

Bibliografie

1. Cornud F., Amar E., Hamida K. et al. *Imaging in male hypofertility and impotence*. In: Br. J. Urol. Int., 2000; nr. 86 (suppl. 1), p. 153-163.
2. Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G. et al. *Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study*. In: J. Urol., 1994, nr. 151, p. 54-61.
3. Gates C.P., Pickard R.S., Powell P.H. et al. *The use of duplex ultrasound in the assessment of arterial supply of the penis in vasculogenic impotence*. In: J. Urol. (Baltimore), 1995; nr. 153, p. 354-356.
4. Lindau S.T., Schumm L.P., Levinson W. et al. *A study of sexuality and health among older adults in the United States of America*. In: The New England Journal of Medicine, 2007, nr. 357 (8), p. 762-774.
5. Luo Y., Zhang H., Liao M., Tang Q. et al. *Sex hormones predict the incidence of erectile dysfunction: From a population-based prospective cohort study (FAMHES)*. In: J. Sex. Med., 2015; nr. 12, p. 1165-1174.
6. Nehra A., Jackson G., Miner M. et al. *The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease*. In: Mayo Clin. Proc., 2012, nr. 87, p. 766-778.
7. Nicolai M.P., van Bavel J., Somsen G.A. et al. *Erectile dysfunction in the cardiologist practice, a patients perspective*. In: American Heart Journal, 2014, nr. 167 (2), p. 178-185.
8. Rosen R., Altwein J., Boyle P. et al. *Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7)*. In: Eur. Urol., 2003, nr. 44, p. 637-649.

Ion Dumbraveanu, dr. în med., conf. univ.,
USMF Nicolae Testemițanu
Tel. 069164009,
E-mail: ion.dumbraveanu@usmf.md

TACTICI MEDICO-CHIRURGICALE ÎN REZOLVAREA ADENOMULUI ȘI HEMOSTAZEI LOCALE A PROSTATEI PRIN ADENOMECTOMIE TRANSVEZICALĂ CU DRENAREA LOJEI

Victor BOBU,
IMSP SCM Sfânta Treime

Summary

Medico-surgical tactics in solving the adenomectomia transvezicală BPH prostate with drainage lodge

The current work aimed at increasing the efficiency of surgical tactics in adenomectomy transvezicală prostate based on the development of a new process used in prostate adenoma voluminous developed and applied in the urology service of Municipal Clinical Hospital "Trinity" in surgical and therapeutic management optimization intraoperatively and postoperatively at the lodge adenoma. Summary of the

process developed is to install a tube in the lodge adenoma transurethral drainage / irrigation facilitates monitoring lodge adenoma, administration of appropriate therapy after surgery and postoperative behavior. The advantage of the new developed version provides effective improvement of haemostasis Zia-bed reduce the postoperative period from 25.3±2.11 days in using the classical method to 9.3 ± 0.26 days, accelerates restoration of having a desinestătătoare micției quite relevant economic effect

Keywords: *medical and surgical tactics, prostate adenoma, hemostasis bed*

Резюме

Медико-хирургическая тактика решения вопроса аденомы и локального гемостаза простаты при трансвезикальной аденомэктомии простаты путем дренирования ложи

В данной работе освещены результаты эффективности хирургической тактики с использованием нового метода одномоментного дренирования мочевого пузыря и остаточной ложи аденомы простаты при аденомэктомии аденом больших размеров. Данный метод разработан и внедрен на базе урологического отделения Городской клинической больницы «Сф. Троицы» на протяжении многих лет. Сущность разработанного метода заключается в создании системного дренажа путем одномоментного трансуретрального введения дополнительного дренажа в ложе аденомы в целях оптимизации локального гемостаза на уровне ложи. Результаты показали, что трансуретральное дренирование ложи после аденомэктомии способствует не только дренажу и ирригации, но также эффективной ее мониторинга в послеоперационном периоде, возможность контроля за процессами заживления. Преимущество нового способа заключается в обеспечении эффективности и улучшении локального гемостаза, восстановлении самостоятельного мочеиспускания, укорочении койко-дней, и сокращении послеоперационного периода от 25,3±2,11 дней при классической методике до 9,3±0,26 дней, имеющей значительный экономический эффект.

