru Mihai Anastasiu
Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara
Departamentul XII Obstetrică și Ginecologie, Neonatologie și Puericultură
Clinica Universitară de Obstetrică-Ginecologie „Bega" Timișoara România

Contracepția hormonală la perimenopauză. Dezbateri vechi și noi

Perimenopauza este perioada din viața oricărei femei din jurul ultimei menstruații, adică imediat anterior menopauzei pînă la sfârșitul primului an după ultima menstruație. După recomandările OMS. "termenul "perimenopauză" a luat locul celui de "tranziție la menopauză", care s-a apreciat a fi fost folosit în mod fals pentru denumirea perimenopauzei. Menopauza este apreciată retrospectiv după 1 an de amenoree. Majoritatea femeilor au ultima menstră în ultimii ani ai vârstei de 40 sau la începutul anilor vârstei de 50. Debutul perimenopauzei este mai târziu la multipare decît la nulipare, și mai devreme la femeile cu polimenoree și cu ooforectomie unilaterală.

Perimenopauza este marcată de schimbări ovariene, hipotalamo-hipofizare și menstruale, toate legate de aging și se caracterizează clinic prin neregularităţi menstruale și debutul simptomelor menopauzale, ca bufeuri, transpiraţii, insomnie, depresie, dar și cu riscul de sarcini nedorite, neașteptate de multe femei, datorită apariţiei spontane a ovulaţiei

Fertilitatea începe să scadă treptat de la vârsta de 30 ani, fiind sub 80% la 45 ani, și ajunge la zero la majoritatea femeilor cu aproximativ 1 an înainte de ultima menstră (Gray, 1979; Dunson DB, ColumboB, Baird DD, 2002), dar cu mai bine de 100 ani anterior Schroder R a atras atenţia asupra unor ovulaţii sporadice pînă la 2 ani după debutul menopauzei.

La vârsta perimenopauzei, problemele vasculare pot fi cauza mortalităţii crescute- în special stroke, infarct miocardic, tromboze venoase profunde, al căror risc a fost crescut prin vechile formule de contraceptive- cu 50 μg estrogen, și așa cum au arătat studiile epidemiologice se asociază cu fumatul la femeile peste 35 ani

Deși există numeroase studii asupra ciclului ovarian, menstrual, asupra hormonilor (FSH, LH, crescuţi în preajma menopauzei, sau hormonul antimüllerian, inhibina A și B- scăzuţi la menopauză) nu s-a reușit descoperirea unui marker specific endocrinologic care să caracterizeze menopauza precoce sau tardivă, sau care să aibă valoare predictivă exactă asupra debutului menopauzei (Burger H, et al, 2008) și de aici apare insecuritatea asupra fertilităţii și necesitatea folosirii unor contraceptive eficace și sigure.

În contextul de patofiziologie a îmbătrânirii ovariene și generale, se apreciază necesitatea contracepţiei pentru femeile active sexual nesterilizate chirurgical pînă la atingerea sterilităţii naturale, la vârsta

menopauzei. De aceea la femeile în preajma menopauzei este dificilă decizia opririi contracepţiei hormonale datorită riscului unei ovulaţii, iar pe de altă parte pot apare confuzii induse de interferarea contraceptivelor cu sângerarea sau cu amenoreea.

În opinia medicilor Gebbie AE, Hardman MRS (2010) de la NHS Lothian Family Planning and Well Women Services din Edinburgh, din UK, unde sunt serviciile de planificare familială cele mai vechi din lume, se apreciază că nu există contraindicaţii pentru contracepţie datorită vârstei, iar pe de altă parte se discută şi momentul întreruperii contracepţiei; Sparrow M (1992) recomandă contracepţia pe o durată de minim de 6 luni, iar mai recent un an de la ultima menstră la femei peste 50 ani şi de doi sau mai mulţi ani după ultima menstră la femei sub 50 ani (Colls JP, 1984; Shaaban MM, 1996; Glaiser A, Gebbie AE, 2007).

Femeilor în perimenopauză li se pot recomanda diverse metode contraceptive (Gebbie A, 2003; Gebbie AE, Hardman MRS, 2010), incluzând contraceptivele hormonale orale cu doze mici de etinilestradiol (EE) sau estrogeni naturali tip estradiol micronizat, sau numai cu progestativ, injectabile combinate estro- progestative sau numai cu progestativ, plasturii transdermici (existenţi în SUA), inelele vaginale, dispozitivele intrauterine (DIU) cu cupru sau medicate (cu levonorgestrel sau cu progesteron), metodele de barieră sau ligatura tubară (UK Medical Eligibility for Contraceptive Use, 2009). Aceste metode sunt în mod diferit recomandate şi folosite în diversele ţări europene- Vest şi Est europene, nord şi sud americane, asiatice, australiene după cum au constatat Goretzlehner G (2009) în Germania, şi Gebbie AE, Hardman MRS (2010) în UK.

Indiferent de metodă, femeile la perimenopauză trebuie să primească informaţiile cu acurateţe legat de riscurile şi beneficiile fiecărei metode. Multe femei la perimenopauză au neregularităţi menstruale şi contraceptivele hormonale pot schimba calitatea vieţii, iar la cazurile cu DIU cu cupru pot apare sângerări ce impun suprimarea DIU; pe de altă metodele contraceptive hormonale se pot folosi în locul terapiei de substituţie hormonală.

În acest context trebuie avută în vedere individualizarea contracepţiei la perimenopauză, asociat cu indicaţiile şi contraindicaţiile fiecărei metode din acest moment al vieţii. Bolile cardiovasculare, trombozele, sindromul metabolic sau diabetul zaharat, cancerele genitale şi mamar, au incidenţă tot mai crescută, accentuată de fumat decît de vârstă; la perimenopauză, BMI creşte treptat chiar dacă stilul de viaţă şi aportul nutriţional nu se modifică.

Mai mulţi factori contribuie în prezent la subutilizarea contracepţiei la perimenopauză:

- În primul rând, multe femei apreciază în mod eronat că menstrele neregulate sunt un semn al sfârşitului fertilităţii, neglijând necesitatea contracepţiei.
- În al doilea rând, deşi COC pot fi folosite în siguranţă de nefumătoarele sănătoase de vârsta până la 55 ani, multe din femeile peste 35 ani au teama folosirii lor pentru riscul de boli cardiovasculare, sau de falsa teamă că ele pot creşte riscul cancerului mamar sau greutatea.

Rezultatul acestor percepţii inadecvate determină experienţa simptomelor vasomotorii sau a sângerărilor vaginale neregulate, iar mai mult, aceste femei neagă necesitatea protecţiei de sarcini nedorite şi de alte viitoare riscuri de boală.

1. Contracepţia hormonală

Este cea mai folosită şi mai dezbătută metodă contraceptivă la perimenopauză (Colls JP, 1984; Connell EB, 1993; Cole JA, et al, 2007; Hardman SMR, Gebbie AE, 2009).

