

Conferința III de Urologie

Culegere de lucrări

octombrie

Conferința II de Nefrologie,
Dializă și Transplant Renal
din Republica Moldova

30-31 2002



CHISINĂU



Societatea Urologilor din Republica Moldova

Profesor Dr. Adrian Tănase
doctor habilitat în științe medicinale

Culegere de lucrări

Conferința III de Urologie
Conferința II de Nefrologie,
Dializă și Transplant Renal
din Republica Moldova

octombrie

30-31 2002 & CHISINAŪ



CAPITOLUL I

INFECȚIILE TRACTULUI UROGENITAL

MANAGEMENTUL ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL FORMELOR GRAVE DE PIELONEFRITĂ ACUTĂ

M.Popov, I.Dumbrăveanu, R. Țurcan, V. Gorbatovschi, I.Milici, C.Ureche, V.Scutaru, V.Ghicavii, A.Tănase

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie «N.Testemițanu»
Clinica de Urologie, Dializă și Transplant Renal, SCR*

Summary

In a group of 212 patients we analyzed the causes of the increasing incidence of purulent acute pielonephritis in the last 3 years. We discovered that the incidence increased as a result of a dilated addressing to the specialist and the treatment before the appreciation of the final diagnosis was ineffective. A new schedule of antibacterial treatment was implemented for the attention of urological service in R. Moldova.

Actualitatea

Pielonefrita acută (PNA) bacteriană reprezintă sindromul clinic al infecției căilor urinare superioare și al parenchimului renal. Conform datelor din literatură apare la orice vîrstă, cu o frecvență mai mare între 20–50 ani și mai ales la sexul feminin. PNA constituie 14% dintre toate maladiile urologice, dintre care la 33% din pacienți se dezvoltă formele grave, purulent–destructive (1,2).

În ultimii ani se observă o tendință netă spre creșterea incidenței formelor grave a PNA (pionefrita, carbuncul, abces renal, pionefroză). Prin urmare, PNA impune un șir de probleme de ordin tactic ce necesită rezolvare în urgență.

Scopul studiului

Analiza rezultatelor obținute în tratamentul pacienților cu PNA, stabilirea cauzelor creșterii incidenței formelor purulente, precum și elaborarea unui algoritm de diagnostic și tratament la pacienții în cauză.

Material si metode

Studiul nostru cuprinde un lot de 212 bolnavi cu PNA purulentă internați și tratați în Clinica de Urologie a Universității de Medicină și Farmacie «N.Testemițanu» în ultimii 3 ani. Repartiția pe sexe a pacienților arată o predominare a sexului feminin: 121 femei și 91 bărbați. Limitele de vîrstă a pacienților au fost cuprinse de la 15 la 79 ani. Vîrsta medie a constituit 38,7 ani (Tabelul 1).

Tabelul 1

R repartiția pacienților cu PNA pe sexe și vîrstă (n-212)

Vîrsta/ Sex	< 20 ani	20 – 30 ani	31 – 40 ani	41-50 ani	> 50 ani	Total
Femei	15	35	28	23	20	121
Bărbați	10	16	19	17	29	91
În total:	25	51	47	40	49	212

Cu toate ca PNA reprezintă o urgență urologică majoră, nu toți pacienții au fost internați în primele ore de la debutul bolii (Tabelul 2)

Tabelul 2

Repartiția pacienților cu PNA conform timpului de la debut pînă la internare (n-212)

Timp debut-internare	Sub 24 ore	24-72 ore	72-144 ore	Peste 144 ore
Nr. pacienți	24	70	51	67

Astfel, în primele 24 ore de la debutul bolii au fost spitalizati doar 11% din pacineji, pentru ca la un interval care depășeste 72 ore sa fie spitalizati - 56 %.

Dintre cauzele adresării tardive a pacienților am selectat următoarele:

- Autotratament – 17%
- Tratament antibacterian instituit de către medicul de familie sau alt lucrator medical - 38%
- Tratament în alt stationar – 20%
- Adresare tardivă primară – 25%

Pentru concretizarea diagnosticului și determinarea conduitei terapeutice ulterioare pacienții au fost supuși următoarelor investigații:

- Hemograma + urograma
- USG
- Renografia cu I¹³¹
- Urocultura

Pentru concretizarea cauzei și a formei pielonefritei, precum și a diagnosticului diferențiat dintre pielonefrita acută primară și cea secundară, am apelat și la urografie i/v în 140 cazuri, tomografie computerizată - 49, și rezonanță magneto-nucleară - 13 cazuri.

Am efectuat urocultura la 145 pacienți. Din 145 uroculturi, 123 au fost pozitive (84%). Spectrul microbial depistat este prezentat în tabelul 3

Tabelul 3

Microorganisme depistate în urocultura pacienților cu PN (n – 123)

Microorganism	Nr. cazuri	%
Escherichia coli	52	42
Pseudomonas aeruginosa	17	14
Enterococcus fecalis	14	11
Proteus mirabilis	11	9
Alte microorganisme: Streptococcus viridans, Klebsiella pneumoniae, Moraxella morgani, Proteus vulgaris, Providencia rettgeri, Acinetobacter, Citrobacter, Staphilococcus aureus	29	24
Total	123	100

Tratamentul pacienților cu PNA primară a inclus: terapie antibacteriană masivă, tratament perfuzabil, etc. În cazul pacienților cu PNA secundară a fost aplicat tratament intervențional: caterizarea ureterului, instalarea drenajului ureteral autostatic, tratament chirurgical.

Rezultate:

În urma investigațiilor efectuate am stabilit diagnosticul de PNA primară la 120 pacienți, iar la 92 pacienți PNA secundară.

Repartiția pacienților conform formelor nozologice de PNA a fost următoarea:

- Pielonefrită - 73 pacienți (34%)
- Carbuncul renal - 75 pacienți (35%)
- Abces renal - 54 pacienți (25%)
- Pionefroză - 10 pacienți. (5%)

În 38 cazuri (27%) patologia de bază a fost complicată cu paranefrita (flegmon perirenal)

Examinarea microbiologică a eliminărilor purulente din plagă a fost efectuată la 26 pacienți, prelevări pozitive s-au depistat în 24 cazuri (92,3%). Incidența agenților patogeni depistați este următoarea: *St. aureus* – 20,9%, *Acinetobacter* – 11,4 %, *Ps. aeruginosa* – 9,5%, *E. fecalis* și *E.coli* și *St.epidermidis* – 7,3%, *Pr. mirabilis* – 5,5%. *Corynebacterium*, *Bacillus*, *S. saprophiticus*, *Str. piogenes*, *Ent. aerogenes*, *M. morgani*, *K. pneumoniae* s-au decelat în 1,9-3,6% din cazuri.

La 116 pacienți tratamentul inițial de bază pînă la examinarea rezultatelor antibiogramei a inclus următoarea schemă de tratament antibacterian: Cefalosporine 1,0 x 3 ori i/m + Sol.Ciprinoli 200 mg i/v + Metrogyl 500 mg i/v. După analiza rezultatelor uroculturii am efectuat corecția tratamentului antibacterian.

Tratamentul respectiv a fost eficient în 70 cazuri (60%), sau 33% din numărul total de pacienți internați.

În 46 cazuri (40%) tratamentul antibacterian nu a fost efectiv, și s-a recurs la intervenție chirurgicală.

În 96 cazuri (45%) s-a recurs la tratament chirurgical ca prima intenție. Am practicat conduita respectivă la pacienții cu pînefroză, abces renal, carbuncul asociat cu paranefrită.

Tratamentul chirurgical a constat în următoarele intervenții: Excizia și drenarea carbuncului, abcesului renal – 117 pacienți (82%), inclusiv în 58 cazuri (49%) cu efectuarea nefrostomiei. Nefrectomie – 25 cazuri (18%).

În 4 cazuri pacienții cu abces renal au fost rezolvați conservativ după schema aratăată mai sus.

Tabelul 4

Repatizarea pacienților conform conduitei terapeutice aplicate și timpul de la debutul bolii

Timp de la debutul bolii	Nefrectomie	Drenarea carbuncului, abcesului renal	Nefrostomie	Tratament conservator
Sub 72 ore	2	16	15	61
Peste 72 ore	13	101	43	9
Total:	25	117	58	70

Șoc septic diagnosticat preoperator a fost prezent la 2 pacienți, fapt care a necesitat temporizarea intervenției. În ambele cazuri perioada postoperatorie a decurs fără complicații.

Postoperator am utilizat tratament antibacterian, care a inclus: Sol.Ciprinol 200 mg X 2 ori i/v + Cefalosporine i/m și Sol Metrogyl 500 mg x 2 ori primele 3 - 5 zile, apoi Cefalosporine i/m și tratament per oral cu Fluorchinolone pînă la 10 zile.

Complicații postoperatorii:

- Șoc septic – 5 cazuri
- Acutizarea IRC – 2.
- Decese – 3, care au survenit la pacienții cu șoc septic.

Discuții

Analizînd datele obținute am depistat o serie de corelații evidente, cu implicații asupra conduitei terapeutice. În lotul de pacienți cu o adresare precoce la specialist de pînă la 72 – 96 de ore, numărul complicațiilor purulente sub formă de carbuncul și abces renal a fost mai mic decît la pacienții cu o adresare tardivă, cea ce coincide cu datele literaturii (1,2). Tratamentul neadecvat în primele zile de la debutul bolii a provocat trecerea în forme purulente grave la 67% pacienți, cea ce a impus rezolvarea procesului prin lombotomie deschisă cu drenarea abcesului, carbuncului renal cu sau fără drenarea bazinetului prin nefrostomie. În literatură sunt descrise mai multe scheme de tratament empiric al PNA (3,4), experiența noastră bazată pe utilizarea următoarei scheme: Ciprinol i/v, Metrogil i/v, Cefazolin, Zinacef i/m cu corecție conform antibiogramei a demonstrat efect pozitiv în 33 % cazuri (70 pacienți)

Pielonefrita acută, dacă nu e tratată corespunzător, poate distruge pînă la 30% din numărul nefronilor și trece în formă cronică cu destrucție treptată a parenchimului renal.

În conformitate cu datele din literatură, în caz de PNA purulentă se recomandă obligator nefrostomia (2). Experiența noastră a dovedit că în cazurile cînd pasajul urinei este restabilit plasarea nefrostomei nu este obligatorie.

Concluzii

1. Stabilirea diagnosticului definitiv de către medicii de familie și adresarea tardivă la medicul specialist cauzează apariția formelor grave de PNA.
2. Infecția predominantă ce persistă în PNA este E.Coli.
3. Abcesul și carbunculul renai asociat de paranefrită mai frecvent este provocat de flora Gram pozitivă.
4. Tratamentul antibacterian adecvat îmbinat - antibiotice și chimioterapice cu acțiuni sinergiste administrat din primele zile a PNA, din experiența noastră (Ciprinol, Metrogil, Cefazolin) permite ameliorarea evidentă a pacientului.
5. În cazul absenței efectului de la tratamentul conservator, intervenția chirurgicală este obligatorie cu sau fără plasarea nefrostomei.

Bibliografie.

1. Sinescu I., Urologie clinica. Bucuresti, 1998.
2. Лопаткин Н.А., Руководство по урологии. Москва 1998
3. Страчунский Л.С. и соавт. Антибактериальная терапия. Москва 2000.
4. Gluhovschi Gh., Infecția tractului urinar în practica medicală. Timișoara, 1992.
5. Агаджанян И.Г., Грабский А.М. Инфекция мочевого тракта: факторы риска, принципы лечения. Современные принципы рациональной антимикробной терапии. Ереван, Ноябрь. 2000.
6. Romosan I. Rinichiul: Ghid diagnostic și terapeutic. Editura medicală. 1999.

EVALUAREA EFICACITĂȚII ȘI TOLERANȚEI PREPARATULUI ABACTAL (FIRMA LEK PHARMACEUTICALS DD) ÎN TRATAMENTUL INFECȚIILOR TRACTULUI URINAR

I.Dumbraveanu, A.Tanase, C.Lupașco, M.Popov, Gr. Romanciuc, V.Punga
Clinica Urologie, Hemodializă și Transplant renal SCR

Summary

UTI is one major problem in the medicine. In treatment of UTI multiple therapeutic schemes are followed. 32 patients with acute and cronic UTI were treated using antibacterial monotherapy with Abactal (LEK Pharmaceuticals dd). Positive results were found in 28 patients. While no change from the prescribing condition was found in 4 (12%). Tolerance was found to be good in 84% patients. Adverse effect were found in 16% patients. This antibacterial preparation has opened a new perspective in the treatment of patients with urinary tract infection.

Actualitatea

Infecțiile tractului urinar (ITU) rezează una din problemele importante ale practicii medicale. Prin incidență crescută (ocupă locul 2 în structura maladiilor infecțio-inflamatorii, după infecțiile respiratorii), generează implicații medicale și financiare importante, inclusiv pentru tratamentul lor (1,2). Tratamentul ITU este un tratament complex cu utilizarea unei game largi de substanțe terapeutice. Placa turnantă printre acestea îl deține medicația antibacteriană și chimioterapeutică. Spectrul preparatelor antimicrobiene este la ora actuală foarte larg, și adeseori medicul este pus în situația de a alege, în special la necesitatea instituirii unui tratament empiric, până la consultarea rezultatelor uroculturii.

Scopul studiului

În baza experienței proprii, de a aprecia eficacitatea și toleranța preparatului Abactal în tratamentul infecțiilor urinare.

Material și metode

Studiul a fost efectuat în Clinica Urologie, Hemodializă și Transplant Renal a SCR în perioada aprilie-septembrie 2002. S-a administrat preparatul Abactal la 20 pacienți internați în clinică și la 12 pacienți ambulatori. Criteriile de selecție a pacienților au fost următoarele:

- Pacienți cu ITU în vârstă de peste 15 ani;
- Infecție urinară primară sau recidivantă, primară sau secundară;
- Pacienți cu insuficiență renală cronică sau după transplant renal.

Criteriile de excludere:

- Pacienți cu vârsta sub 15 ani;
- Paciente gravide sau parturiente;

-Pacienți cu patologii asociate severe (insuficiență hepatică, insuficiență cardiacă, tumori maligne, etc.)

-Pacienți cu anurie obstructivă;

-Pacienți cu diabet, în cazul administrării parenterale.

Vârsta medie a pacienților tratați a fost de 32 ani, cu limite cuprinse între 17 și 72 ani. (Tabelul 1)

Tabelul 1

Repartiția după sex și vârstă a pacienților tratați cu Abactal (n -32)

Sex /Vârstă	17-20 ani	21- 40 ani	41- 60 ani	Peste 60 ani	Total
Femei	1	11	4	1	17
Bărbați	-	12	2	1	15
Total	1	23	6	2	32

Învestigațiile pacienților s-au efectuat conform protocolului standard de diagnosticare a infecțiilor urinare și a inclus: Examinare obiectivă (manevra Giordano, tuseu rectal), analiza generală urina, hemoleucograma, teste biochimice, urocultura, ecografe renala, sau transrectală, renografa cu izotopi, urografe intravenoasa (opțional). Urocultura s-a efectuat la 22 pacienți, în urma căreia am stabilit următorul spectru al microorganismelor responsabile de declanșarea infecției urinare (Tabelul 2)

Tabelul 2

Interpretarea uroculturilor la pacienții cu ITU (n-22)

Microorganism	Nr. cazuri	%
Escherichia coli	11	50
Staphylococcus aureus	2	9
St. epidermidis	1	4,5
Enterobacter spp.	2	9
Citrobacter	1	4,5
Proteus spp.	1	4,5
Chlamydia tr.	4	18
Asociere microbiana	5	23

Am administrat preparatul Abactal în următoarele forme nozologice de infecție urinară sau cu scop profilactic:

-Pielonefrita acută - 9 pacienți

-Pielonefrita cronică - 4 pacienți

-Cistita acută - 3 pacienți

-Orhita acută - 2 pacienți

-Prostatita cronică în acutizare - 8 pacienți

-Supurarea plagii postoperatorii - 2 pacienți

-Transplant renal - 2 pacienți

-Profilactic după int.chirurgicale - 2 pacienți

Modul de administrare a preparatului Abactal. Practic în toate situațiile preparatul Abactal a fost administrat ca monoterapie, fără asocierea altor preparate antibacteriene, inclusiv fitoterapice. S-a recurs la tratament combinat într-un caz de pielonefrită acută, când conform antibiogramei s-a administrat și un antibiotic din grupa cefalosporinelor, și în situația pacienților cu prostatită cronică și clamidiază urogenitală, când s-a combinat cu preparate macrolide (Roxitromicină).

Deoarece preparatul Abactal poate fi administrat atât sub formă parenterală, cât și per os, am utilizat următoarele scheme de tratament, corespunzător patologiei tratate.

În pielonefrita acută:

Monoterapie - Sol. Abactal 400 mg + 250ml sol.Glucoza 5% - i/v x 2 ori, timp de 3-5 zile (în mediu 4 zile), apoi Tab. Abactal 400 mg x 2 ori, per os, timp de 5 -10 zile.

Concomitent: Tratament perfuzabil, anticoagulante, vitaminoterapie.

În cistita acută:

Tab. Abactal 400 mg x 2 ori, per os, monoterapie, timp de 5 zile.

În orhita acută:

Monoterapie - Sol.Abactal 400 mg + 250ml sol. Glucoza 5% - i/v x 2 ori, timp de 3-4 zile, apoi tab.Abactal 400 mg x 2 ori, per os, timp de 5 - 10 zile.

În caz de supurare a plagii p/o:

Sol.Abactal 400 mg + 250ml sol. Glucoza 5% - i/v, timp de 3 - 4 zile, apoi Tab.Abactal 400 mg x 2 ori per os, timp de 5 -10 zile.

Cu scop profilactic, după intervenții chirurgicale (pielolitomie și nefrectomie):

Sol.Abactal 400 mg +250ml sol. Glucoza 5% - i/v x 2 ori, în ziua operației, apoi Tab.Abactal 400mg x 2 ori, per os, timp de 5-7 zile.

În prostatita cronică:

Tab. Abactal 400 mg x 2 ori per os, timp de 10-15 zile, concomitent imunoterapie, fizioterapii, masajul prostatei, în 4 cazuri combinat cu administrarea de macrolide (Roxitromicina) 150 mg x 2 ori, timp de 10 zile.

Rezultate

Evaluarea rezultatelor tratamentului cu Abactal s-a efectuat în baza mai multor criterii:

- Criteriul clinic, care a inclus diminuarea sau dispariția acuzelor subiective, febrei, etc.
- Rezultatele examinărilor de laborator și imagistice;
- Aprecierea criteriilor eficienței în puncte;
- Aprecierea toleranței;
- Înregistrarea efectelor adverse.

Rezultatele tratamentului ITU cu Abactal au fost în general bune. În majoritatea cazurilor de infecție urinară acută (9 cazuri de pielonefrită acută, 3 cazuri de cistită acută și 2 de orhită acută) acuzele subiective, febra au dispărut, s-au au diminuat, la un interval de 1-2 zile de la instituirea tratamentului. Rezultatele examinărilor de laborator au confirmat eficiența tratamentului.

Eficiența tratamentului a fost apreciată cu utilizarea sistemului de 5 puncte, unde

- 5 puncte echivalează cu - ameliorare evidentă
- 4 puncte - ameliorare
- 3 puncte - fără schimbări
- 2 puncte - înrăutățire neînsemnată
- 1 punct - înrăutățire evidentă

Criteriul eficienței a fost apreciat atât de către medic, cât și prin anchetarea pacienților. În urma analizării am obținut următoarea apreciere a eficienței:

- Ameliorare evidentă - 21 (66%)
- Ameliorare - 7 (22%)
- Fără schimbări - 4 (12%)
- înrăutățire neînsemnată - 0
- Înrăutățire evidentă - 0

Aprecierea toleranței s-a efectuat prin utilizarea criteriilor:

- Bună și foarte bună - absența acuzelor, efectelor adverse
- Satisfăcătoare - efecte adverse minore sau tranzitorii
- Nesatisfăcătoare - efecte adverse notabile, care impun întreruperea tratamentului, apariția complicațiilor.

Preparatul Abactal a fost tolerat bine și foarte bine de 27 de pacienți (84%), satisfăcător de către 5 pacienți (16%).

Am semnalat efecte adverse la 5 pacienți, și anume:

- 2 cazuri - dereglări hematologice (anemie, trombocitopenie, anizocitoză)
- 1 caz - dereglări gastrointestinale.
- 1 caz - dereglări hepatologice
- 1 caz - reacție de fotosensibilitate.

În toate situațiile nu am întrerupt tratamentul, în 2 cazuri s-a redus doza preparatului, într-un caz s-a evitat expunerea la razele solare, într-un caz s-a asociat tratament hepatoprotector. În situația apariției dereglărilor hematologice, s-a redus doza preparatului, iar la 2 săptămâni după sistarea tratamentului tabloul hematologic a revenit la normal.

Discuții

Tratamentul infecțiilor acute ale tractului urinar urmărește câteva obiective (3,5,6) :

- Diminuarea rapidă a simptomatologiei
- Restabilirea capacității de muncă
- Prevenirea complicațiilor
- Profilaxia recidivelor

Prin evaluarea rezultatelor tratamentului, cu Abactal s-a observat, că preparatul asigură îndeplinirea obiectivelor de mai sus, și anume: Dispariția simptomelor, febrei, cu evoluție favorabilă la 2 - 3 zile de administrare i/v. Am semnalat și cazuri de eficiență sporită comparativ cu alte antibiotice utilizate anterior. Administrarea Abactalului asigură o restabilire rapidă a capacității de muncă și integrare socială. Datorită formei tablete asigură un tratament facil de urmat în condiții de ambulator.

În multe situații, în tratamentul ITU, medicul alege antibioticul empiric, preferință având substanțe ele cu o rezistență redusă, față de germeii provocatori ai infecției urinare. Datele literaturii indică o sensibilitate mare a microorganismelor patogene față de preparatele din grupa fluorochinolonei. Abactalul (pefloxacină) este un preparat sintetic, antimicrobian, din grupa fluorochinolonei, are o acțiune bactericidă prin inhibiția reproducerii ADN-ului în bacterii. După administrare per os se absoarbe rapid atingând o concentrație maximă peste 90 minute. Are o perioadă de înjumătățire de 8 ore, cea ce asigură un regim adecvat de administrare. Este eficient pe germeii Gr. negativi, cât și pe germeii Gr+.

Experiența noastră arată o eficiență bună a preparatului, în special la administrarea i/v. În formele acute monoterapia per os este mai puțin eficientă. S-au observat rezultate mai favorabile dacă tratamentul este început cu administrarea i/v, și apoi continuat per oral. Preparatul poate fi administrat atât ca monoterapie cât și în combinație cu alte antibiotice (cefalosporine).

Nu am observat diferențe semnificative la administrarea per os până și după masa. Nu am notat cazuri de disbioză.

Reacțiile adverse au fost neînsemnate și nu au impus sistarea tratamentului. Pentru a evita reacțiile adverse e necesar controlul prealabil al probelor hepatice, hematologice. Ajustarea dozei conform greutății corporale.

Concluzii

1. Preparatul Abactal poate fi utilizat ca medicament de elecție în tratamentul infecțiilor necomplcate ale tractului urinar: PNA, cistita, orhita acută, etc..
2. Preparatul Abactal are avantajul eficacității și toleranței înalte. Efectele adverse sunt minore și reversibile.
3. În tratamentul prostatitei cronice eficiența preparatului Abactal crește la asocierea preparatelor macrolide (Roxitromicina).
4. Preparatul Abactal deschide o perspectivă nouă în tratamentul și profilaxia ITU.

Bibliografie

1. Urology and the Primary care Practitioner. Editor Larry I. Lipshultz. Philadelphia. 1996.
2. I. Sinescu. Urologie Clinică. București. 2000.
3. Gh. Gluhovschi. Infecția tractului urinar în practica medicală. Timișoara. 1992.
4. Sable CA, Scheld WM. Fluoroquinolones: how to use (but not overuse) these antibiotics. // Geriatrics. 48(6): 1993
5. Stamey T.A. Pathogenesis and Treatment of Urinary Tract Infections. Baltimore, Williams and Wilkins, 1980. 178

UNELE ASPECTE ALE TRATAMENTULUI PIELONEFRITEI ACUTE LA GRAVIDE

*I. Milici, I. Dumbraveanu, C. Lupașco, M. Popov, A. Strugenco A. Tanase
Clinica Urologie, Dializa și Transplant Renal, SCR*

Summary

Pyelonephritis in pregnancy is a complicated condition with no clear evolution and not very good prognosis both the mother and the fetus. 35 pregnant patients were evaluated with pyelonephritis. In all patients was treatment with favourable results included ureteral catheterization and insertion of autostatic stent like JJ stent. In the treatment of APN in pregnancy the decompression of renal pelvis plays an essential role with insertion of JJ stent having only minimal risk and complication. This also help in reducing the duration of treatment with antibiotics.

Actualitatea

Dintre bolile extragenitale a gravidelor patologia renala ocupa locul II. Incidenta pielonefritei la gravide este de 6-10%, mai frecventă în semestrul II al gravidității (1,2,5). Conform mecanismului de evoluție a bolii, pielonefrita gravidelor este o pielonefrită complicată, de cele mai multe ori obstructivă cu o evoluție latentă sau acută, (interstițială, seroasă, purulentă, sub formă de carbuncul, aposteme, abces) și un prognostic uneori nefavorabil pentru mamă și/sau făt.

Scopul studiului

Analiza eficacității tratamentului pielonefritei la gravide prin utilizarea tehnologiilor medicale contemporane, în special a sondelor autostatice.

Material si metode

Lucrarea se bazează pe studiul unui lot de 35 paciente cu diagnosticul susnumit, internate și tratate în Clinica Urologie a SCR în perioada 1997-2002. Vârsta medie a pacientelor a fost de 23,6 ani cu limite cuprinse între 16 și 47 ani (Tabelul 1).

Tabelul 1

Repartiția gravidelor cu PNA conform vârstei (n-35)

Vârsta	Sub 20 ani	20 - 29 ani	30-39 ani	Peste 40 ani	Total
Nr.paciente	8	22	2	3	35

Din 35 paciente 15 erau la prima graviditate, 12 la a 2, 5 la a 3, și cîte o pacientă respectiv la a 4 și a 5 graviditate. Conform timpului de debut a bolii se observă o pedominare a semestrelor II și III a gravidității (Figura 1).

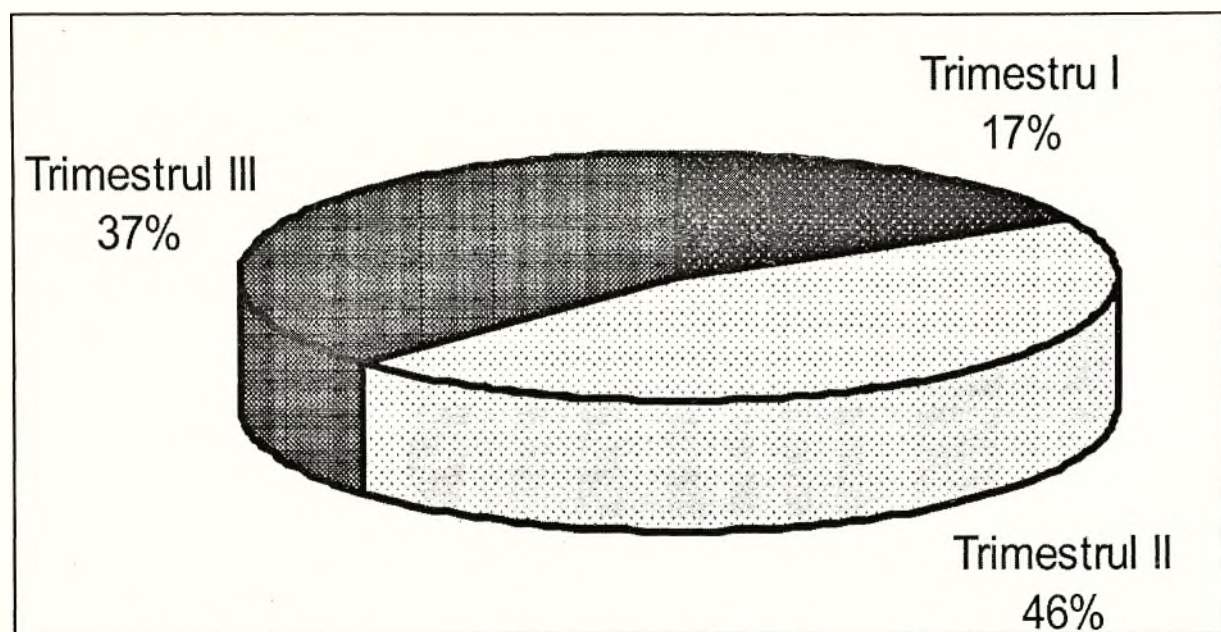


Fig. 1. Repartiția pacientelor conform perioadei de debut a bolii (n-35)

Timpul care s-a scurs de la debutul maladiei, și pînă la internare a variat de la 6 ore (1 pacientă) la 14 zile (2 paciente) cu o medie de 144 ore.

Pacientele au prezentat la internare următoarele acuze sugestive: febră - 31 cazuri sau subfebrilitate (4 paciente) în asociere cu dureri lombare uni sau bilaterale, dereglări ale mictiunii, grețuri.

Din 35 paciente internate 21 (65%) au urmat anteor internării tratament simptomatic sau antibacterian în condiții de ambulator sau în alte servicii, inclusiv într-un caz s-a practicat apendicectomia (!) la o graviditate de 23 săptămîni, iar într-un caz laparoscopia diagnostică la o graviditate de 28 săptămîni. (Tabelul 2)

Tabelul 2

Tratamentul utilizat anterior spitalizării în (n - 21)

Tipul tratamentului	Durata	Nr. paciente
Antibacterian masiv (cefalosporine + uroantiseptice)	5 - 7 zile	8
	8 - 14 zile	3
Antibacterian, monoterapie (penicilină, ampicilină)	3 - 6 zile	5
Uroantiseptice	3 - 5 zile	2
Simptomatic (antispastice, fitoterapie)	2 zile	1
Alt tratament: Apendectomie Laparoscopie	4 zile	1
	7 zile	1
Total		21

Toate pacientele au fost supuse la internare protocolului obligator de investigații care a inclus: Analiza generală urină, hemoleucograma, ecografia renală, urocultura, analize biochimice (uree, creatinină, bilirubină).

Pacientele au fost supuse tratamentului antibacterian, corespunzător trimestrului de graviditate cu utilizarea preponderent a antibioticelor din grupa penicilinelor sau cefalosporinelor, tratamentului simptomatic și intervențional.

Rezultate

Rezultatul examinării ecografice efectuat în SCR a depistat în toate cazurile dereglarea urodinamicii. În 20 cazuri (57%) hidronefrioza a fost de gradul II, în 15 cazuri a fost o hidronefroză de gradul I. Conform protocolului stabilit în clinică, după concretizarea diagnosticului, în 32 cazuri s-a practicat în primele 24 ore de la internare cateterizarea rinichiului afectat cu sau fără instalarea sondei auto-stactice. În 12 cazuri, când pacienta prezenta o clinică evidentă cu indici biochimici gravi și o hidronefroză importantă am recurs la instalarea sondei autostactice ca primă intenție. În 2 cazuri după instalarea sondei autostactice, datorită drenajului inadecvat și a refluxului vezico-renal a persistat tabloul clinic și hidronefroza, fiind impuși să practicăm extragerea cateterului autostatic, instalând cateterul ureteral 8 Ch, iar după dispariția febrei și a hidronefrozei să repunem sonda autostatică. În 20 cazuri cu hidronefroză moderată, simptomatologie clinică atenuată, durată scurtă de la debutul bolii, am practicat cateterizarea simplă a rinichiului afectat pe o perioadă de 48 - 72 ore. Din ele, în 16 cazuri (80%) metoda a fost eficientă. În 4 cazuri, când după extragerea cateterului urinar simplu, au persistat durerile lombare și hidronefoza am practicat instalarea drenajului autostatic.

În 3 cazuri nu am practicat cateterizarea ureterului cu scop de decompresie. 1 caz din absența indicațiilor absolute (pacientă de 16 ani, 36 săptămâni graviditate, cu tablou clinic nemanifest, internată la 24 ore de la debutul bolii și care a beneficiat de tratament conservator). În 2 cazuri din cauza refuzului categoric a pacientelor. Ambele cazuri cu evoluție nefavorabilă spre soc toxico-septic, tratament intensiv în secția de reanimare. Într-un caz s-a efectuat intervenția deschisă, decapsularea rinichiului și nefrostomie. În cazul 2 datorită apăsării iminenței de naștere prematură pacienta a fost transferată în secția de reanimare a serviciului de obstetrică.

Nu am semnalat complicații majore în urma tratamentului aplicat. Dintre cele minore semnalăm: hematurie tranzitorie - 4 cazuri, accentuarea tranzitorie a durerilor lombare - 1 caz, disurie - 6 cazuri. În toate 16 cazuri de instalare a drenajului autostatic, ultimul a fost menținut pînă în perioada post partum. Am administrat antibiotice cu spectru larg de acțiune pe toată perioada febrilă și 2-3 zile după dispariția ei. Ulterior am indicat uroantiseptice pe o durată de 7-10 zile.

Discuții

În timpul gravidității se crează condiții favorabile pentru activarea infecției latente a căilor urinare și dezvoltarea pielonefritei gravidelor.

Dereglarea urodinamicii căilor urinare superioare la gravide se datorează în primul rând schimbărilor anatomotopografice între peretele abdominal, inelul osos al bazinului și uterului gravid(3,4). Schimbările de origine mecanică a căilor urinare sunt explicate și prin sindromul venei ovariene. Este cunoscut că vena ovariană pe dreapta și ureterul au o tunică comună. Varicele plexului ovarian drept care apare la gravide apasă ureterul la nivelul S1. Schimbările hormonale în timpul gravidității joacă un rol de fon. Se știe că atât sistemul urinar cât și cel genital se dezvoltă dintr-o formațiune

embrionară – ductul Wolf, care lămurește atât anomaliile concomitente urogenitale cât și prezența unor receptori specifici în uretere ce reacționează la hormoni. În rezultatul activității hormonale asupra receptorilor specifici ai ureterului gravidelor apare dereglarea urodinamicii căilor urinare superioare sub formă de hipochinezie, dischinezia sistemelor calice-bazinet-ureter. Astfel se crează condiții ce favorizează infecția și nemijlocit apariția pielonfritei acute.

Este cunoscut faptul ca PNA necesită tratament antibacterian masiv cu utilizarea a 2-3 preparate antibacteriene. Sarcina nu permite utilizarea oricăror preparate antibacteriene. Prin urmare tratamentul PNA la gravide este dificil, necesitind respectarea anumitor precauții. Administrarea doar a preparatelor antibacteriene, fara restabilirea completă a urodinamicii de cele mai multe ori are rezultate incerte sau de scurtă durată cu o rată înaltă de complicații sau recidive.

Drenarea căilor urinare cu scop de decompresie este un tratament patogenetic.

Apariția sondelor autostatice la sfârșitul secolului XX a redus necesitatea drenajului ureteral multiplu și a intervențiilor chirurgicale. Experiența noastră modestă în domeniu vine să ne demonstreze acest fapt.

Concluzii

1. În tratamentul PNA a gravidelor decompresia tractului urinar superior este esențială.
2. Aplicarea sondei ureterale autostatice la gravidele cu PNA este inofensivă, reduce riscul complicațiilor și durata utilizării antibioticelor.

Bibliografie

1. Waltzer, W.C.: The urinary tract in pregnancy, J Urol 125:271-276, 1981.
2. Stothers, L., Lee, L.M.: Renal colic in pregnancy, J Urol 148:1383-1387, 1992
3. D'Elia, F.L., Brennan, R.E. and Brownstein, P.K.: Acute renal failure secondary to ureteral obstruction by a gravid uterus, J Urol 128:803-804, 1982.
4. Zwergel, T., Lindenmeir, T. and Wullich B.: Management of acute hydronephrosis in pregnancy by ureteral stenting. Eur. Urol. 29:292, 1996.
5. Knebel, L., Tschada, R., Mickisch, G., Zieger, W. and Aiken, P.: Le drainage interne de l'urine en cas de stase urinaire compliquee provoquee par une grossesse. Journal d'Urologie 99:169, 1993.

ASPECTE MICROBIOLOGICE ÎN EXAMINAREA BOLNAVILOR UROLOGICI V.A. Nani, V.V. Nani SRC Camenca

Summary

During the year 2001 in District Hospital Camenca were made 50 microbiological examinations of the urine to the urological patients. Flora staphylococcal prevails in 58 % then E. coli in 40 %. Antibacterial drugs were used fluorochinolonele and cefazolinele.

Actualitatea

Infecțiile căilor urinare sunt cele mai răspândite procese patologice, determinate la pacienții urologici atât în staționar, cât și în sistemul de ambulator. S-a stabilit, că în circa 31% cazuri urina la pacienții internați în staționarul urologic este infectată (1). Prezența uropatiilor obstructive, aplicarea metodelor de diagnostic și tratament instrumentale, insuficiența poliorganică, insuficiența renală cronică sunt factori favorizanti în asocierea infecției intraspitalicești, ce se dezvoltă la 20-30% pacienți urologici (2).

Material și metode

Studiul a fost efectuat în decursul anului 2001 în secția de chirurgie a SRC Camenca, pe un lot de 50 pacienți urologici. S-a determinat tipul microflorei și sensibilitatea la antibioticele mai des utilizate în regiune. Examinarea a fost efectuată în laboratorul bacteriologic prin metoda difuziei cu discuri pe medii solide. Analizele au fost colectate în prima zi de spitalizare, pînă la utilizarea preparatelor antibacteriene.

Rezultate și discuții

În urma examinării rezultatelor investigațiilor microbiologice obținute sa determinat, că urina la 82% pacienți urologici la internare în staționar este deja infectată. Predomină flora stafilococică în 58% cazuri, urmează E. Colli - 40 % și bacilul pioceanic cu 2% cazuri. Asocierea microflorei se determină în 20% cazuri (E. Colli și stafilococi).

Tabela 1

Rezultatele examinării microbiologice a urinei

Flora patogena	Nr	%
St.aureus	14	29,0
St. epidermidis	14	29,0
E. Colli	19	40,0
Ps. Aeroginosa	1	2,0
Total:	48	100,0

Datele din literatură (2,3), privind structura microflorei depistate în urină diferă de cele obținute de noi și se caracterizează prin specificul instituției curative și contingentul pacienților investigați (tabela 2).

Tabela 2

Agenții Patogeni	I.C.S. or Moscova	I.C.A. Smolensc
Ps. Aeroginosa	25,3%	1%
St. saprofiticus	16%	3%
E. colli	14,8%	80%
Proteus spp.	14,1%	8%
Enterobacter spp.	13,8%	-
Klebsiela	-	4%

Tabela 3

Sensibilitatea microflorei izolate la preparatele antimicrobiene (SRC Camenca)

Preparate antibacteriale	St.aureus, St.epidermidis (%)	Esh. Colli (%)	Ps.aeroginosa (%)
Penicilină	0	0	0
Ampicilină	4	0	0
Oxacilină	14	0	0
Meticilină	0	0	0
Carbpenicilină	21	5	0
Gentamicină	11	16	0
Doxactclină	32	11	0
Rifampicină	39	11	0
Polimixină	50	53	0
Cefazolină	100	89	100
Cefatoxim	100	89	100
Ciprinol	100	100	100

Analizând rezultatele sensibilității preparatelor antibacteriene s-a determinat o sensibilitate scăzută față de aminoglicozide (gentamicină) și cele mai des utilizate peniciline.

Preparatele de elecție în tratamentul infecțiilor căilor urinare sau dovedit a fi antibioticele flo-rchinolone și cefalosporine. O rezistență față de antibiotice mai înaltă de 10 % a necesitat limitarea utilizării medicamentului în regiunea de deservire a pacienților urologici, lucru confirmat și de alți autori (5).

Concluzii

1. În baza examenelor bacteriologice obținute, s-a determinat predominarea florei stafilococice în urina pacienților urologici (58%).

2. Microflora căilor urinare difera considerabil în raport cu regiunea și preparatele antibacteriene mai des utilizate în clinica respectivă.
3. O rezistență pronunțată a florei se manifestă față de aminoglicozide și peniciline, fiind mai sensibilă la preparatele din grupa fluorochinolonelor și cefalosporinelor.
4. Rezultatele obținute evidențiază necesitatea examinării bacteriologice a urinei și stabilirea preparatelor de elecție antibacteriene pentru fiecare clinica în parte.

Bibliografie

1. Внутрибольничные инфекции. Ред. Р.П. Венцела. М. 1990, стр. 240-259.
2. Г.А. Котлярова, Л.А. Нефедова. Лабораторный контроль внутрибольничной инфекций мочевой системы в урологическом стационаре., «Урология», N2, 1999, стр.42)
3. Л.С. Страчунский, В.В. Рафальский. Практические подходы к выбору антибиотиков при неосложненных инфекциях мочевыводящих путей., «Урология», N2, 2000, стр.8).
4. И.И. Деревянко, Л.А. Нефедова. Клиническое значение микробиологического мониторинга возбудителей инфекций в урологическом стационаре для выбора режимов антибактериальной терапии. Урология, N4, 2001, стр 11.
5. Ward T.T. Jones S.R. Practical Approach to Infectious Diseases., 4-th ed., Boston, 1996, p.1632-1639.

GANGRENA FOURNIER (caz clinic)

V. Captari, S. Ignatenco, V. Cibotaru, E. Vasiliev, I. Donfu, A. Bragaru, S. Pogonea

Clinica de Urologie a Spitalului Municipal de Urgență, Chișinău

Flegmona ideopatică a scrotului (sinonime: gangrenă scrotală fulminantă, boală Fournier, celulită scrotală) a fost relatată pentru prima dată în 1883 de savantul francez Jean Alfred Fournier, în cinstrea căruia a și fost denumită mai târziu boala Fournier sau sindromul Fournier. Această afecțiune reprezintă un proces inflamator cu debut brutal și evoluție fulminantă, care conduce la necrotizarea țesuturilor scrotale și a zonelor adiacente. Infecția este mai frecvent determinată de asociații microbiene anaerobe: Clostridium, (Cl. perfringens, Cl. novyi, Cl. septicum, Cl. histolyticum), streptococi, bacili coli, proteu, precum și stafilococi.

Până la descoperirea antibioticelor mortalitatea prin această patologie atingea 44%. În prezent statisticile relatează procentaje mult mai reduse – 7,2%. Factorul favorizant al acestei afecțiuni este hialuronidaza stafilococică. Infecțarea se produce pe cale endogenă sau exogenă. Uneori gangrena este precedentă de afecțiuni inflamatorii cronice pe aria anorectală (paraproctită anaerobă, abces ischiorectal, decubitus și fricțiuni cronice pe scrot, traumatisme exploratorii – dilatarea canalului uretral, biopsia transuretrală a prostatei, de multe ori însă calea de intrare a infecției rămâne obscură.

Experiența noastră în această afecțiune se bazează doar pe 3 cazuri asistate chirurgical în ultimii 3 ani, unul din acestea soldându-se cu deces. Vă prezentăm un caz ilustrativ din cele avute în îngrijire:

Bolnavul B., 40 ani, internat în stare gravă la 4.12.1995, la a treia zi după ce suportase un traumatism mecanic al scrotului. Este supus de urgență unor îngrijiri chirurgicale energice, când se execută necrectomia totală a țesuturilor scrotale și se trasează incizii largi pe tegumentul perineal.

Examen obiectiv la internare: tegumente palide, umede, TA 120/80 mm Hg, puls – 76 bătă/min, t-37°C, respirație accelerată neregulată, scrotul cu edem de volum impresionant, tegumente de nuanță albastră-cianotică, testicule intacte, dar crepitante la palpate.

Investigații de laborator : Hb 134 g/l; Er – $4,0 \times 10^9/l$; L – $5,6 \times 10^9/l$; proteină totală – 56 g/l; ureea sangvină 7,4 mmol/l; bilirubina conjugată 14,0 mmol/l; fracțiunea directă – 6,0 mmol/l; indirectă – 8,0 mmol/l, ALT – 1,24 mmol/l, AST – 0,8 mmol/l.

După operație starea pacientului fiind precară, este transferat în serviciul de reanimare, unde s-a întreținut 3 zile. Este apoi transferat în secția de urologie, unde continuă să urmeze asistență terapeutică energetică cu ședințe de baroterapie. Ziinic, sub anestezie generală, în sala de intervenții septice se efectua toaleta chirurgicală a plăgii cu necrectomizarea țesuturilor degradate. Dar la 9.12.02 starea bolnavului s-a agravat brusc pe fondul infecției anaerobe progresive, extinse spre regiunea inghinală, bilateral și trecere în peretele abdominal.

Examen de laborator: Hb – 88 g/l; Er – $2,9 \times 10^9/l$; L – $23,3 \times 10^9/l$; mielocite – $4 \times 10^9/l$; metamielocite – $3 \times 10^9/l$; segmentate – $62 \times 10^9/l$; VSH – 60 mm/h. S-au trasat noi incizii pe aria tegumentului inghinal bilateral. Bolnavul a fost îngrijit în secția de reanimare în curs de 4 zile, unde i s-a administrat terapie antibacteriană masivă, asociată cu ședințe de hiperbarooxygenare – îngrijiri continuate apoi și în secția de urologie.

Starea bolnavului s-a ameliorat treptat și la 28.12.1995 după încadrarea testiculelor sub pielea fosei inghinale, s-au aplicat suturi secundare. La 16.01.1996 s-a procedat la autodermaplastia plăgii perineale, pentru ca după 8 zile, în stare satisfăcătoare, bolnavul să fie externat.

PROFILAXIA INFECȚIEI URINARE ȘI UROLITIAZEI LA BOLNAVI CU TRAUMATISM ASOCIAT A BAZINULUI

V.Captari, V.Custorov, V.Cibotari, S.Pogonea, A.Bragaru, I.Donțu, E.Vasiliev
Spitalul Clinic Municipal de Urgență, Chișinău

Summary

The surgical tactics includes in one stage the operation on the urogenital organs and the osteosynthesis of the pelvic fractures and ensures completely prophylactic measures at the urinary infection and urolithiasis in the postoperative period.

Printre traumatismele diferitelor aparate și organe, cele ale căilor urinare inferioare au fost și sunt considerate cu rezervă, atât pentru aspectele imediat grave pe care le pot îmbrăca, cât și pentru urmările lor îndepărtate. Violența traumatismelor moderne (de muncă, circulație) și importanța solicitărilor la care este supus bazinul, fac ca dintr-un element de protecție, acesta să devină un agent vulnerant important.

Traumatismele asociate ale oaselor bazinului și ale căilor urinare inferioare după datele unor autori constituie de la 15 la 20% (A.Я.Пытель, С.Филимон). Repartizarea traumelor aparatului renourinar în spitalul nostru este demonstrată în diagramă. Statistica spitalului municipal de urgență din or. Chișinău demonstrează că anual sunt aproximativ nouă traumatisme ale sistemului urinar inferior (tab.1)

Tabela 1

Traume ale vezicii urinare și uretrei

Forma nozologică	1995			1996			1997			1998			1999		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Traume a vezicii urinare	6	88	14,6	6	187	31,1	1	15	15,0	6	151	25,1	3	71	23,6
Traume uretrei	3	54	18,0	3	76	25,3	7	86	12,2	7	131	18,7	2	52	26,0

1 - numărul de cazuri; 2 - zile-pat; 3 - zile în mediu

O problemă destul de majoră în leziunile vezicii urinare și uretrei constă în faptul, că în 70-80% cazuri ele sunt asociate cu fractura oaselor bazinului, ce pot provoca diverse complicații cum ar fi infecția urinară sau urolitiază.

În scopul evaluării complicațiilor urologice la pacienți cu leziuni ale aparatului urinar inferior, asociat cu fracturi ale oaselor bazinului, a fost analizat un lot de 44 bolnavi. Din ei 16 s-au aflat în staționar imobilizați la pat timp îndelungat cu complicații severe de infecție urinară, iar în unele cazuri cu formarea de calculi urinari sau diateză urică. În anii 1995-1999 la 28 pacienți cu fractura oaselor bazinului și leziunii ale vezicii urinare (22) și uretrei (6) (4 pacienți cu deplasarea verticală a unei jumătăți de bazin, iar 24 cu fracturi ale oaselor pubiene și ishiatice cu sau fără fragmente osoase libere), s-a folosit aparatul fixator extern Kusturov-Remizov cu aplicarea broșelor Kirshner. Acest dispozitiv asigură fixarea stabilă a oaselor bazinului pe întreaga perioadă de tratament și dă posibilitate de a ridica pacienții în picioare din primele zile, ce este de o importanță majoră în profilaxia infecției urinare și urolitiază.

Peste 2-3 zile după ostiosinteză bolnavii sunt mobili de sinestătător. Mobilizarea precoce a pacienților influențează favorabil perioada posttraumatică. Sunt deminate considerabil complicațiile postoperatorie la aparatul urogenital, care pot fi imediat după operație (infecția urinară) și tardive (diateza urică, urolitiază). Termenul de fixare a oaselor bazinului a constituit 5-6 săptămâni, durată ce permite recuperarea completă a bolnavilor.

Concluzie:

Tactica chirurgicală, care include într-o singură etapă intervențiile chirurgicale în leziunile organelor urogenitale și osteosinteza fracturilor bazinului asigură pe deplin o profilaxie a infecției urinare și urolitiază în perioada postoperatorie.

Bibliografie

1. Муравьев В.Б., Кирюлчев Д.С., Разрывы мужской уретры при переломах. Вестник хирургии – 1987 № - С. 65-67.
2. V. Kusturov, Gh. Rojnovceanu, V. Captari «Tratamentul chirurgical al leziunilor asociate ale bazinului. Al XX-lea Congres Național de chirurgie. Constanța – 2000, p-422.
3. Bosch U, Pohleman T, Hass N, et al. Classification and management of complex pelvic trauma. Untalchirurg 1992; 95 (4): 198-196.
4. Căcirone Filimon «Curs de urologie» Iași 1988. Traumatismele uretrei la bărbați, cap.X.p.154-167.
5. А.Я.Пытель. Издательство «Медицина» 1990. «Повреждения уретры» с.344-346.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕКТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ И МИКРОКЛИЗМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

В. М. Дониц

Бендерская центральная городская больница

Summary

This medical work is showing the treatment of 79 patients, with chronic prostatitis using a method of rectal hyperthermia with mycroclismes. Rate of success was 71–100% depending on etyological factors. This method is proposed by urologists as accessible and efficient for the treatment of chronic prostatitis.

Введение

Лечебное применение тепла имеет древнюю и богатую историю. Свидетельствование о лечебном действии горячих ванн можно найти в истории Древнего Египта, Израиля, Северной и тропической Африки, Явы, Америки, а также Римской империи (6). При хроническом простатите широко применяются тепловые микроклизмы с лекарственными веществами или лечебными травами, индуктотермия, теплые ванны и грязевые тампоны (1–7). Основная проблема теплолечения заключается в сложности подачи тепла локально на область предстательной железы. Поиски эффективных методов лечения хронического простатита привели к разработке принципиально нового терапевтического подхода, основанного на применении теплового излучения, ректальной гипертермии предстательной железы (1, 2, 4, 7).

Целью данной работы является представление собственного опыта применения ректальной гипертермии в сочетании с микроклизмами в комплексном лечении хронического простатита.

Материал и методы

Ректальная гипертермия с микроклизмами применена у 79 больных хроническим простатитом, ранее безуспешно подвергнутых традиционному лечению. Из них у 36 был неспецифический бактериальный простатит, у 12 – хламидийный, у 11 – трихомонадный, у 10 – небактериальный, у 7 – вирусный и у 3 – гонорейный (Таблица).

Всем больным проведено обследование, включающее лабораторные анализы (общий анализ крови и мочи, билирубин крови, мочевина крови), пальпацию предстательной железы, ультразвуковое сканирование простаты, мочевого пузыря, почек, печени и желчного пузыря, а также микроскопию и бактериологическое исследование содержимого уретры и секрета предстательной железы.

Комплексное этиопатогенетическое лечение включающее от 10 до 15 ежедневных процедур проводилось в амбулаторных и стационарных условиях. В работе использовано устройство ректальной гипертермии УТП-01-«ПРА» Елатомского приборного завода. Температурный режим (в теле железы обеспечивалась температура +42.5°C), поддерживался контактно путем введения нагревательного элемента (термозонда) в прямую кишку. Ректальная гипертермия противопоказана при: всех формах острого

воспаления предстательной железы, абсцессе простаты, инфекционной стадии обострения хронического простатита, раке предстательной железы, активном туберкулёзе, подозрение на туберкулез простаты, острых воспалительных и злокачественных заболеваниях прямой кишки. С целью достижения большей концентрации лекарственных препаратов в ткани предстательной железы и кровяной системе органов таза, одновременно с ректальной гипертермией, лекарственные препараты непосредственно вводились в прямую кишку с помощью микроклизм. Во всех случаях как основа состава микроклизм применялся 30% раствор димексида. Этот препарат обладает способностью проникать через биологические мембраны, имеет анальгетическое, фибринолитическое и противовоспалительное действие, а также усиливает проникновение через слизистые ряда лекарственных веществ. В димексид добавлялись антибиотики, трихопол, гепарин, спазмолитики, обезболивающие и десенсибилизирующие препараты. С целью ускорения процессов клеточной регенерации, стимуляции клеточных и гуморальных факторов защиты, стимуляции лейкопоэза, применялись свечи с метилурацилом.

Результаты

При контрольном обследовании через 1, 3 и 6 месяцев у 95% больных наблюдалось стойкое улучшение. Эффективность лечения в зависимости от этиологического фактора варьировала от 71 до 100% (Таблица 1). После проведения лечения у всех больных с небактериальным простатитом прошли боли и дизурические явления, а также улучшилось состояние предстательной железы и нормализовались анализы ее секрета. Наилучшие результаты лечения получены при небактериальных, трихомонадных и гонорейных простатитах. Это объясняется тем, что температурный фактор (свыше +40°C) губительно действует на трихомонады и гонококки, а также улучшает функцию железы и активизирует биологические процессы защиты в простате у больных с небактериальными простатитами.

Таблица 1

Эффективность лечения хронических простатитов различной этиологии

Разновидность простатитов	Кол-во больных	Эффективность лечения, %
Трихомонадный	11	90.9
Гонорейный	3	100
Хламидийный	12	83
Бактериальный	36	75
Вирусный	7	71

При проведении ректальной гипертермии с микроклизмами осложнений и побочных эффектов не отмечено.

Обсуждение

Температурное воздействие на биологические ткани и органы в режиме от +39°C до +43°C вызывает расширение мельчайших кровеносных сосудов в капиллярной сосудистой сети, что ускоряет внутритканевую циркуляцию крови и лимфообращение в очаге воспаления. Следствием этого является активизация биологической защиты в пораженном органе. Увеличивается перенос продукта обмена через клеточные мембраны, повышается концентрация антител и увеличивается число лейкоцитов в предстательной железе, что усиливает местный иммунитет. Повышается скорость оттока токсичных продуктов из ткани предстательной железы, подвергнутой термальному воздействию, снимается отёк, что в целом ускоряет процессы заживления в поврежденной железе. Содержание фагоцитарных нейтрофилов увеличивается в среднем на 50%, существенно возрастает фагоцитарный индекс и коэффициент завершенности фагоцитоза, которые приближаются к нормальным значениям. Таким образом, после воздействия гипертермии, наблюдаемые изменения со стороны гуморального иммунитета и неспецифических факторов защиты выражаются в иммунокоригирующем эффекте (4). После тепловых процедур отмечается уменьшение болей, улучшение акта мочеиспускания (вследствие снятия спазма с шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала) и половой функции. Уменьшение болевых ощущений и дизурических явлений наблюдается после 4-5 тепловых процедур, а устранение сексуальной неврастении, преждевременной

эякуляции и нормализация показателей секрета предстательной железы через 12-15 процедур (1, 2, 4, 6, 7). В результате температурного влияния на простату, происходит увеличение концентрации парентеральных антибактериальных препаратов в железе (4). Включение гипертермии и микроклизм в комплексное лечение хронического простатита позволяет получить более выраженный лечебный эффект, быстро ликвидировать инфекцию и воспалительный процесс.

Выводы

Сочетанное применение локальной гипертермии простаты с микроклизмами является эффективным, безопасным, простым и доступным методом лечения хронического простатита. Ректальная гипертермия с микроклизмами улучшает результаты комплексного лечения больных хроническим простатитом.

Литература

- 1.Аполихин О. И., Сивков А. В., Горюнов В. Г., Минаков Н. К. Микроволновая гипертермия и термотерапия в лечении заболеваний предстательной железы. // Урология и нефрология. – 1995. – №1.С. 44 – 48.
- 2.Берклайд П. М., Лямин Б. А., Неменова А. А. Применение локальной глубокой микроволновой гипертермии в урологии. // Урология и нефрология. – 1989. – №3. – С. 73 – 77.
- 3.Купцов В., Дулькин Л. // Медицинская газета. – №4 от 15.01.97.
- 4.Мазо Е. Б., Кривобордов Т. Т., Лысов А. И., Кудрявцев Ю. В., Петухов Е. В., Самулова Д. Ш., Мазокин В. Н. Локальная трансректальная гипертермия в лечении аденомы предстательной железы (сборник научных трудов) –Актуальные вопросы урологии и оперативной нефрологии. – Москва, 1994, С. 68 – 75.
- 5.Машковский М. Д. Лекарственные средства. – Москва, 2001.
- 6.Ткачук В. Н., Горбачёв А. Г., Агулянский Л. И. Хронический простатит. – Ленинград, 1989.
- 7.Трапезникова М. Ф., Толдобенко Т. В., Одинокова В. А., Ткачев С. И., Баззав В. В., Уренков С. Б. Гипертермия как метод лечения аденомы предстательной железы. // Урология и нефрология. – 1990. – №4. – С. 31 – 34.

TACTICA TRATAMENTULUI MALADIILOR RENALE ACUTE NEOBSTRUCTIVE ÎN SECȚIA UROLOGIE A SCM «SFÂNTA TREIME»

C. Ieșeanu,

Spitalul Clinic Municipal «Sfânta Treime», Chișinău

Summary

Acute non-obstructive renal diseases make up 3,5% from the total number of patients of the Department of Urology, the Municipal Clinical Hospital «Sf. Treime». Women prevail with 79,8% of the cases. There is a trend today: the increase of complications of acute non-obstructive pyelonephritis at younger persons. These complications of acute non-obstructive renal diseases (apostimatic pyelonephritis, suppurative pyelonephritis, carbuncle and renal abscess) have constituted 10,7% of the cases. Both the investigations and conservative and surgical treatment is made at the highest level according to modern requests.

Studiului au fost supuși pacienții cu maladii renale acute neobstructive (pielonefrita acută, pielonefrita apostematoasă, pielonefrita purulentă, carbuncul, abces renal) tratați în secția urologie a SCM «Sfânta Treime» pe parcursul a 5 ani (1997-2001). Numărul de pacienți suferinzi de aceste maladii a constituit 283 sau 3,5% din numărul total de pacienți deserviți în secție. Raportul femei/bărbați arată o prevalare considerabilă a femeilor - 226 cazuri sau 79,8%. Bolnavii de vîrstă medie între 15-30 ani au constituit - 63,3%, iar cei de vîrstă înaintată 51-70 ani- 5,6%. Internarea la timp, în primele trei zile de la îmbolnăvire a constituit - 73%, cele tardive, la a 10 - 15-a zi de la îmbolnăvire - în 5% cazuri. După localizare, în 59,7% cazuri patologia a fost depistată pe dreapta și bilateral - în 8,1% din numărul total de bolnavi.

Pentru concretizarea procesului patologic s-au folosit următoarele metode de diagnostic: Eco-grafia - 72% cazuri, urografia intravenoasă - 16%, renografia cu izotopi - 8,1%, tomografia computerizată - 2,3% cazuri; concomitent, s-a efectuat urocultura în 45,9% cazuri.

Durata medie de spitalizare de la 1-10 zile a constituit în 180 cazuri sau 63,6%, pe cînd pe o durată mai lungă de 30 zile au fost spitalizați doar 10 pacienți sau 3,5%. Din 283 bolnavi, 253 au fost tratați conservativ, ce constituie 89,3%. Intervențiilor chirurgicale în caz de pielonefrită purulentă apostematoasă, carbuncul sau abces renal au fost supuși 30 pacienți sau 10,7%.

Trebuie menționat faptul, că în ultimii ani a crescut considerabil numărul de pacienți internați cu diagnosticul de carbuncul renal solitar sau multipli. Dacă în 1997 nu a fost înregistrat nici un caz de carbuncul renal, atunci în 2000 - au fost 8 cazuri. De remarcat este faptul că, intervențiile chirurgicale efectuate pe parcursul acestor ani aveau ca scop păstrarea maximală a organului în cauză. Ca regulă, s-a recurs la decapsularea rinichiului cu nefrostomie clasică. Și doar într-un singur caz sa recurs la nefrectomie, când procesul distructiv a afectat mai mult de 65% din parenchimul renal. Tratamentul antibacterian a constiuit din 1-2 antibiotice administrat intravenos cu spectru larg de acțiune din grupa oxi-chinolonei și intramuscular - cefalosporine sau amino-glicozide. În 25% cazuri s-a recurs la cateterizarea ureterului pe partea rinichiului afectat pe parcursul a 1-5 zile. Instalarea nefrostomei sigure și drenarea adecvată a spațiului paranefral sunt un garant al succesului postoperator. Perioada de spitalizare postoperatorie a constituit în mediu 16 zile în 2001, comparativ cu 22 zile în 1998.

Discuții

Conform datelor din literatură, pielonefrita acută nonobstructivă se înfîlnește la fiecare a 10-a persoană și ocupă locul doi după maladiile respiratorii acute. În anii 1968-1970 raportul femeii/bărbați era de 3/1, actual însă este de 4/1. Analiza rezultatelor proprii confirmă frecvența mărită a patologiei la femei. N.A. Lopatkin (1992) caracterizează pielonefrita acută neobstructivă ca fiind una din maladiile cele mai frecvente la diferite vârste și gen, începînd cu copilăria precoce. Pielonefrita acută la copii ocupă locul doi după bolile respiratorii și constituie 4% din pacienții tratați în staționar. Diagnosticul de pielonefrită acută se înfîlnește la 20-30% din populația matură. Femeile de vîrstă fină se îmbolnăvesc de 5 ori mai frecvent decît bărbații. Conform studiilor lui A. Pîțeli și I. Zolotariov, pielonefrita acută reprezintă circa 14% din maladiile renale. Formele purulente a pielonefritei acute (apostematoasă, carbuncul și abces renal) se dezvoltă la 1/3 din pacienți. Necroza papilară se înfîlnește în 0,93% cazuri din pacienții urologici din staționar.

Concluzii

Pielonefrita acută neobstructivă în secția urologie a SCM «Sfînta Treime» a constituit 3,5% din numărul total de pacienți urologici spitalizați în staționar în perioada anilor 1997-2001.

1. Pielonefrita acută neobstructivă complicată (apostematoasă, carbuncul și abces renal) a constituit 10,7% din cazuri.
2. În ultimii 5 ani a crescut considerabil prevalența pielonefritelor acute neobstructive.
3. În 79,8% cazuri pielonefritele acute afectează femeile.
4. Volumul de operație în majoritatea cazurilor a fost nefrostomia cu decapsularea rinichiului și la necesitate cateterism ureteral suplimentar.

Bibliografie

1. A. Șabad, «Profilaxia maladiilor urologice», 1983.
2. D. Nicolescu, «Urologie», 1992.
3. Н. Лопаткин, «Урология», 1995г.
4. А. Пытель, И. Золотарев, «Неотложная урология», 1985г.
5. Walsh P., Gittes R., Perlmutter A., Stamly Th., «Campbell's Urology», fifth edition, vol. 1, 1986.
6. Neu H., «Urinary tract infections», Am J Med, 1992.
7. Jaroff-Rubin N Rubin R., «Urinary tract infection: significance and management», Bull. NY Acad., Med., 1986.
8. Н.А. Лопаткин, «Хронический пиелонефрит», Материалы Пленума Правления Всероссийского Общества Урологов, Москва, 1996г.
9. О. Тиктинский, С. Калинина, «Пиелонефриты», Санкт-Петербург, 1996г.
10. Bailey R., «Management of lower urinary tract infections», Drugs, 1993, 45(suppl. 3).

DESPRE DIAGNOSTICUL INFLAMAȚIILOR UROGENITALE

A. Nastas, E. Balișkii

SRL TOCISMED, or. Chișinău

Summary

It was examined by cytomorphological method 550 men with signs urogenital infections. Parallel, it was performed 237 the AND - test. Was developed high spread trihomonal infections at acute and subacute urethritis, and with activation of inflammation urogenital tract. For diagnosis of the disease sexual transmissible and the control of an effective treatment is recommended to make

cytomorphological investigation with AND-test in dynamic, particularity of persistent inflammation.

Creșterea morbidității bolilor sexual transmisibile, face destul de actuală diagnosticarea precoce și corectă a etiologiei și agenților patologici de care sunt provocate.

Scopul studiului

Examinarea comparativă a schimbărilor citomorfologice constatate în cazul uretritelor provocate de chlamydii, mycoplasme și trichomonade, determinarea schimbărilor specifice și optimizarea criteriilor de diagnostic.

Reacția inflamatorie în cazul bolilor aparatului urogenital are aceleași legități ca și orice proces inflamator din organism (B.E.Пигаревский, 1978; M.B.Війні-Ясенецький, 1981; B.B.Серів, 1995; A.C.Кізлюк, 2001). Însă se menționează unele particularități cauzate de vârsta bolnavilor, localizarea anatomică și structura morfologică a organelor urogenitale, căile de pătrundere a agenților patogeni cu prevalarea unei anumite flore și a unor cooperării citologice și, spre regret, de lipsa unei imunități stabile postinfecționale.

Materiale și metode

Au fost supuși examenului citomorfologic 550 pacienți în vîrstă de 18 – 58 ani, din care la 78 nu au fost depistate devieri patologice. Cu semne de uretrită acută -104 bolnavi, subacută – 38, uretrită persistentă în acutizare – 55, uretrită persistentă – 275. În 36 cazuri uretrita persistentă în acutizare a fost însoțită de o prostatită persistentă în acutizare și în 11 cazuri de o prostatită persistentă. La 61 bolnavi cu uretrită persistentă s-a constatat o prostatită persistentă în acutizare, iar 77 prostatită persistentă.

În calitate de material au fost examinate eliminările uretrale, frotiul uretral recoltat cu sonde citologice universale și secretul prostatic. Paralel la 237 bolnavi s-au efectuat ADN-testări la prezența chlamydiilor, mycoplasmelor (ureaplasma urealiticum, mycoplasma hominis, mycoplasma genitalium) și trichomonadelor, folosind seturile de reactivе «BCM», Rusia. Frotiurile au fost uscate la temperatura camerei, fixate în metanol 10 min., vopsite după metoda Romanovski-Ghimze (ph 7,2-7,6), spălate în două porții de apă distilată 10-20 sec., diferențiate în 96e etanol, uscate și examinate la microscop sub imersie (15x90). Nuclelele celulelor epitelului cilindric fiind de o culoare violet-roșie, citoplasma albastru-deschis, nuclelele celulelor epiteliale plate de dimensiuni mai mici de culoare violet-pronunțată, citoplasma avînd o culoare albastru-deschis cu mici granule de cheratohialină, mucozitățile de culoare albastră, fibrina – roșie, flora coccică, bastonașele și candidatele de culoare intens-violetă. Chlamydiile extracelulare nu s-au depistat, iar intracelulare incluziunile caracteristice pentru chlamydii (corp.Provacec) se plasează în apropierea nucleului sub formă de căciulițe de culoare roșie-violetă, și numai în epitelul cilindric uretral. Mycoplasmele se depistează atît în citoplasma epitelului cilindric, cît și în citoplasma epitelului plat sub formă de granule intens-violete și multiple vacuole. Trichomonadele avînd o citoplasmă albastră-deschisă, nucleu mic, excentric plasat. Dimensiunile variază de la o pătrime de granulocit pînă la dimensiunile unui nucleu de macrofag sau a unei celule bazale. Trichomonade de dimensiuni mari în uretra masculină nu am depistat.

Rezultate

În 78% cazuri de uretrită acută citologic au fost depistate trichomonade, în 23,4% cazuri diagnosticul paralel fiind confirmat prin ADN-test. Incluziuni intracelulare caracteristice pentru chlamydii s-au depistat în 52,8% cazuri. Din 26 ADN-testuri la chlamydii 25 au fost pozitive. În 26,7% cazuri – incluziuni intracelulare caracteristice pentru mycoplasme, 34 ADN-testuri pozitive la 78 de testări.

La 42,3% bolnavi cu uretrite subacute citomorfologic s-au depistat trichomonade. Din 12 ADN-testări pozitive în 7 cazuri trichomonadele au fost depistate și citologic. În 68,8% s-au constatat incluziuni caracteristice pentru chlamydii (10 ADN-testuri pozitive la 17 examinări), în 37,7% cazuri incluziuni intracelulare caracteristice pentru mycoplasme (9 ADN-testuri pozitive la 51 examinări).

În 53,2% cazuri de uretrită persistentă în acutizare citologic s-au găsit trichomonade. Din 28 ADN testări pozitive în 19 cazuri coincidență cu rezultatele examenului citologic. Incluziuni chlamydiinice s-au constatat în 68,8% cazuri (28 ADN-testuri pozitive la 40 investigații), incluziuni mycoplasmice în 38,9% cazuri (22 ADN-testuri pozitive la 120 de examinări).

În caz de uretrită persistentă trichomonadele au fost depistate citologic în 2,8% cazuri. Din 154 ADN-testuri la trichomonade – 40 pozitive. Incluziuni chlamydiinice depistate citologic în 58% cazuri (86 ADN-testuri pozitive la 154 de examinări). Incluziuni mycoplasmice depistate în 32,2% cazuri (31 ADN-testuri pozitive la 210 de examinări).

Concluzii

În rezultatul investigațiilor efectuate s-a constatat o răspîndire mare a inflamațiilor urogenitale

provocate de trichomonade, preponderent provocând o inflamație acută, examenul citomorfologic fiind destul de informativ.

Inflamațiile urogenitale provocate de chlamydii și mycoplasme poartă un caracter persistent, diagnosticul lor necesită investigații suplimentare.

Optimală la momentul actual este o îmbinare a examenului citomorfologic, care permite aprecierea caracterului și etiologiei procesului inflamator și a examenului molecular-biologic, care are o veridicitate mult mai mare în comparație cu alte metode de examinare.

Bibliografie

- 1.М.В.Войно-Ясенецкий, Биология и патология инфекционных процессов. – Ленинград: Медицина, 1981.
- 2.В.Е.Пигаревский Зернистые лейкоциты и их свойства. – М.: Медицина, 1978.
- 3.В.В.Серов Воспаление. Руководство для врачей.- М.: Медицина, 1995.
- 4.А.С.Козлюк, В.А.Козлюк Урогенитальный трихомоноз, критерии цитоморфологической диагностики. // Доктор.- Киев,2001.- № 3.- с.35-38.
- 5.А.С.Козлюк, В.А.Козлюк Цитоморфологические критерии диагностики хламидийных, уреоплазменных, папилломавирусных и трихомонадных уретритов. // Доктор.- Киев, 2001.- №5.-с.49-52.

ARTRITELE REACTIVE ȘI INFECȚIILE UROGENITALE

V.Juc, S.Popa, N.Ganea

Spitalul Clinic Republican, USMF «N.Testemițanu»

Summary

The objective of this investigation was to estimate the role of the urogenital infection for Reactive Arthritis (ReA), clinical features, the aspects of treatment, evolution and prognostic. Was demonstrated the prevalence of men for ReA. The most common cause were chlamydial, mycoplasmal and mixt infection. Early recognition and elimination of the triggering microbe seems important for the arthritis outcome in ReA.

Actualitatea

Artritele reactive sunt suferințe articulare, determinate de agenți infecțioși (bacterieni, sprochete, fungi, virusuri etc.). Termenul de «artrită reactivă» a fost introdus în 1969 de P. Ahnoven, K. Sievers și K. Aho. În același timp artrita reactivă este o boală de sistem provocată de infecție, având caracteristica unui proces inflamator al membranei sinoviale, dar germele microbiene lipsind din articulație, adică este o artrită sterilă.

În 1916 pentru prima dată este descris sindromul Reiter, ce prezintă o formă clinică deosebită, care include triada: uretrita, conjunctivita și artrita. La momentul actual acest sindrom este apreciat ca o formă de artrită reactivă. Predispoziția către artritele reactive o au în deosebi persoanele purtătoare de antigenul de histocompatibilitate HLA – B27, dar debutul bolii este strict dependent de infecția urogenitală sau intestinală. Mecanismul patogenetic se prezintă ca o reacție autoimună a macroorganismului către antigenii microbieni, aflați în afara articulației (articulațiilor) afectate, cu formarea de complexe imune, depuneri în membrana sinovială cu debutul unei sinovite imunocomplexe.

Artrita reactivă clasică este provocată de următorii agenți patogeni:

Urogenitali: Chlamidia trachomatis

Mycoplasma

Ureaplasma urealyticum

Gonococi

Enterogeni:

Salmonela thyphimurium

Shigella flexneri serotip 2a

Yersinia enterocolitica serotip 3

Campylobacter jejuni și alți agenți patogeni

Formele microbiene –L

Virusuri

Și asociația cu infecția HIV

Maladia afectează de obicei tinerii în vârstă de 20-40 ani. În cazurile când infecția are evoluție ușoară sau frustă (10%) la majoritatea pacienților maladia începe în primele 4 săptămâni.

Actualitatea artritelor reactive se bazează pe creșterea morbidității în ultimii 10 ani, tendința acestui proces spre cronicizare, predominarea patologiei urogenitale în apariția acestei maladii, creșterea frecvenței manifestărilor viscerale, pronostic evolutiv mult mai sever decât în anii precedenți.

În ultimii 5 ani în secția reumatologie a Spitalului Clinic Republican s-au tratat cu artrită reactivă următorul număr de pacienți:

1997 - 128	(16,3%)
1998 - 129	(15,1%)
1999 - 238	(27,2%)
2000 - 108	(11,7%)
2001 - 138	(13,1%)
6 luni 2002 - 40	(7,7%).

Scopul luicrării este de a demonstra rolul infecției urogenitale în apariția artritei reactive, anumite aspecte clinice ale acestei patologii, precum și aspecte de tratament, evoluție și pronostic.

Material și metode

Au fost supuse analizei 178 foi de observație ale pacienților tratați cu artrită reactivă în anii 2001 și 6 luni 2002.

