

урологического отделения Рыбницкой ЦРБ за последние 5 лет (1997-2002 годы) может представлять интерес для практикующих урологов как стационаров, так и амбулаторно-поликлинической сети. Проведенный анализ интересен еще и тем, что для лечения больных нами применялись три различных методики:

1. Оперативное лечение
2. Консервативная терапия
3. Комбинированное лечение – консервативная терапия с последующим оперативным вмешательством.

Оперативному лечению (открытая аденомэктомия по общей методике) было подвергнуто 187 больных в возрасте 41-92 года. Средняя продолжительность пребывания на койке составила 17,2 койко-дня.

Консервативное лечение проведено у 126 больных. Применялись отдельно альфа-адреноблокаторы, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, а с 2000 года комбинированное применение препаратов обеих групп. Лечение проводилось в основном в амбулаторных условиях сроком от 4 до 10 месяцев (по данным различных авторов от 5 до 29 месяцев, а отдельными препаратами у различных больных до 42 месяцев). При этом клиническое выздоровление констатировано у 92 больных (73,3%). 34 больным в связи с отсутствием эффекта произведена затем плановая операция. Аденомэктомия – 28 больным, эпицистостомия связанная с тяжелой сопутствующей патологией – 6 больным. При этом течение послеоперационного периода у больных, получавших ранее консервативную терапию специфическими препаратами, значительно сократилось по сравнению с больными перенесшими операцию без предварительного лечения (в среднем на 3,4 койко-дня).

Обсуждение, Выводы

Урологические больные с ДГП, как правило, пожилого и старческого возраста имеют свои особенности, заключающиеся в полиморбидности. Поэтому, при выработке методов лечения у этих больных основное внимание необходимо уделять не паспортному а биологическому возрасту. Наши наблюдения показывают на наличие у этих больных не менее 3-х сопутствующих заболеваний, среди которых атеросклеротический кардиосклероз стоит на первом месте (78,5%). В связи с этим, в случае наличия противопоказаний к оперативному вмешательству, этиотропное лечение должно включать комбинацию и альфа-адреноблокаторов, которые воздействуют на строму простаты, и ингибиторов 5-альфа-редуктазы, воздействующих на железистый ее компонент.

Проведение оперативных вмешательств при ДГП после проведенной ранее специфической терапии, значительно повышает результаты лечения, сокращая пребывание больных в стационаре, что дает существенный экономический эффект.

Литература

1. Горюнов В.Г., Адамян А.В., Алахвердов Г.Г. Трансуретральная резекция аденомы предстательной железы // Новые методы эндоскопической диагностики и лечения. - Курск-1991.
2. Лопаткин Н.А., Ройланс П.Дж., Стонер Э. Длительное лечение больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы простаскарм // Урология и нефрология. - 1996.
3. Лопаткин Н.А. , Руководство по урологии. // -М.-1998.
4. Пушкарь Д. Ю. , Коско Д.В. , Лоран О.Б. Опыт применения финастерида и теразозина у больных с доброкачественной гиперплазией простаты // Урология и нефрология. -1995.
5. Пытель Ю.А. Медикаментозная терапия гиперплазии простаты // Пленум Правления Всероссийского Общества Урологов. – Тезисы докладов. – 1994.

EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN TRATAMENTUL CONDILOAMELOR ACUMINATE

O.Mocialov, N. Panteleenco, V.Luchianciuk, B.Sasu
UMSSA "Odema", Tiraspol, USMF "N. Testemițanu, Chișinău

Summary

220 men – patients were examined and cured from 1998 till 2002 with condiloma acuminatum external genitals. Sistematized localization of tumors frequency of recurrence, results of treatment using different methods according to the ege groups have been evaluated. New data of combined

condiloma acuminatum with infection transmitted by genitals was given. Authors conclude the necessity of combined treatment of condiloma acuminatum of genitals: local treatment and administration of anti-viral medication.