1.1. Contraceptivele orale combinate

Contraceptivele orale combinate (COC) nu influenţează debutul perimenopauzei contrar opiniei multor femei (Hardy R, Kuh D, 1999) şi reprezintă o opţiune contraceptivă sigură pentru toate femeile sănătoase, cu tensiune arterială normală, şi nefumătoare ce suferă de simptome perimenopauzale şi fără contraindicaţii. Micropilulele cu ≤ 30 µg etinil-estradiol trebuiesc preferate, cînd se are în vedere riscul crescut cardiovascular al vârstei.

La fumătoare sunt strict contraindicate toate COC datorită riscului crescut de tromboze, infarct miocardic, stroke.

La femei în perimenopauză sănătoase, normotensive COC administrate ciclic au numeroase efecte benefice, terapeutice şi preventive (Jensen JT, Speroff L, 2000), în concordanţă cu anomaliile sângerării- interval tot mai lung între menstre (la 35-42 zile, limită ce anunţă menopauza- Taffe JR, Dennerstein L, 2002), metroragii, menoragii sau hipermenoree, alături de simptomatologia caracteristică menopauzei, sau în concordanţă cu apariţia unor patologii specifice vârstei- fibromioame, adenomioză, endometrioză, hiperplazie şi carcinoame endometriale, chiste şi carcinoame ovariene [Ness RB, et al, for Study of Health and Reproduction (SHARE) Study Group, 2001], sindrom de ovar polichistic, patologie mamară (Tabel 1).

Se apreciază si prevenirea osteoporozei (Connell EB, 1993; Kaunitz AM, 2001), mai ales în cazurile cu menopauză prematură. O menţiune specială se face pentru beneficiile la femei cu boala Osler-Weber-Rendu (teleangiectazia hemoragică ereditară), boală ce face ca şi în postmenopauză să se recomande folosirea COC, deoarece etinil-estradiolul are efecte superioare estradiolului natural de "sigilare" vasculară. Unii autori (Klingenmaier 1992) susţin că prin administrarea continuă a combinaţiei estro-progestative contraceptive se poate reduce frecvenţa şi severitatea hemoragiilor gastro-intestinale şi se pot preveni transfuziile de sânge.

Tabel 1. Beneficii non-contraceptive ale COC la perimenopauză

Reducerea neregularităţii, abundenţei menstruale, dispareuniei
Prevenţia chisturilor ovariene funcţionale
Tratament al endometriozei
Scăderea ratei de histerectomii sau alte intervenţii chirurgicale pentru fibroame
Reducerea simptomelor premenstruale
Tratamentul valurilor de căldură, transpiraţiilor nocturne, insomniei şi depresiei la începutul menopauzei
Menţinerea densităţii osoase

Date noi despre contraceptivele orale combinate

De la începutul anilor 2000 se discută de noua revoluţie în contracepţie, realizată prin folosirea unui estrogen natural (estradiol) în locul celui sintetic –etinilestradiol, pentru a îmbunătăţii profilul cardiovascular, ceea ce are relevanţă particulară pentru femei mai vârstnice.

Qlaira® este noul contraceptiv licenţiat din 2009, cu estradiol valerat (E2V)

Tabel 2 . Formule posibile de administrare a COC la perimenopauză

Administrarea ciclică cu 13 sângerări programate pe an 1 2 3 4 5 6 7 Regim extins cu ritm de 63/7 zile cu 5 sângerări programate pe an 1 2 3 1 2 3 1 2 3 Regim extins cu ritm de 84/7 zile cu 4 sângerări programate pe an 1 2 3 4 1 2 3 4 1 Regim extins cu ritm de 126/7 zile cu 2 sângerări programate pe an 1 2 3 4 5 6 1 2 6 Folosirea continuuă 1 2
Un pachet de 21 pilule, cu 7 zile interval liber cu sângerare de privaţie este formula pentru prima formulă, iar la urmatoarele referinţa este la numarul de zile de administrare a COC şi la pauza de 7 zile, ceea ce duce la reducerea săngerarilor pe an

și dienogest (DNG), în regim quadrifazic, cu 2 zile de tablete placebo dintr-un ciclu de 28. Are eficacitatea comparabilă cu COC convenţionale cu 20 µg EE, cu toleranţă foarte bună- puţine episoade de breakthrough bleeding, cu "menstre silenţioase" și cu controlul sângerării prin această nouă formulă de dozare a estradiolului și dienogestului, este alt motiv al recomandării Qlaira® la perimenopauză (Fruzzetti F, Bitzer J, 2010), deoarece estradiolul are alt tip de relaţie cu endometrul decît EE- fiind rapid degradat la nivelul endometrului în comparaţie cu EE.

Regim nou de administrare a COC continuu, prelungit pentru evitarea sângerării

Corelat cu sângerarea de privaţie, cu sângerările neregulate ce apar sub COC, pornind de la recomandarea veche a lui Loudon NB (1977) s-a propus folosirea unui contraceptiv cu un progestativ cu efect îndelungat (levonorgestrel, drospirenon) asociat estrogenului în cantitate de 30 sau 20 µg/cp (Endrikat J, et al, 1997) cu administrare continuă timp de 3 luni (Teichmann A, et al, 2009; Kroll R, et al, 2010), 6 luni (Benagiano Get al, 2009) pînă la 365 zile (Archer DF, Jensen JT, et al, 2006), în locul formulei 21/7 sau 24/4, folosind pilulele active/ plasturii/ inelul vaginal până apare spotting-ul neprogramat sau sângerarea pe care femeia o mai poate tolera. In acest moment, se suspendă COC pentru 2- 4 zile pentru a începe descuamarea coordonată a endometrului și apoi se reîncepe administrarea pilulelor active cu repetarea procesului. Se apreciază că în general femeile reușesc progresiv prelungirea administrării COC între episoadele de sângerare (Miller L, Notter KM, 2001; Miller L, , et al, 2003; Kwiecien M, et al, 2003), pe de o parte, iar pe de altă parte se reușește reducerea unor efecte adverse asociate COC, cum sunt durerile pelvine, și cefaleele (LaGuardia KD, et al, 2005; Sulak P, et al, 2007), ce apar în intervalul de timp fără medicaţie, iar la perimenopauză suprimă suferinţele climacterice ce pot apare în intervalul fără medicaţie,

Există studii ce compară formula ciclică cu această formulă ce a folosit preparate monofazice, și trifazice (Shulman LP, 2005), - tip actualmente nedisponibil în România, ce arată eficacitate contraceptivă superioară a regimului extins, cu supresie ovariană mai bună, atât a foliculilor (Schlaff WD , et al, 2004) cît și a ovulaţiei

Regimul de administrare continuă a COC ce conduce la suprimarea menstrelor a devenit opţiune tot mai populară în multe ţări vest europene și nord americane (Ferrero S, et al, 2006; Sulak PJ, et al, 2006; Coffee AL, et al, 2007) și sunt multe evidenţe legate de eficacitatea contraceptivă, de reducerea ratei de discontinuitate datorită sângerării/ spottingului, cum reiese din Cochrane review of randomised controlled trials (Edelman A, et al, 2006), sau de controlul unor patologii genitale- sindrom premenstrual, endometrioza, diateze hemoragice, fibromioame uterine, sindrom de ovare polichistice, migrene datorate deficienţei estrogenice în intervalul fără pilulă (Kuhl H, Birkhäuser M, Müeck A, et al, 2009). Food and Drug Administration a admis administrarea continuuă a COC în 2007, iar în Canada s-a elaborat un ghid clinic (Guilbert E, et al, 2007) asupra acestui regim contraceptiv.