Ключевые слова: *медико-хирургическая тактика, аденома простаты, гемостаз ложи*

Introducere

Adenomul de prostată (AP) este una dintre cele mai frecvente patologii urologice întâlnite la bărbați cu vârsta înaintată. În conformitate cu datele statistice, AP la vârsta de 60 de ani constituie 60%, iar la 70 și 80 de ani – respectiv 70% și 80% din populația bărbătească [6, 10].

În pofida faptului că așa-numitul în opinia majoritară „standard de aur” în tratamentul AP este rezecția endoscopică, transuretrală a prostatei (TUR-P), totuși practica medicală ne demonstrează că în adenomul voluminos tratamentul chirurgical deschis rămâne actual, constituind aproximativ 7-30% din manevrele chirurgicale pentru tratamentul AP [12].

Conform datelor bibliografice europene, raportul chirurgiei deschise față de cea endoscopică (TUR-P) constituie în: USA, UK, Australia – 0,1–3%; Suedia – 12%; Franța – 14%; Spania – 28,6%, Italia – 32%; Israel – 40% [1, 7, 8].

În opinia multor cercetători, dezavantajul metodei deschise este determinat de complicațiile: hemoragia, inflamația (cistite, prostatite, uretrite), scleroza colului vezicii urinare, strictură de uretră posterioară, prevezică, incontinență de urină etc. A.J. Шабад (1982), M.A. Гончар (1982) atenționează că după adenoectomie frecvent din regiunile restante ale capsulei și prostată are loc eliminarea leucocitelor, a fermenților celulari lizozomali și proteolitici, care intensifică activarea fibrinolizei și provoacă hemoragii prin lezarea eritrocitelor agregate în trombi [5]. Unii autori recomandă cu acest scop aplicarea în lojă a plăcii hemostatic-absorbante și fixarea ei cu vicril de peretele posterior al lojei [13]. Pe parcursul a zeci de ani au fost propuse diferite metode chirurgicale pentru ameliorarea, profilaxia, evitarea complicațiilor intra- și postoperatorii, hemoragia și inflamația lojei adenomului de prostată fiind în continuare ineficiente.

Astfel, diversitatea opiniilor și tentativelor chirurgicale-terapeutice întreprinse în diferite etape ale istoriei tratamentului adenomului de prostată constituie un argument concludent pentru elaborarea unor tactici medico-chirurgicale între soluționarea și optimizarea perioadei postoperatorii în adenomul prostatic.

Scopul studiului vizează elucidarea eficienței tacticii medico-chirurgicale elaborate și utilizate de noi ca metodă de elecțiune în optimizarea și monitorizarea hemostazei locale în adenomectomie transvezicală deschisă la pacienții cu adenom prostatic voluminos.

Material și metode

Drept material pentru elaborarea unei tactici medico-chirurgicale optime în prevenirea complicațiilor postoperatorii în adenomectomie a AP voluminos a servit evaluarea observațiilor proprii, sistematizarea datelor intraoperatorii și postoperatorii, rezultatelor investigațiilor clinico-imagistice și morfopatologice culese din fișele medicale ale pacienților tratați chirurgical în secția de urologie a IMSP SCM *Sfânta Treime* pe o perioadă de mai mulți ani.

Elaborarea novatorie efectuată de noi constă în completarea unui dispozitiv sistemic (*figura 1*) din cateterul Foley cu trei canale № 20 Ch și un tub cu diametru mai mic de drenare a lojei și a tacticii medico-chirurgicale intervenționale ce facilitează accesul la drenarea-irigarea concomitentă a urocistului, lojei și uretrei [2].