Actualitatea

Pintre numeroasele formațiuni benigne ale pielii și mucoaselor un rol deosebit îl ocupă condilomii acumițați, care fac parte din familia virusului papilomului la om. Încă în «Canoanele științei medicale» Avicena descrie verucile pe membrul sexual: «Ele sânt tăiate, pe urmă se aplică medicamentul, care oprește sângele și se tratează tot așa ca și alte veruci». E.B. Marinbah în «Oncologic clinică» menționează, că condilomii acumițați în cele mai multe cazuri se prezintă ca tumori benigne. Ele sunt un exemplu rar al tumorii omului de origine virotică. A.L. Sabad (1963) a confirmat caracterul contagios al papilomului virotic al penisului, studiind pacienți cu așa boală și descoperind la partenerii lor papilomi virotici în organele genitale. N.A. Lopatkin (1998) menționează posibilitatea folosirii electroexciziei condilomilor acumițați, iar în cazul creșterii imense – aplicarea exciziei a foilor prepuțului.

Scop, material și metode

Studierea unui lot de pacienți cu condiloame acuminate, alegerea tacticii eficiente de tratament. Din 1998 și pînă în 2002 am cercetat 220 de pacienți cu condiloame acuminate. Repartizarea bolnavilor după vîrstă și sex sunt prezentate în tabela 1:

Tabela 1

	1-20 ani	21-40 ani	41-70 ani	În total:
Bărbați	22	64	34	120
Femel	31	53	16	100

Din tabel se observă, că afecțiunea mai frecvent se întâlnește la persoane de vîrstă tină micșorîndu-se după 40 de ani.

Elemente unice de condiloame, uneori cu semne de proliferăre inițială și dimensiuni mici erau de culoarea pielii, albicioase și roz. Formațiuni mari (de mărimea oului de găină) și condilomi giganți (în cazul observărilor – cât un strugure de poamă în jurul anusului), erau de culoare roză-roșie cu o suprafață succulentă, des se asocia cu macerație și eroziune. Localizarea condiloamelor la bărbați a fost următoarea:

1. Regiunea anală și perineală în grupele de vîrstă 1-20 ani – 10%, 21-40 ani – 14%, 41-70 ani – 6%.
2. Pielea glandului penisului și a prepuțului (foița interioră): 1-20 ani – 8%, 21-40 ani – 26% și 41-70 ani – 2%.
3. Orificiul exterior al uretrei, unice pe scrot, glandul penisului: 1-20 ani – 3%, 21-40 ani – 8% 41-70 ani – 2%.
4. Coroana șanțului, glandul penisului, prepuțul, în jurul anusului: 1-20 ani – 6%, 21-40 ani – 13%, 41-70 ani – 2%.

La femeii localizarea condiloamelor acuminate a fost în felul următor:

1. Regiunea perinială și anală: 1-20 ani – 4%, 21-40 ani – 7%, 41-70 ani – 1%.
2. Pe labiile mici, întrarea în vagin, unice anorectal: 1-20 ani – 5%, 21-40 ani – 12%, 41-70 ani – 3%.
3. Afectarea labiilor mari, mucoasei vulvei, unice pe colul uterin: 1-20 ani – 12%, 21-40 ani – 47%, 41-70 ani – 9%.

Din materialul prezentat se poate observa, că în lotul de vîrstă 21-40 ani la bărbați și la femeii mai frecvent sunt înfîlnte multiple leziuni, crește desiminația procesului.

În ultimul an au fost examinați 70 de pacienți, la care concomitent erau cercetați anticorpii ai Ig M și G, a virusului herpesului simplu (VHS-2) – 2, citomegalovirusilor (CMV). Dintre ei, 32 bărbați și 38 femeii. S-a depistat, că la 42% cazuri din femeii cu condiloame acuminate sunt majorați titrurile diagnostice a IgM și G, deasemenea se determina CMV, la 17% - VSH-2, la 15% s-a diagnosticat flora mixtă (chlamidia și micoplasma) și la 3% gonoree. 82% din femeii pe lângă condiloame acuminate aveau și infecție mixtă.