Introducerea acestui regim a fost dezbătută și analizată și din punctul de vedere al riscurilor discutate la administrarea ciclică. Mulţimea datelor existente în ultimii 50 ani susţine siguranţa COC; dacă ar fi un risc mai mare cu folosirea continuă/extinsă a COC faţă de administrarea ciclică pe termen lung, acesta este minim după Canadian Consensus Guideline on Continuous and Extended Hormonal Contraception (2007)- nivel III de dovezi.

Patologia cardiovasculară. Riscul absolut de boli cardiovasculare este mic la femei sub COC continuu, mai ales dacă se compară cu riscurile asociate sarcinii (Tabel 3).

DANSON vă oferă APARATE pentru OBSTETRICĂ GINECOLOGIE

-monitor 19“
-4D live
-3DMXI
-întărire contururi
-3D autocontur
-elastografie calitativă și cantitativă

R7 –ECOGRAF Doppler Color

-dual Live Mod
-monitor 21,5 “
-5D FRV
-translucență nucală
-3DMXI
-3D autocontur
-întărire contururi
-elastografie calitativă și cantitativă

A30 – ECOGRAF DOPLER COLOR 5D

-monitor 15 “
-4D live
-3D multiplanar
-standby mode

R5- ECOGRAF Doppler Color

-ecran LCD 7”
-memorie 450 ore
-contracțiile fătului pe 2 canale
contracțiile uterine

TOCHOGRAF materno-fetal

-înălțime reglabilă
-trendelenburg
-suportă 200 kg
-acționare electrică 2 motoare

MASĂ consultaţii, operaţii,nașteri

-debit 40l/min/
-vacuum – 1 barr
-borcane 2 x 2 l
-reglaj continuu
-pedală picior

ASPIRATOR chirurgie/chiuretaj

-radiofrecvența 4.0 Mhz
-puterea max.100W
-vindecare rapidă
-fară sângerare
-electrozi pentru ginecologie
-aspirator de fum dedicat

Radiofrecvenţa și aspirator fum

-acționare electrică 3 motoare
-inalțime reglabilă
-spătar reglabil
-trendelenburg
-suportă 200 kg
-se poate livra cu colposcop atașat

FOTOLIU cu COLPOSCOP

-iluminare cu lumină rece 15 V/150 W;
-filtru verde;
-lampă halogen de rezervă gata de lucru;
-distanța de focalizare f=300 mm

COLPOSCOP mobil

Str. Aurel Vlaicu, Nr. 39, Sector 2, Bucuresti
Mobil: 0722 207 608 E-mail: office@danson.ro
www.danson.ro

DANSON

Tabel 3. Riscuri cardiovasculare ale COC comparative cu riscurile asociate unor circumstanţe ale sănătăţii reproductive (Date după Petitti DB, et al, 1997; 1998; Salonen RH, et al, 2001; Baillargeon JP, et al, 2005; James AH, et al, 2006)

Riscul de tromboembolism venos
La femei tinere (< 35ani) 1/10 000
Sub COC 2–3/10 000
In sarcină 10–12/10 000 la termen
200–400/10 000 imediat postpartum
Riscul de infarct miocardic
La femei tinere 0,1/10 000
Sub COC 0,2/10 000
In sarcină 0,62/10 000
Riscul de stroke
La femei tinere 1/10 000
Sub COC 1/10.000
In sarcină 3–4/10 000

Patologia trombotică este favorizată de COC; acestea afectează coagularea şi fibrinoliza, via efectele hepatice ale etinilestradiolului, şi pot conduce la rezistenţa la activarea reversibilă a proteinei C.

Riscul tromboembolismului venos este bine stabilit (Kemmeren JM, et al, 2001), iar cel arterial este controversat. Dintre cazurile care iau COC, riscul de boală vasculară venoasă sau arterială include femei peste 35 ani, mari fumătoare, obeze, suferinde de migrene, cu valori crescute ale TA, ale lipidelor sanguine, cu afectare severă arterială prin diabet zaharat.

Tromboembolismul venos este cunoscut a fi crescut la femei ce iau COC, dar riscul absolut este foarte mic (1-2/10.000 utilizatoare per an- Romero A, et al, 2005), fiind mai mare imediat după începerea contracepţiei decît dacă se folosesc pe termen lung, studiile sugerând ca expunerea iniţială la COC poate "demasca" femei cu trombofilie (Suissa S, et al, 2000), iar pentru revenirea la normal a efectului procoagulant după COC sunt necesare 4 săptămâni, ceea ce nu este un motiv să gândim că pauza de 7 zile în expunerea la hormonii exogeni din contraceptivele administrate ciclic ar avea efect benefic sau invers că expunerea continuuă a COC este dăunătoare.

Tromboembolismul arterial este mult controversat, Riscul de stroke ischemic creşte de 3 ori sub COC, deşi riscul este redus la aceste vârste, fiind un caz nou la 5880 de utilizatoare (Mant J, et al, 1998), iar alte studii nu arată nici o asociere (Siritho S, et al, 2003). O revedere sistematică a concluzionat că nu există asociere între COC şi stroke (Gillum LA, Johnston SC, 2004)

Riscul trombembolismului arterial este discutat după doza de EE [risc mai mic de stroke cu formulele de < 50 µg, fiind neclar riscul cu dozele de 20 µg vs 30 or 35 µg (Baillargeon JP, et al, 2005)] şi cu tipul de progestativ (generaţia a doua de progestative- etinodiol acetate, levonorgestrel, norethisteron au risc mai mare de infarct miocardic şi stroke ischemic decât progestativele de generaţia treia- desogestrel, gestoden, norgestimat).

Studiul Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) (Merz CN, et al, 2006) a înregistrat că femeile care au primit COC au scoruri de severitate mai redusă la explorarea angiografică pentru boala arterială coronariană decît femeile care nu au luat niciodată COC.

Dozele mici, moderne de estrogeni din COC sunt mult sub nivelul producţiei hormonale endogene ale majorităţii femeilor (Kurth T, et al, 2006), şi chiar prin folosirea continuă a COC nu creşte expunerea totală la estrogen peste cea asociată celei din multe COC folosite în ultimii 50 ani (Tabel 4).

Tabel 4. Expunerea totală la estrogen pe un an cu diferite contraceptive orale comercializate comparative cu noile regimuri extinse – Adaptare după Canadian Consensus Guideline on Continuous and Extended Hormonal Contraception, 2007

COC (nume)	Tip de regim	Doză de EE
Alesse	Ciclic	5460 µg
Anya	Continuu	7300 µg
Marvelon, Min-ovral, Yasmin, Orthocept, LoEstrin	Ciclic	8190 µg
Cyclen şi Orth 1/35 sau Ortho 0.5/35	Continuu	9555 µg
Seasonale	Continuu	10 080 µg
Ovral, Ortho Novum1/50	Ciclic	13 650 µg

Cancer col. De-a lungul timpului s-a discutat rolul hormonilor steroizi în potenţarea efectelor HPV în biologia cervicală (Moreno V, et al, 2002), dar rolul contraceptivelor orale fie ciclice fie continuue în dezvoltarea cancerului cervical este controversat (Smith JS, et al, 2003; de Villiers EM, 2003).