107 pacienți (60%) de sex masculin și 71 (40%) - de sex feminin. Repartizarea după vârstă a fost: între 20 și 40 ani - 76 pacienți, 41 - 50 ani - 64 pacienți, 51 - 60 ani - 28 pacienți și mai în vârstă de 61 ani - 10 pacienți. Așa dar, vârsta tânără a format 78% din cazuri, ce prezintă 2/3 din pacienți.

Focarul infecției nu în toate cazurile a putut fi concretizat anamnestic și cronologic. Dar în rezultatul cercetărilor efectuate (consultația ginecologului, urologului, analizele bacteriologice din vagin și din uretră, precum și cercetările efectuate pentru depistarea hlamidiilor și micoplasmei, bacteriologic și imunologic, cercetarea USG a prostatei, scintigrafia renală, au permis în toate cazurile concretizarea focarului de infecție și a factorului etiologic.

Rezultate

Prostatite și uretrite au fost diagnosticate în toate cazurile de îmbolnăvire a bărbaților. La femei preponderent sau înregistrat salpingite, salpingooforite, colpite, etc.

Infecțarea numai cu chlamidia trachomatis s-a depistat în 28%, iar în asociere cu Micoplasma și Ureaplasma încă la 22% din pacienți. Iar 14,4% din acești pacienți mai aveau floră mixtă coccică (stafilococi, streptococi, gonococi ș.a.).

Un număr mic de paciente 17(9,5%) au fost bolnave de pielonefrită cronică, forma latentă, de diferită durată de timp și netratată. Au fost și 12(6,7%) cazuri de artrită reactivă (AR) cu amigdalită cronică decompensată, care după sanarea radicală și bicilinoterapie anuală s-au însănătoșit.

Revenind la AR, forma urogenitală, s-a precizat un tablou clinic caracteristic cu afectarea mai frecvent oligoarticulară (65%), cu atingerea în special a articulațiilor talocrurale, cu talalgii, tendinite, entezite, forma monoarticulară a fost numai în 3 cazuri și forma poliarticulară s-a manifestat în 33,5% cazuri. Sacroileita confirmată clinic și radiologic s-a manifestat la 25,6% pacienți, unilaterală - în 48% cazuri și bilaterală 12% cazuri. Spondilita este un asociat practic obligatoriu la pacienții cu AR, dar în majoritatea cazurilor nu are manifestări clinice. În cazul nostru, spondilita s-a confirmat clinic și radiologic în 9,5% cazuri. Manifestările tegumentare - cheratodermia plantară a fost prezentă la 30% pacienți, hiperkeratoza unghiilor - la 20%, ulcerările mucoaselor - la 12%.

Semnele extraarticulare prezente la pacienții cu AR au fost: 98,5% din pacienți au avut subfebrilitate și numai 3 cazuri(1,5%) au suportat o formă de AR cu febră 38-39°C, cu sindrom poliarticular foarte manifest și cu afectări viscerale. Pierdere ponderală au avut practic toți pacienții. Afectările oculare cele mai frecvente au fost conjunctivitele aseptice (55,5%) și uveita (9%), care au putut fi tratate numai cu asocierea preparatelor steroidiene. În cele 3 cazuri de activitate mare a procesului autoimun au fost prezente vasculita pulmonară, în 2 cazuri endomiocardita și într-un caz cu pericardită.

Afectarea sistemului nervos s-a manifestat la 12% cu neuropatia membrelor inferioare, iar sindromul astenodepresiv a fost prezent practic la toți pacienții.

AR au caracteristica afectării periarticulare, ligamentare (mai ales locurile de inserție a ligamentelor), la 14,5% din pacienți a fost prezent sindromul mialgic. Agrtalgiile și artritile migrante - caracteristice mai des la debutul maladii.

Pentru a confirma gradul inflamației s-au efectuat testele inflamative. În mediu la internare VSH a format 24,7, iar la externare (durata de tratament 10,2 zile) – 16,22 mm/oră. Leucocitoza a fost prezentă la 34,2% pacienți, anemia – la 18,3% pacienți (avea diferită proveniență). Factorul reumatoid (FR) a lipsit în 82% cazuri, iar în cele 18% cazuri titrul a fost mic (de la 1:20 până la 1:320) pacienții cu FR pozitiv aveau o activitate a bolii mai pronunțată atât clinic, cât și de laborator și au manifestat o evoluție a bolii mai severă.

Datele radiologice caracteristice pentru AR contribuiau la confirmarea diagnosticului.

Metodele de tratament au inclus tratament antiinflamator cu preparate antiinflamatorii nesteroidiene (AINS), în unice cazuri s-a recurs la steroizi per os, mai frecvent se efectua infiltrarea articulației sau a ligamentului dat cu Depo-Medrol (sau Diprosan). Ca tratament de fond s-au folosit atât Metatrexatul cât și Tauredonul. În formele refractare s-a recurs la Sulfasalazin (2-3g/zi).

Despre eficacitatea unor sau altor preparate se va vorbi în altă comunicare. Dar un component strict necesar, care a fost prezent în tratamentul pacienților cu AR, au fost antibioticele, în special – grupa eritromicinei, tetraciclinei ș.a. cu durată îndelungată (nu mai puțin de 4-6 săptămâni). S-au folosit și metodele de tratament imuno- și biostimulatoare, vitaminoterapia, terapia locală și fizioproceduri, atât la articulații cât și la prostata afectată.

Toți pacienții au fost externați cu ameliorare, dar supravegherea lor continuă. 80% din pacienții mai sus analizați au forma cronică, ceea ce impune în fața noastră noi probleme.

Concluzie

Artritele reactive sunt o patologie astăzi frecvent întâlnită cu predominarea afectării bărbaților. Cauza principală fiind infecția (în deosebi urogenitală de etiologie hlamidiană, micoplasmică și mixtă). Fiind purtători de infecție, pacienții de obicei infectează partenerii. Maladia are manifestări clinice caracteristice (elucidate mai sus), cu tendința spre cronicizare, scăzând evident capacitatea de muncă a pacienților. Nu mai puțin important este prețul ridicat al preparatelor folosite și durata lungă a tratamentului. Toate acestea impun un lucru de elucidare sanitară a populației, o analiză amplă a statusului imun populațional (care face impresie a fi grav afectat) și căutarea de noi metode eficiente imunomodulatoare pentru a regla acest proces patologic.

Bibliografie

1. Amor B, Dongados M., Khan M.A. – Management of refractory ankylosing spondilitis and related spondyloarthropaties.// Rheum. Dis. Clin. Vat. Am., 21; 117, 1995.
2. Fan P.T., Yu D.T. – Reiter's Syndrome: Reactive arthritis. In. McCarty D.J. Philadelphia Lea, 1999, 944.
3. Maxim Dougados. Traitement des spondyloarthropathies. Nouveautq et perspectives en 2001; Revue du Rheumatism, qdition française, novembre 2001, Vol 68, N10-11, p.923.
4. A.A. Корж, В.Н. Коваленко и соавт. – Диагностика и консервативное лечение заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата. Харьков 1998, с. 68.
5. L. Gherasim, Medicina internă, Vol.1, București 1996, p.528.

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL BOLILOR, SEXUAL-TRANSMISIBILE

O. Mocialov , N.Panteleenco, V.Luchianciuk , B.Sasu
U.M.S. S.A. «Odema» Tiraspol, USMF »N. Testemițanu»

Summary

Concluding, it is necessary to make clinical testing and examination of patient in order to reveal the urogenital infections: chlamydiosis, mycoplasmosis, herpes, trichomoniasis, gardnerellosis, mycotics, as their clinical pictures are very similar, in spite of the difference between their biology. The process of revealing the uro-genital infections must by carried by different methods; colouring the scrape, immunofluorescent, immunofermentative. For the determination of disease stages, the quantitative meanings of immunoglobulin classes M and G serves. The group of patients with urogenital infections in association with cytomegalovirus and herpetic irus vulgaris were observed.

Actualitatea

Actualmente sunt cunoscuți peste 20 de agenți ai infecțiilor urogenitale. Preponderent (pînă la 60%) factorii etiologici ale prostatitei nespecifice sunt chlamidiile (Chlamydia trochomatis) și mico-

plasmelor (*Mycoplasma hominis* *Ureaplasma urealyticum*). Anual în lume se înregistrează circa de 800 mln de cazuri noi de infecții urogenitale (N.L. Bezrucova, C.C. Borisenko 1991). Frecvent bolile inflamatorii urogenitale sunt condiționate de asocierea agenților patogeni: 20-25% chlamidii și gonococi, 60% - micoplasme și gonococi, micoplasme și trichomonade.

Material și metode

Studiul nostru a fost efectuat în perioada 01.2001-01.2002 și se bazează pe examinarea a 1295 de pacienți cu următoarele acuze: dureri uretrale, disurie, polakiurie, nicturie, senzație de evacuare incompletă a vezicii urinare, get urinar slab proiectat, secreții uretrale, dereglări ale ciclului copulativ, sterilitate, artralгии, afecțiuni oculare.

Am utilizat următoarele metode de investigații: determinarea anticorpilor la *C.trachomatis*, imunoglobulinele din clasa M și G, cu utilizarea sistemului de testare Sovyon Izraii și testele imunofermantive ale firmei UBI USA, reacțiile imunofluorescente, («LabDiagnostics» or. Moscova Hlami Scan, Urea Scan, Mico Scan, Herpes Scan ș.a.), colorarea după Romanovki-Ghimza. La toți pacienții s-a efectuat ultrasonografia abdominală, opțional transrectală, la femei colposcopia și însămînțarea secretului vaginal (simultan, pe trei medii: geloză vitelin-salin, geloză-sînge Ceisler, mediul Saburo).

Din 671 bărbați examinați, 497 (74%) au fost pacienți primari și 175 (26%) cu recidive a infecțiilor urogenitale. Din 626 femei 468 (75%) au fost examinate primar, și 156 (25%) cu recidive duble sau triple. Repartizarea pacienților după vîrstă și sex sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Repartiția pacienților conform sexului și vârstei

Vârsta, ani	1 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 -60	Peste 60
Bărbați	11	43	321	193	78	20	5
Femei	5	76	319	139	62	18	5

Observăm, că majoritatea pacienților de ambele sexe au vîrsta cuprinsă între 21-40 ani.

Rezultate, discuții

Infecția cu chlamidii a fost depistată la 368 de bărbați. Antigenii chlamidiilor și anticorpii către ele au fost descoperiți la bolnavii cu prostatită în 43.4%, uretrită 37.4%, sterilitate 5.5%, artrită 7.9%, oftalmopatie 3.4%, orhoepididimită 1.7%, balanopostită 1.2%. Informativitatea diagnostică a sistemelor de testare a fost: după metoda imunofermantivă - 66.33%, colorarea Romanovski-Ghimza - 19.33%, metoda imunofluorescentă - 47.58%. Depistarea chlamidelor în mono infecții s-a constatat în 13.59% cazuri, în restul cercetărilor-asociații mixte .

Asociațiile infecțioase a virusului herpesului simplu(VHS) cu citomegalovirusii (CMV) s-a depistat în 63.5% cazuri, cu gardinela-18.5%, cu micoplasmă-7.5%, ureaplasma-5%, trichomoniază -5.5%. La trei bolnavi cu infecția herpetică în asociație cu chlamidiosa au fost depistați concremenți ai prostatei. La doi pacienți de 34 și 37 de ani a fost stabilit diagnosticul de prostatită purulentă acută, la ambii au fost descoperiți anticorpi IgG a CMV și anticorpi Ig M a VHS. Pacienții au fost internați în staționar, pentru tratament chirurgical. În cazurile prostatitelor cronice am efectuat examinarea partenerilor sexuali. În cazurile când chlamidele, micoplasmele, ureaplasmele, gardnerele, etc. au fost depistate la un singur partener, dar nu au fost descoperite la altul, prezența infecției la ultimul nu poate fi negată. Infecția nu întotdeauna poate fi depistată în special la parteneriele de sex feminin. Coincidența asociativă a infecției la perechile conjugate constituie 96%. (3,5)

Am determinat cantitatea urinei reziduale prin examinare ecografică. S-a stabilit , că la bolnavii cu infecția VHS-2 și CMV urină reziduală este de 80-140 ml. La cercetare a 311 paciente a fost descoperită infecția chlamidiană în combinație cu CMV - 29.26%, VHS-2 - 28.62%, cu trichomonadă - 5.14%, cu gardnerelă - 15.83%, cu micoplasmă - 4.18%, cu ureaplasma - 3.86% și monoinfecții- 15.11% cazuri. La restul 307 paciente a fost depistată infecție herpetică și CMV în combinație cu flora aerobă și micotică, asociată cu gonoreea la 7 paciente, cu lues-2. 32% din femeile examinate n-au prezentat nici o acuză. Salpingite cronice au fost depistate în 33.17% de cazuri, vulvovaginite -19.4%, uretrite - 13.5%, colpitate - 9.5%, endometrite - 6.7%, cervicite - 6.7%, sterilitate -3.9%, oftalmopatie - 3.4%.

Uneori examinarea familiei începea de la examinarea copiilor cu afecțiuni ale articulațiilor și oculare.

La 96 femei colorația frotiurilor vaginale a permis depistarea florei micotice (în asociație cu VSH și CMV). În infecțiile cu chlamidii, mico-ureaplasme a predominat flora coccică. Informativitatea colorației frotiului și raclajului la examinarea femeilor pentru evidențierea infecției a constituit 20.6%. Meto-

da IFA e informativă în 39.54% cazuri, imunofermentativă în 55.48%. Am semnalat predominarea în grupele de vârstă de 1-40 ani în 52% de cazuri a florei Gr(-) aerobe: enterobacterii-17%, clebsiele-4%, proteus- 9.2%, bacilul pioceanic-2,7%, corynebacter pseudogenitalium - 27.4%. Infecția micotică în 32% de cazuri s-a combina cu prezența VHS-2 și a CMV. În grupele de vârstă de 41-60 ani am înfilit mai frecvent flora Gr(+) în diferite asocieri (stafilococi, streptococi, enterococi) în 30,7%. Infecția micotică în aceste grupe de vârstă s-a depistat în 9.3%.

În infecția cu CMV au fost descoperite cervicite cu semne de proliferăției, precum și alte patologii a colului uterin la 83 de femei (13.4%). În infecția cu chlamidii mai frecvent am depistat endocervicite, pseudoeroziuni ale colului uterin. Tabloul colposcopic în chlamidiosă s-a manifestat la 117 femei (18.9%). La 23 de femei cu eroziuni a colului uterin după tratamentul etiologic a fost necesară folosirea diatermocoagulării. Diagnosticul infecțiilor genitale și maladiile organelor genitale, provocate de ele, în prezent e destul de perfect(4,6). Tratamentul complex a infecțiilor urogenitale e foarte costisitoare și nu e accesibil pentru toți pacienții. Considerăm rațională metoda de tratament propusă de I.I. Gorpincenko, S.M. Ghibner (2000). Am utilizat preparate macrolide, precum doxiciclina, eritromicina, fluorchinolone, pe o perioadă îndelungată și în doze mari. Am observat recidive la 175 de bărbați (26%) și la 156 femei (25%). Pentru aprecierea eficacității tratamentului am determinat cantitatea anticorpilor Ig M și Ig G în serul sangvin. Cantitatea anticorpilor a fost neschimbată sau se reducea nesemnificativ în cazul terapiei neadevrate și s-a micșorat considerabil în urma tratamentului eficace.

Concluzii

1. Deoarece tabloul clinic al infecțiilor urogenitale provocate de diferiți germeni este foarte asemănător e necesară efectuarea diagnosticului complex al acestora pentru depistarea hlamidiozei, micoplasmozei, infecției herpetice, trihomoniozei, gardinelozei, etc.
2. Investigățiile infecțiilor urogenitale la femei trebuie efectuate on complex cu ultrasonografia și colposcopia.
3. Depistarea infecțiilor urogenitale necesită a fi efectuată prin utilizarea concomitentă a cotorva metode.
4. Eficacitatea tratamentului poate fi apreciată prin determinarea cantitativă a Ig din clasele M și G.

Bibliografie

1. Агакищев Д.Д. и др. Сочетанное поражение хламидийной инфекцией половых органов и конъюнктивы глаз (Вестник дерматол. 1992 №5 стр.45-46)
2. Антониенв А.А., Баткаев Э.А. и др. К вопросу диагностики и лечения урогенитального хламидиоза (Диагностика, терапия и профилактика заболеваний, передающихся половым путём. Свердловск, 1988 стр.120-128)
3. Варламов Г.Ф. и др. Диагностика урогенитальной хламидийной инфекции прямым и непрямим иммунофлуоресцентным методом (Сборник научных трудов. Нижний Новгород 1991 стр.94-97)
4. Горниченко И.И., Гибнер С.И. Хламидиоз в урологической и андрологической практике (методические рекомендации), Киев 2000.
5. Мирошников В.М. и др. Пути повышения эффективности химиотерапии мочеполовой инфекции (Антибиотики 1992 №5 стр.39-42)
6. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит, Москва Медицина 1998.
7. Тиктинский О.И., Калинина С.Н. Хламидийный простатит, Санкт-Петербург, Москва, Харьков, Минск 2001.

CATEVA CONSIDERATII CLINICE SI TERAPEUTICE IN PIONEFROZE

V. Odobescu*, A. Oprea**

*Clinica de urologie, Spitalul Judetean Brasov

**Clinica urologie SR ACSR CS RM.

Summary

Analyzing a total number of 86 patients diagnosed with pyonephrosis, we have come up to several clinical and therapeutically considerations: pyonephrosis remains a disease subject to be treated urgently through surgical interventions, the prognosis depending on the precocious

diagnosis as well as the prompt and adequate therapeutical' behavior. The evolution may be endangered by the patients' tardy visit to the doctor and the creation of organic formations associated with the latter. In this case, the patient is hospitalized for a longer period of time, which entails additional rather high costs.

Pionefroza ramane o urgență urologică majoră și în același timp gravă datorită etiologiei multiple, a tabloului clinic zgometos și a dificultăților deloc neglijabile de diagnostic și tratament.

Vom face câteva considerații clinice și terapeutice analizând un lot de 86 pacienți diagnosticați cu pionefroza în ultima decada în clinica de Urologie Brașov. Dintre acestea, 74 cazuri au prezentat pionefroza și 12 au prezentat uropionefroza.

În acest lot femeii au fost majoritare cu 52 cazuri (60%), bărbaților revenindule 34 cazuri (40%).

Simptomatologia la internare a fost reprezentată de: frison și febră prelungită (71%), lombalgii (88%), rinichi mare palpabil (82%), piurie (72%).

Protocolul de evaluare diagnostică a cuprins examenul clinic, explorări imagistice (radiologice, ecografice, scintigrafia renală, CT - în ultimii 7 ani), explorări de laborator. Urocultura preoperatorie a pus în evidență prezența infecției urinare în toate cazurile: E.Coli (51%), Proteus (14%), Enterobacter (13%), Klebsiella (7%), asociații microbiene (3%).

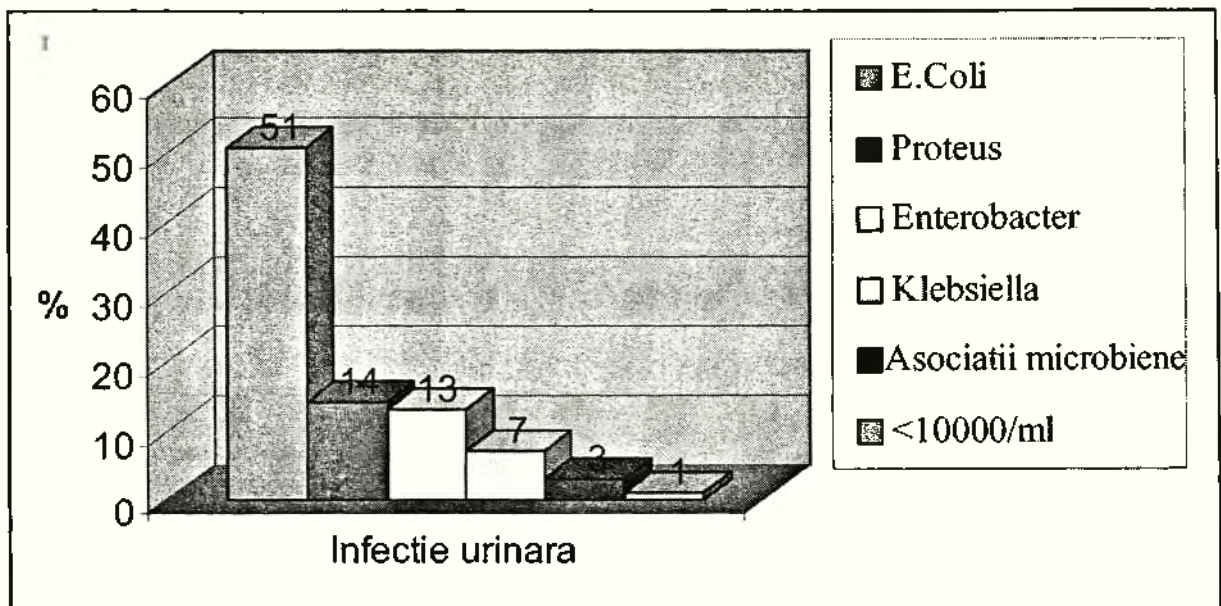


Fig.1 Infecție urinară în pionefroză

În 9 cazuri (10%) pacienții au prezentat sindromul uremic iar sindromul anemic a fost prezent în 28 cazuri (33%).

Etiologia cea mai frecvent incriminată a fost litiaza renală neglijată (44%), litiaza renală recidivată (9%), litiaza ureterală (20%), stenoza sau disfuncție a j.p.u. cu hidronefroza infectată (14%), tuberculoza urinară (7%), Copresiune extrinsecă pe calea urinară (2%), tumori vezicale (2%), tumori uroepiteliale superioare (2%), obstacole infravezicale (1%).

Tratamentul aplicat a fost pe de o parte medical - de reechilibrare bioumorală și hemodinamică, antibioterapie masivă pre, intra și postoperatorie.

Tratamentul chirurgical a constat în 76 cazuri din nefrectomie (73 nefrectomii și 3 nefroureterectomii totale - pentru TBC), 8 dezobstrucții chirurgicale și drenaj al căii urinare (nefrostomie - 3, ureterostomie «in situ» - 5), la doi pacienți starea generală foarte gravă (soc toxicoseptic sever + I.R) nu au permis intervenția chirurgicală, evoluția acestora fiind supraacută.

Complicațiile postoperatorii au fost reprezentate de leziuni a V.C.I. - 1 (sutură intraoperatorie), fistule colice - 2 (1 închisă spontan, 1 - reintervenție), peritonite - 1 (reintervenție, drenaj), supurație plăgă - 12 (7 - drenaj prelungit, 5 - sutură secundară), dehiscenta plăgii - 2 (sutură secundară), abcese lombara - 2 (reintervenție, drenaj).

Evoluția a fost bună în 81 cazuri (94%); s-au înregistrat 5 decese (6%) (2 - soc toxicoseptic sever + I.R severă la internare și 3 cazuri cu evoluție complicată postoperatorie). Spitalizarea medie a fost 23 zile.

Concluzii

1. Desi in scadere evidenta ca incidenta in ultimile trei decenii, pirofroză ramane o urgenta inca actuala de diagnostic si tratament medico - chirurgical.
2. Pronosticul este bun cu conditia unui diagnostic precoce si a unei conduite terapeutice prompte si adecvate.
3. Pronosticul este agravat de prezentarea tardiva a pacientilor si de tarele organice asociate.
4. Spitalizarea este de obicei prelungita si cu costuri foarte ridicate.

CLINDAMYCINA IN TRATAMENTUL PROSTATITEI URETROGENE (rezultate preliminare)

A. Oprea*, O. Dolghii*, V. Odobescu** R. Turcan***

*ACSR CS RM, **Clinica Urologie, Spitalul judetean Brasov,

***Clinica Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF «N. Testemițanu»

Summary.

The study was performed on the basis of the data accumulated while applying antibacterial treatment for 53 patients with sexual transmitted disease. The results showed the increased efficiency of clindamycine in treatment of chronic urethrogenic prostatitis associated with *Chl. Trachomatis* si *Ur. Urealythicum* (*Myc. Hominis*).

Actualitatea

Subiectul infectiilor sexual transmisibile reprezinta interes pentru mai multi medici-specialisti si continua să fie mereu actual si discutabil. Prostatitele cronice uretrogenice ramân pe primul loc în structura adresării pacienților (bărbați 17-50 ani) la urolog în sistemul consultativ. Conform datelor din literatura de specialitate, din numărul total de adresări în probleme urogenitale, 25% aparțin prostatitelor (Lipsky A., et al.). Alți autori relatează în diferite studii, că rata prostatitelor nonbacteriene constituie 64% (Brunner J. et. al.).

Referitor la tratament, conform cercetărilor efectuate de Meares E. M., Jr. (1992) Clindamycina atinge cea mai mare concentrație în secreția prostatică în comparație cu alte preparate antibacteriene și chimioterapeutice din cele 15 studiate

Obiective

Evaluarea eficienței terapeutice a tratamentului cu clindamycina în prostatitele cronice uretrogenice.

Material și metode

S-au urmărit 53 pacienții (2000-mai 2002) cu «Prostatita cronică uretrogenă», diagnosticați cu infecții simple sau mixte. Majoritatea pacienților au prezentat o superinfecție bacteriana nespecifică, cu sensibilitate 3+ sau 4+ la antibioticele folosite in tratament, asociată cu *Cl. Trachomatis*, *Ur. Urealythicum* sau *Myc. Hominis*. Pacienții au fost repartizați în 3 loturi în funcție de tratamentul de baza instituit cu preparate antibacteriale: I lot- tratamentul «by step» combinat cu 2 sau 3 din medicamentele de baza - doxyciclina, azithromycina sau ofloxacina (15); lotul II - monoterapie cu clindamycină (12); lotul III - antibioterapie cu un medicament mentionat anterior (doxyciclina sau ofloxacina) in combinatie cu clindamycină (Dalacini C 300 mg sau 150 mg) (26). Rezultatele au fost evaluate prin probe repetate uretrale a secreției prostatice si serologice la 1-2, 7-8 saptamani si 3 luni dupa tratament. In functie de rezultatele obtinute pacientii au fost împărțiti în 2 grupuri: «tratati» si «netratati». Din primul grup au facut parte pacientii cu diminuarea simptomelor, probe uretrale negative, secreția prostatică normalizată si descresterea titrului anticorpilor.

Rezultate

Tratamentul s-a dovedit a fi cel mai eficient în III, la aplicarea combinației («by step») a unui preparat antibacterian de bază cu clindamycină: - *vindecare clinică - 92,3%, **eradicare bacteriologică - 84,6%. Eficiența tratamentului în loturile I și II a fost de *80% (**73%) și *83,3% (**75%), respectiv. Diferența statistică între loturile 1-3 și 2-3 este veridică ($p < 0,05$), iar între 1-2, nesemnificativă ($p > 0,05$).

Concluzie

Rezultatele înregistrate în cazul pacienților tratați cu clindamycina și, în special, în combinație cu

un alt preparat antibacterian sunt superioare față de cei tratați fără clindamycină. Efectele pozitive ale tratamentului au rămas stabile pe toată durata de urmărire a pacienților.

ALTERNATIVĂ CONTEMPORANĂ IN TRATAMENTUL BOLILOR SEXUAL TRANSMISIBILE LA BARBATI (rezultate preliminare)

A. Oprea*, O. Dolghii*, V. Odobescu**, G. Tricolici***
*ACSR CS RM, **Clinica Urologie, Spitalul judetean Brasov,
***Spitalul judetean Drochia

Summary

The study was performed on the basis of the data accumulated while applying antibacterial treatment for 69 patients with sexual transmitted disease. The results showed the increased efficiency of clarithromycine in treatment of chronic urethritis caused by *Chl. Trachomatis*, *Ur. Urealythicum* and *Myc. Hominis*.

Actualitatea

În ultimile decenii s-a înregistrat o creștere considerabilă a bolilor sexual transmisibile, acestea deținând o pondere importantă în practica curentă urologică. Datorită tabloului clinic șters și rezistenței la tratamentul antimicrobian, studierea uretritelor nonbacteriene și nonprotozoace prezintă un interes științific și practic deosebit.

Metodele contemporane de diagnostic, ce au progresat semnificativ în ultimii 10-15 ani, permit evidențierea germenilor nonbacterieni în 75-95 % cazuri. Eficiența tratamentului este apreciată între 75%-95% (Meares E. M., Rev.Infect.Dis.,1992), iar în cazul monoinfecției până la 100% (Rev.Rom.de Urologie, 2000).

Obiective

Evaluarea eficienței tratamentului antibacterian în infecțiile sexual transmisibile cu *Cl.Trachomatis*, *Ur.Urealythicum* sau *Myc.Hominis*.

Material și metode

În studiu au fost incluși pacienții urmăriti în perioada septembrie 2000 - mai 2002 (n=69), diagnosticați cu «uretrita cronică nonbacteriană» și pozitivi la proba uretrala și serologică: 21 pacienți cu *Cl.Trachomatis*, 20 - cu *Ur.Urealythicum* și 28 - cu infecție mixtă. În funcție de tratamentul de bază instituit cu preparate antibacteriene, pacienții au fost repartizați în 3 loturi: I lot - tratamentul «by step» combinat cu 2 sau 3 din medicamentele de bază - doxyciclina, azithromycina sau ofloxacina (21), lotul II - clarithromycina monoterapie (23), lotul III - antibioterapie cu un medicament menționat anterior (doxyciclina sau ofloxacina) în combinație cu clarithromycina (KLACID 250 mg, KLACID CP 500 MG) (25).

Rezultatele au fost evaluate prin probe repetate uretrale și serologice la 7-8 săptămâni și 3-6 luni după tratament. În funcție de rezultatele obținute pacienții au fost împărțiți în 2 grupuri: «tratați» și «netratați». Din primul grup au făcut parte pacienții cu diminuarea simptomelor, probe uretrale repetate negative și descreșterea titrului de anticorpi.

Rezultate

Vindecare clinică și eradicare bacteriologică în dependență de tratament s-a dovedit a fi cea mai bună în lotul III, la aplicarea combinației («by step») cu clarithromycinei- 92%. Eficiența tratamentului în loturile I și II a fost de 80,9% și 87%, respectiv (diferența statistică între loturile 1-2 și 1-3 p<0,05).

Concluzie

Datorită eficienței și tolerabilității foarte bune a tratamentului uretritei nonbacteriene, clarithromycina, (mono- sau terapie îmbinată), este un antibiotic de elecție în infecțiile cauzate de *Cl.Trachomatis*, *Ur.Urealythicum* sau *Myc.Hominis* și o opțiune terapeutică eficientă în infecții cauzate și de alți agenți patogeni în bolile sexual transmisibile.

EVALUAREA DIAGNOSTICĂ A MODIFICĂRILOR BIOCHIMICE DIN SECRETUL PROSTATIC ÎN PROSTATITA CRONICĂ

R. Țurcanu, I. Dumbrăveanu, O. Dolghii, O. Taranov, A. Tanase

Catedra Urologie și Nefrologie chirurgicală USMF «N. Testemițanu»

Summary

Chronic prostatitis is characterized by presentation of variable clinical features and frequent modification of paraclinical tests which needs elaboration new methods for efficient diagnosis. The process of inflammation results in the initiation of synthesis of many biological active substances and its determination in expressed prostatic secretions gives important data for diagnosis of chronic prostatitis. To observe this modification, we studied 51 patients with chronic prostatic and 46 healthy men for biochemistry parameters: alkaline phosphatase (AP), total acid phosphatase (TAP), tartate dependent acid phosphatase (TDAP) and tartate independent acid phosphatase (TIAP), elastase (E), cathepsine G (CG), N-acetyl- β -D-glucosaminidase (NAG), lysosyme (L), arylsulfatase A and B (ArAB), arylsulfatase C (ArC), β glucuronidase (β -G), trypsin (T), α_1 - antitrypsine (α_1 AT), total protein (PT) and phosphatic index (PI). These biochemical examination were performed by using spectrophotometry with biochemical analysis «ФП - 901». Phosphatic index was appreciated by ratio of TDAP to AP. The results of the biochemical examination performed showed the following statistical variation ($P < 0,05$): increased concentration of L by 60,5% and reduced activity of TDAP by 46,3%, ArAB - by 33,4%, AP - by 31,7%, TAP by 31,2%, PI by 30,0%, TIAP by 29,0% and E by 14,3%. Comparison between the healthy men and patients with chronic prostatitis with active inflammation showed significant changes like presence of $33,3 \pm 2,3$ leucocytes in HPF (x280-400) and pH of prostatic secretion in affected men to be $7,6 \pm 0,1$. Our conclusion from the study of biochemical modifications of the prostatic secretion in patients with chronic prostatitis is that AP, TAP, TDAP, TIAP, E, L, ArAB and PI denotes the active process of inflammation and there biochemical determination can help in great extent in the effective diagnosis of the chronic prostatitis.

Actualitatea

Prostatita cronică nespecifică manifestată prin tablou clinic variat sau asimptomatic, deseori e prezentă cu modificări nespecifice ale testelor paraclinice. Acest fapt impune perfecționarea și elaborarea noilor metode eficiente de diagnostic a procesului inflamator^{1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12}.

Datorită faptului, că inflamația prostatei inițiază o gamă diversă de procese metabolice, substratul material al căror e sinteza și eliberarea în focarul inflamator și patul vascular a substanțelor biologice active^{8, 13, 16}, determinarea acestor modificări biochimice, în special din secretul prostatic sau ejaculat, pot furniza date utile pentru diagnostic și control a eficacității tratamentului aplicat^{2, 8, 14, 19}. Studiarea dereglărilor biochimice e argumentată nu numai din considerente de perfecționare și elaborare a noilor metode de diagnostic, dar și pentru studierea mecanismului patogenetic de evoluție a patologiei date^{2, 7, 17, 18}.

Scopul

Studierea modificărilor biochimice din secretul prostatei în prostatita cronică și evaluarea lor diagnostică

Material și metodă

Modificările biochimice au fost efectuate pe un lot de 51 pacienți cu prostatită cronică nespecifică și 46 bărbați sănătoși ce au fost examinați în calitate de lot maror.

Diagnosticul prostatitei cronice nespecifice a fost stabilit în baza anamnezei, examenului clinic, tușeului rectal, microscopia nativă a secretului prostatic, frotiul și examenul microbiologic a secretului prostatic și secrețiilor uretrale, pH - metria secretului prostatic, aprecierea cristalizării secretului prostatic, USG transabdominală sau transrectală a prostatei. Pentru studierea optimală a modificărilor biochimice din secretul prostatic sub acțiunea inflamației, n - au fost incluși în studiu pacienții cu patologii concomitente severe ale altor organe sau adenom și cancer de prostată. Deasemenea n - au fost incluși în studiu pacienții de vârstă înaintată, ce ar putea avea răsunet asupra proprietăților biochimice a secretului prostatic.

Din aceste considerente, pentru excluderea patologieilor concomitente, s - a efectuat examinare clinică generată (palparea, percusia, auscultația) și paraclinică: hemograma, sedimentul urinar, biochimia sângelui, Hbs Ag, RW, urocultura, renografia izotopă, urografia intravenoasă, examenul ultrasonor a organelor abdominale și aprecierea urinei reziduale.

Modificările biochimice din secretul prostatic la inflamație au fost cercetate prin studierea următorilor parametri a secretului prostatic: fosfatazei alcaline (FA), fosfatazei acide totale (FAT), fosfata-

za acidă tartat dependentă (FATD) și tartat independentă (FATI), elastazei (E), catepsinei G (CG), N-acetil-β-D-glucozaminidazei (NAG), lizozimei (L), arilsulfatazei A și B (ArAB), arilsulfatazei C (ArC), β-glucuronidazei (β-G), tripsinei (T), α₁-antitripsinei (α₁-AT), proteinei totale (PT) și indexului fosfatic (IF) Probele cu secret prostatic au fost colectate prin masajul prostatei și se păstrau în congelator la temperatura – 16 – 20°C pînă la 1 – 2 luni. Principiul de apreciere a parametrilor biochimici e bazat pe capacitatea enzimei de a hidroliza reactivile adăugate în secretul prostatei și modificarea culorii acestui component, intensitatea căreia reflectă activitatea enzimei și se determină spectrofotometric cu analizorul biochimic «ФП – 901». Indexul fosfatic a fost apreciat prin calcularea raportului dintre fosfataza acidă tartat dependentă și fosfataza alcalină.

Rezultate și discuții

Valorile medii a parametrilor biochimici studiați în SP la indivizii sănătoși și pacienții cu prostatită cronică la care activitatea inflamatorie din prostată este exprimată prin numărul de leucocite din câmpul vizual exat la microscopia nativă (X280 – 400) și pH-ul secretului prostatei sunt prezentate în tabela 1.

Tabela 1

**Modificarea parametrilor biochimici din secretul prostatei
la pacienții cu prostatită cronică (M±m)**

Lotul	Sănătoși n=46	Bolnavi n=51	Semnificația statistică
1.Leucocite	5,1± 0,3	33,3 ± 2,3	p<0,0001
2.PH-ul	6,7 ± 0,04	7,6 ± 0,1	p<0,0001
3.FA*	20,8 ± 2,3	14,2 ± 1,5	p<0,02
4.FAT*	43,0 ± 2,2	29,6 ± 2,7	p<0,0005
5.FATD*	5,4 ± 0,5	2,9 ± 0,4	p<0,0001
6.FATI*	37,6 ± 1,9	26,7 ± 2,4	p<0,002
7.E*	2,1 ± 0,1	1,8 ± 0,1	p<0,01
8.L*	1,7 ± 0,3	4,3 ± 0,5	p<0,0003
9.β-G	379,3 ± 52,7	323,0 ± 34,2	p<0,4
10.Ar Ași B*	239,1 ± 31,2	159,3 ± 13,9	p<0,02
11.Ar C	52,2 ± 5,4	43,2 ± 3,1	p<0,2
12.NAG	33,3 ± 3,1	28,3 ± 2,0	p<0,2
13.Cat G	418,1 ± 41,6	383,7 ± 50,9	p<0,6
14.Tr	65,1 ± 6,3	54,4 ± 3,2	p<0,2
15.α1-AT	3,1 ± 0,4	2,7 ± 0,4	p<0,6
16.PT	34,6 ± 3,3	29,9 ± 3,1	p<0,3
17.IF*	0,29 ± 0,03	0,20 ± 0,02	p<0,001

Rezultatele obținute evidențiază modificări importante sub acțiunea infalmației a tuturor parametrilor incluși în studiu, însă diferență statistic semnificativă (p<0,05) a valorilor medii s – a stabilit pentru FA, FAT, FATI, FATD, IF, E, L și ArAB. Gradul reducerii activității funcționale și androgenizării prostatei e reprezentat în figura 1.

Pentru activitatea inflamatorie determinată la pacienții din studiu curent, ce – a mai importantă modificare a suportat lizozima, activitatea căreia a crescut cu 60%, însă Ващенко В. В. (1993)¹² a depistat numai tendință de creștere a concentrației lizozimei din secretul prostatei. Кітєвє Ю.А.și col.(1996)¹⁵ explică fenomenul de scădere a activității lizozimei în inflamația nespecifică prin capacitatea microbilor de a inactiva lizozima.

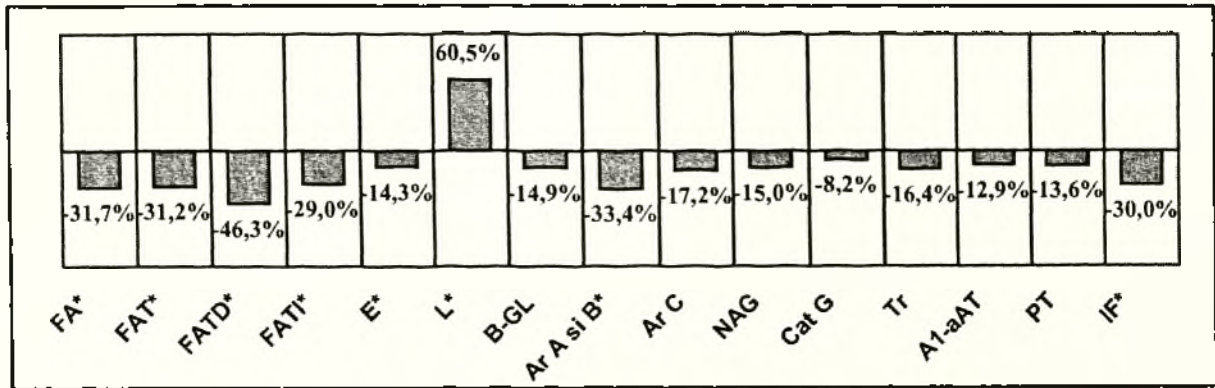


Figura 1 Gradul de variație a valorilor medii a indicilor biochimici din secretul prostatei la inflamație (n=51)

Inflamația a redus considerabil activitatea secretorie a epitelului prostatic: enzimozactivitatea FATD a scăzut cu 46,3% comparativ cu valoarea inițială, de asemenea s-a micșorat activitatea ariulfatazelor A și B cu 33,4%, fosfatazei alcaline – cu 31,7%. Androgenizarea prostatei a fost redusă până la 30%. Instalarea disfuncției secretorii a prostatei în inflamație cronică de asemenea a fost confirmată de Shortliffe LM. și col. (1992)⁹, însă prin aprecierea activității antigenului specific a prostatei și FAT. Бурназян P. A și col. (1992)¹¹ au determinat scăderea activității funcționale a prostatei prin activitatea fosfatazei acide (FA) și γ – glutamiltransferazei, concentrația de Zn^{2+} și acid citric din plasma seminală cu stabilirea valorii diagnostice mai înalte a concentrației de Zn^{2+} și acid citric în plasma seminală. Cercetările biochimice elaborează și aprobă metode noi ce permit stabilirea diagnosticului de prostatită cronică și activitatea funcțională a prostatei.

În studiul nostru s-a dovedit informativ pentru diagnosticul procesului inflamator aprecierea activității FA, FAT, FATD, FATI, E, L, ArAB și IF.

Concluzii

1. Procesul inflamator din prostată modifică statistic semnificativ ($p < 0,05$) următorii parametri biochimici: FA, FAT, FATD, FATI, E, L, ArAB și IF.

2. Valoare diagnostică pentru depistarea prostatitei cronice primordiale se acordă aprecierii concentrației L, apoi activitatea FATD, ArAB, FA, FAT, FATI, E.

3. Pentru diagnosticul disfuncției secretorii a prostatei s-a dovedit informativ aprecierea activității FATD, apoi ArAB, FA, FAT, FATI, E și calcularea IF.

Bibliografia

- Dik P., Lock TM, Schrier BP. et. al. Transurethral marsupialization of a medial prostatic cyst in patients with prostatitis-like symptoms. *Journal of Urology*. 155(4):1301-4, 1996 Apr.
- Evliyaoglu Y, Kumbur H. Seminal plasma zinc analysis and bacteriological cultures in chronic staphylococcal prostatitis. *International Urology & Nephrology*. 27(3):341-5, 1995.
- Krieger JN., Egan K.J., Ross SO. et. al. Chronic pelvic pains represent the most prominent urogenital symptoms of «chronic prostatitis». «Review» «39 refs» *Urology*. 48(5):715-21; discussion 721-2, 1996 Nov.
- Mene M.P., Ginsberg P.C., Finkelstein LH. et. al. Transurethral microwave hyperthermia in the treatment of chronic nonbacterial prostatitis. «Review» «14 refs» *Journal of the American Osteopathic Association*. 97(1):25-30, 1997 Jan.
- Nickel JC. Practical approach to the management of prostatitis. «Review» «29 refs» *Techniques in Urology*. 1(3):162-7, 1995 Fall.
- Nickel JC. Prostatitis: myths and realities. «Review» «32 refs» *Urology*. 51(3):362-6, 1998 Mar.
- Nicolai M, De Thomas R, Di Federico G, Palmerio A, Iantorno R, Tenaglia R. Role of transrectal echography in the evaluation of obstructive seminal vesicle pathology in prostatitis syndrome. *Archivio Italiano di Urologia, Andrologia*. 68(5 Suppl):101-4, 1996 Dec.
- Orsilles MA, Depiante-Depauli M. Oxidative stress-related parameters in prostate of rats with experimental autoimmune prostatitis. *Prostate*. 34(4):270-4, 1998 Mar 1.
- Shortliffe LM, Sellers RG, Schachter J. The characterization of nonbacterial prostatitis: search for an etiology. *Journal of Urology*. 148(5):1461-6, 1992 Nov.
- Thin RN. Diagnosis of chronic prostatitis: overview and update ședitorială. «Review» «32

refs» International Journal of STD & AIDS. 8(8):475-81, 1997 Aug.

11. Бурназян Р.А., Оганесян М.Н., Бурштейн Г.Е. Биохимические показатели спермы при хронических воспалительных заболеваниях придаточных половых желез. Урология и нефрология 1992 №4 – 6 с. 36 – 38.

12. Ващенко В. В. Характеристика факторов местного иммунитета у больных хроническим простатитом на этапах диагностики и лечения простатитеном. Автореферат диссертации к.м.н. Киев 1993 с.18

13. Воспаление. Руководство для врачей. Под редакцией В.В. Серова и В.С. Паукова. Москва. «Медицина» 1995. 640с.

14. Галькович К.Р., Соснин Д.Ю.. Иммунохимическое определение концентрации органо-специфических белков эякулята в дифференциальной диагностике хронических воспалительных заболеваниях мужской репродуктивной системы. Урология и нефрология 1997 №5 с. 40 – 42.

15. Кобзев Ю.А., Гольбрайх Е.Б., Суворов С.А. Методы физической терапии в реабилитации больных хроническим простатитом. //Тез. докл. 7-го Российского съезда дерматологов и венерологов.- Казань, 1996.-Часть 3.- с. 147-148.

16. Кузьмин М.Д., Иванов Ю.Б. Лечение бесплодия на фоне хронического простатита методом трансуретральной радиоволновой гипертермии. //Пленум Правления Российского Общества Урологов. Саратов 15 – 17 сентября 1998, Москва, с. 194 –195

17. Люлько А. В. Заболевания предстательной железы. Киев «Здоровья» 1984.

18. Неймарк А.И., Фидиркин А.В., Алиев Р.Т. Изменение уровня ферментов спермы у мужчин с бесплодием. Урология и нефрология 1998 №2 с. 44 – 45.

19. Николаев А.А., Луцкий Д.Л., Бочановский В.А. и др. Активность ферментов спермоплазмы в эякулятах различной фертильности. Урология и нефрология 1997 №5 с. 35 – 39.

UNELE ASPECTE ÎN ETIOLOGIA PROSTATITEI CRONICE NESPECIFICE

R.Țurcanu

Catedra Urologie și Nefrologie chirurgicală USMF «N. Testemițanu»

Summary

123 patients with the clinical symptoms of chronic prostatitis and the presence of more than 10 WBCs/high power field on expressed prostatic secretion were examined for urogenital infections. Gram – negative bacteria (GNB) were found in 11.4% patients, the sexual transmissible infections (STI) were detected at 74% males. Gram – positive bacteria (GPB) were observed most frequently – in 97.6% cases. Among GPB, pathological germs (*S. aureus*, *Corinobacterium spp.*, *S. fecalis*) were presented only in 27.6% of examinations, but saprophyte or conditional pathogen germs (*Str. viridans*, *S. epidermitis*, *Streptobacterium spp.*) were detected in 81.3% cases. In most of the cases GPB were associated with STI in 87.8% and with GNB in 2.4% of the cases. Only in 9.8% of the cases the GPB were discovered separately, among this group of patients at 6,2 % during the antibacterial treatment, by means of repeated examinations, was detected the *T. vaginal*. The STI were observed only in association with bacterial infection, more frequently with GPB. CONCLUSIONS: High detection of STI in urethra and prostate supposes urethrogen's etiology of chronic prostatitis. As a result of contamination with STI local antimicrobial barrier was decreased and has been associated with bacterial infection, special GPB and inflammation was transformed from asymptomatic, latent process to active forms.

Succesul tratamentului prostatitei cronice (PC) nespecifice în mare măsură se datorează capacității de diagnostic a agentului patogen din prostată, care frecvent este deficil sau uneori imposibil de depistat. Dificultatea în depistarea germeilor responsabil de inflamație și recoltarea frecventă a florei uretrale saprofite sugerează opinii controversate privind factorul etiologic a PC nespecifice. Această diversitate de opinii este evidentă în literatura de specialitate.

Meares E. et al.(1968)⁸ consideră E.Coli factor etiologic în 70 – 80% cazuri de PC , însemnatatea prioritară a germeilor gram - negativi în declanșarea și menținerea PC e menționată și în alte studii¹. Unele studii sunt mai categorice în aprecierea factorului etiologic, de exemplu: Arakawa S. et. al (1994)² afirmă că, PC bacteriană e cauzată de germeni gram-negativi, în special de către E. coli, dintre germeii gram – pozitivi numai *Str. feacalis* provoacă inflamația prostatei.

Orland S.(1985)¹¹ consideră flora gram - negativă în 80% cazuri factor etiologic a PC, iar depistarea florei gram - pozitive e rezultatul contaminării uretrale. În acelaș timp studii paralele demonstrează prezența majoritară a florei gram - pozitive la dezvoltarea PC nespecifice.

Iunda I.(1987)¹⁶ a diagnosticat prostatită bacteriană la 92.7% indivizi, la care au fost izolați: stafilococi - 55.2%, streptococi - 6%, E. coli - 4.3%, proteia - 3.4%, Ps. aeruginosae - 2.2% și klebsiela - 0.3%.

Deasemenea Люльк А. А.(1984)¹³ susține, că PC nespecifică în 50 - 58,6% e declanșată de stafilococi și mult mai rar flora gram - negativă. Pe de altă parte sunt cercetări ce demonstrează prezența egală a florei gram-pozitive și negative la pacienții cu PC nespecifică^{12,13}. În ultimii ani este revăzut rolul infecției sexual transmisibile (IST) (C. trachomatis, M. hominis, U.urealyticus și T. vaginalis) în declanșarea procesului inflamator în prostată, dacă era discutabil aportul lor în dezvoltarea PCN^{1,9,12}, atunci studiile recente au demonstrat posibilitatea dezvoltării PC cauzate de IST^{5,7,10}.

Importante sunt rezultatele cercetărilor care la pacienții cu prostatodinie sau PC idiopatică, prin metode simple de diagnostic nu s-au depistat microbi, însă prin folosirea metodelor ultrafine de diagnostic (reacția de polimerizare în lanț,) au fost depistate C. trachomatis, M. hominis, U.urealyticum, T. vaginalis, stafilococi coagulonegativi^{4,6,10}, acest fapt impune efectuarea investigațiilor repetate în caz de obținerea culturilor sterile din prostată și uretră.

Fungii în PC sunt foarte rar depistați^{3,13} în focarul inflamator din prostată, mai frecvent s - au izolat în stări imunodeficitare (SIDA, tratament hormonal și citostatic). Crește frecvența depistării T. vaginalis în etiologia PC, posibil ca urmare a perfecționării diagnosticului ^{14,16}.

Așa dar datele din literatura nu permit de a elabora o viziune clară asupra factorului etiologic a prostatitei cronice nespecifice, fapt ce mențin actuale cercetările microbiologice în cauză.

Scopul lucrării: Cercetarea spectrului microbial din prostată la pacienții cu PC nespecifică și evidențierea tulpinilor patologice frecvent depistate în inflamația cronică a prostatei.

Material și metode: Studiul a fost efectuat pe un lot de 123 pacienți, cu vârsta între 18 și 50 ani, cu semne clinice de PC și leucocite în secret > 10 în câmpul vizual, fixate la microscopia nativă a secretului prostatei (x 280 - 400). Bolnavii au fost supuși următoarelor investigații:

- Frotiul uretral și a secretului prostatic prelucrat după metoda Gram.
- Examenul microbiologic din uretră și prostată.
- Imunofluorescența directă pentru aprecierea antigenului C. trachomatis, U. urealyticum, M. hominis.
- Analiza imunoenzimatică pentru aprecierea anticorpilor în sânge către C. trachomatis.

Rezultate și discuții: Analiza rezultatelor primite a remarcat o gamă variată de germeni izolați din uretră și prostată, diferența florei uretrale și prostatice a fost nesemnificativă (fig.1).

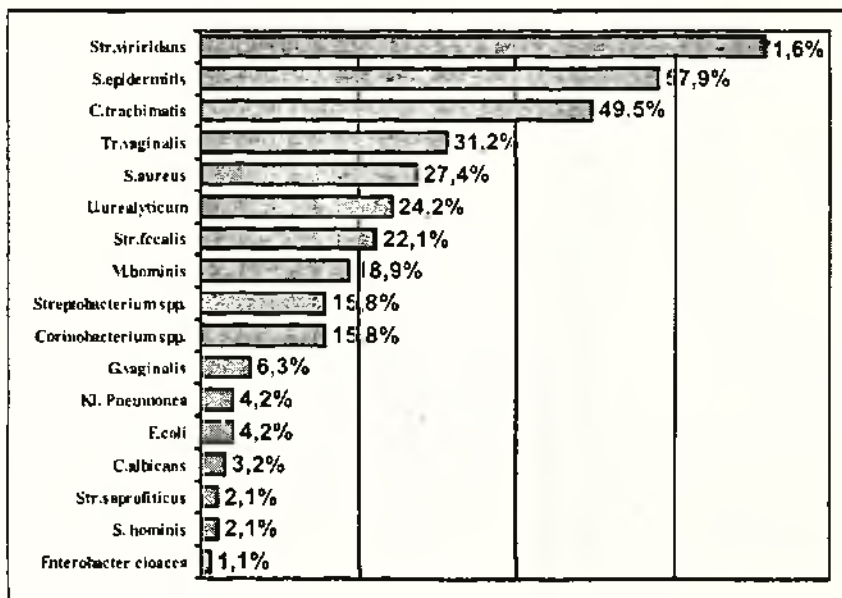


Figura 1 Flora izolată din secretul prostatei (n=123 pacienți)

Comparativ cu studii paralele efectuate^{1,11}, rata germeilor gram-negativi a fost mica - 11,4%.

Însă la un lot considerabil de pacienți a fost depistată infecția sexual transmisibilă – la 74% indivizi, preponderent la pacienți de vârstă tânără. Cel mai frecvent s – a depistat flora gram – pozitivă – în 97.6% cazuri (fig.2).

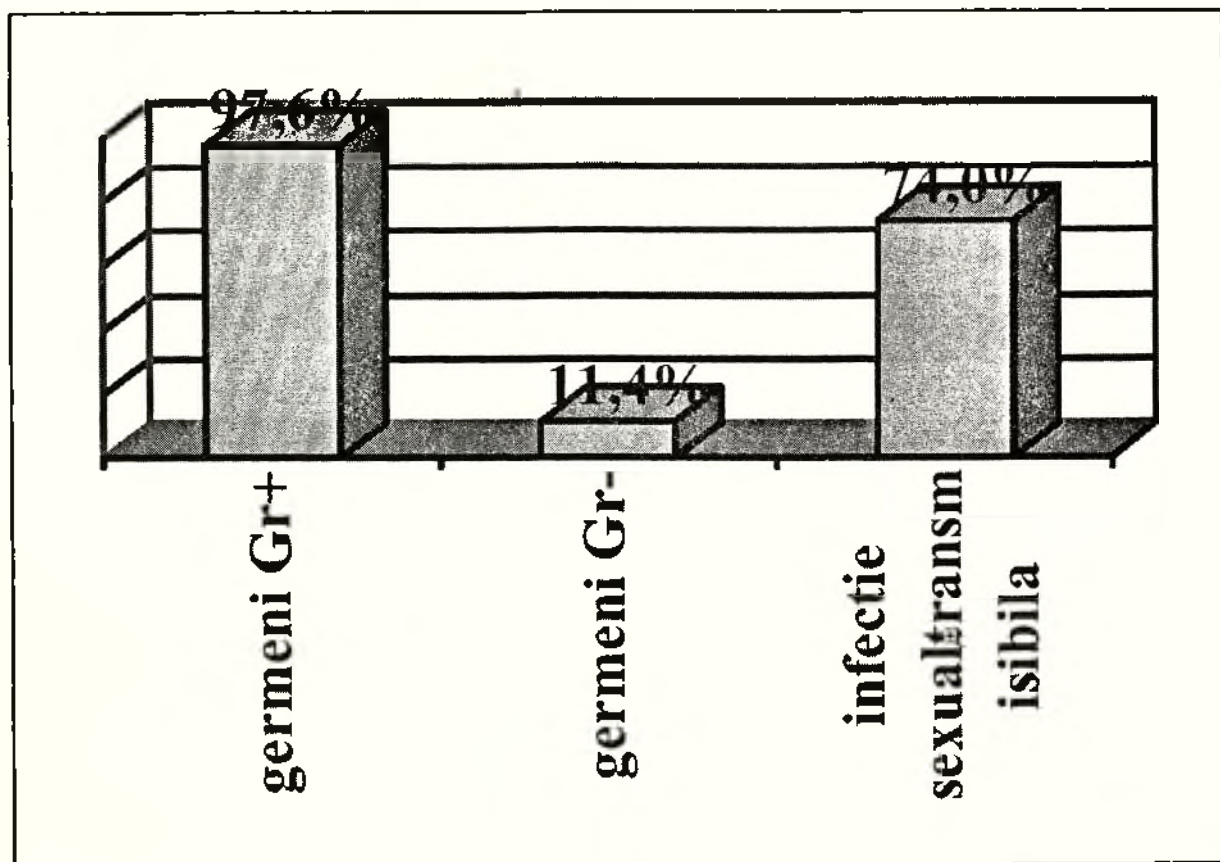


Figura 2 Structura florei depistate în prostată

În lotul pacienților cu germeni gram - pozitivi tulpinile patologice (*S. aureus*, *corinobacterium spp.*, *S. fecalis*) sunt prezente numai în 27.6% examinări, iar germeni saprofiti sau condiționat patogeni ce colonizează și uretra normală (*Str. viridans*, *S. epidermitis*, *Streptobacterium spp.*) s – au depistat la 81,3% indivizi. În majoritatea jinvestigațiilor efectuate, la 87,8% pacienți, flora gram – pozitivă a fost asociată cu germeni sexuali transmisibili și cu bacterii gram - negative – la 2,4% bolnavi. Germeni gram - pozitivi s – au depistat izolat la 9,8% indivizi, dintre care la 6,2% pacienți pe parcursul tratamentului antibacterian slab efectiv, prin examinări repetate a frotiului uretral, s – a depistat *T. vaginalis*.

Opinia expusă de Orland S. și col. (1985)¹¹, că germeni gram-pozitivi depistați din prostată e o contaminare uretrală, nu explică pe deplin prezența frecventă în examinările microbiologice a secretului prostatei a microbilor gram-pozitivi. Considerăm că pe lângă contaminare uretrală, germeni gram-pozitivi saprofiti sunt frecvent depistați din secret datorită favorizării patrunderii lor în prostată de către IST și în condiții favorabile mențin independent procesul inflamator din prostată.

În baza rezultatelor primite propunem următorul mod de apariție și evoluție a infecției în PCN: contaminare uretrogenă, canaliculară a prostatei cu floră sexual transmisibilă, ce inițiază un proces inflamator latent, mai frecvent asimptomatic. Ca urmare a dereglării barierului antimicrobian prostatic, treptat are loc contaminarea prostatei cu floră gram – pozitivă și transformarea procesului inflamator din faza latentă în acută. Flora gram – pozitivă saprofită sau condiționat patogenă (*S. epidermitis*, *S. viridans*, *streptobacterium spp.*) de cel mai dese ori poate fi considerată o floră oportunistă și colonizează prostata pe fon de scădere a rezistenței antimicrobiene locale sau generale. Pentru stabilirea rolului germeilor gram-pozitivi în procesul de menținere a inflamației, în unele cazuri e necesar de efectuat examinări microbiologice repetate din prostată.

Prezența separată a germeilor saprofiti sau condiționat patogeni în examinările microbiologice repetate a secretului prostatei și lipsa infecției patologice confirmă importanța lor în menținerea procesului inflamator cronic din prostată.

Concluzii:

1. Persistența înaltă a IST în secretul prostatei, demonstrează originea uretrogenă frecventă a prostatitei cronice nespecifice.
2. Flora sexual transmisibilă servește factor declanșator în inițierea procesului inflamator din prostată.
3. Asocierea florei bacteriene, preponderent germeni gram – pozitivi acordă procesului inflamator din prostată activitate mai pronunțată.

Bibliografia:

1. Aagaard J, Madsen P.O. Diagnostic and therapeutic problems in prostatitis. Therapeutic position of ofloxacin. // *Drugs & Aging*. 1992, 2(3): 196-207.
2. Arakawa S, Kamidono S, Hirose T, Kumamoto Y, Suzuki K, Ito Y, Ban Y, Kawada Y, Kumon H, Ohmori H. Re-examination of the criteria for clinical evaluation on bacterial prostatitis--et al. analysis of the data of the clinical study of temafloxacin. // *Acta Urologica Japonica*. 1994, 40(5): 455-66.
3. Cherasse A, Herin M, Oana M, Marievoet C. Aspergillus prostatitis and prolonged corticotherapy. Apropos of a case report. // 1997, *Acta Urologica Belgica*. 65(1): 43-8.
4. Domingue GJ Sr, Hellstrom WJ. Prostatitis. // *Clinical Microbiology Reviews*. 1998, 11(4): 604-13.
5. Gumus B, Sengil AZ, Solak M, Fistik T, Alibey E, Cakmak EA, Yeter M. Evaluation of non-invasive clinical samples in chronic chlamydial prostatitis by using in situ hybridisation. *Scandinavian Journal of Urology & Nephrology*. 1997, 31(5): 449-51.
6. Lowentritt JE, Kawahara K, Human LG, Hellstrom WJ, Domingue GJ. Bacterial infection in prostatodynia. // *Journal of Urology*. 1995 154(4): 1378-81.
7. Maruta N. Study of Chlamydia trachomatis in chronic prostatitis. // *Acta Urologica Japonica*. 1992 38(3): 297-304.
8. Meares E. M., Stamey T. A.. Bacteriologic localization patterns in bacterial prostatitis and urethritis.- *Invest. Urol.*, 1968, 5, 492.
9. Miyata Y, Sakai H, Kanetake H, Saito Y. Clinical study of serum antibodies specific to Chlamydia trachomatis in patients with chronic nonbacterial prostatitis and prostatodynia. // *Acta Urologica Japonica*. 1996 42 (9): 651-3.
10. Ohkawa M, Yamaguchi K, Tokunaga S, Nakashima T, Fujita S. Ureaplasma urealyticum in the urogenital tract of patients with chronic prostatitis or related symptomatology. // *British Journal of Urology*. 1993, 72(6): 918-21.
11. Orland S. M., Hanno Ph. M., Wein A. J. Prostatitis, prostatosis and prostatodynia. // *Urology*, 1985, 25, N5, 439 – 460.
12. Sibert L, Grise P, Boillot B, Loulidi S, Guerin JG. Valeur diagnostique du test de Stamey dans les prostatites chroniques. // *Progres en Urologie*. 1996 6(1): 107-11.
13. Люлько А.В. Заболевания предстательной железы. // Киев, Здоров'я, 1984
14. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит // Москва, Медицина, 1998
15. Тиктинский О.Л. Воспалительные заболевания мочеиспускательного канала, предстательной железы, семенных пузырьков и семенного бугорка. // Руководство по андрологии. // Под. Ред. Тиктинский О.Л Ленинград, Медицина, 1990, 51 – 97.
16. Юнда И.Ф. Простатиты // Киев, Здоров'я, 1987.

EFICACITATEA TRATAMENTULUI CU «SUMAMED» A INFECȚIEI SEXUAL TRANSMISIBILE LA PACIENȚII CU URETROPROSTATITĂ CRONICĂ

R. Țurcanu, I. Dumbrăveanu, E. Ceban, A. Oprea, I. Lazari

Catedra Urologie și Nefrologie chirurgicală USMF «N. Testemițanu»

Summary

To study the efficacy of Sumamed in patients presenting with chronic urethroprostatitis due to sexually transmitted infections. 78 patients with chronic urethroprostatitis were observed out of which 48 had infection with *C. trachomatis* and 19 had *U. urealyticum* while 11 patients had combined infections. Sumamed as single drug therapy was administered to 31 patients and as a combined therapy with Ofloxacin in 47 patients. Sumamed was found to be effective in 89,9% patients infected *C. trachomatis* and in 83,4% patients with *U. urealyticum*. The efficacy of Sumamed increased

markedly on combined therapy with ofloxacin – showing 100% effect in those with *U. urealyticum* infections and 93,2% patients with *C. Trachomatis*. Clinical symptoms were attenuated in all patients with effective treatment but only 47,3% patients treated with only Sumamed and 73,6 % patients treated with combined therapy were asymptomatic after complete treatment. While the normalization of expressed prostatic secretions were found in 35.4% and in 60.8% patients respectively.

Conclusion: Sumamed is quite effective in treatment of Sexually transmitted infections and the efficacy of the treatment increases on combined therapy with Ofloxacin. The pretreatment with usually not recommended antibiotics for sexually transmitted infection reduces the efficacy.

Actualitatea

Importanța cercetării eficacității și elaborării noilor metode de tratament a infecției sexual transmise, în special a *C. trachomatis* și micoplasmelor este argumentată prin frecvența înaltă și forme variate de patologii ce sunt provocate de germenii nominalizați.

A crescut frecvența depistării micoplasmelor și chlamidiei în patologii extragenitale: pneumonii, bronșite, patologii inflamatorii a articulațiilor, pielonefrite, cistite, se presupune acțiune nocivă a chlamidiei asupra vaselor sangvine în dezvoltarea procesului aterosclerotic, este evidentă frecvența înaltă în afectarea organelor genitale cu dezvoltarea uretritei negonococice, prostatitei, epididimitei.

Rolul *C. trachomatis* în dezvoltarea uretritei a fost demonstrat în studiul efectuat de Holmes K.(1984)², care a depistat *C. trachomatis* la 42% pacienți cu uretrită negonococcică, la 19% cu uretrită gonococcică și la 7% indivizi sănătoși.

Uretrita de etiologie *C. trachomatis* frecvent se complică cu prostatită, Гулиева М. О. și col.(1997)⁸ au depistat prostatită cronică la 86% din 100 de pacienți cu *C. trachomatis* stabilită în frotiul uretral. Prostatita cronică cauzată de *C. trachomatis* e considerată una din cele mai frecvente forme a prostatitei^{4,12}. Prezența înaltă a *C. Trachomatis* la pacienții cu prostatită cronică a fost confirmată prin depistarea agentului patogen în secretul și țesutul prostatei obținut prin biopsia prostatei, ce exclude contaminarea uretrală^{3,6}.

Depistarea *M. Hominis* la pacienții cu uretrită negonococcică variază de la 13% pînă la 37%, iar aportul etiologic în dezvoltarea prostatitei cronice e confirmată prin izolarea *M.hominis* la 10% pacienți⁵, totodată Руденіі А.В. (1985)¹³ a depistat *M. Hominis* la 49% pacienți cu prostatită cronică.

Ureaplasma urealyticum joacă un rol mai important comparativ cu *M. Hominis* în dezvoltarea prostatitei cronice, frecvența căreia în uretrita negonococcică atinge 50%¹¹, iar în prostatita cronică se depistează pînă la 70,8% pacienți¹. Este înaltă probabilitatea depistării asociației chlamidiei și micoplasmelor, care variază de la 24,8% pînă la 52%¹⁰.

Necăutînd la varietatea remediilor antibacteriene folosite pentru tratamentul chlamidiozei și micoplasmozei, rezultatele obținute nu satisfac cerințele actuale a eficacității. Activitatea înaltă a antibiotelor contra chlamidiei și micoplasmelor in vitro nu întodeauna corespunde cu eficacitatea clinică⁷, crește antibioticorezistența germenilor nominalizați, de exemplu rezistența *C. trachomatis* la doxiciclină a crescut în ultimii ani pînă la 40 – 70%¹¹.

Cu scop de creștere a eficacității tratamentului se propune de a combina preparatele antibacteriene, stimularea imunoreactivității, combinarea antibiotelor cu enzime proteolitice^{9,10,12}.

Scopul studiului

Evaluarea eficacității tratamentului cu preparatul «Sumamed» (Azitromycin) a infecției sexual transmise la pacienții cu uretroprostatită cronică.

Material și metodă

Studiul clinic a cuprins 78 pacienți cu uretroprostatită cronică dintre care la 48 pacienți s – a depistat *C. trachomatis*, la 19 pacienți – *U. urealyticum*, iar la 11 pacienți s – a depistat combinarea acestor germeni.

Vârsta medie a pacienților a fost 29,4 ani cu limitele între 19 și 45 ani. Diagnosticul uretroprostatitei cronice a fost stabilit în baza anamnezei, tabloului clinic, tușeului rectal, microscopia nativă a secretului prostatic (X280 – 400) și examenului ultrasonor transabdominal sau transrectal al prostatei.

Investigațiile de laborator privind depistarea Chlamidiei trachomatis s – au efectuat prin metoda imunofluorescenței directe pentru depistarea antigenului în frotiul uretral cu reactivul «ХламМоноСкрин» (НИИРМЕДИК ПЛЮС, Москва), iar prin metoda imunoenzimatică cu reactivul «ЭКОлаб-Хламидия-IgG» (Москва) s – a cercetat prezența anticorpilor în sânge. Prezența Ureaplasmei urealyticum a fost stabilită prin metoda imunofluorescenței directe pentru depistarea antigenului în frotiul uretral și secretul prostatei cu reactivul «Уреагени-Флюо Скрин» (НИИРМЕДИК ПЛЮС, Москва).

Cura de tratament s – a administrat pe baza principiilor actuale de tratament etiopatogenetic

al prostatitei cronice și în conformitate cu specificul infecției nominalizate. Tratamentul etiologic a constat din administrarea preparatului «Sumamed» 0,5g o dată în zi, timp de 6 zile la 31 pacienți și combinarea de «Sumamed» 1,0g odată în 7 zile de 3 ori cu Ofloxacin 0,2 de 3 ori în zi 7 zile la 47 pacienți. Controlul microbiologic s – a repetat peste o lună.

Rezultate și discuții

Rata eradicării microbiologice la pacienții supravegheați este reprezentată în tabelul 1.

Tabelul 1

Eradicarea microbiologică sub acțiunea tratamentului aplicat

Tratamentul	C. trachomatis		U. urealyticum		Combinarea	
	n	%	n	%	n	%
«Sumamed»	17	89,4	10	83,4	-	-
«Sumamed + Ofloxacină	27	93,2	7	100,0	10	90,9

Rezultatele analizate relevă o eficacitate înaltă a preparatului «Sumamed» în tratamentul infecției sexual transmise cu o acțiune mai pronunțată asupra C. trachomatis până la 89,9% contra 83,4% la pacienții cu U. urealyticum. Combinarea remediilor antibacteriene a crescut eficacitatea tratamentului cu 3,8% în eradicarea C. Trachomatis și respectiv cu 16,6% pentru U. urealyticum, astfel plasând rezultatul eficienței tratamenului până la 100% pentru U. urealyticum și 93,2% pentru C. trachomatis.

Paralel cu eradicarea microbiologică a germenilor din prostată și uretră de germenii determinați s – a produs regresia semnelor clinice a uretroprostatitei cronice și normalizarea numărului de leucocite din secretul prostatei. Deminuarea semnelor clinice a uretroprostatitei s – a produs la toți pacienții cu rezultat pozitiv a tratamentului, însă numai 47,3% pacienți cărora s – a administrat «Sumamed» și 73,6% pacienți tratați cu «Sumamed» plus Ofloxacină au devenit asimptomatici după tratament, iar normalizarea secretului prostatic s – a observat respectiv la 35,4% și 60,8% pacienți.

Rezultatele obținute relevă o eficacitate înaltă a «Sumamed»-ului în tratamentul infecției sexual transmise la pacienții cu uretroprostatită cronică, totodată s – a observat sporirea eficacității tratamentului la administrarea combinată cu Ofloxacină, în special pentru tratamentul U. urealyticum. Sporirea eficacității posibil că se datorează și modului de administrare a «Sumamed»-ului ce permite timp îndelungat menținerea concentrației terapeutice.

Valoarea tratamentului combinat se observă în regresia semnelor clinice și normalizarea secretului prostatic. Diferența dintre eficacitatea clinică și microbiologică e condiționată persistența în prostată a unei alte infecții rezistente la antibiotele aplicate și de modificările patomorfologice din prostată ce defavorizează pătrunderea medicamentelor în prostată, decurgerea proceselor reparative și mențin inflamația.

Analiza cazurilor de eșec a depistat următoarele: 4 pacienți cu uretroprostatită au fost tratați recent cu ciprofloxacina sau cefazolină, iar la un pacient cu infecție combinată s – a depistat T. vaginalis. Aceste rezultate confirmă prezența fenomenului de inhibiție a metabolismului intracelular cu formarea L – formelor sau corpiilor elementari a C. trachomatis sub acțiunea antibiotelor inițial slab efective în tratamentul chlamidiozei și creșterea semnificativă a rezistenței la antibioterapia ulterioară adecvată^{10,12}. De asemenea localizarea intraprotzoică a infecției sexual transmise necesită un tratament antiprotzoic preventiv tratamentul antichlamidiidic și antimicoplasmatic.