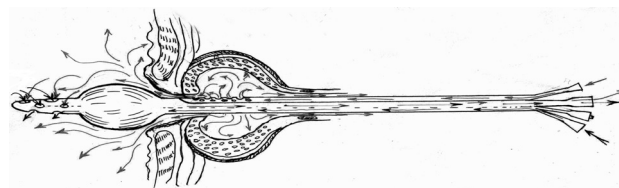


Figura 1. Schema sistemului de drenare-irigare concomitentă a urocistului și lojei de enucleare a adenomului

Între estimarea avantajului și dezavantajului tacticii medico-chirurgicale în modifiacția utilizată de noi, lotul general a inclus 98 de pacienți cu vârsta cuprinsă între 45 și 74 de ani, tratați chirurgical prin metoda de adenomectomie transvezicală în modifiacția elaborată de noi și prin metoda clasică, fiind repartizați în 2 loturi:

- lotul de studiu (L_s), lotul-test – 49 pacienți, cu vârsta medie de $68,6 \pm 1,05$ ani;
- lotul de comparare (L_c), lotul-martor – 49 pacienți cu vârsta medie $68,9 \pm 0,80$ ani.

Pentru analiza comparativă a evoluției AP, în ambele loturi au fost estimați următorii indicatori: *antigenul specific de prostată* (PSA), *scorul internațional al simptomelor provocate de AP* (IPSS) și *calitatea vieții* (QoL). Aspectele morfologice au fost evaluate prin *ultrasonografie* (USG), în cazurile incerte – prin *tomografia computerizată* (TC) și *scintigrafia dinamică* (SD) cu izotop Tc^{99m} (40MBk) și histomorfologice retrospective în 100% cazuri. Evaluarea perioadei postoperatorii pe loturi s-a efectuat în baza a 11 indicatori calitativi și a 3 indicatori ai statutului morbid la externare (*tabelele 2, 3*). Datele obținute au fost prelucrate statistic utilizând pachetul de prelucrare statistică după criteriul „Student” de exactitate a valorilor medii și pentru selecții coerente.

Rezultate și discuții

Rezultatul particularităților clinice, a indicatorilor clinici imagistici în evoluția AP, în funcție de loturi (*tabelul 1*), ne demonstrează prezența valorilor crescute fără semnificații statistice ($P > 0,05$), excepție fiind QoL, care a avut o semnificație statistică între loturi de 5% ($P < 0,05$).

Este de menționat că în 2 cazuri de AP voluminos la pacienții incluși în L_s , la tomografia computerizată s-a constatat prezența diverticulului urocistic cu localizarea anterolaterală și posteriolaterală, cu implicarea ureterului (*figura 2*). Prin utilizarea metodei de *scintigrafie dinamică* aplicată în aprecierea funcției renale, în ambele loturi s-au atestat particularități de dereglare a fazei de excreție, fiind criteriul cert de prezență a comprimării miaturilor ureterale în adenomul prostatic voluminos (*figura 2*).

Tabelul 1

Repartiția valorilor medii ale indicilor clinici în funcție de lot

Indici	Lotul de cercetare ($n_1=49$)	Lotul de control ($n_0=49$)	t	p
	$M_1 \pm ES_1$	$M_0 \pm ES_0$		
PSA	3,75±0,31	3,92±0,41	0.3307	>0.05
IPSS	27,5±0,35	28,4±0,36	1.7925	>0.05
Qol	5,3±0,11	5,7±0,12	2.4572	<0.05
Volumul prostatic	96.53±6.12(cm ³)	99.18±6.14 (cm ³)	0,3057	>0.05
Nodulii în cm ²	21.73±5.11 (cm ²)	10.14±3.13 (cm ²)	1.9341	>0.05
Urina reziduală	172.6±11.41	184.4±12.12	0.7089	>0.05

Evaluarea retrospectivă a rezultatelor examinărilor histologice în adenoamele ambelor loturi a relevat diverse tulburări, cu predominarea celor inflamatorii acute și proliferativ fibroblastice, publicate în studiile precedente [9].