La examinarea bărbaților s-a constatat: în 50% cazuri au fost majorați titrii diagnostici ai IgM și G, CMV sa depistat la 19% în asociere cu chlamidii, VHS-2 în combinație cu flora trihomo-

nadică – 15%, micoplazmele – 10%, leziuni gonoreice asociate cu condilomii acuminati - 6%. Așadar, 96% din bărbați cu condilomi acuminati au avut în același timp și diverse infecții. Aproximativ 70% din bărbați și 78% di femei pe lângă asocierea condiloamelor acuminate cu diferite infecții urogenitale sufereau de candidoză.

Pentru tratamentul bolnavilor cu codilomi acuminati noi am folosit următoarele metode: prelucrarea cu ferezol (amestec de fenol cu triclozan în raport de 4:6); acid tricloracetic 25% și 30%; soluție nitrat de argint 10%; soluție alcoolică de podofilină 20%; aplicații cu unguent de bonafon de 0,25%, 0,5% sau 1%; pudră rezorcină cu talc (1:1); criodestrucția (sau electrocoagularea).

La condilomi acuminati nu prea mari (înălțimea deasupra nivelului pielii sau mucoasei 0.2-0.7 cm) mai frecvent prelucrare cu ferezol, acid tricloracetic, nitrat de argint 10%, soluție podofilină 20%, rezorcină cu talc (1:1), unguent de bonafon și crioterapie. Înainte de crioterapie în 60% din cazuri zona a fost anesteziată cu soluție de lidocaină 10% (sprei).

La condilomi acuminati mari e mai rațional și e de preferință folosirea electrocoagulării (sau electroexcizia), pe care noi o efectuăm sub anestezie locală cu soluție novocaină 1%, sau soluție lidocaină 20%, după care urmează prelucrarea defectului cu soluție de permanganat de potasiu.

Extirparea condilomilor acuminati era efectuată în limitele țesutului sănătos, la condilomi nu prea mari (0.2 – 0.5 cm) – până la stratul bazal al pielii, în cazurile când elementele erau mari (1 cm și mai mult) – până la stratul papilar și reticular al dermei. În toate cazurile a fost efectuat controlul histologic.

Metodele de tratament folosite la bărbați și rezultatele lor sunt prezentate în tabela 2:

Tabela 2

Metodele de tratament	10-20 ani		21-40 ani		41-70 ani	
	Nr	recidive	Nr	recidive	Nr	recidive
Ferezol	4	4	5	4	2	1
Acid triclor acetic 25%-30%	3	2	4	3	3	2
Sol. nitrat de argint 10%	1	-	2	1	5	2
Sol. alcoolică de podofilină 20%	4	2	2	2	5	1
Ung. bonafon 0,25-1% și pudră reorcină cu talc (1:1)	1	-	6	-	2	-
Criodestrucție	2	-	8	1	5	-
Electroexcizile	7	-	37	2	12	1
În total:	22		64		34	

Recidive după tratament sau observat mai frecvent după folosirea ferezolului, acidului tricloracetic, prelucrării cu nitrat de argint, podofilină și bonafon. În caz de recidivarea procesului, metoda de elecție devenea crioterapia și electrocoagularea. În afară de aceasta, trebuie de menționat, că la 8 bolnavi cu diseminaria masivă a foilor interioare și exterioare a prepuțului a fost efectată circumcizia, la 3 bolnavi cu condilomii acuminati a fost aplicată criodestrucția hemangiomilor capilari ai pielii scrotului și ai pielii glandului penisului, la 2 pacienți s-a observat asocierea condilomilor acuminati și angiofibromei pielii perineului, în cazul acesta au fost efectuate simultan excizia acestor formațiuni.

Trebuie de menționat, că în tratamentul condoloamelor uretrale podofilina este contraindicată deoarece poate duce la formarea cicatricelor și posibilitatea dezvoltării stricturii uretrei. E' necesar efectuarea uretroscopiei în cazul situării condiloamei în uretră. Metodele de tratament folosite la femei și rezultatele lor sunt prezentate în tabela 3:

Din tabel 3 reese, că cele mai puține recidive la femei au fost înregistrate după folosirea crioterapiei și electrocoagulației. La 5 femei împreună cu condiloamele acuminate au fost înlăturate ateroamele pielii, la 10 – moluști infecțioși, la 4 – simultan a fost efectuat tratamentul bartolinitei.