Concluzii

- 1.Preparatul «Sumamed» este efectiv în tratamentul infecției sexual transmise la pacienții cu uretroprostatită cronică.
- 2.Eficacitatea tratamentului crește la administrarea combinată cu Ofloxacină
- 3.Administrarea recentă a antibiotelor ineficace contra C. trachomatis și U. urealyticum scade eficacitatea tratamentului etiologic ulterior

Bibliografie

- 1.Corradi G., Molnar G., Penovics J. Genitalis mycoplazmak andrologiai jelentosege. Orv.Hetil. – 1992. – Vol. 133. – P. 3085 – 3088. 8
- 2.Holmes K. K. Lower genital trackt infections in women.//Sexually transmitted diseases – Eds. K.K.Holmes et al. – New York, 1984. – P. 557 – 589. 10
- 3.Koroku M., Kumamoto Y., Hirose T. A study of the role of Chlamidia trachomatis in chronic pros-

- tatitits – analysis of anti-chlamydia trachomatisspecific IgA in expressed prostate secretion by western-blotting method.//Kansenshogaku Zasshi. – 1995. – Vol. 69. – P.426 – 437. 4
- 4.Olier Ch., Sirot J. La place des chlamydia dans les infections genitales chez l'homme // Sem. Hom. Paris. – 1983.-Vol.59. – P.2719-2724. 1
- 5.Oriel J.D. Role of genital micoplasmas in nongonococcal urethritis and prostatitis// Sex. Transm. Dis. – 1983. – Vol. 10. – P.263 – 270. 6
- 6.Poletti F., Medici M. C., Allinovi A. Et al. Isolation Chlamydia trachomatis from the prostatic cells in patients affected by nonacute prostatitis// J. Urol. – 1985. – Vol. 134. – P.691. 5
- 7.Ridgway G. L. Infection chlamydia urogenitale in clinical venerology// European Society for Chlamydia Research: Proceeding. – Stockholm. – 1992. – P.249 – 253. 12
- 8.Гулиев, М.О., Бавыкин Е.А. Урогенитальный хламидиоз как этиологический фактор при хроническом простатите//Актуальные вопросы дерматологии и венерологии: Сб.науч. трудов конференции, посвященной 5-летию кафедры кожных и вен. болезней педиатрического факультета РГМУ. – М., 1997.- с. 33-34. 3
- 9.Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин. – 3-е изд. – М., 1991 13
- 10.Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий: Руководство для врачей. – М.: Авиценна – ЮНИТИ, 1995 9
- 11.Мавров И.И. Специальные и медицинские аспекты урогенитальных хламидиозов//Вест. Дерматол.- 1987. №2. – с. 31-34. 7
- 12.Молочков В.А. Хронический уретрогенный простатит. «Медицина» Москва. 1998. С. 303 2
- 13.Руденко А.В. Роль M. Hominis в этиологии и патогенезе нефрологических и урологических заболеваний: Автореф. дис....докт. мед. наук. – Киев, 1985 11

ASPECTUL CLINIC ȘI TEORETIC DE ADMINISTRARE A α_1 -ADRENOBLOCATORILOR ÎN TRATAMENTUL PROSTATITEI CRONICE

R. Turcanu, I. Codreanu, A. Tanase

Catedra de Urologie și Nefrologie chirurgicală USMF «N. Testemițanu»

Prostatita cronică este una din cele mai răspândite patologii a aparatului urogenital. Frecvența prostatitei cronice în populația generală e de la 5% pînă la 8% «J.C. Nickel, 1999» sau de la 30 pînă la 40% bărbați de vîrstă reproductivă suferă de prostatită cronică și pînă la 80% e depistată la vîrsta de peste 60 ani.

Importanța clinică a problemei prostatitei cronice este evidentă și datorită frecvenței vizitelor medicului de familie timp de un an în legătură cu prostatita cronică (1850593) ce depășește indicetele analogic pentru pacienții cu adenom de prostată (1709053) și cancer(887341) «National Kidney and Urologic Diseases Advisory Board, 1990».

Este important de menționat că, prostatita cronică înglobă mai multe forme de patologii cu tablou clinic asemănător, însă care necesită tratament specific fiecărei forme în parte.

Clasificarea prostatitei (NIH, 1995)

Categoria I	Prostatita bacteriană acută (proces infecțios acut în prostată)
Categoria II	Prostatită bacteriană cronică (proces infecțios recidivant din prostată)
Categoria III	Prostatita abacteriană cronică/sindromul durerilor pelvine cronice cu lipsa semnelor de afectare infecțioasă a prostatei
Categoria IIIA	Proces patologic de natură inflamatorie. Se depistează semne de inflamație (leucocite) în ejaculat/secretul prostatei/urină, obținută după masajul prostatei.
Categoria IIIB	Proces patologic de origine neinflamatorie. Lipsa semnelor de inflamație (leucocite) în ejaculat/secretul prostatei/urină, obținută după masajul prostatei.
Categoria IV	Prostatita infecțioasă asimptomatică. În lipsa semnelor clinice diagnosticul este stabilit în baza investigațiilor paraclinice.

Unul din mecanismele patogenetice de dezvoltare și menținerea inflamației este refluxul de urină

în prostată, cauzat de hiperreflexia sfincterului extern a uretrei și relaxarea insuficientă a colului vezical în actul de micție cu creșterea rezistenței uretrale și apariția fluxului turbulent de urină în uretra prostatică (W.J. Hellstrom et al., 1987; G.A. Barbalias et al., 1998).

Această concepție pentru prima dată a fost propusă și confirmată de R.S. Kirby et al. (1982), care a depistat la 5 pacienți cu prostatită cronică particule de carbon în secretul prostatic peste 72 ore după înstilarea lor în vezica urinară.

Blaylock N.J. (1974) consideră că tubii evacuatori a acinușilor periferici a prostatei au predispunere mai înaltă comparativ cu cei centrali în dezvoltarea refluxului prostatic datorită revărsării sub unghi drept în uretră, pe când tubii centrali sunt situați aproape paralel fluxului urinar, totodată McNeal J.E. (1962) la cercetarea anatomiei prostatei depistat afectarea inflamatorie mai pronunțată a zonei periferice a prostatei.

La baza dereglărilor de micție nominalizate se află patologia sistemului nervos vegetativ. Sistema vegetativă de inervație participă în reglarea actului de micție prin inervația simpatică și parasimpatică. Componentul simpatic dirijază procesul de umplere a vezicii urinare și ejaculare prin intermediul acțiunii neuromediatorului noradrenalinei asupra adrenoreceptorilor α_1 , α_2 și β . Toți acești receptori sunt prezenți în prostata umană. «A. Vaalasti, A. Hervonen, 1980; M. Caine et al., 1975». Stimularea sistemului parasimpatic dimpotrivă provoacă contracția detruzorului și stimularea secreției prostatice. α_1 -adrenoreceptorii sunt prezenți preponderent în regiunea colului vezical și prostatei, iar activitatea lor determină tonusul muscular în această zonă. «S.A. Award, J.W. Downie, 1977; P.J. Donker et al., 1972». α_1 -adrenoblocatorii inhibă componentul dinamic a funcției de contracției a sfincterului prostatic, ca rezultat pe urma folosirii α_1 -adrenoblocatorii reduc rezistența uretrală și creșterea vitezei de eliminare a urinei «M. Caine et al., 1976; R.J. Krane, C.A. Olsson, 1973», se reduce gradul de turbulent a a fluxului urinar cu reducerea refluxului prostatic. «W.J. Hellstrom et al, 1987; G.A. Barbalias et al., 1998». În baza cercetărilor dereglărilor urodinamice la pacienții cu prostatită cronică G.A. Barbalias «1983, 1990» consideră cauza apariției dereglărilor micționale predominarea tonusului simpatic în regiunea bazinului mic, fapt ce sugerează ideea apariției unor forme de prostatită cronică datorită disinerjiei simpatică în regiunea sfincterului uretral extern «S.A. Awad, J.W. Downie, 1977». Administrarea α_1 -adrenoblocantelor în aceste cazuri este patogenetic argumentată.

Totodată unii alfablocatori (de exemplu fentolamin) patrund prin bariera hemato – encefalic scad tonusul sfincterului extern a vezicii urinare. «J. Nanninga et al., 1977».

α_1 -adrenoreceptorii în organism sunt reprezentați de α_{1a} , α_{1b} , α_{1d} și J.P. Hieble et al., 1995; H. Lepor et al., 1993. În prostată sunt prezente toate formele de adrenoreceptori nominalizati, însă adrenoreceptorii α_{1a} predomină și constituie aproximativ 70% și R. Foglar et al., 1995; H. Lepor et al., 1993». Cercetările efectuate in vitro au deponstrat că subtipul α_{1a} este mediatorul de bază a contracției musculare prostatice «J.P. Hieble et al., 1985», subtipul α_{1b} se depistează preponderent în peretele vascular și participă în reglarea tonusului vascular «R. Ruffolo et al., 1991» și subtipul α_{1d} se depistează preponderent în peretele detruzorului și posibil dirijază umplerea vezicală. Acțiune selectivă asupra α_{1a} , fără inhibiția altor adrenoreceptori reduce frecvența complicațiilor cardiovasculare.

În funcție de modul de acțiune asupra receptorilor α_1 -adrenoblocatorii se clasifică în preparate neselective, preparate selective și uroselective.

Remedii neselective	Phentolamin Phenoxibenzamin
Preparate selective cu durată de acțiune scurtă.	Prasosin
Remedii selective cu durată lungă a perioadei de acțiune	Alfuzozin Doxazosin Terasosin
Remedii uroselective.	Tamsulozin

Tamsulozinul (Omnice, Yamanouchi) este un preparat de generație nouă și proprietăți noi comparativ cu predicatorii săi:

Selectivitatea către α_{1a} adrenoreceptor este cu mult mai înaltă comparativ cu derivații quinazoloniului (de 10-300 ori) «K. Kawabe, 1998», totodată acțiunea asupra α_{1b} este substanțial mai joasă așa dar raportul α_{1a}/α_{1b} este de 30 ori mai înalt comparativ cu derivații quinazoloniului «C.R. Chapple, 1998». Datorită sensibilității joase către receptorii aortali comparativ cu cei prostatici, de 12 ori, efectul hipotensiv este minim. Fapt ce permite administrarea fără titrarea dozei și poate fi administrat în combinație cu preparate hipotensive fără risc de hipotonie «F.C. Lowe, 1997».

Cercetările clinice au demonstrat posibilitatea α_1 -adrenoblocatorilor de a ameliora capacitatea de evacuare a vezicii urinare și reducerea semnelor clinice iritative comparativ cu placebo. Reducerea semnelor clinice a dereglărilor micționale se datorează blocadei α_1 adrenoreceptorilor din prostată, colul vezical și uretra posterioară. Mecanismul de ameliorare a semnelor clinice iritative sub acțiunea α_1 -adrenoblocatorilor nu e pe deplin cunoscut. «M.C. Michel, 1999».

Cercetarea ARNI a demonstrat prezența preponderent a α_{1a} -adrenoreceptorilor (66%) și în cantitate mai mică a α_{1b} adrenoreceptorilor(34%) totodată subtipul α_{1b} nu s-a depistat «D.A. Schwinn, 1999». Se presupune că la pacienții cu instabilitatea detruzorului cauzată de obstrucția infravezicală sau dereglările micționale neurogene are loc creșterea activității α_{1a} -adrenoreceptorilor și modificarea proceselor de dirijare a activității detruzorului și modificarea proceselor de relaxare a vezicii urinare aflate sub controlul α_{1b} .

Stări clinice asemănătoare sunt caracteristice pentru pacienții cu prostatită cronică. Și în această situație sunt patogenetic argumentați administrarea α_{1a} și α_{1b} -adrenoblocatorilor.

Datele preliminare despre posibilitatea efectului clinic pozitiv a α -adrenoblocatorilor în tratamentul prostatitei cronice a împus medicilor – urologi practicieni de a administra empiric preparate din această grupă «J.J. Drabnick, et al., 1997; J.J.M.C.H. de la Rossette et al., 1993».

D.E. Osborn et al. (1981) pentru prima dată a cercetat acțiunea miorelaxantelor fenoxibenzamini și baclofenei la pacienții cu prostatodinii. După tratamentul timp de o lună ameliorarea simptomatice a semnelor clinice s-a produs la 48% pacienți la administrarea fenoxibenzamini, 37% - baclofenei și la 8% după administrarea placebo. Datorită efectelor adverse frecvente tratamentul cu miorelaxante fenoxibenzamin și baclofen a fost suspendat.

În 1992 rîd J.J.M.C.H. de la Rossette et al. au studiat eficacitatea α_1 -adrenoblocantelor la pacienții cu prostatită cronică abacteriană sau prostatodinie și semne de dereglări micționale. În baza datelor primite autorii recomandă tratament cu α_1 -blocatori la pacienții cu prostatită cronică și dereglări micționale.

G.A. Barbalias et al. (1998) au studiat efectul clinic la 270 pacienți cu prostatită cronică la administrarea combinată a α_1 -adrenoblocantelor și antibioticelor. S-a dovedit că frecvența recidivei tabloului clinic după administrarea combinată a antibioticelor și α_1 -adrenoblocantelor a scăzut de la 84% la 41%, iar frecvența depistării florei bacteriene s-a redus de la 75% până la 16%. Datele obținute indică prezența dereglării neuromusculare a actului de micție și la pacienții cu prostatită cronică bacteriană, administrarea α_1 -adrenoblocantelor înlătură cauza patogenetică de reinfecție a prostatei. Efect maximal la administrarea α_1 -adrenoblocantelor a fost obținut la pacienții cu sindromul cronic dolo perineal – 58%, apoi la pacienții cu prostatită cronică abacteriană – 47% și la pacienții cu prostatită cronică bacteriană. S-a dovedit că administrarea preparatului mai mult de 6 luni nu scade semnificativ rata recidivelor. B.H. Ткачук (2000) a primit rezultate pozitive în urma administrării tamsulozinei la 91 din 92 % pacienți tratați cu tamsulozină, rezultate analogice la administrarea tamsulozinei a fost obținute de A.C. Пепеверзев и соавт. (2000). S-a dovedit că administrarea peste 12 săptămîni crește semnificativ stabilitatea efectului primit.

Prostatita acută frecvent se asociază cu dereglări micționale iritative sau obstructive, uneori survine retenția acută de urină, ce impune efectuarea tratamentului chirurgical – instalarea epicistostomei. Însă D.E. Neal (1999) consideră că aplicarea α_1 -adrenoblocatorilor la pacienții cu prostatită acută reduce considerabil riscul apariției retenției acute de urină.

Algoritmul tacticii de tratament a prostatitei acute pe fondalul tratamentului antibacterian.

Urina reziduală	Tactica de tratament
< 30 ml	Control în dinamică
30-100ml	Administrarea α_1 -adrenoblocantelor
100-250 ml	Epicistostomie troacără sau administrarea α_1 -adrenoblocantelor.
>250 ml	Epicistostomie troacără

Procesul inflamator din prostată de lungă durată cauzează apariția sclerozei prostatei cu dezvoltarea obstrucției infravezicale, aplicarea α_1 -adrenoblocantelor în cazul dat va fi fără succes. Scleroza prostatei cu dezvoltarea dereglărilor micționale obstructive este indicație directă pentru ITUP.

În baza cercetărilor efectuate s-a dovedit argumentat etiopatogenetic tratamentul cu α_1 -adrenoblocatori a pacienților cu prostatită cronică, candidat ideal pentru administrarea α_1 -adrenoblocatorilor sunt pacienții la care simptomatice prostatitei e cauzată de creșterea rezistenței ure-

trale cauzat de tonusul crescut a mușchilor sincterului intern a vezicii urinare, sfincterului extern uretral și instabilitatea detruzorului. «J.J.M.C.H. de la Rossette et al., 1992». La necesitatea se combină cu antibioterapie, activitatea procesului inflamator din prostată nu influențează important efectul tratamentului cu α_1 -adrenoblocatori. «G.A. Barbalias et al., 1998».

La majoritatea pacienților efectul clinic de la administrarea α_1 -adrenoblocatorilor apare în primele 2 săptămâni, însă poate apărea din primele zile. Durata tratamentului cu α_1 -adrenoblocatori nu e pe deplin definită dar se consideră pentru primirea unui efect stabil tratamentul e necesar de efectuat timp de 6 - 8 luni «G.A. Barbalias et al., 1998».

S.G. Weiss și T.D. Moon (1999) consideră optimal administrarea α_1 -adrenoblocatorilor timp de o lună apoi recomandarea folosirii α_1 -adrenoblocatorilor în mod intermitent.

Mai optimală este administrarea α_1 -adrenoblocatorilor uroselectivi (Tamsulozin) cu efecte adverse minimale, latură pozitivă în administrarea Tamsulozinuui este folosirea preparatului în doze standart, nu e necesară titrarea dozei.

Bibliografie

- 1.С. Переверзев, С.Я. Мысько, В.В. Россихин. Особенности консервативного лечения аденомы предстательной железы в сочетании с хроническим простатитом. Современные аспекты диагностики и лечения хронического простатита. Курск, 2000. С. 116-117.
- 2.В.Н. Ткачук. Современные методы лечения больных хроническим простатитом. Пособие для врачей. СПб, 2000. с. 4-6.
- 3.M. Orland, P.M. Hanno, A.J. Wein. Prostatitis, prostatosis and prostatodynia. Urology 1985, vol. 25, p. 439-459.
- 4.W.J. Hellstrom, R.A. Schmid, T.F. Lue, et al. Neumuscular dysfunction in nonbacterial prostatitis. Urology 1987, vol. 30, p. 183-188.
- 5.D.E. Osborn, N.G.R. George, P.N. Rao, et al. Prostatodynia: physiological characteristics and rational management with muscular relaxants. Br. J. Urol. 1981, vol. 53, p. 621-623. W. Bushman. Etiology of prostatitis. In: Prostatic Diseases. Ed. H. Lepor, W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, Sydney, 2000. p. 550-557.
6. N.J. Blaylock. Anatomical factors in prostatitis. Br. J. Urol. 1974, vol. 46, p. 47-54. J.E. McNeal. Regional morphology and pathology of the prostate. Am. J. Clin. Pathol. 1962, vol. 49, p. 347-357.
- 7.M.A. Hofmeister, F. He, T.L. Ratliff, et al. Mast cells and nerve fibers in interstitial cystitis (IC): an algorithm for histologic diagnosis vai quantitative amage analysis and morphometry (QIAM). Urology 1997, vol. 49 (suppl. 1), p. 41-47.
- 8.A. Vaalasti, A. Hervonen. Autonomic innervation of the human prostate. Invest. Urol. 1980, vol. 17, p. 293-297.
9. Caine, S. Rax, M. Zeigler. Adrenergic and cholinergic receptors in the human prostate, prostatic capsule and bladder neck. Br. J. Urol. 1975, vol. 27, p. 193-202.
- 10.S.A. Awad, J.W. Downie. Sympathetic dyssynergia in the region of the external sphincter: a possible source of the lower urinary tract obstruction. J. Urol. 1977, vol. 118, p. 636-640.
- 11.P.J. Donker, F. Ivanovich, E.L. Noach. Analyses of the urethral pressure profile by means of electromyography and the administration of drugs. Br. J. Urol. 1972, vol. 44, p. 180-193.
- 12.M. Caine, A. Pfau, S. Perlberg. The use of alpha-adrenergic blockers in benign prostatic obstruction. Br. J. Urol. 1976, vol. 48, p. 225.
- 13.R.J. Krane, C.A. Olsson. Phenoxybenzamine in neurogenic bladder dysfunction. I. A theory of micturition. J. Urol. 1973, vol. 110, p. 650-656.
- 14.H. Lepor, R. Tang, S. Meretyk, et al. Alpha-1-adrenoreceptor subtypes in the human prostate. J. Urol. 1993, vol. 149, p. 640-642.
- 15.R.S. Kirby. Alpha-1-adrenoreceptor subtypes and the prostate: the issue of uroselectivity. Urol. Int. 1997, vol. 4, p. 13-14.
- 16.R. Foglar, K. Shibata, A. Hirasawa et al. Use of recombinant alpha-1 adrenoreceptors to characterize subtype selectivity of drugs for the treatment of prostatic hypertrophy. Eur. J. Pharmacol. 1995, vol. 288, p. 201-207.
- 17.H. Lepor, R. Tang, E. Shapiro. The alpha-adrenoreceptor subtype mediating the tension of human prostatic smooth muscle. Prostate 1993, vol. 22, p. 301-307. K. Kawabe. Current status of research on prostate-selective alpha-1-antagonists. Br. J. Urol. 1998, vol. 81 (suppl. 1), p. 48-50.
- 18.J.J. Drabnick, J.F. Mackey, J.M. Gambel. Prostatodynia in United Nations peace keeping force in Haiti. Mil. Med. 1997, vol. 162, p. 380-383.
- 19..A. Barbalias, G. Nikiforidis, E.N. Liastikos. Treatment of chronic prostatitis syndromes: evalua-

- tion of combining antibiotics and alpha-blockers. International Prostatitis Collaborative Network. 2nd Annual Meeting. Bethesda, MD, 1999. Abstract book p. 30.
20. J.J.M.C.H. de la Rossette, H.F.M. Karthaus, Ph.E.V.A. Kerrebroeck et al. Research in «prostatitis syndromes»: the use of alfusosin (a new alpha-1 receptor blocking agent) in patients mainly presented with micturition complains of an irritative nature and confirmed urodynamic abnormalities. Eur. Urol. 1992, vol. 22, p. 222-227.
21. D.E. Neal, T.D. Moon. Use of terazosin in prostatodynia and validation of a symptom score questionnaire. Urology 1994, vol. 43, p. 460-465.
22. S.G. Weiss, T.D. Moon. a-blocker therapy. In: Textbook of prostatitis. Ed. J.C. Nickel. ISIS Medical Media. Oxford, 1999, p. 319-327.
23. D.E. Neal. Treatment of acute prostatitis. In: Textbook of prostatitis. Ed. J.C. Nickel. ISIS Medical Media. Oxford, 1999, p. 279-284.
24. R.O. Roberts, M.M. Lieber, D.G. Bostwick, C.J. Jakobsen. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes. Urology 1997, vol. 49, p. 809-821 National Kidney and Urologic Diseases Advisory Board. Long-range plan window on the 21st century.
25. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, 1990. M.B. Siroky, I. Goldstein, R.J. Kraine. Functional voiding disorders in men. J. Urol. 1980, vol. 124, p. 200-204.
26. R.E. Wheeler, R.G. Selah. The frequency of chronic prostatitis in 121 consecutive men with voiding symptoms. International Prostatitis Collaborative Network. 2nd Annual Meeting. Bethesda, MD, 1999. Abstract book p. 69.
27. G.A. Barbalias. Prostatodynia or painful male urethral syndrome? Urology 1990, vol. 36, p. 146-153. T.D. Moon. Management of nonbacterial prostatitis and prostatodynia. In: Prostatic Diseases. Ed. H.
28. Lopor, W.B. Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto, Sydney, 2000, p. 571-576. S.A. Kaplan, E.F. Ikeguchi, R.P. Santarosa et al. Etiology of voiding dysfunction in men less than 50 years of age. Urology 1996, vol. 47, p. 836-839.
29. M.S. Litwin, M. McNaughton-Collins, F.J. Fowler, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. J. Urol. 1999, vol. 162, p. 369-375.
30. J.C. Nickel. Prostatitis: management strategies. Urol. Clin. N. Am. 1999, vol. 26, p. 737-751.

РОЛЬ ЭСТРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Дехтярь Ю. Н., Костев Ф.И.

Клиника урологии и нефрологии Одесского государственного медицинского университета

Summary

The role of estrogen lack in the management of lower urinary tract infection in the postmenopausal women. Cystitis caused by prolonged estrogen deprivation may be grossly underreported. The association between urinary disorders, urinary incontinence and urinary tract infections was assessed in an epidemiological study.

Цистит относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям мочевых путей, интерес к которому особый в связи с его ролью в патогенезе несостоятельности уретерovesикальных соустьей, пузырно-мочеточникового рефлюкса и как следствие восходящего инфицирования почек (В. М. Державин и соавт., 1984 г.). Инфицирование мочевого пузыря следует рассматривать как предпосылку к воспалению. Последнее развивается на почве функциональных нарушений мочевого пузыря и несостоятельности защитных факторов слизистой оболочки (2, 3). С этих позиций особое внимание заслуживает хронического воспаления мочевого пузыря у женщин в постменопаузе. Атрофические изменения слизистой оболочки нижних мочевых путей вследствие возрастного снижения эстрогенов, также могут поддерживать воспаление и способствовать хронизации процесса (1). Целью нашего исследования было изучение влияния

эстрогенного дефицита на возникновение инфекционно – воспалительных заболеваний нижних мочевых путей у женщин в постменопаузальной периоде.

Анализ был проведен в двух группах на основании клинико-анамнестических данных в сопоставлении с результатами дополнительных методов исследования (лабораторного, бактериологического, уродинамического, инструментального, рентгенологического, морфологического). Первую группу составили женщины с климактерическими расстройствами, находящиеся под наблюдением в женских консультациях (n=214), в возрасте от 39 до 68 лет (средний возраст 51,8±5,5 года), вторую – подопечные гериатрического дома – интерната (n = 112), средний возраст 67,6±4,5 года (от 54 до 82 лет). По клинико-анамнестическим данным 62 (27%) женщины в первой группе и 59 (53%) во второй перманентно испытывали различные дизурические проявления УГР в климаксе. За последние 24 месяца острый цистит перенесли 39 (15 и 24) больных, хронический цистит выявлен у 93 (37 и 56). Персистирующая мочевая инфекция при бактериологическом исследовании выявлена у 13 (6%) и у 24 (21%) соответственно. Микрофлора преимущественно кокковая, в преобладающем большинстве случаев – энтеробактерии (56%). Среди 93 больных хроническим циститом мы наблюдали стабильно-латентный цистит - у 9 больных (отсутствовали жалобы, лабораторные и бактериологические данные, в то время как эндоскопически выявлялся цистит той или иной распространенности), латентный хронический цистит с редкими обострениями — у 22 больных (активизация воспаления по типу острого, не чаще 1 раза за год), латентный хронический цистит с частыми обострениями — 25 больных (частота обострения — 2 раза и более за год) и у 37 собственно хронический цистит (персистирующая симптоматика, положительные лабораторные и эндоскопические данные при отсутствии необратимого нарушения резервуарной функции мочевого пузыря). Начало хронического цистита в перименопаузе отметили 9 (11%) пациенток, 56 (68%) – в физиологической менопаузе и 18 (21%) – в постоперационной менопаузе.

Из дизурических симптомов наиболее часто отмечалось: учащенное мочеиспускание; ночные мочеиспускания, нарушающие режим сна; императивные позывы; недержание мочи; произвольные ночные мочеиспускания во время сна; чувство неполного опорожнения мочевого пузыря; затрудненное мочеиспускание (таблица № 1).

Алгический синдром отмечен у 29 (32%) больных хроническим циститом, при этом у 9 (10%) являлся единственной жалобой - проявлялся учащенным, болезненным мочеиспусканием, чувством жжения, часто с ощущением боли над лонном и в парауретральной зоне, режями в уретре.

Степень выраженности поллакиурии варьировала существенно, от минимальной, когда диагностировалась только по результатам регистрации ритма мочеиспусканий, до предельно максимальной. В последнем случае позывы носили императивный характер с небольшими интервалами, число мочеиспусканий исчислялось десятками.

Таблица № 1

Частота дизурических симптомов и инконтиненции у женщин с климактерическим синдромом (1 группа) и в популяции пожилых женщин (2 группа)

Симптомы	1 группа (n=214)	2 группа (n=112)
Учащенное мочеиспускание	24%	46%
Учащенное мочеиспускание в ночное время	29%	53%
Императивные позывы	9%	27%
Недержание мочи	10%	33%
Недержание мочи во время ночного сна	0,9%	5%
Затрудненное мочеиспускание	7%	12%
Бактериурия	8%	21%

Одним из первых и ведущих симптомов была ночная поллакиурия, что обусловлено, как сниженным эффективным объемом мочевого пузыря, вследствие атрофических изменений уротелия, так и увеличением «ночного» диуреза (по нашим наблюдениям, при климактерическом синдроме, до 70% суточного количества мочи выделяется ночью, что оказывает существенное влияние на клинику расстройств мочеиспускания).

Симптомы недержания мочи, проявляющиеся единичными эпизодами или носящие регулярный характер отмечали 21 женщина в первой группе и 37 во второй. Из числа страдающих недержанием мочи у 19 (34%) диагностировано ургентное недержание, у 25 (44%) стрессовое и у 14 (22%) комбинированная форма (ургентное в сочетании со стрессовым). При этом анатомические изменения (пролапс тазовых органов) одинаково часто обнаруживались, как у удерживающих, так и не удерживающих мочу женщин. Более того, женщины с цистоцеле 3 – 4 степени испытывали затрудненное мочеиспускание, что отражалось на показателях урофлоуметрии.

Важное значение в развитии мочевого инфекции, в современной литературе придается функциональным нарушениям мочевого пузыря (2, 3). Одновременное развитие атрофических процессов, связанных с прогрессирующим эстрогенным дефицитом в мышцах, слизистой оболочке, сосудистых сплетениях влагалища, мочевого пузыря и уретры, а также мышцах и связочном аппарате малого таза обуславливает частое сочетание симптомов цистоуретрита и женской инконтиненции. Возникновение симптомов расстройств мочеиспускания объясняют повышенной чувствительностью атрофичной слизистой оболочки уретры и мочепузырного треугольника к попаданию даже минимальных порций мочи (3).

Исследование влияния эстрогенного дефицита на качество мочеиспускания проводили в трех группах (таблица №2). Первую (контрольную) группу (n=30) составили соматически здоровые женщины детородного возраста, вторую (n=32)- женщины в постменопаузе, не предъявлявшие жалобы на расстройство акта мочеиспускания, третью (n - 64) - больные рецидивирующим и хроническим циститом в климактерии. Средний возраст пациенток в третьей группе составил $59,2 \pm 7,5$ года (45 - 75 лет), длительность постменопаузы — $9,4 \pm 5,5$ года (3 - 23 лет). Оценка состояния мочеиспускания проводилась путем регистрации ритма мочеиспусканий в течение 2—3 дней в привычных (домашних) условиях. Для исключения влияния воспалительного процесса на формирование расстройств акта мочеиспускания в 3 группе, исследование проводилось в период ремиссии.

Таблица № 4

Характеристика ритма и эффективности мочеиспускания в основных и контрольной группах

Показатели	1 группа (n=30)	2 группа (n=32)	3 группа (n=64)
Поллакиурия	$5,2 \pm 1,1$	$8,1 \pm 1,3$	$10,2 \pm 1,9$
Ночная поллакиурия	0,4	$1,6 \pm 0,4$	$2,7 \pm 0,7$
Средний эффективный V мочевого пузыря, мл	$230,0 \pm 20,0$	$187,5 \pm 37,5$	$136,3 \pm 39,0$
Остаточная моча, мл	5,0	$22,0 \pm 8,0$	$41,2 \pm 12,0$

При сравнении полученных данных с контрольными, во второй группе у 18 (56%) женщин определялась истинная поллакиурия ($9,7 \pm 1,3$) и никтурия (1,6), снижение среднего эффективного объема мочевого пузыря на $36\% \pm 3\%$, у 5 (15%) женщин - редкое мочеиспускание (до 5 раз в сутки) и увеличение среднего эффективного объема мочевого пузыря на $27\% \pm 5\%$. В третьей группе у 52 (81%) больных выявлена истинная поллакиурия ($12 \pm 2,5$) и никтурия ($3 \pm 1,5$), снижение среднего эффективного объема мочевого пузыря на $48\% \pm 8\%$, 27 (42%) пациенток испытывали императивные позывы к мочеиспусканию. У 6 (9%) больных определялось редкое мочеиспускание при увеличении среднего эффективного объема мочевого пузыря на $74\% \pm 12\%$. Таким образом, полученные данные подтверждают роль эстрогенного дефицита в генезе расстройств акта мочеиспускания в постменопаузальном периоде, и позволяют определить мочевую инфекцию как вторичное проявление атрофических процессов в структурах урогенитального тракта.

Симптомы атрофического цистоуретрита с нарушением контроля над мочеиспусканием и без него резко снижают качество жизни (1). Проведенный нами анализ влияния симптомов хронического цистоуретрита при УГР в климактерии на качество повседневной жизни (оценивали интенсивность каждого из симптомов по шкале D.H.Barlow и соавт. (4), в которой 1 баллу соответствуют минимальные проявления симптомов, а 5 баллам — максимальные проявления, отрицательно влияющие на повседневную жизнь) позволяют расположить симптомы УГР в климактерии, по мере наибольшего влияния на качество жизни, в следующем порядке: ургентная инконтиненция, императивные позывы к мочеиспусканию, стрессовая инконтиненция, ночная поллакиурия.

Таким образом, проведенные нами исследования подтвердили высокую частоту УГР в постме-

нопаузе (1). Наблюдаемые при хроническом цистите у женщин в постменопаузе расстройства акта мочеиспускания связаны с атрофическими процессами в структурах урогенитального тракта и позволяют определить мочевою инфекцию как вторичное проявление эстрогенного дефицита.

Литература

1. Балан В.Е., Елисеева Н.А. Гормональная терапия климактерических расстройств. М., 1994.- С. 17-19.
2. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии-2-е изд.-М.: Медицина.
3. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии.-М.: Медицина 1998
3. Barlow D.H., Samsioe G., Geelen M.S. // *Maturitas*.-1997.-Vol.27.-P. 772-780.
4. Koninckx P.R., Lauweryns J.A., Cornillie F.J. // *A New approach in the Treatment of climacteric disorders*. - Berlin; New York, 1992.- P.37-53.
5. Raz S. M. D. *Female urology*. - 1996. - P. 185-187.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭКСО (ФИТОЭСТРОГЕН) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТОУРЕТРИТА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАСТРОЙСТВАХ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Дехтярь Ю. Н., Костев Ф.И.

Клиника урологии и нефрологии

Одесского государственного медицинского университета

Summary

Application of a preparation EKSO (phyto-oestrogen) for treatment chronic cystitis (C C) at urogenital disorders in postmenopausal patient. Comparing the objective data (the daytime frequency, the nocturia, the mean voided volume) with the doctor's and patient's subjective of the quality of treatment, we revealed a distinct positive effect of using EKSO for treatment chronic cystitis at urogenital disorders in postmenopause.

Атрофический цистоуретрит - одно из наиболее распространенных заболеваний женщин пожилого возраста. По эпидемиологическим данным частота урогенитальных расстройств (УГР) у женщин в возрасте 50—55 лет достигает 50% (1). Урогенитальные нарушения по характеру проявления и времени возникновения принято относить к средневременным климактерическим расстройствам (1, 4). По данным ряда исследователей, большинство женщин старше 50 лет имеют те или иные симптомы, обусловленные атрофическим цистоуретритом. Частота их увеличивается с возрастом и после 75 лет превышает 80% что связано с прогрессированием возрастных атрофических изменений в связи с эстрогенным дефицитом в климактерии (1).

Таким образом, диагностика и лечение урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе относятся к актуальным проблемам современной медицины, что обусловлено, прежде всего высокой частотой урогенитальных расстройств (до 73%) (1, 4, 5). В настоящее время для лечения урогенитальных нарушений достаточно широко используется заместительная гормональная терапия, которая имеет ряд нежелательных побочных эффектов. Кроме того, сохраняется отрицательное отношение к заместительной гормональной терапии у подавляющего большинства врачей и больных (1). Также существует группа больных, которым, в силу различных причин, противопоказано ЗГТ, в ряде случаев влекущая за собой опасные для жизни осложнения. Что делает актуальным поиск других эффективных лекарственных средств.

Использование фитоэстрогенных препаратов в качестве самостоятельных средств лечения и в комплексе с заместительной гормональной терапией открывает новые перспективы в лечении урогенитальных проявлений климактерического синдрома. Так известно о положительном влиянии флавоноидов на эпителий стенки влагалища и мочевых путей.

Цель исследования

Состояла в изучении эффективности нового отечественного фитоэстрогенного препарата ЭКСО при атрофическом цистоуретрите. Препарат разработан НПА «Одесская биотехнология» и представляет собою комплекс биологически активных веществ из бобов сои. В его составе витамины, макро - и микроэлементы, водорастворимые белки, аминокислоты, ингибитор трипсина, изофлавоны (генистеин и даидзеин). С последними и связывают эстрогенные,

антиэстрогенные и антиканцерогенные свойства сои. Препарат ЭКСО не оказывает влияния на собственный гормональный фон. Это важное свойство свидетельствует о его безопасности, отсутствии отдаленных последствий и выгодно отличает его от натуральных и синтетических аналогов гормональных средств.

Материалы и методы, исследования

В урологическом отделении городской клинической больницы № 10 проведено лечение 67 больных атрофическим цистуретритом. Пациентки получали ежедневно 3 раза по 2 таблетки препарата ЭКСО в течение 12 недель. Всем больным до лечения, через 1, 2 и 3 месяца от начала лечения проводили общее обследование и изучение интенсивности «сенсорных» симптомов атрофического цистуретрита (поллакиурии, ночной поллакиурии, императивных позывов) по шкале D. H. Barlow и соавт. (4), в которой 1 баллу соответствуют минимальные проявления симптомов, а 5 баллам — максимальные проявления, отрицательно влияющие на повседневную жизнь. Оценка состояния мочеиспускания проводилась путем регистрации ритма мочеиспусканий в течение 3 суток в привычных (домашних) условиях.

Результаты и их обсуждение

Возраст пациентов варьировал от 45 года до 76 лет, средний возраст - $56,4 \pm 6,2$ года, длительность постменопаузы - $9,6 \pm 5,2$ года (от 1 до 26 лет). При анализе длительности заболевания выяснено, что 10 больных страдали атрофическим цистуретритом в течение 3-5 лет, 24 - от 1 года до 3 лет, давность заболевания до года отмечена у 14 больных. Важно отметить, что для исключения влияния воспалительного процесса на формирование расстройств акта мочеиспускания, исследование проводилось в период ремиссии. Стерильность мочи доказана бактериологически.

До лечения из дизурических симптомов наиболее часто отмечалась учащенное мочеиспускание - 61 (92%), ночные мочеиспускания, нарушающие режим сна - 63 (95%), императивные позывы - 24 (36%), стрессовое недержание мочи - 21 (31%), произвольные ночные мочеиспускания во время сна - 6 (9%), чувство неполного опорожнения мочевого пузыря - 8 (12%) пациента, затрудненное мочеиспускание - 6 (9%). Остаточной мочи не было у 39 (59%) больных, остаточная моча в объеме до 50 мл выявлялась у 23 (35%) больных, от 51 до 100 мл - у 4 (6%).

При анализе динамики отдельных симптомов дизурии выявлено, что частота мочеиспускания уменьшилась у 47 (70%), частота ночных мочеиспусканий уменьшилась - у 42 (63%), уменьшение или устранение императивных позывов - у 12 (18%), чувства неполного опорожнения мочевого пузыря - у 6 (9%) больных (рис. 1). Стрессовая инконтиненция не наблюдалась у 6 (9%) женщин. Однако следует отметить, что до лечения потеря мочи у этих пациенток исчислялась всего несколькими каплями.

Оценку результатов проводили также в зависимости от степени выраженности УРГ (1). Первую группу составили 46 пациенток с легкой степенью УРГ. Вторую группу сформировали 15 пациенток со средней и 6 пациенток с тяжелой степенью УРГ. Динамика симптомов дизурии, в зависимости от степени их выраженности на фоне лечения ЭКСО, представлена в табл. 1.

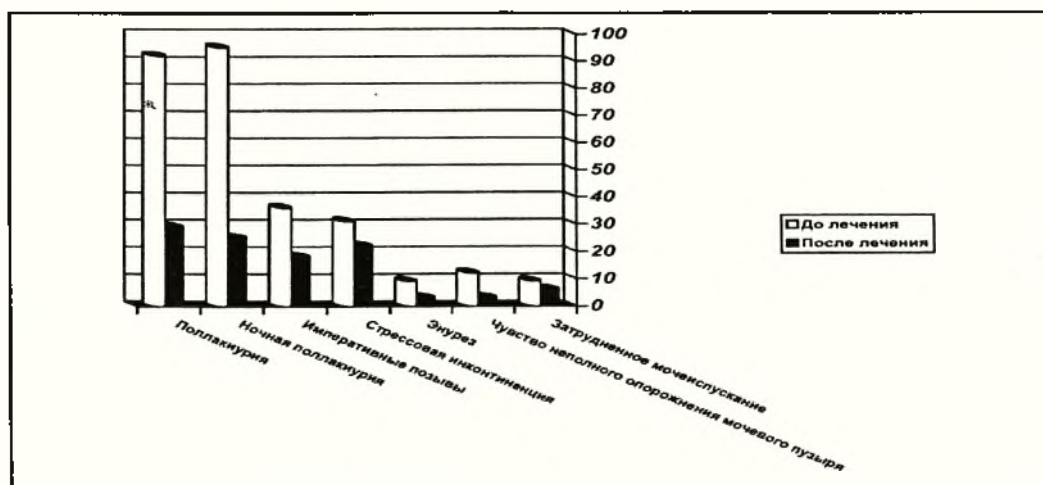


Рис. 1 Динамика дизурических симптомов хронического цистуретрита у женщин в постменопаузе на фоне лечения ЭКСО

Сопоставляя объективные данные (динамику интенсивности поллакиурии, ночной поллакиурии, показателей эффективности мочеиспускания), а также субъективную оценку эффективности лечения врачом и пациентом (интенсивность симптомов атрофического цистоуретрита по шкале D. H. Barlow), можно сделать заключение, что в 65% наблюдений отмечался отчетливый положительный эффект от лечения ЭКСО. Это подтверждается интенсивностью снижения «сенсорных» симптомов атрофического цистоуретрита в этой группе больных: число эпизодов поллакиурии уменьшилось в 2 раза, ночной поллакиурии - в 1,5 раза, а интенсивность дизурических симптомов, отражающий качество жизни, уменьшилась в среднем с 3 – 4 до 0 – 1 балла. Невыраженный эффект наблюдали у 17 (25%) женщин. Число эпизодов мочеиспускания у них снизилось на 30%, интенсивность симптомов дизурии в этой группе пациентов снизилась в среднем на 20% - с 3-4 до 2-3 баллов. Эффект от лечения не отмечен у 8 (12%) женщин. У них статистически значимо не изменилась частота поллакиурии и ночной поллакиурии. Сходным образом практически не изменилась и интенсивность симптомов атрофического цистоуретрита.

Качество мочеиспускания улучшилось у 43 (65%) и не ухудшилось у 20 (30%) женщин. Так у половины больных 34 (52%) увеличился средний эффективный объем мочевого пузыря, количество остаточной мочи уменьшилось - у 27 (40%) обследуемых. Соответственно увеличился коэффициент эффективности мочеиспускания у 52 (65%) больных.

Анализ изменения частоты и интенсивности симптомов атрофического цистоуретрита у больных обеих групп на фоне терапии ЭКСО также свидетельствует о положительной динамике в сравнении с исходными данными. Однако эффективность лечения ЭКСО ограничена тяжестью УГР. Положительная динамика установленная в отношении, как поллакиурии и никтурии, так и показателей эффективности мочеиспускания была мало выражена при тяжелых УГР. Интенсивность симптомов атрофического цистоуретрита у больных с тяжелыми УГР, которая соответствовала максимальной негативной оценке - 5 баллам, через 3 месяца терапии снизилась в среднем до 4 баллов.

Таблица 1

Динамика ритма и эффективности мочеиспускания у больных хроническим цистоуретритом в постменопаузе

Группы	I группа (n=46)		II группа (n=21)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Симптомы дизурии / показатели мочеиспускания				
-Поллакиурия (число эпизодов за 3 суток)	30,8±5,7	15,8±2,5	47,6±4,5	34,7±3,7
-Ночная поллакиурия (число эпизодов за 3 суток)	5,6±1,5	3,1±1,2	9,2±2,2	7,0±1,5
-Оценка по шкале Barlow	4	0,7	4,6	3,2
-Средний эффективный объем мочевого пузыря	128,5 мл	236,8 мл	95,7 мл	132,3 мл
-Коэффициент эффективности мочеиспускания	32%	65%	12%	36,8%

Важно подчеркнуть, что высокая эффективность ЭКСО сочетается с хорошей переносимостью. Аллергических реакций на прием препарата, обострений сопутствующих хронических заболеваний, нежелательных побочных явлений во время лечения не наблюдалось. Напротив, 24 пациента отчетливо отметили улучшение общего самочувствия, аппетита, усиление общего тонуса.

Заключение

Таким образом, данное клиническое исследование подтвердило многостороннее действие фитоэстрогенов на урогенитальную систему женщин, страдающих атрофическим цистоуретритом, но ограничена тяжестью УГР. Препарат ЭКСО оказывает влияние как на субъективный компонент дизурии (частота мочеиспусканий и императивных позывов), так и на динамический компонент. В пользу последнего указывает выраженная положительная динамика дизурических симптомов, оцененная по шкале Barlow, а также улучшение показателей эффективности

мочеиспускания (устранение остаточной мочи, отчетливое увеличение среднего эффективного объема мочевого пузыря и коэффициента эффективности мочеиспускания). Последнее указывает на оптимизацию резервуарно-эвакуаторной функции мочевого пузыря и регулирующее влияние на тонус детрузора и замыкательного аппарата шейки мочевого пузыря.

Литература

- 1.Балан В.Е., Елисеева Н.А. Гормональная терапия климактерических расстройств.» М., 1994.-С. 17-19.
- 2.Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии-2-е изд.-М.: Медицина.
- 4.Лопаткин Н.А. Руководство по урологии.-М.: Медицина 1998/
- 1.Barlow D.H., Samsioe G., Geelen M.S. // Maturitas.-1997.-Vol.27.-P. 772-780.
- 5.Koninckx P.R., Lauweryns J.A., Cornillie F.J. // A New approach in the Treatment of climacteric disorders. - Berlin; New York, 1992.- P.37-53.
- 6.Raz S. M. D. Female urology. - 1996. - P. 185-187.

CAPITOLUL II

PATOLOGIA TUMORALĂ.

ADENOMUL ȘI CANCERUL DE PROSTATĂ

REZULTATELE TRATAMENTULUI HIPERPLAZIEI BENIGNE A PROSTATEI CU PROSTAMOL®UNO (STUDIUL CLINIC)

E.Ceban, A.Tănase, V.Ghicavii, C.Lupașco, V.Gorbatovschi, M.Popov
Clinica de Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF «N.Testemițanu»

Summary

During 6 month 15 patients with BPH were treated with Prostamol®Uno, 320mg, daily. In this trial patients were assessed pre- and post- treatment with international Prostate Symptom Score (IPSS), the Quality of Life (QOL) and volume of residual urine appreciated ecographically. The analysis of our data shows decrease in IPSS score, QOL and volume of residual urine with in 53,4 %, 57,5% and 48,7% respectively. Prostamol®Uno is one of election drug in conservative treatment of BPH.

Actualitatea, obiective

Hiperplazia benignă a prostatei (HBP) este cea mai frecventă patologie a bărbaților în etate (6,7). Astfel, conform datelor epidimiologice, bazate pe rezultatele morfo-histologice, adenomul de prostată este prezent la mai mult de 40% bărbați în vârsta de 50 ani, la vârsta de 60 ani frecvența este >50% și mai mult de 90% în vârsta de 80 ani (4).

Majoritatea bărbaților după vârsta de 50 ani acuză simptomele cauzate de HBP, manifestându-se clinic prin obstrucția vezicală (2,5). Necătând la acest fapt, numai fiecare al patrulea din ei se adresează la medic cu acuze de dereglări de micțiune (7).

Este bine cunoscut faptul, că expresivitatea acestor simptome depinde de mai mulți factori așa ca: dimensiunile prostatei, mărimea nodulului adenomatos, modul lui de creștere și prezența procesului inflamator. Pe lângă datele subiective ce îi deranjează pe pacienți, cât și determinarea celor obiective a maladiei: (mărirea în volum a prostatei, înrăutățirea indicilor urodinamici, prezența urinei reziduale după actul de micțiune), obligațiunea medicului specialist este de a determina gradul HBP și tactica de tratament.

În prezent există o variație largă de metode de tratament al adenomului de prostată: conservativ, endoscopic, chirurgical. Standartul de aur în tratamentul HBP este rezecția transuretrală a prostatei.

La pacienți cu simptomatologie moderată a maladiei, cât și cei cu contraindicații către tratamentul chirurgical și endoscopic, pacienți cu risc major cauzat de prezența bolilor intercurrente este indicată terapia medicamentoasă. Ea este bazată pe noile mecanisme etiopatogenetice a HBP și acțiunea preparatelor farmacologice (5).

În componența preparatului Prostamol®uno produs de firma Berlin-Ghemie AG Menarini Group (Germania) persistă extractul de Sabalis Serrulatae, răspândit în America de Nord. Pe diferite modele clinice *in vitro* și *in vivo* a fost demonstrată acțiunea extractului Sabalis Serrulatae în blocarea activității 5 α -reductazei, fiind un ferment care ocupă un rol principal în patogeneza HBP (3). Experiența în tratamentul dereglărilor de micțiune cu extract de Sabalis Serrulatae este cunoscută mai mult de 100 de ani. În prezent fitoterapia în tratamentul adenomului de prostată este pe larg folosită în țările europene (1).

Scopul lucrării:

Aprecieria eficacității preparatului Prostamol®uno în tratamentul adenomului de prostată.

Material și metode

Studiul a fost efectuat în Clinica de Urologie și Nefrologie Chirurgicală a Spitalului Clinic Republican, în cadrul Catedrei Urologie USMF «N. Testemițanu», în perioada octombrie 2001- mai 2002 pe un lot de 15 pacienți cu adenom de prostată, care au fost tratați conservativ prin administrarea preparatului Prostamol[®]uno.

Pacienții au fost selectați după următoarele criterii:

- stabilirea diagnosticului de adenom de prostată în baza:

1. Tușeul rectal

2. Ultrasonografia transrectală a prostatei cu aprecierea dimensiunilor prostatei, nodulul adenomatos și volumului urinei reziduale (R), fiind repetate și la sfârșitul studiului clinic.

Nu sau inclus în studiu bolnavii cu :

- indicații absolute către tratamentul chirurgical;

- adenom de prostată cu calculi vezicali și diverticuloză secundară;

- adenom de prostată și infecție urinară;

- adenom de prostată și insuficiență renală cronică.

Evaluarea clinică a HBP a fost apreciată prin Scorul Internațional al Simptoamelor Prostatei (IPSS) și determinarea Scorului Calității Vieții (QOL- quality of life) inițial, peste 2, 4 și 6 luni de tratament.

Vârsta pacienților a variat între 56 și 80 ani cu media de $64,53 \pm 3,47$ ani.

Indicii medii a simptoamelor IPSS și QOL până la tratament au constituit $19,1 \pm 0,4$ și respectiv $4,0 \pm 0,1$. Volumul rezidului urinar (R) inițial a fost $R=74,6 \pm 17,9$ ml. Dimensiunile prostatei determinate până la tratament în mediu au fost $3,9 \times 3,9 \pm 0,2$ cm și respectiv dimensiunile nodulului adenomatos medii $2,15 \pm 0,3$ cm.

Preparatul Prostamol[®]uno a fost administrat zilnic în doze de 320 mg per os într-o singură priză, seara după masă timp de 6 luni de zile.

Tabelul 1

Indicii inițiali ai pacienților, IPSS și QOL din lotul de studiu până la tratament cu Prostamol[®]uno

Nº pacienți	Vârsta medie (ani)	Scorul IPSS	Scorul QOL (of life)	Doza Preparatului (mg)	Durata tratamentului
15	$64,53 \pm 3,47$	$19,1 \pm 0,4$	$4,0 \pm 0,1$	320 mg	6 luni

Tabelul 2

Indicii ultrasonografici de examinare a prostatei până la tratament cu Prostamol[®]uno

Dimensiunile medii a prostatei (cm)	Dimensiunile medii a nodulului adenomatos (cm)	Volumul mediu a rezidului urinar (ml)
$3,9 \times 3,9 \pm 0,2$	$2,15 \pm 0,3$	$74,6 \pm 17,9$

Rezultate

În conformitate cu materialul și metodele de cercetări analiza studiului a evoluat următoarele rezultate:

Indicii medii a simptoamelor prostatei conform IPSS după 2 luni de tratament au constituit $15,5 \pm 2,0$ (-18,85%), indicii QOL $2,9 \pm 0,1$ (-27,5%). Peste 4 luni IPSS $10,9 \pm 0,4$ (-42,9%) și QOL $2,4 \pm 0,1$ (-40%).

La sfârșitul tratamentului (peste 6 luni) au constituit: IPSS $8,9 \pm 0,4$ (-53,4%) și respectiv QOL $1,7 \pm 0,2$ (-57,5%) (Fig.1,2).

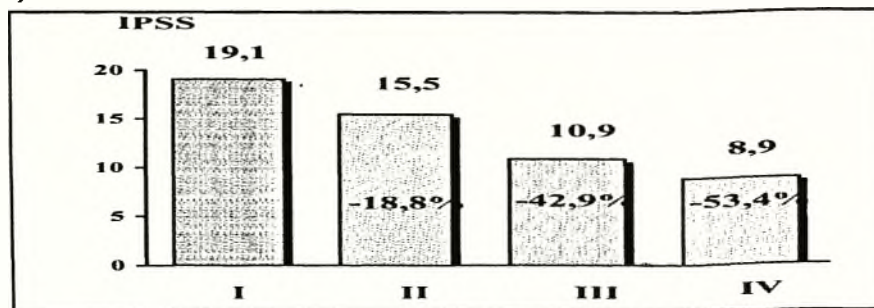


Fig.1. Dinamica simptoamelor prostatei în tratamentul cu Prostamol[®]uno determinate prin IPSS. I- inițial; II- după 2 luni; III- după 4 luni; IV- după 6 luni.

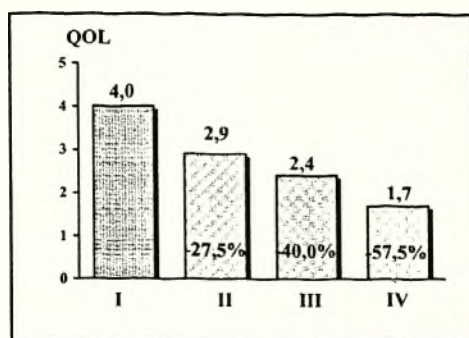


Fig.2. Dinamica calității vieții în tratamentul cu Prostamol[®]uno determinate prin QOL. I-inițial; II-după 2 luni; III-după 4 luni; IV-după 6 luni.

În baza datelor obținute determinăm o scădere a volumului urinei reziduale în mediu de $R=38,3\pm 6,7$ ml (-48,7%) (Fig.3.).

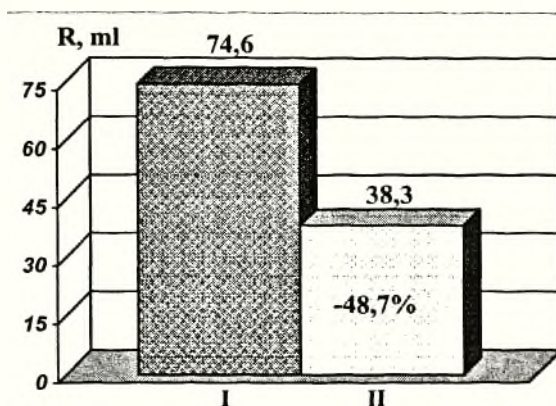


Fig.3. Dinamica volumului rezidului urinar (R) ml în rezultatul tratamentului cu Prostamol[®]uno. I-inițial; II-după tratament.

Dimensiunile medii a prostatei apreciate prin ultrasonografie după tratament (6 luni) a constituit $3,5 \times 2,9\pm 0,4$ și a nodulului adenomatos $2,08\pm 0,42$ (tabelul 3)

Tabelul 3

Dinamica dimensiunilor medii a prostatei și nodulului adenomatos în urma tratamentului cu Prostamol[®]uno (cm).

Dimensiunile medii a prostatei (cm)	inițial	după tratament
	$3,9 \times 3,9\pm 0,5$	$3,5 \times 2,9\pm 0,4$
Dimensiunile medii a nodulului adenomatos	$2,15\pm 0,3$	$2,08\pm 0,42$

Complicații și reacții adverse

Un pacient peste 2 luni de tratament a fost spitalizat pe motiv de retenție acută de urină în urma căreia s-a efectuat intervenția chirurgicală adenomectomia prostatei transvezicală și tratamentul cu Prostamol[®]uno a fost întrerupt.

La un pacient a fost înregistrată diareea, tratamentul parțial a fost întrerupt, apoi prelungit ulterior peste 2 săptămâni. La un pacient în urma tratamentului aplicat a fost determinat scăderea funcției erectile. Alte complicații cu reacții adverse și pericol pentru viață nu au fost înregistrate.

Concluzii

1. Preparatul Prostatamol[®]uno este unul din medicamentele contemporane de elecție în tratamentul conservativ al adenomului de prostată cu acțiune antiandrogenă (blocator de 5 α -reductază de origine naturală), efect antiinflamator și antiexudativ.
2. Administrarea preparatului în decurs de 6 luni a îmbunătățit Scorul Internațional al Simptoamelor prostatei (IPSS) de la 19,1 până la 8,9 ce a constituit în mediu 53,4% .
3. A permis îmbunătățirea Scorului Calității Vieții (QOL) de la 4,0 până la 1,7 ce a constituit în mediu 57,5%.
4. Dimensiunile prostatei în decurs de 6 luni s-au micșorat în mediu de la 3,9x3,9 până la 3,5x2,9 cm. În același timp dimensiunile adenomului au rămas practic nemodificate, lucru caracteristic pentru mecanismul de acțiune a preparatului. Această concluzie este confirmată și în alte studii.
5. Volumul rezidului urinar a diminuat în mediu de la 74,6 până la 38,2 ml ce constituie 48,7%.
6. În scopul prevenirii complicațiilor și unor reacții adverse este necesar de a selecta strict pacienții pentru tratament cu evaluarea tratamentului de probă. Se recomandă indicarea tratamentului în adenomul de dimensiuni mici și medii.

Bibliografia

1. Coch E., Biber A. «Urologie B» 1994.- Bd.34.-pag.90-95.
2. Nicolescu D., Urologia, București.- 1990, pag.97.
3. Баякин П.Н. Terra Medica.- 1998.-Т-13, Nr.4.- стр.7-10.
4. Горилловский Л.М, Модорский М.И, Уханов Н.Б, Никитская Т.Ю «Лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы Гентосон» Урология.- Москва.- Медицина.- 1999.- №3. стр.34-36.
5. Горилловский Л.М. «Доброкачественной гиперплазии предстательной железы» Под ред. Лопаткин Н.А.- Москва.-1997.-стр.10-18.
6. Лопаткин Н.А. «Руководство по урологии» Москва.- 1998.- Т.3.-стр.368.
7. Ткачук В.Н., Аль-Шукри С.Х., Александров В.П., Князькин И.В. «Лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы препаратом простоплантом» Урология.- Москва.- Медицина.- 2002.- №3. стр.16-18.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ В УСЛОВИЯХ УРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РЫБНИЦКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

А.М.Чернявый, Н.Ю.Марина
Рыбницкая ЦРБ

Summary

Urological patients with benign prostatic hyperplasia are, as usual, people advanced or much advanced in age and have at least more than three accompanying diseases. In connection with this in case of impossibility of operation ethiotropic treatment should include combination and α -adrenoblocators and inhibitors 5- α -reductasa. Operations after a specific treatment considerably increase the results of the treatment, thus the time of the patients in the hospital can become less. This leads to a significant economical effect.

Проблема доброкачественной гиперплазии простаты (ДГП) приобрела на сегодняшний день особую актуальность. С одной стороны, это связано с неуклонным ростом заболеваемости этой патологией во всем мире, с другой стороны, по мере развития науки появляется новая информация, диагностические тесты, медикаменты, оперативные пособия. Так, применявшееся ранее только оперативное лечение ДГП не всегда приводило к положительному результату. Послеоперационные осложнения, по данным литературы, составляли в разные годы 14,2-20,3%. Внедрение ТУР позволило расширить показания к оперативному лечению. По данным Американской Урологической Ассоциации (AUA), с 1985 по 1998 годы ТУР выполнялась у 69,2-93,3% больных ДГП. Введение же в последние годы фармакологических препаратов, зачастую дает возможность практикующему урологу избежать оперативного вмешательства, либо провести лекарственную терапию на дооперационном этапе лечения.

Проведенный нами анализ и сравнительная характеристика лечения больных в условиях

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 простаском // 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 acumiñați, 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 acumiñați 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 acumiñați, iar în cazul creșterii imense – aplicarea exciziei a foilor prepuțiului.

Scop, material și metode

Studierea unui lot de pacienți cu condiloame acumiñaate, alegerea tacticii eficiente de tratament. Din 1998 și pînă în 2002 am cercetat 220 de pacienți cu condiloame acumiñaate. 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 tinăără 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 prepuțiului (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, prepuțiul, în jurul anusului: 1-20 ani – 6%, 21-40 ani – 13%, 41-70 ani - 2%.

La femeii localizarea condiloamelor acumiñaate 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 acumiñaate 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 lîngă condiloame acumiñaate 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%.

În bolnăvirea cu adenomul de prostată este de 4 la 1000 populație, iar morbiditatea de 8 la 1000.

Material și metode

Studiul nostru se bazează pe un lot de 433 bolnavi, internați și tratați în secția chirurgie a Spitalului Județean Tighina în perioada anilor 1976 – 2001. Vîrsta medie a pacienților a fost de 72 ani, cu limite cuprinse între 49 și 82 ani. Din 433 pacienți, 273 (60%) au fost tratați chirurgical, din care în 226 cazuri intervenția chirurgicală a fost efectuată de urgență, iar în 47 cazuri în mod planic.

În situația cînd bolnavii au fost internați cu retenție acută de urină (115 pacienți), preoperator, am efectuat cateterismul periodic uretro-vezical la 8 ore în 72 de cazuri, iar în 43 cazuri am instalat un cateter a demeure pentru 5-7 zile.

La 106 pacienți (24%) maladia de bază a fost complicată cu insuficiența renală cronică sau au fost depistate patologii grave concomitente. În asemenea situații, am practicat efectuarea cistostomiei troacare – 57 cazuri și a cistostomiei deschise – 49 cazuri.

În 226 cazuri de HPB am efectuat intervenția chirurgicală radicală, cu utilizarea următoarelor varietate de adenomectomie:

1. Adenomectomia transvezicală într-o singură etapă după Freyer – 156 (69%) pacienți.
2. Adenomectomia transvezicală după Harris cu suturarea lojei de asupra sondei în 21(9%) cazuri.
3. Adenomectomia transvezicală în 2 etape în 49 (22%) cazuri.

Cu scop de hemostază intraoperatorie am utilizat următoarele metode: Sutura lojei prostatice - 30 cazuri, tamponarea lojei prostatice cu sonda Foley - 70 cazuri, electrocoagularea vaselor mucoasei vezicale și a lojei prostatice - 56 cazuri.

Rezultate, discuții

În general, intervențiile chirurgicale au fost bine suportate de către pacienți. În perioada postoperatorie am indicat tratament antibacterian conform antibiogrammei efectuate preoperator, analgetice, stupefiante, hemostatice, perfuzii intravenoase cu sol. glucoză 5%, 10%, sol. NaCl 0,9%, dextrane, vitamina C, etc. La majoritatea pacienților am efectuat timp de 3-4 zile postoperator lavaj permanent cu soluție de furacilină 0.02%, sol dioxidina 0.01%. Pentru profilaxia trombemboliilor am administrat sol. Heparina 5000 un x 2 ori, tab. acid acetilsalicilic, pacienții au fost mobilizați din prima zi.

Complicații postoperatorii am înregistrat la 34 de bolnavi (12.3%). Structura complicațiilor este prezentată în tabelul 1.

Tabelul 1

Complicații postadenomectomie

Complicația	Nr. cazul	%
Hemoragii precoce	6	2.2%
Hemoragii tardive	2	0.7%
Supurarea plăgii	12	4.4%
Infarct miocardic	3	1%
Fistule suprapubiene	7	2.6%
Calculi vezicali	4	1.4%
Total	34	12.3%

În perioada postoperatorie am înregistrat 4 cazuri de deces, cauzate de infarct de miocard – 2, insuficiență renală cronică – 1, hemoragie pe fon de patologie hepatică – 1.

Concluzii

Pentru a micșora numărul complicațiilor postoperatorii este necesar de a efectua adenomectomia într-o singură etapă, iar în cazurile complicate – adenomectomia în 2 etape.

Pentru a reduce rata hemoragiilor postoperatorii este recomandat de a efectua suturarea lojei prostatice.

TRATAMENTUL ADJUVANT CHIMIO-IMUNOTERAPEUTIC IN TUMORILE VEZICALE SUPERFICIALE

I.Dumbraveanu, C.Lupașco, E.Ceban, V.Ghicavii, R.Țurcan, C.Spînu, A. Tanase
Clinica Urologie, Hemodializă și Transplant Renal SCR

Summary

Intraveziucal chemo and imunotheapy can reduce recurrence rates of bladder tumors. The intraveziucal imunotheapy or chemotherapy is indicated for patients with high risc of tumors recurrence in the bladder (multiple tumors, G2-3 tumors). An investigation on 74 patient with superficial bladder cancer is presented. The rezults of the treatment are analyzed.

Actualitatea

Tratamentul tumorilor vezicii urinare are 3 obiective principale: eradicarea bolii existente; prevenirea recidivelor tumorale și prevenirea invaziei musculare și a metastazelor. Tratamentul primar, unanim acceptat, al tumorilor vezicale superficiale este rezecția transuretrala (TUR.V). Deoarece rata de recidivă și progresie după rezecția transuretrală simplă, continuă să rămână mare au fost propuse mai multe modalități terapeutice adjuvante, care au scopul de a îmbunătăți rezultatele tratamentului chirurgical.

Scopul studiului

Stabilirea eficacității tratamentului adjuvant în tumorile vezicale superficiale, aplicat după intervenții chirurgicale deschise sau endoscopice.

Material și metode

În perioada 1995 - 2002 am efectuat un studiu pe un grup de 76 pacienți cu tumori vezicale superficiale la care după intervenția chirurgicală s-au practicat instilațiile intravezicale cu agenți chimio sau imunoterapeuți. Perioada de urmărire a fost între 6 și 36 de luni. Din 76 pacienți, 18 au fost de sex feminin și 58 de sex masculin. Limitele de vârstă ale pacienților au fost între 28 și 68 ani, cu o vârstă medie de 52,5 ani. 31 pacienți (39%) au avut tumori vezicale superficiale primare, iar 45 pacienți (61%) tumori vezicale recidivate. Tumori vezicale unice am semnalat în 19 cazuri (22%), iar tumori vezicale multiple în 57 cazuri (78%). Repartiția stadiului și a gradului tumoral a bolnavilor a fost următoarea:

- Ta - 25 pacienți (33 %)
- T1 - 40 pacienți (53 %)
- Tx - 11 pacienți (14%)
- G1 - 7 pacienți (9%)
- G2 - 19 pacienți (25%)
- G3 - 29 pacienți (38 %)
- Gx - 22 pacienți (29%)

Am utilizat următorii agenți chimio sau imunoterapeuți:

- Thiotepa (Girostan) - 29 pacienți.
- Farmorubicină - 6 pacienți.
- BCG- 35 pacienți.

Alte droguri (interferon, MitomicinaC, adriamicina) - 6 pacienți. Instilațiile intravezicale cu BCG - 150mg, elaborat de Institutul Cantacuzino din București, sau la institutul Gamaleia (Moscova) precum și cu Farmorubicină (30-50mg dizolvate în 50ml ser fiziologic) au fost efectuate la un interval de 2-3 săptămâni post TUR.V., sau 3-4 săptămâni de la operația deschisă. Vezica urinară a fost expusă agentului chimio sau imunoterapeutic timp de 2 ore. În total au fost efectuate câte 6 instilații la un interval de 1 săptămână. Prima instilație cu Girostan (30mg dizolvate în 50 ml ser fiziologic) am efectuat-o la un interval de 2 săptămâni post TUR.V, apoi la fiecare 3 zile, în total 7 instilații. Timpul de expunere al vezicii urinare a fost identic cu cel anterior. Toți pacienții au fost supuși controalelor periodice conform protocolului stabilit.

Rezultate

Instilațiile intravezicale au fost bine tolerate de majoritatea bolnavilor. Efectele secundare locale cistite chimice sau induse BCG, au apărut la 18 pacienți (24%), repartizate astfel: la 10 pacienți (53%) după instilații cu BCG, la 4 pacienți (13,7%) după instilațiile cu Girostan, și la 1 pacient după instilație de Farmorubicină. Nu am semnalat efecte secundare generale importante. La 13,3% din pacienți

instilațiile intravezicale cu BCG a produs pusee febrile (peste 38° C), dar ele au fost tranzitorii și nu au necesitat instituirea tratamentului specific.

În decursul perioadei de urmărire 23 pacienți (31,5%) au prezentat recidive tumorale. Rata de recidivă, dependentă de drogul utilizat a fost următoarea: 26,6% pentru BCG, 16,6% pentru Farmorubicină și 41,3% pentru Girostan. La 5 pacienți (17,2%), la care s-au practicat instilații intravezicale cu Girostan am remarcat o progresie a stadiului, iar la 3 pacienți (10,3%) a gradului tumoral.

Discuții

Tratamentul chirurgical poate îndepărta radical tumorile vezicale aflate în stadiul neinfiltrativ. Dar o rezecție a vezicii urinare, chiar foarte corect efectuată, nu poate influența caracterul policronotrop al tumorilor vezicale și potențialul de apariție al unor noi tumori. De aceea este obligatorie efectuarea tratamentului adjuvant local. Acestei terapii adjuvante, în ultimul timp, i se atribuie un rol tot mai important, deoarece reduce semnificativ rata de recidivă și de progresie a bolii.

Comparativ cu alte studii multicentrice, experiența noastră în aplicarea tratamentului adjuvant chimio sau imunoterapeutic este modestă. Am efectuat un studiu pe 76 pacienți cu TVS, care au efectuat după intervenția chirurgicală instilații intravezicale cu Thiotepa, Farmorubicină și BCG, urmăriți între 6 și 36 de luni. Rata de recidivă după aplicarea terapiei adjuvante a fost de 31,5%. Majoritatea pacienților cu instilații intravezicale postTUR.V. au avut tumori vezicale multiple, cu un grading mare și stadiul T1, care recidivează după datele din literatură în proporție de 57 - 83%. Este evident că utilizarea terapiei adjuvante intravezicale reduce semnificativ rata recidivelor tumorale. Din cauza numărului mic de pacienți nu putem compara influența diverselor droguri asupra ratei de recidivă. Datele din literatură arată că, atât chimioterapia, cât și imunoterapia pot să scadă rata de recidivă. Witejs consideră că, deși chimioterapia influențează întotdeauna timpul primei recidive, aceasta nu influențează progresia și supraviețuirea. În același timp, câteva studii mai recente, arată că terapia de menținere cu BCG (instilații vezicale la 1 lună și/sau 3 luni timp de 1-2 ani) influențează prognosticul și supraviețuirea. Heer a urmărit timp de 10 ani un lot de pacienți cu risc crescut de cancer vezical și a arătat că doar 21% din bolnavii tratați cu BCG au prezentat progresie, în comparație cu 45% din grupul de control.

În profilaxia TVS, prin instilații intravezicale, nu s-au găsit diferențe semnificative între pacienții tratați cu Thiotepa, Epirubicină, sau Mitomicină C.

Comparând eficacitatea BCG cu cea a agenților chimioterapeutici, toți autorii citați arată efectul net superior al instilațiilor BCG și recomandă utilizarea lui în caz de eșec al chimioterapiei. Excepție face studiul lui Debruyne și colab., în care nu se arată nici o diferență între tratamentul cu Mitomicină C și BCG-Rib. După o urmărire medie de 21 luni, rata de răspuns complet a fost de 67% pentru BCG și de 71% pentru Mitomicină C. În același timp se arată că chimioterapia intravezicală cu Mitomicină C, timp de 6 luni, produce mai puține efecte adverse decât imunoterapia cu BCG.

Concluzii

Actul chirurgical nu poate influența caracteristica policronotropă a tumorilor vezicale, potențialul de apariție și a dezvoltării de noi tumori. Practicarea concomitentă a tratamentelor adjuvante locale a permis reducerea ratei de recidivă tumorală la 31,5% la pacienții cu risc crescut (tumori T1, recidivate, extinse și/sau multiple, tumori G3.). În baza experienței acumulate recomandăm utilizarea terapiei adjuvante locale cu scop de profilaxie a recidivelor tumorale.

Bibliografie.

1. Beduk Y; Yaman LS; Baltacı S; Muftuoglu YZ; Yurdakul T; Gogus O.: "Selection of patients for intravesical therapy for superficial bladder cancer." *Int Urol Nephrol* 1994 26 (5) p5238
2. De Kavoissi IR, Torensen RD.: "Result of 5 weekly intravesical Bacillus Calmette-Guérin instillation on the treatment of superficial bladder cancer." *J. Urol.* 1988. Nr. 139. P 935 -938.
3. Fujita K.: "Intravesical antitumor therapy immediately after transurethral resection of bladder cancer." *Int J Urol* 1994 1 (4) p341-4.
4. Lamm DL; Crawford ED; Blumenstein B.: "Maintenance BCG immunotherapy of superficial bladder cancer: a randomized prospective southwest oncology group study." *Congres de l'ASCO* 1992 11 (203) abstract 627.
5. Maroy B; Stefaniak X; Gerad C et al.: "Interet de la chimiotherapie endovezicale systématique par mitomicine C dans les tumeurs superficielles de la vessie." *Progress en Urologie.* 1996. Vol 6 (5). Suppliment 1 . p41A.
6. Morales A; Eide decer D; Bruce AW.: "Intracavitary Bacillus Calmette-Guérin in the treatment of superficial bladder tumors." *J Urol* 1976. 116. p180-186.
7. Morales A; Nickel JC.: "Immunotherapy for superficial bladder cancer. A developmental and clinical overview." *Urol Clin North Am* 1992. 19(3) p549-556.
8. Pagano F; Passi P; Milami C.: "A low dose Bacillus Calmette Guérin regimen in superficial

- bladder cancer therapy." J Urol. 1991 146 p32-5.
- 9.Vegt PD; Debruyne FM; van der Meijden AP.: "Bacillus CalmetteGuerin in superficial bladder cancer: consensus and controversies." Eur Urol 1995 27(2) p89-95.
- 10.WitjesJA.: "Prognosis and treatment of superficial bladder cancer". Drukkery Quickprint . Thesis Nimegen. 1993.

TRATAMENTUL HIPERTROFIEI BENIGNE A PROSTATEI CU PREPARATUL DALFAZ

(EXPERIENȚĂ PERSONALĂ)

I.Dumbaveanu, Iu.Nicu, R.Țurcanu, A.Oprea, M.Popov, V.Punga, A.Gaur
Clinica Urologie SCR, Policlinica municipală Nr.1, Policlinica CCSMS

Summary

Selective α_1 -adrenoblokere are thought promising in current conservative treatment of benign prostatic hiperplasia (BPH). The trial of Alfuzosin (Dalfaz) included 26 BPH patients with irritative and obstructive symptoms. The Dalfaz has a favorable effect on BPH: it improved quality of live, releived obstructive symtoms, reduced amount of residual urine.

Actualitatea

Hipertrofia benignă a prostatei (HBP) are o incidență mare la pacienții vârstnici. Conform datelor literaturii constituie circa 14 % la barbatii sub 50 ani, 50% între 60-69 ani și de 80% la bărbații în vârstă de 75-80 ani (1,2).

Metodele de tratament ale HBP se impart:

- Supraveghere dinamică
- Tratament medicamentos
- Metode de tratament chirurgical

Remediile medicamenoase ocupă un loc deosebit în tratamentul HBP. La ora actuala și piața farmaceutica a R.Moldova dispune de multe preparate utilizate în tratamnetul HPB.

Scopul studiului

Analiza experientei personale în tratamenului HBP cu preparatul "Dalfaz" (alfuzosin) (Sanofi Sintelabo)

Material si metode

Studiul s-a realizat pe un lot de 26 pacienti cu HBP, în perioada ianuarie - iulie 2002. Vârsta medie a pacienților a fost de 57 ani, cu limite cuprinse între 48 și 72 ani.