Figura 2. Adenom prostatic voluminos complicat, diverticul urocistic anteriolateral. Tomografie computerizată

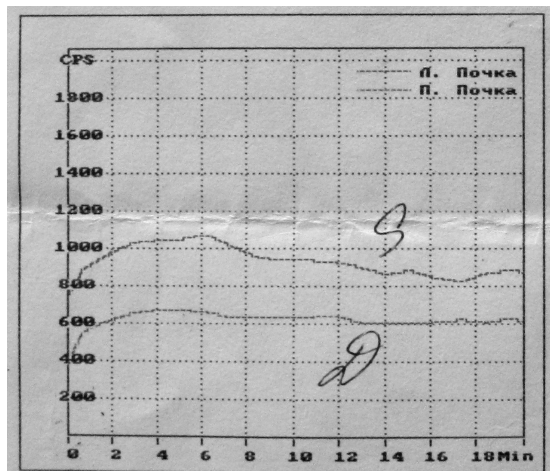


Figura 3. Dereglări ale fazei de excreție. Scintigrafie dinamică cu izotop Tc99m (40MBk)

Esența metodei propuse constă în aplicarea unui sistem de drenare-irigare concomitentă a

urocistului și a lojei reziduale după enuclearea adenomului prostatic (figura 4).

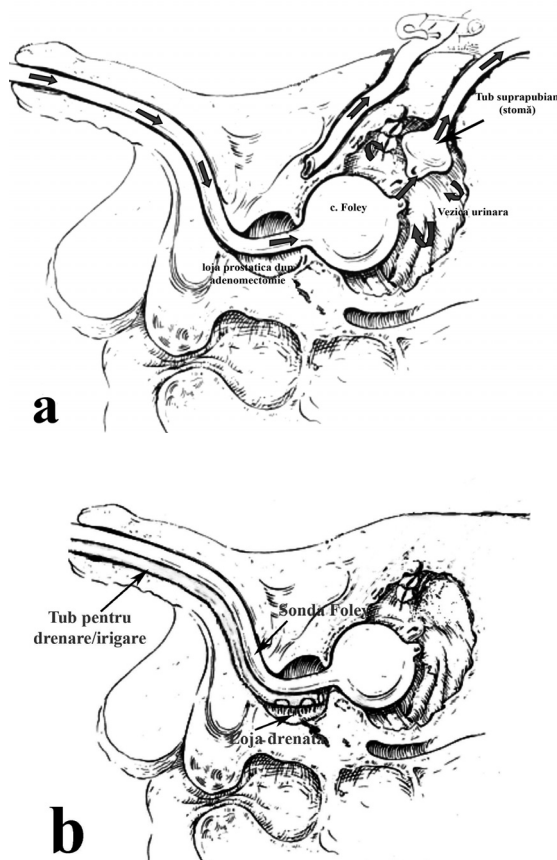


Figura 4. Scheme comparative ale metodelor de drenare-irigare în adenomectomie: a) – metoda transvezicală clasică, b) – metoda transvezicală în varianta modificată

Astfel, metodologia secvențială în modificarea elaborată de noi, utilizată în AP voluminoasă în L₅, s-a realizat în următoarea succesiune:

- prelucrarea câmpului operatoriu, efectuarea inciziei suprapubiene, deschiderea urocistului, enuclearea manuală a AP;
- pregătirea și introducerea transuretrală a sistemului de drenaj, injectarea în balonetul cateterului Foley 30–40 ml de soluție NaCl 0,9%;
- fixarea sistemului;
- suturarea etajată ermetică a urocistului,
- suturarea completamente a plăgii operatorii pe țesuturi.