Cancer sân nu este crescut prin administrarea continuuă, aşa cum nu este crescut de administrarea ciclică (Silvera SA, et al, 2005), deşi nu există încă studii asupra electului pe termen lung

Mortalitatea nu este crescută de acest regim faţă de cel cu COC ciclice (Guilbert E, et al, 2007), având în vedere că mortalitatea este scăzută cu 52 cazuri per 100.000 femei per an (Wiegratz I, Thaler JC, 2011).

Manuela Russu
Şef Clinica Obstetrică- Ginecologie „Dr. I Cantacuzino" UMF „Carol Davila" Bucureşti
Clinica de Obstetrică- Ginecologie „Dr. I Cantacuzino"
e-mail: manuela_russu@yahoo.com
Tel: 021-210.28.06; Fax:021-211.70.62

Bibliografie

Gray RH (1979) - Biological and social interactions in the determination of late fertility. J Biosoc Sci Suppl; 6 : 97–115.
Schroder R .
Dunson DB, Columbo B, Baird DD (2002)- Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. Hum Reprod; 17:1399–403
Burger HG, Hale GE, Dennerstein L, Robertson DM (2008)- Cycle and hormone changes during perimenopause: the key role of ovarian function. Menopause; 15:603–12.
Glasier A, GebbieAE (2007)- Handbook of Family Planning and Reproductive Healthcare 5E, Churchill Livingstone, UK
Sparrow M (1992)- Contraception in the perimenopause. Curr Ther; 33: 43–8.
Colls JP (1984)- Contraception during perimenopausal years is important issue for patients, clinicians.Contracept Technol Update; 5: 158–60.
Shaaban MM (1996) -The Perimenopause and contraception. Maturitas; 23: 181–92.
Gebbie A (2003)- Contraception in the perimenopause. J Br Menopause Soc; 9: 123–28.
Gebbie AE, Hardman MRS (2010)- Contraception in the perimenopause- old and new. Menopause Int. vol 16, no 1, 33- 37
Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, UK (2009)- UK Medical Eligibility for Contraceptive Use.(UKMEC 2009). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. www.fsrh.org/admin/uploads/UKMEC2009.pdf

PREMIERĂ MEDICALĂ ÎN ROMÂNIA:

Un pacient de trei ani care suferă de paralizie cerebrală va beneficia de tratament cu grefă autologă de celule stem, în SUA

DESPRE PARALIZIA CEREBRALĂ

Cuprinde un grup de afectiuni caracterizate prin leziuni cerebrale stationare si care se manifesta prin lipsa totala a mobilitatii.

INCIDENȚA: 2 cazuri/1 000 nou nascuti la termen

CAUZE:

- cea mai frecventa este agresiunea hypoxic-ischemica pre-sau perinatala
- prematuritatea severa cu complicatiile specifica
- malformatiile cerebrale (anomalii de dezvoltare a SNC)

Alex s-a nascut sanatos, insa la varsta de 11 luni a avut un accident, pe fondul unei boli de reflux, a varsat si in acelasi timp, a aspirat o parte din continut in caile respiratorii. In urma accidentului este imobilizat și și-a pierdut abilitatea de a înghiți singur mâncarea.

TRATAMENT: nu exista un tratament curativ

- **in faza acuta** tratamentul are ca scop promovarea neuroprotectiei (medicatie + hipotermie indusa)
- **in faza cronica** promovarea recuperarii neuromotorii (kinetoterapie; ergoterapie, logopedie; hidroterapie; hipoterapie; acupunctura; masaj; administrarea de toxina botulinica)
- tratamentul complicatiilor (tratamentul antiepileptic; interventii chirurgicale corectoare etc)

*Mecanismele care ar putea duce la regenerare neuronala sunt complexe, insa experienta de la Duke University Hospital si opinia exprimata de Prof. Joanne Kurzberg ne dau motive sa fim optimisti.**

Tratamentul cu infuzie de celule stem proprii este un tratament experimental cu rezultate incurajatoare, in prezent peste 150 de copii cu paralizie cerebrala fiind tratati cu grefa proprie de sange placentar, majoritatea copiilor prezentand achizitii motorii, cognitive sau de comunicare.

Duke University Hospital, centrul in care se va realiza tratamentul, se afla intre primele 10 institutii medicale de elita din SUA, cu o vasta experienta in domeniul transplanturilor de celule stem si a cercetarii medicale (cercetatorul Robert Lefkowitz, laureat al premiului Nobel pentru chimie in 2012).

Tratamentul va fi efectuat de Prof. dr. Joanne Kurzberg, un lider de opinie pe plan mondial cu o vasta activitate in in domeniul transplantului cu grefe de sange placentar.
Impreuna cu echipa sa a efectuat peste 1000 de transplanturi cu grefe de sange placentar.

ADMINISTRAREA GREFEI AUTOLOGE DE SANGE PLACENTAR, PENTRU COPIII CU PARALIZIE CEREBRALA ESTE:

- confirmata ca fiind sigura si fezabila (obiective confirmate in cadrul trialului clinic in faza I)
- in curs de evaluare privind eficacitatea terapeutica (in cadrul trialului clinic in faza II, care se afla in derulare din 2010 si care va fi finalizat in 2015).

Specialistii americani vor utiliza grefa procesata si depozitata in laboratorul din Bucuresti, confirmand inca o data calitatea grefelor obtinute prin procesarea integrala a sangelui recoltat, metoda utilizata de catre CBC Medical.

* POSIBILE MECANISME DE PROMOVARE A REGENERĂRII NEURONALE PRIN ADMINISTRARE A GREFEI AUTOLOGE DE SÂNGE PLACENTAR:

- prin celulele cu actiune antiinflamatoare, diminuarea raspunsului inflamator acut post-agresiune cerebrala
- prin actiune celulara directa si paracrina cu inducerea proceselor reparatorii neuroendogene
- prin progenitorii neuronali si alte populatii celulare prezente in sangele placentar care prin traversarea barierei hematoencefalica facilitand procesele de regenerare si recuperare (trasdiferentiere celulara)

CORD BLOOD CENTER MEDICAL

Prima bancă de celule stem din România*

www.cordcenter.ro

E-mail: office@cordcenter.ro

TELVERDE: 080 000 8121

Cord Blood Center Medical a facilitat accesul pacientului la acest tratament, va fi alaturi de familie pe toata durata deplasarii si a tratamentului in SUA, acoperind totodata si costurile asociate acestora.

Promovam activ in randul clientilor nostri programe destinate sa identifice si sprijine cazuri de afectiuni tratabile cu ajutorul celulelor stem.

Am promis sa fim alaturi de familiile clientilor nostri, si sa le oferim sprijin in caz de nevoie. Suportul oferit lui Alex este dovada unei promisiuni implinite.