Protocolul de investigație a pacienților a inclus: aprecierea indexului IPSS și a calității vieții, tuseul rectal, determinarea fluxului urinar maxim (Qmax), PSA, sumar urină, opțional urocultura și renograafia cu izotopi radiocativi, examinarea ecografică transabdominală și transrectală cu determinarea urinei reziduale, aprecierea T/A.

Criteriile de selecție a pacienților au fost: predominarea acuzelor iritative, IPSS între 8 și 20, volumul prostatei sub 50 cm³, urina reziduala sub 100 ml și PSA sub 4 ng/ml.

Criterii de excludere: Prezența complicațiilor adenomului de prostată care impun tratament chirurgical (hematurie repetată, litiază vezicală, ureterohidronefroză bilaterală, IRC, etc..) Prezența infecției urinare nu a fost o contraindicație, dar concomitent a fost tratată conform principiilor tratamentului antibacterian.

Din 26 pacienți 12 (46%) au urmat în antecedente tratament medicamentos, fitoterapeutic (Peponen, Trianol), iar 2 au fost supuși intervenției chirurgicale.

Am administrat preparatul Dalfaz 5 mg de 2 ori, după masă, la inetrval de 12 ore - la 10 pacienți, la 16 pacienți administrarea a început cu 5 mg seara timp de 1 săptămână, apoi în absența efectelor adverse de 2 ori.

Evaluarea rezultatelor s-a efectuat conform protocolului prezentat mai sus la un interval de 1 lună, 3 și 6 luni.

Rezultate

Din 26 pacienți incluși în lot, evaluarea la 3 luni de tratament s-a efectuat la 23, la 6 luni la 18. Motivele abandonării tratamentului au fost: Absența eficacității sau ameliorare nesemnificativă

- 2 pacienți (7%), intervenție chirurgicală - 2 (7%), alte motive, inclusiv financiare - 4 (14%).

Pacienții care au urmat tratamentul pe toată perioada au semnalat un efect favorabil, manifestat prin dispariția sau diminuarea polakiuriei nocturne, disuriei, chiar la un interval de o săptămână de la începerea tratamentului, ameliorarea calității vieții și a indexului IPSS. Datele subiective au fost confirmate și de rezultatele examinărilor paraclinice (Tabelul 1).

Menționăm, că în 3 cazuri după dispariția simptomatologiei iritative, preparatul Dalfaz a fost administrat în doză de 5 mg o dată pe zi, iar într-un caz o dată la 1-2 zile (posibil efect placebo)

Tabelul 1.

Caracteristica evoluției parametrilor clinici la pacienții tratați cu Dalfaz (n-23)

Parametri	Nr. pacienți	Până la tratament	După tratament
IPSS	23	17,5 ± 4,1	8,4 ± 2,8
Calitatea vieții	23	4,1 ± 1,1	1,4 ± 0,6
Polakiurie nocturnă	23	4 ± 1,5	1,5 ± 0,5
Volumul urinei reziduale	23	70 ml ± 30	40 ± 20

Efecte adverse am semnalat la 9 pacienți (39%), care s-au manifestat în majoritatea cazurilor prin hipotensiune, în special ortostatică, tahicardie (6 pacienți), deasemenea am înregistrat grețuri, dispepsie, dureri epigastrale la 3 pacienți. Nici un pacient n-a notat scăderea libidoului.

Discuții, concluzii

Utilizarea α_1 -adrenoblocanților în urologie a început de circa 2 decenii, când Cane M.(1976) a arătat ameliorarea simptomatologiei prostatice la pacienții tratați cu α - blocante. Receptorii α - adrenergici sunt prezenți în capsula prostatică, precum și în țesutul adenomatos. Studiile ultimilor ani arată că dezvoltarea adenomului de prostată crește activitatea simpatică, care determină la rândul ei creșterea tonusului muscular a colului vezical, uretrei posterioare și prostatei. Mecanismul respectiv este cauza componentei dinamice a obstrucției infravezicale. Blocarea α - adrenoreceptorilor scade presiunea uretrală, volumul urinei reziduale, ameliorează senzațiile subiective.

Preparatul Dalfaz fiind un α - adrenoblocator selectiv poate fi cu succes utilizat în terapia medicamentoasă a adenomului de prostată.

Preparatul are o eficiență înaltă (93% în studiul nostru) în special la pacienții cu predominarea acuzelor iritative.

Efectele adverse semnalate în urma administrării preparatului Dalfaz sunt minore și în majoritate tranzitorii. Datorită faptului că provoacă o ușoară scădere a tensiunii arteriale poate fi utilizat ca monoterapie la pacienții cu HTA asociată.

Bibliografie

- 1.Cane M. α - adrenergic blockers for the treatment of prostatic hyperplasia. UrolClin.North A. 1990. 17: 641.
- 2.Лоран О.Б., Вишнеvский Е.А., Вишнеvский А.Е. Лечение расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты α - адrenoблокаторами. М., 1998.
- 3.Chapple C. Selective α - adrenoreceptor antagonists in benign prostatic hyperplasia: rationale and clinical experience. Eur.Urol.1996; (29): 129-44.
4. Sinescu I. Urologie Clinică, Ed.medicală, București. 2000.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL HIPERPLAZIEI PROSTATICE BENIGNE (HPB)

V.Ghicavăi, A.Tănase, I. Dumbrăveanu, M. Popov, E.Ceban, C. Lupașco, V.Platon, C. Spînu, O. Taranov, V. Gorbatovschii, I. Milici, I.Barsan, G. Tricholici, S. Pleșco
 Clinica de Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "N.Testemițanu"

Summary

The work is dedicated to comparative analysis of results of surgery treatment in patients with Benign Prostate Hyperplasia. The 543 patients with untreated prostate adenoma (exposed to

adenoma removal - 415 patients, and transurethral resection - 128 patients). The analysis of the results demonstrated, that the rate and the character of intra- and post- operation complications depends considerably on rational choice of surgical intervention method (transvesical or transurethral) and quality of its realization. In present TUR remains the main method in the treatment of BPH, possessing many advantages and at the same time presenting many possibilities of simultaneous treatment of other diseases, which accompany BPH. Transvesical adenomaectomy remains a method of BPH treatment, having more narrow concrete indications: adenoma of great size and its combination with great or multiple urinary bladder stones.

Actualitatea

Actualmente unica metodă radicală și efectivă de tratare a HPB rămâne de a fi cea chirurgicală (1,2,8). Printre multitudinea procedeelelor chirurgicale, conform clasificării metodelor de tratament a HPB, accesului și volumului intervenției chirurgicale, cele mai efective și mai extinse sunt așa tipuri de intervenții ca: prostatectomia deschisă (1,7,8) și electrochirurgia transuretrală a prostatei (11,12).

Tratamentul radical al pacienților pe motiv de HPB este numai chirurgical prin adenomectomie (prostatectomie). Observații unice de recidive a HPB s-au constatat destul de rar (peste 20-30 ani după o astfel de operație). O altă metodă de tratament chirurgical destul de răspândită actualmente este rezecția transuretrală de prostată (TURP), care deseori este de asemenea considerată ca o intervenție radicală, însă TURP, repetat pe motiv de HPB, are loc mai des, chiar la 8-10 ani după cel inițial. Fiecare din aceste metode posedă indicațiile și contraindicațiile sale. Din acest motiv, intervențiile urologice aplicate (adenomectomia transvezicală sau rezecția transuretrală) prezintă uneori riscuri importante, chiar prohibitive.

Material și metode

Analizei retrospective au fost supuse fișele de observații spitalicești și de ambulator a pacienților cu adenom de prostată, cărora li s-a efectuat adenomectomia transvezicală (415 bolnavi) și TURP (128 bolnavi), efectuate pe parcursul a 2 ani (aprilie 1998-aprilie 2000; 543 bolnavi) în clinica urologică, numărul și repartitia cărora după vârsta și greutatea țesutului rezecat, sînt prezentate în tabela 1 și 2.

Tabela 1

Repartitia bolnavilor în conformitate cu tipul intervenției și vârsta (n=543)

nr	Vîrstă (ani)	Nr. bolnavi TURP	%	Nr. operații deschise	%
1.	40 - 49	5	4	3	0,7
2.	50 - 59	40	31,2	103	24,8
3.	60 - 69	62	48,4	272	65,6
4.	70 - 79	20	15,6	35	8,4
5.	> 80	1	0,8	2	0,6
În total:		128	100,0	415	100,0

Tabela 2

Repartitia bolnavilor în conformitate cu tipul intervenției și greutatea țesutului rezecat (n=543)

nr	Greutatea țesutului, g	Nr. bolnavi TURP	%	Nr. operații deschise	%
1.	<10 g	39	30,5	2	0,5
2.	10-15 g	56	43,8	3	0,7
3.	15 - 25 g	19	14,8	12	2,9
4.	>25 g	14	10,9	398	95,9
În total:		128	100,0	415	100,0

Vîrsta medie a pacienților operați chirurgical a fost de 68 ani (de la 45 pînă la 82 ani). În conformitate cu regulamentul clinicii de urologie și particularitățile intervențiilor chirurgicale efectuate toți pacienții operați au fost în evidență permanentă, începînd cu prima zi de la internare și pînă la însănătoșirea clinică. Operațiile adenomectomia transvezicală sau TURP s-au efectuat conform

metodelor clasice: după Freyr P. J. (1901) cea transvezicală, și după Alcock-Flocks și Barnes cea transuretrală cu rezectoscopul firmei ACMI CIRCON și KARL STORZ (teaca Nr-24 și 27 cu irigare permanentă).

Pacienții cu HPB, încadrați în studiu, au fost examinați în baza recomandărilor de investigare și tratare a pacienților cu simptom de dereglare a micției, elaborate la cea de-a IV întrunire internațională, consacrată hiperplaziei prostatei (Recomandările Comitetului Științific Internațional, 1998) și completate prin noi tehnologii.

Rezultate

Frecvența complicațiilor intraoperatorii, postoperatorii precoce și tardive în dependență de modul intervenției chirurgicale este prezentat în tabelul 3. La efectuarea TURP au avut loc o serie de complicații intraoperatorii, printre care: perforația capsulară (2,3%), deschideri de sinus venos (1,6%), hemoragia masivă (3,1%), aritmii cardiace (1,5%). Complicațiile postoperatorii imediate sunt în relații directe cu mărimea adenomului, timpului necesar pentru rezecție și tehnica propriu-zisă. Frecvența complicațiilor după TURP a fost apreciată în jur de 16%. Mortalitatea pacienților - 0,8%. Mortalitatea și rata complicațiilor sunt mai mari la pacienții peste 80 de ani, fiind provocate de coexistențe morbide, în special cardiovasculare.

Incidența "sindromului post-TURP" a fost de circa 3,1%. Alte complicații imediate după TURP au fost: hemoragiile postoperatorii (3%), retențiile de urină prin cheaguri (1,6%) și infecțiile urinare (4,7%). Complicațiile infecțioase-inflamatoare au apărut, de obicei, pe parcursul a câteva zile-săptămâni după TURP, sub formă de pielonefrită acută, uretrită, orhiepididimită și altele la 24% pacienți. Complicațiile tardive post TURP sunt reprezentate de: incontinență urinară (1,6%), stricturi uretrale (3,1%) și sclerozele cervico-prostatice (2,3%). Disuria, deseori în asocieră cu polachiuria nocturnă și altele, așa numite simptome iritative, care nu se supun tratamentului conservativ și necesită re-TURP, au fost diagnosticate la 2-10% pacienți cu HPB supuși TURP.

Tabela 3

Rata complicațiilor intraoperatorii și postoperatorii precoce și tardive raportate la tipul intervenției chirurgicale (n=543)

nr	Complicații	Post TURP (n=128)		Postadenomectomia deschisă (nă-415)	
		Nr. bolnavi	%	Nr. bolnavi	%
a) Intraoperatorii					
1.	Hemoragii	4	3.1	32	7.7
2.	Aritmii cardiace	2	1.5	24	5.8
3.	Perforații capsulare	3	2.3	3	0.7
În total:		7	6.9	59	14.2
b) postoperatorii severe precoce					
1.	Hemoragii	4	3.1	2	0.5
2.	Stare toxico-septică	2	1.6	12	2.9
3.	Embolia arterei pulmonare	1	0.8	6	1.4
4.	Infarct miocardic	1	0.8	4	1
5.	Pielonefrită acută	4	3.1	21	5.0
În total:		12	9.5	45	10.8
c) Postoperatorii tardive					
1.	Infecții persistente	7	5.4	32	7.7
2.	Scleroză de col vezical	3	2.3	11	2.7
3.	Strictură de uretră	4	3.1	8	1.9
4.	Liliază vezicală	2	1.6	6	1.4
5.	Țesut adenomatos restant	2	1.6	6	1.4
6.	Hemoragii tardive	2	1.6	21	5.1

În total:	20	15.6	84	20.2
-----------	----	------	----	------

Evaluarea ulterioară la intervale mai mari de timp după TURP constată remisia tulburărilor de micțiune la 80-90% de pacienți la 1 an postoperator, deși acest procentaj scade la 60-75% pînă la 5 ani. Aproximativ 2-3% din pacienți necesită repetarea rezecției endoscopice (re-TURP) în primii 5 ani de la procedura inițială.

Ejacularea retrogradă este una din cele mai dese complicații TUR în HPB (50-80% pacienți). Cauzele acesteia servesc atât modificările morfologice (lezarea sfîncterului intern), cît și cele funcționale, apărute după TUR în anastomoza vezico-uretrală și a uretrei posterioare. Pînă în prezent nu există o metodă utilizată și efectivă pentru a înlătura această complicație (4,7%).

Impotența post TUR.P este citată într-o proporție 4,5-30%. Mecanismele etiologice sunt variabile și pot include una sau mai multe din următoarele cauze: fibroza sau tromboza arterelor cavernoase, leziuni ale nervilor cavernoși, fibroza corpilor cavernoși, fistule cu pierderi venoase, etc. Stresul provocat de operație și pierderea ejaculării anterograde sunt factori suplimentari care contribuie la impotența organică.

Strictura uretrei și scleroza colului vezicii urinare-complicații stabile ale perioadei tardive apărute la 5-6% pacienți care au suportat TUR prostatei. Incontinența de urină temporară (de stres) apare la 1,6 % de pacienți. Durata spitalizării pentru pacienții cu prostatectomia deschisă a constituit 7-14 zile, pentru TURP – 4-5 zile.

Discuții

Rezultatele postoperatorii ale prostatectomiei deschise sunt în mare măsură analogice celor după TURP (1,2). Conform datelor din literatură, 80% din numărul total de intervenții pentru adenomul de prostată este reprezentat de operațiile endoscopice (TURP și I.T.U.P), iar calea chirurgicală deschisă are indicații restrînse, fiind utilizată în principiu în tratamentul adenomelor mari (5,7,8).

Astfel în baza analizei comparative a rezultatelor adenomectomiei deschise și rezecției transuretrale la pacienții netratați conservativ, în ansamblu putem conchide – fără pericolul de a greși – că operațiile transuretrale constituie la ora actuală o practică de rutină a tuturor serviciilor de urologie care doresc să ofere bolnavilor șanse mărite și mai puțin periculoase de tratament și vindecare, iar din punct de vedere al eficienței economice să corespundă cerințelor asistenței medicale actuale (4,6,12). În mare măsură acestea se confirmă prin rezultatele și complicațiile utilizării TUR în comparație cu cele mai răspîndite intervenții operatorii în HPB – prostatectomia deschisă (adenomectomia și incizia prostatei), existente în literatura în domeniu. Așa, din tabelul 4 rezultă, că complicațiile după TURP evoluează aproximativ la 15% din pacienți și pot apărea peste cîteva săptămîni după intervenție.

La ele se referă hemoragiile (5-10%), infecțiile postoperatorii ale tractului urinar, capabile să provoace stricturi de uretră (3-5%), precum și stenoza colului vezicii urinare. Riscul afecțiunilor permanente ale sfîncterului cu incontinență de urină e mai puțin de 1%. Frecvența dereglărilor erecției după TURP e greu de determinat (probabil 0-20%), însă riscul ejaculării este destul de înalt (aproximativ 70%). Necesitatea de a efectua intervenția repetată este joasă (mai puțin de 10% cazuri).

Rezecția transuretrală a prostatei (TURP) s-a impus față de chirurgia deschisă în primul rînd datorită rezultatelor sale superioare (4,12) și este procedeul cel mai pe larg utilizat în HPB. Totodată specialiștii în domeniu menționează, că TURP este una din cele mai complicate și fine intervenții endochirurgicale transuretrale care necesită posedarea cunoștințelor înalte ale anatomiei endoscopice instrumentale (6). Perfecționarea tehnicii și acumularea experienței endochirurgiei transuretrale contribuie semnificativ la lărgirea indicațiilor pentru TURP în HPB

Indicația cea mai frecventă pentru TURP a inclus pacienții cu adenom prostatic în faza de prostatism (mai mult din 90% din cazuri). Alte indicații sunt furnizate de combinarea prostatismului cu alte semne și simptome: prostatism plus reziduu vezical (100%), prostatism complicat cu retenție completă de urină (16%), prostatism plus reziduu vezical la care temporizarea duce la retenție completă de urină (16%).

Alt grup de indicații pentru TURP a cuprins pacienții cu creșterea semnificativă a urinei reziduale mai mult de 900ml (30%), cu infecții urinare persistente (50%), cu hematurie macroscopică (10%), insuficiență renală (2,3%), calculi vezicali (4%), simptome obstructive pronunțate dependente de lobul mediu. Pentru rezecția endoscopică au fost indicați pacienții cu adenom mai mic de 60 de grame, aceasta fiind efectuată sub anestezie regională (rahiianestezie sau anestezie peridurală). Indicație pentru TURP a fost și HPB simptomatică de orice grad și orice mărime cu jet urinar aptologic slab (mai puțin de 10 ml/s), ca dovadă a obstrucției moderate, cînd prostatectomia deschisă este periculoasă sau contraindicată.

Majoritatea autorilor (9,11) recomandă în procesul de elecție a indicațiilor pentru TURP de a ține cont de experiența chirurgului și consideră această operație argumentată atunci cînd ea poate fi realizată timp de o oră.

Cît privește eficiența economică a operațiilor transuretrale, statisticile importante (3,5,10) arată, că în TURP relația cost-eficiență este mult superioară față de cea a operațiilor clasice. Aceasta se referă la scăderea prestației medicale, a reducerii zilelor de spitalizare și scurtarea incapacității temporare de muncă.

Tabela 4

Rezultatele și complicațiile tratamentului chirurgical a HBP

(* - Lepor H., American Urological Association, Orlando, 1996;

** - rezultatele grupei de experți: Kirby R.S. și al., Oxford, 1996)

Nr	Rezultate	TURP	Adenomectomia deschisă	ITUP
1.	Posibilitatea ameliorării simptomelor postoperatorii	* 75-96%	94-99,8%	78,83%
2.	Ameliorarea simptomelor postoperatorii (micșorarea parametrilor IPSS)	* 85% ** 85%	80% 79%	73% 73%
3.	Viteza maximă a jetului urinar pînă la operație (ml/s, mediu)	** 8	8	8
4.	După operație	** 18	23	15
5.	Complicații totale	* 5,2-30,7% ... 15,6%	6,98-42,7% ... 20,2%	2,2-33,3%
6.	Mortalitatea	* 0,53-3,31% ** < 1% ... 0,8%	0,99-4,56% < 2,5% 3%	0,2-1,5% < 1%
7.	Incontinență de urină	* 0,68-1,4% ** 1%	0,34-0,74% 1%	0,06-1,1% 0,1%
8.	Ejaculare retrogradă	* 25-99% ** 70%	36-95% 70%	6-55% 10%
9.	Posibilitatea impotenței	* 33,3-34,8%	4,7-39,3%	3,9-24,5%
10.	Necesitatea intervenției repetate pe parcurs de 5 ani	** 3-8% * 0,65-10,1%	< 1% 0,6-14,1%	8% 1,34-2,65%
11.	Zile-pat	* 3-5 ** 4 ... 4-5	5-10 7-14 12-27	1-3 2-3

Concluzii

Așadar, experiența de utilizare a TURP confirmă un șir de avantaje evidente față de prostatectomia (adenomectomia) deschisă tradițională: reducerea factorului traumatizant al intervenției și numărul complicațiilor, micșorarea termenului de spitalizare a pacienților și a perioadei de reabilitare, posibilitatea de restabilire a micției la pacienții cu afecțiuni intercurrente pronunțate, repetarea intervenției fără de creșterea riscului, reducerea invalidității pacienților, efect cosmetic bun ș.a. Rezecția transuretrală este apreciată ca cea mai bună metodă de tratare a HPB cu indicațiile respective. Aceasta fiind bine codificată s-a impus și față de chirurgia deschisă în primul rînd datorită rezultatelor sale superioare. Este o intervenție incomparabilă, mai puțin agresivă, iar suferința bolnavului mult mai redusă. Pe de altă parte, este preferată și pe motive financiare. Costul operației și tratamentul este cu peste 50% mai redus, față de adenomectomia deschisă.

În baza analizei retrospective a selecției adecvate a variantei operatorii s-a conchis, că deseori bolnavului i se efectua intervenția chirurgicală nu cea optimă în situația concretă, dar cea mai bine posedată de chirurg. E de menționat, că aceste rezultate sunt primele modeste încercări de implementare a endoscopiei în clinica urologică a SCR cu unele mari rezerve în această tranziție spre TUR. Totodată, rezultatele comparative, mărturisesc despre TURP ca o intervenție chirurgicală mult mai avantajoasă, ceea ce va contribui la revizuirea esențială în selectarea modalității endoscopice în HBP. În scopul individualizării asistenței pacienților cu HBP, în clinica noastră s-au elaborat anumite principii ale tratamentului chirurgical a afecțiunii în cauză:

- Pacienților cu HBP de gr. I și II cu masa nodulilor adenomatoase pînă la 60 g se efectuează rezecția transuretrală.
- Pacienților cu HBP gr. II și III cu masa nodulilor de la 60 și mai mare, cu sau fără dereglări ale funcției vezicii urinare și căilor urinare superioare, precum și pacienților cu contraindicație la TURP-adenomectomia transvezicală unimomentană sau după cistostomie.
- La determinarea indicațiilor pentru intervenția respectivă se iau în considerație următorii factori: gradul afecțiunii, forma de creștere și dimensiunile adenomului, particularitățile constituționale ale pacientului.

Rezultatele obținute demonstrează, că frecvența și caracterul complicațiilor intra- și postoperatorii în această afecțiune depind de selectarea rațională a modului de intervenții chirurgicale (transvezicală sau transuretrală) și calitatea efectuării ei.

Bibliografie

1. Bruskewitz R. Management of Symptomatic BPH in the US: Who is treated and How? J. Eur. Urol. 1999; 36 (suppl. 3): 7-13.
2. Debruyne F.M.J., Kortmann B.B.M. Benign Prostatic Hyperplasia: Diagnosis and Treatment modalities. // ESU Course, Odessa.- 1999.
3. Guess H.A.: Population based studies of benign prostatic hyperplasia // In: Textbook of benign prostatic hyperplasia I.S.I.S. Medical Media. Oxford, 1996. - P. 117-125.
4. Holtgrewe H.L., Valk W.L. Factors influencing the mortality and morbidity of transurethral prostatectomy: a study of 2.015 cases. // J. Urol. 1962- 87- 450-459.
5. Kirby R.S., McConnell J.D. // Benign Prostatic Hyperplasia. - Oxford, 1996. - P. 24-30.
6. Kirby R.S., McConnell J.D. Surgical management of BPH. // In: Benign Prostatic Hyperplasia. Oxford: Health Press- 1995: 31-37
7. Lepor H. // International Consultation on BPH, 3-rd: Proceedings. - Monaco, 1995. - P. 531-537.
8. Mearini E. Open prostatectomy in BPH: 10-year experience in Italy. // Eur. Urol. Today, Volume 9, №. 3, September 1999.
9. Nielsen K.K. and Nordling J.: Urethral strictures following transurethral prostatectomy. // Urology -35: 18, 1990.
10. Nicolescu D., Oșan V., Bakos I., Martha I. Analiza statistică a 2054 de rezecții transuretrale pentru adenom de prostată (TUR.P) UMF Târgu-Mureș, 1991, Primul simpozion național de Endourologie. Târgu-Mureș, 26-27.IV.1991.
11. Weis N., Jorgensen P.E., Brunn E. "TUR Syndrome", after Transurethral Resection of the Prostate Using Suprapubic Drainage. // International Urology and Nephrology 19 (2) pp. 165-169, 1987.
12. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Практическое руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. - Москва. - Триада X. - 1997.

CONTINENT URINARY DIVERSION WITH PARIETAL STOMA OF INDIANA TYPE

G. Glück

Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA

Video

Introduction: The indications of performing a continent urinary diversion are the followings: - radical cystectomy for infiltrative bladder tumour on females or males patients to whom the urethral anastomosed reservoir cannot be used; - defunctionalized urinary bladder : bladder extrophy, small neurologic, tuberculoses or irradiated bladder, interstitial cystitis.

Materials and methods: The operative technique consists in the isolation of 10 cm ileum and 30 cm of caecum & ascendent colon followed by the restoring of the ileum-colic continuity. The isolated segment of the colon is detubulized, the ureters are implanted using an anti-reflux technique, then the reservoir is closed, a continence mechanism is created (ileum-caecal valve, ileum plicature and the anti-peristaltic positioning of ileum), and the stoma is positioned.

Results: The results are shown (clinical, radiological and urodynamical) on the continent urinary diversion with parietal stoma. We have 4 cases with this type of diversion: 2 cases in patients with infiltrative bladder tumours and radical cystectomy, 1 case in a female pa-

tient with an extensive vezico-vaginal fistula and 1 case for a uro-genital tuberculosis with right single kidney, cutaneous ureterostomy and small scarred bladder.

Conclusions: The continent urinary diversion with parietal stoma is a good choice for the patients with radical cystectomy for infiltrative bladder tumours or defunctionalised urinary bladder and urethra.

THORACOABDOMINAL APPROACH IN UROLOGICAL SURGERY

G. Glück, I. Sinescu

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

Video

Introduction: Thoracophrenolaparotomy is a type of approach which could be used for the ablation of: RCC, upper urinary tract urothelial tumours, retroperitoneal lymphodissection or retroperitoneal tumours, adrenal gland tumours.

Technique: The patient is placed in dorsal decubitus position on operation table, with the elevator under the 12th ribs. The right shoulder is 30° rotating facing the horizontal line, pelvis at about 10°. The incision begins at the mid-axillary line over the eighth, ninth or tenth rib. The incision extends over the rib and across the costochondral junction into the epigastrium, where it courses inferiorly as a midline incision toward the pelvis. We prefer rib resection and rectus muscle transection in the epigastrium. The costochondral junction is then divided and also the diaphragm in the direction of its fibers. Closure are made in the following order: - chondrocostal cartilage suture with unabsorbable suture; - diaphragm closure in two layers with 1.0 Vicryl; - paravertebral pleural aspiration tube insertion; - retroperitoneum drainage; - closure of intercostal muscles and parietal pleura with separate Vicryl 1.0 suture placing into figure eight; - abdominal wall closure is performed in the usual manner.

Conclusions: The postoperative course of the patient was uneventful, the hospitalisation was about 10 days, with the same morbidity as the transabdominal approach.

THE CLAM CYSTOPLASTY

Glück G., M. Glück

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

Video

Introduction: This is a surgical solution for the patients with idiopathic or neuropathic instability or hyperreflexia of the bladder detrusor which clinical manifestations are the urgency and / or incontinence.

Material and methods: Prolonged conservative treatment had failed in all cases. The surgical procedure consists off the bisection of the bladder in sagittal or coronal plane and the augmentation with a detubularized intestinal segment without any resection. Clam cystoplasty looks to be the most effective treatment for detrusor instability resistant to conservative treatment. We used it when prolonged medical treatment failed.

Conclusions: The Clam procedure is easier, quicker and satisfactory as augmentation cystoplasty in selected cases.

ORTHOTOPIC BLADDER REPLACEMENT – OUR EXPERIENCE ON 93 CASES

Sinescu I. and Glück G.

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

Communication

Purpose: Orthotopic urinary tract reconstruction has become a standard surgery technique. Reservoir anastomoses to the urethra enables the patient to empty his bladder by micturition, avoiding the catheters use or external appliance.

Materials and Methods: Between 1992 – 2001, 93 patients underwent radical cystectomy and orthotopic bladder replacement. All the patients have had bladder tumors, stage pT₁ – pT₄ (1pT4) N₀M₀. 7 patients were NÄ (2 N₁, 5 N₂), 84 patients have had TCC, 3SCC, 3 fibrosarcomas, 1 adenocarcinoma, 2 cases of defunctionalized bladder. Patients' age is ranged between 38 – 74 years (71 males, 4 females). Follow-up between 7 and 126 months. Bladder replacement consisted in 55 cases with detubularized ileum (Camey, Studer, others) and 38 cases with detubularized sigmoid bowel (Reddy).

Results: Postoperative early complications: urinary leakage (7), urinary fistula (1), ileal fistula (3), stercoral fistula (1), acute pyelonephritis (1), small bowel occlusion (1). Late complications: regional recurrence (7), metastasis (5) post-irradiation proctitis (1), acute pyelonephritis (2), ureter-neobladder strictures (2), neobladder urethral stenosis (3), pulmonary embolism (1), gastro-intestinal bleeding. 16 patients died, 1 patient is lost of follow-up. Diurnal continence is very good 97,5%. Night continence is 65%. Urodynamic findings: mean bladder capacity 300 cc (ranged between 250 - 400 cc), mean intravesical pressure at maximum cystometric capacity was 51 cmH₂O (40-60 cmH₂O), urethral profile – mean pressure 40 cmH₂O (35-45 cmH₂O).

Conclusions: These findings confirm that the orthotopic bladder replacement may be considered the choice method for urinary diversion after radical cystectomy. Our patients' continence rate is excellent and guarantees a good quality of life.

THE ENDOSCOPIC RESECTION IN TWO SURGERY STEPS – THERAPEUTIC SOLUTION IN PECULIAR BPH CASES

L. Iliescu, E. Angelescu

Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation, "Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA

Objective: The two steps endoscopic resection for BPH can be from the beginning indicated (great adenomas) or imposed during resection (intra-operative or anaesthetic complications or incidents).

Material and Methods: Out of 7500 TUR-P done during 1983 – 2000 in our center, from which 57 cases of prostatic adenomas were endoscopic resected in two steps (at maximum of 7 days from the first intervention). This kind of surgical intervention was settled from the beginning in 5 cases (10,6%), and for the rest it was imposed by the intra-operative complications.

Results: The TUR-P intervention in two steps was performed in 5 cases with great adenoma where classical operation was not indicated due to associated organics problems (especially severe respiratory dysfunction, marked obesity, etc), when was respected one lobe and after around one week the operation was ended. For the rest of 52 cases the endoscopic resection had to be stopped because of intra-operative massive bleeding (12 cases), trigonal submination (5 cases), anaesthetical accidents (17 cases) and cardio-vascular balance accidents (18 cases).

Conclusions: The endoscopic resection in two steps solved in better conditions patients with prostatic adenomas comparative to an incomplete resection, which would have stressed the symptomatology and complications of those patients.

UNELE ASPECTE ALE VAPORIZĂRII TRANSURETRALE A ADENOMULUI DE PROSTATĂ

V. Marfiniuc, C. Guțu, A. Bondarencu

Spitalul Central Feroviar, Secția Urologie, Clinica particulară Gynesource

Summary

The aim of our work was to offer our experience in the process of curing the adenoma prostate through EVAP. 38 patients that were subjected to this surgery obtained good results. This method proved its effectiveness, the urination was restored in three days. On the basis of this experience we came to the conclusion of the necessity to make the vasosection before the main surgery in order to avoid orchiepididymitis.

Actualitatea

Rezecția transuretrală este un "standard de aur", utilizat în tratamentul adenomului de prostată.

Metoda nu este mai puțin efektivă decât intervenția chirurgicală deschisă, având un șir de priorități, printre care: traumatizarea minimă a țesuturilor, posibilitatea repetării intervenției fără pericol major pentru pacient, reducerea timpului de recuperare, etc.. Studiul rezultatelor precoce și tardive au arătat, că această metodă provoacă și anumite complicații (hemoragii intra- și postoperatorii, sindromul – TUR, incontinența urinei, scleroza secundară a prostatei și a colului vezicii urinare, stricturile uretrei, ejaculare retrogradă, etc.). În prezent au apărut noi metode endoscopice de tratament a adenomului de prostată, care reduc la minimum complicațiile susnumite. Vaporizarea transuretrală a prostatei este una dintre aceste metode.

Scopul studiului

Evaluarea rezultatelor precoce și tardive a vaporizării transuretrale a adenomului de prostată.

Material și metode

Am efectuat vaporizarea transuretrală a adenomului de prostată la 38 de pacienți cu vârsta de la 44 până la 76 ani. Pentru stabilirea diagnosticului, a volumului și structurii prostatei, gradului obstrucției infravezicale, am efectuat ecografia transabdominală și transrectală, urografia i/v, investigații urodinamice și biumorale, inclusiv testul PSA.

Pentru vaporizare am utilizat resectoscopul standard 27 Ch, produs de firma "Wolf", cu electrozi speciali de diferite modificări. A fost folosit electrotomul "Autocon 27810", (regimul rezecției – 5, regimul coagulării – 2).

Esența metodei constă în vaporizarea țesuturilor cu ajutorul curentului de tensiune înaltă. Am utilizat 2 variante de vaporizare:

- În cazul adenoamelor de dimensiuni mici și medii (20-40 cm³) – vaporizare curată;
- În cazul adenoamelor de dimensiuni mari (40-102 cm³), am practicat inițial rezecția transuretrală a prostatei conform principiilor clasice (TURP), apoi electrovaporizarea.

Rezultate

Durata medie a intervenției chirurgicale a fost de 50 min, cu limite între 35–75 min. Durata medie de menținere a cateterului uretral a fost de 24-36 ore la 32 de pacienți, și 36 ore la 6 pacienți. După reluarea micțiilor toți pacienții au avut semne de dizurie timp de 2-5 zile. Toți pacienții au urmat un tratament antibacterian conform rezultatelor uroculturii, care a fost pozitivă în 22 cazuri. În majoritatea cazurilor perioada postoperatorie a decurs fără pusee febrile sau hematurie. Dintre complicațiile postoperatorii semnalăm: orhoepididimită – 1 pacient, hemoragie tardivă postoperatorie- 1 pacient, ejaculare retrogradă - 2 pacienți. Durata medie de spitalizare a fost de 2 – 5 zile.

Discuții, concluzii

Metoda electrovaporizării adenomului de prostată este descrisă pe larg în literatura de specialitate a ultimilor ani. (1, 2, 3) Sunt descrise indicațiile pentru EVAP, rezultatele obținute, se accentuează eficacitatea metodei, absența traumatismelor, reabilitarea precoce, etc.. Complicațiile pe care le-am semnalat, credem noi, au fost cauzate de experiența modestă pe care o posedăm în tehnica intervențiilor chirurgicale endoscopice. Orhoepididimita apărută postoperator a fost provocată, probabil, de lipsa rezecției ductului spermatic și apariția, ca urmare per continuitatem, a infecției din sectorul operat.

Bibliografie

1. Niculescu, D. Bazele chirurgiei endourologice. Timișoara, 1997.
2. Лоран, О.Б., Пушнар, Д.Ю., Раснер, А.И. Consilium medicum, 2000.
3. Лопаткин, Н.А. Урология. Том.III, 1998.

VALOAREA PSA-ULUI ÎN DEPISTAREA ȘI TERAPIA CANCERULUI DE PROSTATĂ

V. Platon, Elena Platon, C. Lupașco, C. Spânu, V. Ghicavâi, E. Ceban, A. Tănase
Clinica de Urologie, Spitalul Clinic Republican

Summary

The serum levels of the PSA were determined in 150 patients with signs and symptoms of the disease and the sensitivity of the PSA values was studied in the diagnosis of prostate cancer (PC). The

average age of the beginning of the disease was 68.2 ± 0.5 years. In 49 patients (32.7%) PC was detected. In 9 (18.4%) cases the results were false negative. The average level of PCA in PC was of 44.2 ng/ml vs 8.6 ng/ml in BPH, and in PC the level ranged from 1.2 to 161 ng/ml. The results demonstrate that the annual screening of men aged 45-50 years is necessary for early detection of PC.

Actualitatea

Adenocarcinomul de prostată este cea mai frecventă boală neoplazică a tractului genitourinar, și cea de-a doua cauză de deces neoplazic la bărbați, reprezentând o problemă importantă de sănătate publică. Vârsta medie a bolnavilor cu cancer de prostată (CP) este de 66-74 ani (2, 4, 7).

Luând în considerație tendința generală mondială spre creșterea longevității vieții se prevede creșterea morbidității și mortalității din cauza CP (4).

În Europa incidența CP este de aproximativ 30 la 100.000 bărbați, în timp ce în SUA se apreciază 178 la 100.000 (1), rata depistării CP a crescut după introducerea testului PSA. Ca urmare a utilizării PSA ca test – screening pentru diagnosticul CP, în SUA a fost consemnată pentru prima dată scăderea mortalității indusă de această afecțiune (10).

Stadilizarea corectă a CP este necesară pentru alegerea celei mai potrivite alternative de tratament. Totuși mai mult de 40% din bolnavi sunt substadilizați (1).

PSA este o glucoproteină specifică epiteliului prostatic ce a fost descoperită în 1979 fiind folosită în clinică din 1987 și rămâne până în prezent cel mai important marker seric în managementul CP.

PSA-ul este un lanț mic glicoproteic din 237 de aminoacizi (93%) și hidrați de carbon. Gena care controlează sinteza de PSA este localizată la nivelul cromosomului 19 alături de cele ale kallikreinei glandulare prostatice (hk_2 sau hGk_1). PSA-ul și hk_2 sunt secretate sub dependență androgenică funcționând la maximum la dozele fiziologice de testosteron, neputând fi influențate prin administrare exogenă de androgeni. Sinteza lor are loc prevalent la nivelul glandelor prostatice, dar în cantități nesemnificative pot fi găsite și extraprostatic în pancreas, glandele salivare, glandele mucoasei anale și glandele mamare la femeile tratate cu anticoncepționale. Sintetizată în glandele prostatice PSA-ul este excretat în lichidul seminal unde realizează concentrații mari de 0.5-5.0 ng/ml și secretată în sânge unde concentrațiile sunt mult mai mici (0.0-4.0 ng/ml). PSA-ul se prezintă sub două forme moleculare:

- una activă numită și PSA liber, cu activitate proteolitică chymotripsin like și;

- una inactivă, realizată fie prin clivarea lanțului unic glicoproteic în 2 lanțuri mai mici fie prin realizarea unor complexe cu alfa 1-antichimotripsină (PSA-ACT) și alfa 2-macroglobulină (PSA-AMG.)

Celulele canceroase prostatice produc mult mai multă ACT și AMG decât cele ale prostatei sănătoase sau din HBP formându-se mult mai multă formă inactivă de PSA. Acest lucru stă la baza folosirii determinării concentrației PSA-ului în serul sanguin în scopul depistării precoce a CP (3). Depistarea precoce în stadii intraglandulare poate fi vindecată prin mijloacele terapeutice actuale dintre care prostatectomia radicală efectuată prin chirurgie clasică sau celioscopică este cel de bază. În stadiile precoce boala fiind asimptomatică nu poate fi depistată decât prin supraveghere anuală a întregii populații masculine trecută de 50 de ani, prin tușeu rectal (TR), ecografie și dozarea PSA-ului seric. Aceasta din urmă, este de mare utilitate diagnostică dar în timp s-a dovedit a fi un marker "imperfect" din următoarele motive:

- suferă modificări fiziologice legate de micțiune și ejaculare;
- crește peste limita superioară a normalului și în alte condiții decât CP, retenție acută de urină (RAU), prostatită acută, TR, puncție, biopsie prostatică (PBP), cateterism uretro-vezical;
- 25-30% din HBP au PSA-ul crescut;
- 20% din CP au valori normale ale PSA-ului (3,5);

Următoarele date sunt astăzi unanim acceptate despre PSA (3,5):

- valorile normale sunt situate între 0.0-4.0 ng/ml;
- la PSA > 10 ng/ml riscul existenței CP depășește 50%, fapt pentru care se impune PBP la toți acești pacienți;
- la PSA situat între 4.0-10.0 ng/ml CP poate fi identificat histologic numai la 20% din bolnavi datorită acestei suspiciuni; această zonă se mai numește și "zona gri";

Deoarece prostata crește odată cu vârsta și fiecare gram de țesut prostatic realizează o creștere a PSA-ului total (cel normal și adenomatos cu 0.3 ng/ml iar cel neoplazic cu 3.5 ng/ml), 80% din urologi de azi apreciază valoarea normală a PSA-ului în raport cu vârsta și rasa pacientului.

În urma celor cunoscute astăzi despre PSA se acceptă că deși este un marker imperfect are o mare utilitate atât în diagnosticul cât și în tratamentul CP (3).

De menționat că 3% din bărbați decedați prin CP au avut în evoluția acestei leziuni un moment în care printr-un diagnostic corect ar fi putut fi tratați curativ (10). Utilizarea PSA-ului ca metodă de

screening în diagnosticul CP intracapsular – în stadiu curabil – poate reduce drastic morbiditatea și mortalitatea înregistrate în această afecțiune.

Ne-am propus să studiem sensibilitatea și valoarea PSA-ului în diagnosticul primar al CP la pacienții simptomatici internați în Clinica de Urologie.

Material și metodă

În perioada 01.06.2001 – 31.05.2002 a fost determinat nivelul seric al PSA la 150 pacienți simptomatici și a fost studiată sensibilitatea valorilor PSA în diagnosticul CP.

Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 49-81 ani. Vârsta medie de debut a bolii a fost de 68.2 ± 0.5 ani.

Toate cazurile analizate au fost confirmate histologic prin puncție biopsie a prostatei și pe piese operatorii acolo unde s-a intervenit chirurgical.

Rezultate

Din totalul bolnavilor internați în clinică ($n = 150$), distribuția pe vârste a fost următoarea: < 60 ani au fost 20 (13.3%) și > 60 ani au fost 130 (86.7%) pacienți (Figura 1) ($P < 0.001$).

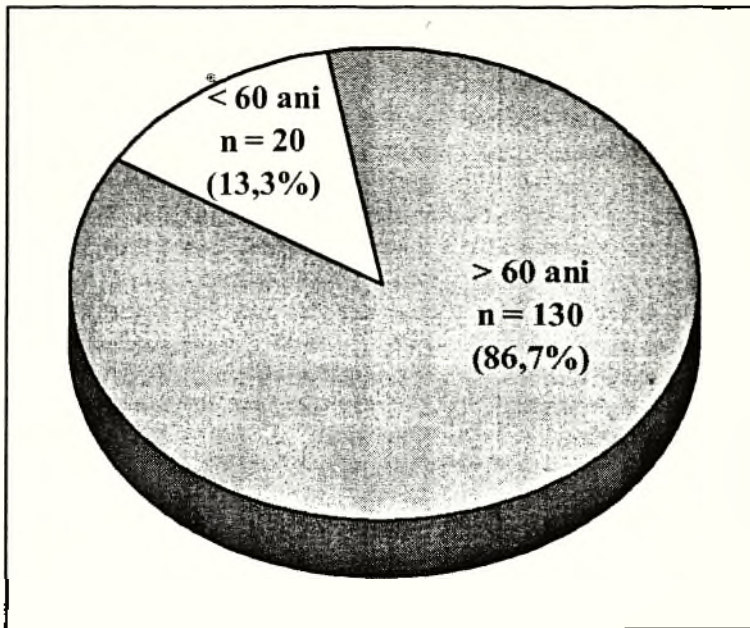


Figura 1. Distribuția pe vârste la pacienții studiați ($n = 150$)

Distribuția pe decade de vârste la întregul lot arată ca majoritatea pacienților sunt cuprinși între 61 și 80 ani (86.7%). Vârsta medie de debut a bolii la întregul lot a fost de 68.2 ± 0.5 ani; fiind în HBP de 68.6 ± 0.3 ani, iar în CP 67.3 ± 0.8 ani ($P > 0.001$).

Sensibilitatea PSA-ului la pacienții studiați la întregul lot ($n = 150$) a fost următoarea (Tabelul 1).

Tabelul 1

Sensibilitatea PSA-lui la pacienții studiați ($n = 150$)

	PSA < 4 ng/ml		PSA > 4 ng/ml		Total	
	n	%	n	%	n	%
CP	9	18.4	40	81.6	49	32.7
HBP	48	47.5	53	52.5	101	67.3
Total	57	38	93	62	150	100

În studiul nostru la întregul lot nivelul seric al PSA < 4 ng/ml au avut 57 (38%) vs nivelul seric al PSA > 4 ng/ml au avut 93 (62%) pacienți ($P < 0.001$). Este o diferență semnificativ statistică. Cu CP au fost depistați 49 (32.7%) pacienți. În HBP rezultate fals pozitive au fost obținute la 53 (52.5%) pacienți; iar

în CP la 9 (18.4%) pacienți au fost obținute rezultate fals negative. Rezultate fals pozitive a PSA-ului în HBP au fost modificate de tușeul rectal (TR) retenție acută de urină, prostatită acută, cateterismul uretero vezical, etc.

Nivelul seric al PSA în CP a fost cuprins între 1.2-161 ng/ml vs în HBP a fost cuprins între 1.8-34.0 ng/ml. Nivelul mediu al PSA în CP a fost de 44.2 ng/ml vs în HBP 8.6 ng/ml ($P < 0.001$). Distribuția nivelului seric al PSA la pacienții cu CP și HBP a fost următoarea (Tabelul 2).

Tabelul 2

Distribuția nivelului seric al PSA la pacienții cu CP și HBP (n = 150)

PSA (ng/ml)	CP		HBP		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-4.0	12	24.5	46	45.6	58	38.6
4.1-10.0	5	10.2	35	34.6	40	26.7
10.1-20.0	5	10.2	11	10.9	16	10.7
20.1-100.0	23	46.9	9	8.9	32	21.3
>100.0	4	8.2	-	-	4	2.7
Total	49	100	101	100	150	100

În studiul nostru toți pacienții cu CP (n = 49) au fost depistați în stadiile avansate - C și D.

Discuții

Vârsta medie a pacienților cu CP este cuprinsă între 66-74 ani (2, 4, 7). În studiul nostru vârsta medie a fost 68.2 ani. Specificitatea valorilor PSA în diagnosticul CP este limitată de creșteri ale acestuia în afecțiuni prostatice benigne (adenom de prostată, prostatită, etc) (3, 9).

În studiul nostru PSA a fost crescut peste limita superioară a normalului în HBP la 53 (52.5%) pacienți, fiind indus de afecțiuni prostatice benigne, luând în considerație studiul efectuat pe pacienți simptomatici, la o vârstă medie de debut a bolii de 68.2±0.5 ani.

În testele de screeningul CP, frecvența rezultatelor fals pozitive induse de afecțiunile prostatice benigne pot fi în 25-65% și fals negative în 20-27% (3, 5).

În studiul nostru rezultate fals pozitive în HBP au fost obținute la 53 (52.5%) pacienți; și în CP la 9 (18.4%) pacienți au fost obținute rezultate fals negative. Nivelul mediu al PSA în CP este cuprins între 17.8-37 ng/ml (1 caz - 2100 ng/ml și 2 cazuri - 750 ng/ml), (5, 6, 8).

În studiul nostru nivelul mediu al PSA în CP a fost de 44.2 ng/ml vs în HBP 8.6 ng/ml, și a fost cuprins în CP între 1.2-161 ng/ml. Se estimează că aproximativ 74% din CP diagnosticate, atunci când valorile PSA sunt cuprinse între 4 și 10 ng/ml sunt intracapsulare și deci potențial curabile (9).

În studiul nostru în CP nivelul PSA între 4 și 10 ng/ml au avut 5 (10.2%) pacienți, dar în toate cazurile CP a fost extracapsular.

De subliniat că între 20-25% și 38-51% din pacienți cu CP se prezintă cu tumori și stadiul local avansat sau cu metastaze la distanță (9). În studiul nostru toți pacienții (n = 49) au fost depistați în stadii avansate, - C și D.

Concluzii

1. În studiul nostru (n = 150) cazuri, CP a fost depistat la 49 (32.7%) pacienți, rezultate fals negative au avut 9 (18.4%) pacienți;
2. Nivelul seric al PSA în CP a fost cuprins între 1.2- 161 ng/ml, nivelul mediu al PSA în CP fiind de 44.2 ng/ml vs 8.6 ng/ml în HBP.
3. Rezultatele obținute demonstrează necesitatea utilizării PSA-ului în stabilirea diagnosticului precoce al CP, și ca metodă de screening anuală este deosebit de utilă la pacienții mai tineri (de la 45-50 ani) iar la bărbații cu antecedente familiale de la 35 ani, completat prin tușeu rectal și ecografie anuală.

Bibliografie

1. Akdas A., Tarcan T., Turkeri L. et al. The impact of prostate specific antigen density in pre-disting prostate cancer when serum prostate specific antigen levels are less than 10 ng/ml. Eur.Urol. 1996; 29:189-192.
2. Durkan G.C., Sheikh N., Johnson P. et al. Improving prostate cancer detection with an extended core transrectal ultrasonography guided prostate biopsy protocol. BJU International, 2002;89:33-39.

3. Ioiart I. Valoarea PSA-ului în depistarea și terapia cancerului prostatic. *Prostata*, 2001, 1; 2:18-24.
4. Kolesnicov G.P., Rusakov I.G., Șaplăgin L.V. et.al. Primenenie Diferelina pri pervicino- vâivlennom mestnorasprostranennom i generalizovannom rache predstatelinoi gelezâ. *Urologia*, 2001; 6:17-19.
5. Miclea F., Raica M., Drăgan P. Cancerul prostatei. Ed. Almanahul Banatului, Timișoara, 1996.
6. Parkin J., Keeley F.X., Timoney A.G. Laparoscopic lymph node sampling in locally advanced prostate cancer. *BJU International*, 2002; 89:14-18.
7. Petrovich Z., Leiskovsky G., Stein J.P. et.al. Comparison of surgery alone with surgery and adjuvant radiotherapy for pT₃ N₀ prostate cancer. *BJU International*, 2002; 89:604-611.
8. Shirley S.E., Escoffery C.T., Sargeant L.A. et.al. Clinicopathological features of prostate cancer. *BJU International*, 2002; 89:390-395.
9. Sinescu I. Cancerul prostatei. în: "Urologie Clinică". Ed. I. Sinescu. Ed. Medicală AMALTEA. București 1998:255-269.
10. Sinescu I. PSA. *Prostata*, 2001; vol. 1; 2:13.

TUMORA WILMS LA ADULȚI

(caz clinic)

E. Pleșca, C. Guțu, A. Doljenco, P. Bujor
Spitalul Central Feroviar, sectia urologie

Summary

Wilms' Tumor is a highly malignant embryonic growth at children. For practitioners this case is of substantial interest not only as an age aspect casuistry (21 year) but also as a new growth that cannot be regarded as a pattern in the study of children oncology problems on the whole. Consideration must be also given to difficulties of pre-surgical and differential diagnostics at adults in choosing the necessary and the optimal level of medical treatment as Wilms' Tumor simulates cysts in the liver.

Actualitatea

Nefroblastomul este o tumoră malignă embrionară. Este una din cele mai des întâlnite formațiuni maligne ale sistemului urogenital al copilului și are o incidență 7,8 cazuri la 1 mln. copii de vârstă de până la 14 ani (N. A. Kraevski, 1993). Varianta determinată genetic a tumorii Wilms se întâlnește la aproximativ 1/3 dintre copiii bolnavi. Cazuri familiale de tumoră Wilms au fost întâlnite destul de rar, ele constituind 1-3% (L.A. Durnov, 2001). Deseori, nefroblastomul se însoțește cu alte anomalii înnașcute, dar frecvența cazurilor asociate cu alte anomalii de dezvoltare nu a fost încă stabilită, de vreme ce multe sarcini în care fătul este afectat de aceste anomalii se soldează cu avorturi spontane, iar copiii la care respectivele anomalii au caracter pronunțat decedează, fără a ajunge la vârsta când se pot depista simptomele clinice ale nefroblastomului (Leek, 1977).

Rareori nefroblastomul se întâlnește și la adulți.

Macroscopic, nefroblastomul se prezintă, de regulă, ca o tumoră solitară, bine izolată de țesuturile rinichiului normal. Ea poate fi atestată în orice segment al organului afectat. În cazul volumului sporit provoacă deformarea cavității renale. Într-o serie de cazuri este încapsulată și în ea se pot depista zone de necroză în care s-au format cavități, uneori cu hemoragii masive. În cazul așa-ziselor forme multichistice de nefroblastom, la suprafața inciziei se atestă numeroase chisturi cu pereți groși. E posibilă invadarea țesuturilor ce înconjoară tumora - vena renală, vena cava inferioară, ganglionii limfatici regionali și chiar a bazinetului și ureterului (Ritchey et al., 1988; E.B. Marinbah, 1975). Metastazează rapid. Cel mai frecvent, metastazele hematogene se dezvoltă în plămâni, rinichi, mai rar în oase și în celulele SNC. Din punct de vedere morfologic, nefroblastomul reprezintă un amestec, în proporții diferite, de elemente epiteliale și stromale (Banadoi et al., 1983). Tabloul histologic este diferit, dar întotdeauna sunt prezente două tipuri de celule: celulele epiteliale și celulele-ligament ale țesuturilor.

Prezența nefroblastomului ca o formațiune de dimensiuni mari, palpată și vizualizată în cavitatea abdominală nu crează probleme de diagnostic la vârsta mică.

Scopul studiului nostru este atenționarea medicilor practicieni asupra eventualității prezenței tumorii Wilms la vârsta adultă și la problemele de diagnostic ce derivă din aceasta.

Material și metode

Prezentăm în continuare un caz clinic al unui pacient adult cu tumoră Wilms.

Actualitatea temei

Metoda etalon de tratare a HPB mult timp, se considera rezecția transuretrală a prostatei, care era unica alternativă supravegherii expectative sau cateterizării. Însă nu tuturor pacienților este indicată această intervenție chirurgicală destul de costisitoare, însoțită uneori și de unele complicații vital periculoase. Astăzi progresul în domeniul farmacoterapiei permite de a propune pacienților și medicilor alte alternative. În aceste situații se folosesc preparatele medicamentoase, care pot fi la fel utilizate și în perioada preoperatorie a bolnavilor, aflați în așteptarea intervenției chirurgicale, cu scopul de a ameliora întru cîtva starea acestora. Mecanismul obstrucției infravezicale, ca rezultat al HPB, include factori atât anatomici (mecanici), cît și funcționali (dinamici). Se consideră, că obstrucția anatomică (mecanică), datorată exclusiv creșterii glandulare, ține să crească gradual și nu poate fi definitiv înlăturată prin terapia chirurgicală. Această obstrucție are loc ca rezultat al creșterii volumului zonelor tranzitorii și periuretrale ale prostatei.

Obstrucția funcțională (dinamică), din contra, se datorează creșterii tonusului musculaturii netede simpatic dependente a prostatei, uretrei posterioare și colului vezicii urinare.

Conform studiului recent, componența dinamică reprezintă aproximativ 40% din cauzele obstrucției. Componența dinamică a obstrucției, care determină în mare măsură simptomatologia iritativă, apare în rezultatul stimulării α -adrenoreceptorilor, localizați în colul vezicii urinare, uretra posterioară și în prostată, ceea ce provoacă creșterea tonusului și contractilitatea musculaturii netede a triunghiului vezicii urinare, colului vezicii urinare, uretrei proximale și prostatei. Din aceste considerente, unul din cele mai perspective mijloace în tratamentul conservativ al HPB este administrarea α_1 -adrenoblocantelor selective.

Tabelul 1

Medicamentele folosite în studiu și modul de administrare (Nr.46 pacienți)

Medicamentul și forma	Tipul și subtipurile de α -AR blocați	Doza mg/zi	Perioada de tratament, săpt.	Nr. pacienți
Alfuzosin, comp.	α_1 -AB	10	12	8
Doxazosin, comp.	α_1 -AB	4	12	8
Prazosin, comp.	α_1 -AB	4	12	10
Tamsulosin, comp.	α_{1A} -AB	0,4	12	20

Material și metode

În studiu au fost incluși 46 pacienți cu HPB de gradul I și II, la care nu erau prezente indicațiile directe pentru intervenția chirurgicală. Vîrsta medie a pacienților constituia 53,3 ani (de la 42-63 ani). Durata bolii constituia de la 3 luni pînă la 4 ani. Din motivul dereglărilor micției (simptoamelor iritativ-obstructive) lor li s-a efectuat tratamentul cu α -adrenoblocante (tab. 1) și anume: alifuzosin - 10 mg pe zi, 12 săptămîni (8 pacienți); doxazosin - 4 mg pe zi, 12 săptămîni (8 pacienți), tamsulosin - 0,4 mg pe zi, 12 săptămîni (20 pacienți) și prazosin 2 mg de 2 ori pe zi, 12 săptămîni (10 pacienți). Dozele și modul de administrare a preparatelor folosite în studiu au fost consultate cu literatura de specialitate (tab.2).

Aprecierea eficacității tratamentului medicamentos cu α -AB a dereglărilor actului micțional s-a efectuat în baza controlului ecografic al volumului prostatei și urinei reziduale, datelor urofloumetriei (viteza maximă și medie a jetului urinar, timpul micției). S-a determinat de asemenea și nivelul antigenului specific al prostatei în plasma sanguină (AgPS). Starea clinică a pacienților, frecvența micțiilor nocturne și de zi și parametrii urofloumetrici au fost determinați pînă la tratament, în timpul (la 6 săptămîni) și la sfîrșitul tratamentului (12 săptămîni), cît și după tratament (la 6 luni). Nivelul AgPS a fost determinat la început de tratament, în timpul (la 3 luni) și la 6 luni după administrarea α -AB. Numărul pacienților tratați cu α -adrenoblocante și rămași în procesul de studiu timp de 6 luni după finalizarea acestuia a fost de 46. Motivele conform cărora 7 pacienți au fost retrași din studiu sînt următoarele: efecte adverse (2); adenomectomia (2); refuz de tratament (2); cauze familiale (1).

Rezultate și discuții

În rezultatul tratamentului HPB cu α -AB s-a constatat ameliorarea parametrilor urodinamici. Așa, la analiza parametrilor urofloumetriei (tab. 3) după tratamentul cu α_1 -AB și α_{1A} -AB timp de 84 zile s-a depistat o creștere a vitezei maxime a jetului urinar în mediu de la $10,3 \pm 0,08$ ml/s pînă la $12,2 \pm 0,15$ ml/s pentru α_1 -AB și de la $9,8 \pm 0,18$ ml/s pînă la $13,8 \pm 0,28$ ml/s pentru α_{1A} -AB, adică viteza maximă a

Bolnavul C., în vîrstă de 21 ani, prezintă la internare în secția chirurgie, dureri abdominale, sub redordul costal drept și în regiunea lombară, cefalee, scădere ponderală (cu 4 kg în ultimele 2 luni)

Din anamneză: se consideră bolnav de circa două luni, când la examenul ultrasonor a fost descoperite chisturi hepatice. A fost efectuată scintigrafia ficatului și a fost depistat un focar în lobul drept hepatic și splenomegalie. Rinichiul drept, pancreasul și vezica biliară nu au putut fi vizualizate din cauza unei tumori enorme.

Obiectiv se determină prezența unei formațiuni tumorale ce ocupa jumătatea dreaptă a cavității abdominale până la bazinul mic. Rinichiul stîng nu se palpează. Semnul Giordano absent bilateral. Hemoteucograma arată prezența unei anemii moderate, iar sumarul de urină -leucociturie.

Urografia excretorie și tomografia computerizată nu s-a efectuat.

S-a decis efectuarea intervenției chirurgicale. Sub anestezie generală, prin incizie paracostală a fost realizată laparotomia. La examinarea organelor cavității abdominale, partea dreaptă a ficatului, vezica biliară și o parte din intestinul subțire au fost deviate medial și a fost descoperită o tumoră enormă cu punct de pornire din rinichiul drept. A fost solicitat consult urologic intraoperator, intervenția fiind continuată împreună. Cu dificultăți tehnice a fost efectuată nefrectomia pe dreapta.

Macropreparatul prezintă o tumoră enormă de circa 5 kg de consistență spongioasă, cu fluctuații și necroză.

Postoperator plaga s-a cicatrizat *per primam*, iar bolnavul a fost externat în stare satisfăcătoare.

Examenul histopatologic Nr 2674-88 - Tumoră Wilms cu hemoragii extinse.

Pacientul a fost internat pentru supraveghere și tratament multimodal în serviciul de oncologie. Urmărirea timp de 4 ani nu arată prezența metastazelor sau a altor complicații.

Discuții, concluzii

Tumora Wilms are o frecvență sporită în ultimii ani. Depistarea la adulți a nefroblastomului este o cazuistică, confirmată și de datele literaturii studiate.

Cazul de față prezintă interes clinic atât pentru urologi, cît și pentru medicii de alte specialități, prin faptul, tumora Wilms s-a manifestat la un pacient de 21 ani, vîrstă ce o depășește pe cea a copiilor. În diagnosticul diferențiat al formațiunilor tumorale renale trebuie de ținut cont și de acest fapt, în special în cazurile cu patologii concomitente (chisturi hepatice în cazul nostru).

Bibliografie

- 1.Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека. Ред. Н.А.Краевского, А.В.Смолянникова, Д.С.Саркисова, том.2, Москва, 1993, с.142-145.
- 2.Нефробластома – тест-объект детской опухоли. Ред. Л.А.Дурнов, Т.А.Шароев, В.И.Лебедев, том.3, Москва, 2001.
- 3.Клиническая онкоурология. Ред. Е.Б.Маринбаха, Медицина, 1975, с.351.
- 4.Breslow N.E. – Wilms' Tumor Epidemiology in Encyclopedia of Cancer. (vol.III) New York Academic Press, p.2003-2013, 1997.

α-ADRENOBLOCANTELE SELECTIVE ÎN TRATAMENTUL HIPERPLAZIEI PROSTATICE BENIGNE

V.Ghicavii, A.Tănase, I.Codreanu, I. Dumbrăveanu, M. Popov, E.Ceban, C. Lupașco, V.Platon, C. Spînu, O. Taranov, V. Gorbatovschii, I. Milici, I.Barsan
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "N.Testemițanu"

Summary

The work is dedicated to comparative analysis of results after drugs treatment in patients with Benign Prostate Hiperplasia. The 46 patients with BPH treated with α- adrenoblokere (doxazosin, tamsulosin, prazosin, alfusosin). It was found that the efficacy of drugs, used in conservative treatment of BPH depends essentially on the mechanism and the point of their action in etiopatogenic process of BPH, on the moment of the beginning and duration time of their action. The chosen rationally and individually treatment may exclude the necessity of operation, but more often contribute to the extension of the period, in with operation is not needed (2-5 years and more) and to improve the conditions of carrying out the surgical intervention, to remove completely or decrease considerably intra -and post-operation complications.

jetului urinar s-a mărit în mediu cu 1,9 și 4 ml/s sau cu 18,4% și 40,8% respectiv (fig. 1). Volumul urinei reziduale de asemenea a suportat modificări esențiale. Acest parametru constituie în mediu $116 \pm 2,95$ ml (108-126 ml) pentru α_1 -AB și $121 \pm 1,96$ ml (105-133 ml) pentru α_{1A} -AB la început și $87 \pm 3,9$ ml (75-93 ml) pentru α_1 -AB și $76,4 \pm 2,7$ ml (70-92 ml) pentru α_{1A} -AB peste 12 săptămâni de la începutul studiului, adică reducerea volumului urinei reziduale a fost în mediu cu 29 ml sau 25% la α_1 -AB și 44,6 ml sau 36,8% la α_{1A} -AB.

Tabelul 2

Regimul dozajului α -AB la pacienții cu simptome funcționale ale adenomului de prostată (după Schulman C.C. și al., 1996).

Preparatul	Modul de administrare	Doza inițială	Doza de întreținere
Prazosin	2 ori pe zi	0,5 mg de 2 ori pe zi 3-7 zile *	2 mg de 2 ori pe zi (4 mg pe zi)
Tamsulosin	o dată pe zi	0,4 mg o dată pe zi	0,4 mg o dată pe zi
Alfuzosin	de 3 ori pe zi; de 2 ori pe zi formulare cu eliberare prelungită	2,5 mg de 3 ori pe zi * γ ; nu se începe cu 5 mg în formulare cu eliberare prelungită = (la pacienții vîrstnici)	2,5 mg de 3 ori pe zi; 5 mg în formulare cu eliberare prelungită de 2 ori pe zi
Doxazosin	o dată pe zi	1 mg o dată pe zi, crește în timp de 1-2 săptămâni la 2 sau 4 mg o dată pe zi	2-4 mg o dată pe zi

* - prima doză administrată înainte de somn;

α -recomandare făcută în Olanda; în Marea Britanie și Germania: 1 mg timp de 7 zile și a 2 mg timp de 7 zile;

= -foile de date din Franța și Suedia, iar pentru pacienții vîrstnici din Olanda;

γ - la pacienții vîrstnici 2,5 mg de 2 ori pe zi.

La administrarea α -AB s-a constatat și micșorarea polachiuriei de la $10 \pm 0,72$ pînă la $6 \pm 0,7$ micșii pe zi (tab. 3) și a nicturiei de la $2 \pm 0,45$ pînă la $0,4 \pm 0,24$ micșii.

Tabelul 3

Eficacitatea α -adrenoblocantelor la pacienții cu HPB (Nr. 20 pacienți, $M \pm m$).

Parametrii	Preparatele și NR. PACIENȚILOR	PÎNĂ LA TRATAMENT (INIȚIAL)	ÎN TIMPUL TRATAMENTULUI		DUPĂ TRATAMENT
			6 săptămîni	12 săptămîni	24 săptămîni
Viteza maximă a jetului urinar, ml/s	α_1 -AB (n =26)	$10,3 \pm 0,08$	$11,3 \pm 0,16$ p < 0,01	$12,2 \pm 0,15$ p < 0,001	$10,8 \pm 0,1$ p < 0,01
	α_{1A} -AB (n =20)	$9,8 \pm 0,18$	$10,8 \pm 0,1$ p < 0,001	$13,8 \pm 0,28$ p < 0,001	$11,5 \pm 0,23$ p < 0,001
Viteza medie a jetului urinar, ml/s	α_1 -AB (n =26)	$5,9 \pm 0,05$	$6,2 \pm 0,08$ p < 0,002	$6,9 \pm 0,09$ p < 0,001	$6,6 \pm 0,097$ p < 0,01
	α_{1A} -AB (n =20)	$5,8 \pm 0,12$	$6,3 \pm 0,06$ p < 0,001	$7,5 \pm 0,18$ p < 0,001	$6,7 \pm 0,12$ p < 0,001
Volumul total a urinei, ml	α_1 -AB (n =26)	$207 \pm 1,0$	$215 \pm 0,97$ p < 0,01	$231 \pm 1, \beta$ p < 0,001	$210 \pm 2,17$ p > 0,1
	α_{1A} -AB (n =20)	$217 \pm 1,21$	$227 \pm 0,87$ p < 0,001	$238 \pm 1, \beta$ p < 0,001	$218 \pm 1,85$ p > 0,5

Volumul urinei reziduale, ml	α_1 -AB (n =26)	116±2,95	95±5,52 p < 0,02	87±3,9 p < 0,01	100±1,82 p < 0,01
	α_{1A} -AB (n =20)	121±1,96	100±2,4 p < 0,001	76,4±2,7 p < 0,001	90±1,7 p < 0,001
Numărul de micții pe zi	α_1 -AB (n =26)	10±0,72	8±0,44 p < 0,02	6±0,7 p < 0,01	7±0,63 p < 0,01
	α_{1A} -AB (n =20)	11±0,4	7,7±0,27 p < 0,001	6,6±0,36 p < 0,001	7,3±0,37 p < 0,001
Timpul Micției, s	α_1 -AB α -AB (n =26)	35±1,5	34±0,25 p < 0,01	33±0,9 p > 0,	36±1,14 p > 0,1
	α_{1A} -AB α_1 -AB (n =20)	38±0,8	34±0,3 p < 0,001	32±0,4 p < 0,001	35±0,4 p < 0,001
Volumul prostatei, Cm ³	α_1 -AB α -AB (n =26)	44,0±0,11	44,4±0,49 p > 0,1	44,6±0,21 p > 0,	44,6±0,35 p > 0,05
	α_{1A} -AB α_1 -AB (n =20)	44,5±0,77	44,8±0,16 p > 0,1	45,3±0,41 p > 0,05	45,6±0,24 p < 0,001
AgPs, ng/ml	α_1 -AB α -AB (n =26)	7,3±0,31	-	7,4±0,03 p < 0,05	7,4±0,11 p > 0,1
	α_{1A} -AB α_1 -AB (n =20)	5,6± 0,49	-	5,8±0,21 p > 0,2	5,9±0,16 p < 0,05
Numărul de micții nocturne	α_1 -AB α -AB (n =26)	2±0,45	1,2±0,32 p < 0,05	0,4±0,24 p < 0,01	0,8±0,37 p < 0,05
	α_{1A} -AB α_1 -AB (n =20)	3,3± 0,18	1,3±0,11 p < 0,001	0,5±0,15 p < 0,001	1,0±0,18 p < 0,001

Notă: P – valorile la 6 și 12 săptămîni de tratament comparativ cu cele de pînă la tratament; după tratament (24 săptămîni) față de valorile inițiale.

Funcția de rezervor a vezicii urinare, exprimată prin volumul total al urinei, la administrarea α_1 -AB și α_{1A} -AB a crescut la a 12 săptămîni de tratament în mediu cu 24 ml și 21 ml respectiv (tab. 3), ceea ce statistic este veridic.

Modificări pronunțate ale volumului prostatei în tratamentul cu aceste preparate nu au fost înregistrate. Este important, că atât α_1 -AB cît și α_{1A} -AB, nu influențează nivelul antigenului prostatic specific (tab. 3), ce este indicat și în alte surse. Astfel de rezultate referitoare la parametrii urodinamici în utilizarea α -AB au fost descrise și de alți cercetători.

Astfel, dinamica parametrilor urofloumetrici demonstrează reducerea obiectivă a obstrucției intravezicale în tratamentul cu α_1 -AB și în special cu α_{1A} -AB. Aceste preparate în fond sunt efective la pacienții cu polachiuria de zi și cea nocturnă pronunțată, micții imperioase și micție cu simptome nu prea pronunțate sau moderate ale obstrucției dinamice. Din datele tabelului 3 rezultă, că cu cît sunt mai pronunțate dereglările capacității adaptive ale detruzorului (componenta dinamică - creșterea tonusului α_1 -adrenergic al musculaturii netede din prostată și din uretra prostatică), cu atât mai semnificativ este efectul manifestat de α_1 -AB și în deosebi α_{1A} -AB. Rezultatele prezentate în tabelul 3 au fost obținute în tratamentul cu α_1 -AB pe parcursul a 12 săptămîni. În aceste situații ameliorarea simptomatică pronunțată și dinamic favorabilă a parametrilor obiectivi a fost constatată în primele 3-5 săptămîni de administrare a α_{1A} -AB și s-a păstrat pe parcursul următorilor termeni ai tratamentului (3 luni) și la 6 luni după finalizarea acestuia. E de menționat, că utilizarea acestor preparate nu micșorează distinct și nici nu preîntâmpină creșterea ulterioară a volumului prostatei (tab.3), însă pot preveni dezvoltarea complicațiilor HPB și reduce esențial posibilitatea tratamentului chirurgical pe viitor.

Concluzii

Datele obținute permit de a conchide, că în stadiile precoce ale HPB, cînd dereglările micționale nu sînt prea pronunțate și lipsesc indicațiile pentru tratamentul chirurgical, adică cînd componenta dinamică simpato-dependentă a dereglărilor funcției vezicii urinare predomină asupra obstrucției uretrale mecanice, prioritatea se oferă α -AB, care relaxează colul vezicii urinare și înlătură depresia procesului de relaxare și contractare a detruzorului. Reieșind din eficacitatea înaltă și rezultatul clinic

rapid, în urma utilizării preparatului Omnic actualmente putem, ca și alți specialiști în domeniu, considera α_{1A} -AB ca remedii ale tratamentului medicamentos de linia întâi al HPB. Preparatele acestui grup blochează receptorii adrenergici respectivi ai prostatei, colului vezicii urinare, uretrei și în așa mod înlătură componenta dinamică a obstrucției infravezicale, determinată de spasmul musculaturii netede a acestor organe. Relaxarea musculaturii netede din prostată și din uretră motivează folosirea α_1 -adrenoblocanțelor pentru îmbunătățirea debitului urinar și de asemenea pentru reducerea severității simptomelor.

Mai mult decât atât, ținând cont de acțiunea hipotensivă a α_1 -AB, în deosebi caracteristică pentru prazosin, doxazosin și terazosin, la determinarea locului de utilizare a acestor medicamente e necesar de ținut cont, că hipertensiunea arterială însoțește clinic semnificativ HPB în 25-40% cazuri. Datorită micșorării presiunii arteriale, reducerii nivelului lipidelor și colesterolului din sânge α -AB sunt recomandate în tratamentul pacienților HPB, în deosebi cu hipertensiunea arterială alterată. În 60-75% cind acțiunea hipotensivă nu este dorită utilizarea tamsulosinului este binevenită și necesară.

α -AB și, în special și α_{1A} -AB selective cu acțiune prolongată, conform cercetărilor clinice efectuate, s-au dovedit a fi efective în tratamentul pacienților cu HPB de gr. I și II și sunt pe larg utile în această afecțiune atât sub formă de monoterapie, cât și ca element al tratamentului complex. O diferență semnificativă a eficacității clinice și a efectelor adverse la utilizarea diferitor α_1 -AB nu a fost depistată. Preparatele sunt bine suportate de către pacienți și se caracterizează cu un număr relativ nu mare de reacții adverse, cum sunt hipotensiunea posturală, vertijul, astenia, obstrucția nazală, ejacularea retrogradă. E de menționat, că din 53 pacienți 7 au suspendat administrarea α_1 -AB: 5-din cauza unor reacții adverse, cum sunt: dureri în regiunea cordului, slăbiciuni, somnolență, tahicardie, hipotensiune, ceilalți 2 din alte motive, ceea ce nu sa observat la administrarea tamsulosinei.