La apariția chemărilor imperative la micțiune cu dureri, prin tub în loajă se introduc 20–40 ml 0,5% sol. novocaină sau catigel cu expoziție 10–15 min. Irigarea vezicii urinare se petrece în decurs de 2–3 zile cu controlul conținutului și funcționării tubului de drenaj al lojei și cateterului Foley. Monitorizarea funcționării sistemului de drenaj-irigare are loc zilnic. Cateterul Foley și tubul de drenaj se scot peste 7 zile de la intervenție. Tratamentul conservator a fost efectuat conform Ghidului Național.

Remarcăm faptul că metodologia propusă a permis monitorizarea proceselor de oxidare și antioxidare, evaluarea proceselor proteolitice etc., astfel facilitând conduita postoperatorie și evoluția proceselor de regenerare-adaptare la nivel de lojă [3]. Evaluarea indicatorilor calitativi ai managementului medico-chirurgical (tabelul 2) în loturi a stabilit că majoritatea valorilor comparative reprezintă o mai bună rezolvare în L_c , comparativ cu lotul de control (<0.001), tratamentul conservativ fiind fără impact (>0.05).

Tabelul 2

Repartiția indicatorilor de calitate în funcție de loturi

Caracteristica	Lotul de bază ($n_j=49$)	Lotul de control ($n_0=49$)	t	p
	$M_j \pm ES_j$	$M_0 \pm ES_0$		
Durata operației (min.)	66,5±2,57	92,5±0,88	9.5712	<0.001
Pierderea de sânge i/oper.	126,0±5,99	246,0±4,13	16.4931	<0.001
Apariția febrei	32,7±6,70	93,9±3,42	8.1346	<0.001
Hemoragie postoperatorie	-	8,2±3,92	2.0921	<0.05
Fistulă suprapubiană	-	53,1±7,13	7.4483	<0.001
Cicatrizarea plăgii	100,0±0,00	65,3±6,80	5.1028	<0.001
Durata tratamentului conservator	2,5±0,35	3,1±0,54	0.9324	>0.05
Înlăturarea sondelor, zi p/o	7,5±0,22	11,1±0,56	5.9834	<0.001
Durata spitalizării (zile)	14,0±0,46	38,5±2,49	9.6756	<0.001
Restabilirea micțiunii, zi p/o	7,6±0,24	17,2±2,14	4.4580	<0.001
Zile/pat p. operatoriu	9,3±0,26	25,3±2,11	7.5260	<0.001

Evaluarea statistică a indicatorilor statutului morbid la externare a arătat că în L_c au predominat indicatorii calitativi: însănătoșire completă și statut satisfăcător (<0.001), comparativ cu statutul nesatisfăcător, dar analiza statistică comparativă relevă valori crescute în L_c – 10,2±4,32 comparativ cu L_s – 2,0±2,00.

Astfel, intervenția chirurgicală transvezicală în modifi cația elaborată și utilizată de noi, direcționată spre perfecționarea tacticii medico-chirurgicale în optimizarea perioadei postoperatorii, în caz de adenomectomie la pacienții cu AP voluminos, este o metodă oportună și oferă posibilitatea de a drena/iriga loja adenomului, a administra o terapie și o conduită postoperatorii corecte.

Tabelul 3

Repartiția statutului morbid la externare

Caracteristica	Lotul de bază ($n_j=49$)	Lotul de control ($n_0=49$)	t	p
	$M_j \pm ES_j$	$M_0 \pm ES_0$		
Însănătoșire	85,7±5,00	51,0±7,14	3.9801	<0.001
Statut satisfăcător	12,2±4,68	38,8±6,96	3.1720	<0.01
Statut nesatisfăcător	2,0±2,00	10,2±4,32	1.7213	>0.05

Metodologia propusă este bine-venită și poate fi utilizată pe larg în chirurgia urologică, dat fiind

faptul că completează metodologia chirurgiei urologice în rezolvarea AP voluminos, reducând complicațiile postoperatorii și având un efect economic substanțial.