Beneficii non-contraceptive ale metodelor de contracepție moderne în actualitate

Beneficiile non-contraceptive ale mijloacelor de contracepție constituie unul dintre criteriile majore în alegerea unei metode de anticoncepționale și acest fapt a fost analizat în cadrul Royal College of General Practitioners Study în legătură cu contracepția orală combinată, diferitele scheme de administrare ale acesteia, dozele utilizate sau tipurile de progestine (1).

Contraceptivele orale combinate

În anul 2005, The ESHRE Capri Workshop Group a întreprins o analiză riguroasă asupra beneficiilor non-contraceptive ale contraceptivelor orale combinate (COC), concluzionând că acestea pot fi administrate în scop non-contraceptiv pentru tratamentul anumitor afecțiuni (2).

Dismenoreea (crampe și discomfort abdominal în perioada menstruală), cea mai frecventă formă de tulburare menstruală, cu o prevalență de 50-90% la femeile tinere (3) este determinată de eliberarea de prostaglandine urmată de o creștere a activității miometriale. Încă de la introducerea COC, în 1960, acestea au fost folosite în tratarea dismenoreei, deoarece acestea acționează prin reducerea afluxului menstrual de prostaglandine și drept consecință prin prevenirea contractilității uterine anormale și a durerii ischemice. Sunt eficace atât preparatele cu doze medii

și mari de estrogeni (30-50μg etinilestradiol) (4) cât și formulele cu doze reduse de estrogeni (≤ 20μg etinilestradiol) (5). De asemenea, diferitele studii nu au constatat diferenţe între diversele preparate sau între administrarea clasică și cea prelungită.

Menoragia este prezentă la aproximativ 10% dintre femeile de vârstă fertilă și prevalenţa sa creşte în paralel cu vârsta, uneori impunând histerectomia datorită severităţii anemiei induse. Această condiţie patologică este semnificativ ameliorată, cu circa 50%, prin administrarea COC atât cele cu doze mari cât și cele cu doze reduse, rezultatele fiind similare cu cele obţinute prin utilizarea de acid mefenamic, naproxen, sau danazol (6,7).

Endometrioza, afecţiune cu largă răspândire, observată la 10-20% dintre femeile de vârstă fertilă în SUA și cauzatoare de dismenoree, dispareunie și algii pelvine implică cel puţin trei obiective terapeutice: inhibiţia creşterii implantelor endometriozice, terapia durerii și reinstalarea fertilităţii. În tratamentul medical al endometriozei COC par să reprezinte o alternativă de elecţie datorită toleranţei bune, efectelor metabolice minore și costului redus (8). Deoarece nu au acţiune citoreductivă, COC reprezintă doar o terapie simptomatică pentru controlul durerii și utilizarea în regim continuu este o alternativă preferabilă utilizării ciclice la pacientele cu dismenoree recurentă post tratament chirurgical conservator (9).

Sindromul premenstrual (PMS) și tulburarea disforică premenstruală (PMDD). PMS se manifestă la 80-90% dintre femeile aflate în perioada fertilă prin simptome variate ca mastodinie, balonare, acnee și constipaţie. Unele studii observaţionale au sugerat încă cu câteva decenii în urmă o ameliorare a PMS în majoritatea cazurilor (10), dar până în prezent nu a fost confirmat efectul benefic al utilizării COC în tratamentul PMS prin trialuri clinice controlate. Cu toate acestea, în unele cazuri administrarea COC în cicluri prelungite poate aduce ameliorări evidente. În cazul PMDD care este o formă severă de PMS, tipic tratată cu antidepresive, poate fi recomandată utilizarea COC conţinând drospirenonă, în regim de 24+4. Drospirenona posedă proprietăţi diuretice și astfel exercită efecte favorabile asupra balonării, mastodiniei, câștigului ponderal, deci asupra ambelor afecţiuni (11).

Acneea, afecţiune cutanată hiperseboreică ce afectează 40-90% dintre adolescenţi și 10% dintre adulţi, este corelată cu niveluri plasmatice crescute ale androgenilor. Deși în recomandările terapeutice dermatologice COC nu reprezintă un tratament de primă intenţie pentru nici una dintre cele patru forme clinice ale afecţiunii, în practică este confirmată eficacitatea COC, în special a celor conţinând progestine cu efect antiandrogenic, adică: acetat de cyproteron, acetat de clormadinon, clormadinona, dienogest, dar și norgestimat, desogestrel, gestodene, noretindron. Capacitatea de a ameliora acneea și hirsutismul, prin suprimarea producţiei de hormoni androgeni se bazează pe un mecanism de acţiune complex care presupune a) inhibiţia secreţiei de LH cu scăderea producţiei de androgeni și în special a testosteronului liber, b) creşterea titrului SHBG (sex hormone binding globulin) ca efect al componentei estrogenice cu scăderea testosteronului liber circulant prin legarea sa la aceasta și c) efectul componentei progestinice de blocare a receptorilor androgenici și inhibare a 5-α reductazei care converteşte testosteronul în dihidrotestosteron la nivelul foliculilor piloși și al pielii (12). S-a demonstrat că tipul de progestină utilizat este mai important decât doza de estrogen sau regimul de administrare monofazic sau trifazic.

Mastopatiile benigne, incluzând o gamă variată de de modificări non-maligne ale sânului, între care mastopatia fibrochistică (MFK) și fibroadenomul mamar (FA) și având o incidenţă cumulată estimată pe baza rezultatelor bioptice de 10-20%, au fost raportate ca având o evoluţie favorabilă sub administrare de COC de unele studii din anii anii 1970-1980 (13). Dar, dat fiind că pe de o parte este bine-cunoscută acţiunea de stimulare a proliferării celulelor epiteliale în timpul administrării COC care face puţin pluzibil efectul biologic de protecţie, iar pe de altă parte studiile menţionate nu au rigurozitatea ştiinţifică necesară, se impune concluzia că efectele benefice ale COC asupra patologiei mamare benigne a fost supraestimat (14).

Fibromiomul uterin apare la 20-25% dintre femeile de vârstă fertilă, fiind de trei ori mai frecvent la rasa neagră și, deși etiologia sa este incertă, este recunoscut rolul reglator al creşterii tumorale exercitat de estrogeni confirmaţi drept promoter, progesteron și unii factori de creştere ca EGF. Efectul benefic al COC asupra fibromiomului uterin a fost sugerat de unele studii care au constatat că dimensional (ecografic), uterele femeilor sub COC erau semnificativ mai mici (15), dar acest efect trebuie confirmat prin studii care utilizează preparatele moderne cu doze reduse și regimurile actuale de administrare.

Tumorile ovariene benigne includ o clasă heterogenă de entităţi, dintre care chisturile ovariene apar la 30-50% dintre femeile menstruate și 6% dintre femeile aflate în postmenopauză, iar sindromul ovarelor polichistice (PCOS) este prezent la 10% dintre femeile din ţările dezvoltate (1). Utilizarea COC este asociată cu o prevalenţă redusă a tumorilor ovariene benigne, determinată în principal de inducerea anovulaţiei și se referă la scăderea riscului pentru tumori benigne non-foliculare între care adenomul seros și mucinos, teratomul și endometriomul. Reducerea riscului este corelată cu durata utilizării COC (16). Studiile clinice nu au putut demonstra acţiunea profilactică sau terapeutică asupra chisturilor ovariene (17).