Prin urmare, α -AB și în special Omnic atenuează simptomele morbide la pacienții cu HPB, ameliorează considerabil simptomatologia obiectivă a bolii, la necesitate prin repetarea curelor de tratament contribuie la amânarea (aproximativ cu 3 - 5 ani), iar uneori la excluderea intervenției chirurgicale. Numai un pacient din cei 46 încadrați în tratamentul cu α -AB a fost supus ulterior intervenției chirurgicale prin TUR.P.

Bibliografie

1. Abrams P., Schulman C.C., Vaage S. and the European Tamsulosin Study Group. "Tamsulosin, a selective α_{1A} -adrenoreceptor antagonist, a randomised, controlled trial in patients with benign prostatic "obstruction" (symptomatic BPH). // Br. J. Urol. - 1995. - 76: 325-336, 1995
2. Carani C., Salvioli V., Scuteri A., Borelli A. And oth. Urological and sexual evaluation of treatment of benign prostatic disease using Pygeum africanum a high doses. Arch. Ital. Urol. Nefrol. Androl. 1991, 63 (3): 341-345.
3. Chapple C.R. α -adrenergic blocking drugs in bladder outflow obstruction: what potential has α_1 -adrenoreceptor selectivity? // British Journal of Urology. - 1995. - Vol. 76, suppl 1. - P. 47-55.
4. Chapple C.R., Burt R.P., Andersson P.O. et.al. Alpha 1-adrenoreceptor subtypes in the human prostate. // Br. J. Urol., 74: 585-589, 1994.
5. Cockett A.T., Aso I., Denis L., Murphy G., Khoury S., Abrams P., et al. The 3rd International Consultation on BPH. Recommendation of the International Consensus Committee concerning: 4. Treatment recommendations for benign prostatic hyperplasia (BPH). In: Cockett A.T.K., Khoury S., Aso I., Chatelain C., Denis L., Graffiths K., Murphy G., editors. The 3rd International Consultation on Benign prostatic hyperplasia (BPH). // Monaco, June 26-28, 1995: 637-639.
6. De Mey C. α_1 -Blockers for BPH: Are There Differences? // Eur. Urol. - 1999; 36 (suppl. 3): 52-63.
7. Faure C., Pimoule C., Vallancien G., et.al. Identification of α_1 -adrenoreceptor subtypes present in the human prostate, Life Sci., 54 (21): 1595-1605, 1994.
8. Kirby R.S. Clinical relevance of α_1 -bloker selectivity. Symposium: Looking into the future: the expanding role of α_1 inhibition in BPH therapy, Paris, 1997, P. 15.
9. Kirby R. et. al. // Text book of Benign Prostatic Hyperplasia. 1996; 346-353.
10. Kirby R.S., McConnell J.D. Medical management of BPH. // In: Benign Prostatic Hyperplasia. Oxford: Health Press- 1995: 24-30

TOTAL NEPHROURETERECTOMY WITH LYMPHADENECTOMY IN TREATMENT OF UROTHELIAL TUMORS OF UPPER URINARY TRACT

Sinescu I., G. Gluck, M. Hârza, C. Gîngu,

C. Chibelean, B. Șerbănescu, M. Munteanu

Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation

"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA

Video

Objective: Presenting the technique of associated lymph-adenectomy to total nephroureterectomy for right urothelial tumors of upper urinary tract.

Materials and methods: The approach was transperitoneal. The right colic angle and the ascending colon are mobilized, reaching the retroperitoneum. The fibroareolar tissue surrounding aorta and IVC is removed starting the diaphragmatic crura insertions down to the iliac vessels. The lumbar and ilio-pelvic lymphadenectomy is obligatory. Total nephroureterectomy with perimeatic cystectomy is performed.

Conclusions: The radicality of total nephroureterectomy is obtained as a result of associated extensive lymphadenectomy.

SUBSTITUTION CYSTOPLASTY WITH DETUBULARIZED ILEUM

I. Sinescu, G. Gluck

Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation

"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA

Video

Introduction: The major advantage of the continent urinary reservoirs is an improving of the quality of life and of the corporal image in the radical cystectomy patients.

Materials and methods: A segment of about 30 - 35 cm is isolated configured in a "U" form and detubularized. A suture is made between the two arms of the "U" and an intestinal plate is obtained. After the partial closing of the anterior segment with 3-0 PDS, anastomoses is practised to the urethra on a 20 Ch catheter with 6 points of 3-0 Vicryl. The ureters are implanted according to the modified Le Duc Camey technique and the pouch is closed.

Results: At the Urologic Clinic of "Fundeni" Hospital, 108 substitution cystoplasty have been performed. The studying group is represented by 51 cystoplasties. Camey II technique have been used in 10 cases. The evolution of the patients has been without major complications, with a very good diurnal and nocturnal continence.

Conclusions: The relative facile and rapidly performing, with a small rate of complications and a good social and professional integration of the patient, all together make this type of urinary diversion to be into the attention of urologists who are practising the substitution cystoplasty.

EXTENSION – SURGICAL TECHNIQUE

Sinescu I., G. Gluck, M. Hârza, C. Gîngu,

C. Chibelean, B. Șerbănescu, M. Munteanu

Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation

"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA

Video

Introduction: Surgical technique for left renal cell carcinoma with infradiaphragmatic caval extension is presented.

Technique: A transperitoneal bilateral subcostal approach was used. After left colon

reflection, the renal artery is ligated and divided, the left renal vein is dissected on. The right colon reflection is performed, the right renal vein and vena cava is dissected. Safinsky clamp is placed on infrarenal vena cava, a bulldog clamp is placed on the right renal vein and a Safinsky clamp is placed on vena cava above the thrombus. Circular incision on vena cava at the level of left renal vein is performed and en block perifascial nephrectomy including the thrombus is done. The vena cava incision is repaired with a continuous 4-0 vascular suture. Extensive lymph node dissection is performed.

Conclusions: Out of more than 1305 RCC operated in our Department between 1975 – 2000, 142 cases have had caval extension. Using appropriate surgical technique, the patient's survival is almost similar to those without caval extension.

ORTHOTOPIC BLADDER SUBSTITUTION WITH DETUBULARIZED SIGMOID COLON

I. Sinescu, G. Gluck

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

Video

Introduction: The surgeons who performs substitution cystoplasty should know different techniques utilising the small bowel and sigmoid colon, depending of the local anatomic situation.

Materials and methods: A sigmoid colon segment of about 25 cm is isolated. The colic continuity is restored. The isolated segment is put under a "U" shape, it is detubularized and the arms of the "U" are sutured each to the other. The reservoir is anastomosed to the urethra. The urether implantation is performing according to Le Duc Carney modified technique and the pouch is closed.

Results: From a cohort of 51 patients, this type of cystoplasty have been performed to 23 cases (4 partial detubularized, 19 total detubularized). The postoperative evolution was a good one, continence was relatively good, there were no phenomena of vesico - urethral reflux. All the patients have had daily continence. 7 patients are incontinent during night time.

Conclusions: The sigmoid colon represents a technical variant for bladder substitution to be retained due to its pelvic position, a good vascularization, to easy restoring of the colic continuity, to the urodynamic qualities of the sigmoid bowel, etc.

RIGHT RCC WITH CAVO-CARDIAC TUMOR THROMBUS

Sinescu I., M. Hârza*, C. Gângu*, B. Șerbănescu*, C. Chibelean*, H. Moldovan***

**Department of Urology and Renal Transplantation,
Fundeni Clinical Institute, Bucharest, Romania*

***Cardiological Surgery Department,
Cardiology Institute "Prof.C.C. Iliescu", Bucharest, Romania*

Video

Introduction: One of the unique features of RCC is the frequent pattern of growth intraluminally into the renal venous circulation in extreme cases this growth may extend into the inferior vena cava with cephalad migration in the heart.

Material and method: It has been our experience that an anterior surgical approach through a subcostal and pararectal incision provides excellent exposure for performing radical nephrectomy. A second cardio-vascular team, through a median sternotomy, cannulated the ascending aorta and the right atrium and cardiopulmonary bypass is initiated. The tumor thrombus is gently removed from the IVC.

Results: In our department we performed more than 1305 radical nephrectomies for RCC. We have had 117 lateral or total IVC resection and in 8 cases we removed the thrombus from the right atrium.

Conclusions: This approach allows such thrombus to be removed completely in a controlled operative setting that provides excellent exposure and reduces the potential for massive blood loss or major vascular injury.

RETROPERITONEAL STAGING LYMPHADENECTOMY IN STAGE I NONSEMINOMATOUS GERM CELL TUMOURS OF THE TESTIS

Sinescu I., R. Constantiniu

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

Video

The treatment of testicular germ cell tumours has been a constant interest to our department, comprising 268 cases over the last two decades. Alongside the spectacular progresses of specific, highly effective combination chemotherapy and retroperitoneal lymphnode surgery which have dramatically improved life expectancy and cancer free rates even in advanced abdominal or metastatic disease, the treatment and follow-up protocols for stage I nonseminomatous germ cell testicular tumours (NSGCT) are still a question of debate. The option of "wait and see" or primary specific chemotherapy require a rigorous and wealthy healthcare system, i.e. important social costs; moreover, chemotherapy associates well-known toxic effects. These comments should also take into account the risk of CAT retroperitoneal understaging in these patients.

Under this circumstances the authors propose the evaluation of the retroperitoneal lymphadenectomy (RPLA) in its modified fashion as the primary therapeutic approach in stage I NSGCT, considering the accuracy of pathologic staging (chemotherapy becomes unnecessary) and the preservation of antegrade ejaculation (anejaculation being the major draw-back for the total bilateral RPLA). Another pro is its curative role in cases of occult abdominal disease. The main sequences of the modified RPLA are presented and commented, defining the rational ablation limits which assure a "nerve sparing" technique without oncologic rebate.

In a precarious healthcare system, the modified RPLA might well be considered the primary option in the management of stage I NSGCT for its oncologic staging and therapeutic merits, with low social costs and practically no morpho-functional sequelae.

RETROPERITONEAL STAGING LYMPHADENECTOMY IN STAGE II NONSEMINOMATOUS GERM CELL TUMOURS OF THE TESTIS

Sinescu I., R. Constantiniu

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

Video

The standard primary therapeutic approach recommended in stage II nonseminomatous germ cell testicular tumours (NSGCT) in current practice is specific, aggressive chemotherapy. Retroperitoneal lymphadenectomy (RPLA) is a second line therapy, being currently restricted to those patients who present with residual abdominal mass after chemo regimens.

The authors' experience comprises 12 total RPLA for stage II NSGCT in the last 4 years: 4 primary RPLA and 8 secondary RPLA (preceded by BEP cycles). The main sequence of the operative technique of primary total RPLA for stage II disease is presented.

Access was gained through a midline abdominal incision. Teratoma was present in the primary pathologic specimen in half of the cases. In such cases we consider the primary total RPLA as the first option, being aware of the inefficacy of combination chemotherapy on teratoma and the risk of hazardous, seriated, even incomplete surgical resections in advancing abdominal disease. In two of three cases the operative pathologic staging corrected the preoperative CAT staging! There were no intra or postoperative complications. Adjuvant specific chemotherapy (2 BEP cycles) was delivered as a routine, this strategy granting curability in all cases.

Conclusively, the authors propose a reevaluation of the primary total RPLA in the therapeutic approach of NSGCT stage II minimal or moderate abdominal disease, considering the operation as complete and easier to perform than in postchemo local conditions. This is especially valid in case of teratoma in the primary tumor, as teratomatous elements in the retroperitoneum will respond only to surgery. Moreover, the chemotherapeutic effort is reduced, more efficient, with lower toxic side effects. Under current conditions, this approach grants high cure rates with low medical and social costs.

RADICAL CYSTECTOMY (ANTERIOR EXENTERATION) IN FEMALE PATIENTS

I. Sinescu, G. Gluck

Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA

Video

Introduction: Radical cystectomy or anterior exenteration, is the treatment of choice for infiltrative bladder tumours in female patients. Radical cystectomy consists in ileo-pelvic lymphodissection + extirpation of: a). urinary bladder + urethra, b). uterus, ovary, uterine tubes, c). anterior vaginal wall.

Materials and Methods: From the radical 1.200 cystectomies performed between 1975 - 1998, to women, 164 anterior pelvectomies have been made. The female patient in a dorsal decubitus position with the elevator located under the umbilicus. After checking the bladder lesions, liver, ileo-pelvic and para-aortic adenopathies, the peritoneum is incised at the level of the iliac vessels and the urethers are dissected up to the juxta-vesical level, where are divided. The ligature / cross-sectioning of the lombo-ovarian ligaments and round ligament is practised. The ileo-pelvin lymphodissection is practised. The incision of the recto-vaginal peritoneum is followed by the decollation of vagina from the rectum. The ligature of the vascular pedicles and cross-sectioning, follows. The posterior vaginal wall is transversally incised. Anteriorly the pubo-vesical ligaments and the dorsal vein of the clitoris are ligated and cross-sectioned. Laterally, the lateral walls of the vagina are incised. The urethra is isolated and divided. The operation is ending by the suture of the vaginal anterior wall.

Results and Conclusions: Female radical cystectomy may be performed with an acceptable low rate of morbidity and mortality. The operation is the election procedure for multifocal cancer and / or infiltrative in the urinary bladder.

ORTHOTOPIC SUBSTITUTION CYSTOPLASTY IN FEMALE PATIENTS AFTER ANTERIOR PELVECTOMY FOR INFILTRATIVE BLADDER TUMOUR

I. Sinescu, G. Gluck

Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA

Video

Introduction: Hubner's studies have established: the continuity of the bladder with urethra is not a compulsory condition for the urethral closing mechanism. Colleselli shows that the preservation of the musculature of 2/3 out of inferior part of the urethra with its innervation is important for female continence. Stenzl's pathological studies identify the group of female patients to whom the substitution cystoplasty could be performed.

Materials and Methods: This type of substitution cystoplasty has been used on 4 female patients (from a cohort of 51). In 3 cases we used the detubularized sigmoid colon and in 1 case the detubularized ileum - Studer's technique for female patients with bladder tumours pT₃NoMoU - G_{1,3}.

Results: The postoperative course was uneventfull. The female patients have been continent day and night. Their neobladder capacity ranged between 350 - 500 cc.

Conclusions: Female orthotopic substitution cystoplasty on selected cases is feasible.

RADICAL CYSTECTOMY FOR INFILTRATIVE BLADDER TUMOUR IN MALE PATIENTS

I. Sinescu, G. Gluck

Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA

Video

Introduction: Radical cystectomy represents the elective treatment of infiltrative bladder tumour consisting in the ileo-pelvic lymphodissection followed by the urinary bladder, prostata and seminal vesicles extirpation.

Materials and methods: In the Urology Department of "Fundeni" Hospital - Bucharest over 1,200 radical cystectomies have been performed. The technique consists in the isolation / cross-sectioning the urethra in the urinary juxta-vesical region, followed by bilateral ileo-pelvic lymphodissection, the lymphatic tissue being removed from the common iliac vessels, external iliac vessels (up to the inguinal arcade), internal iliac vessels and obturator fossa liberation with the obturator nerve and ligature / cross-section of the obturator vessels. It follows the peritoneal incision between the bladder and the rectum with the decoliation of the urinary bladder, prostata, seminal vesicles from the rectum. The tiered ligature of the vascular pedicles is performed. The latero-prostatic endopelvic fascia is incised. Ligature / cross-section of the pubo-urethral ligaments, dorsal venous plexus and the urethra at the apex of the prostate is performed.

Results: On a statistic analysis made in 1988, in 630 radical cystectomies, the global death rate was 16.6%. The death rate has been reduced to 0% in cohorts of selected patients (51 patients with cystectomy & substitution cystoplasty).

Conclusions: Radical cystectomy represent the optimum modality of treatment for infiltrative bladder tumours. From a "formidable operation for a formidable illness" - Scott, it has become in the hands of some skilled surgeons, an operation of routine with exceptional results.

STUDER'S ORTHOTOPIC BLADDER SUBSTITUTION

I. Sinescu, G. Gluck

Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA

Video

Introduction: The continent urinary reservoirs connected to the urethra have known in the last decade a formidable development. A variant of these ones is the cystoplasty of Studer type.

Materials and Methods: About 60 cm of ileum is isolated and the small intestine is restored. The isolated intestinal segment is put under a "J" form, so that 22 & 22 cm should become the urinary reservoir and about 17 cm will be the part of the intestine in which the urethra are implanted. The declive portion is made under "U" form and is detubulized on a portion as long as about 44 cm. The arms of the "U" form are sutured each other with 3 PDS and so an intestinal plate is obtained which is perpendicularly double-fold plicated on the first suture. The reservoir is closed, a lateral stoma of about 1 cm is practised which is anastomozed to the urethra on a 20 Ch catheter, after the ureteral implanting on 6 Ch splints and the closing of the intestinal segment will be made.

Results: In a group of 51 patients this type of cystoplasty has been used in 15 cases.

Conclusions: The postoperative course was uneventful. In 3 cases the patients have had nocturnal incontinence. All of the 15 patients are continent all day long.

ASPECTELE TRATAMENTULUI TUMORILOR PARENCHIMATOASE PE RINICHI UNIC

C.Spînu*, A.Tănase*, C.Lupașco*, V.Țurcan**, V.Pungă*, V.Ghicavii*, A.Al-Șare*

* Clinica de Urologie, Hemodializă și Transplant Renal, Spitalul Clinic Republican

** Clinica de Urologie, Institutul Oncologic, Chișinău, R.Moldova

Summary

We have carried out the analysis of 23 cases of the parenchymatous tumors of solitary kidney within the period from 1980 to 2001 years. The surgical treatment has the following aims: complete removal of the tumor, the correct appreciation of the tumor stage, maintenance of choice. The operative techniques were dependent on the dimensions of tumor, its Characteristics and localization in the kidney. The results obtained by us are promising and reflect the modern approach to the treatment of the solitary kidney tumors. The treatment objective being the realization of radical removal of the tumor with preservation of kidney tissues.

Actualitatea și obiectivele lucrării

Tumorile reno-ureterale pe rinichi unic sunt rare, în cazul tumorilor urogenitale incidența lor fiind aproximativ 1,8-2% din bolnavii cu tumori renale.

Tratamentul chirurgical al tumorilor renale urmărește câteva obiective esențiale: îndepărtarea completă a tumorii, aprecierea corectă a stadializării, menținerea unui rinichi normal funcțional.

Acest tratament nu este numai un act terapeutic, el are și o certă valoare diagnostică (Terone.,1997;Godley.,1999).

Conduita terapeutică corectă se poate stabili numai după cunoașterea exactă nu doar a gradului, ci și a modalității de extindere a tumorii. Prin evoluția sa insidioasă, cancerul parenchimatous a rinichiului întârzie prezentarea la medic și aplicarea unui tratament corespunzător, în fază utilă, permițând ca boala să se extindă local cât și la distanță. În actualul stadiu de dezvoltare a terapiei urologice, operațiile menajante reprezintă tratamentul de elecție și singure eficiente a cancerului rinichiului unic fără extensie locală extrarenală (Gresi.,1998). Tehnica operatorie a fost determinată de dimensiunile tumorii,caracteristicile ei și poziția pe care o ocupă în rinichi.

Material și metode

Analiza cazurilor ce au intrat în studiul de față s-a realizat pe o perioadă îndelungată de timp, 1980-2001, perioadă în care au fost înregistrați 23 de pacienți cu tumori renale, tratați în clinicele de urologie și oncologie din Chișinău și Iași (Tabelul 1).

Tratamentul tumorilor reno-uroterale pe rinichi unic a constatat din: enucleerea tumorii - 7 cazuri; nefrectomie parțială - 4; nefrectomie radicală - 2 cazuri, embolizarea tumorii - 1 caz; chimio/hormonoterapie - 9 cazuri.

Examenul anatomomorfologic legat de stadializarea și gradul de diferențiere a tumorii joacă rolul decisiv în stabilirea conduitei terapeutice. Gradul de malignitate se face pe baza unor criterii histologice și citologice cum ar fi: dimensiunea celulelor, diferențele de formă, dimensiune, modificări nucleare, stabilitate celulară, care se menține în tumorile G1, și lipsesc în G3. Determinarea gradualității are o valoare prognostică certă, dar nu este suficientă pentru stabilirea conduitei terapeutice corecte (Marshall.,1996).

Rezultate și discuții

Operațiile conservatoare efectuate pe rinichi unic au constatat din enucleerea nodulului tumoral sau nefrectomie parțială.

Enucleerea a oferit posibilitatea de a înlătura tumora din orice porțiune a rinichiului, cantitate minimă înlăturată de țesut renal normal, tehnică operatorie accesibilă.

Nefrectomia parțială s-a aplicat în cazul tumorilor limitate, păstrând suficient țesut renal funcțional (cel puțin 50% de țesut renal).

În 2 cazuri când tumora a cucerit mai mult de 50% din țesut renal funcțional, dar metastaze regionale și la distanță lipseau, s-a efectuat nefrectomie radicală, dintre care într-un caz decesul a survenit peste 6 luni, în alt caz bolnava este în viață, este supusă hemodializei un an după operație și va fi supusă la transplantare renală.

La un bolnav cu cancer al rinichiului unic funcțional stâng în stadiu avansat, depășit din punct de vedere chirurgical, cu hematurie abundentă - a fost utilizată embolizarea porțiunii afectate de tumoră, pentru prevenirea pierderii excesive de sânge și reducerea volumului tumorii. Acest bolnav a supraviețuit 6 luni.

Distribuția tumorilor parenchimatose pe RU după vârstă, localizare, clasificare, tratament, supraviețuire și cauză deces

N	Vârsta	Localiz.	Clasificare	Tratament	Supravieț.	Cauză deces
1. 1	53	PI	T ₂ N ₀ M ₀ G ₁	Enucleere	5 ani	Mt hepatice
2. 9	41	MR**	T ₂ N ₀ M ₀ G ₂	Enucleere	Urmărita 1luna	-----
3. 3	65	PI***	T ₃ N ₁ M ₁ G ₃	Enucleere	1,5 ani	Mt pulmonare
4. 4	57	PS*	T ₃ N ₁ M ₀ G ₁	Enucleere	3 ani	Uremie
5. 9	55	PI	T ₂ N ₀ M ₀ G ₂	Enucleere	Urmărit 2 ani	Pierdut din vedere
6. 1	51	PI	T ₂ N ₀ M ₀ G ₀	Enucleere	7 ani	Pierdută din vedere
7. 1	54	PS	T ₃ N ₀ M ₀ G ₂	Enucleere	5 ani în viață	-----

8. 8	55	PS	T ₂ N ₀ M ₀ G ₁	Nefrectomie parțială	3 ani	În viață
9. 1	46	PS	T ₂ N ₀ M ₀ G ₂	Nefrectomie parțială	Urmărit 2 ani	Pierdut din vedere
10. 1	44	MR	T ₂ N ₀ M ₀ G ₁	Nefrectomie parțială	5 ani	Mt hepatice
11. 1	45	PI	T ₁ N ₀ M ₀ G ₁	Nefrectomie parțială	8 ani	Mt pulmonare
12. 1	66	MR	T ₄ N ₁ M ₀ G ₁	Nefrectomie	6 luni	Mt osoase
13. 1	49	PI	T ₄ N ₀ M ₀ G ₁	Nefrectomie	Supravieț. 1an	-----
14. 2	50	PI	T ₄ N ₂ M ₁ G _x	Embolizare	6 luni	Uremie
15. 1	44	PS	T ₄ N _x M ₁ G _x	Chimioterapie	1 an	Mt osoase
16. 5	73	PI	T ₄ N ₂ M ₁ G _x	Chimioterapie	Urmărit 6 luni	Pierdut din vedere
17. 6	69	PI	T ₄ N ₂ M ₁ G _x	Chimioterapie	6 luni	-----
18. 7	60	MR	T ₃ N _x M ₀ G _x	Chimioterapie	8 luni	-----
19. 1	60	PS	T ₃ N ₁ M ₀ G ₂	Chimioterapie	3 ani	Uremie, Mt osoase
20. 1	60	PI	T ₃ N _x M ₀ G _x	Chimioterapie	2 ani	Uremie
21. 1	59	PI	T ₃ N ₂ M ₁ G _x	Chimioterapie	Urmărit 6 luni	Pierdut din vedere
22. 2	78	PI	T ₃ N ₂ M ₁ G _x	Chimioterapie	Urmărit 6 luni	Mt pulm. și osoase
23. 2	63	PI	T ₄ N ₂ M ₁ G _x	Chimioterapie	6 luni	Uremie

*PS-polul superior

**MR-mediorenal

***PI-polul inferior

Pronosticul este mai bun dacă leziunea nu a depășit capsula renală. Chiar invadarea limitată a grăsimii perirenale nu reduce considerabil supraviețuirea postoperatorie. Prin opoziție, invadarea pediculară, ganglionară și venoasă afectează serios longevitatea postoperatorie.

Tratamentul chirurgical trebuie adaptat stadiului tumoral, de aceea protocolul investigațional va fi utilizat, dacă este nevoie în întregime pentru stadializarea TNM.

Menționăm că, 9 bolnavi considerați incurabili chirurgical, au fost supuși unui tratament conservator incluzând hormono- și chimioterapie, perioada de supraviețuire fiind de la 6 luni până la 3 ani.

În afara tratamentului chirurgical, corect indicat și efecuat, adaptat stadiilor tumorale, tratamentele adjuvante au o eficacitate redusă.

Concluzii

- 1) Chirurgia menajantă reprezintă procedeul de elecție în tratamentul tumorilor pe rinichi unic, rinichiul păstrând cel puțin 50% din țesut renal funcțional.
- 2) Rezultatele operațiilor de nefrectomie parțială a rinichiului afectat, cât și enuclearea nodului tumoral sunt aproximativ identice. În aceste cazuri este de preferință enuclearea tumorilor, fiind o metodă chirurgicală mai puțin traumatizantă.
- 3) Atunci când chirurgia conservatoare nu poate respecta principiile de radicalitate, oncologică, când lipsesc metastazele la distanță, se va recurge la nefrectomia totală chiar a rinichiului unic, urmată de includerea bolnavului în programul de dializă.
- 4) Cu cât tumoarea este descoperită mai precoce, iar tratamentul chirurgical este mai radical, cu atât cresc șansele de supraviețuire.

Calitatea actului chirurgical se determină nu numai prin aprecierea radicalității momentane ci

și prin prisma altor parametri, în primul rând a ratei de recidivă și de progresie.

- 5) Rezultatele înregistrate de noi prin utilizarea intervențiilor conservatoare sunt promițătoare și se încadrează în poziția terapeutică actuală față de tumorile renale, care urmărește asigurarea radicalității exiziei tumorale cu evitarea sacrificiului inutil de țesuturi. Unele rezultate nefavorabile au rezultat din nerespectarea principiilor exiziei oncologice complete, pentru care nu se poate face nici un fel de concesiune, chiar dacă se operează pe rinichi unic.

Bibliografie

1. Godley P.A., Stinchcombe T.E.: Renal cell carcinoma, Curr Opin Oncol, 11(3), 213-7, 1999.
2. Gresi A.A., Neciporenko A.N.: Long-term outcomes of organ-saving separate for renal carcinoma, Urol i nefrol Nr 5, 12-14, 1998.
3. Marshall F.F.: In situ management of renal tumors: Renal cell carcinoma. Eur. Urol., 12, 238, 1996.
4. Terone C., Favro M.: Conservative surgery for renal cell carcinoma, Ann Urol, 31, 137-44, 1997.

ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОСКОПИЯ И ТРАНСУРЕТРАЛЬНАЯ УРЕТЕРОПИЕЛОСКОПИЯ ПРИ ПАПИЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Н.А. Лопаткин, А.Г. Мартов, Б.Л. Гуцин, Д.В. Ергаков
НИИ Урологии Минздрава РФ, Москва

Summary

We evaluated renal-preserving endourological approach in the diagnosis and management of upper tract urothelial tumors. The results of endourological management of urothelial upper urinary tract tumors in the group of the patients treated from 1990 to the present time at the Institute of Urology have been evaluated in a retrospective fashion. Chart reviews, indications for intervention, and treatment outcomes were assessed. 62 patients were subject to endourologic diagnosis and/or management of upper tract urothelial neoplasms. Follow-up period varied from 2 to 8 years. Minimally invasive endourological management of upper tract tumors should be considered in selected patients.

Актуальность

Переходно-клеточная карцинома является самым частым видом опухолей верхних мочевыводящих путей (ВМП) (1,3). Нефроуретерэктомия с удалением ткани мочевого пузыря, окружающего устье мочеточника (т.н. «радикальная нефроуретерэктомия») остается методом выбора в лечении большинства пациентов с переходно-клеточными карциномами ВМП. При некоторых противопоказаниях к проведению радикальной операции пациентам выполняется органосохраняющее лечение (2,5,7). Накоплен значительный опыт проведения подобных вмешательств при папиллярных опухолях единственной или единственно функционирующей почки, в случаях двухсторонних опухолей ВМП, при хронической почечной недостаточности и др (4,8). Разработка современного эндоскопического оборудования и его широкое внедрение в урологическую практику изменили принципы диагностики папиллярных опухолей ВМП, а также показания и противопоказания для проведения органосохраняющего лечения подобных опухолей (6). Целью данной работы явилось изучение возможностей эндоскопической диагностики и лечения больных с папиллярными опухолями ВМП.

Характеристика больных и методы обследования

С 1986 года и по настоящее время 62 пациентам (37 мужчин и 25 женщин, в возрасте от 16 до 82 лет) с подозрением на папиллярную опухоль ВМП была выполнена трансуретральная уретеронефроскопия (57 пациентов) и перкутанная нефроскопия (5 больных). В предоперационном периоде всем больным выполнялось комплексное клиническое, рентгенурологическое (экскреторная урография, ретроградная уретеропиелография) и радиоизотопное исследование (динамическая нефросцинтиграфия), ряду пациентов – компьютерная томография и цитологическое исследование мочи. При выполнении эндоскопического исследования (трансуретральная уретеронефроскопия, перкутанная нефроскопия) основными задачами являлись: эндоскопическое подтверждение диагноза, определение мультифокальности процесса, а также взятие биопсии для морфологической верификации диагноза.

Методика эндоскопического вмешательства при опухолях ВМП

При трансуретральном вмешательстве первоначально выполняется цистоскопия и проведение дилатации пузырно-мочеточникового соустья до размера 14 Fr оливными бужами или баллон-катетером. Затем в мочеточник вводится ригидный уретеропиелоскоп-минископ или фиброуретероскоп (диаметр 8 Fr). Осматривается, при возможности, весь уротелий. При обнаружении опухоли проводится струна-проводник выше уровня опухоли, далее инструмент удаляется, и помимо струны до уровня опухоли проводится уретерорезектоскоп, размером 13,5 Fr. Выполняется ТУР опухоли с фульгурацией ее основания (или лазерная абляция опухоли через уретеропиелоскоп-минископ). После проведения вмешательства выполняется внутреннее дренирование почки – установка внутреннего стента.

В 5 случаях при подозрении на опухоль ВМП использовались перкутанные методики. В одном наблюдении небольшая опухоль лоханки была удалена с помощью нефрорезектоскопа через пункционный нижнечашечковый доступ и у двух больных выполнено щипковое удаление опухоли чашечки (пункцией и созданием доступа непосредственно в нее) и нижней трети мочеточника (через среднечашечковый доступ) биопсийными щипцами с помощью стандартного нефроскопа и фибронефроскопа. В одном случае был обнаружен рентгеннегативный конкремент размером 0,8см, выполнена перкутанная нефролитэкстракция. Операция заканчивается установкой внутреннего стента или нефростомического дренажа.

Результаты и выводы

При выполнении трансуретральной уретеронефроскопии и перкутанной нефроскопии у 34 (59,6%) больных были выявлены опухолевые образования ВМП. 16 пациентов имели опухоли ЧЛС, 3 - опухоль верхней трети, 2 - опухоль средней трети, 13 - опухоль нижней трети, размерами от 0,5 до 4,2 см. В 18 случаях были обнаружены рентгеннегативные конкременты размерами от 0,4 до 1,7см, во время эндоскопического обследования (уретеронефроскопия, нефроскопия) выполнялась контактная литотрипсия и удаление осколков конкрементов. У 7 больных при уретеропиелоскопии были обнаружены сгустки крови в ЧЛС, во время выполнения процедуры сгустки были удалены. В 3 случаях источник кровотечения выявлен не был.

Эндоскопические методы были использованы в лечении 14 пациентов с одиночными папиллярными опухолями ВМП (3 – фиброэпителиальный полип, 7 – переходноклеточная карцинома G2, 4 – переходно-клеточная карцинома G1) Показания к проведению эндоскопических методов лечения мы разделяем на абсолютные (единственная анатомическая или функционирующая почка – 3, наличие ХПН терминальной или интермиттирующей стадии – 1, двухсторонние опухоли ВМП – 1) и относительные (выраженная сопутствующая патология – 6, наличие высокодифференцированной (G1) опухоли нижней трети мочеточника при наличии здоровой контралатеральной почки – 3). Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко. Пациентам после эндоскопического удаления опухолей ВМП в отдаленном периоде (3,6 и 12 мес. и далее раз в 6-12 мес.) выполнялись контрольные обследования, включающие в себя выполнение экскреторной урографии, ультразвукового исследования, повторной ригидной или фиброуретероскопии, цитологии мочи. Рецидива заболевания выявлено не было у 5 длительно наблюдавшихся пациентов (сроки 2-8 лет), остальные (5) выбыли из клинического исследования по тем или иным причинам. У 1 пациентки отмечен рецидив опухоли – выполнено повторное эндоскопическое удаление опухоли.

По нашему мнению эндоскопические методы являются наиболее точными и специфичными для диагностики папиллярных опухолей ВМП и должны завершать предоперационное обследование для определения тактики ведения больного. Мы считаем, что при наличии показаний к выполнению органосохраняющего лечения эндоскопические методы лечения могут считаться методом выбора в лечении данной категории больных.

Список литературы

- 1.Руководство по урологии /Под ред. Н. А. Лопаткина. – Т. 3 – М., Мед. – 1998г.
- 2.Borkowski A., Maïouf D. - The endourological management of upper urinary tract tumors // Br. J. Urol. - 1999. - V.83. - p.369-377.
- 3.Clark P., Stroom S., Geisinger M. - 13-year experience with percutaneous management of upper urinary tract transitional cell carcinoma // J. Urol. - 1999. - V.161. - p.772-776.
- 4.Gerber G.S., Steinberg G.D. - Endourologic treatment of renal pelvic and ureteral transitional cell carcinoma // Tech. Urol. – 1999. – V.5N2 – p. 77-80.
- 5.Grasso M., Fraiman M., Levine M. - Ureteropyeloscopic diagnosis and treatment of upper urinary tract urothelial malignancies // Urology - 1999 - V.54,N2. - p.240-246.
- 6.Jabbour ME, Desgrandchamps F, Cazin S et al. - Percutaneous management of grade II upper

- urinary tract transitional cell carcinoma: the long-term outcome // *J. Urol* - 2000 - V. 163, №4. - p. 1105-7.
7. Keeley F., Bibbo M., Bagley D. - Ureteroscopic treatment and surveillance of upper urinary tract transitional cell carcinoma // *J. Urol*. - 1997. - V. 157. - p. 1560-1565.
8. Savage S.J., Strem S.B. - Ureteroscopic approach to upper-tract urothelial tumors // *J. Endourol.* - 2000. - V. 14, №3 - p. 275-279.
9. Tawfik E., Bagley D. - Upper tract transitional cell carcinoma // *Urology*. - 1997. - V. 50. - p. 321-327.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Н.А.Лопаткин, А.Г.Мартов, Б.Л.Гущин, А.П.Гнатюк
НИИ урологии МЗ РФ, Москва

Summary

Superficial bladder cancer (stage Ta-T1) is associated with a high recurrence and progression rate with implications for patient's survival and quality of life. A better understanding of the disease natural history may improve the outcome in superficial bladder cancer patients. The information was gathered from MEDLINE, current urology journals, abstracts from recent urological meetings and personal experience. Initial treatment consists of complete transurethral resection, tumor bed cold cup biopsy with subsequent vaporization, and adjuvant treatment with intravesical instillation of bacillus Calmette-Guerin (BCG) or interferon α -2b. Fluorescent cystoscopy, second look TUR allow to decrease risk of progression and recurrence. Early diagnosis and accurate pathological assessment are essential for determining the most adequate treatment strategy.

Актуальность

Рак мочевого пузыря (РМП) и его лечение остаётся одной из актуальнейших проблем современной онкоурологии. Рак мочевого пузыря составляет, по данным ВОЗ, около 3% от всех злокачественных образований или 70% от всех опухолей мочевого тракта.

После опухолей простаты рак мочевого пузыря занимает второе место по частоте возникновения в структуре онкоурологических заболеваний. Ежегодно в мире регистрируются 170000 новых случаев этого заболевания.

У 2/3 больных переходно-клеточным раком мочевого пузыря опухоль не проникает в мышечный слой органа (стадии Ta, Tis, T1). Из поверхностных опухолей мочевого пузыря, 70% составляют опухоли стадии Ta и 30% - T1. В последнее время появились ряд новых методов диагностики и лечения поверхностного рака мочевого пузыря.

Материалы и методы

В лечении поверхностных новообразований большое значение приобрела трансуретральная электрорезекция (ТУР), являясь хорошо известным и достаточно эффективным методом. В НИИ урологии МЗ РФ было проанализировано 986 пациентов с поверхностным раком мочевого пузыря, которым выполнялась ТУР мочевого пузыря (срок наблюдения с 1965 по 2001 год).

Анализируемый метод эндоскопического лечения имеет ряд достоинств:

1. Возможность целиком удалить поверхностную опухоль мочевого пузыря, после чего произвести биопсию из основания новообразования и узнать, насколько радикально удалена опухоль.

2. Морфолог получает по объему достаточное количество материала для последующего гистологического исследования.

3. На основании гистологического изучения полученного материала возможно установить степень инвазии, что само по себе имеет первостепенное значение для определения характера последующего лечения.

Операция (ТУР) имеет лечебно-диагностический характер, основная цель которой - это радикально удалить имеющуюся опухоль. Получение достаточного количества гистологического материала должно определить дальнейшую тактику лечения больного. Прежде всего, гистологическое заключение о строении опухоли, степени её ploидности (категория G), а также степени инвазии новообразования в стенку мочевого пузыря (категория T), что является решающим в выборе тактики лечения и дальнейшего прогноза развития заболевания.

К новым хирургическим методам лечения поверхностного РМП относятся удаление

новообразований с использованием лазерных технологий, а также электровапоризация мочевого пузыря.

Мы использовали метод электрровапоризации при лечении РМП у 150 пациентов, наблюдаемых нами в течении 2-6 лет. Методика электровапоризации заключается в выпаривании опухоли и её основания до глубокого мышечного слоя. Применение метода электровапоризации (у нас более, чем 150 больных), позволил снизить общее количество рецидивов практически в 2 раза по сравнению со стандартной ТУР.

В сравнении с ТУР электровапоризация имеет следующие преимущества: осуществление эффективного гемостаза, исключение неконтролируемой перфорации стенки мочевого пузыря, снижение количества рецидивов поверхностного РМП до 29,6% в отличии от 40% при ТУР. Тем не менее, имеются следующие недостатки метода: отсутствие гистологического материала при применении метода в качестве только мототерапии, большое количество воспалительных осложнений в сравнении с ТУР. Мы считаем, что использование метода трансуретральной электровапоризации мочевого пузыря как самостоятельного метода, так и в комбинации со стандартной ТУР при лечении больных с РМП позволяет значительно улучшить результаты лечения.

Трансуретральная лазерная хирургия прочно вошла в число процедур органосохраняющего лечения неинвазивного РМП. Хороший гемостатический эффект и абластические свойства лазерного скальпеля стали основой использования высокоэнергетического лазерного излучения для лечения поверхностного РМП. Операция начинается с полипозиционной холодной биопсии опухоли МП. Затем производится лазерная обработка опухоли. При опухолях T_a-1 производится вапоризация до мышечного слоя с захватом до 1 см в радиусе от основания опухоли. Очаги даже слабо положительные на добавочные опухоли (подозрение на T_{is}) также превентивно выпариваются до подслизистого слоя. Важным достоинством метода является отсутствие риска неконтролируемой перфорации из-за раздражения п. obturatorius, хороший гемостатический эффект и абластические свойства лазерного скальпеля.

Привысоком показателе общей 5-летней выживаемости (более 70%), тем не менее, развитие рецидивов отмечается более чем у 50% больных (по данным НИИ урологии при наблюдении за более чем 986 больными поверхностным формами РМП).

В последние годы были предложены новые методы диагностики и лечения, позволяющие снизить количество рецидивов у больных с поверхностным раком мочевого пузыря.

Среди методов диагностики следует отметить трансуретральное ультразвуковое исследование (ТУУЗИ) и фотодинамическую диагностику (ФДД) мочевого пузыря, проточную цитометрию, методы BTA-TRAK, TRAP,B5, методы изучения хромосом EGFR, ПЦР, определение цитокератина.

Трансуретральное УЗИ позволяет клинически определить стадию первичной опухоли с точностью до 94%. Специфичность исследования составляет 82%, чувствительность 78%. Метод рассматривают, как альтернативу компьютерной томографии.

Метод ФДД позволяет по выявляемым участкам флуоресценции диагностировать изменения уротелия, которые не определяются обычным эндоскопическим контролем. При использовании метода ФДД доказано, что чувствительность ФДД (96,6%) значительно превосходит чувствительность цистоскопии в белом свете (72,7%), без существенного различия в специфичности (61,62%). Методика ФДД основывается на избирательном накоплении препаратов, в ткани опухоли, которые демонстрируют эффект свечения при активизации поляризованным светом. Процедура ФДД имеет ряд преимуществ 1. Обладает большими информативностью и чувствительностью по сравнению с традиционной цистоскопией в белом свете. 2. ФДД является одновременно как лечебной так и диагностической процедурой. 3. Повышает радикальность и введёт к снижению количества рецидивов. При использовании метода ФДД выявляется на 25 % больше опухолей, чем при обычной световой цистоскопии. Главная ценность метода - возможное использование интраоперационно в качестве контроля радикальности резекции.

Большое значение имеет также т.н. « second look TUR » (ранний повторный цистоскопический осмотр мочевого пузыря с биопсией из места предшествовавшей резекции или удаление не выявленных опухолей). В литературе описана высокая частота рецидивов (60%) в первые три месяца после трансуретральной резекции (ТУР), а частота рецидивов в первые пять лет доходит до 70 %. По данным различных авторов, через 2-6 недели после первичного вмешательства (ТУР) в 38%-63% случаев при повторных резекциях ещё обнаруживались резидуальные опухоли. В качестве выявления раннего рецидива опухолевого процесса после оперативного лечения (ТУР мочевого пузыря) в НИИ Урологии МЗ РФ 31 пациенту с первичным раком мочевого пузыря в стадиях T_a-T₁ была выполнена ранняя повторная цистоскопия, ТУР-биопсия мочевого пузыря

(SECOND LOOK TUR) в сроки от 4 до 8 недель. Были отобраны все пациенты, у которых был диагностирован переходно-клеточный рак второй степени дифференцировки.

После выполнения ранней повторной цистоскопии, ТУР-биопсии мочевого пузыря (SECOND LOOK TUR) у 8 пациентов были выявлены резидуальные опухоли после первичной трансуретральной резекции, что составляет 25% от общего количества пациентов. По нашему мнению, важное значение в данных случаях приобретает повторная трансуретральная резекция и биопсия (SECOND LOOK TUR), проведенная в ранние сроки после первичного лечения, что даёт возможность своевременного выявления рецидивов и резидуальных опухолей в ранние сроки, а также возможность более дифференцированного подхода к лечению и диагностике ракового процесса. Повторная ТУР позволяет более точно определить стадию заболевания для формирования оптимальной стратегии лечения в 61% случаев. Повторная ТУР рекомендуется, если первоначальная ТУР признана неадекватной или если имеется минимальный рецидив заболевания. Повторная ТУР должна быть рекомендована пациентам с РМП Т1 для достижения полной резекции опухоли и определения той категории пациентов, которым необходима радикальная цистэктомия.

В качестве дополнительной терапии при поверхностном раке мочевого пузыря широкое распространение получила вакцина БЦЖ, с помощью которой удаётся снизить общее количество рецидивов в 1,5-2,5 раза по сравнению с чисто хирургическим лечением.

Новейшим препаратом в этой области также является интерферон α -2в. При этом эффективность применения интерферон α -2в соответствует результатам БЦЖ-терапии при меньшем количестве осложнений.

Выводы

По нашему мнению, использование новых методов у больных с поверхностным РМП позволяет снизить количество рецидивов до 15-30%, что определяет необходимость их широкого внедрения в практической урологии.

Литература

1. Колосов А.Е. Рецидивы злокачественных опухолей. Киров. 1995. с.176-185.
2. Матвеев Б.П., Шипило В.И., Гоцадзе Д.Т. Частота рецидивов опухолей мочевого пузыря после трансуретральной резекции при комбинированном лечении. Урология и нефрология, 1990,3,53-56.
3. Чепуров А.К., Неменова А.А. Осложнения трансуретральной резекции мочевого пузыря по поводу его опухоли. Урология и нефрология, 1996,2,21-23.
4. Heer H.// The value of second transurethral resection in evaluating patients bladder tumors// Urology 1999, V 162., 74-76.
5. Heney Nm, Ahmed S, Flanagan Mj, Frable W, Corder Mp, Hafermann Md, Hawkins Jr: Superficial bladder cancer : Progression and recurrence. J Urol. 130: 1083-1086 (1983)
6. Kiemeny Lalm, Witjes Ja, Heijbroek Rp, Verbreek Alm, Debruyne Fmj: Predictability Of Recurrent And Progressive Disease In Individual Patients With Primary Superficial Bladder Cancer. J Urol 150: 60-64 (1993)
7. Klan F, Loy V, Huland H: Residual Tumor Discovered In Routine Second Transurethral Resection In Patients With Stage T1 Transitional Cell Carcinoma Of Bladder. J Urol 146: 316-318 (1991)
8. Kohrmann Ku, Woeste M, Kappes J, Rassweiler J, Alken P: Der Wert Der Transurethralen Nachresektion Dein Oberflächlichen Harnblasenkarzinom. Akt Urol 25: 208-213 (1994)

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Костев Ф.И., Филиппов С.А., Лысенко В.В., Филиппов П.С.

Клиника урологии и нефрологии Одесского государственного медицинского университета, Одесский областной клинический онкологический диспансер

Summary

A complex approach to prostate cancer treatment at a high PSA level without confirmed regional and distant metastases is grounded. The comparative data of distant results of treatment of 79 patients being examined and differently treated for 3 years are represented. It has been established that simultaneous usage of ray therapy and hormonal therapy in maximum antiandrogen blockade

regime substantially increase the remission percentage and decrease lethality at prostate cancer of the 2nd and 3rd stages.

Рак предстательной железы (РПЖ) является одной из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей у мужчин. Ежегодно в Европе регистрируется не менее 80 000 новых случаев этого заболевания. Комбинированное и комплексное лечение в последние годы стало стандартной терапией многих злокачественных опухолей. В настоящее время существуют общепризнанные стандарты лечения больных РПЖ в зависимости от распространенности опухолевого процесса. При ранних стадиях наиболее перспективно радикальное оперативное лечение либо лучевая терапия.(1,2) В случае распространенного рака простаты «золотым» стандартом считается максимальная андрогенная блокада (МАБ) - медикаментозная или хирургическая кастрация в сочетании с гормональной терапией. Однако, отдаленные результаты лечения оставляют желать лучшего. Каждый из методов имеет достаточно осложнений: операция радикальная позадилоная простатэктомия имеет строгие критерии отбора пациентов, а гормонотерапия имеет большое количество сердечно - сосудистых осложнений (до 80 % пациентов в течение первого года применения эстрогенов отмечают приступы стенокардии, нарастание сердечной и циркуляторной недостаточности). (4)

Основным критерием выбора того или иного метода лечения является распространенность опухолевого процесса. Наличие метастатического поражения других органов оценивают обычно по данным уровня простатического специфического антигена (ПСА), рентгенологических (включая КТ), УЗИ и радионуклеидных исследований. Все перечисленные методы имеют существенный процент ошибочной трактовки. (5)

С 1995 года в урологическом отделении Одесского областного онкологического диспансера в процессе отбора пациентов для лучевой терапии при ранних стадиях РПЖ, применяется операция - двухсторонняя подвздошная лимфаденэктомия с морфологическим исследованием регионарных лимфоузлов. Полученные данные сравниваются с предоперационным УЗИ подвздошных лимфатических узлов. Мы отметили значительное количество расхождений в результатах исследований (27, 1 %). Только уровень ПСА достоверно коррелировал с данными морфологического исследования. Поэтому наиболее информативным нам представляется исследование уровня ПСА, особенно соотношения его фракций и плотности. Однако, по данным многочисленных исследователей, представленным на XIV конгрессе EAU в Стокгольме 1999 г. нормальные показатели ПСА не исключают наличие РПЖ, в том числе и генерализованного.

Кроме того, уровень ПСА, являясь иммунологической реакцией, полезен для скрининга и мониторинга РПЖ, но его повышение не позволяет определить локализацию метастазов.

А имеющиеся в нашем распоряжении диагностические методы не всегда обладают достаточной разрешающей способностью. Нами была выделена группа пациентов, у которых при значительном повышении уровня ПСА (более 40 нг/мл), регионарных и отдаленных метастазов выявлено не было. Зная особенности клинического РПЖ, а именно тот факт, что небольшие размеры первичной опухоли не исключают генерализацию процесса (7), у таких пациентов нельзя было ограничиться только локальной терапией. Кроме того, основанием для применения нескольких методов лечения у больных РПЖ послужили особенности морфологического строения опухолей этой локализации.

По данным литературы отмечено, что нередко опухолевые очаги располагаются на значительном расстоянии, в различных долях органа и имеют разное морфологическое строение. Чем больше размер очага, тем чаще в нем выявляются различные опухолевые структуры. В некоторых случаях отмечено слияние в одном опухолевом узле опухолевых зачатков различного гистологического строения, что позволяет, в части случаев, объяснить мозаичность структуры РПЖ. (3,8) Мультицентрическое возникновение опухолевых очагов встречается по данным различных авторов от 24% до 85% случаев.

С 1998 года мы стали применять лучевую терапию в сочетании с МАБ у больных РПЖ во II - III стадии, при значительном повышении уровня ПСА и отсутствии подтвержденных метастазов. Целью данной работы было сравнение отдаленных результатов лечения локального РПЖ при использовании различных методов лечения.

Всего под наблюдением находилось 79 больных РПЖ. У 41 из них была II стадия заболевания, у 38 - III стадия. Диагноз был установлен на основании данных пальцевого ректального исследования предстательной железы, исследования уровня ПСА, УЗИ, рентгенологического обследования. У всех пациентов диагноз был морфологически подтвержден путем пункционной промежностной биопсии предстательной железы. Регионарные метастазы были исключены путем морфологического исследования подвздошных лимфатических узлов после двусторонней тазовой лимфаденэктомии. Отдаленные метастазы исключались данными УЗИ и рентгенологического обследования. Наблюдаемые пациенты были разделены на

(SECOND LOOK TUR) в сроки от 4 до 8 недель. Были отобраны все пациенты, у которых был диагностирован переходно-клеточный рак второй степени дифференцировки.

После выполнения ранней повторной цистоскопии, ТУР-биопсии мочевого пузыря (SECOND LOOK TUR) у 8 пациентов были выявлены резидуальные опухоли после первичной трансуретральной резекции, что составляет 25% от общего количества пациентов. По нашему мнению, важное значение в данных случаях приобретает повторная трансуретральная резекция и биопсия (SECOND LOOK TUR), проведенная в ранние сроки после первичного лечения, что даёт возможность своевременного выявления рецидивов и резидуальных опухолей в ранние сроки, а также возможность более дифференцированного подхода к лечению и диагностике ракового процесса. Повторная ТУР позволяет более точно определить стадию заболевания для формирования оптимальной стратегии лечения в 61% случаев. Повторная ТУР рекомендуется, если первоначальная ТУР признана неадекватной или если имеется минимальный рецидив заболевания. Повторная ТУР должна быть рекомендована пациентам с РМП T1 для достижения полной резекции опухоли и определения той категории пациентов, которым необходима радикальная цистэктомия.

В качестве дополнительной терапии при поверхностном раке мочевого пузыря широкое распространение получила вакцина БЦЖ, с помощью которой удаётся снизить общее количество рецидивов в 1,5-2,5 раза по сравнению с чисто хирургическим лечением.

Новейшим препаратом в этой области также является интерферон α -2в. При этом эффективность применения интерферон α -2в соответствует результатам БЦЖ-терапии при меньшем количестве осложнений.

Выводы

По нашему мнению, использование новых методов у больных с поверхностным РМП позволяет снизить количество рецидивов до 15-30%, что определяет необходимость их широкого внедрения в практической урологии.

Литература

1. Колосов А.Е. Рецидивы злокачественных опухолей. Киров, 1995. с.176-185.
2. Матвеев Б.П., Шипило В.И., Гоцадзе Д.Т. Частота рецидивов опухолей мочевого пузыря после трансуретральной резекции при комбинированном лечении. Урология и нефрология, 1990,3,53-56.
3. Чепуров А.К., Неменова А.А. Осложнения трансуретральной резекции мочевого пузыря по поводу его опухоли. Урология и нефрология, 1996,2,21-23.
4. Heer H.// The value of second transurethral resection in evaluating patients bladder tumors// Urology 1999, V 162., 74-76.
5. Heney Nm, Ahmed S, Flanagan Mj, Frable W, Corder Mp, Hafermann Md, Hawkins Jr: Superficial bladder cancer : Progression and recurrence. J Urol. 130: 1083-1086 (1983)
6. Kiemeny Lalm, Witjes Ja, Heijbroek Rp, Verbreek Alm, Debruyne Fmj: Predictability Of Recurrent And Progressive Disease In Individual Patients With Primary Superficial Bladder Cancer. J Urol 150: 60-64 (1993)
7. Klan F, Loy V, Huland H: Residual Tumor Discovered In Routine Second Transurethral Resection In Patients With Stage T1 Transitional Cell Carcinoma Of Bladder. J Urol 146: 316-318 (1991)
8. Kohrman Ku, Waeste M, Kappes J, Rassweiler J, Alken P: Der Wert Der Transurethralen Nachresektion Dein Oberflächlichen Harnblasenkarzinom. Akt Urol 25: 208-213 (1994)

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Костев Ф.И., Филиппов С.А., Лысенко В.В., Филиппов П.С.

Клиника урологии и нефрологии Одесского государственного медицинского университета, Одесский областной клинический онкологический диспансер

Summary

A complex approach to prostate cancer treatment at a high PSA level without confirmed regional and distant metastases is grounded. The comparative data of distant results of treatment of 79 patients being examined and differently treated for 3 years are represented. It has been established that simultaneous usage of ray therapy and hormonal therapy in maximum antiandrogen blockade

regime substantially increase the remission percentage and decrease lethality at prostate cancer of the 2nd and 3rd stages.

Рак предстательной железы (РПЖ) является одной из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей у мужчин. Ежегодно в Европе регистрируется не менее 80 000 новых случаев этого заболевания. Комбинированное и комплексное лечение в последние годы стало стандартной терапией многих злокачественных опухолей. В настоящее время существуют общепризнанные стандарты лечения больных РПЖ в зависимости от распространенности опухолевого процесса. При ранних стадиях наиболее перспективно радикальное оперативное лечение либо лучевая терапия.(1,2) В случае распространенного рака простаты «золотым» стандартом считается максимальная андрогенная блокада (МАБ) - медикаментозная или хирургическая кастрация в сочетании с гормональной терапией. Однако, отдаленные результаты лечения оставляют желать лучшего. Каждый из методов имеет достаточно осложнений: операция радикальная позадилоная простатэктомия имеет строгие критерии отбора пациентов, а гормонотерапия имеет большое количество сердечно – сосудистых осложнений (до 80 % пациентов в течение первого года применения эстрогенов отмечают приступы стенокардии, нарастание сердечной и циркуляторной недостаточности). (4)

Основным критерием выбора того или иного метода лечения является распространенность опухолевого процесса. Наличие метастатического поражения других органов оценивают обычно по данным уровня простатического специфического антигена (ПСА), рентгенологических (включая КТ), УЗИ и радионуклеидных исследований. Все перечисленные методы имеют существенный процент ошибочной трактовки. (5)

С 1995 года в урологическом отделении Одесского областного онкологического диспансера в процессе отбора пациентов для лучевой терапии при ранних стадиях РПЖ, применяется операция - двухсторонняя подвздошная лимфаденэктомия с морфологическим исследованием регионарных лимфоузлов. Полученные данные сравниваются с предоперационным УЗИ подвздошных лимфатических узлов. Мы отметили значительное количество расхождений в результатах исследований (27, 1%). Только уровень ПСА достоверно коррелировал с данными морфологического исследования. Поэтому наиболее информативным нам представляется исследование уровня ПСА, особенно соотношения его фракций и плотности. Однако, по данным многочисленных исследователей, представленным на XIV конгрессе EAU в Стокгольме 1999 г. нормальные показатели ПСА не исключают наличие РПЖ, в том числе и генерализованного.

Кроме того, уровень ПСА, являясь иммунологической реакцией, полезен для скрининга и мониторинга РПЖ, но его повышение не позволяет определить локализацию метастазов.

А имеющиеся в нашем распоряжении диагностические методы не всегда обладают достаточной разрешающей способностью. Нами была выделена группа пациентов, у которых при значительном повышении уровня ПСА (более 40 нг/мл), регионарных и отдаленных метастазов выявлено не было. Зная особенности клинического РПЖ, а именно тот факт, что небольшие размеры первичной опухоли не исключают генерализацию процесса (7), у таких пациентов нельзя было ограничиться только локальной терапией. Кроме того, основанием для применения нескольких методов лечения у больных РПЖ послужили особенности морфологического строения опухолей этой локализации.

По данным литературы отмечено, что нередко опухолевые очаги располагаются на значительном расстоянии, в различных долях органа и имеют разное морфологическое строение. Чем больше размер очага, тем чаще в нем выявляются различные опухолевые структуры. В некоторых случаях отмечено слияние в одном опухолевом узле опухолевых зачатков различного гистологического строения, что позволяет, в части случаев, объяснить мозаичность структуры РПЖ. (3,8) Мультицентрическое возникновение опухолевых очагов встречается по данным различных авторов от 24% до 85% случаев.

С 1998 года мы стали применять лучевую терапию в сочетании с МАБ у больных РПЖ во II – III стадии, при значительном повышении уровня ПСА и отсутствии подтвержденных метастазов. Целью данной работы было сравнение отдаленных результатов лечения локального РПЖ при использовании различных методов лечения.

Всего под наблюдением находилось 79 больных РПЖ. У 41 из них была II стадия заболевания, у 38 - III стадия. Диагноз был установлен на основании данных пальцевого ректального исследования предстательной железы, исследования уровня ПСА, УЗИ, рентгенологического обследования. У всех пациентов диагноз был морфологически подтвержден путем пункционной промежуточной биопсии предстательной железы. Регионарные метастазы были исключены путем морфологического исследования подвздошных лимфатических узлов после двусторонней тазовой лимфаденэктомии. Отдаленные метастазы исключались данными УЗИ и рентгенологического обследования. Наблюдаемые пациенты были разделены на

три группы: 34 получили только лучевую терапию на область предстательной железы СОД 60 – 72 Гр. в два этапа, 25 – получили аналогичный курс лучевого лечения в сочетании с МАБ (6), которая осуществлялась применением золадекса 3,6 мг п/к 1 раз в 28 дней, либо двусторонней орхидэктомией в сочетании с антиандрогенами (Андрокур – депо 300 мг в/м 1 раз в 14 дней, либо Флуцином 750 мг в сутки внутрь) или эстрогенами в высоких дозировках (Эстрадурин 240 – 320 мг в/м 1 раз в 28 дней. 20 пациентов получали только гормональную терапию в режиме МАБ.

Результаты терапии оценивались по субъективным и объективным признакам. К субъективным относились оценка самим пациентом качества мочеиспускания и качества жизни. К объективным – пальцевое ректальное исследование предстательной железы, исследование уровня ПСА, УЗИ и контрольная пункционная биопсия простаты, в случае необходимости.

Сравнительная характеристика отдаленных результатов лечения

метод лечения	лучевая терапия		лучевая терапия + гормонотерапия в режиме МАБ		гормоно-терапия	
	ст II n = 26	ст III n = 8	ст II n = 15	ст III n = 10	ст II	Ст III N = 20
Ремиссия заболевания	13 (50,1%)	4 (50%)	11 (73,4%)	7 (70%)		9 (45%)
Прогресси- рование заболевания	10 (38,4%)	3 (37,5%)	3 (20%)	2 (20%)		6 (30%)
Смертность	3 (11,5%)	1 (12,5%)	1 (6,6%)	1 (10%)		5 (25%)

Как видно из таблицы, процент ремиссии при лучевой терапии и при гормонотерапии мало различались, но комбинированное применение лучевой терапии и гормонотерапии значительно повышало процент ремиссии и снижало смертность как во II, так и в III стадии заболевания. Высокая смертность при изолированной гормонотерапии была обусловлена генерализацией опухолевого процесса на фоне развившейся вторичной гормонорезистентности у 2 пациентов и наступившей декомпенсацией сердечно – сосудистой патологии у 3 пациентов.

Таким образом, анализируя собственный клинический опыт и данные литературы, мы пришли к выводу, что сочетание лучевой терапии на область предстательной железы и гормонотерапии в режиме МАБ, существенно улучшает отдаленные результаты лечения РПЖ, является логичным и патогенетически обоснованным.

Учитывая особенности морфологии РПЖ, перспективным будет изучение отдаленных результатов комплексного лечения в зависимости от гистологического строения опухоли и степени ее дифференцировки.

Литература

1. Алиев Б. М., Матвеев Б. П., Ткачев С. И. / Урол. и нефр. / - 1986 г. - № 6 – с. 37 – 41
2. Алиев Б. М., Ткачев С. И. / Вест. рентген. и радиол. / - 1987 г. - №5 – с. 71 – 76.
3. Бялик В. В., Пинчук В. Г. Патологическая анатомия и ультраструктура нодозной гиперплазии простаты и рака предстательной железы. Изд. « Наукова думка » 1977 г.
4. Портной А. С., Бегунов А. В. / Урол. и нефр. / - 1992 г. - № 1 - с. 6 – 11.
5. Ошибки клинической онкологии. / Руководство для врачей под редакцией В. И. Чиссова А. Н. Трахтенберга. / М. медицина. – 1993 г. – с. 470 – 476.
6. Фернан Лабри. Последние достижения гормональной терапии рака простаты. Тезисы докладов симпозиума «Современные подходы к лечению онкоурологических заболеваний» Москва – 1998 г.с. 2-4.
7. Е. Шуберт, Е. Венерт / Урол. и нефр. / - 1985 г. - № 6
8. S. Khoury, C. Chatelain, G. Murphy, L. Denis. Prostatae cancer. FII S et RGP 1999 г. – с. 390 – 411 439 – 447.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РОТОРЕЗЕКЦИИ И «СТАНДАРТНОЙ» ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРОСТАТЫ

Мартов А.Г., Меринов Д.С.
НИИ урологии МЗ РФ, Москва

Summary

To reduce morbidity of conventional TURP without compromised tissue ablation rate new technique for the BPH surgical treatment - transurethral rotoresection has been introduced. Our aim was to assess efficacy of this method, which combines tissue electrovaporization and coagulation by HF current with simultaneous tissue mechanical removal by a rotating electrode. We have conducted a comparative study of rotoresection vs TURP with 40 patients in iche arm and follow-up of 1 year. Our results demonstrate that transurethral rotoresection provides optimal tissue ablation with minimal bleeding and appears to be a reasonable alternative to conventional TURP.

Актуальность

В течение десятилетий общепризнанным стандартом в оперативном лечении ДГПЖ является трансуретральная резекция простаты. Превалирующая роль этой методики объясняется высокой эффективностью в избавлении от инфравезикальной обструкции и связанной с ней симптоматики, меньшей по сравнению с открытой операцией травматичностью, возможностью повторения без повышения риска для больного, более коротким периодом реабилитации(1). Осложнения ТУР, прежде всего кровотечение во время и после операции (возникающее у 0,9-10 % пациентов), ТУР синдром (0,1-1 % пациентов), инициировали поиск альтернативных технологий лечения ДГПЖ(1,2). В целях снижения риска подобных осложнений и оптимизации абляции ткани был разработан и внедряется в практику новый метод трансуретральной резекции – роторезекция, выполняемый посредством оборудования ROTORESECT (Karl Storz, Germany)(3,4).

Целью настоящей работы являлось проведение сравнительной оценки эффективности применения роторезекции в клинической практике.

Материалы и методы

Роторезекция соединяет в себе электровапоризацию, коагуляцию и механическую абляцию ткани простаты вращающимся электродом. Инструмент представляет собой резектоскоп, в котором происходит передача вращающего момента с прикрепляемого мотора от системы MULTIDRIVE II на вапоризирующий и одновременно вращающийся электрод. Трансуретральная роторезекция выполнялась по стандартной методике, начиная со средней доли. Далее производилась систематическая послойная абляция ткани по всей окружности железы. Энергетический режим устанавливался в пределах 4-5(220-280 Вт) на "резание" и 1-2(80-100 Вт) на коагуляции. Скорость вращения подбиралась индивидуально и составляла чаще всего 2900-4200 об/мин. Операцию заканчивали ТУР с помощью петлевого электрода апикальных участков железы с целью получения биопсийного материала. Так же производилась оценка интраоперационной кровопотери путем определения концентрации гемоглобина в промывной жидкости и умножения ее на объем использованного рабочего раствора .

Всем больным в предоперационном периоде проводилось комплексное урологическое обследование. Для сравнительного изучения клинической эффективности трансуретральной роторезекции и "стандартной" трансуретральной резекции простаты были сформированы две группы по 40больных, подвергнутых оперативному вмешательству по одной из методик. В сроки 1,3,6 и 12 месяцев после операции пациенты проходили контрольное обследование с исследованием IPSS, Q of L, остаточной мочи, выполнением урофлоуметрии, ТРУЗИ.

Кроме того нами было выполнено сравнение уровня абляции ткани при использовании различных методик. В эксперименте ткань печени предварительно взвешивалась, а затем подвергалась стандартной резекции петлевым электродом, роторезекции и вапоризации роликовым электродом. При этом воздействие производилось на одинаковом по площади участке ткани в течении одной минуты, после чего ткань повторно взвешивалась. Разница в весе до и после воздействия отнесенная к времени его продолжительности составила определяемый нами параметр – скорость абляции ткани. Так же изучалось влияние различных параметров роторезекции на скорость удаления ткани.

Результаты

Под наблюдением к 12 месяцам осталось 37 пациентов в первой группе (роторезекция) и 35 во второй (ТУР). Средний возраст пациентов составил $65,28 \pm 8,4$ / $67,3 \pm 9,5$ лет для первой и второй групп соответственно. По результатам предоперационного обследования средний объем простаты при трансректальном ультразвуковом исследовании (ТРУЗИ) находился в пределах $49,4 \pm 19,3$ / $52,8 \pm 17,4$ мл. Средний результат оценки жалоб больного по системе IPSS $19,9 \pm 5,7$ / $20,4 \pm 6,1$ пунктов, качества жизни $5,2 \pm 0,7$ / $5,02 \pm 0,81$ пунктов. Среднее количество остаточной мочи при абдоминальном УЗИ $91 \pm 56,3$ / $102,1 \pm 75,8$ мл. При урофлоуметрии Q max в среднем $8,9 \pm 5,88$ / $9,1 \pm 4,9$ мл/сек, у всех пациентов обструктивный тип кривой.

В среднем время оперативного вмешательства составило 41 ± 21 мин в первой группе против 37 ± 19 мин во второй. Режимы работы подбирались индивидуально, таким образом, чтобы обеспечить достаточно высокую скорость удаления ткани при минимальном кровотечении. Возрастание скорости вращения при одинаковой мощности тока приводило к ускорению абляции, сопровождающемуся большей кровоточивостью тканей. Средний объем интраоперационной кровопотери не превышал 119 ± 31 мл для роторезекции и достигал 256 ± 58 мл при ТУР. В послеоперационном периоде у большинства пациентов первой группы промывная жидкость и моча содержали визуальную минимальную примесь крови. Выраженная макрогематурия, потребовавшая дополнительных манипуляций не отмечалась ни разу. Во второй группе у 5 пациентов отмечалась послеоперационное кровотечение с развитием тампонады мочевого пузыря. Двум пациентам из этого числа была выполнена повторная эндоскопическая ревизия с коагуляцией кровоточащих сосудов.

Среднее время стояния катетера после операции составило $2,1 \pm 0,49$ / $3,6 \pm 0,7$ дней.

При динамическом наблюдении за пациентами как первой так и второй группы отмечено значительное улучшение показателей Q max через 3 месяца после операции $21,6 \pm 5,9$ / $23,8 \pm 7,4$ мл/сек, с тенденцией к некоторому снижению через 12 месяцев $18,7 \pm 6,2$ / $19,1 \pm 5,6$ мл/сек. Количество остаточной мочи к концу периода наблюдения составило $44,7 \pm 25,4$ / $52,3 \pm 31,4$ мл. Среди осложнений послеоперационного периода в первой группе отмечены острый уретрит у одного пациента, острый эпидидимит у 2 пациентов, стриктура бульбозного отдела уретры в 2 случаях; во второй группе инфекционные осложнения со стороны нижних мочевых путей имели место у 6 пациентов, у 5 больных отмечено возникновение стриктуры уретры.

По результатам проведенного эксперимента скорость удаления ткани при стандартной резекции петлевым электродом, роторезекции и вапоризации роликовым электродом составила 4,8 г/мин, 5,1 г/мин, 1,9 г/мин соответственно. Так же необходимо отметить возрастание скорости абляции ткани для роторезекции при увеличении скорости вращения электрода и генерируемой мощности тока.

Дискуссия

Стандартная ТУР с использованием петлевого электрода обеспечивает достаточно эффективное удаление ткани простаты, однако, зачастую сопровождается выраженной интраоперационной кровопотерей. Кроме того, значительную часть операционного времени составляет коагуляция кровоточащих сосудов, которую нередко приходится выполнять с техническими сложностями.

На преодоление этих недостатков было нацелено создание и использование в клинической практике электровапоризирующих электродов. Вапоризирующий эффект индуцируется в результате быстрого подъема температуры (до 100 С) внутриклеточной жидкости, что приводит к мгновенной дегидратации и взрыву клеток. Одновременно, в прилежащих к вапоризируемым участкам ткани температура не достигает «вапоризационных» значений, что вызывает их коагуляцию. Таким образом, эта методика обеспечивает абляцию ткани с минимальным кровотечением благодаря зоне коагуляции по краю резизируемого участка. С другой стороны, дегидротация коагулируемых тканей приводит к снижению эффективности вапоризации в последующих слоях. Более того, затрудняется дифференцировка капсулы и остаточных тканей, что чревато риском перфорации либо неполной резекцией. Практический опыт показывает значительно меньшую эффективность электровапоризации по сравнению с ТУР петлевым электродом в отношении скорости удаления ткани простаты. Эти наблюдения подтверждаются результатами данных экспериментов по резекции ткани почки свиньи с использованием различных методик.

Роторезекция обеспечивает оптимальное удаление тканей, используя снижение кровопотери, характерное для электровапоризации и постоянную их механическую абляцию. Коагулированная и уплотненная в результате воздействия тока ВЧ ткань одновременно срезается вращающимся электродом практически без кровотечения. Уровень абляции зависит как с

мощности подаваемого тока, так и от скорости вращения. При ее увеличении возрастание количества удаленной в единицу времени ткани сопровождается ослаблением коагуляционного воздействия. Таким образом, одновременно регулируя режим энергии и скорость вращения можно добиться оптимизации абляции ткани. Резекция выполняется легче и быстрее для паренхиматозной ткани, чем для фиброзной. Исходя из нашего опыта в техническом отношении наиболее оптимально использование трансуретральной роторезекции в моноварианте для желез малого и среднего размеров (до 40 см³), а для желез больших размеров целесообразна комбинация с ТУР петлевым электродом. Необходимо отметить, что образующиеся при абляции пузырьки газа значительно ухудшают визуализацию операционного поля. У больных с открытым цистостомическим дренажом субъективно создаются более оптимальные условия работы возможно за счет улучшения ирригации и вымывания продуктов vaporизации в просвет мочевого пузыря. По нашим наблюдениям роторезекция по скорости удаления ткани уступает ТУР «петлей», значительно превосходя в этом отношении электроvaporизацию. Однако, снижается и время, затраченное на коагуляцию кровоточящих сосудов. Особую осторожность следует соблюдать при резекции тканей апикальной части, так как не контролируемый визуально коагуляционный эффект может повредить зону «наружного сфинктера» и привести к недержанию мочи. В этой области мы используем резекцию петлей для получения биопсийного материала.

Выводы

Трансуретральная роторезекция сочетая в себе эффективное удаление ткани простаты с минимальной кровопотерей во время операции и обеспечивая хорошие клинические результаты в отдаленном сроке наблюдения, по нашему мнению, является достойной альтернативой традиционной ТУРП.

Литература

1. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А.: Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии простаты.- Триада X.- Москва.- 1997.- 144 стр.
2. Madersbacher S., Marberger M: Is transurethral resection of the prostate still justified?,- BJU International.- 1999, - Vol. 83.- p. 227-237.
3. Michel M., Kohrmann K., Weber A. et al.: Rotoresect: New technique for resection of the prostate: experimental phase. J Endourol 1996.- Vol. 10.- № 5. – p. 473-478.
4. Michel M., Keller H., Frede T., et al.: The Rotoresect system for bloodless transurethral resection of the prostate. Advantages in clinical application by technical modifications - J Endourol.- 1999.- Vol. 13 (suppl. 1). - FP 2-15.- p. A 31

РАДИКАЛЬНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ С ДВУХСТОРОННЕЙ ПОЭТАПНОЙ УРЕТЕРОСИГМОСТОМИЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Костев Ф.И., Филиппов П.С., Филиппов С. А.

Клиника урологии и нефрологии Одесского государственного медицинского университета.

Одесский областной клинический онкологический диспансер

Summary

There was held an analysis of 56 cases of radical cystectomy with double-sided stage-by-stage urethrasigmastomy at the patients with bladder cancer of the 2nd - 4th stages. The age of the patients varied from 46 to 75. The post-operative complications are as follows:

- *secondary healing of post-operative wound is registered in 17 cases (30.3%)*
- *acute pyelonephritis - 12 cases (21.4%)*
- *chronic nephritic deficiency - 8 cases (14.2%)*
- *insolvency of urethrasigmaanastomosis*
- *peritonitis - 1 case (1.8%)*
- *post-operative lethality - 4 cases (7.1%)*

The method employed ensures high quality of life at a low operational risk.