Paralel cu tratamentul local sau administrat polivitaminele, biostimulatoare, cicloferonul, diferiți corbenți, echinacee, jen-șen ș.a.

Conform observărilor noastre, în 95% din cazuri, aplicarea tratamentului complex a permis de a obține un efect durabil, fără recidive ale condiloamelor.

Metodele de tratament	10-20 ani		21-40 ani		41-70 ani	
	Nr	recidive	Nr	recidive	Nr	recidive
Ferezol	3	3	5	3	2	-
Acid triclor acetic 25%-30%	1	-	2	1	-	-
Sol. nitrat de argint 10%	4	1	3	2	1	-
Sol. alcoolică de podofilină 20%	2	1	1	1	-	-
Ung. bonafon 0,25-1% și pudră reorcină cu talc (1:1)	3	3	4	2	1	-
Critodestrucția	5	1	11	2	3	1
Electroexcizie	13	2	27	-	9	-
În total:	31		53		16	

Concluzii

1. Mai frecvent condiloamele acuminat se întâlnesc la persoane de vîrsta 20-40 ani.
2. Deseori condiloamele acuminat sunt asociate cu alte infecții ale tractului urogenital (citomegalovirusi, chlamidii, micoplasme, ciuperci etc.).
3. Considerăm, că criodestrucția și electrocoagularea sunt metodele de elecție în tratamentul condiloamelor acuminat. Administrarea suplimentară a preparatelor imunomodulatoare amplifică succesul tratamentului.

Bibliografia

1. Е.Б. Маринбах "Клиническая онкоурология", Москва, "Медицина", 1975 г. стр. 284-286.
2. С.Раус. "Первичная помощь в урологии", Москва, "Медицина", 1979 г. стр. 175-176-
3. В.С. Карпенко, Л.А. Пыриг, Н.Я. Мельман, "Справочник уролога и нефролога", Киев, "Здоровье", 1985 г. стр. 122-123.
1. Н.М. Овчинникова, В.Н. Бедкова, В.В. Делекторский, "Лабораторная диагностика заболеваний передающихся половым путем", Москва, "Медицина", 1987, стр. 292.
2. К.Х. Динчман, "Секреты урологии", Бином-Москва, "Невский диалект", Санкт Петербург, 1998, стр. 125.
3. Н.А. Лопаткин, Руководство по урологии, Москва, "Медицина", 1998, том 3, стр. 361.
4. Martin I. Resnick M.D., Andreu C. Novick, M.D. Urology secrets. 1998, Sydney-Toronto, 125-127.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL ADENOMULUI DE PROSTATĂ ÎN SPITALUL JUDEȚEAN TIGHINA

Dr. P. Cușnir

Spitalul Județean Tighina, mun. Causeni

Summary

In the district Tighina adenome of prostate is situated at 10-th place in a structure of urologic complaints. There is used the surgical treatment, next forms of operations: adenomectomya transvesicale (Ad.T.) after Freyer; Ad.T. after Harris; Ad.T. after Holisov. There are recorder some rarely cases of wound infection, of precocious and belated hemorrhages; stones of vesicale malignancy. In order that reduces the number of complications after operations is necessary to be done adenomectomya in I-II stages. A principal method in the surgical treatment is adenomectomya transurethral.

Actualitatea, obiective

Adenomul de prostata este cea mai frecventa tumora benigna a barbatului; apare în general după vîrsta de 50 de ani, dar manifestările clinice caracterizate prin tulburări de micție, polakiurie, la retenție de urină, etc., apar după vîrsta de 60 de ani (1,2).

Incidența adenomului de prostată în structura bolavilor spitalizati în jud. Tighina este de circa 9%.