Bolile cu transmitere sexuală (BTS) care includ peste 25 de tipuri de infecţie, au fost studiate din punct de vedere al unui posibil rol de protecţie al COC faţă de riscul de infecţie cervicală și faţă de riscul de boală inflamatorie pelvină (18). În prezent, este demonstrat faptul că COC nu oferă o prevenţie directă faţă de infecţiile cervicale, deși modificările induse la nivelul mucusului cervical constituie o barieră atât faţă de spermatozoizi cât și faţă de germenii care ascensionează de la nivel vaginal. La aceasta se adaugă și existenţa unui efect de protecţie faţă de apariţia bolii inflamatorii pelvine care este independent de doza și tipul estrogenului folosit (19).

Tumorile maligne. COC sunt asociate cu reducerea riscului pentru cancerul ovarian, endometrial și probabil cel colorectal. Relaţia inversă între utilizarea COC și cancerele ovarian și endometrial reprezintă una dintre constatările epidemiologice cele mai solid argumentate și în termenii de sănătate publică unul dintre exemplele cele mai importante ale chemoprevenţiei pe scară largă (20, 21).

Cancerul ovarian se situează pe locul 2 ca frecvenţă între tumorile maligne ale femeilor și în zonele cu incidenţă ridicată, așa cum este Europa și în special cea occidentală, riscul de a face cancer ovarian este de aproximativ 1-2%, în plus 80-90% dintre cancerele ovariene epiteliale sunt diagnosticate în stadii avansate având un prognostic rău (22). Dovezile ştiinţifice furnizate de mai multe meta-analize (17,20) arată că: a) utilizatoarele de COC au riscul de a face cancer ovarian cu 27%

mai redus; b) cu cât durata de utilizare este mai mare cu atât este mai redus riscul de a dezvolta neoplasm ovarian, reducerea fiind de aproximativ 20% pentru fiecare 5 ani de utilizare; c) după întreruperea COC efectul protector se menţine, reducerea riscului fiind în primii 10 ani de 29%, în următorii 10 ani de 19%, iar după 20-29 de ani de 15%; d) COC protejează faţă de toate tipurile de tumori epiteliale şi non-epiteliale cu excepţia celor mucinoase care reprezintă doar 12%; e) efectul protector al COC este independent de tipul de preparat şi doza de estrogen şi are mici variaţii în funcţie de originea etnică, paritate, istoricul familial de cancer mamar, BMI şi utilizarea terapiei hormonale de substituţie (23).

Cancerul endometrial include două categorii histologice majore stabilite pe baza criteriilor clinice şi epidemiologice: tipul I, cu histologie de adenocarcinom (endometrioidă), asociat cu expunerea cronică la estrogeni necontrabalansaţi de progesteron şi care este de obicei precedat de hiperplazia endometrială ca entitate premalignă şi tipul II, cu histologie non-endometrioidă, cel mai adesea carcinom papilar seros sau cu celule clare, la care nu se identifică o etapă premalignă sau factori de risc hormonali şi are o evoluţie clinică foarte agresivă. Rata incidenţei ajustată pentru vârstă este de 23,5/100000 pe an, cu o rată scăzută a mortalităţii de 4/100000 care cumulează colul şi endometrul (24). Principalii factori confirmaţi ce determină creşterea riscului de cancer endometrial sunt în legătură cu efectul potenţial carcinogenic al estrogenilor necontrabalansaţi asupra endometrului uman şi anume: terapia estrogenică, numărul total de cicluri menstruale mare, obezitatea, tumorile ovariene, sindromul ovarelor polichistice, tratamentul cu tamoxifen, istoricul familial, vârsta avansată, diabetul, antecedentele de cancer de sân sau ovar, radioterapia pe pelvis, hiperplazia endometrială (20). Concluziile referitoare la utilizarea COC şi riscul de cancer endometrial rezultate în urma mai multor meta-analize arată că: a) la utilizatoarele de COC riscul de cancer endometrial este diminuat cu 50%; b) durata utilizării COC variază direct proporţional cu amplitudinea efectului de protecţie; c) riscul redus de cancer endometrial persistă minim 15-20 de ani după întreruperea folosirii COC; d) efectul benefic al COC pare a fi independent de compoziţia pilulelor, de exemplu doza şi tipul de progestină combinată cu 30-50μg etinilestradiol, deşi progestinele cu activitate mai intensă par a fi mai eficiente (20,22). Noile tipuri de COC cu doze reduse şi noi progestine în compoziţie impun continuarea cercetărilor în acest domeniu.

Cancerul colonului şi rectului are o incidenţă de 41/100000 femei în SUA (25). Rolul factorilor hormonali în procesul de carcinogeneză colorectală a fost sugerat de observaţia unui număr mare de cazuri la călugăriţe, precum şi de o posibilă reducere a riscului datorată terapiei de substituţie hormonală (14). Studiile clinice evaluate în cadrul unor meta-analize (20,22) au arătat că: a) COC determină o reducere a riscului de cancer colorectal pentru utilizatoarele curente; b) efectul protector al COC faţă de riscul de cancer colorectal este pe termen scurt; c) durata utilizării şi tipul de COC nu se corelează cu riscul de cancer colorectal.

Conform studiului ESHRE Capri Workshop Group, COC au efecte benefice şi în ceea ce priveşte creşterea densităţii osoase, reducerea riscului de sarcină ectopică, prevenirea aterogenezei, reducerea gravităţii în evoluţia artritei reumatoide (2).

Plasturele contraceptiv. Inelul contraceptiv. Contraceptivele injectabile combinate

Plasturele contraceptiv transdermic Ortho Evra, inelul vaginal contraceptiv NuvaRing şi contraceptivele injectabile combinate de tipul Lunelle reprezintă căi alternative de administrare a estro-progestativelor şi demonstrează beneficii non-contraceptive similare COC (26).

Pilula cu progestine (POP). Progestinele injectabile. Implantul contraceptiv cu etonogestrel

Efectul favorabil al progestinelor asupra dismenoreei a fost evidenţiat pentru toate tipurile de preparate existente în comerţ (14).

Progestinele îşi menţin utilitatea în tratamentul endometriozei deoarece pot împiedica implantarea şi creşterea celulelor endometriale prin inhibarea expresiei metalo-proteinazelor matriciale şi a angiogenezei, precum şi datorită acţiunilor antiinflamatoare care blochează activitatea metabolică şi răspunsul imun de la nivelul endometrului ectopic (14). Produsele care pot fi utilizate sunt desogestrel 75μg/zi, în regim continuu şi, din 2010, dienogest (Visanne ®/Bayer HealthCare) 2mg/zi.

Utilizarea progestinelor în cazurile cu hiperplazie endometrială este indicată datorită efectului terapeutic, dar la pacientele cu cancer de endometru este acceptată doar în mod excepţional.

Alte efecte benefice ale progestinelor datorate inducerii anovulaţiei sunt reducerea riscului pentru cancer endometrial şi ovarian, ameliorarea bolii inflamatorii pelvine, a sindromul intermenstrual, a menoragiei şi anemiei feriprive, scăderea incidenţei crizelor epileptice (17,27).