Concluzii

1. Tactica medico-chirurgicală de adenomectomie transvezicală în modificarea elaborată, cu utilizarea sistemului transuretral facilitează drenarea-irigarea concomitentă a urocistului, lojei și uretrei, este miniminvasivă, eficientă și asigură posibilitatea de a monitoriza hemostaza lojei, a reduce obturărilor uretrei și a administra o terapie postoperatorie timpurie.

2. Utilizarea sistemului transuretral permite monitorizarea evoluției proceselor regenerative, estimarea celor de oxidare și antioxidare, protiolitice etc. nemijlocit în lojă, precum și utilizarea locală a terapiei conservative, ce induc accelerarea restabilirii hemostazei și a vindecării, cu restabilirea micțiunii de sine stătător.

3. Metoda propusă de noi a restabilit micțiunea de sine stătător la 7,5±0,22 pacienți, a redus zilele-pat postoperatorii la 7,6±0,24 zile, externarea cu statul morbid însănătoșit în medie a 85,7±5,00 din pacienți, având atât efect substanțial în profilaxia complicațiilor timpurii, cât și impact economic.

Bibliografie

- Blask L. Naslund. *An examination of treatment patterns and costs of care among patients with benign prostatic hyperplasia*. In: Am. J. Manag. Care, 2006; nr. 12, p. S99–110.
- Bobu V., Tanase A., Eșanu C. și alții. *Metodă de drenare endouretrală în operații urologice la organele etajului inferior*. Brevet de invenție, 2008, nr. 3804.
- Bobu V., Gudumac V., Tanase A. *Changes of free radical oxidation and of antioxidant defense system in peripheral blood and fluid discharged from prostate draining lodge in large transbladder adenomectomy*. În: Curierul medical, vol. 59, nr. 1, 2016, p. 32–36.
- Bobu V., Petrovici V., Zota Ie. și alții. *Estimarea particularităților și gradului de activitate ale proceselor inflamatorii coexistente în hiperplazia benignă de prostată*. În: Arta Medica (Ediție specială). Chișinău, 2011, nr. 2(45), p. 44–47.
- Brigantini A., Capitanio U., Suardi N. et al. *Benign Prostatic Hyperplasia and Its Aetiologies*. In: J. Eur. Urol., Suppl., 2009, p. 865–871.
- Miclea F. *Hiperplazia benignă de prostată – aspecte actuale de diagnostic și tratament*. În: Arta Medica. Ediție specială, 2006, p. 27–30.
- Tubaro A., De Nuzio C. *The Current Role of Open Surgery in BPH*. In:EAU–EBU update series 4, 2006, p. 191–201.
- Varkarakis I., Kyriakakis Z. et al. *Long-term results of open transvesical prostatectomy from a contemporary series of patients*. In: Urology, 2004; nr. 64, p. 306–310.

9. Zota Ie., Bobu V., Petrovici V. și alții. *The statistical evaluation of concomitant patologic processes in prostatic adenoma*. În: *Curierul medical*, vol. 56, nr. 4, Chișinău, 2013, p. 10-17.
10. Калиниченко С., Тюзиков И. *Практическая андрология*. М.: Практическая медицина, 2009 г., с. 399.
11. Камалов А., Гуцин Б. и др. *Современные аспекты оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы*. В: *Урология*, 2004, с. 30-34.
12. Лопаткин Н. *Урология: национальное руководство*. Москва, 2009, с. 852-885.
13. Назаров Е. *Способ гемостаза абсорбирующим гемостатическим покрытием в профилактике осложнений чреспузырной аденомэктомии*. Автореф. дис. канд. мед. наук, М.; 2009, 25 с.