Рак мочевого пузыря составляет 50-70% всех злокачественных новообразований мочеполовой системы и 4% всех онкологических заболеваний. Современные подходы к лечению рака мочевого пузыря предусматривают расширение показаний к радикальному хирургическому лечению. Единственной подлинно радикальной операцией при раке мочевого пузыря является цистэктомия. С момента выполнения первой цистэктомии (Bardeuheuer 1886 г.), до настоящего времени, особую остроту имела проблема деривации мочи, от решения которой во многом зависит качество жизни и отдаленные результаты лечения больных раком мочевого пузыря. Идеальным решением вопроса с точки зрения функции и качества жизни после радикальной цистэктомии является создание искусственного кишечного мочевого пузыря с сохранением самостоятельного мочеиспускания. Мы отдаем предпочтение илеоцистопластике по Hautmann и Wenderonh (7). Но операция – илеоцистопластика имеет строгие критерии отбора пациентов и не может применяться у значительного количества больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, при распространении опухоли на шейку мочевого пузыря, предстательную железу и заднюю уретру. На протяжении пяти последних лет для деривации мочи при цистэктомии, когда невозможна илеоцистопластика, мы применяем двухстороннюю поэтапную уретеросигмостомию.

Располагая опытом клиник онкологии и урологии Одесского государственного медицинского университета, который насчитывает более 50 больных, перенесших цистэктомию с различными вариантами уретеросигмостомии, нами модифицирована операция по деривации мочи в «непрерывный» кишечник, позволившая уменьшить послеоперационные осложнения. Применяемая нами методика позволяет расширить показания к цистэктомии при лечении рака мочевого пузыря.

Необходимые условия: отсутствие выраженной дилатации верхних мочевых путей и острого пиелонефрита; отсутствие заболеваний нисходящего отдела толстого кишечника и хорошая функция анального сфинктера. Предоперационная подготовка предусматривает лечение латентного пиелонефрита, применение гепатопротекторов (эссенциале, карсил, легален) в течение одного месяца и санацию толстого кишечника (фталазол, сульгин, левамицетин) в течение недели перед операцией.

Первый этап операции состоит во внебрюшинной левосторонней уретеросигмостомии с подвздошной лимфаденэктомией. Имплантиацию мочеточника в сигмовидную кишку осуществляем с обеспечением антирефлюксной защиты. Продолжительность операции 45-60 минут. Через 3-4 недели происходит адаптация пациента к новым условиям мочеиспускания. Также происходит адаптация толстой кишки к постоянному поступлению мочи и левой почки к функционированию в новых условиях. Второй этап хирургического лечения больных раком мочевого включает радикальную цистэктомию и правостороннюю уретеросигмостомию с антирефлюксной защитой. Продолжительность операции не превышает трех часов. Кровопотеря 300- 500 мл.

За последние 5 лет данная методика применена у 56 больных с верифицированным раком мочевого пузыря в возрасте от 46 до 75 лет. На основании общеклинических, рентген-радиологических, эндоскопических, ультразвуковых и морфологических методов исследования больные распределились следующим образом:

II стадия (T2a-bNOMO)	30 (53,6%);
III стадия (T3aNOMO)	10 (17,9%);
IV стадия (T2-4 N1MO)	7 (12,5%);
рецидивные опухоли (после TUR и резекции мочевого пузыря)	9 (16,0%).

В послеоперационном периоде частичная несостоятельность уретеросигмоанастомоза отмечалась у 4 (7,1%) пациентов. У троих, осложнение устранено консервативно, у одного произведена односторонняя уретерокутанеостомия.

Другие осложнения раннего послеоперационного периода: острый пиелонефрит-12(21,4%); хроническая почечная недостаточность - 8 (14,2%);

вторичное заживление послеоперационной раны-17(30,3%); перитонит- 1 (1,8%)
Послеоперационная летальность составила 4 (7,1%). Причины смерти больных: острая сердечная недостаточность-2; острая тромбоэмболия легочной артерии -1; перитонит -1.

Хирургическая реабилитация больных раком мочевого пузыря методом радикальной цистэктомии с поэтапной двухсторонней уретеросигмостомией является эффективным методом лечения, обеспечивающим высокое качество жизни при низком операционном риске.

Литература

1. Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Панова Л.А., Семикоз Н.Г. Формирование искусственного мочевого пузыря из прямой кишки. Донецк, 1995.
2. Великанов К.А. Урология и нефрология 1967, №5, с 67
3. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. Москва 2001.
4. Пытель А.Я., Опухоли мочевого пузыря и их лечение. Ташкент 1972.
5. Рихтер Г. А., Злокачественные опухоли мочевого пузыря и их лечение. Москва 1959.
6. Цулукидзе А.П. Новообразования мочевого пузыря и их оперативное лечение. Тбилиси 1964.
7. Wenderoth U. K., R. Bachor, G. Egghart, D. Frohneberg, K Miller, R Hautmann, The ileal neobladder experience and results of more than 100 consecutive cases. J. Urol. 143 (1990) 6492 - 6497

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А.Г.Мартов, Б.Л.Гущин, А.П.Гнатюк, Д.А.Ергаков.

НИИ Урологии Мз РФ, Москва

Summary

We evaluated the prognostic significance of a second transurethral resection in patients with moderately differentiated Ta-1 bladder cancer. The information was gathered from MEDLINE, current urology journals, abstracts from recent urological meetings and personal experience. A total of 31 patients with primary T1 bladder cancer were evaluated. A second transurethral resection was performed in 8 patients in case of moderately differentiated Ta-1 bladder tumor or concomitant carcinoma in situ in the first resection. Of the 31 patients who underwent repeat resection 8 (26%) had no residual tumors. Residual tumor after the first transurethral resection presents a common finding in bladder cancer patients. The second transurethral resection offers a possibility to preserve the bladder. Furthermore, residual disease can be detected and removed. In case of upstaging to muscle infiltrating tumor, cystectomy is the next therapeutic step.

Актуальность

Несмотря на успехи в лечении онкологических заболеваний, проблема рака мочевого пузыря (РМП) ещё далека от своего решения. Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения рака мочевого пузыря является высокая частота рецидивов заболевания.

Несмотря на высокий показатель общей 5-летней выживаемости (более 70%), развитие рецидивов отмечается более чем у 50% больных (по данным НИИ урологии при наблюдении за более чем 300 больными поверхностными формами РМП). Высокий процент неудовлетворительных результатов характерен уже для начальной стадии заболевания – стадии поверхностного роста (Ta-T1), выявляемой у 70% первичных больных.

Риск рецидива у этих пациентов составляет около 70%. Почти в 30% рецидивов отмечается повышение стадии заболевания или степени злокачественности, т.е. поверхностный РМП прогрессирует в инвазивную форму, особенно если первичная опухоль достигла lamina propria. При трансуретральной резекции ТУР и последующем гистологическом исследовании определяется занижение стадии опухоли в 30-35% случаев. У 40-45% больных, стадия заболевания которых была признана поверхностной, при повторной ТУР выявляется инвазивный рак. После ТУР у 50-60% больных поверхностным РМП определяются рецидивы в течении первого года наблюдения, причем в 10-20% случаев опухоль становится инвазивной и снижается степень её дифференцировки. По данным различных авторов, через 2-6 недели после первичного вмешательства (ТУР) в 38%-63% случаев при повторных резекциях ещё обнаруживались резидуальные опухоли. Считается, что возникновение рецидивов обусловлено несколькими причинами:

1. Биологическими особенностями опухоли, характеризующимися множеством опухолевых зачатков вследствие диффузного характера неопластических изменений в слизистой мочевого пузыря (истинные рецидивы).

2. Наличием не выявленных и не удалённых во время операции очагов карциномы in situ (CIS).

3. Наличием участков дисплазии высокой степени дифференцировки или мелких папиллярных опухолей (ложные рецидивы).

4. Возможностью имплантации опухолевых клеток во время органосохраняющих операций (имплантационные рецидивы).

Традиционная цистоскопия (ЦС) позволяет выявить, в основном, папиллярные образования (более 0,3 см.), а плоские эндотелиальные поражения слизистой (дисплазии, CIS), на долю которых приходится около 20-30% неоплазий уротелия, и мелкие папиллярные опухоли (менее 0,3 см.) нередко остаются незамеченными. Именно эти виды поражений и являются причиной ложных рецидивов у 30-75% больных в ближайшие (2-6 недель) сроки после операции. Всё это доказывает недостаточную точность стандартного эндоскопического обследования и, следовательно, недостаточную радикальность традиционных операции (ТУР).

Материалы и методы

Проблема роста заболеваемости РМП создаёт необходимость поиска возможностей раннего выявления рецидивов для адекватного подхода к их лечению. В НИИ Урологии МЗ РФ для выявления раннего рецидива опухолевого процесса после оперативного лечения (ТУР мочевого пузыря) 31 пациенту с первичным раком мочевого пузыря в стадиях Ta-T1 была выполнена ранняя повторная цистоскопия, ТУР-биопсия мочевого пузыря (SECOND LOOK TUR) в сроки от 4 до 8 недель. У всех пациентов был диагностирован переходно-клеточный рак второй степени дифференцировки. В результате ранней повторной цистоскопии, ТУР-биопсии мочевого пузыря (SECOND LOOK TUR) у 8 пациентов были выявлены резидуальные опухоли после первичной трансуретральной резекции, что составляет 25% от общего количества пациентов. Одному пациенту дважды была выполнена ранняя повторная цистоскопия, ТУР-биопсия мочевого пузыря (SECOND LOOK TUR), так как в каждой из них были выявлены резидуальные опухоли.

С середины 90-х годов используется новый метод выявления поражений слизистой мочевого пузыря – фотодинамическая диагностика (ФДД), основанная на флюоресценции протопорфирина IX, избирательно накапливающегося в опухолевых клетках после внутривезикулярного введения 5-аминолевуленовой кислоты (5-АЛК). Установлено, что чувствительность флюоресцентной цистоскопии (ФЦС) составляет 96,9%-98,7% и превосходит более чем на 20 % чувствительность цистоскопии в обычном свете. Различия в специфичности методов не выявлено.

В последнее время получил распространение метод трансуретрального УЗИ. Трансуретральное УЗИ позволяет определить стадию первичной опухоли с точностью до 94%, поэтому метод рассматривают, как альтернативу компьютерной томографии. Специфичность исследования - 82%, чувствительность - 78%. Метод позволяет определить глубину инвазии и инфильтрацию околопузырной клетчатки, а после лечения - глубину резекции стенки в зоне основания опухоли. Соответственно, с гораздо большей точностью выявить рецидив или прогрессию на ранней стадии процесса. ТУЗИ является предпочтительным методом при ранней диагностике рецидивов, располагающихся на верхушке, боковых стенках и в нижнем сегменте и имеющим размеры более 5 мм.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) существенно упростила проблему диагностики рецидивов рака мочевого пузыря. Отмечается высокая точность метода МРТ-до 85%. Что касается чёткого разделения РМП по стадиям (T1 или T2a) с помощью МРТ, мнения расходятся: точность выявления стадии процесса с помощью МРТ, по данным различных авторов, от 75% до 85%. При необходимости оценки инвазивного компонента опухоли используется контрастное усиление препаратами гадолиния. Контрастное усиление позволяет оценить инфильтрацию опухолью околопузырной клетчатки и поражение регионарных лимфоузлов. При использовании контрастного усиления возрастает точность диагностического исследования при определении минимального роста опухоли в послеоперационном периоде. МРТ (часто в сочетании с КТ) позволяет утверждать о наличии опухоли или её рецидива в дивертикуле мочевого пузыря и планировать дальнейшую тактику лечения. Возможности МРТ при рецидивах рака с признаками инвазии выше, чем при рентгенологическом исследовании, компьютерной томографии и трансабдоминальном УЗИ. Информативность МРТ не столь велика при маленьких размерах РМП, не распространяющихся на мышечный слой. В данных случаях является необходимым обязательное применение морфологических и эндоскопических методов.

В выявлении ранних рецидивов РМП существенную роль играют морфологические методы.

Изучение FCM (Flow Cytometry или проточной цитометрии) проводится на клетках переходного эпителия мочи. При этом производится корреляция между количеством ДНК и стадией заболевания. Характерно, что диагностика процесса возможна лишь при малых размерах опухоли. При распространённом процессе отмечается большая погрешность метода. Чувствительность метода составляет 83%, специфичность 79%. Метод позволяет определить степень вероятности рецидивирования той или иной опухоли, а также наличие рецидива.

Тест BTA-TRAK (Bladder Tumor Associated Antigen) метод осаждения клеточных комплексов из мочи является усовершенствованным методом цитологического исследования осадка мочи.

Специфичность метода в выявлении первичных и рецидивных опухолей достаточно высока: 90,1% и 73,7% соответственно. Чувствительность метода – до 82%. Для сравнения: чувствительность метода мочевого цитологии всего 28-40%. Мы считаем, что метод может и должен применяться в клинической практике.

TRAP (Telomeric Repeat Amplification Protocol). Теломеры – неотъемлемые структуры на концах хромосом, которые у людей содержат сотни идентичных повторяющихся отрезков. Их функция в стабилизации и защите хромосом от рекомбинации и деградации. Теломераза – рибонуклеид, который используется для синтеза теломеров и стабилизации хромосом. Активность теломеразы – величина, характеризующая жизнестойкость опухоли и практически не выявляемая при доброкачественных процессах и в норме. Это величина постоянная. Показатель активности незамедлительно начинает расти вслед за увеличением числа опухолевых клеток. Основываясь на результатах биопсий, доказано: чувствительность метода высока – 81%, специфичность – 86%. Активность теломеразы при различных видах патологии указана в таблице:

TaG1-2, T1G1-2	Carcinoma in situ	100% (100%)
T1G3, T2G1-3	Дисплазия и метаплазия	71,5% (75%)
T3a, T3b	Норма	0% (0%)

Метод получил признание в мировой практике и является высоко чувствительным при раннем выявлении рецидивов рака мочевого пузыря.

EGFR- рецептор эпидермального ростового фактора, - применяется для идентификации степени поражения уротелия по изменению структуры поверхностного URO-5-гликопротеина. Определение данного показателя позволяет (совместно с проточной цитометрией) прогнозировать ранний рецидив РМП.

ПЦР- полимеразная цепная реакция – анализ, позволяющий выявить микросателлиты опухоли в осадке мочи. Чувствительность метода – до 91%.

Выводы

По нашему мнению, важное значение в выявлении ранних рецидивов РМП приобретает набор современных методов эндоскопии, томографии и иммуноморфологии. Повторная трансуретральная резекция и биопсия (SECOND LOOK TUR), проведенная на ранних сроках после первичного лечения, даёт возможность своевременного выявления рецидивов и резидуальных опухолей, а также возможность более дифференцированного подхода к лечению и диагностике ракового процесса. Повторная TUR должна быть рекомендована пациентам с Ta-T1 мочевого пузыря для достижения полной резекции опухоли. Повторная трансуретральная резекция предоставляет возможность сохранить мочевого пузырь. Более того, резидуальные опухоли могут быть определены и устранены вовремя.

Флюоресцентная цистоскопия позволяет улучшить качество диагностики папиллярных и плоских неопластических изменений слизистой мочевого пузыря.

Применение TUR под фотодинамическим контролем повышает радикальность эндоскопической операции и позволяет уменьшить количество рецидивов РМП за счёт уменьшения количества резидуальных опухолей.

Широкий набор современных инструментальных (ТУЗИ, МРТ), а также иммунологических, морфологических, цитологических методов (проточную цитометрию, методы ВТА-TRAK, TRAP, методы изучения хромосом EGFR), ПЦР, обладающих высокой чувствительностью и специфичностью позволяют прогнозировать вероятность и наличие рецидива в ранние сроки после первичного оперативного лечения.

Литература

1. Горелов С.И., Старцев В.Ю., Коган О.Ф.//Флюоресцентная цистоскопия при ранней диагностике рака мочевого пузыря.// Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний. Материалы 4-й Всероссийской научной конференции.-Москва, с 10-11.
2. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., Крендель Б.М., Гнатюк А.П.// Современные подходы в лечении поверхностного рака мочевого пузыря. //Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний. Материалы 4-й Всероссийской научной конференции.-Москва, с 66-67.
3. Мартов А.Г. Сисоев Л.А.// Урология, 2000.- N2.- с. 44-49.
4. Матвеев Б.П., Шипилов В.И., Гоцадзе Д.Т.// Урол. И нефрология –1900.-N3.-с.53-56.
5. Попучиев В.В., Попов А.М., Карякин О.Б.//Значение иммуногистохимических методик

для определения прогноза и характера лечения рака мочевого пузыря.// Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний. Материалы 4-й Всероссийской научной конференции.-Москва, с40-41.

6. Brauers A// Second resection and prognosis of primary high risk superficial bladder cancer: is cystectomy often too early?// J Urol - 01-Mar-2001; 165(3): 808-10
7. Heney N.M., Ahmed S// Lanagan M/J/ et al.// Superficial bladder cancer// J Urol/-1983/-130-1083-1086.
8. KIKn R.// Residual tumor discovered in routine second transurethral resection in patients with stage T1 transitional cell carcinoma of the bladder.// J Urol - 01-Aug-1991; 146(2): 316-8

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСРЕДСТВОМ ПРИМЕНЕНИЯ α_1 -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.Г. Мартов, Б.Л. Гущин, Д.В. Ергаков, В.Н. Ощепков
НИИ Урологии МЗ РФ, Москва

Summary

The aim of this study was to investigate the value of alpha-blockers administration in postoperative period after TURP. 52 patients received terazosin, 49 – tamsulosin and 96 patients served as a control group. On control evaluation 6 months after TURP all groups had equal values of Q_{max} and QoL index. However, the average I-PSS score in alpha-blockers groups was statistically ($p < 0.05$) significantly lower the value in the control group. Alpha-blockers administration results in a better symptomatic outcome in post-TURP patients.

Введение

С целью изучения влияния α_1 -адреноблокаторов на симптоматику в послеоперационном периоде было предпринято ретроспективное клиническое исследование по изучению действия препаратов группы α_1 -адреноблокаторов у больных, перенесших ТУР простаты по поводу ДГП.

Пациенты и методы

В клиническое исследование, проводившееся в 1998-2001 годах, были в общей сложности включены 197 пациентов, которым проводилась ТУР по поводу ДГП. Основаниями для проведения оперативного вмешательства являлась симптоматика нарушенного мочеиспускания, снижение значений максимальной объемной скорости мочеиспускания менее 12 мл/сек и/или присутствие остаточной мочи.

В зависимости от проведения послеоперационной терапии препаратами группы α_1 -адреноблокаторов после осуществления ТУР простаты больные были распределены на три группы. В послеоперационном периоде 96 пациентам не проводилось дополнительного назначения α_1 -адреноблокаторов (1-я группа), 52 больным назначался terazosin (2-я группа) и 49 пациентов принимали тамсулозин (3-я группа исследования).

Назначение препаратов группы α_1 -адреноблокаторов осуществлялось больным 2-ой и 3-ей группы в течение первой недели послеоперационного периода. Послеоперационное наблюдение за больными включало в себя регистрацию симптоматики в соответствии со шкалой симптомов I-PSS и определение качества жизни больного по шкале QoL, которые проводились ежемесячно, также пациентами составлялся дневник мочеиспускания. По завершении трех и шести месяцев послеоперационного периода регистрировались показатели максимальной объемной скорости мочеиспускания и количества остаточной мочи. На протяжении всего периода проведения клинического исследования осуществлялось документирование побочных эффектов лекарственной терапии α_1 -адреноблокаторами.

Результаты

Исходные клинические параметры, к которым относятся симптоматика заболевания, данные уродинамических, ультразвуковых и лабораторных исследований являлись сходными во всех

трех группах исследования.

Ближайшие результаты, характеризующие осуществление ТУР простаты у больных ДГП в трех группах были равнозначными в отношении длительности осуществления оперативного вмешательства, количества резецированной ткани, сроков восстановления самостоятельного мочеиспускания, пребывания больных в стационаре и сохранения макрогематурии в раннем послеоперационном периоде.

Увеличение абсолютного значения показателя Q_{max} по завершении шести месяцев послеоперационного наблюдения составили в 1-ой и 2-ой группах одинаковые величины равные 12,1 мл/сек и в 3-ей группе 12,6 мл/сек.

Во многом аналогичная динамика наблюдается в отношении изменения симптоматики заболевания в послеоперационном периоде с существенным снижением суммарного балла шкалы симптомов по завершении трех месяцев послеоперационного периода. Во всех трех группах изменение I-PSS балла по сравнению с его исходным значением достигало статистически существенного различия ($p < 0,05$). По завершении шести месяцев послеоперационного периода в группах дополнительного лекарственного лечения отмечается большая степень симптоматического улучшения (снижение суммарного показателя шкалы I-PSS во 2-ой и 3-ей группах составляет соответственно 16,4 и 16,6 баллов) по сравнению с больными, которым дополнительная терапия α_1 -адреноблокаторами не проводилась (уменьшение показателя I-PSS равняется 12,2).

Аналогично изменениям симптоматики заболевания меняется балл шкалы качества жизни QoL. В 1-ой группе снижение показателя составляет 2,1 балла, а во 2-ой и 3-ей соответственно 2,6 и 2,5 балла. Различия между группами не являются статистически существенными ($p > 0,05$).

Помимо рассмотрения динамики суммарного балла шкалы симптоматики I-PSS по нашему мнению несомненный интерес представляет анализ отдельных ее составляющих, которые в большей степени характеризуют обструктивный компонент симптоматики (вопросы № 1, 3, 5, 6) или же ирритативный компонент (вопросы анкетной формы № 2, 4, 7). Различия в абсолютных значениях баллов, характеризующих симптомы фазы опорожнения мочевого пузыря были весьма несущественными в трех клинических группах (составляя от 0,1 до 0,3 балла). Напротив, различия в количественных показателях, характеризующих симптом учащенного мочеиспускания в дневное время и симптом повелительных позывов к мочеиспусканию, составляли от 0,7 до 0,9 баллов во 2-ой и 3-ей группах по сравнению с пациентами 1-ой группы, которым терапия α_1 -адреноблокаторами в послеоперационном периоде не осуществлялась.

Анализ дневников мочеиспускания позволил установить, что объем мочеиспускания до оперативного лечения составлял в трех клинических группах соответственно 124,0 мл, 112,8 мл и 117,5 мл. По завершении трех месяцев послеоперационного периода объем мочеиспускания статистически существенно увеличился во второй и третьей группах и его величина составила соответственно 196,2 и 201,4 мл ($p < 0,05$), тогда как в первой группе подобного существенного изменения не произошло и объем мочеиспускания равнялся 134,4 мл.

Частота возникновения такого осложнения, как склероз шейки мочевого пузыря оказывается меньше у больных, которым применяется дополнительное лекарственное лечение (соответственно в трех группах 7,3%, 5,8% и 4,1%). Также во 2-ой и 3-ей клинических группах не было отмечено возникновения эпизода острой задержки мочеиспускания, тогда как при стандартном ведении послеоперационного периода подобное осложнение, потребовавшее катетеризации мочевого пузыря, было зарегистрировано в трех наблюдениях (3,1%). Ретроградное семяизвержение наиболее часто наблюдалось у больных, принимавших тамсулозин (71,4%), что объясняется механизмом действия лекарственного препарата на гладкомышечные структуры. Частота вазомоторных реакций была статистически недостоверно выше в группе больных принимавших terazолин по сравнению с больными принимавшими тамсулозин.

Обсуждение

Развитие симптоматики учащенного повелительного мочеиспускания у больных ДГП в значительной степени связано с явлениями повышенной активности детрузора (ПАД) (1,3). Причины развития ПАД в подобных случаях могут заключаться в осуществлении мочеиспускания при низких значениях давления после ТУР, частичной денервации зоны шейки мочевого пузыря и заднего отдела уретры в результате оперативного вмешательства, а также в сохраняющихся морфологических изменениях в виде утолщения стенки мочевого пузыря и избыточного накопления в ней коллагена (10).

Действие антагонистов α_1 -адренорецепторов на уменьшение ирритативной симптоматики связывается с их действием на α_{10} -адренорецепторы, которые преобладают в стенке

детрузора человека, при этом их активность увеличивается на фоне развития инфравезикальной обструкции (2,4). Кроме этого нельзя исключить, что в развитии СНМП существенную роль играют центральные механизмы регуляции, а именно α_{1D} -адренорецепторы спинного мозга (5,6). Помимо этого, нам представляется оправданным назначение препаратов группы антагонистов α_1 -адренорецепторов в послеоперационном периоде для более оптимального уменьшения массы гипертрофированной стенки мочевого пузыря. У пациентов с СНМП, развивающихся на фоне ДГП отмечается увеличение массы мочевого пузыря, которое постепенно регрессирует в результате выполнения хирургического вмешательства (9). Аналогичное действие было продемонстрировано в отношении тамсулозина. Данные указанных клинических исследований также подтверждают тот факт, что применение α_1 -адреноблокаторов после осуществления ТУР можно считать патогенетически оправданным. Увеличение физиологического объема мочевого пузыря, которое в настоящем клиническом исследовании было достигнуто посредством применения α_1 -адреноблокаторов в послеоперационном периоде, согласуется с данными ранее опубликованных исследований, при которых цистометрическая емкость мочевого пузыря увеличивается при назначении препаратов данной группы (7, 8).

Установлена эквивалентная эффективность terazолина и тамсулозина в отношении уменьшения симптомов фазы наполнения мочевого пузыря и увеличения физиологической емкости органа в послеоперационном периоде. Применение тамсулозина, обладающего избирательностью в отношении α_{1A} и α_{1D} -адренорецепторов сопровождается статистически недостоверным меньшим числом побочных воздействий, связанных с регуляцией сосудистого тонуса, находящегося под управляющим воздействием α_{1B} -адренорецепторов.

Список литературы

1. Лопаткин Н.А., ред. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. М., 1999, с. 193-209.
2. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Руководство по трансуретральной эндоскопической хирургии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. М., Триада-Х., 1997, 144 с.
3. Bruskewitz R.C., Larsen E.H., Madsen P.O., Dorflinger T. 3-year follow-up of urinary symptoms after transurethral resection of the prostate. J. Urol. 1986, vol. 136, p. 613-615.
4. Djavan B., Madersbacher S., Klingler H.C. et al. Outcome analysis in minimally invasive treatments for benign prostatic hyperplasia. Tech. Urol. 1999, vol. 5, p. 12-20.
5. Djavan B., Shariat S, Fakhari M., et al. Neoadjuvant and adjuvant alpha-blockade improves early results of high-energy transurethral microwave thermotherapy for lower urinary tract symptoms of benign prostatic hyperplasia: a randomized, prospective clinical trial. Urology 1999, vol. 53, N. 2, p. 251-259.
6. Ichihyanagi O., Ishigooka M., Hashimoto T., et al. The American Urological Association Symptom Index: early postoperative evaluation of irritative and obstructive symptoms due to benign prostatic hyperplasia. Int. Urol. Nephrol. 1997, vol. 29, p. 441-447.
7. Schwinn D.A. The role of α_1 -adrenergic receptor subtypes in lower urinary tract symptoms. Brit. J. Urol. 2001, vol. 88, suppl. 2, p. 27-34.
8. Sironi D., Levorato C., Gianfranco D., et al. The use of ultrasound estimated bladder weight (UEBW) in evaluation of change in bladder hypertrophy during treatment with α_1 -blocker. Eur. Urol. 2000, vol. 37, p. 103.
9. Thomas A.W., Abrams P. Lower urinary tract symptoms, benign prostatic obstruction and the overactive bladder. Brit. J. Urol. 2000, vol. 85, suppl. 3, p. 57-68.
10. Welsh G., Kawachi I., Barry M.J., et al. Distinction between symptoms of voiding and filling in benign prostatic hyperplasia: findings from health professionals follow-up study. Urology 1998, vol. 51, p. 422-427.

для определения прогноза и характера лечения рака мочевого пузыря.// Актуальные вопросы лечения онкоурологических заболеваний. Материалы 4-й Всероссийской научной конференции.-Москва, с40-41.

6. Brauers A// Second resection and prognosis of primary high risk superficial bladder cancer: is cystectomy often too early?// J Urol - 01-Mar-2001; 165(3): 808-10
7. Heney N.M., Ahmed S// Lanagan M// et al.// Superficial bladder cancer// J Urol/-1983/-130-1083-1086.
8. Kikn R.// Residual tumor discovered in routine second transurethral resection in patients with stage T1 transitional cell carcinoma of the bladder.// J Urol - 01-Aug-1991; 146(2): 316-8

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСРЕДСТВОМ ПРИМЕНЕНИЯ α_1 -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А.Г. Мартов, Б.Л. Гуцин, Д.В. Ергаков, В.Н. Ощепков
НИИ Урологии МЗ РФ, Москва

Summary

The aim of this study was to investigate the value of alpha-blockers administration in postoperative period after TURP. 52 patients received terazosin, 49 – tamsulosin and 96 patients served as a control group. On control evaluation 6 months after TURP all groups had equal values of Q_{max} and QoL index. However, the average I-PSS score in alpha-blockers groups was statistically ($p < 0.05$) significantly lower the value in the control group. Alpha-blockers administration results in a better symptomatic outcome in post-TURP patients.

Введение

С целью изучения влияния α_1 -адреноблокаторов на симптоматику в послеоперационном периоде было предпринято ретроспективное клиническое исследование по изучению действия препаратов группы α_1 -адреноблокаторов у больных, перенесших TUR простаты по поводу ДГП.

Пациенты и методы

В клиническое исследование, проводившееся в 1998-2001 годах, были в общей сложности включены 197 пациентов, которым проводилась TUR по поводу ДГП. Основаниями для проведения оперативного вмешательства являлась симптоматика нарушенного мочеиспускания, снижение значений максимальной объемной скорости мочеиспускания менее 12 мл/сек и/или присутствие остаточной мочи.

В зависимости от проведения послеоперационной терапии препаратами группы α_1 -адреноблокаторов после осуществления TUR простаты больные были распределены на три группы. В послеоперационном периоде 96 пациентам не проводилось дополнительного назначения α_1 -адреноблокаторов (1-я группа). 52 больным назначался terazosin (2-я группа) и 49 пациентов принимали тамсулозин (3-я группа исследования).

Назначение препаратов группы α_1 -адреноблокаторов осуществлялось больным 2-ой и 3-ей группы в течение первой недели послеоперационного периода. Послеоперационное наблюдение за больными включало в себя регистрацию симптоматики в соответствии со шкалой симптомов I-PSS и определение качества жизни больного по шкале QoL, которые проводились ежемесячно, также пациентами составлялся дневник мочеиспускания. По завершении трех и шести месяцев послеоперационного периода регистрировались показатели максимальной объемной скорости мочеиспускания и количества остаточной мочи. На протяжении всего периода проведения клинического исследования осуществлялось документирование побочных эффектов лекарственной терапии α_1 -адреноблокаторами.

Результаты

Исходные клинические параметры, к которым относятся симптоматика заболевания, данные уродинамических, ультразвуковых и лабораторных исследований являлись сходными во всех

трех группах исследования.

Ближайшие результаты, характеризующие осуществление ТУР простаты у больных ДГП в трех группах были равнозначными в отношении длительности осуществления оперативного вмешательства, количества резецированной ткани, сроков восстановления самостоятельного мочеиспускания, пребывания больных в стационаре и сохранения макрогематурии в раннем послеоперационном периоде.

Увеличение абсолютного значения показателя Q_{max} по завершении шести месяцев послеоперационного наблюдения составили в 1-ой и 2-ой группах одинаковые величины равные 12,1 мл/сек и в 3-ей группе 12,6 мл/сек.

Во многом аналогичная динамика наблюдается в отношении изменения симптоматики заболевания в послеоперационном периоде с существенным снижением суммарного балла шкалы симптомов по завершении трех месяцев послеоперационного периода. Во всех трех группах изменение I-PSS балла по сравнению с его исходным значением достигало статистически существенного различия ($p < 0,05$). По завершении шести месяцев послеоперационного периода в группах дополнительного лекарственного лечения отмечается большая степень симптоматического улучшения (снижение суммарного показателя шкалы I-PSS во 2-ой и 3-ей группах составляет соответственно 16,4 и 16,6 баллов) по сравнению с больными, которым дополнительная терапия α_1 -адреноблокаторами не проводилась (уменьшение показателя I-PSS равняется 12,2).

Аналогично изменениям симптоматики заболевания меняется балл шкалы качества жизни QoL. В 1-ой группе снижение показателя составляет 2,1 балла, а во 2-ой и 3-ей соответственно 2,6 и 2,5 балла. Различия между группами не являются статистически существенными ($p > 0,05$).

Помимо рассмотрения динамики суммарного балла шкалы симптоматики I-PSS по нашему мнению несомненный интерес представляет анализ отдельных ее составляющих, которые в большей степени характеризуют обструктивный компонент симптоматики (вопросы № 1, 3, 5, 6) или же ирритативный компонент (вопросы анкетной формы № 2, 4, 7). Различия в абсолютных значениях баллов, характеризующих симптомы фазы опорожнения мочевого пузыря были весьма несущественными в трех клинических группах (составляя от 0,1 до 0,3 балла). Напротив, различия в количественных показателях, характеризующих симптом учащенного мочеиспускания в дневное время и симптом повелительных позывов к мочеиспусканию, составляли от 0,7 до 0,9 баллов во 2-ой и 3-ей группах по сравнению с пациентами 1-ой группы, которым терапия α_1 -адреноблокаторами в послеоперационном периоде не осуществлялась.

Анализ дневников мочеиспускания позволил установить, что объем мочеиспускания до оперативного лечения составлял в трех клинических группах соответственно 124,0 мл, 112,8 мл и 117,5 мл. По завершении трех месяцев послеоперационного периода объем мочеиспускания статистически существенно увеличился во второй и третьей группах и его величина составила соответственно 196,2 и 201,4 мл ($p < 0,05$), тогда как в первой группе подобного существенного изменения не произошло и объем мочеиспускания равнялся 134,4 мл.

Частота возникновения такого осложнения, как склероз шейки мочевого пузыря оказывается меньше у больных, которым применяется дополнительное лекарственное лечение (соответственно в трех группах 7,3%, 5,8% и 4,1%). Также во 2-ой и 3-ей клинических группах не было отмечено возникновения эпизода острой задержки мочеиспускания, тогда как при стандартном ведении послеоперационного периода подобное осложнение, потребовавшее катетеризации мочевого пузыря, было зарегистрировано в трех наблюдениях (3,1%). Ретроградное семяизвержение наиболее часто наблюдалось у больных, принимавших тамсулозин (71,4%), что объясняется механизмом действия лекарственного препарата на гладкомышечные структуры. Частота вазомоторных реакций была статистически недостоверно выше в группе больных принимавших теразозин по сравнению с больными принимавшими тамсулозин.

Обсуждение

Развитие симптоматики учащенного повелительного мочеиспускания у больных ДГП в значительной степени связано с явлениями повышенной активности детрузора (ПАД) (1,3). Причины развития ПАД в подобных случаях могут заключаться в осуществлении мочеиспускания при низких значениях давления после ТУР, частичной денервации зоны шейки мочевого пузыря и заднего отдела уретры в результате оперативного вмешательства, а также в сохраняющихся морфологических изменениях в виде утолщения стенки мочевого пузыря и избыточного накопления в ней коллагена (10).

Действие антагонистов α_1 -адренорецепторов на уменьшение ирритативной симптоматики связывается с их действием на α_{1D} -адренорецепторы, которые преобладают в стенке

CAPITOLUL III

UROLITIAZA

BILATERAL STAGHORN CYSTINIC CALCULI MANAGED PERCUTANEOUSLY

E. Angelescu

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni» Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

Poster

Introduction: The results of percutaneous management of bilateral staghorn cystinic calculi is presented. .

Materials and Methods: 1 – 4% of all urinary lithiasis is chemically cystinic (1/20.000 population). Usually open surgery is the first choice because of the particular hardness of this type of stone. The staghorn calculi were removed percutaneously, in series, bilateral.

Results: Few small fragments of calculi were abandoned in the right lower calyx and removed several months later. The patient was seen every year for the last three years – no recurrence.

Conclusions: Percutaneous management of cystinic staghorn calculi is shown as an alternative to open surgery.

STONE INA PARACALICEAL DIVERTICULA MANAGED PERCUTANEOUSLY

E. Angelescu

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni» Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

Video

Introduction: Percutaneous technique of stone removal from a paracaliceal diverticula is presented.

Materials and Methods: Paracaliceal diverticula is not a frequent finding. It is associated with narrow communication of the calyx with renal pelvis. Sometime the caliceal communication is angulated which interfere with ESWL management. Until recently, such cases were treated by open surgery.

Results: After percutaneously stone removal and repunction in the renal pelvis, a large nephrostomy was maintained for thirty days, transforming the diverticula in a new calyx. After nephrostomy removal, "double J» stent was kept in the urether for two weeks.

Conclusions: The percutaneously management of stones in paracaliceal diverticula is accepted as a minimally invasive technique with good results, in hands of an skilled endoscopist.

UROLITIAZA BILATERALĂ LA BOLNAVII CU ADENOM DE PROSTATĂ (CAZ CLINIC)

V. Căptari, O. Dolghi, V. Cibotaru, M. Popov, E. Vasilev

Clinica de urologie Spitalul Municipal de Urgență, Chișinău

Summary

On giving a description of a clinical case, the authors attend to the homeostatic imbalance specific to the prostatic adenoma, manifested itself in the anatomo-functional alterations of the uroge-

nital apparatus. These, in their turn, bring about disturbances in urinary contents and uro-dynamics. All this leads to the development of urolithiasis and uroliths formation, which complicates frequently the postsurgical period in patients with prostatic adenoma.

Formarea calculilor a generat o serie de teorii controversate. Cu toate acestea, un punct de vedere comun afirmă că factorii primordiali în etiologia și etiopatogenia litiazei urice sunt tulburările urodinamicii, infecțiile căilor urinare și perturbarea echilibrului cristatoid-coloidal al urinei. Toate aceste semne sunt prezente și în adenomul de prostată, mai ales avansat și cu retenție cronică de urină.

În evidența clinicii de urologie a SCMU s-au aflat 15 bolnavi cu adenom de prostată complicat cu: ureterolitiază (2), calculi ai vezicii urinare (7) și calculi renali (6). Dintre ei doar 5 bolnavi se aflau în evidență dispensarizată pentru urolitiază, la ceilalți boala a fost depistată în procesul pregătirii pentru adenomectomie.

În continuare vom cita un caz clinic reprezentativ:

Bolnavul M., 72 de ani, este internat în clinica urologică a SCMU cu acuze de retenție urinară pe parcursul ultimelor două zile, dureri lombare bilaterale de intensitate medie, grețuri, astenie generală. Din convorbire cu bolnavul am remarcat, că acesta se afla în evidență dispensarizată pentru adenom de prostată. În decursul ultimelor 2 luni micțiunile au devenit dificile și exagerate după frecvență. În ultimele zile practic nu elimină urină. Diagnoza preventivă: "Adenom de prostată gr. II, urolitiază, calculi în treimea inferioară a ambelor uretere, anurie prin obturație».

La internare: tegumentele palide, limba uscată, saburală. În plămâni murmur vezicular. Zgomotele cardiace ritmice. TA 180/100 mm col.Hg, puls- 80 bătă/min, ritmic. Abdomenul moale, indolor. Dureri moderate la palparea bimanuală a rinichilor. Giordani ușor pozitiv în ambele părți. Vezica urinară nepalpabilă. Tușeul rectal a evidențiat creșterea dimensională a prostatei, de consistență elastică, nedureroasă la palpate, cu limite bine conturate și dispariția șanțului median.

Investigațiile de laborator: Hemograma - Hb -105, Er- 3,4, L- 7,9, nesegmentate-68, limfocite-14; monocite- 16; VSH 36 mm/h; Analize biochimice: proteine totale -60 g/l; ureea-43/mmol/l; creatinina-0,511, mmol/l; bilirubină -10; ALT- 0,30, AST-0,25; proba cu timoț 0,5.

Examenul ultrasonografic: semne de dereglare bilaterală a pasajului urinar, hidronefroză la ambii rinichi. Vezica urinară fără conținut. Radiografia de ansamblu a căilor urinare a evidențiat la nivelul L4, bilateral în proiecția ureterelor câte un calcul de 0,6 x 0,4 cm.

A doua zi după spitalizare s-a aplicat nefrostomia percutană bilaterală. După restabilirea pasajului urinar și o pregătire preoperatorie adecvată, peste 13 zile s-a efectuat, printr-o singură etapă, ureterolitotomia bilaterală și adenomectomia transvezicală. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații.

Astfel, dezechilibrul homeostatic caracteristic adenomului de prostată, exprimat prin modificări anatomo-funcționale ale aparatului urogenital, provoacă dereglări în conținutul urinar și urodinamică creînd un mediu favorabil pentru formarea litiazei urice, ce complică perioada postoperatorie.

TRATAMENTUL CONSERVATIV AL CALCULILOR URETERALI (Review literar)

Emil Ceban

Clinica Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF "N.Testemițanu"

Summary

Conservative treatment of ureteral stones (Review). Urolithiasis take an important place in the structure of urological pathology, thanks to its high incidence, frequent recurrence of stones and complications they might cause .

There are described many methods of treatment of ureteral stones in the scientific literature, such as: conservative, surgical, laparoscopic, endoscopic, and ESWL. In this study we have analyzed conservative method of treatment of ureteral stones, based on 70 literature references.

Actualitatea, obiective

Urolitiaza ocupă un loc primordial în structura bolilor urologice, datorită incidenței sale crescute, a recidivelor frecvente și a urmărilor nefaste pe care le poate provoca.

În literatura de specialitate sunt descrise mai multe metode de tratament al litiazei ureterale, printre care sînt cele conservative, chirurgicale, endoscopice, laparoscopice și litotriția extracorporeală cu unde de șoc (ESWL).

Tratamentul medical cuprinde măsurile de expulzie a calcului pe cale naturală, alături de tratamentul profilactic al recidivelor și infecțiilor urinare (23,49). El este folosit pe larg și indicat în toate cazurile, atunci când calculul nu provoacă dereglarea pasajului urinar, schimbări hidronefroscice și

nu sunt semne de pielonefrită (H. A. Лопаткин, 1998) (47). S-a demonstrat, că un număr foarte ridicat (31-95%) de calculi ureterali se pot elimina spontan (I. Sinescu, 1998) (27). Aceasta frecvență este confirmată și de alți autori (5,35,36,63,68).

Asociația Urologilor Americani a publicat în Jurnal Urology 2000, (31) condiția clinică pentru tratamentul calculilor ureterali, dimensiunile cărora sunt mai mici de 5 mm. Dacă sunt respectate acestea, atunci frecvența eliminării crește până la 98%.

P. Geavlete, 1998 (5) relatează că tratamentul medicamentos și igienico-dietic este utilizat pentru remiterea simptomelor, fie cu intenția de favorizare a eliminării calculului.

Яненко Э. К, 2000 (48,70) ne demonstrează că tratamentul conservativ nu este privit ca metodă de alternativă în tratamentul ureterolitiazăi cu celelalte metode ca: ESWL, NLP, tratamentul chirurgical, dar această terapie care este apreciată și indicată individual, este una din etapele în tratamentul complex al calculilor ureterali. Pentru tratamentul complex pledează și următoarele surse (36, 45,47,52,53,69).

Leal A. M., 1999 (15) spune: condiția tratamentului conservativ este prima opțiune, când calculul poate să se elimine spontan.

Michael Marberger, 1999 (17, 20) relatează că, calculilor ureterali îi revin 49% din litiază, ca regulă cauzați de calculi ureterali mici, care au o mare șansă de a se elimina spontan sau simptomatic.

О.А.Тиктинский, 1980 (65) socoate eliminarea spontană a calculului ureteral ca o formă clinică aparte. La unii pacienți această formă de maladie este unicul simptom clinic. Este studiat și demonstrat că frecvența eliminării este mai mare la sexul masculin, și predomină vârsta medie.

Tratamentul conservativ include în sine măsuri generale, dieta-terapie, gimnastică medicală, tratament medicamentos și balneo-sanatorial (H.A. Лопаткин, 1998) (47).

D. Nicolescu, 1990 (21) expune că în tratamentul medical se recurge la antispastice, peristaltogene, antiinflamatorii și îndeosebi cure de diureză. Forțarea diurezei este partea componentă a tratamentului conservativ (10,21,24,27,47, 52,65). Ea poate fi pur și simplu mărită prin realizarea hiperdurezei până la 2-2,5 litri. Pot fi utilizate ceaiurile diuretice, ape minerale, care nu numai măresc diureza, dar și schimbă PH-ul urinar, compoziția electrolitică (18,19,21,23,24, 47,52,65,69).

I.Sinescu, 1998 (27) menționează că expectativa presupune administrarea de analgetice și cură de diureză. Ea este indicată pentru toți calculii ureterali cu diametri mai mici de 5 mm, care au posibilitatea de eliminare pe căi naturale, fără complicații septice sau insuficiență renală obstructivă.

Sunt descrise metode de forțare a diurezei medicamentos, prin administrarea diureticilor (3,40). Michele Gallucci și autorii, 1998 (3) recomandă administrarea tiazidelor cu acest scop.

Pentru sporirea eliminării spontane a calculilor pe ureter măsurile terapeutice conservative sunt îndreptate spre mărirea peristaltizmului ureteral, micșorarea contracțiilor spastice, evitarea edemului mucoasei ureterale. Din metodele cele mai răspândite de tratament sunt hidroterapia și procedurile fizioterapeutice (băile subacvatice, diatermia, curenții diadinamici ș.a), (47,52, 53,69). După părerea multor autori combinarea procedurilor fizioterapeutice cu băile subacvatice și mărirea diurezei au un efect pozitiv în tratamentul de expulzie a calculilor ureterali, mai ales cei din treimea inferioară a ureterului apropiind eliminarea spontană la 72, 2% cazuri (51,66). Însă acest tratament este contraindicat la pacienți cu patologie cardio-vasculară, insuficiență renală, rinichi unic, în procese inflamatorii și infecție urinară.

Un rol primordial în tratamentul conservativ al calculilor ureterali îl are terapia medicamentoasă. Ea trebuie să fie îndreptată pentru înlăturarea simptomului algic, dilatarea ureterului, lupta cu infecția urinară, litoliza calculilor și sporirea eliminării spontane. Eliminarea calculului de regulă se manifestă clinic prin colica renală (65). Cuparea accesului de migrare a calculului se efectuează cu preparate spazmolitice, analgetice (23,39,40,45,47,52,53,65,69). Cu acest scop pe larg sunt administrate așa preparate ca: no-spa, baralgină, spazmolgon, tramadol, Sol. atropină 0,1%-1ml, Sol platiphillină 0,2 %- 1.0; Sol papaverină, hidroclohid 0,02 gr. Uneori este necesar de administrat preparate narcotice ca: 1-2% Sol omhupon, promedol (22,24,29,47,48,65). Cu scop de eliminare a calculilor ureterali cit și pentru cuparea colicii renale în complexul tratamentului conservativ este folosită blocada cu Sol. novocaină 0,5% după М.Ю. Лорин-Энштейн (30,40,45,47,57,65,69). Unii autori preferă blocada ligamentului lacunar, blocada transvaginală (42,57).

Literatura de ultimă oră recomandă administrarea substanțelor antiinflamatorii nesteroidice (4,18,24,28,29).

H-G Tiselius și autorii, 2000 în "Guidelens an Urolitiasis» elaborate de Asociația Europeană de Urologie recomandă ca tratamentul conservativ să fie început cu preparatele antiinflamatorii nesteroidice și numai dacă durerile persistă de schimbat cu un preparat alternativ. Acesta este diclofenacul de sodiu (voltarena) 5 mg de 2 ori pe zi timp de 3-10 zile, indometacina. Ele sunt bine acceptate sub formă de supozitorii rectale (14).

Staerman Frederic și autorii, 2000 la al XV-lea Congres ai Asociației Europene de Urologie în Brusel au relatat experiența administrării nifedipinei în tratamentul calculilor ureterului distal (28). Acest preparat este un antagonist al calciului. Administrându-se câte 40mg/zi acțiunea se datorește relaxării

musculaturii netede a ureterului. Datorită acestei acțiuni media intervalului pentru expulzia calculilor e semnificativ mai scurtă. Această relație e susținută și de alți autori, propunând folosirea nifedipinei în combinația cu methylprednizolonă (2).

Un efect sporit în tratamentul conservativ al calculilor ureterali îl au preparatele: cistenal, ciston, enatin, olimetin, artemizol, avisan. Aceste medicamente complexe specifice au proprietăți spazmolitice, bacteriostatice fiind inhibitori ai agregării cristalelor având și un efect puțin diuretic, litolitic (5, 40,47,48,65).

Litoliza – este dizolvarea calculilor prin metode orale, paranterale, retrograde și antegrade. Ea se datorește faptului de acțiune asupra PH-ului urinei, este partea componentă a tratamentului complex al urolitiazăi cit și în profilaxia și metafilaxia ei, fiind utilizată în dependență de componența chimică a calculilor. Frecvența calculilor urați e de aproximativ 3-15% (D. Heimbach și ant., 2000) (7). U.E. Tapeeva, 1995 (64) ne comunică că litiaza urică are o frecvență de 10-15% din numărul total de pacienți cu urolitiază. Cauza apariției litiazei urice sunt dereglările de metabolism și anume a purinelor care duc la mărirea concentrației acidului uric în sânge și respectiv eliminarea cu urină (47,48,55,56,62,64,65). A fost descoperit, cu cât aciditatea urinei scade, acidul uric se transformă într-un anion urat mai solubil. Dizolvarea lui poate fi obținută prin: 1) mărirea PH-ului urinar (alcalinizarea urinei); 2) micșorarea excreției acidului uric; 3) mărirea diluției urinei. Respectarea acestor mecanisme chimiolitice aduc la dizolvarea calculilor la aproape 90% din pacienți (7).

Leal A.M., 1999 (15) remarcă, că calculul urat de obicei răspunde tratamentului medicamentos și e necesar să fie tratat prin alcalinizare fiind drept prima opțiune de tratament. Calculii compuși din acid uric sunt unicii dintre calculi ce pot fi dizolvați cu ajutorul agenților medicali administrați oral sau paranteral (7).

Hubner W. A și autorii, 1993 (9) în urma unei experiențe de 2704 pacienți tratați conservativ a dovedit că litoliza orală este binevenită, însă trebuie de ținut cont de dimensiunile calculului. Nici un calcul mai mare de 6mm nu s-a dizolvat.

Pentru alcalinizarea urinei se folosesc pe larg inhibitori de xantin-oxidază: allopurinol 300 mg/zi (reduce excreția de acid uric în urină), (3,24,25,47,48, 56,62,65,70).

A.Ф. Доренков și autorii, 1994 dovedesc că allopurinolul este unul din preparatele de bază care are acțiune patogenetică (8,25,37). Tot din această categorie de preparate sunt bine cunoscute amestecurile citrice: blemoren, uralit, uralit-u, magurilit, soluran, solimoc, miturit, ziloric (47,56,62,65,67).

H.Ф. Сергиенко și aut., (1999) au efectuat un studiu pe 483 pacienți cu litiază urică tratați cu preparate urolitice și au demonstrat, că din toată gama sus numită de medicamente, Blemorenu produs de firmă "Esparma" (Germania) este preparatul de prim-opțiune cu eficacitate mărită, bioaccesibil, bine tolerat și suportat. El poate fi folosit și la pacienți cu diabet zaharat, nu are efecte adverse, administrat timp îndelungat corectînd PH-ul urinar cu precizie, bolnavii nu necesită spitalizare (62). Un aport deosebit în tratamentul litiazei urice îl au amestecurile citrice lichide care se administrează paranteral sau per os: citat de potasiu, bicarbonat de potasiu, sol. айзенбер, sol. lactat (9,13,40,47,48,62, 65). E necesar de avut în considerație că aproape 60% din litiazele exprimate timpuriu (20-30 ani) este litiaza oxalat de calciu (hiperoxaluria) care cu aceeași frecvență este familiară. Aflându-se pe locul doi după litiaza urică, frecvent poate fi combinată. Acțiunea tratamentului medicamentos este legarea oxalatului la nivel de intestin și micșorarea lui în sânge și urină. Terapia medicală a litiazei de oxalat de calciu e bazată pe modificările acestor componenți în urină, paralel depinde de câțiva factori ce pot concura în tratament: dieta, lichide folosite (Michele Gallucci, 1998) (3).

Societatea Europeană a Urologilor recomandă cantitatea calciului în apa potabilă să fie <100mg/l. În tratamentul calculilor oxatați sunt admise folosirea sărurilor de magneziu cite 150 mg în 1-3 prize, oxidul de magneziu în doza 0,2; 0,3; 0,4 gr/zi timp de 1,5 luni cu întreruperi 3-4 săptămâni, durata tratamentului fiind de la 3 luni la 1,5 ani; carbonat de magneziu 2 gr zilnic, doze mari de vitamina C (6,8,32,49,48,65).

În condiția când litiaza este de componență mixtă (acid uric Ȃoxalat de calciu) e binevenită terapia cu piridoxină 200 mg/zi în 4 prize reducînd excreția de oxalat (6,41,47,48,65). În fosfaturie și litiaza de fosfat de calciu urina are reacție alcalină. Tratamentul este îndreptat la acidularea urinei prin administrarea citratului de amoniu, clorura de amoniu, fosfat de Na 1 gr în 4 prize, metionină 0,5 gr 3-4 prize (16,47,48,65). Cu țel de micșorarea eliminării fosfatului Lycklama și autorii, 1984 (16) propun administrarea Al care formează AlFO și micșorează absorbția fosfatului în intestin.

Partea componentă a tratamentului medicamentos este administrarea preparatelor antibacteriene, care au un țel de profilaxie și stoparea infecției urinare (5,47,48,65). Unii autori consideră terapia antibacteriană o parte componentă a tratamentului complex a urolitiazăi (52,53,68,69). El este efectuat corespunzător rezultatelor uroculturii. Dacă ea este negativă sunt folosite pe larg nitrofuranele care au proprietatea de a se elimina cu urina și nu se concentrează în plazma serului sangvin (H. A. Лопаткин, 1998) (47).

Una din metodele fizice de tratament al ureterolitiazăi este vibroterapia, care are o acțiune de mărire a peristaltismului ureteral, favorizînd expulzia calculului. B.A. Голубчиков, 1967 a elaborat și

a folosit vibroterapia generală cu aparatul ВП-70 » acționând cu oscilațiile de frecvență $\sim 7-15$ Gț.. И.П. Шевцов, А.Г. Глукхев, 1976 au elaborat și experimentat vibroterapia locală, care are o acțiune directă la porțiunea respectivă a ureterului unde e situat calculul. Apariția acestor metode provoacă eliminarea calculilor ureterali de la 50-70% cazuri (26,33,43). Aceste succese pot fi obținute în condițiile când dimensiunile calculilor nu depășesc 4-7 mm (38,44). Eficacitatea metodelor descrise crește atunci, când sunt combinate cu alte metode ca : fizioterapia, cura de diureză, administrarea uroantisepticelor, spazmoliticilor (33,44,45,47). Джюши Б.Р., 1982 folosea vibroterapia locală în combinație cu acupunctura, apropiind rata eliminării spontane a calculilor ureterali pînă la 83,9% bolnavi, dimensiunile cărora nu depășeau 7 mm (38). Ли А.А. și autorii, 1996 aplică vibroterapia locală în combinație cu ultrasunetul, având rata succesului 96,7% (46,50).

Pentru îmbunătățirea rezultatelor tratamentului conservativ este cunoscută utilizarea metodei de stimulare a ureterului prin ultrasunet, elaborată în anul 1985 de А.Р.Гуськов (34). Folosind aparatul интрафон – 1 М.И.Давидов, 1993 (35) la un lot de 212 pacienți cu calculi ureterali de dimensiuni 3-10 mm a avut un efect pozitiv în 93,0% cazuri.

В.С.Рябинский și autorii, 1985 (58) în lucrările sale comunică că, una din cauzele rezultatelor negative a tratamentului conservativ la bolnavi cu ureterolitiază este decompensarea aparatului neuromuscular a căilor urinare superioare din cauza excitării permanente a ureterului de către calcul. Una din soluționarea acestor probleme este folosirea cu țel de stimulare a căilor urinare a energiei electrice. Aceste metode nu numai nu exclud, dar oferă posibilitatea folosirii celorlalte metode tradiționale de tratament al litiazei ureterale (45,59,60,61,69).

Un rol anumit în tratamentul ureterolitiază îl are gimnastica medicală, care este indicată la calculii ureterali ce nu provoacă colica renală și acutizarea pielonefritei, în lipsa ureterohidronefrozei și insuficienței renale acute sau cronice (40,47,52,53,65,69). А.Р.Осинов, 1981 a elaborat o serie de exerciții fizice, scheme de gimnastică medicală, având experiență de peste 627 pacienți cu calculi ureterali micșorând timpul eliminării spontane în comparație cu pacienți ce nu au fost supuși acestei proceduri (54).

Indicațiile tratamentului conservativ

Datele literaturii de ultima oră pe specialitate consacrate ureterolitiază ne demonstrează că, marea majoritate a autorilor plasează pe primul loc criteriile indicațiilor către tratamentul chirurgical, endoscopic, ESWL și numai unii din ei, accentuează criteriile indicațiilor tratamentului conservativ al calculilor ureterali. Având în considerație părerile multor autori, așadar putem determina indicațiile către tratamentul conservativ al ureterolitiază. Ele sunt: 1) calculi de dimensiuni mici, cu suprafața netedă, forma ovală 2) calculi neobstructivi în lipsa ureterohidronefrozei și infecției urinare 3) calculi de acid uric și compoziție mixtă (urat- oxalat) 4) localizare preponderent ilio-pelvină 5) pregătirea către alte metode de tratament și după 6) pentru profilaxia și metafilaxia urolitiază (3,11,15,23,27,36,45,53,68,69).

Unii autori indică clar dimensiunile calculilor care au posibilitatea de eliminare spontană. După părerea lui Н.А.Лопаткин, 1998 (47) tratamentul conservativ sunt supuși pacienții cu calculi, dimensiunile cărora nu depășesc 0,3-0,6 cm. Asociația Urologilor Americani, 2000 (31) propun pentru eliminarea spontană calculii pînă la 5mm. De același părere este și Irving S.O și autorii, 2000 (11) care relatează că calculii de dimensiuni pînă la 4-5 mm sunt nepericuloși pentru condiția terapeutică, însă sub atenția funcției renale, cu condiția efectuării renografiei.

Majoritatea autorilor arată că 80% din calculi cu dimensiuni sub 4 mm se elimină sinestătător, însă cu cît dimensiunile cresc, frecvența se micșorează (5, 29,45,68). După datele Asociației Europene de Urologie, 2000 (29) șansa unui pasaj spontan depinde de localizarea calculului: ureterul proximal – 25%, mediu – 45% distal – 70-80%. Acești indici sunt susținuți și de alte surse (5, 27, 53). Marea majoritate de autori confirmă localizarea preferată pentru tratament conservativ ilio-pelvină (36,65).

R.B.Kinder, 1987 (12) e de părerea că dacă concrementul e pînă la 5mm, localizarea în ureter nu are însemnătate fiindcă de regulă acești calculi se elimină sinestătător. И.Ф.Новиков e convins că calculii pînă la 5mm în dimensiuni, cu suprafața netedă, forma ovală sau rotundă și situat în ureterul distal în combinație cu terapia medicamentoasă, rezultatele vor fi pozitive. E.Popescu, 1997 (23) subliniază faptul eliminării spontane pe cale naturală a calculilor ureterali mai mici de 5 mm, însă cei ce depășesc aceste dimensiuni, sau sînt mai mici, dar riguroși, favorizează alterarea peretelui ureteral.

Până în prezent nu este o părere comună referitor la timpul tratamentului conservativ. Unii autori propun 6-12 luni, alții 1,5 - 2 ani (35, 56, 62). D.K.Montague, 1981 consideră că durata tratamentului trebuie să fie limitată la 4-6 săptămâni. Bensadoun H. și autorii, 1993 (1) pe o experiență de 200 de cazuri de calculi ilio-pelvini tratați conservativ timp de 8 zile cu o rată de succes de 93,5%, restul rezolvați endoscopic.

Nu ultimul rol în tratamentul conservativ al calculilor ureterali îl joacă componenta cimică a calculului. Este demonstrat că calculii urați de obicei răspund tratamentului medicamentos fiind drept prima opțiune de tratament (15,47,65).

Apreciind rolul tratamentului conservativ al calculilor ureterali e necesar de menționat necesitatea și importanța lui. El este bine tolerat de pacienți, neinvaziv, necesită cheltuieli minime în comparație cu celelalte metode de tratament. Eficacitatea lui sporește atunci când, este aplicat în complex și după indicații precise. În cazurile nehibzuite, această metodă poate provoca complicații serioase: - colica renală, hematuria, acutizarea pielonefritei.

E necesar de menționat faptul, că până în prezent nu sunt elaborate indicații precise. Sunt bine cunoscute metodele utilizate și formulate indicațiile generale. Iată de ce apare necesitatea de a elabora indicațiile tratamentului conservativ, a aprecia necesitatea lor în dependență de cazul clinic în condițiile și posibilitățile clinicilor din Republica Moldova.

Algoritmul elaborat va fi folosit de clinicile autohtone având un folos în optimizarea tacticii în tratamentul ureterolitiazăi.

Bibliografie

1. Bensadoun H., Bennani S., Blanchet P., et. al. Calculs de l'uretère ilio-pelvien: Attitude thérapeutique et intérêt de l'ureteroscopie a propos de 200 cas. // *Progres an Urol.*- 1993.-Jun.- 3 (3): P.429-437.
2. Borghi L., Meschi T., Amato F. et.al. Nifedipine and Methylprednisolone in facilitating ureteral stone passage: a randomized, double-blind, placebo- controlled study // *Jour.Urol.* 1994.- oct.- 152 (4): P. 1095-1098.
3. Calluci Michele., Vincenzoni Andrea. The rationale for medical management of calcium containing stones // Department of Urol. "Cristore" Hospital.- Rome.- Italy.-3 oct.-1998.-ESU Symposium on Urology,Romana.
4. Cohen E., Hofner R., Rotenberg Z. et.al. Comparison of ketorolac and diclofenac in the treatment of renal colic // *Eur.J.Clin.Pharmacol.*, 1998.- 54.- P.455-458.
5. Geavlete Petrișor Compendiu de Patologie urologică // Editura Copertex S.R.L. București 1999.- România.- P.203-256.
6. Hallson P.C., Rose G.A. Procedure for the measurement of calcium oxalate and phosphate crystals in urine // *Br.J. Urol.*- 1988.- 62.- P.199-202.
7. Heimbach D., Jacobs D., Muller S.C. et.al. Influence of Alkaline Solutions on Chemolitholysis and Lithotripsy of Uric Acid stones // *Eur.Urol.*-2000.- 38 (5) P.621-626.
8. Hofbauer J., Zechner O. Impact of allopurinol treatment on the prevention of hiperuricosurie calcium oxalate lithiasis // *Eur.Urol.*- 1988.- 15.- 227.
9. Hubner W.A., Irby P., Stoller M.L. Natural History and current concepts for the treatment of small ureteral calculi // *Eur.Urol.* 1993.- 24 (2): P.172-176.
10. Ibrahim A.I.A., Shelty S.E., Awad R.M. et.al. Prognostic factors in the conservative treatment of ureteric stones // *Br.J.Urol.*, 1991.- 67 - P.358-361.
11. Irving S.O., Calleja R., Lee F. et.al. Is the conservative management of ureteric calculi of > 4 mm safe ? // *BJU Int.*- 2000 Apr; 85 (6) : P.637-640.
12. Kinder R.B., Osborn D.E., Flynn J.T. et.al. Ureteroscopy and ureteric, calculi: How useful ? // *Brit.J. Urol.*- 1987.- Vol.60.- Nr.6.- P.506-508.
13. Kursh E.D., Resnick M.I. Dissolution of uric acid calculi with systemic alkalization // *J.Urol.* 1984.- Nr.2 - P.286-287.
14. Lamotte F., Izadifar V., Fontaine E.et.al. Treatment of ureteral calculi: report of 152 calculi // *Prog.Urol.* 2000.- Feb.- 10 (1): P.24-28.
15. Leal A.M. Urinary lithiasis. // *Acta Med Port.*-1999. - Jan-Mar.-12 (1-3): P.75-80.
16. Lycklama A.A., Jonas. Konservative Therapie von Phosphatsteinen // *Urologie.*- 1984 Nr.2.- P.91-94.- Nederlands.
17. Marberger M. Urinary stones // *Current opinion in Urol.* 1999.- 9.- P.315-317.
18. Miller O.F., Kane C.J. Time to stone pasage for observed ureteral calculi: A guide for patient education // *J.Urol.*, 1999.- 162.- P.688-691.
19. Morse R.M., Renick M.I. Ureteral calculi: Natural history and treatment in an era of advanced technology // *J.Urol.*,1991.- 145: P.263-265.
20. Marberger M., Hofbauer J., Turck. et.al. Management of ureteric stones // *Eur. Urol.*, 1994.- 25.- P.265-272.
21. Nicolescu Dorin. Urologie //București.-România.- 1990.- Litiaza ureterală P.93-96.
22. Parulkar B.G., Hopkins T.B., Wollin M.R. et.al. Renal colic during pregnancy: A case for conservative treatment // *J.Urol.*, 1998.- 159.- P.365-368.
23. Popescu Eugeniu I. Urologie Clinică // București 1997.- România.- Litiaza urinară P.141-152.- Litiaza ureterală P. 153-161.
24. Pricop Cătălin. Litiaza reno-ureterală la sfârșit de mileniu // Iași, 2000.- România.- P. 286.

25. Puppo P., Bottino P., Germinale F. et.al. Techniques and results of extracorporeal shock wave lithotripsy in the ureter // J.Endourol. 1988.- 2: P.1-9.
26. Razvi H.A., Denstedt J.D., Chun S.S. et.al. Intracorporeal lithotripsy with the holmium: Yag Laser // J.Urol. 1996, sep.- 156 (3): P.912-914.
27. Sinescu I. Urologie Clinică // București, 1998.- România.
28. Staerman Frederic., Bryckaert Pierre-Emmanuel., Colin Jerome. et.al. Nifedipine in the medical treatment of symptomatic distal, ureteral calculi // Eur. Urol.- 2000.- 37:28.
29. Tiselius H-G., Ackermann D., Alken P., Gallucci M. et.al. Guidelines on Urolithiasis // European Association of Urology.- 2000.
30. Torrecilla Ortiz C., Contreras Garcia J., Vignes Julia F. et.al. Ambulatory treatment of ureteral lithiasis using shock wave extracorporeal lithotripsy (in Spanish) // Actas Urol. Esp.- 1998.- 22.- P.336-342.
31. Van Savage J.G., Palanca L.G., Andersen R.D. et.al. Treatment of distal ureteral stones in children: similarities to the american urological association guidelines in adults // J. Urol. - 2000. - Sep; 164 (3 Pt 2) : P.1089 - 1093.
32. Wandzilak T.R., D'Andre S.D., Davis P.A. et.al. Effect of high dose vitamin C on urinary oxalate levels // J.Urol., 1994.- 151.- P.834-837.
33. Быковский Я.А., Дзеранов Н.К., Мартов А.Г. и др. Локальная вибротерапия у больных после дистанционной литотрипсии // «Урология и нефрология», 1989.- №6.- стр.22-27.
34. Гуськов А.Р. Прямая электрическая и звуковая стимуляция верхних мочевых путей при камнях мочеточников // Дис. канд. мед. наук.- Москва, 1985.- 189 стр.
35. Давидов М.И. Результаты неотложной уретеролитотомии и звуковой стимуляции верхних мочевых путей // Актуальные вопросы клинической хирургии.- Пермь, 1993.- стр.153-156.
36. Даренков А.Ф., Чудновская М.В., Дзеранов Н.К. Методы консервативного лечения оксалатного уролитиаза после дистанционной литотрипсии // Метод. Рекомендации.- Москва, 1993.
37. Даренков А.Ф., Яненко Э.К., Константинова О.В. Применение Аллопуринола и Алломарона в лечение больных мочекаменной болезнью // Актуальные вопросы урологии и оперативной нефрологии.- Москва, 1994.- стр.65-67.
38. Джоши Б.Р. Акупунктура и вибротерапия в комплексном лечении больных с камнями мочеточников: Автор. дисс.к.м.н. // Киев НИИ урологии и нефрологии.- Киев, 1982.- 22стр.
39. Дустов К.А., Балаев Т. Диагностика и лечение камней мочеточников у детей // Острые обструктивные процессы при уролитиазе у детей: Материалы V научной конференции.- Худжанд.-1991.-стр.55-57.
40. Жила В.В., Крикун А.С., Черненко П.С. и др. Оперативное лечение и профилактика камней мочеточников // Методические рекомендации.- Киев.-1986.- 18 стр.
41. Константинова Н.П. Конференция по проблеме «Современные аспекты мочекаменной болезни» // Тезисы докладов.- Новосибирск, 1998.- стр.53-54.
42. Костючук Н.Н. Новокаиновая блокада тазового отдела мочеточника через лакунарную связку // «Урология и нефрология».-1987.- №1.- стр.56-58.
43. Кошелев И.А., Григорьев М.Э. Опыт применения аппарата для стимуляции верхних мочевых путей в лечении камней мочеточника // Актуальные вопросы урологии и оперативной нефрологии.- Москва, 1994.- стр.63-65.
44. Красулин В.В., Каркищенко Н.Н., Скар В.А. К выбору метода камне- изгоняющей терапии больных уретеролитиазом // «Урология и нефрология».-1983.- №5.- стр.37-42.
45. Кубариков П.Г., Вагнер Е.А., Давидов М.И. Лечение больных с камнями мочеточников // Журнал Хирургия №. 12 .- 1993.- Москва.- стр.43-47.
46. Ли А.А., Маликова С.Н., Нестеров Н.И. и др. Стимуляция двигательной активности мочеточника ультразвуком при уретеролитиазе // Вопросы Курортологии, Физиотерапии и лечебной Физической Культуры.- (5):стр.49 54.-1993.- сентябрь.
47. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии // Москва.-1998.- Том 2.-Гл.29.- Мочекаменная болезнь.- стр.693-761.
48. Лопаткин Н.А., Яненко Э.К. Мочекаменная болезнь // Русский медицинский Журнал.- 2000.-Том 8.-№3.
49. Лопаткин Н.А., Пугачева А.Г. Детская урология //Руководство.- Москва, М.-1986.-396 с.
50. Нестеров Н.И., Ли А.А., Авилон В.А. Применение локальной вибрации и ультразвука в реабилитации больных мочекаменной болезнью с синдромом «каменной дорожки» дистального отдела мочеточника // Вопросы Курортологии, Физиотерапии и лечебной Физической Культуры.-1996.- №2.- март-апрель.- стр.36-38.
51. Новиков И.Ф. Трансуретральные методы лечения больных камнями мочеточников: Метод.

- рекомандации / ГУ лечебно-профилактической помощи // Ленинград, институт усовершен- шение врачей.- 1987.- 16 стр.
- 52.Новиков И.Ф., Казаров Р.А., Егоров А.Е. Опыт лечения больных камнями мочеточников // «Урология и нефрология».- 1986.-№4.-стр 30-33.
- 53.Новиков И.Ф., Ярова Н.П. Консервативные методы лечения камней мочеточников у больных с единственной почкой // Конференция урологов Литовской ССР .- Тезисы докладов.- Каунас.-1977.- стр.80-82.
- 54.Осипов Л.Р., Гнилорыбов В.Г. Лечебная физкультура в комплексной терапии больных с камнями мочеточников //Военно-Медицинский журнал №2.- 1991.-стр.48-50.
- 55.Петров С. Б. Выбор оптимального метода лечения камней мочеточников // Ав- тор.дисс.к.м.н.- Санкт-Петербург.- 1991.-20 стр.
- 56.Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Уратный нефролитиаз // Москва, 1995.
- 57.Рылюк А.Ф., Котович Л.Е., Куликова С.А. Трансвагинальная новокаиновая блокада при почечной колике // Урология и нефрология.-1981.-№5.-Стр.53- 55.
- 58.Рябинский В.С., Гуськов А.Р. Механизмы действия прямой электрической стимуляции верхних мочевых путей при камнях мочеточников // «Урология и нефрология».-1985.- №1.- стр.20-24.
- 59.Рябинский В.С., Гуськов А.Р. Показания и противопоказания к прямой электрической и звуковой стимуляции верхних мочевых путей у больных камнями мочеточников // «Урология и нефрология».- 1987.- №1.- стр.3-7.
- 60.Рябинский В.С., Гуськов А.Р. Стимуляция верхних мочевых путей при камнях мочеточников звуковыми волнами // «Урология и нефрология».-1984.- №1.- стр.45-49.
- 61.Рябинский В.С., Гуськов А.Р., Перельман В.М. и др. Прямая электрическая стимуляция верхних мочевых путей при камнях мочеточников // «Урология и нефрология».- Москва.- 1983.- №2.- стр.3-7.
- 62.Сергиенко Н.Ф., Шаплыгин А.В., Кучиц С.Ф. Цитратная терапия в лечение уратного нефро- литиаза // Урология и нефрология №2.-март-апрель.- 1999.- Москва.- стр.34-36.
- 63.Смеловский В.П. Мочекаменная болезнь // Куйбышев, 1965.- Лечение мочекаменной болезни.- стр.156-185.
- 64.Тареева И.Е. Нефрология // Руководство для врачей.- Т-2.- Москва,1995.
- 65.Тиктинский О.Л. Уролитиаз // Ленинград.- Медицина, 1980.- 190 стр.
66. Тиктинский О.Л., Смирнова М.Н. О применении суббаквадных ванн для изгнания кам- ней мочеточников // «Урология и нефрология» 1967.- №4.- стр.13-15.
- 67.Узденов М.А. Метафилактика нефролитиаза // «Урология и нефрология», 1999.- №5.- стр.15-17.
- 68.Шевцов И.П., Левковский Н.С.,Петров С.Б. и др. Лечебная тактика при уретеролитиазе, осложненном острым пиелонефритом // Тезисы Докладов 7-го Пленума всесоюзного на- учного общества урологов.- Казань.- 1986.-стр 155.
- 69.Шухер Б.И., Голубкин Е.А. Комплексное консервативное лечение больных с мочеточни- ковым уролитиазом // Актуальные вопросы урологии. Сб.научн.работ посвященной 25 лет создания Астраханск.обл.научн.мед.общества урологов.- Астрахань.-1991.-стр.77-81.
- 70.Яненко Э.К., Кульга Л.Г., Константинова О.В. Современные методы диагностики и лечения мочекаменной болезни.- Москва, 1991.