Dispozitivul intrauterin cu Cu (DIU). Sistemul intrauterin cu levonorgestrel (LNG-IUS)

Ambele tipuri de contraceptive intrauterine determină o reducere a riscului de cancer endometrial (28). Dacă pentru DIU cu cupru mecanismul exact al acestui efect rămâne deocamdată neclar, LNG-IUS Mirena acţionează la nivel endometrial prin eliberare de levonorgestrel care corectează hiperplazia şi astfel împiedică transformarea neoplazică (29).

Ambele tipuri de contraceptive intrauterine reduc marcant rata de apariţie a sarcinii ectopice.

Sistemul intrauterin MIRENA prin conţinutul de levonorgestrel asigură pe lângă contracepţia pentru o perioadă de 5 ani şi multiple avantaje non-contraceptive: fluxul menstrual devine mai scurt, mai redus cantitativ şi nedureros, scade riscul de boală inflamatorie pelvină prin creşterea vâscozităţii secreţiilor cervicale, ceea ce împiedică pătrunderea spermatozoizilor, dar şi ascensiunea germenilor, are efecte terapeutice în endometrioză prin mecanismul citat anterior pentru progestine, poate fi util în tratamentul menoragiei asociată fibromatozei uterine (2,29). În plus poate reprezenta un mod eficient de adaus progestativ în terapia de substituţie hormonală.

Sterilizarea chirurgicală

Sterilizarea chirurgicală prin ligatură/ obstrucţie tubară reduce riscul de neoplasm ovarian şi poate oferi protecţie împotriva bolii inflamatorii pelvine (23).

Metodele de barieră

Reprezintă una dintre categoriile contraceptive non-hormonale importante, principalul reprezentant fiind prezervativul masculin şi feminin. Principalul lor beneficiu non-contraceptiv este reducerea riscului faţă de BTS, care poate fi considerat la fel de important ca şi prevenirea apariţiei unei sarcini nedorite. Cele mai cunoscute

NEOMED
aparatură medicală

Dotări complete începând de la un cabinet medical și terminând cu o clinică de specialitate

- canapele ginecologice de examinare, mese de operaţie
- lămpi de examinare şi de operaţie în diferite variante constructive- trepied, fixare pe perete sau în tavan
- aparatură medicală: incubatoare, colposcoape, monitoare fetale, monitoare pacient, EKG, aspiratoare chirurgicale
- mobilier medical

S.C. Neomed S.R.L.
România, Oradea Str. Horea Nr.1
Tel. +40 259 435 571; Fax. +40 259 476 818
Mobil: +40 723 258 458
www.neomed.ro

Oferte tehnice și financiare adaptate la cerinţele clienţilor

dintre BTS sunt provocate de chlamydia, HIV, herpes virusurile, HPV, candida, trichomonas, virusurile hepatitelor, gonococ și spirochetă și orice persoană activă sexual cu risc de a contracta o BTS trebuie să se orienteze către folosirea prezervativului atât pentru contracepţie cât şi pentru prevenirea BTS și a sechelelor acestora reprezentate de boala inflamatorie pelvină, infertilitate, sarcina ectopică (30).

Utilizarea acestor metode presupune adoptarea unui comportament sexual axat pe motivaţie și susţinut de o educaţie sexuală corespunzătoare, situaţie promovată sub denumirea de "protecţie dublă" sau "double dutch" și care presupune utilizarea în paralel a unei metode de barieră și a contracepţiei hormonale (31).

În concluzie, este recomandabilă informarea detaliată a femeilor care se adresează pentru sfat contraceptiv asupra beneficiilor noncontraceptive, deoarece este cunoscut faptul că prin găsirea unor beneficii adiţionale în folosirea unei anumite metode, atât complianţa la administrare cât și motivaţia utilizării corecte a respectivei metode de contracepţie sunt considerabil îmbunătăţite.

Conferenţiar universitar
Dr. Iolanda Elena Blidaru
Clinica a IV-a Obstetrică Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa", Iași

Bibliografie selectată

1. Royal College of General Practitioners Study. Oral contraception and health, an interim report of the oral contraception study of the Royal College of General Practitioners, Pitnam, New York, 1974.
2. The ESHRE Capri Workshop Group. Noncontraceptive health benefits of combined oral contraception. Hum Reprod Update, 2005, 5:513-25.
3. Dawood Y. Primary dysmenorrhea. Advances in pathogenesis and management. Obstet Gynecol, 2006, 108:428-41.
4. Proctor ML, Roberts H, Farquhar DM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001, 2; CD002120.
5. Davis AR, Westhoff C, O'Conell K, Gallagher N. Oral contraceptives for dysmenorrhea in adolescent girls: a randomized trial. Obstet Gynecol, 2005, 106, 97-104.
6. Davis A, Godwin A, Lippman J, Olson W, Kafrissen M. Triphasic norgestimate-ethinylestradiol for treating dysfunctional uterine bleeding. Obstet Gynecol, 2000, 96: 913-20.
7. Iyer V, Farquar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002(2):CD000154.
8. Moore J, Kennedy S, Prentice A. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis (Cochrane Review) in The Cochrane Library, Issue 3, 2003, Oxford: Update Software.
9. Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Pietropaolo G, et al. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhoea that does not respond to a cyclic pill regimen. Fertil Steril, 2003, 80:560-3.
10. Moos RH. Psychological aspects of oral contraceptives. Arch Gen Psychiatry, 1968, 19:87-94.
11. Borenstein J, Yu HT, Wade S, Chiou CF, Rapkin A. Effect of an oral contraceptive containing ethinyl estradiol and drospirenone on premenstrual symptomatology and health related quality of life. J Reprod Med, 2002, 48:79-85.
12. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE. Combined oral contraceptive pills for the treatment of acne. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009 Jul 8;(3):CD004425.
13. Ory H, Cole P, MacMahon B, Hoover R. Oral contraceptives and reduced risk of benign breast diseases. N Engl J Med, 1976, 294:419.
14. Rabe T, Goeckenjan M, Ahrendt HJ, Crosignani PG, et al. Oral Contraceptive Pills: Development, Combinations, Dosages and the Rationale behind 50 years of Oral Hormonal Contraceptive. J Reproduktionsmed Endokrinol, 2011, 8 (Special Issue 1), 58-129.
15. Borgfeldt C, Andolf E. Transvaginal ultrasonographic findings in the uterus and the endometrium: low prevalence of leiomyoma in a random sample of women aged 25-40 years. Acta Obstet Gynecol Scand, 2000, 79:202-7.
16. Westhoff C, Britton JA, Gammon MD, Wright T, Kelsey JL. Oral contraceptives and benign ovarian tumours. Am J Epidemiol, 2000, 152:242-6.
17. The ESHRE Capri Workshop Group. Ovarian and endometrial function during hormonal contraception. Hum Reprod Update, 2001, 16:1527-35.
18. Morrison CS, Bright P, Wong EL, et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy and and the acquisition of cervical infection. Sexually Transmitted Dis, 2004, 31:561-7.
19. Cottingham JJ, Hunter D. Chlamydia trachomatis and oral contraceptive use: a quantitative review. Genitourin Med, 1992, 68:209-16.
20. IARC. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol 72 (1999): Hormonal contraception and postmenopausal hormonal therapy. Lyon: WHO, IARC.
21. La Vecchia C, Bosetti C. Benefits and risks of oral contraceptives on cancer. Eur J Cancer Prev, 2004, 13:467-70.
22. Cibula D, Gompel A, Mueck AO, La Vecchia C, et al. Hormonal contraception and risk of cancer. J Reproduktionsmed Endokrinol, 2010, 7 (Sdh 1), 39-55.
23. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. Ovarian cancer and oral contraceptives: Collaborative reanalysis of data of 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. Lancet, 2008, 371:303-14.
24. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, et al. Cancer statistics. 2009. CA Cancer J Clin, 2009, 59:225-49.
25. Kabat GC, Miller AB, Rohan TE: Oral contraceptive use, hormone replacement therapy, reproductive history and risk of colorectal cancer in women. Int J Cancer, 2008, 122:643-52.
26. Audet MC, Moreau M, Koltun WD, et al: Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs an oral contraceptive: A randomized controlled trial. JAMA, 2001, 285:2347-51.
27. Kaunitz AM: Depot medroxyprogesterone acetate contraception and the risk of breast and gynecologic cancer. J Reprod Med, 1996, 45:419-24.
28. Beining RM, Dennis LK, Smith EM, et al: Meta-analysis of intrauterine device use and risk of endometrial cancer. Ann Epidemiol, 2008, 18 (6):492-7.
29. Luukkainen T, Toivonen J. Levonorgestrel-releasing IUD as a method of contraception with therapeutic properties. Contraception 1995;52:269-276.
30. Feldblum PJ, Morrison CS, Roddy RE, Cates W. The effectiveness of barrier methods of contraception in preventing the spread of HIV. AIDS 1995; 9(Suppl A):S85-S93.
31. Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA, et al: Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: Results from a prospective study. Am J Obstet Gynecol 2001, 185:380.