Victor Bobu, medic-urolog,
secția Urologie,
IMSP SCM Sf. Treime
Tel.: + 373 22 440344; mob.: 069050150
E-mail: victor.bobu 64@gmail.com

DIAGNOSTICUL EDEMULUI MACULAR APLICÂND TOMOGRAFIA ÎN COERENȚĂ OPTICĂ

**Valeriu CUȘNIR¹, Sergiu ANDRONIC¹,
Vitalie CUȘNIR²,**

¹USMF Nicolae Testemițanu,
²IMSP SCM Sfânta Treime

Summary

The diagnosis of macular edema applying Optical Coherence Tomography

The treatment's success in ophthalmology is determined by the progress of modern diagnosis. To examine the macular edema is necessary to use the OCT because the macular edema is one of the main causes of vision loss in various diseases of the retina. OCT application in age macular degeneration and diabetic retinopathy accompanied by macular edema have a particularly great clinical importance, aiming to determine the configuration of fovea, the location of edema, the appreciation of neurosensory retina detachment. This diagnostic method allows us a detailed examination of morphofunctional condition of retina.

Keywords: retina, optical coherence tomography, macular edema

Резюме

Диагностика отёка макулы с использованием оптической когерентной томографии

Успешное лечение в офтальмологии обусловлено прогрессом современных техник диагностики. Для

обследования отёка макулы необходимо использование оптической когерентной томографии ввиду того, что отёк макулы является одной из основных причин потери зрения при патологии сетчатки. Использование оптической когерентной томографии при возрастной макулярной дистрофии и диабетической ретинопатии, сопровождаемые отёком макулы, имеют очень важное клиническое значение, целью которого является определение структуры фoveи, расположение отёка, оценка отслойки нейро-сенсоральной сетчатки.

Этот метод диагностики позволяет тщательное обследование морфо-функционального состояния сетчатки с последующим этиопатогенетическим лечением.

Ключевые слова: сетчатка, ОКТ, отёк макулы, лечение отёка макулы

Introducere

Succesul tratamentului patologiilor oftalmologice este determinat de progresul tehnologiilor de diagnostic moderne. Pentru diagnosticul timpuriu și eficient al patologiilor retinei însoțite de edem macular, cum sunt degenerescența maculară legată de vârstă (DMLV), retinopatia diabetică (RD), nu este suficientă utilizarea doar a metodelor tradiționale de examinare. Tendințele moderne și necesitatea de examinare detaliată a structurii globului ocular au determinat savanții să elaboreze metode noi și performante de diagnostic, una dintre ele fiind tomografia în coerență optică.

Această metodă de diagnostic a fost elaborată la finele sec. XX, prin intermediul metodei spectrale, și a obținut denumirea de *tomografie în coerență optică* (TCO) [10]. Aplicarea TCO în diagnosticul edemului macular depășește alte metode și aparate de diagnosticare [7]. TCO permite de a obține secțiunea în straturile retinei când pacientul se află în viață, în așa fel depășind cu mult metodele ultrasonografice de examinare [8; 9]. Actualmente, datorită TCO e posibil de a obține detalii de 3-5 microni în structura retinei. Posibilitățile de diagnostic ale TCO le depășește de zeci de ori pe cele ale oftalmoscopiei, de aceea e necesar de implementat o direcție nouă de diagnostic al edemului macular – *biomicroretinometria* [1, 3, 4, 7].

Tomografia în coerență optică a retinei este o metodă neinvazivă, non-contact de investigație a retinei. Noile tomografe pot analiza o arie de 6x6 mm în 1,5-1,7 secunde [8]. În funcție de gradul de reflectivitate, structurile retinei se împart în hiperreflective, mediu reflective și hiporefective [8].

După părerea autorilor Hee și Schuman, la ziua de astăzi anume prin TCO pot fi apreciate cu precizie structura și grosimea retinei și poate fi depistat edemul macular [10; 12].

Edemul macular reprezintă retenția de lichid, cu s-au fără depuneri de componente plasmaticе și