EXPERIENȚA CLINICII DE UROLOGIE ÎN TRATAMENTUL LITIAZEI URETERALE PRIN LITOTRIȚIE EXTRACORPOREALĂ CU UNDE DE ȘOC (ESWL)

E.Ceban, A.Tănase, I.Lazari, V.Ghicavâi, R.Țurcanu, I.Dumbrăveanu, D.Bufu
*Clinica de Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF «N.Testemițanu»,
Spitalul Clinic Republican*

Summary

During 5 years we have analyzed a group of 290 patients with ureteral stones. The analyzing criterious of results were the following : rate of success, number of failures, duration of expulsion of fragments, complications and their solving way. Rate of success was 97,9%. Expulsion of fragments were in 93,7% cases. Rate of failures was 2,1%. The complications were solved by antibiotics and ureteral catheter. Conclusion: ESWL is a method of choise in the tretment of small ($\leq 10\text{mm}$) nonobstructiv ureteral stones, noninvasive with high success rate.

Actualitatea

Urolitiază ocupă un loc important în structura patologiei urologice fiind evidențiată atât în disciplina teoretică, cât și practică a urologiei. Acest fenomen este legat de frecvență, creșterea semnificativă și distribuția geografică a maladii (12).

Este bine cunoscut faptul, că urolitiază afectează preponderent persoanele de vârstă productivă, fiind foarte rară la bătrâni și copii, apărând în 70% la pacienți ce cuprind vârsta 20-50 ani, fapt ce contribuie la pierderea capacității de muncă (13).

Tratamentul urolitiază în ultimii ani este permanent perfectat, datorită aplicării în practică a diverselor metode noi. ESWL (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy) este o metodă neinvazivă de tratament a calculilor urinari prin generarea undelor de șoc în afara organismului uman și focusarea lor pe calcul. Ultimei sunt dezintegrați în fragmente mici ce pot fi eliminate spontan.

Din anul 1990 ESWL este implementată și în Republica Moldova. Această metodă a schimbat radical concepțiile și strategia specialiștilor privind managementul tratamentului litiazăi urinare inclusiv și celei ureterale, micșorând numărul intervențiilor chirurgicale, mortalitatea și durata spitalizării bolnavilor (8,11).

Obiective

Scopul lucrării constă în evaluarea rezultatelor tratamentului calculilor ureterali prin litotriție extracorporeală pe o perioadă de 5 ani.

Material și metode

Studiul a fost efectuat în Clinica Urologie și Nefrologie Chirurgicală a Spitalului Clinic Republican în perioada anilor 1997-2001 pe un lot de 290 pacienți cu litiază ureterală tratați prin ESWL. S-a utilizat aparatul Lithostar Multiline, produs de firma «Siemens» (Germania), care prezintă un litotriptor de generația a 4-a, ce funcționează după principiul electromagnetice de generare a undelor de șoc.

Vârsta pacienților a variat între 20 și 82 ani cu o medie de 51 ani.

Distribuția pe sexe a fost următoarea: 134 (46,2%) femei și 156 (53,8%) bărbați.

Localizarea litiazăi a fost în 76 (26,2%) cazuri lombară, în 32 (11,0%) cazuri iliacă, în 171 (59,0%) cazuri pelvină și în 11 (3,8%) cazuri intramurală. (Tabelul 1)

Tabelul 1

Localizarea calculilor în ureter

Localizarea	Nr.	%
Ureterul lombar	76	26,2
Ureterul iliac	32	11,0
Ureterul pelvin	171	59,0
Ureterul intramural	11	3,8
Total	290	100

După localizarea ureterului calculii au fost repartizați în modul următor: ureterul drept 130 (44,83%) cazuri, ureterul stâng 159 (54,83%) cazuri și bilateral într-un singur caz (0,35%). (Tabelul 2)

Tabelul 2

Localizarea topografică a ureterului afectat

Localizarea	Nr.	%
Ureterul drept	130	44,83
Ureterul stâng	159	54,83
Bilateral	1	0,35
Total	290	100

Dimensiunea calculilor a fost cuprinsă între 0,3 și 2,0 cm cu o medie de 0,6±0,5 cm. Numărul de ședințe aplicate au variat între 1 și 3, în medie 1,32±0,04 ședințe. Numărul de impulsuri aplicate în ședințele de ESWL au fost de la 2500 până la 3867, cu o medie de 3667,88±66,1.

Nivelul energiei aplicate în procesul tratamentului în mediu a constituit $7,5 \pm 0,3$ (16,5 kw). (Tab. 3).

Tabelul 3

Valorile medii a numărului ședințelor, impulsurilor și energiei aplicate la ESWL ($M \pm m$)

Numărul de ședințe	Numărul de impulsuri	Nivelul energiei
$1,32 \pm 0,04$	$3667,88 \pm 66,1$	$7,5 \pm 0,3$

Durata medie a unei proceduri a fost de 30 minute variind între 15 și 40 minute.

Rezultate

Criteriile de analiză a rezultatelor au fost: rata succesului, numărul de eșecuri, timpul de rezolvare a calculilor, complicațiile și modul de rezolvare a lor.

Rata de succes (fragmentarea și eliminarea completă a calculului).

Fragmentarea calculilor ureterali a fost obținută în 97,9% cazuri. Eliminarea fragmentelor în staționar a fost în 93,7% cazuri față de pacienții externai cu fragmente restante 6,3% cazuri.

Timpul mediu de eliminare a fragmentelor a fost în mediu $3,82 \pm 0,2$ zile. Eșecul prin lipsa fragmentării s-a înregistrat în 2,1% cazuri fiind rezolvate prin metoda chirurgicală. Am înregistrat următoarele complicații: pielonefrită acută post ESWL 8 (2,7%) cazuri, infecție urinară 5 (1,7%) cazuri, «Steinstrasse» 9 (3,1%) cazuri, colică renală după ESWL 12 (4,1%) cazuri și febră după tratament 29 (10,0%) cazuri. (Tabelul 4)

Tabelul 4

Complicațiile post-ESWL pentru calculi ureterali

Complicație	Nr.	%
Pielonefrită acută	8	2,7
Infecție urinară	5	1,7
«Steinstrasse»	9	3,1
Colică după ESWL	12	4,1
Febră după tratament	29	10,0

Complicațiile au fost rezolvate prin administrarea preparatelor antibacteriene, antiinflamatorii, spasmolitice și analgetice.

Discuții

Experiența mondială demonstrează că, ESWL este o metodă sigură și eficace, fiind utilizată în întreaga lume ca o primă modalitate de tratament a urolitiazii. (2) ESWL-ul este binevenit și în tratamentul calculilor ureterali. Eficiența metodei variază conform datelor literaturii între 80-90% (2, 4). Alți autori indică rezultate pozitive în 95-98%, în dependență de prezența factorilor ce contribuie la succesul aplicării metodei date (2,3,9). Paralel cu succesele ESWL, totuși sunt descrise și eșecuri cu o frecvență de 18-25% cazuri (2,8). Pentru îmbunătățirea rezultatelor ESWL în tratamentul ureterolitiazii e necesar de ținut cont de multipli factori, printre care sunt: localizarea calculului, dimensiunile lui, durata persistenței în ureter, prezența infecției urinare și a procesului inflamator în ureter, structura și componența chimică, densitatea calculului și altele (2,9). Fujimoto N și aut. 1994 (10) în urma studiului efectuat confirmă că, ESWL-ul este metoda cea mai efectivă și neinvazivă a calculilor localizați în ureterul superior. Fragmentarea satisfăcătoare se poate efectua chiar în cazul calculilor de dimensiuni mari, prin ședințe repetate. Alții relevă metoda de litotritie extracorporeală ca prima opțiune în tratamentul calculilor ureterali proximali și distali cedând ureterul iliac metodelor endoscopice (7).

Fernandez Rodriguez A, 1997 (9) pe un studiu de 1674 de pacienți supuși tratamentului prin litotritie extracorporeală a calculilor ureterali a demonstrat că ESWL este prima din metodele de alternativă în tratamentul calculilor ureterali indiferent de localizarea lor. El este susținut de alți autori (6) care menționează că metoda dată are un loc primordial în tratamentul calculilor ureterali necomplicați, și atunci când sunt aplicate metode tehnice moderne, localizarea calculului nu are însemnătate.

Un factor important în eficiența tratamentului prin ESWL este dimensiunea calculului. Această este tema permanentă de discuție între urologi la diferite congrese și întruniri de specialitate. Ele variază după datele autorilor de la 3 la 25 mm (2,4). Este demonstrat, că cu cât dimensiunile calculului sunt mai mari, eficiența metodei scade (5). Marea majoritatea a autorilor pledează pentru dimensiunile optime de tratament prin ESWL 8-10 mm (7,9). H.A.Ліпаткин și aut. (12) remarcă, că indicațiile tratamentului referitor la dimensiunile calculului începând cu anii 80 și până în prezent au suportat mari schimbări, datorită implementării în practica medicală a litotriptorilor de generație nouă.

O bună parte de autori consideră că infecția urinară este o contraindicație a tratamentului(14), alții dimpotrivă preferă utilizarea metodei pe fon de antibioticoterapie, obținând rezultate satisfăcătoare (1).

Există păreri de aplicare în aceste cazuri, cu scop profilactic a sondei ureterale, stentului sau aplicarea nefrostomiei percutane (2,6,11). În baza celor relatate și a rezultatelor proprii obținute în lucrare putem concluziona, că numai în alegerea indicațiilor corecte, individual în diferite forme clinice de ureterolitiază, aplicarea metodei de tratament prin litotriție extracorporeală ne permite optimizarea și îmbunătățirea semnificativă a rezultatelor.

Concluzii

- 1.ESWL este o metodă suficient de sigură în tratamentul calculilor ureterali de orișice localizare.
- 2.ESWL este un procedeu minim invaziv ce poate fi repetat fără consecințe majore.
- 3.Litotriția extracorporeală este procedeu de elecție în tratamentul calculilor ureterali sub 1 cm, neobstructivi.
- 4.Pacienții supuși acestei metode de tratament au o durată minimă de spitalizare cu pierderea neînsemnată a capacității de muncă.

Bibliografie

- 1.Bierkens A.F., Hendriky A.J., Ezz al Din K.E. et.al. The value of antibiotic prophylaxis during extracorporeal shock wave lithotripsy in the prevention of urinary tract infections in patients with urine proven sterile prior to treatment // Eur.Urol. 1997.- 31 (1): P.30-35.
- 2.Buchholz N.P.N., M.Van Rossum. Shock Wave Lithotripsy Treatment of Radiolucent Ureteric Calculi with Help of Contrast Medium // Eur. Urol.- 2001.- P.200,203.
- 3.Calluci Michele., Vincenzoni Andrea. The rationale for medical management of calcium containing stones // Department of Urol. "Cristore" Hospital.- Rome.- Italy.-3 oct.-1998.-ESU Symposium on Urology,assy,Romana.
- 4.Cor F., Orvieto M., Bustos M. et.al. Extracorporeal shock wave lithotripsy of 2000 urinary calculi with the Modulith SL-20: Success and failure according to size and location of stones // J.Endourol.-2000.- Apr.- 14 (3): P.239-246.
- 5.Gnanapragasam V.J., Ramsden P.D., Murthy L.S.et.al. Primary in situ extracorporeal shock wave lithotripsy in the management of ureteric calculi: results with a third-generation lithotripter // BJU.- Int. 1999.-nov.- 84 (7): P.770-774.
- 6.Grasso M. Ureteroscopic lithotripsy // Curr. Opin. Urol. 2000, Jun.- 9 (4): P.329- 333.
- 7.Lamotte F., Izadifar V., Fontaine E.et.al. Treatment of ureteral calculi: report of 152 calculi // Prog.Urol. 2000.- Feb.- 10 (1): P.24-28.
- 8.Marberger M. Urinary stones // Current opinion in Urol. 1999.- 9.- P.315-317.
- 9.Fernandez Rodriguez A., Mijan Ortiz JL., Cantero Hinojosa J. et.al. Determining factories in the success of the treatment of ureteral Litiazis By ESWL // Actas Urol. Esp.- 1997.- apr.- 21 (4): P. 377-384.
- 10.Fujimoto N., Kyo M., Ichicawa Y., et.al. Extracorporeal shock wave lithotripsy monotherapy for upper urinary tract stones using the Dornier Lithotripter MFL 5000 // Hihyokika Kiyo – Acta Urol. Jap. 1994.- dec.- 40 (12):P.1069-75.
- 11.Zanetty G., Seveso M., Montanari E. et.al. Extracorporeal chock wave lithotripsy in the treatment of ureteral lithiasis: Methodological controversies and therapeutic efficacy // Archiv. Ital. de Urol. Andrologia.- 1996.- sept.- 68 (4): P. 277-282.
- 12.Лопаткин Н.А. Руководство по урологии // Москва.-1998.- Том 2.-гл.29.- Мочекаменная болезнь.- стр.693-761.
- 13.Петров С. Б. Выбор оптимального метода лечения камней мочеточников // Автор.дисс.к.м.н.- Санкт-Петербург.- 1991.-20 стр.
- 14.Степанов В.Н., Перельман В.М., Кадыров З.А. Прогнозирование результатов дистанционной ударноволновой литотрипсии // Урология и Нефрология.- 1997.- Nr.2.- Стр.8-9.

ASPECTE CONTEMPORANE ÎN TRATAMENTUL CALCULILOR URETERALI

O. Dolghii A. Oprea

ACSR CS RM

Summary

This study was based on investigation data and the results identified during the treatment of patients suffering from ureterolithiasis (extracorporeal lithotripsy - 753 observations, ureterolithoextraction and ureterolithotripsy - 101 observations). Thus, extracorporeal lithotripsy and ureteroscopy are the uncontested leaders in the treatment of ureteral calculi. Ureterolithiasis treatment method is chosen depending on the concrete clinical situation, as well as availability of the necessary equipment within the clinics.

Actualitatea

Realizările de ultimă oră în domeniul chirurgiei miniinvazive au modificat semnificativ tactica tratamentului calculilor ureterului (3,6). Crearea aparatelor pentru litotriția extracorporeală (LE), a ureteroscoapelor flexibile de calibrul mic, precum și dezvoltarea unor tehnologii laser au permis de a spori inofensivitatea și eficiența tratamentului ureterolitiază (7, 8, 9).

În prezent metoda LE, cu cea mai redusă invazivitate comparativ cu alte metode cunoscute de extracție a calculilor, a devenit un «standard de aur» în tratamentul calculilor ureterali. Grație unei eficiențe înalte, această metodă s-a extins, fapt ce a permis vindecarea circa a 60%-80% din pacienții suferinzi de nefrolitiază.(1,2,4,5).

Însă discuțiile în jurul metodei prerogative de tratament al calculilor ureterali mai prelungesc. Divergente sunt și opiniile savanților în problema elecției aplicării LE sau intervențiilor transuretrale endoscopice.

Scopul lucrării

Realizarea acestei lucrări este determinată de necesitatea generalizării experienței clinice acumulate în procesul aplicării LE, precum și a factorilor care influențează asupra selectării metodei și eficienței tratamentului diverselor variante clinice de ureterolitiază.

Material și metode

Baza acestui studiu l-au constituit datele investigațiilor și rezultatele tratamentului pacienților suferinzi de ureterolitiază, aflați pentru tratament în secția urologie a SR ACSR CS RM în 2000 – 2001, SCR și SCAMU 1999-2001 și МОИКИ în perioada anilor 1996-1999. La acești pacienți s-a aplicat metoda de LE (753 de observații), ureterolitotriția și ureterolithoextraction transuretrală (101 de observații). Majoritatea pacienților erau de o vârstă aptă de muncă până la 50 ani.

LE s-a realizat cu aparatul de generația a treia «Simens Litostar-Plus» (Germania), având principiul electromagnetic de generare a undelor de șoc și două sisteme de suprapunere a petei focale – radiologică și ultrasonografică. Tratamentul s-a aplicat atât în condiții de staționar (353 persoane), cât și de ambulator (400 persoane).

Rezultate

Analiza datelor înregistrate atestă o eficiență mai înaltă în cadrul LE-95,3%, aplicate în condiții de ambulator, comparativ cu 84,4% - la bolnavii aflați în staționar. Acest fenomen se explică prin indicațiile mult mai restrânse pentru aplicarea LE în condiții de ambulator, cum ar fi:

- calcul solitar al regiunii proximale sau distale a ureterului cu o dimensiune liniară sub 15 mm;
- calculi multipli ai ureterului cu dimensiuni liniare sub 4 mm;
- calculi ai ureterului aflați în afara proiecției oaselor bazinului.

La rândul său, pentru reducerea numărului de complicații posibile, am extins contraindicațiile locale pentru aplicarea LE bolnavilor în condiții de ambulator:

- dimensiunile calculului depășind 20 mm;
- pielonefrită acută și recrudescența celei cronice;
- tulburări ale urodinamicii;
- titrul antibioticogramei urinei depășind 10^4 col/ml;
- hidronefroză;
- macrohematurie de diversă etiologie.

În mod semnificativ rezultatele litotriției au fost influențate de tulburările urodinamice a căi

lor urinare superioare (fig.1). Am constatat, că eficiența LE se reduce concomitent cu creșterea gradului tulburărilor urodinamice (de la 92,8% la 71, 5%). Restabilirea oportună a pasajului urinei, anterior ședinței de LE, ameliorează condițiile de dezintegrare a concremenentului, asigură profilaxia complicațiilor ocluzive acute, precum și suprimă efectul negativ al undelor de șoc asupra funcției contractile a ureterului cu accelerarea ulterioară a eliminării fragmentelor.

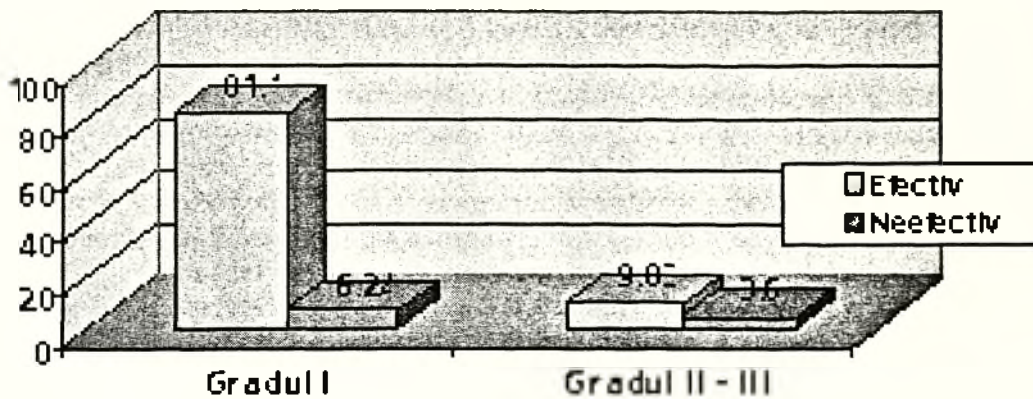


Fig. 1. Eficacitatea ESWL în funcție de tulburările urodinamicii (%). $\chi^2=42,414$; $p<0,01$

Dimensiunile inițiale ale calculului influențează direct asupra eficienței litotriției extracorporeale aplicate. Observațiile clinice au relevat, că concomitent cu creșterea dimensiunii concremenentului depășind 1 cm se produce reducerea eficienței LE de la 95,5% la 80,6%, precum și crește numărul rezultatelor negative de la 4,5% la 19,4%. Totodată, pentru dezintegrarea completă a concremenentelor este necesar un număr mai mare de impulsuri, ședințe repetate de tratament.

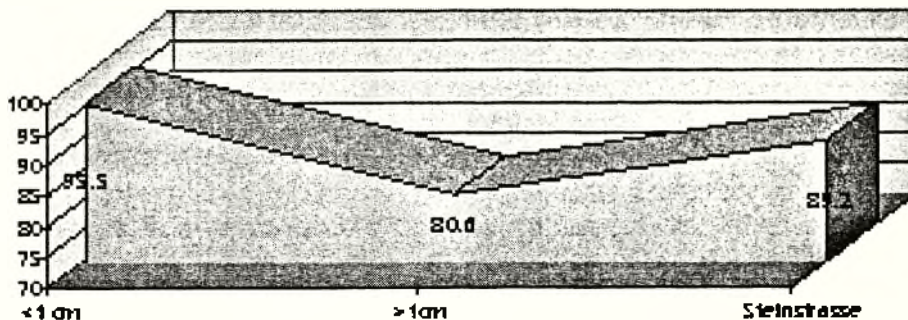


Fig.2 Eficacitatea ESWL (%)

Litotriția extracorporeală s-a aplicat și în cazul așa-numitelor «stein-strasse» (la 37 pacienți), care apare, de obicei, după segmentarea calculilor renali mari. Gradul suficient de înalt al litotriției – 89,2%, este apreciat de noi drept rezultat al unei tactici selectate corect, în cadrul căreia în focarul undelor de șoc se expune partea distală a fragmentelor acumulate în ureter, după dezintegrarea cărora se facilitează eliminarea.

Încă un criteriu important, care determină eficiența ureterolitotriției extracorporeale, este durata aflării concremenentului în ureter. Conform datelor din literatura de specialitate, inclavarea calculului în cazul unei localizări de lungă durată conduce la alterări inflamatorii, decubite până la necroze ale pereților cu cicatrizarea ulterioară și formarea stricturii ureterului. Analiza comparativă a rezultatelor LE la bolnavii cu diferite perioade de aflare a calculului în ureter au demonstrat, că concomitent cu mărirea perioadei de aflare a concremenentului în ureter se reduce eficiența litotriției aplicate, aceasta producându-se indiferent de nivelul de localizare a calculului. Mai favorabilă pentru aplicarea LE s-a dovedit a fi durata aflării calculului în ureter de $67,5\pm 6,4$ zile, în cazul în care nu apar condiții care ar împiedica o litotriție eficientă.

Semnul clinic cel mai semnificativ pentru definirea indicațiilor și contraindicațiilor pentru aplicarea litotriției extracorporeale îl constituie gradul de infectare a urinei, care reduce succesul posibil al monoterapiei LE calculilor ureterului.

Discutabilă ramane tactica curativă pentru calculii persistenți în ureter, însoțiți de tulburări urodinamice ale căilor urinare superioare. Noi considerăm, că dilatarea moderată a căilor urinare superioare cu o excreție încetinită a substanței de contrast până la 60 min., durata aflării calculului în ureter peste 8 săptămâni și gradul de infectare a urinei depășind 10^4 col/ml, sunt fenomene care cer un drenaj renal preliminar, LE fiind aplicată ulterior. O astfel de tactică a permis obținerea unor rezultate benefice la 95,8% din pacienții din acest grup.

În opinia noastră factori de risc, abili să provoace declanșarea unor complicații obstructive acute după LE a calculilor ureterului, pot fi: prezența în anamneză a pielonefritei cronice, dimensiunile calculilor depășind 1 cm, persistența concrementului în ureter peste 8 săptămâni, gradul de infectare a urinei depășind 10^4 col/ml. Luarea în considerare a acestora permite de a reduce cu 5,2% frecvența declanșării complicațiilor obstructive. În realizarea acestei părți a cercetărilor, care se referă la factorii ce influențează declanșarea pielonefritei obstructive, noi ne-am condus de tactica verificării pasajului adecvat a urinei la prima ascensiune termică pacientului după LE. În cazul tulburărilor urodinamice, în prima etapă se cateteriza ureterul sau se instalează un stent. Subliniem, că în majoritatea cazurilor cateterismul ureteral oportun a permis abolirea fenomenelor obstructive. În cazul tratamentului antimicrobian ineficient, sonda ureterală instalată retrograd sau stentul nu asigurau un drenaj adecvat, se instalează o nefrostomă transcutanată prin puncție (13/1,7%).

În pofida implementării extinse în practică a litotriției extracorporeale cu undele de șoc (ESWL), chirurgia transuretrală endoscopică ramane pe primele locuri în tratamentul complex al ureterolitiazăi.

Succesul ureterolitotriției transuretrale depinde preponderent de tehnica realizării ureteroscopiei. Noi am utilizat un set standard de instrumente, constând dintr-un ureteropieloscop rigid de calibrul 14 Fr, asigurat cu un canal instrumental pentru conducerea instrumentarului de lucru și sonatrod, generator ultrasonor, dispozitiv de aspirație. Pentru dilatarea preliminară a orificiului ureterului s-au folosit bujii în formă de olivă cu diametrul de la 0 la 15 Ch.

Toate intervențiile chirurgicale s-au efectuat sub anestezie epidurală. Acest gen de suport anesteziologic influențează minimal asupra sistemului respirator și cardiac, fapt extrem de important în cazul prezenței la pacient a unor patologii concomitente. În plus, acest gen de anestezie permite de a comunica cu pacientul în timpul operației și de a estima senzațiile lui subiective, ceea ce facilitează depistarea oportună a complicațiilor intraoperatorii posibile.

Studiul s-a realizat pe două loturi de bolnavi cu calculi ai regiunii distale a ureterului:

I. Pacienți, care au suportat 2 ședințe ineficiente de ESWL – 48 persoane;

II. Pacienții, la care ureterolitotriția transuretrală s-a aplicat în calitate de metodă principală de tratament – 101 persoane.

Vârsta pacienților a variat de la 17, la 70 de ani, majoritatea fiind de o vârstă aptă de muncă până la 50 ani.

În cadrul ureteroscopiei s-a constatat, ca în I lot la 19 din 48 de pacienți lipsea efectul de dezintegrare a concrementului după ESWL. S-a înregistrat o reacție inflamatorie-proliferativă a mucoasei ureterului în jurul calculului. La 18 bolnavi din lotul I sa constatat doar o distrucție superficială parțială a calculului.

Persistența de «stein-strasse» în ureter după ședințele de LE s-a diagnosticat la 11 bolnavi. Aplicarea ureterolitotriției la acești pacienți a prezentat unele particularități specifice. Aceasta se datorează faptului, că în locul localizării de lungă durată a «stein-strasse» apar alterări inflamatorii ale mucoasei ureterului sub formă de proliferări vilozitate friabile. Ca urmare, tratamentul s-a efectuat în două etape. În prima etapă se extrageau fragmentele distale ale «stein-strasse», peste 3-5 zile (necesare pentru restabilirea mucoasei ureterului) urmând a fi îndepărtate fragmentele proximale. Toate rezultatele au fost confirmate prin datele radiografiei de ansamblu, efectuate postoperator. Din 48 pacienți, la 45 (93,7%) calculii au fost eliminați. La 3 pacienți, din cauza imposibilității conducerii ureteroscopului cu calibrul de 14 Fr în ureter, chiar și după o dilatare preliminară a orificiului, s-a efectuat ureterolitotomia în treimea inferioară a ureterului. La toți bolnavii după ureteroscopie s-a instalat o sondă ureterală pentru o perioadă de până la 24 ore. Complicații, cum ar fi perforația sau ruptura ureterului, în cadrul operației nu s-au înregistrat. Acutizarea pielonefritei cronice au manifestat 2 (4,1%) pacienți, la care s-a dovedit a fi eficient tratamentul cu antibiotice pe fundalul drenării căilor urinare. Durata medie de spitalizare postoperatorie a constituit 4 zile (între 1 - 6 zile).

În lotul II de studiu (101 persoane), ureterolitotriția și ureterolitoextracția s-a aplicat în calitate de metodă principală de tratament a calculilor regiunii inferioare a ureterului. În toate cazurile s-a folosit ureteroscopul rigid, firma «Storz» (Germania), cu un calibru de 14 Fr.

În cazul unor calculi de până la 0,8 cm, mobili, de obicei, se efectua litoextracția. În cazul unor calculi mai mari și inclavați, precum și în situațiile în care aflarea îndelungată a calculului «pe loc» conducea la stricturi inflamatorii considerabile a ureterului, în scop de profilaxie a complicațiilor posibile, inițial se realiza litotriția de contact, iar apoi, în caz de necesitate, se recurgea la extragerea fragmentelor dezintegrate.

Din numărul total de pacienți, calculii au fost extrasi la 80 (79,3%) din ei. La 11 bolnavi s-a efectuat secționarea endoscopică a orificiului ureterului, la 10 pacienți, la care au apărut dificultăți tehnice la conducerea ureteroscopului în ureter, s-a aplicat ureterolitotriția extracorporeală.

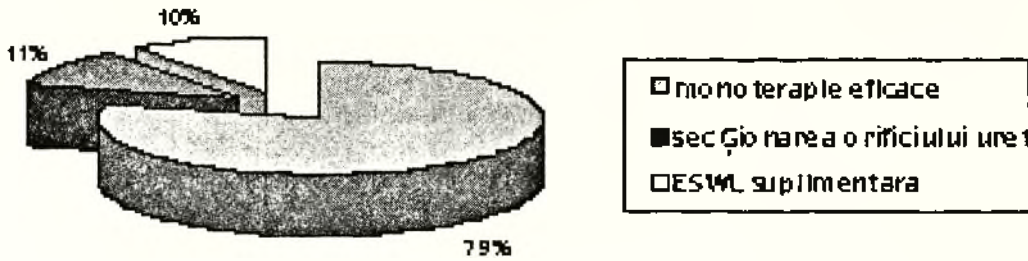


Fig. 3 Rezultatele litotripsiei și litoextracției transuretrale (%)

Complicații postoperatorii severe nu s-au înregistrat. Hematurie s-a marcat la 3 (2,97%) pacienți, însă intervenții endochirurgicale suplimentare nu au fost necesare. Acutizarea pielonefritei cronice s-a depistat la 5 (4,95%) pacienți. În 4 cazuri a fost suficient un tratament antimicrobian. La un pacient, din cauza ineficienței drenării căilor superioare urinare, s-a instalat nefrostoma transcutanată prin puncție. Intraoperator, la 2 (1,98%) pacienți s-a înregistrat perforarea ureterului, pentru care, însă, nu a fost necesară o corecție chirurgicală.

Am constatat o influență directă a duratei localizării calculului în ureter asupra probabilității declanșării complicațiilor intraoperatorii. În lotul de studiu perforația ureterului s-a produs la pacienții cu durata aflării calculului în ureter de 9 săptămâni ($p < 0,05$). Deci, concomitent cu mărirea duratei aflării calculului în ureter, crește probabilitatea declanșării unor complicații intraoperatorii în cadrul ureteroscopiei transuretrale.

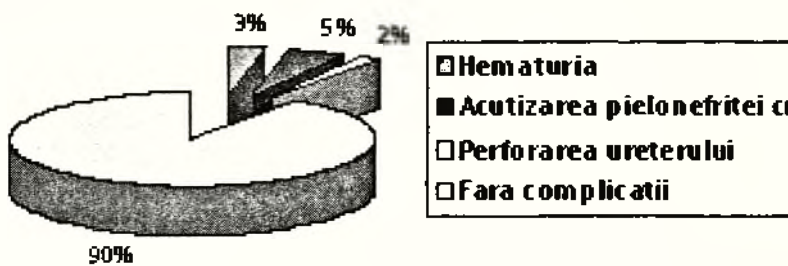


Fig. 4 Complicațiile ureteroscopiei transuretrale

Încarcerarea calculului în regiunea intramurală (5 pacienți), strictură orificiului ureterului (3 pacienți), dimensiunile mari ale calculului (3 pacienți) au fost considerate indicații pentru secționarea endoscopică a orificiului ureterului. Orificiul a fost secționat cu electroresectocistoscopul, firma «Storz», anșa «huc» din partea cavității vezicii urinare de-a lungul plicii interuretrale în sus pe o distanță de 0,5-0,8 cm.

Astfel, litotriția extracorporeală și ureteroscopia transuretrală sunt lideri incontestabili în tratamentul calculilor ureterului în lipsa efectului terapiei conservative.

Alegerea metodei de tratament a urolitiazăi depinde, în primul rând, de situația clinică concretă, precum și de utilarea tehnică a clinicii.

Bibliografia

1. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., Дзеранов Н.К., Чикин Ф.С. Дистанционная ударно-волновая нефроуретеролитотрипсия в амбулаторных условиях. // Материалы 4 Всесоюз. Съезда урологов, 10 – 12 окт. 1990.- М., 1990.- С. – 26-27.
2. Мартов А.Г., Симонов В.Я., Даренков А.Ф., Чикин Ф.С. Дистанционная ударно-волновая нефроуретеролитотрипсия на аппарате «Литостар». // Новые методы диагностики и лечения урологических заболеваний. Сборник научных трудов. -М.: 2-ой МОЛГМИ, НИИ Урологии МЗ РСФСР. 1989. -С. 22 – 25.
3. Симонов В.Я., Бешлиев Д.Д., Дзеранов Н.К. Дистанционное разрушение камней мочеточника на литотрипторе «Урат -П». // Материалы 4 Всесоюз. Съезда урологов, 10 – 12 окт.1990.-С.24 -26.
4. Трапезникова М.Ф., Дутов В.В., Кулачков С.М., Морозов А.П. Дистанционное разрушение камней почек и мочеточников. // Врач. – 1993.-№4. -С. 21 – 24.
5. Bailey G., Burk R.L. Dry extracorporeal shock wave lithotripsy for treatment of ureterolithiasis and nephrolithiasis in dog. // J. Am. Vet. Med. Assoc. - 1995. – Vol. 207. – N 5. – P. 592-595.
6. Fernandez-Rodriguez A., Mijan-Ortiz J.L., Cantero-Hinojosa J., Arrabal-Martin M., Dominigues-Moliner J.F., Zuluaga-Gomes A. Factores determinantes en el éxito del tratamiento de la litiasis ureteral mediante LEOC. // Actas Urol. Esp. – 1997. – Vol. 21. – N 4. – P. 377-384.
7. Gade J., Holtveg H., Neilsen O.S., Rasmussen O.V. The treatment of ureteric calculi before and after introduction of extracorporeal shock wave lithotripsy. // Scand. J. Urol. Nephrol. – 1995. – Vol. 29. – N 3. – P. 273-277.
8. Thuroff S., Chaussy C. Harlleifersteine. ESWL-in-situ-Behandlung mit Boostertechnik. // Urologe. A. – 1997. – Vol. 36. – N 3. - P. 209-216.
9. Zanetti G., Sevesco M., Montanari E., Guarneri A., Rovera F., Trinchieri A. Extracorporeal shock wave lithotripsy in the treatment of ureteral lithiasis: methodological controversies and therapeutic efficacy. // Arch. Ital. Urol. Androl. – 1996. – Vol. 68. – N 4. – P. 277-282.

URETEROSCOPIA TRANSURETRALĂ ÎN TRATAMENTUL CALCULILOR URETERULUI DISTAL

O. Dolghii, A. Oprea, R. Ţurcan
ACSR CS RM

Summary

Giving an objective assessment of the results accumulated during the treatment of 101 patients diagnosed with ureterolithiasis, we consider that the endoscopic transurethral ureterolithotripsy and ureterolithoextraction can be used as independent methods for treatment of calculus in the distal region of ureter (this study showed a 79,36% treatment efficiency), while in the complex treatment of the nephrolithiasis they may be used in conjunction with ESWL and percutaneous surgery.

Objective

Tratamentul chirurgical al calculilor regiunii inferioare a ureterului, situați în partea lui juxtavezicală și intramurală, constituie o problemă dificilă. Accesul chirurgical anevoios, traumatismul intervențiilor chirurgicale deschise, în special repetate, pe de o parte, și perfecționarea tehnologiei endoscopice, eficiența înaltă și toleranța bună a operațiilor endourologice la bolnavi, pe de altă parte, determină alegerea intervenției chirurgicale.

Material și metode

Ureteroscoopia transuretrală s-a aplicat la 101 pacienți, în vârstă de la 17 la 70 ani. În toate cazurile s-a utilizat uretoscopul rigid, firma «Storz» (Germania), cu un calibru de 14 Fr. Orificiul ureterului se dilata în prealabil cu o bujie în formă de olivă cu un diametru de la 0 la 15 Ch, sub control vizual. Pentru extracția calculilor s-au folosit metodele următoare: litotriția ultrasonografică de contact, fixarea concremențului cu coșul Dormia și apoi cu pensa endoscopică.

Rezultate

Din numărul total de 101 pacienți, la 80 (79,36%) calculii au fost eliminați cu succes, la 11 persoane s-a efectuat secționarea endoscopică a orificiului ureterului și la 10 pacienți, din cauza apariției în procesul uretoscopiei transuretrale a unor dificultăți tehnice și asocierii diverselor complicații, s-au aplicat alte metode de tratament.

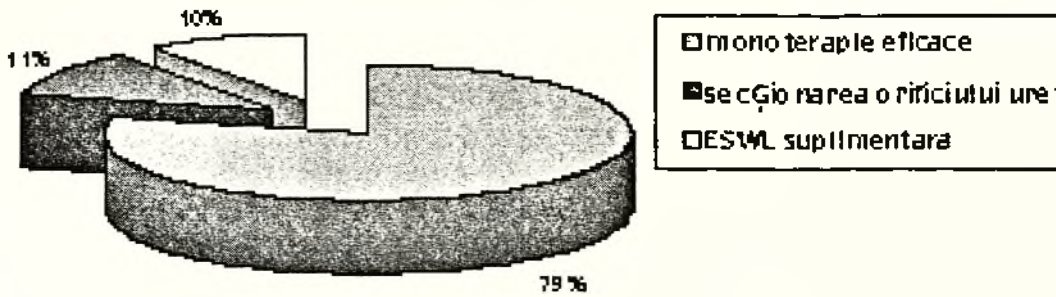


Fig. 1. Rezultatele ureterolitotripsiei și ureterolitoextracției transuretrale

Indicații pentru secționarea orificiului ureterului s-au dovedit a fi: încarcerarea calculului în regiunea intramurală (5 pacienți), dimensiunile mari ale calculului (3 pacienți). Secționarea orificiului ureterului s-a realizat cu electroresectoscopia, «Storz», anșa «huc» din partea cavității vezicii urinare de-a lungul plicii interuretrale, pe o lungime de 0,5-0,8 cm.

Concluzii

Astfel, estimând obiectiv rezultatele tratamentului bolnavilor cu ureterolitiază, considerăm, că ureterolitotriția transuretrală endoscopică și ureterolitoextracția pot fi utilizate ca metode de sinestătătoare în tratamentul calculilor regiunii distale a ureterului, precum și în asociere cu ESWL și chirurgia percutană în tratamentul complex al nefrolitiazii.

ABORDUL PERCUTANAT RENAL ÎN TRATAMENTUL CALCULULUI CORALIFORM

C. Novac, C. Costache, N. Suditu, I. Tomac
Clinica Urologică Iași, U.M.F. Iași

Obiectivul lucrării

În lucrarea de față s-a încercat o analiză retrospectivă a experienței noastre în tratamentul percutanat al calculului coraliform în perioada 1 iulie 1997 – 30 iunie 2002 (considerând că primii 2 ani de utilizare a metodei au reprezentat curba de învățare).

Material și metodă

În ultimii cinci ani, din 354 pacienți ce au impus nefrolitotomie percutanată (NLP) jumătate au fost pentru calculi coraliformi (180 cazuri). Clasificarea Moares-O'Boyle a fost utilizată pentru repartizarea cazurilor pe tip de calcul: tip A – 34 cazuri (18,8%), B – 25 cazuri (13,8%), C – 41 cazuri (22,7%), D – 8 cazuri (4,4%), E – 69 cazuri (38,3%), F – 3 cazuri (1,6%). Dintre factorii favorizanți sau agravanți întâlniți menționăm: rinichi controlateral afectat – 15 cazuri (8,3%), lombă cicatriceală – 9 cazuri (5%), insuficiență renală cronică – 8 cazuri (4,4%), sepsis – 7 cazuri (3,8%), rinichi unic (2,7%). Abordul percutanat renal a fost realizat utilizând ghidaj fluoroscopic și ecografic. În 8 cazuri au fost necesare nefrostomii percutanate de drenaj, premergătoare intervenției propriu-zise. Majoritatea pacienților (116 – 64,5%) au necesitat un singur timp operator iar 64 pacienți (35,5%) au impus 2-3 ședințe operatorii. 164 pacienți (91%) au fost rezolvați utilizându-se un singur traiect de

nefrostomie și numai 16 cazuri (9%) necesitând două traiecte. A fost utilizată atât litotriția balistică (108 cazuri) cât și cea ultrasonică (72 cazuri). Dintre complicațiile majore menționăm: 1 deces prin șoc hemoragic și fibrinoliză (chiar după nefrectomia de necesitate) și 1 caz la care s-a practicat tardiv nefrectomie (pentru hidronefroză subcapsulară).

Rezultate

În urma analizei cazurilor reiese că rata globală a reanțelor a fost de 29% din cazuri, crescută în cazul utilizării NLP ca monoterapie (71% din cazuri "stone-free"). În cazul asocierii cu litotriția extracorporeală rata de "stone-free" a crescut la 87% (157 cazuri).

Concluzii

Nefrolitotomia percutanată reprezintă metoda terapeutică de elecție în calculul coraliform iar asocierea cu litotriția extracorporeală conferă rezultate superioare chirurgiei deschise.

TRATAMENTUL LITIAZEI RENALE PRIN LITOTRIȚIE EXTRACORPOREALĂ CU UNDE DE ȘOC (ESWL)

I.Lazari, A.Tanase, E.Ceban, I.Dumbrăveanu, R.Țurcanu
 Clinica de Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF «N.Testemițanu»,
 Spitalul Clinic Republican

Summary

We have analyzed a group of 731 patients with renal stones treated by ESWL. The results were analyzed according with dimension and localization of renal stones. The analyzing criterions of results were the following: rate of success, number of failures, complications and their solving way. Rate of success was 91,8%, Rate of failures was 5,8%. Complications were noted in 9,5% of the cases. Conclusion: ESWL is a procedure of choice in the treatment of renal stones.

Actualitatea

La etapa actuală una din metodele contemporane de tratament a litiazei renale o constituie litotriția extracorporeală cu unde de șoc (ESWL, Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy). Metoda este utilizată pe larg, datorită eficacității înalte, neinvazivității sale sporite și complicațiilor reduse ce le provoacă.

Pe parcursul ultimelor două decenii, litotriția extracorporeală a devenit metoda de primă intenție în tratamentul litiazei renale, fiind aplicată atât ca monoterapie, cât și în combinație cu tehnici endourologice.

Aplicarea în practica urologică a litotriției extracorporeale a schimbat evident viziunea specialiștilor asupra tacticii de tratament a nefrolitiazăi (1). Selectarea pacienților pentru litotriție se efectuează prin aprecierea exactă a indicațiilor și contraindicațiilor în fiecare caz aparte, luând în considerație nu numai dimensiunile și localizarea calculului, dar și vârsta pacientului, patologia concomitentă, compoziția chimică a calculului, gradul de afectare a funcției renale, starea rinichiului contralateral și asocierea complicațiilor (durere, accese de colică renală, infecție urinară, insuficiență renală).

Obiective

Scopul studiului constă în determinarea valorii litotriției extracorporeale cu unde de șoc (ESWL) în tratamentul calculilor renali.

Material și metode

Studiul a fost efectuat în Clinica Urologie și Nefrologie Chirurgicală a Spitalului Clinic Republican în perioada octombrie 1996 - iulie 2002 pe un lot de 731 pacienți cu litiază renală, tratați prin ESWL.

Tratamentul a fost efectuat la litotripterul "LITHOSTAR Multiline", produs de firma «Siemens» (Germania), ce reprezintă un aparat de generația IV, care se caracterizează prin sursa de energie electromagnetică, proiecție radiologică cu imagine digitală memorizabilă și localizare ultrasonoră concomitentă, dimensiunile focarului fiind de la 6 la 60 mm.

Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 11 și 80 ani cu o medie de 43 ani (Tabelul 1).

Tabelul 1

Repartiția bolnavilor pe decade de vârstă (n-731)

Vârsta	< 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	> 71
Nr. de pacienți	15	68	219	243	126	50	10
%	2,1	9,3	30,0	33,2	17,2	6,8	1,4

Repartiția pe decade de vârstă a bolnavilor arată, că cele mai afectate au fost decadele a 3-a (30%) și a 4-a (33%) de viață.

Distribuția pe sexe a fost: 349 (47,7%) bărbați și 382 (52,3%) femei.

Dimensiunile celor 846 calculi, supuși litotriției, au variat între 5 și 20 mm.

În condiții de ambulator au fost tratați 142 pacienți (19,4%).

În majoritatea cazurilor calculii au fost localizați în bazinet și joncțiunea pieloureterală (Tabelul 2).

Tabelul 2

Localizarea calculilor renali (n-846)

Localizare	Pielon	J.P.U.	Calice superior	Calice mediu	Calice inferior
Nr. calcululi	313	202	91	79	161
%	37,0	23,9	10,8	9,3	19,0

În total s-au efectuat 1226 de ședințe ESWL, media ședințelor efectuate la un calcul fiind de 1,45 (Tabelul 3).

Tabelul 3

Numărul de ședințe ESWL la un pacient (nr. ședințe - 1226; nr. pacienți - 731)

Nr. ședințe ESWL	Nr. pacienți	%
1	471	64,6
2	156	21,3
3	69	9,4
> 4	35	4,8

Protocolul de investigație preoperatorie a pacienților a inclus: ecografia, examen radiourografic, scintigrafia dinamică a rinichilor sau renografia izotopică, hemoleucograma, probe de funcție renală, (ureea, creatinina), probe de coagulare, sumar de urină și urocultura (opțional).

În timpul ședințelor de ESWL s-au aplicat între 500 - 4000 șocuri. Voltajul mediu a fost de 14,7 kV, cu variații între 13,4 și 15,1 kV. Durata medie a unei proceduri a fost de 30 min., oscilând între 15 și 40 min.

Criteriile de analiză a rezultatelor au fost: rata succesului, numărul de eșecuri, incidența complicațiilor și modul de rezolvare a lor.

Rezultate

Eficiența ESWL a depins de dimensiunile calculului și localizarea lui (tabelul 4 și tabelul 5).

Tabelul 4

Eficiența ESWL în funcție de dimensiunea calculului (n-846)

Dimensiunea (cm)	0,5 -1,0	1,1 - 1,5	1,5-2,0
Eficiența (%)	98,2	92,4	71,4

Tabelul 5

Eficiența ESWL în funcție de localizarea calculului (n-846)

Localizarea	Eficiența (%)
Pielon	92,1
Joncțiunea pielo-ureterală	98,5
Calicele superior	91,2
Calicele mediu	86,7
Calicele inferlor	72,3

O eficacitate crescută a fost observată în cazurile când dimensiunile calculului au fost în limitele 0,5-1,5 cm cu localizare pielică sau în joncțiunea pielo-ureterală. Localizarea calculului în calice și mai ales calicele inferior impune necesitatea ședințelor repetate, eșecurile fiind provocate indeosebi de evacuarea dificilă a fragmentelor.

Am înregistrat eșecuri în 49 cazuri (5,8%), confirmate la controlul radiologic postprocedural (calculul fără de schimbări sau fragmente restante mai mari de 3 mm). În atare situații litiază a fost rezolvată prin efectuarea operațiilor deschise tradiționale.

Am semnalat următoarele complicații: hematurie tranzitorie - 689 (94,2%) cazuri, colica renală - 186 (25,4%) cazuri, febră - 28 (3,8%) cazuri, «steinstrasse» - 62 (8,5%) cazuri, hematom renal - 3 (0,4%) cazuri.

Discuții

Introducerea în arsenalul terapeutic a litotriției extracorporeale în ultimul deceniu reprezintă o adevărată revoluție în urologie (1). Fiind o metodă neinvazivă, aplicată ca monoterapie sau în asociere cu proceduri endourologice, a reușit să înlocuiască în peste 90% din cazuri necesitatea chirurgiei tradiționale (3,4,5).

În această lucrare prezentăm experiența noastră în tratamentul calculilor renali prin ESWL. Terapia extracorporeală a litiazii renale a avut o rată de succes ridicată (91,8%), complicații neînsemnate (9,5%) și a necesitat repetarea procedurii în (35,4%). Considerăm, că ESWL este prima și cea mai optimă opțiune în tratamentul litiazii renale. ESWL este o metodă suficient de sigură în tratamentul calculilor renali de orice localizare. Este un procedeu minim agresiv, ce poate fi repetat fără consecințele imediate sau tardive ale operațiilor deschise. Complicațiile sunt rare, în marea majoritate minore, cele severe (7 cazuri) au apărut doar la 4,2% din bolnavi. Pentru a preveni apariția «steinstrasse», în cazurile, când calculul e mai mare de 1,5 cm, este recomandată instalarea unui stent ureteral (6, 7). Procedeu se poate practica ambulator, reintegrarea socio-profesională fiind rapidă. ESWL este o metodă de tratament eficientă, doar în 10,4% din cazuri se impune rezolvarea prin alte procedee chirurgicale. Nu este recomandată litotriția, ca monoterapie, în cazurile de litiază coralliformă (2).

Concluzii

1. Litotriția extracorporeală este metoda de elecție în tratamentul litiazii renale, cu excepția cazurilor, când contraindicațiile impun aplicarea metodelor endoscopice sau a intervențiilor chirurgicale deschise.

2. Calculii multipli, calculii peste 15 mm, calculii localizați în calicele inferioare și «steinstrasse» necesită ședințe repetate de litotriție.

3. Incidența complicațiilor poate fi redusă prin selecția minuțioasă a cazurilor, pregătirea preoperatorie corectă și observația prudentă în perioada postoperatorie.

Bibliografie

1. Marberger M. Urinary stones. Current opinion in Urol. 1999; 9: P.315-317.
2. Al-Awadi K, Abdulhaleem H, Al-Tawheed A, Kehinde E. Extracorporeal shock wave lithotripsy as monotherapy for staghorn calculi: is reduced renal function a relative contraindication? Scand J Urol Nephrol 1999 Oct;33 (5):291-3.
3. Pricop C. Litiază reno-ureterală la sfârșit de deceniu. Editura DOSOFTEI. Iași, 2000.
4. Sinescu I. Urologie Clinică. Editura Medicală AMALTEA. București, 1998.
5. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. Том 2. «Медицина». Москва. 1998.
6. Collado Serra A, Huguet Perez J, Monreal Garcia de Vicuna F, Rousaud Baron A, Izquierdo de la Torre F, Vicente Rodriguez J. Renal hematoma as a complication of extracorporeal shock wave lithotripsy. Scand J Urol Nephrol 1999 Jun;33(3):171-5
7. Sulaiman MN, Buchholz NP, Clark PB. The role of ureteral stent placement in the prevention of Steinstrasse. J Endourol 1999 Apr;13 (3):151-5.

ЛЕЧЕНИЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕПАРАТОМ ШИЛИНТОНГ

В. Пунга, А. Танасе, К. Лупашко, Л. Калинина, В. Сали

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии,

Кафедра урологии и оперативной нефрологии,

ГУМФ «Н. Тестемицану», г. Кишинев

Summary

In study a series of 60 patients with lithiasis underwent a conservative treatment and the results of this cure are analyzed. The treatment of the lithiasis with Shilintong had been efficient in 83.3% of cases. The failure of the therapy was registered in 16.7% of the cases. The complications were noted in 20% of the patients. The treatment of lithiasis with Shilintong is efficacious when it is performed in the patients with a normal urinary drainage and the functioning kidney.

Введение

Результаты литокинетической терапии уретеролитиаза с применением медикаментозных средств оставляют желать лучшего, так как камни отходят лишь у 37-56% больных (2). С

прогрессом фармакотерапии расширяются возможности медикаментозного лечения мочекаменной болезни. В настоящее время все большее применение находят препараты из лекарственных растений для лечения уrolитиаза: нефролит, уролит, нирон, ренол, уролесан, цистенал, фитолизин, цистон, урол и др. Среди этих средств высокая литокINETическая активность присуща лишь уролу и цистону (2). Для выделения и растворения камней все чаще используется препарат шилинтонг, эффективность которого достигает 76,6–85% (1, 3).

Мы поставили следующую цель: провести сравнительное изучение эффективности и переносимости препарата шилинтонг и общеизвестной фитотерапии уrolитиаза.

Материал и методы

Исследования основаны на анализе результатов медикаментозного лечения 60 больных мочекаменной болезнью. В зависимости от характера фитотерапии больных разделили на 2 группы.

- 1-я группа (контрольная) – 30 больных получающих традиционные растительные препараты (фитолизин, цистенал, цистон),

- 2-я группа (исследуемая) – 30 больных принимающих шилинтонг.

Произведенный во Вьетнаме шилинтонг (Ким Тиен Тхао) является оригинальным препаратом Центрального Государственного Фармацевтического предприятия 26 – ОРС.

При статистической обработке материалов с использованием критериев Фишера, Стьюдента, не было выявлено достоверных различий между группами больных по полу, возрасту, локализации и размерам конкрементов, наличию или отсутствию пиелонефрита.

Среди больных несколько преобладали женщины. Женщин было 16 (53,3%) а мужчин – 14 (46,7%).

Возраст пациентов варьировал от 18 до 78 лет (средний возраст 47 лет). Распределение больных по возрасту было следующим: от 11 до 20 лет – 1 (3,3%), от 21 до 30 лет – 6 (20%), от 31 года до 40 лет – 2 (6,7%), от 41 года до 50 лет – 10 (33,3%), от 51 года до 60 лет – 5 (16,7%), от 61 года до 70 лет – 2 (6,7%), от 71 года до 80 лет – 4 (13,3%). Наибольшее количество больных были в возрасте от 41 до 50 лет – 10 (33,3%).

Камни локализовались в лоханке у 7 (23,3%) больных, в лоханке и чашечках – у 7 (23,3%), в чашечках – у 4 (13,3%), в верхней трети мочеточника – у 1 (3,3%), в средней трети – у 2 (6,7%) и нижней трети мочеточника – у 9 (30%). В 60% случаев камни были в почке и в 40% – в мочеточнике.

Размеры конкрементов варьировали от 0,3 до 2,7 см. Камни до 1 см были у 22 (73,4%) больных, от 1 до 2 см у 3 (10%) и больше 2 см у 4 (13,3%) больных. У 1 (3,3%) больного был кораллоподобный камень.

В 60% случаев была оксалатная, в 20% – мочекислая, в 10% – фосфатная и в 10% – смешанная форма заболевания.

Протокол обследования включал:

- Общеклинические методы;

- Общий анализ крови и мочи;

- Определение уровня мочевины, креатинина, натрия, кальция, фосфора, магния в сыворотке, сывороточной концентрации и почечной экскреции мочевоY кислоты, средних молекул в сыворотке и моче, β_2 – микроглобулина в сыворотке и моче, изучение активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и N-ацетил- β -D-глюкозаминидазы (НАГ) в моче;

- Определение объема (диуреза) и pH мочи;

- Ультразвуковое сканирование, радиоизотопную ренографию, экскреторную урографию;

- Бактериологический анализ мочи;

- Химический анализ состава камней;

- Определение Ig G, A, M в сыворотке крови и моче, а также ЦИК в крови.

Традиционные растительные препараты (фитолизин, цистенал, цистон) применялись в обычных дозировках в течение 1–6 месяцев. Препарат шилинтонг назначался по 5–10 таблеток 3 раза в день. Продолжительность лечения была 1–3 мес. Длительность наблюдения составляла от 3 до 6 мес.

Критериями оценки эффективности и безопасности фитотерапии были: динамика клинических симптомов, лабораторных показателей, уменьшение размеров камня, отхождение или растворение конкремента, а также возникновение осложнений и побочных явлений.

Результаты

Лечение шилинтоном было эффективным в 83.3% случаев. С помощью методов статистического анализа полученных результатов установлено, что под влиянием шилинтона происходило снижение частоты и выраженности болей и инфекции ($p < 0.001$). В то же время было отмечено исчезновение дизурии ($p < 0.05$) и гематурии ($p < 0.001$) (Таблица 1).

Не отмечено влияния препарата шилинтонг на обмен литогенных веществ (кальция, фосфора, магния в сыворотке, сывороточной концентрации и почечной экскреции мочевиной кислоты) и функцию почки (мочевина, креатинин, средние молекулы в сыворотке и моче, $\beta 2$ – микроглобулин в сыворотке и моче, активность ферментов лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и N-ацетил- β -D-глюкозаминидазы (НАГ) в моче). В то же время, установлено значительное повышение диуреза ($p < 0.001$). Таким образом, на фоне традиционной фитотерапии и лечения препаратом шилинтонг функциональное состояние почек по биохимическим показателям оставалось в пределах нормы. При изучении воздействия шилинтона на метаболические показатели крови и мочи изменений не отмечено. Воздействия шилинтона на состояние обмена других камнеобразующих веществ не обнаружено (Таблица 2).

Таблица 1

**Динамика симптоматиологии мочекаменной болезни
при лечении препаратом шилинтонг**

Симптом	До лечения	После лечения	Достоверность различий (P)
1. Боль	26 (86.7%)	3 (10%)	$p < 0.001$
2. Гематурия	7 (23.3%)	0%	$p < 0.001$
3. Дизурия	3 (10%)	0%	$p < 0.05$
4. Инфекция	17 (56.7%)	3 (10%)	$p < 0.001$

Таблица 2

**Динамика некоторых лабораторных показателей
у больных уролитиазом при лечении препаратом шилинтонг**

Показатель	До лечения	После лечения	Эффект воздействия
Мочевина крови, ммоль/л	6.54 ± 1.01	7.13 ± 0.84	Не выявлен
Креатинин крови, ммоль/л	0.096 ± 0.018	0.105 ± 0.009	" "
Мочевая кислота крови, ммоль/л	0.37 ± 0.02	0.36 ± 0.05	" "
Калий крови, ммоль/л	4.26 ± 0.65	4.84 ± 0.58	" "
Общий кальций крови, ммоль/л	2.35 ± 0.04	2.34 ± 0.08	" "
Неорганический фосфор крови, ммоль/л	1.21 ± 0.08	1.26 ± 0.06	" "
Мочевая кислота мочи, ммоль/сут	3.67 ± 0.50	3.71 ± 0.3	" "
$\beta 2$ -микроглобулин крови, мг/л	1.4 ± 0.29	1.36 ± 0.27	" "
$\beta 2$ -микроглобулин мочи, мг/л	0.242 ± 0.067	0.240 ± 0.066	" "
Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) мочи, ммоль/с ммоль креат.	35.8 ± 2.96	33.4 ± 2.66	" "
N-ацетил- β -D-глюкозаминидаза (НАГ) мочи, ммоль/с ммоль креат.	1.52 ± 0.11	1.54 ± 0.12	" "
РН мочи	5.58 ± 0.19	5.49 ± 0.28	" "
Объем мочи, мл/сут	1.480 ± 72	2.004 ± 93	$p < 0.0001$

Оценка состояния гуморального иммунитета при применении шилинтона выявила увеличение Ig G и M в крови ($p < 0.05$), что свидетельствует о иммуностимулирующем эффекте препарата (Таблица 3).

Таблица 3

Состояние гуморального иммунитета при применении препарата шилинтонг

Показатель	До лечения M±m	После лечения M±m	T
Ig G в крови	13.31 ±1.40	19.29±1.78	p<0.05
Ig A в крови	2.79±0.45	3.37±0.64	p>0.05
Ig M в крови	1.53±0.19	2.64±0.36	p<0.05
Ig G в моче	0.13±0.02	0.08±0.029	p>0.05
Ig A в моче	0.003±0.002	0	p>0.05
Ig M в моче	0	0	p>0.05
СУС	112.75±13.75	114.78±16.38	p>0.05

Уменьшение размеров камня отмечено у 7 (23.3%) больных, растворение – у 2 (6.7%) и выделение – у 16 (53.3%). Общие положительные результаты были у 25 (83.3%) больных (Таблица 4).

Таблица 4

Результаты лечения больных мочекаменной болезнью препаратом шилинтонг

Показатель	Контроль	После лечения	Достоверность различий (P)
1. Уменьшение размеров камня	0 (0%)	7 (23.3%)	p<0.001
2. Растворение камня	0 (0%)	2 (6.7%)	p<0.05
3. Выделение камня	11 (36.7%)	16 (53.3%)	p>0.05
4. Эффективность лечения	11 (36.6%)	25 (83.3%)	p<0.001
5. Продолжительность лечения*	23.5	12.3	p<0.05
6. Осложнения / побочные действия	3 (10%)	6 (20%)	p>0.05
7. Отсутствие эффекта	19 (63.3%)	5 (16.7%)	p<0.001

Примечание: * – средняя продолжительность (число дней) лечения больных до отхождения мелких конкрементов (до 1 см).

Из 30 больных принимающих шилинтонг у 16 (53.3%) конкременты до 1 см в диаметре отошли самостоятельно. У ряда больных под влиянием лечения камни отходили в виде различных по размерам и по форме фрагментов и песка. Так как при рентгенологическом и ультразвуковом исследовании перед лечением у них четко определялись границы однородного одиночного конкремента, можно предположить разрушающее действие на камень фитотерапии. Большинство отошедших камней имели значительно меньшие размеры чем до лечения, что свидетельствует о литолитическом (растворяющем) действии препарата шилинтонг.

У больных которые получали шилинтонг результаты лечения по сравнению с контрольной группой оказались значительно лучше, причем различия статистически достоверны как для уменьшения (p<0.001), так и для растворения (p<0.05) конкрементов. Частота выделения камней у больных получающих шилинтонг существенно увеличилась, однако оказалось статистически недостоверным (p>0.05). В тоже время, существенно снизилась продолжительность лечения больных с мелкими конкрементами (p<0.05). Таким образом, лучшие результаты получены в 2-й группе больных, которые получали шилинтонг. Различия общих результатов лечения с контрольной группой оказались достоверными (p<0.05) (Таблица 4).

Шилинтонг в общем хорошо переносился больными. В процессе лечения осложнения и побочные явления возникли у 6 больных (20%), которые не потребовали отмены препарата.

В 2 (6.7%) случаях почечные колики были купированы анальгетиками, спазмолитиками, новокаиновыми блокадами и катетеризацией мочеточника. У 1 (3.3%) пациентки анурия и обострение хронического пиелонефрита потребовало хирургического вмешательства (пиелолитотомия и нефростомия). В одном (3.3%) случае диспепсия прошла без лечения. У одной (3.3%) больной гастралгия исчезла в результате уменьшения дозы и приема препарата после еды. В одном (3.3%) случае аллергическая реакция (крапивница) была устранена после назначения десенсибилизирующих (антигистаминных) средств (Таблица 5).

Таблица 5

Частота осложнений и побочных явлений при применении препарата шилинтонг и способ их лечения

Осложнения / побочные явления	№	%	Способ лечения
Почечная колика	2	6.7	Анальгетики, спазмолитики, новокаиновые блокады и катетеризация мочеточника
Анурия, обострение хронического пиелонефрита	1	3.3	Антибиотики, противовоспалительные средства, пиелолитотомия и нефростомия
Диспепсия	1	3.3	Спонтанно, без лечения
Гастралгия	1	3.3	Прием препарата после еды
Аллергия (крапивница)	1	3.3	Антигистаминные средства

Отсутствие эффекта лечения отмечено у 5 больных (16.7%). Из них в одном (3.3%) случае произведена дистанционная литотрипсия а в другом (3.3%) – пиелолитотомия. Остальные 3 (10%) больных будут подвергнуты дистанционной литотрипсии.

Данные литературы и накопленный опыт позволили разработать противопоказания к фитотерапии с применением препарата шилинтонг:

-Абсолютные: анурия, острый и хронический пиелонефрит в активной фазе, острая почечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность III и IV стадии, уретерогидронефроз III стадии, отсутствие функции почки, гипертоническая болезнь IIБ - III стадии, заболевания сердца в стадии декомпенсации;

-Относительные: двусторонний уретеролитиаз, камень мочеточника единственной почки, уретерогидронефроз II стадии, нефроптоз.

Больные с относительными противопоказаниями подвергались фитотерапии в условиях стационара при тщательном врачебном наблюдении.

Обсуждение

Мочекаменная болезнь является распространенной урологической проблемой. До сих пор консервативное традиционное лечение этого заболевания было дорогостоящим и имело ограниченную эффективность. С другой стороны, травматичность, осложнения и рецидивы являются недостатками хирургического лечения мочекаменной болезни. Часто применяемые в настоящее время экстракорпоральная литотрипсия и эндоскопическое удаление камней являются достаточно дорогостоящими методами. Шилинтонг (Ким Тиен Тхао) считается хорошей альтернативой этим вмешательствам. Препарат эффективен, безопасен, экономичен и легко переносим пациентами. Ким Тиен Тхао (*Desmodium Styracifolium*) – лекарственная трава, использовалась с давних времен в традиционной восточной медицине для лечения мочекаменной болезни (3). Комплекс биологически активных веществ растения *Desmodium Styracifolii* включает алкалоиды, флавоноиды, танин, эфирные масла и органические кислоты. Шилинтонг оказывает обезболивающее, спазмолитическое, антисептическое, противовоспалительное, мочегонное, антиоксическое, желчегонное, иммуностимулирующее и литолитическое действие. Подтверждена способность уменьшения, растворения и выведения камней (оксалатов и уратов) после лечения шилинтонгом (1, 3). Препарат показан для лечения и профилактики мочекаменной болезни (моно- и комплексная терапия). Шилинтонг применяется в составе комплексной терапии воспалительных и инфекционных заболеваний почек и мочевыводящей

системы (циститы, уретриты, нефриты, пиелонефриты), а также для облегчения дизурии и почечной колики. Современные данные показали значительное улучшение симптоматики после проведенного лечения мочекаменной болезни, включая почечную колику и дизурию ($p < 0.05$) (3). Снижение болей в пояснице отмечается у 80% больных (1). Уменьшение боли объясняется анальгезирующим и антисептическим эффектами шилинтонга. Облегчение дизурии происходит благодаря антисептическому и противовоспалительному свойствам препарата. Его противовоспалительное и антисептическое действие, препятствуя отеку слизистой оболочки мочеточников, способствуют выходу камней. Диуретический эффект шилинтонга проявляется благодаря увеличению мочеотделения. Мочегонное свойство предотвращает чрезмерную концентрацию мочи, что препятствует образованию камней. Лечение препаратом шилинтонг не влияет на почечную функцию ($p > 0.05$) (3). В ходе лечения препаратом шилинтонг изменений кальциевого и фосфорного обмена, уровня билирубина и холестерина крови не выявлено. Результаты общего анализа крови (эритроциты, лейкоциты, гемоглобин, скорость оседания эритроцитов) остаются без изменений. Камни отходят у 40%, уменьшаются в размере у 30%, растворяются у 10% и остаются без перемен у 15%. При лечении препаратом шилинтонг выявляются следующие побочные эффекты: язвенный стоматит в 5% случаев, кожная сыпь в 5% и боли в желудке в 5%. У 15% больных отмечается аллергическая реакция, которая проходит после кратковременной отмены препарата, снижения дозы и 2–3 дневной антигистаминной терапии (1). В тоже время, в половине случаев отмечается диспепсия не требующая какой-либо терапии. Таким образом, шилинтонг эффективен, безопасен, экономичен и хорошо переносится больными. Препарат является альтернативным средством лечения мочекаменной болезни (3). Шилинтонг может быть использован как лечебное средство для лечения мочекаменной болезни в виде самостоятельного метода лечения, так и в режиме сочетанной терапии. Наилучшие результаты достигаются при лечении камней мочеточника (1). Медикаментозная терапия также эффективна у пациентов с камнями почек и мочевого пузыря (3).

Выводы

1. Классические методы фитотерапии уrolитиаза нельзя признать достаточно эффективными (36,6%).
2. Повышения эффективности литокINETического и литолитического лечения до 83,3% можно добиться путем использования препарата шилинтонг.
3. Лучшие результаты лечения препаратом шилинтонг получены у больных с оксалатными камнями до 1 см в диаметре.
4. Использование шилинтонга значительно повышает процент отхождения конкрементов и сокращает сроки лечения. Продолжительность лечения зависит от состава, формы, размера и месторасположения камней.
5. Препарат шилинтонг обладает анальгетическим, спазмолитическим, противовоспалительным, антисептическим, диуретическим, иммуностимулирующим и литолитическим эффектами.
6. Лечение больных мочекаменной болезнью традиционными фитопрепаратами и шилинтонгом не сопровождается изменением обмена (метаболизма) литогенных веществ.
7. Шилинтонг показан при отсутствии нарушений уродинамики и сохраненной функции почки.
8. Препарат шилинтонг не обладает нефротоксичностью.

Литература

1. Красулин В.В., Каркищенко Н.Н., Скнар В.А. К выбору метода камнеизгоняющей терапии больных уретеролитиазом. Урол. и нефрол., 1983, №5, с. 37 – 42.
2. Журавлев В.Н., Баженов И.В. Результаты лечения больных препаратом Shilingtong в клинике урологии Уральской государственной медицинской академии Ур ГМА (на базе Областной клинической больницы №1) г. Екатеринбург, Россия, 2000 г.
3. Первичная оценка эффективности препарата Shilingtong в лечении мочекаменной болезни. Материалы клинических исследований, проведенных Отделением Традиционной Медицины Клиники им. Nguyen Tri Phuong, г. Хо-Ши-Минь, Вьетнам, 2000г.

DINAMICA UNOR INDICI BIOCHIMICI ÎN TRATAMENTUL LITIAZEI URINARE CU SHILINTONG

Vera Sali, A.Tănase, V.Gudumac, Eugenia Bivol,

I.Codreanu, C.Lupașco, V.Gorbatovscki

Laboratorul Central de Cercetări Științifice, Catedra Urologie și Nefrologie
Chirurgicală USMF "N.Testemițanu», Spitalul Clinic Republican

Summary

Urinary enzymes N-acetil- β -D-glucosaminidase (NAG), Lactate dehydrogenase (LDH), β 2-microglobulin (β 2-M) levels in blood and urine were measured in the 20 patients with urolithiasis treated with Shilintong and in 26 patients treated using alternate drugs for urolithiasis in association with antibacterial treatment. It was found that the levels of β 2-M were high in both the groups before the treatment in comparison to the control group. While it was found that after the treatment the high level of β 2-M are present only in first group, this indicates the process of tubular damage. The levels of NAG and LDH were found to remain high in both the groups before and after the treatment, this indicates cellular damage to the tubules indicating the development of pyelonephritis. Shilintong has been found not to be nephrotoxic.

Actualitate

Studiile ultimilor ani reflectă tot mai amplu metodele contemporane de diagnostic și tratament a litiazei urinare, prevenirea recidivelor și complicațiilor posibile.

Un loc important în tratamentul calculilor de dimensiuni mici revine preparatului urolitic Shilintong, firma "VINAMEX», care constituie extract uscat de Desmodium Stratifolii. Shilintongul conține un complex de substanțe biologice active, uleiuri eterice, acizi organici, tanină, flavonoizi. Pe lângă acțiunea spasmolitică, antiseptică, antiinflamatoare, diuretică, holeretică, imunostimulatoare i se atribuie și cea de a stimula la nivelul rinichiului și căilor urinare secreția de coloizi de protecție și alte substanțe mucoidale, care la rândul său au efect lubrifiant al căilor urinare și favorizează și în acest mod eliminarea calculilor.

Scopul studiului constă în elucidarea modificărilor cantitative a β 2-microglobulinei în ser și urină, a enzimelor urinare lactatdehidrogenaza- (LDH) și N-acetil- β -D-glucosaminidaza - (NAG) în tratamentul litiazei urinare cu Shilintong.

Material și metode

Pentru studiul preconizat au fost selectate două loturi de bolnavi: I lot - 20 pacienți cu urolitiază tratați cu preparatul Shilintong, lotul II - 26 pacienți cu urolitiază tratați cu alte preparate urolitice (ciston plus preparate antibacteriene). Lotul martor a constituit 32 subiecți aparent sănătoși cu valori normale ale urogramei. În loturile cercetare au fost incluși pacienți cu funcția renală păstrată. Investigațiile de laborator au fost efectuate la primul lot până la tratament și peste o lună de tratament cu preparatul Shilintong, la lotul II - la internare și externare.

Activitatea enzimelor urinare LDH și NAG a fost apreciată în urina dializată. Paralel s-a determinat nivelul cantitativ al β 2-microglobulinei în ser și urină și alte constante biochimice și enzime urinare, gradul de toxicitate prin aprecierea peptidelor moleculare medii în ser și urină.

Rezultatele obținute

Au fost evaluate valorile medii $M \pm m$ și determinată semnificația statistică a β 2-microglobulinei în ser și urină precum și activitatea enzimatică a LDH, NAG. Rezultatele obținute sunt elucidate în tabelă.

Datele obținute au pus în evidență o creștere semnificativă a excreției urinare a β 2-microglobulinei în cele două grupe de studiu până la tratament comparativ cu lotul martor. Nivelul seric al β 2-microglobulinei în ambele loturi nu este veridic semnificativ. După tratament indicii acestei proteine în urină în lotul II capătă valori normale.

În I lot se mențin valori crescute ale $U\beta$ 2-M, deoarece persistă procesul inflamator, ceea ce indică necesitatea administrării preparatelor antibacteriene în asociere cu Shilintongul în scopul diminuării procesului inflamator cauzat de pielonefrite, care adeseori sunt sateliții urolitiazii, fapt ce a fost confirmat și prin normalizarea β 2-M în lotul II, unde paralel cu preparatele urolitice s-au administrat preparate antibacteriene.

Enzimuria asociată, reflectată prin creșterea activității LDH, NAG, valorile cărora nu s-au normalizat în ambele loturi, dovedește o atingere organică a celulelor tubulare, la fel condiționată de evoluția pielonefritelor.

Nivelul β 2-M și activitatea enzimelor urinare NAG, LDH în urolitiază

Indicii cercetați	Lotul I		Lotul II		Lotul marilor
	Până la Tratament	După 1 lună tratament	Internare	Externare	
S β 2-M mg/l	1,4 ± 0,29	1,36 ± 0,27	1,38 ± 0,28	1,29 ± 0,20	1,25 ± 0,23
U β 2-M mg/l	0,242 ± 0,067*	0,240 ± 0,066*	0,236 ± 0,065*	0,185 ± 0,04	0,15 ± 0,06
LDH mmol/s Mmol creati-nină	35,8 ± 2,96*	33,4 ± 2,66*	31,4 ± 2,54*	20,6 ± 1,11*	10,36 ± 1,16
NAG mmol/s mmol creati-nină	1,52 ± 0,11*	1,54 ± 0,12*	1,58 ± 0,13*	1,13 ± 0,14	1,11 ± 0,07

(*P<0,05)

Concluzii:

1. β 2-microglobulina reprezintă un indice sensibil în afectarea funcției renale, determinarea nefrotoxicității preparatelor medicamentoase.
2. Studiul β 2-microglobulinei completat prin cel al enzimuriei reprezintă markeri simpli și sensibili ai procesului inflamator la nivel tubular.
3. Metodele utilizate sunt neinvazive, accesibile pentru orice laborator, cu utilizarea microdozelor de reagenți chimici și material biologic, iar evaluarea cantitativă are importanță în diagnostic.
4. În tratamentul urolitiazăi cu preparatul Shilintong, conform indicilor cercetați nu s-a manifestat nefrotoxicitate.