SOCIETATEA ROMANA
DE GINECOLOGIE ENDOCRINOLOGICA

AL VII-LEA CONGRES AL SOCIETATII ROMANE DE GINECOLOGIE ENDOCRINOLOGICA

cu participare internationala

SINAIA, 6-8 IUNIE 2013
CAZINO SI HOTEL INTERNATIONAL SINAIA

TEMATICA

1. Contraceptia in anul 2013 – quo vadis?
2. Bolile endocrine si reproducerea umana

CURSURI PRECONGRES (GRATUITE) - joi 6 iunie orele 10 -13:

1. Actualitati in ginecologia endocrinologica
2. Actualitati in ginecologia pediatrica

INVITATI:

Profesor Doctor ANDREA GENAZZANI
Presedintele Societatii Internationale de Ginecologie Endocrinologica

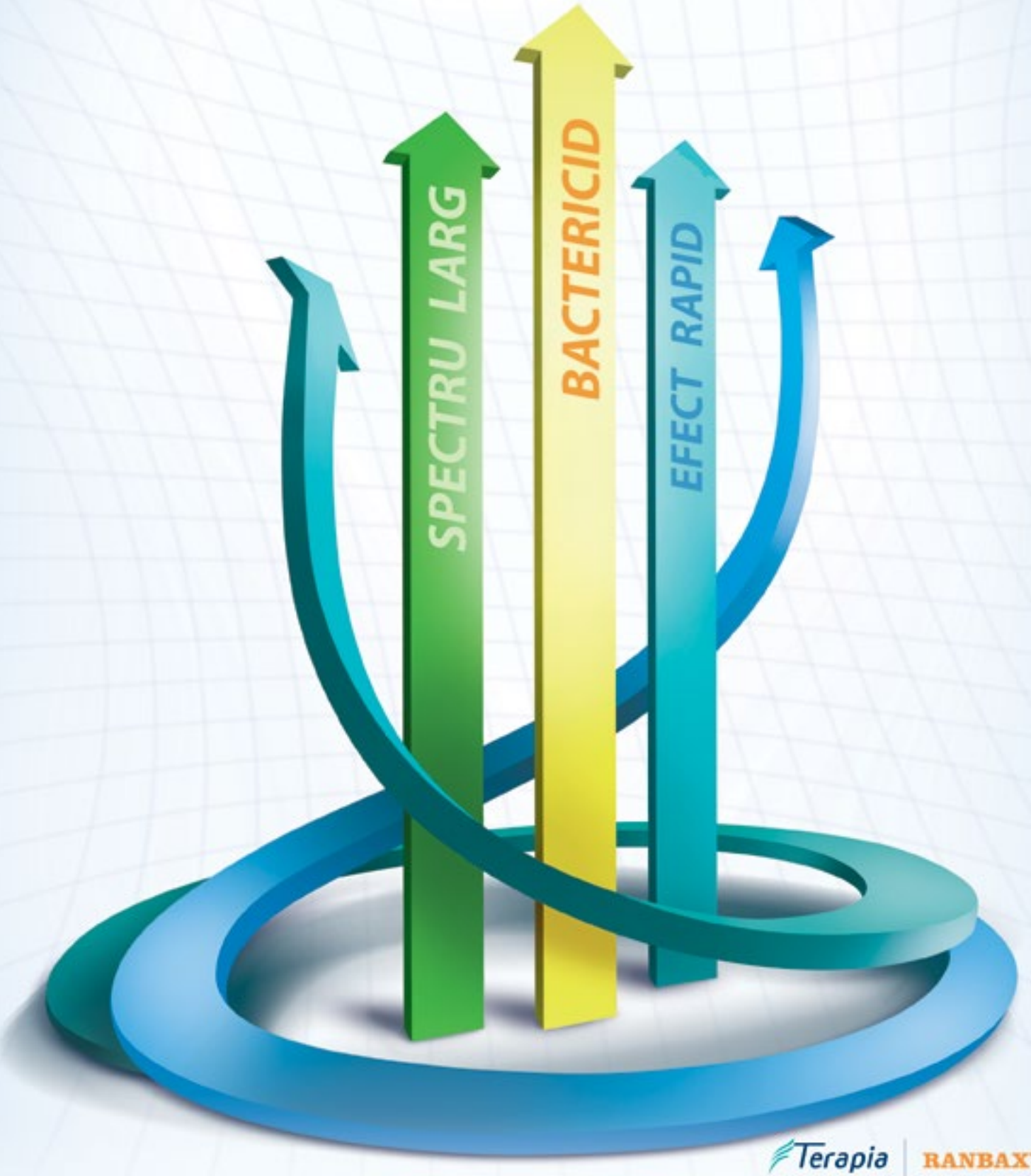
Profesor Doctor JOSEPH SCHENKER
Presedintele Academiei Internationale de Reproducere Umana

Tavanic® 500 mg

Levofloxacină

Comprimate filmate

BACTERICID CU EFICACITATE CRESCUTĂ



Terapia | RANBAXY

Pentru informații privind prescrierea, vă rugăm consultați ultima variantă în vigoare a RCP

TERAPIA S.A. Cluj-Napoca, Str. Fabricii nr.124, J12-2038-2004, CUI: RO15357398, c.s.s.v.: 25.021.354,70 lei