Bibliografie

1. Gherman Căprioara M. // Metode și mijloace de explorare clinică, biochimico-umorale, funcțională și morfologică a rinichilor și căilor urinare în Tratat elementar de explorări clinice, biochimico-umorale și morfofuncționale în medicină, sub red. Marin F., Ed. Dacia, Cluj Napoca, 1998
2. Меншиков В.В. // Ферменты в диагностике: проблемы и методы (заметки с международного симпозиума). Клин. лаб. Диагност. - 1996. - № 6. - С 51- 52
3. Marchewka Z., Kuzniar J., Lembas- Bogaczyk J., Jacyzin K. // N-acetyl-B-D-glucozaminidase isoenzymes in the diagnosis of poisoning and kidney diseases. International Urology & Nephrology. 26(2):229-36, 1994.

ESWL ÎN CLINICA UROLOGICĂ DIN TÂRGU-MUREȘ - 10 ANI DE EXPERIENȚĂ -

Virgil Oșan, Carmen Simion
Clinica Urologică Târgu-Mureș

Summary

Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) is now the prevalent treatment for the reno-ureteral lithiasis. In 10 year (1991-2001) since we performe ESWL in our clinic, we practised 10342 treatments to 7343 patients with reno-ureteral calculi: We had patients with single or multiple stones, unilateral or bilateral, radioopaques or radiolucent, placed in the kidney or in the unter. In 81,43% of cases we performed monotherapy ESWL and to 18,57% of patients we used different auxiliary procedures (percutaneous, endoscopics and radiologic). To 97,79% of patients the stones were desintegrate after one or more ESWL treatments. In 2,21% of patients ESWL was not successful, that's why we used other surgical procedures, also less invasive, to remove the stone. The stone-free rate at 3 month was 89,37%.

Introducere

Tratamentul litiazăi reno-ureterale s-a modificat radical în ultimele 2 decenii ca urmare a apariției

metodelor moderne, minim invazive de tratament și anume: nefrolitotomia percutanată (NLP), ureterosopia retrogradă și anterogradă (URSR;URSA), litotriția extracorporeală (ESWL), etc. (6).

În Clinica Urologică Tg-Mureș, tratamentul litiazei reno-ureterale este multimodal, în ultimii 15-20 de ani predominând metodele minim invazive, printre acestea numărându-se și litotriția extracorporeală (12).

În 1991 am achiziționat un litotritor Siemens-Lithostar. Din iulie 1991, de când am efectuat primele litotriții, până la sfârșitul anului 2001 am practicat mai mult de 10300 tratamente ESWL la peste 7300 pacienți.

Material și metodă

În perioada iulie 1991 - decembrie 2001 am practicat litotriție extracorporeală la 7343 bolnavi cu litiază reno-ureterală, efectuând un număr total de 10342 tratamente ESWL. Numărul mediu de sedințe ESWL pentru un bolnav este de 1,4.

Tratamentele au fost efectuate cu litotritorul Lithostar-Siemens sistem "C», un litotritor de generația a doua, cu sistem radiologic de reperare și focalizare a calculilor (13).

Numărul pacienților și implicit al tratamentelor a crescut progresiv, de la an la an. Astfel, de la 51 de bolnavi în 1991 am ajuns la 948 bolnavi în anul 2001 (Tabel I).

Tabel I

Repartiția bolnavilor pe ani

Anul	Nr.bolnavi	Nr. tratamente/ESWL	Tratamente/bolnav
1991	51	59	1,16
1992	221	293	1,33
1993	632	816	1,29
1994	669	866	1,29
1995	759	948	1,30
1996	738	971	1,32
1997	796	1142	1,43
1998	786	1164	1,48
1999	861	1302	1,51
2000	882	1299	1,47
2001	942	1447	1,52

În ceea ce privește repartiția pe sexe, numărul pacienților de sex masculin este aproximativ egal cu cel al pacientelor. Astfel 50,58% (3714) au fost femei și 49,42% (3629) au fost bărbați.

Având în vedere că litotriția extracorporeală este cea mai puțin agresivă metodă de tratament a litiazei, am practicat-o atât la copii cât și la vârstnici cu diferite afecțiuni asociate și cu risc operator crescut în cazul altor intervenții (11). În cazuistica noastră cel mai tânăr pacient a fost în vârstă de 1 an, cel mai vârstnic de 84 de ani, vârsta medie a întregului lot de bolnavi fiind de 44 ani (3). Aproximativ 70% din pacienți au avut între 31-60 de ani, predominând bolnavii cu vârsta cuprinsă între 41-50 de ani. (Tabel II)

Pentru stabilirea indicației de ESWL am urmat un protocol de investigații de laborator, radiologice (radiografie renovezicală pe gol, urografie intravenoasă, pieloureterografie directă - PUD, ureteropielografie retrogradă - UPR), ecografice. De asemenea, în cazul pacienților vârstnici sau a celor cu diferite afecțiuni asociate, am completat investigațiile în funcție de necesități (1).

Astfel, indicația terapeutică am stabilit-o în funcție de mărimea și numărul calculilor, de localizarea și compoziția lor precum și de complicațiile consecutive litiazei existente (infecție asociată, stază secundară, etc.).

Tabel II

Repartiția bolnavilor pe grupe de vârstă

Vârsta (ani)	Nr.bolnavi	%
0 - 16	130	1,77
17 - 20	168	2,29

21 - 30	978	13,32
31 - 40	1592	21,68
41 - 50	2070	28,19
51 - 60	1381	18,81
61 - 70	843	11,48
71 - 84	181	2,46

62,01% din calculii supuși litotriției extracorporeale au fost situați în rinichi în timp ce 37,97% au avut localizare ureterală (16). Au predominat calculii situați în bazinet (27,08%) urmași în ordine descrescătoare de calculii din calicele inferior (19,93%), din ureterul lombar (18,59%) și din ureterul pelvin (15,86%) (Tabel III).

Tabel III

Localizarea calculilor

Localizarea calculilor	Număr	%
Calice superior	358	3,98
Calice mijlociu	524	5,82
<i>Rinichi (62,01%)</i> Calice inferior	1794	19,93
Bazinet	2439	27,08
Joncțiune piele-ureterală	428	5,20
Ureter lombar	1674	18,59
<i>Ureter (37,97%)</i> Ureter iliac	317	3,52
Ureter pelvin	1428	15,86
Vezica urinară	2	0,02

Deși în mod obișnuit nu practicăm ESWL pentru calculii vezicali, am avut și 2 pacienți, copii, de 5 ani, respectiv 11 ani, la care am practicat ESWL pentru calcul vezical, deoarece nu dispunem de instrumentar endoscopic adecuat pentru copii (2).

Dimensiunea medie a calculilor pentru care am practicat ESWL este de 10x14 mm pentru calculii renali, și de 7x10 mm pentru calculii ureterali.

De regulă, nu practicăm ESWL pentru calculi mai mari de 20-25 mm, deoarece fragmentele rezultate prin dezintegrare sunt foarte numeroase, cu risc crescut de apariție a complicațiilor obstructive (steinstrasse) și cu creșterea ratei de repetare a litotriției precum și a procedurilor secundare post-ESWL. De aceea în aceste situații preferăm să practicăm nefrolitotomie percutanată (NLP).

Pentru calculii coraliformi practicăm fie NLP fie operație deschisă, urmând să prelucrăm prin ESWL eventualele fragmente de calcul restante, prin așa numita terapie "sandwich" (17).

În majoritatea cazurilor (81,43%) am practicat monoterapie ESWL. Am avut însă situații când am utilizat diferite metode asociate, efectuate fie înaintea litotriției fie concomitent cu aceasta. Este vorba de proceduri endoscopice, percutanate sau radiologice, efectuate fie pentru rezolvarea unor complicații ale bolii litiazice, fie pentru a preveni apariția complicațiilor post-ESWL, fie pentru o mai bună vizualizare și focalizare a calculilor (18).

Am efectuat manevre asociate la 1364 bolnavi (18,57%). Procedurile endoscopice au fost reprezentate de montarea de sondă autostatică (4,10%), sondă ureterală (1,05%), sondă Zeiss (0,16%) sau de mobilizarea endoscopică a calculilor ureterali (0,42%).

La 2,33% din pacienți am practicat nefrostomie percutanată (NP) înainte de ESWL pentru ureterohidronefroză infectată, anurie sau în cazul în care s-a practicat ESWL pentru calculi restanți post NLP.

Metodele radiologice le-am utilizat la 772 de bolnavi (10,51%) și anume la cei cu calculi radiotransparenți, semiopaci sau pentru o mai bună vizualizare a calculilor suprapuși peste structurile osoase ale micului bazin (4).

La toți pacienții am efectuat analgezie intravenoasă în cursul litotriției extracorporeale. Doar la cei la care am efectuat manevre endoscopice în aceeași zi cu litotriția am practicat anestezie de conducere (19).

Rezultate

La majoritatea bolnavilor, 69,39%, am reușit să dezintegrăm calculii după o singură ședință de ESWL. La 21,65% dintre ei au fost necesare 2 ședințe ESWL iar la restul de 8,94% din pacienți am practicat 3 sau 4 tratamente ESWL pentru a obține o dezintegrare corespunzătoare.

Printre complicațiile minore care au apărut după ESWL se numără hematuria tranzitorie (81,20%), colicile legate de eliminarea fragmentelor de calculi (39,51%), pielonefrita acută (1,16%)(15).

La 7,13% dintre pacienți au apărut complicații mai severe:

- hematom renal/perirenal la 35 pacienți = 0,48%
- steinstrasse la 372 pacienți = 5,07%
- fragmente inclavate la 108 pacienți = 1,47%
- stare septică la 12 pacienți = 0,16%
- anurie la 3 pacienți = 0,04%
- deces la 1 pacient = 0,01%

Din cei 35 de bolnavi care au prezentat hematoame renale post ESWL, doar la 3 pacienți a fost necesară incizia și drenajul acestora. În restul situațiilor, sub tratament, hematoamele s-au rezorbit în timp (7,14%).

La 182 de pacienți cu steinstrasse (2,4%) fragmentele de calcul s-au eliminat spontan, sub tratament adecvat (8). În 1,24% din cazuri am practicat ESWL pe steinstrasse, la 1,24% din bolnavi am practicat ureteroscopie retrogradă (URSR) iar la 0,12% ureteroscopie anterogradă (URSA) pentru a îndepărta fragmente de calcul, în timp ce la 0,15% din bolnavii cu steinstrasse am practicat meatotomia orificiului ureteral.

La 46 bolnavi (0,63%) cu ureterohidronefroză secundară infectată, am practicat nefrostomie percutanată de derivație, după care am trecut la îndepărtarea fragmentelor de calcul obstructive.

În cazul fragmentelor de calcul mai mari post ESWL, inclavate la diferite nivele ale ureterului, am practicat diferite proceduri endoscopice pentru înlăturarea lor:

- nefrolitotomie percutanată - 0,29%
- URSR - 0,51%
- meatotomie - 0,60%
- mobilizare endoscopică = ESWL - 0,09% (10)

12 pacienți (0,16%) au prezentat stare septică după ESWL. În aceste situații, pe lângă tratamentul medicamentos complex, de terapie intensivă, am practicat în primul rând NP de derivație.

Am avut și 3 pacienți la care am practicat ESWL pentru calculi pe rinichi unic chirurgical și care au prezentat post ESWL anurie. La 2 dintre ei am practicat NP iar la al 3-lea s-a montat sondă ureterală autostatică pentru a rezolva anuria.

Din nefericire am înregistrat și un deces, la un pacient care a prezentat stare septică post ESWL.

Am reușit să dezintegrăm prin ESWL calculii renali sau ureterali la 7181 de pacienți, deci la 97,79% din total.

La 162 bolnavi (2,21%) calculul nu s-a fragmentat. În general, dacă după 2 sau maxim 3 ședințe de ESWL nu am avut nici un semn (clinic sau radiologic) de dezintegrare a calculului, am trecut la efectuarea altor proceduri de îndepărtare a calculului. Am considerat eșec și lipsa de eliminare a fragmentelor de calcul, chiar dacă acesta s-a dezintegrat.

În general procedurile folosite în cazul eșecului ESWL au fost tot minim invazive, și anume:

- URSR - 0,66%
- Meatotomie - 0,35%
- NLP - 0,34%
- URSA - 0,32%
- Sondă Zeiss - 0,31%
- Ureterolitotomie - 0,23%

Un alt criteriu important de apreciere a eficienței ESWL și a rezultatelor obținute este rata de stone-free. Pentru aprecierea acestora, am evaluat pacienții după 1 lună respectiv după 3 luni de la ESWL. La acest control efectuăm ecografie și radiografie reno-vezicală simplă.

Doar 3925 de pacienți, deci 53,45% s-au prezentat la aceste controale. Dintre aceștia, 3508 (89,37%) au fost liberi de calculi. Putem presupune însă că o bună parte din pacienții care nu s-au mai prezentat la control, fiind probabil asimptomatici, sunt tot liberi de calculi, ceea ce ar duce la creșterea ratei de stone-free.

10,63% din bolnavii care au revenit la control au prezentat fragmente de calculi restante mai mari de 4 mm. O parte din ei au fost supuși unor alte ședințe de ESWL, alții, fiind asimptomatici, sunt incluși în evidență și supuși la controale periodice (5).

Concluzii

În lumina rezultatelor prezentate, opinia noastră este că, în momentul de față, ESWL este tratamentul de elecție pentru litiaza reno-ureterală, în aproximativ 80% din totalul pacienților litiazici. În favoarea acestei opinii, pledează următoarele argumente:

1. ESWL este un tratament minim invaziv, ce poate fi repetat la nevoie;
2. ESWL nu necesită anestezie, ci doar analgezie i.v.;
3. Se poate practica atât la copii cât și la vârstnici cu risc operator crescut;
4. Perioada de spitalizare este scurtă și se poate practica în siguranță și ambulator;
5. Complicațiile ESWL sunt rare și în majoritate minore. Complicații mai severe apar la un procent mic de bolnavi (aproximativ 7%).

6. Aproximativ 90% din pacienții care s-au prezentat la control post ESWL au fost stone-free.

Cu toate că ESWL este o procedură de tratament relativ anodină, minim invazivă și cu complicații rare, uneori pot apărea complicații severe post ESWL, care nerecunoscute și netratate la timp pot chiar pune în pericol viața pacientului.

De aceea considerăm că ESWL trebuie practică de medici urologi, bine pregătiți, în servicii de urologie dotate cu posibilități multiple de abordare a litiazei reno-ureterale.

Bibliografie

1. Begun F.P., Foley D., Peterson A., et al.: Patient evaluation laboratory and imaging studies. In Resnik M.I.: *The Urologic Clinics of North America: Urolithiasis*, vol.24, Philadelphia, W.B.Saunders, 1997, pp.97-116.
2. Bhata V., Biyani C.S.: Vesical lithiasis: Open surgery versus cystolithotripsy versus extracorporeal shock wave lithotripsy. *J.Urol.*, 1994, 151, pp.660-664.
3. Brinkman A.P., Griebel A., Kuwertz-Broking E., Bulla M., Hertle I.: Extracorporeal shock wave lithotripsy in children: Efficacy, complications and long term follow-up. *Eur.Urol.*, 2001, 39, pp.591-597.
4. Buckholz N.P.N., van Rossum M.: Shock wave lithotripsy treatment of radiolucent ureteric calculi with the help of contrast medium.- *Eur.Urol.*, 2001, 39, pp.200-203.
5. Candau C., Saussine C., Lang H., Roy C., Faure F., Jacqmin D.: Natural history of residual renal stones fragments after ESWL. *Eur.Urol.*, 2000, 37, pp. 18-22.
6. Chaussy C., Fuchs G.: Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for treatment of urinary stones. In Gillenwater L. (ed.): *Adult and Pediatric Urology*. Year Book Publisher, Chicago, 1997, pp.68-80.
7. Evan A.P., Willis L.R., Lingeman J.C., Mc Ateer J.A.: Renal trauma and the risk of long-term complication in shock wave lithotripsy. *Nehron.*, 1998, 18, pp. 1-8.
8. Fedullo L.M., Pollack H.M., Banner J.P. et al: The development of Steinstrasse after ESWL: frequency, natural history and radiologic management. *A.J.R.*, 1988, 151, pp. 1145-1152.
9. Gross A.J., Kugler A., Seseke F., Ringert R.H.: Push and smash increases succes rates in the treatment of ureteric calculi by ESWL. *Int.Urol.Nephrol.* 1998, 30, pp.417-421.
10. Kanpp P.M., Kulb T.B., Lingeman J.E. et al: Extracorporeal shock wave lithotripsy induced perirenal hematomas. *J.urol.* 1988, 138, pp.700-709.
11. Kroovand R.L.: Pediatric urolithiasis. In Resnik M.I. (ed): *The Urologic Clinics of North America: Urolithiasis*, vol.24, Philadelphia, W.B.Saunders, 1997, pp. 173-184.
12. Martin T.V., Sosa R.E.: Shock wave lithotripsy. In Walsh C.C., Retik A.B., Stamey T.A., Vaughan E.D. (eds): *Campbell's Urology*, Philadelphia, W.B.Saunders, 1997, pp.2735-2752.
13. Myers D.A., Mobley T.B., Jenkins J., Mck. Grine W.R.: Pediatric low energy lithotripsy with the lithostar. *J.Urol.*, 1995, 153, pp.453-457.
14. Newman L., Salzman B.: Identifying risk factors in development of clinically significant post shock wave lithotripsy subcapsular hematoma. *Urology*, 1991, 38, pp.35-42.
15. Newman R.C., Cohen M.S.: Renal calculi: treatment and complications. In Sosa R.E., Albala D.M., Jenkins A.D., Perlmutter A.P. (eds): *Textbook of Endourology*, Philadelphia, W.B.Saunders, 1997, pp.602-618.

- 16.Singal R.K., Denstedt J.D.: Contemporary management of ureteral stones. In Resnik M.I. (ed): The Urologic Clinics of North America: Urolithiasis, vol.24, Philadelphia, W.B.Saunders, 1997, pp.59-70.
- 17.Streem S.B.: Sandwich therapy. In Resnick, M.I. (ed): The Urologic Clinics of North America: Urolithiasis, vol.24, Philadelphia, W.B.Saunders, 1997, pp.213-223.
- 18.van Ardalsen, K.N.: Secondary procedures after ESWL. In Riehle R.A., Newman R.C. (eds): Principles of Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy, New York, Churchill Livingstone, 1987, pp.145-153.
- 19.Weber A., Koehrmann K.U., Denig N., Michel M.Sl., Alken P.: What are the parameters for predictive selection of patients requiring anesthesia for extracorporeal shock wave lithotripsy. Eur.Urol.1998,34, pp., 85-92.

ROLUL ESWL IN TRATAMENTUL LITIAZEI PE RINICHI UNIC

Carmen Simion, V. Oșan

Clinica Urologică Târgu-Mureș

Summary

Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL), being the less invasive treatment with great efficiency, proved in time, can be used for the treatment of urinary lithiasis in solitary kidney. In 10 years we performed ESWL to 129 patients with stones on solitary kidney (1,76%), aged between 20 and 80 years, performing 198 ESWL treatments. In 59,68% of the patients we desintegrated the stone after 1 ESWL. We had complications to 10 patients (7,75%) and in 7 cases it was necessary to perform other procedures to resolve them. In 6 patients (4,65) ESWL was not successful. In some cases, we consider that ESWL can be successfully performed to the patients with urinary lithiasis on solitary kidney. The complications are not severe, and can be resolved with other the less invasive procedures. It is very important to survey the patients after ESWL and to find early the complications that can occur post-ESWL.

Introducere

In ultimele 2 decenii, on Clinica Urologică din Tg-Mureș, tratamentul litiazei reno-ureterale s-a modificat radical. Metodele moderne, minim invazive, ca nefrolitotomia percutanată, ureterosopia antero- și retrogradă și litotriția extracorporeală, sunt utilizate la peste 90% din pacienții litiazici. In acest context, s-a modificat și optica privind modul de abordare a bolnavilor cu litiază pe rinichi unic.

Ținând cont de faptul că ESWL este cea mai puțin agresivă metodă de tratament a litiazei urinare și de experiența proprie acumulată în peste 10 ani de activitate, putem afirma că ea poate fi practică cu succes și la pacienții cu litiază reno-ureterală pe rinichi unic.

Material și metodă

Din 1991, de când am efectuat primele litotriții extracorporeale, până la sfârșitul anului 2001 am efectuat ESWL la 7343 de bolnavi litiazici, din care 129 (1,76%) au avut rinichi unic congenital, chirurgical sau funcțional. La aceștia am practicat 198 de tratamente ESWL, ceea ce reprezintă o medie de 1,5 tratamente/bolnav (3,7,9).

Litotrițiile au fost efectuate cu Siemens-Lithostar - Sistem C, un litotritor de generația a II-a, cu sistem radiologic de vizualizare și focalizare a calculilor.

Numărul pacienților de sex masculin a fost aproximativ egal cu cel al celor de sex feminin: 64 de bărbați, 65 femei. In ceea ce privește vârsta, au predominat bolnavii între 41-70 de ani (Tabel I).

TABEL I

REPARTIȚIA PE GRUPE DE VÂRSTĂ

Versta (ani)	Nr.bolnavi	%
17-20	1	0,78
21-30	5	3,88
31-40	20	15,50
41-50	27	20,93
51-60	31	24,03
61-70	30	23,25
peste 70	15	11,63

Am efectuat ESWL atât pentru pacienți cu litiază unică cât și multiplă, iar calculii au fost situați în proporție aproximativ egală, atât în rinichi cât și pe ureter, 51,10% respectiv 48,90% (Tabel II).

TABEL II

LOCALIZAREA CALCULILOR

	Localizarea calculilor	Nr. calculi	%
	Calice superior	5	2,75
Rinichi	Calice mijlociu	11	6,04
51,10%	Calice inferior	54	29,67
	Bazinet	15	8,24
	Joncțiune	8	4,40
	Lombar	27	14,84
Ureter	Ilac	11	6,04
48,90%	Pelvin	51	28,02

Bineînțeles că nu orice bolnav cu litiază pe rinichi unic se pretează la ESWL (8). Stabilirea corectă a indicației de ESWL și selecționarea atentă a cazurilor sunt decisive pentru a obține beneficii maxime pentru bolnav, cu riscuri și complicații minime (6). Urmând aceste principii, am practicat ESWL în următoarele situații:

- calcul renal unic, radioopac sau radiotransparent, mai mic de 1,5 cm, cu sau fără montare de sondă ureterală autostatică în prealabil;
- litiază renală multiplă, cu calculi radioopaci mai mici de 1 cm, în mai multe ședințe de ESWL;
- calculi ureterali radioopaci sub 1 cm, la bolnavi cu funcție renală normală și diureză păstrată;
- calculi ureterali radiotransparenți, la bolnavi cu funcție renală normală și diureză păstrată, asociată cu urografie i.v. sau pielo-ureterografie directă concomitentă;
- calcul renal unic, sub 2 cm, cu nefrostomie percutanată în prealabil efectuată pentru anurie cu insuficiență renală acută;
- calculi ureterali, radioopaci sau radiotransparenți, cu nefrostomie percutanată în prealabil efectuată pentru anurie;
- calculi renali sau ureterali, cu sondă ureterală simplă sau autostatică, montate în prealabil pentru anurie.

Fiind vorba de bolnavi cu rinichi unic, riscul complicațiilor obstructive ce pot apare în cursul eliminării fragmentelor de calcul, cu anurie consecutivă, este mai mare decât în cazul altor pacienți. De aceea, procentul manevrelor asociate litotriției este mai crescut. (4)

Astfel, am practicat monoterapie ESWL la 74 bolnavi (57,36%) în timp ce la restul de 55 bolnavi (42,64%) am utilizat diferite manevre asociate: endoscopice, percutanate sau radiologice (5).

Acestea sunt reprezentate de montarea de catetere ureterale (simple sau autostatice), și de nefrostomia percutanată.

Litotritorul nostru, Lithostar-Siemens, fiind cu sistem radiologic de focalizare, pentru a practica ESWL la calculii radiotransparenți, folosim diferite metode radiologice asociate: urografia intravenoasă (UIV), pielo-ureterografia directă (PUD) sau ureteropielografia retrogradă (UPR). În acest fel, focalizarea se face la nivelul lacunei dată de calcul sau la nivelul stopului substanței de contrast (Tabel III) (12)

TABEL III

MANEVRE ASOCIATE ESWL

METODĂ ASOCIATĂ	Nr. bolnavi	%
Sondă autostatică	15	11,63
Sondă ureterală	2	1,55
Nefrostomie percutanată	8	6,20
Sondă ureterală Ț UPR	2	1,55
Nefrostomie percutanată Ț PUD	16	12,40
PUD	5	3,88
Urografie i.v.	7	5,43
TOTAL:	55	42,64

Toți pacienții la care am practicat ESWL pentru litiază pe rinichi unic au fost spitalizați, pentru o mai bună urmărire post-ESWL și pentru a putea depista din timp eventuale complicații apărute.

Rezultate

Pentru a obține o dezintegrare corespunzătoare a calculilor am practicat o ședință de ESWL la 77 de bolnavi (59,68%), 2 tratamente ESWL la 29,46%, în timp ce la restul 14 (10,86%) am practicat 3 sau 4 litotriji (mai ales pentru litiază ureterală, unică sau multiplă) (Tabel IV).

TABEL IV

NUMĂR TRATAMENTE ESWL/BOLNAV

NUMĂR TRATAMENTE ESWL	Nr. Bolnavi	%
I	77	59,68
II	38	29,46
III	11	8,53
IV	3	2,33

În cazul acestor pacienți am lucrat cu energie mai mică și cu un număr mai mic de impulsuri/tratament pentru a preveni apariția eventualelor hematoame pe rinichi unic și am considerat că este preferabil să repetăm litotriția la nevoie (10).

Complicațiile post-ESWL au fost în general minore, incidența lor a fost scăzută (7,75%) și au fost reprezentate mai ales de obstrucția apărută în cursul eliminării fragmentelor de calcul (11). Nici unul dintre pacienți nu au prezentat modificări ale funcției renale după ESWL (în lipsa obstrucției date de fragmentele în curs de eliminare) (2).

Doi pacienți au prezentat steinstrasse, lombar respectiv pelvin (1,55%). La un pacient fragmentele de calcul s-au eliminat sub tratament antispastic, în timp ce la cel cu steinstrasse lombar, am practicat nefrostomie percutanată. Alți 6 pacienți (4,65%) au prezentat fragmente mai mari de calcul inclavate la diferite nivele ale ureterului, în cursul eliminării lor.

La 2 pacienți fragmentele s-au eliminat sub tratament antispastic. În alte 2 cazuri a trebuit să intervenim pentru îndepărtarea lor prin ureteroscopie retrogradă respectiv prin meatotomie, iar la alți 2 pacienți am practicat nefrostomie percutanată, respectiv am montat o sondă ureterală autostatică, după care am repetat litotriția pe fragmentul inclavat.

TABEL V

METODE DE REZOLVARE A COMPLICAȚIILOR

PROCEDURĂ TERAPEUTICĂ	COMPLICAȚIA	Nr. Bolnavi
Tratament simptomatic	-Steinstrasse	1
	-Fragment inclavat	2
Nefrostomie percutanată	-Steinstrasse	1
	-Fragm. inclavat ureter iliac	1
	-Anurie	1
Sondă autostatică	-fragm. inclavat JPU	1
	-anurie	1
URSR	- fragm. inclavat ureter pelvin	1
Meatotomie	- fragm. Inclavat ureter pelvin	1
Total:		10

Alți 2 pacienți (1,55%) au prezentat anurie (de peste 48 ore) astfel încât am fost nevoiți să practicăm nefrostomie percutanată, respectiv să montăm o sondă autostatică. (Tabel V)

La 123 bolnavi (95,34%) am reușit să dezintegrăm calculii pentru care am practicat ESWL.

La 6 bolnavi (4,66%) calculii nu s-au dezintegrat (după 1 maxim 2 tratamente ESWL), motiv pentru care am apelat la alte proceduri terapeutice, în majoritate tot minim invazive, pentru a îndepărta calculul.

Astfel, la 4 (3,10%) pacienți am practicat URSR, la un pacient am efectuat NLP (1,78%) iar la un altul am fost nevoiți să practicăm ureterolitotomie (1,78%).

Considerăm că în cazul bolnavilor cu litiază pe rinichi unic este foarte importantă urmărirea atentă post ESWL. Controlul ecografic și radiologic repetat, urmărirea diurezei și a temperaturii, precum și a fragmentelor eliminate sunt obligatorii pentru a putea aprecia eficacitatea litotriției, pentru a depista din timp eventualele complicații survenite și pentru a putea lua la timp măsurile terapeutice de rezolvare a acestora.

Toți cei 123 de bolnavi la care litotriția a fost eficientă s-au prezentat la control după 1 respectiv 3 luni de la ESWL. 120 dintre ei (97,56%) au fost liberi de calculi la 3 luni post ESWL. Avem doar 3 pacienți (2,44%) care prezintă mici fragmente restante (de 5-6 mm) în calicele mijlociu respectiv inferior (1).

Concluzii

În lumina datelor prezentate, luând în considerare eficiența litotriției, incidența mică a complicațiilor și rata foarte bună de stone-free, putem concluziona următoarele:

1. În anumite situații, bine determinate, ESWL se poate practica în siguranță și cu rezultate bune și bolnavilor cu litiază pe rinichi unic;
2. Manevrelor asociate litotriției sunt mai frecvente (42,64%);
3. Complicațiile apar la un procent mic de bolnavi (7,75%) și sunt de gravitate redusă;
4. Rezultatele obținute sunt foarte bune: o rată de dezintegrare a calculilor de 95,34%, cu un procent de stone-free la 3 luni de 97,56%;
5. Este necesară spitalizarea acestor bolnavi pentru a efectua litotriția și este foarte importantă urmărirea lor atentă post-ESWL pentru a depista eventualele complicații și a putea acționa la timp pentru rezolvarea acestora.

Bibliografie

1. Candau C., Saussine C., Lang H., Roy C., Faure F., Jacquin D.: Natural history of residual renal stone fragments after ESWL. *Eur.Urol.* 2000, 37, pp.18-22.
2. Cass S.A.: Renal function after extracorporeal shock wave lithotripsy to a solitary kidney. *J.Endourol.*, 1994, 8, pp.14-22.
3. Chaussy C., Fuchs G.: Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) for the treatment of urinary stones. In Gillenwater L. (ed). *Adult and Pediatric Urology Year Book Publisher*, Chicago, 1997, pp.68-80.
4. Heimbach D., Wirth M., Hofnocker G. et al.: Are auxiliary methods necessary prior to ESWL in patients with a solitary kidney? *Urol.Int.*, 1994, 52, pp.131-138.
5. Kirkali Z., Esen A.A., Akan G.: Place of double J stents in extracorporeal shock wave lithotripsy. *Eur.Urol.*, 1993, 23, pp.460-466.
6. Kulb T.B., Lingeman J.E., Coury T.A., et al.: Extracorporeal shock wave lithotripsy in patients with a solitary kidney. *J.Urol.*, 1986, 136, pp.786-792.
7. Martin T.V., Sosa R.E.: Shock wave lithotripsy. In Nalsh C.C., Retik A.B., Stamey T.A., Vaughan E.D. (eds): *Campbell's Urology*, Philadelphia, W.B.Saunders, 1997, pp.2735-2752.
8. Pak C.Y.C., Resnick M.I.: Medical therapy and new approaches to management of urolithiasis. In Resnick M.I. (ed): *The Urologic Clinic of North America: Urolithiasis*, vol.27, nr.2, Philadelphia, W.B.Saunders, 2000, pp.243-245.
9. Rassweiler J.J., Renner C., Chaussy C., Thurhoff S.: Treatment of renal stones of extracorporeal shock wave lithotripsy. An update. *Eur.Urol.*, 2001, 39, pp.187-199.

10. Thomas V.M., Sosa R.E.: Shock wave lithotripsy. In Walsh P.C., Retik A.B., Vaughan E.D. (eds): *Campbell's Urology*, ed.7, Philadelphia, W.B.Saunders, 1998, pp.53-103.
11. van Ardalsen K.N.: Secondary procedures after ESWL. In Richle R.A., Newman R.C. (eds): *Principles of Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy*, New York, Churchill Livingstone, 1987, pp.145-153.
12. Wolf J.S., Bub W.L., Endicott R.C., Clayman R.V.: Use of intravenous contrast material during in situ extracorporeal shockwave lithotripsy by ureteral calculi. *J.Urol.*, 1997, 157, pp.38-43.

CAPITOLUL IV

UROLOGIE PEDIATRICĂ

RINICHIUL DUBLU LA COPIL: DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Jana Bernic, B.Curajos, Vera Dzero, I.Zaharia, V.Roller,

A.Curajos, E.Ghețeu, A.Muntean, L.Seu

Catedra de Chirurgie, Anesteziologie și Reanimare pediatrică

USMF «N. Testemițanu»,

Catedra de Chirurgie, Ortopedie, Traumatologie, Anesteziologie și Reanimare Pediatrică FPM, USMF «N.Testemițanu»

Summary

The clinical aspects and therapeutical possibility in duplex kidney on child. The autors experience are based on the 220 case of children with duplex kidney in the periods 1993-2001. The possibility of the clinical and partaclinical diagnosis is discribed and some diagnostical and therapeutical essential recomandation for improvement situation of this children are made.

Actualitatea

Malformațiile aparatului urinar la copil reprezintă 30-45 % din totalul anomaliilor congenitale întâlnite la copil și sunt frecvent asociate cu alte anomalii: omfalocel, hipoplazie pulmonară, mielomeningocel, atrezie esofagiană, laparascchizisul și pot favoriza apariția infecțiilor urinare nespecifice, a litiazei urinare etc. Cauzele care pot să genereze multitudinea malformațiilor aparatului urinar sunt: fie aberațiile cromozomiale genetice, ereditare, cu transmisiune dominantă sau recesivă sau afecțiunile congenitale ale embrionului. Uropatiile malformative diferă profund de patologia urinară a adultului, deoarece la copil ca regulă, patologia are caracter congenital în 90 % din cazuri și predomină la nou-născut, sugar, copil mic, spre deosebire de adult la care majoritatea din ele sunt câștigate. Complicațiile prin infecții urinare la copil se pot produce prin următoarele căi de pătrundere: - calea descendentă – hematogenă; - calea ascendentă – urinară și cea limfatică. Germinii colonizează și se multiplică în rinichi și în căile urinare începând cu perioada nou-născutului sau la vârsta de sugar sau copil mic, în funcție de virulența microorganismelor și de capacitatea de apărare a organismului; infecția poate urma evoluții particulare: poate rămâne localizată (constituirea abcesului renal, pionefroza, ureterita, cistita, uretrita) sau se poate extinde și propaga pielonefrita. Prognosticul este dependent nu numai de vârsta, precocitatea diagnosticului, dar și de caracterul leziunilor ce le produce infecția urinară (leziuni grave sau definitive ale parenchimului renal și căilor urinare) și de existența unor interrelații cu alte focare infecțioase din organism, sau cu alte afecțiuni ale aparatului urinar.

Toate cazurile de complicații, inclusiv de infecții urinare acute, cronice, sau recidivante (recurențele sunt de fapt reinfecții) necesită o explorare anatomo-morfologică a rinichiului și căilor urinare cu scopul de a stabili eventuala existență a unor anomalii structurale și de a le corecta.

Obiective

Sunt descrise principiile fundamentale în stabilirea corectă a diagnosticului clinic, paraclinic. Se fac unele indicații generale în alegerea modalităților diferențiate terapeutice (tratamentul medical și cel chirurgical). Pentru ameliorarea rezultatelor este necesar ca diagnosticul să fie stabilit precoce, iar tratamentul medical și diferențiat chirurgical să fie adaptat fiecărui caz aparte. Pronosticul rămâne dependent de posibilitățile corectării chirurgicale și ale tratamentului antiinfecțios.

Material și metode

Au fost luați în studiu 220 bolnavi cu rinichi dublu, care s-au aflat la tratament în Centrul Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică »Natalia Gheorghiu«, secția de Urologie a Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, în perioada anilor 1993-2001. Intervalul de vârstă al pacienților a fost de 0-15 ani. La obiectivizarea acestor malformații și, în particular, al rinichiului dublu apar unele dificultăți din punct de vedere al diagnosticului leziunii în cauză, complicațiilor supra-adăugate, cât și în aprecierea celei mai optime tactici chirurgicale și de recuperare postoperatorie (pentru a evita recidivele, etc.).

Repartiția pe sexe a copiilor cu rinichi dublu în dependență de vîrstă a fost următoarea (tab.1):

Tabelul 1

Repartiția pacienților cu rinichi dublu conform vârstei și sexului

Rinichi dublu	0-3 ani		3-7 ani		7-15 ani	
	Fete	Băieți	Fete	Băieți	Fete	băieți
	56 (25 %)	5 (3,2 %)	60 (27 %)	8 (3,5 %)	76 (34,5 %)	15 (6,8 %)

Conform datelor din tab.1, patologia a predominat la sexul feminin (192 cazuri, 87 %) și la copiii de vîrsta 7-15 ani (41,3 %). Rezultatele obținute corespund cu cele din literatura de specialitate (A.Iurov, S.Ten, E.Șumacov etc., 1999). În 85 % din cazuri (187 copii) afectarea a fost unilaterală, în 15 % (33 copii) – bilaterală; rinichiul pe stînga fiind afectat în 65 % cazuri (143 copii), pe dreapta – în 35 % (77 copii).

Rinichiul dublu a fost asociat cu alte malformații și patologii: ureterocel – 19 % din cazuri (42 copii), reflux vezico-ureteral 17 % din cazuri (37 copii), hidronefroză – 9 % din cazuri (20 copii), ureterohidronefroză – 19 % din cazuri (41 copii), hipoplazia rinichiului contralateral în 5 cazuri.

Simptomatologia clinică a rinichiului dublu s-a manifestat prin dureri abdominale care aveau următoarele caractere: dureri lombare în 64 % din cazuri (141 copii), dureri la palpare în 18 % din cazuri (40 copii), crize dureroase sau dureri permanente în 9 % din cazuri (20 copii), tumoră palpabilă în 4,5 % din cazuri (10 copii), vomă în 8 % din cazuri (18 copii), febră în 19 % din cazuri (42 copii) sub forma unui sindrom febril prelungit (5 % cazuri) sau perioade de febră (14 %), stare generală alterată a bolnavului, anemie, deficit statură-ponderal moderat; modificări în analiza sumară a urinei (leucociturie în 27 % (60 copii), disurie în 28 % din cazuri (64 copii).

Hiperleucocitoza, acidoza, VSH crescut și alte modificări au completat diagnosticul. În cazul evaluării unui pacient cu suspexie de anomalie urinară, după ce s-a exclus abdomenul acut chirurgical, sau utilizat în toate cazurile examenele complementare, cel ecografic și de laborator clasic. Toți pacienții au fost investigați urografic (urografia intravenoasă) ce a permis de a evalua mărimea rinichilor, de a depista posibilele deformări caliceale, dilatații ureterale, complicații renale, iar o parte dintre ei au beneficiat de nefrograma izotopică fiind apreciată funcția renală. Prezența unei anomalii de fixare a unei substanțe radioizotopice în parenchimul renal favorizează diagnosticul de pielonefrită, dar nu poate diferenția o formă acută de una cronică. Computer-tomografia a fost examenul care a stabilit definitiv diagnosticul de pielonefrită acută. Uretrocistografia micțională efectuată la toți copiii, la aproximativ 2-3-6 săptămâni după stabilirea tratamentului de atac, permite evaluarea refluxului vezico-ureteral. Cistomanometria, cistoscopia, pielografia retrogradă au fost folosite la pacienții ce au prezentat lipsa de funcție a rinichiului dublu.

Rezultate

Rezultatele investigațiilor clinico-paraclinice ne-au permis de a defini treis loturi de pacienți cu rinichi dublu:

I-ul lot de pacienți – 27,3 % (60 copii), spitalizați cu clinica de abdomen acut chirurgical, la care malformația renală sa depistat ocazional, fiind investigați suplimentar ecografic. Menționăm, că durerile abdominale la ei nu au avut răsunet renourinar, nu au fost prezente careva complicații și prin urmare nu au necesitat tratament special medical și chirurgical. Copiii lotului dat continuă să se supravegheze de medicii pediatri, cei de familie și de urolog.

Al II-lea lot de pacienți - 26 % (57 copii) prezentau periodic febră, leucociturie, la ei s-a diagnosticat evolutiv pielonefrita, nefiind identificată localizarea procesului patologic. Terapia antirecidivă a inclus în complex și administrarea de antioxidante (vitamine C, E, b-carotina, solcoserilul etc.), antiagregante (Trental, Midocalm) la etapele dispensarizării a permis de a obține la acești pacienți o remisie îndelungată și stabilă.

Lotul III de pacienți a inclus 53 % cazuri (103 copii). La acești copii au fost prezente următoarele afecțiuni asociate și complicații: hidronefroza polului afectat - 22 copii, ureterohidronefroză a ambelor segmente, refluxul vezico-ureteral, ureterocelul și, în toate cazurile, pielonefrită secundară.

La toți pacienții paralel cu explorările clasice de laborator s-au efectuat și unele speciale ca evaluarea sistemului tripsin-antitripsină la cele șase etape clinico-evolutive a rinichiului dublu și complicațiile lui.

În evoluția proceselor pioinflamatorii și celui distructiv în celule un rol de bază îl deține disbalanța în sistemul tripsin-antitripsină. Modificările acestui echilibru în direcția majorării proteolizei permite a determina sensul și caracterul semnificativ al procesului renourinar. Pentru a aprecia rolul acestui sistem în evoluția proceselor renourinare, elaborarea criteriilor diagnostice a procesului pioinflamator și a gradului de distrucție tisulară, a metodelor de tratament, am studiat dinamica evolutivă a proteazelor tripsinoanalogice și a inhibitorilor lor - α_1 -antitripsina și α_2 -macroglobulina la toate etapele, inclusiv intervenția chirurgicală, la externare și 3 luni postoperator. Lotul martor l-a constituit 40 pacienți practic sănătoși. La toți pacienții grupelor studiate am înregistrat o intensificare semnificativă a activității α_1 -antitripsinei și o reducere neînsemnată a α_2 -macroglobulinei, atât la spitalizare, cât și la etapele intervenției chirurgicale și o lipsă de normalizare la externare și la 3 luni postoperator. Dinamica modificărilor în sistemul tripsin-antitripsină este redată în tabelul 1.

Menționăm, că la toți pacienții investigați la internare s-a înregistrat o creștere veridică a activității tripsinei. O intensificare mai majoră a activității acestei proteaze s-a constatat la a 3-a și a 4-a etapă a investigației, adică la etapele intervenției chirurgicale. În ceea ce privește α_1 -antitripsina indici mai majori s-au înregistrat la spitalizarea pacienților și la a 4-a zi postoperator. Referitor la α_2 -macroglobulină, diminuarea concentrației ei s-a fixat la internare - I etapă a investigațiilor. Scăderea nivelului ei s-a înregistrat și la etapele intervenției chirurgicale, a 4-a, 3-a lună postoperator; indicii α -macroglobulinei neatingând nivelul lotului martor nici la externare și la 3 luni postoperator.

Tabelul 1

Sistemul tripsin-antitripsinic la copii cu rinichi dublu

Termenii de cercetare	Tripsina (nmol/sl)	α_1 -antitripsina (g/l)	α_2 -Macroglobulina (g/l)
Martor	71.4±5.9 (100 %)	2.36±0.21 (100 %)	6.70±0.30 (100 %)
La internare	101.9±14.0* (143 %)	5.25±1.39* (222 %)	5.68±0.29* (85 %)
Înainte de operație	79.4±15.1 (111 %)	3.57±0.34** (151 %)	6.14±0.46 (92 %)
După operație	141.1±23** (198 %)	3.56±0.30** (151 %)	5.86±0.34* (87 %)
A 4 zi după operație	147.6±34.9* (207 %)	3.52±0.47* (149 %)	5.64±0.36* (84 %)
La externare	87.8±13.1 (123 %)	4.05±0.59* (172 %)	6.36±0.17 (95 %)
Peste 3 luni	74.6±6.5 (104 %)	3.13±0.56 (133 %)	6.00±0.43 (90 %)

Diminuarea α_2 -macroglobulinei în serul sanguin la pacienții studiați este condiționată de implicarea ei în mecanismele de protecție a organismului îndreptat la deprimarea și îndepărtarea surplusului de proteaze formate în organism (enzimele coagulării sanguine, a fesurilor devitalizate, din focarul cu inflamație etc.) sau a celor exogene, produse de germenii patogeni, și care au pătruns în patul sanguin. Este cunoscut că α_2 -macroglobulinele extrag aceste componente nu numai din patul vascular, dar și din spațiul extravascular. Complexele α_2 -macroglobulină cu proteinazele se elimină cu ajutorul fibroblaștilor și macrofagilor. Așadar α_2 -macroglobulina poate fi considerată ca o parte integrantă a sistemului unic de protecție; α_2 -macroglobulina servește ca reglator a activității multor endopeptidaze în organism prin restrângerea specificului de substrat.

Particularitățile unice ale macroglobulinelor promovează posibilitatea folosirii lor în calitate de preparate curative cu diverse acțiuni. Astfel, administrarea macroglobulinei umane șobolanilor iradiată conduce la supraviețuirea lor într-un procentaj mai major. Folosirea lor în transplantologie a dus la o adaptare adecvată a transplantului. O perspectivă specială o are administrarea preparatelor macroglobulinei, plasmei în tromboze și alte patologii vasculare și ca regulatori ai sistemului imun.

Totodată rolul α_2 -macroglobulinei la pacienții cu patologie renourinară nu este cunoscut definitiv și studiul aprofundat continuu a acestor grupe de proteine va conduce la progrese majore în știința medico-biologică.

Discuții

Așadar, studiul a demonstrat, că la pacienții ce suferă de malformații renourinare- rinichi dublu cu diverse complicații, au loc dereglări majore în sistemul tripsin-antitripsină, însoțite de sporirea semnificativă a nivelului de tripsină și α_1 -antitripsină (* $P < 0,05$ în comparație cu lotul marfor) și o reducere a α_2 -macroglobulinei.

Asocierea complicațiilor a destabilizat și mai mult sistemul studiat. Socotim, că modificările sistemului tripsin-antitripsină sunt procese compensatorii, îndreptate la diminuarea activității produselor catabolismului microbial și de protecție a țesutului celular la acțiunea proteazelor tisulare în caz de acutizare a procesului. Totodată, diminuarea inhibiției lor poate duce la modificări de coagulare sanguină, la dezvoltarea sindromului C.I.D. ceea ce necesită de a ține cont la elaborarea programelor diferențiate de tratament.

Astfel, studiul asupra sistemului tripsin-antitripsină bazat pe o statistică sugestivă reliefează unele particularități la pacienții cu rinichi dublu și anume o intensificare veridică ($P < 0,05$) a activității tripsinei, creșterea concentrației α_1 -antitripsinei și o reducere nesemnificativă a α_2 -macroglobulinei.

Aceste date nu numai corespund stării clinico-evolutive, dar și le depășesc în ce privește prognoza complicațiilor, astfel demonstrând o proprietate destul de valoroasă a sistemului menționat. Modificările depistate ne-au permis de a stabili factorul distructiv de bază în dezvoltarea complicațiilor renourinare și de a include în tratament preparate de inactivare a sistemului de proteoliză sporită și corecția sistemului dat.

Intervențiile chirurgicale practicate pentru rinichiul dublu cu complicații au depins de gradul leziunii asociate, care în majoritatea cazurilor au indicat la o intervenție chirurgicală complexă:

- heminefrureterectomia cu decapsularea polului rinichiului restant s-a practicat în 16 % din cazuri (35 copii), preponderent în cazurile cu lipsa funcției segmentului polului rinichiului afectat;
- heminefrureterectomia, capsulotomia și ureterectomia supravezicală a bontului dublat la 7 pacienți (3 % cazuri);
- la 15 pacienți (7 %) intervenția a rezumat la procedeul antireflux Gregoir în bloc comun;
- la 34 pacienți (15,4 %) s-a efectuat nefrureterectomia, ureterectomia supravezicală a ambelor uretere cu rezecarea ureterocelului;
- heminefrureterectomia, ureterectomia supravezicală și rezecarea ureterocelului segmentului superior s-a practicat la 1 pacient;
- heminefrureterectomia, rezecarea 1/3 inferioară al ureterului ectopiat în vagin – 1 pacient;
- epicistolitotomia, excizia intravezicală a ureterocelului ectopic, operația antireflux procedeu Gregoir în bloc comun – 1 pacient;
- plastia joncțiunii pielo-ureterale procedeu Andersen-Hynes, ureteropielonefrostoma, pielonefrostoma la 1 pacient;
- heminefrectomia și ureterectomia bontului inferior – 2 pacienți;
- heminefrureterectomia și operația antireflux procedeu Gregoyr – 22 pacienți;
- ureterectomia (ureter orb) - 1 pacient
- uretrotomia transuretrală distală – 38 pacienți;
- uretrotomia transuretrală posterioară – 5 pacienți;
- revizia rinichiului – 2 pacienți.

Dintre complicațiile postoperatorii înregistrate au fost 3 cazuri de supurarea plăgii și acutizarea pielonefritei secundare. Cazuri de deces nu au avut loc.

Concluzii:

1. Având o frecvență de 16,3 % între malformațiile renourinare, rinichiul dublu se complică frecvent cu pielonefrita secundară. În majoritatea absolută a cazurilor rinichiul dublu se asociază cu leziuni a altor organe - plămâni, tract digestiv, ficat etc. Adesea, datorită simptomatologiei reduse, descoperirea rinichiului dublu este doar ocazională, situație care crează dificultăți de diagnostic precoce și analiză genetică.

2. Diagnosticul cu certitudine se pune în baza semnelor clinice și examenelor paraclinice (ecografia renală, urografia intravenoasă, uretrocistografia micțională, cistoscopia, scintigrafia renală, computer-tomografia etc.) Explorările paraclinice sunt de două categorii – menite să facă diagnosticul diferențiat cu alte malformații renourinare și să exprime complicațiile posibile sau pregătirea preoperatorie. Evaluarea clinico-paraclinică a scorului lezional este o necesitate cu valoare practică permanentă.

3. Evaluarea testelor skreening (numărul bacteriilor și froțiul din urina proaspătă necentrifugată) și

celor biochimice special selectate în dinamica procesului inflamator, complicațiilor supraadăugate reflectă obiectiv gradul de alterare al membranelor celulare, intensitatea și sediul procesului inflamator îndeosebi în complicațiile septice severe.

4.Valoarea măsurilor de terapie medicală, reese din complicațiile supraadăugate, leziunile asociate etc. Tratamentul chirurgical trebuie adaptat leziunilor asociate rinichiului dublu și rezolvată leziunea renourinară în funcție de gradul lezional, deseori folosind intervențiile chirurgicale complexe.

5.Din cele expuse mai sus, cheia scăderii invalidității este reprezentată de efectuarea unui algoritm diagnostic și terapeutic atât precoce preoperator, cât și complet intraoperator și adaptarea unei conduite terapeutice atât chirurgicale, cât și medicale de lungă durată postoperator în scopul reducerii recidivelor și complicațiilor.

Bibliografie:

- 1.Antignac C – Contribution of molecular biology to the diagnosis of monogenic hereditary, Nephropathies, Rev Prat (France) Sep. 15, 1997, 47 (14) p. 1530-5.
- 2.Daniel G. Bichet, Agnes Rotig, Agnes Lenhert, Dominique Chretien, Yves Pirson, Dominique Chaveau – Maladies renales genetiques, des implications bien au-dela de la genetiques, Medicine Sciences, numero 1, vol.13, 1997, p.3-48.
- 3.Chalouhy E., Harran R., Various aspects of uretero-ureteral reflux in incomplete ureteral duplication. Journal Medical Libanais. – 1993.-V.40(1). P.16-21.
- 4.Glamorgan U.K. Urinary tract infection in children. Part I. Epidemiology, natural history, diagnosis and management. Review. Journal of infection. – 1995. – V.30(1). – p.3-6.

UN CAZ DE OBSTRUCȚIE INFRAVEZICALĂ PROVOCATĂ DE UN FIBROEPITELIOM (POLIP) A URETREI POSTERIOARE

A. Buză, M. Bârsan, A. Tănase, V. Șaptefrați, A. Luhtimovschi
Universitatea de Stat de Medicină «N. Testemițanu»,
spitalul municipal de copii «V. Ignatenco»

Summary

A polyp of the prostatic part of the urethra at children's is a rare pathological finding. For the first time the polyp of the prostatic part of urethra was described by L. Jores in 1894. A 7 year-old boy was hospitalized in our clinic with acute urinary retention. Ultrasound investigation, x-ray and endoscopic examinations revealed a polyp of the prostatic urethra. The polyp was resected by open bladder surgery. The resection resolved the urinary retention. The morphological analysis: fibrous polyp of posterior uretra.

Actualitatea, obiective.

Incidența tumorilor benigne a uretrei este foarte scăzută. Cel mai des polipul uretral se localizează în partea prostatică a uretrei posterioare, între colul vezical și utricula (1,2). Manifestările principale a polipului uretral sînt micro- sau macrohematuria, hemospermia și dereglarea actului micțional (3,4,5). Prezentăm în continuare un caz clinic al uni pacient cu polip a uretrei.

Pacientul Ș. A. , 1990 a.n.(f.o. nr. 4527) s-a internat în mod uregent în secția de urologie pe 28-05-97. La internare pacientul este agitat, acuză retenție acută de urină timp de 17 ore, dureri suprapubiene.

Din anamneză este cunoscut, că este bolnav din XII-1995, când s-a adresat pentru prima dată pentru RAU și a fost spitalizat în clinica de urologie. A fost cateterizat, examinat radiologic. Peste un an, în XII-1996 din nou este internat cu retenție acută de urină este cateterizat , investigat complet urologic, inclusiv urografia intravenoasă (fig. 1, 2,3), fără a stabili cauza RAU.



Fig. 1,2,3. Urografia intravenoasă a pacientului.

Concluzie

Funcția rinichilor este păstrată, pieloectazie pe stînga.

Obiectiv

Starea pacientului este gravă, palid, PS 120 min., afebril. Abdomenul moale, uniform, vezica urinară este mărită în volum, dureroasă la palpăre, vizual se apreciază un glob vezical pronunțat. On mod urgent a fost cateterizat cu o sondă N°10 Ch., fără a întîlni în timpul manipulației vre-un obstacol mecanic în uretră. S-au eliminat 800 ml. de urină limpede.

Rezultatele de laborator: sumar urină: L 0-1; densitatea 1020; Hemoleucograma: Hb - 135g/l; er 4,2mln., L. 7700; VSH - 6 mm/oră, nes. 6; segm. 43.; limf. 46.; mon. 5. Proba Neciporencu L - 0,11 x 10⁶/l; er. - 0,46 x 10⁶/l. Urocultura: Enterococcus 10³.; Ureea 2,9mmol/l; Creatinina - 49 mmol/l Examinarea ecografică a tractului urinar depistează o îngroșare neînsemnată a peretelui vezical, fără depistarea altor patologii. Rinichii de formă tipică, structura parenchimului ștearsă, bazinele sînt deformatate, dilatate, mai mult pe stînga.

Cistouretrografia: vezica urinară este omogen contrastată, refluxuri nu se apreciază. Uretra este contrastată, în lumenul uretrei posterioare se apreciază o formațiune tumorală 3x1cm lungime, care ocupă practic tot lumenul uretrei posterioare. (fig.N° 4)



Fig. 4. Uretrograme retrogradă a pacientului.
Se apreciază un defect de contrastare a uretrei prostatice

Uretroscopia efectuată în anestezie generală: uretra cu pereți netezi, mucoasa roză, desenul vascular păstrat. On uretra posterioară, în zona supramontană se apreciază o formațiune tumorală care proiemină în lumenul uretrei și parțial prolabează în colul vezical, de dimensiuni ~3x1cm, mobilă pe un pedicol subțire, flexibilă. Concluzie: polip a uretrei posterioare.

On 25-06-97 s-a efectuat intervenția chirurgicală - electrocoagularea polipului uretrei posterioare, epicistostomia. S-a deschis cavitatea vezicii urinare, în colul vezical s-a depistat polipul, care prolabează în vezică, la revizie s-a stabilit originea tumorii - regiunea supramontană a uretrei posterioare la ora 6 (foto.N° 1, 2). Postoperator s-a administrat tratament antibacterian, antiinflamator, simptomatic.

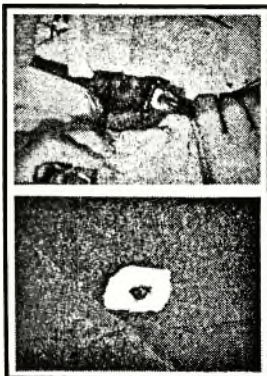


Foto 1

Foto 1

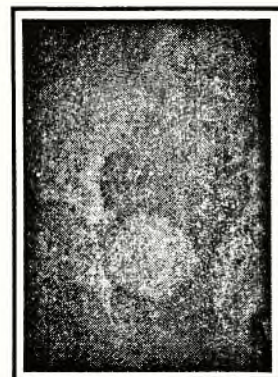


Fig. 1

Foto. 1,2 Evidențierea polipului în timpul operației (foto sus) și macropreparat polip a uretei prostatice (foto jos).

Fig. 5. Uretrograme micționale, uretra este contrastată, normală

Examinarea radiologică efectuată postoperator arată contur net a vezicii urinare, uretra contrastată, aspect normal.

Concluzie: Polipul înlăturat din uretra posterioară a acestui pacient funcționa ca o valvă, care periodic provoca retenție acută de urină.

Bibliografie

1. А.К.Чепуров, Г.Г.Кривобородов, А.П.Ракша, В.П.Маленко, П.Г.Шварц Полип уретры, вызвавший острую задержку мочеиспускания. // Урология, 2001, Nr. 2, стр. 45-47.
2. Jores L. // Arch. path. anat. – 1894. – 135. – p.224
3. Nellans R. E., Stein J.J. // Urology. – 1975. – Vol. 9. – p. 474.
4. Downs R. // Br. J. Urol. – 1970. - Vol.42. – p.76.
5. Kunimi K., Shimamura M., Miyagi T., Kurumaya H. // Intern. Urol. Nephrol. 1994.- Vol. 26, N 6. – p. 669-672.
6. Pacic D., Dolezel J., Skoumal R. et. al. // Intern. Urol. Nephrol. – 1993. – Vol. 25, N 5. – p. 479-484.

TRATAMENTUL ENDOSCOPIC A REFLUXULUI VEZICO-RENAL CU DEFLUX

A. Buza, A. Tănase, M. Bîrsan, V. Șaptefrați, A. Iuhtimovschi

USMF «N. Testemițanu», Spitalul Clinic Municipal «V. Ignatenco», Chișinău

Summary

The endoscopic treatment with Deflux of vesico-renal reflux at children is a modern and up-to-date management. The dextranomer is the basic agent, it is main support under the urethral orifice and is easily biodegraded by the hydrolysis. The capacity of hyaluronic acid to cicatrize the wound can contribute to a good accepting of the implant. Deflux is a good alternative in endoscopic treatment of vesico-renal reflux.

Actualitatea

Refluxul vezico-renal la copii este cea mai gravă afecțiune a tractului urinar ce duce la invaliditate în 50-60 % (1-2).

Pe parcursul ultimilor ani tratamentul endoscopic al refluxului vezico-renal a devenit o metodă frecvent utilizată cu o rată de eficiență 60-80% (4-7). Pentru injectare endoscopică au fost propuse diverse materiale artificiale, precum politetrafluoroetilena (Teflonul) și siliconul. Aceste materiale rămân pentru totdeauna în corpul uman și efectele adverse tardive sunt insuficient studiate. Unele date ne sugerează, că jelul de Teflon poate cauza granulomatoză și migrare spre organele parenhimatoase distante (8-9). Siliconul poate provoca reacții autoimune (10-11). Scepticismul crescând asupra eficacității metodei a intensificat căutarea unui material biocompatibil și biodegradabil. Au fost testate multe materiale naturale (12-13), dar numai colagenul de bovină este unica substanță biologică folosită clinic cu rezultate satisfăcătoare.

Scopul studiului

Aprecierea siguranței și eficienței de durată scurtă și tardivă a noului preparat – implantul biocompatibil, dextranomer în soluție de heparin de sodiu (sistemul Deflux).

Material și metode

Sistema implantului: Defluxul constă din microsferă de 80-120 mm dextranomer în soluție de 1% de acid hialuronic. Într-un ml al acestui produs foarte viscos se află 0,5 ml. de microsferă. Acidul hialuronic este un glucozoaminoglican identic cu multe țesuturi umane. După implantare acidul hialuronic dispare într-o săptămână. Microsferăle de dextranomer reprezintă o rețea de legătură de dextran, o polisaharidă bine cunoscută. Nu există molecule de dextran care circulă liber.

În studiu au fost incluși 4 de pacienți (2 fetițe și 2 băieți) în vîrstă de 5-13 ani cu reflux de gr. II-IV stabilit la cistouretrografie la un interval de 6-12 luni. Au fost incluși atât pacienți cu operații antireflux în antecedente, cât și pacienți cu reflux depistat primar. La toți pacienții în scop profilactic s-au administrat preparate antibacteriene. Refluxul a fost unilateral la toți pacienții. La un pacient a fost diagnosticată o recidivă a refluxului pe dreapta de gr. III-IV, la două fetițe - reflux mixt pe stînga de gr. II-III și a la al 4-lea pacient - reflux mixt vezico-renal de gr. II-III pe rinichi unic stînga (Tabelul 1)

Repartiția pacienților conform tipului de reflux

Pacienții	Vârsta	Gradul refluxului	Rezultatul implantării
N 1	6 ani	Recidivă a RVR pe dreapta gr. III-IV după operație	Însănătoșire
N 2	13 ani	RVR gr. II-III în rinichiul solitar pe sînga	Refluxul persistă, v-a fi reimplantat
N 3	5 ani	RVR mixt gr. II pe sînga	Însănătoșire
N 4	6 ani	RVR mixt gr. II-III pe sînga	Însănătoșire

Rezultate

Tehnica tratamentului: Pentru implantare am folosit cistoscopul 10 F de tip comun, precum și un ac special de 25 cm, 3,5 F, poleit cu politetrafluoretilenă (PTF). Implantul a fost introdus la ora 6, sub orificiul ureteral. Datorită proprietăților pseudoplastice ale hialuronului de sodiu substanța s-a aplicat ușor. Injectarea subureterală a 0,4 - 1,0 ml de Deflux, a creat instantaneu o proeminență considerabilă a orificiului ureteral. În majoritatea cazurilor pentru rezolvarea refluxului a fost suficientă o singură implantare, doar într-un caz a fost necesară o nouă implantare. Procedura endoscopică a fost efectuată sub anestezie generală.

Urmărirea postoperatorie: Am efectuat ecografie în prima zi după operație și la interval de o lună. La 3 luni s-a efectuat cistouretrografie. La un an postoperator am efectuat urografie intravenoasă. Profilaxia cu antibiotice a fost continuată pînă la prima cistouretrografie tratament antibiotic a continuat doar la pacienții cu reflux persistent (gr. III și >). În atare situație pacienților li s-a propus reefectuarea procedurii de implant.

Timpul intervenției a fost de 10-12 min. Implantarea n-a generat efecte adverse și toți pacienții au fost externati în aceeași zi. Nu am semnalat nici un caz de stenoză ureterală. Examinările ecografice la o zi și o lună după implantare n-au apreciat dilatări a căilor urinare superioare. La 3 luni după implantare s-a efectuat cistouretrografia, care a arătat că RVR de gr. II-III în 3 cazuri (75%) a dispărut, la un pacient cu rinichi solitar pe sînga refluxul vezico-renal persistă.

Discuții, concluzii

Tratamentul refluxului vezico-renal la copii rămîne o problemă controversă (14-15). Scopul tratamentului conservativ este prevenirea atacului de pielonefrită și a răsunetului negativ asupra rinichilor. În multe centre este preferat tratamentul conservativ, intervențiile chirurgicale se efectuează doar la pacienții cu grad înalt de reflux, la pacienții cu infecții recurente și cu reflux-nefropatie. Studii internaționale arată că rata de dispariție spontană a refluxului de gr. III-IV este foarte mică. Refluxul persistă la 5 ani de depistare în mai mult de 80%. Profilaxia cu antibiotice se face atît timp cît persistă refluxul. Astfel, majoritatea copiilor cu RVR vor fi supuși pe parcursul a cîtorva ani tratamentului medicamentos și la examinări radiologice anuale, iar în caz de persistență a refluxului, pacientul v-a fi supus operației.

Corecția endoscopică a RVR propusă de Matoucek în 1981 (16) și O'Donell și Puri în 1984 (17) a fost acceptată ca o procedură standard în multe centre urologice pediatrice din Europa.

Este important de a aplica injectarea conform recomandățiilor lui O'Donnell (18). Cele mai bune rezultate au fost obținute cînd implantarea se efectuează cît mai superficial sub mucoasă și alături de orificiu la ora 6 fix. Această amplasare poate fi cel mai bine obținută cu ajutorul unui ac special cu o acoperire de PTF, ce prevede penetrarea cît mai adîncă în perețele vezical. Implantarea se efectuează ușor și repede, procedura fiind asemănătoare cu o simplă cistoscopie.

Pentru a decide care pacient trebuie tratat endoscopic, a fost sugerată ideea că, prezența anomaliilor grave a orificiului ureteral de gr. înalt IV-V a RVR și ureterele duble prezintă contraindicații, rezultatele în aceste grupe fiind mai puțin satisfăcătoare. Experiența noastră demonstrează, că RVR de gr. II - IV poate fi tratat endoscopic cu succes.

Rezultatele obținute ne permit de a concluziona, că implantarea subureterală cu Deflux poate servi ca o alternativă a altor materiale injectabile în tratamentul endoscopic a RVR la copii.

Bibliografie:

1. Лопаткин Н. А., Пугачёв А. Г., Родоман В.Е. Пилонефрит у детей. – М., 1979.
2. Державин В. М., Казанская И. В., Вишневский Е. Л., Гусев С. Б. Диагностика урологических заболеваний у детей. – М. 1984.
3. A. Stenberg, G. Lakcgren.: A new bioimplant for the endoscopic treatment of vesicoureteral

- reflux: experimental and short-term clinical results. The J. of Urol. 1995, Vol. 154, 800-803.
4. Buckley, J.F., Azmy, A.A., Fyf, A. Et al.: Injectable microparticulate silicone: a new treatment to correct vesicoureteric reflux. Eur. Urol., July, 1992.
 5. Frey, P., Berger, D., Jenny, P. and Heryog, B.: Subureteral collagen injection for the endoscopic treatment of vesicoureteral reflux in children. Followup study of 97 treated ureters and histological analysis of collagen implants. J. Urol., part.2, 148: 718, 1992.
 6. Puri, P.: Endoscopic correction of primary vesicoureteric reflux by subureteric injection of polytetrafluoroethylene. Lancet, 335: 1320, 1990.
 7. Maizia, A.A. Jr., Reiman, H. M., Myers, R.P. et al.: Migration and granulomatous reaction after periurethral injection of Polytef (Teflon). J.A.M.A., 251: 3277, 1984.
 8. Mittleman, R.E. and Marraccini, J. V.: Pulmonary teflon granulomas following periurethral Teflon injection for urinary incontinence. Arch. Path. Lab. Med., 107: 611, 1983.
 9. Rames, R.A. and Aaronson, I.A.: The migration of Polytef paste to the lung and brain following intravesical injection for the correction of reflux. Ped. Surg. Int., 6: 239, 1991.
 10. Biesang, A. B., III and Ersec, R.A. : Mammalian response to subdermal implantation of textured microimplants. Aesthetic Plast. Surg., 16: 83, 1992.
 11. Travis, W. D., Bologh, K. and Abraham, J. L.: Silicone granulomas: report of three cases and review of the literature. Hum. Path., 16: 19, 1985.
 12. Atala, A., Kim., Paige, K et al.: Endoscopic treatment of reflux with autologous chondrocytes. Amer. Acad. Ped., abstract 65, 1993.
 13. Dodat, H., Takvarian, P. et al. : Treatment of vesicoureteral reflux in children by endoscopic injection of Teflon. Ped. Surg. Int, 6: 273, 1993.
 14. Scoog, S.J., Belman, A.B. and Massoud, M.: A nonsurgical approach to the management of primary vesicoureteral reflux. J.Urol., part.2, 138: 941, 1987.
 15. Tamminen-Mobius, T., Brunier, E., Ebel, K. et al on behalf of the International Reflux Study in Children: Cessation of vesicoureteral reflux for 5 years in infants and children to medical treatment. J.Urol., part 2, 148: 1662, 1992.
 16. Matouschek, E.: Die Behandlung des vesicorenalen Refluxes durch transurethral Einspritzung von Teflonpaste. Urologe A, 20: 263, 1981.
 17. O'Donnel, B. And Puri, P.: Treatment of vesicoureteric reflux injection of Teflon. Brit. Med. J., 289: 7, 1984.
 18. O'Donnel, B.: Endoscopic correction of vesicoureteric reflux (the Sting): 6 years experience. Ped. Surg.Int., 6: 266, 1991.

COMPARAȚIA PROCEDEULUI LAMBOULUI PERIMEATAL BAZAL (MATHIEU) ȘI A PLATOULUI URETRAL TUBULARIZAT INCIZAT (SNODRASS) ÎN HIPOSPADIASUL PRIMAR DISTAL LA COPII

A. Buza, A. Tănase, M. Bîrsan, A. Iuhtimovschi, V. Șaptefrați
 USMF «N. Testemițanu», Spitalul Clinic Municipal »V. Ignatenco«

Summary

To determine whether the perimeatal-based flap technique or the tubularized incised-plate repair is the more successful treatment for distal hypospadias in terms of fistula rate, cosmesis of the meatus and operative duration. The complication rate was lower and the surgery significantly quicker with the Snodgrass urethroplasty, which also had a better cosmetic outcome. The Snodgrass technique is recommended as a primary treatment for distal hypospadias.

Actualitatea

Pentru pacienții cu hipospadias distal, este caracteristic în ~80% amplasarea meatusului în poziție coronară sau subcoronară (1). Pînă nu demult operația de elecție în hipospadiasul distal primar era uretrotomia cu lambou perimeatal bazal, operația Mathieu propusă în a.1932 (2-4). Cele mai frecvente complicații postoperatorii în chirurgia hipospadiasului sînt fistulele uretrocutate și stenoza meatală care se întîlnește la peste 25% din pacienți (5). Pe de altă parte, tehnica operatorie cu lambou perimeatal bazal creează un meatus rotund și orizontal, care din punct de vedere cosmetic este mai puțin acceptabil decît un meatus vertical și o deschizătură apicală normală și fiziologică (6). Combinarea tehnicilor lamboului tubularizat incizat și a lamboului perimeatal bazal duc la rezultate cosmetice postoperatorii mult mai bune.

Obiective

A determina dacă procedeul platoului uretral tubularizat incizat (TIUP) sau tehnica lamboului perimeatal bazal este mai adecvat pentru tratamentul chirurgical al hipospadiasului distal. A aprecia eficiența metodelor susnumite prin prisma apariției complicațiilor postoperatorii (fistule), a rezultatelor cosmetice finale, starea meatului și durata intervenției chirurgicale.

Material și metode

Între lunile aprilie 1999 și octombrie 2001, în clinică au fost internați și operați 24 de copii, (fără intervenții chirurgicale în antecedente pentru hipospadias). Dintre aceștia cu hipospadias primar distal – coronar au fost 13 (54,1%) și subcoronar 11 (45,9%). Forma coronară a fost operată după Mathieu, forma subcoronară după Snodgrass (vîrsta medie 84 luni, rangul 24 – 180 luni). Durata observării postoperatorii a fost 24 luni.

Rezultatele

Doi copii operați după procedeul Mathieu au avut fistule uretrocutate și doi au avut stenoze meatale, comparativ cu procedeul Snodgrass, unde numai într-un caz am înregistrat stenoză meatală. Durata medie a operației a fost semnificativ mai scurtă pentru procedeul Snodgrass în comparație cu Mathieu (75 și 120 min.) $P < 0,05$. Postoperator meatul cu o deschizătură apicală normală la toți pacienții operați după Snodgrass. Pacienții operați după procedeul Mathieu a avut meatul rotund și orizontal (Tabelul 1)

Tabelul 1

Rezultatele intervențiilor chirurgicale în dependență de procedeul aplicat

Denumirea operației	Nr pacienți	Durata operației (min)	Complicațiile	Starea meatului
Snodgrass	11	75	1 fistulă	Verticală
Mathieu	13	120	2 fistule; 2 stenoze	Rotundă; Orizontală

Concluzie

În hipospadiasul primar distal la copii este preferabilă utilizarea tehnicii chirurgicale după Snodgrass. Complicațiile postoperatorii sunt semnificativ scăzute, iar rezultatele cosmetice mai bune (slit-like meatus) - după procedeul Snodgrass.

Bibliografia

- 1.DevineCj Jr, Allen TD, Kelalis PP, Hodson NB, DuckettJW, HortonCE. Hipospadias. Dial Ped Urol 1978; 1: 2-4
- 2.Mathieu P Traitement en un temps de l'hipospadias balanique et juxtabalanique. J. Chir 1932; 39: 481-4
- 3.Dewan PA, Dinneen MD,WinkleD, Duffy PG, Ransley PG. Hypospadias: Duckett pedicle tube urethroplasty. Eur Urol 1991; 20: 39-42
- 4.Gonzales Et Jr, Veeraraghavan KA, Delaune J. The management of distal hypospadias with meatal-based, vascularized flaps. J.Urol 1983; 129: 119-22
- 5.Uygur MC, Erol D, Germyyanoglu C. Lessons from 197Mathieu hypospadias repairs performed at a single institution. Pediatr Surg Int 1998; 14: 192-4
- 6.Rabinowitz R. Outpatient catheterless modified Mathieu hypospadias repair. J. Urol 1987; 138: 1074-6

MEGAURETER LA COPII

**B.Curajos, A.Curajos, V.Dzero, I.Zaharia, V.Roller, L.Seu, J.Bernic,
A.Munteanu, E.Ghețeu**

*Clinica Institutului de Cercetări Științifice
în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului,
Centrul științifico-practic de Chirurgie Pediatrică «N.Gheorghiu»*

Summary

Megaureterohydronefrosis in child is the polyetiological pathology that remains the important problem of the child's urology. MUHN is the social problem, which leads to early invalidization of child and new-borns. The definition of the correct tactics of investigation and choice of traditional methods of treatment of MUHN in child in dependence of etiology permits the considerable decrease of number of complications and in result the invalidisation of children.

Actualitatea

Megaureterohydronefroza (MUHN) la copii constituie pînă în prezent un vast capitol al urologiei pediatrice și prezintă o importanță deosebită din punct de vedere al diagnosticului și tacticii raționale de tratament. MUHN poate provoca insuficiență renală la noi-născuți și copii de vîrstă mică și mărește numărul invalizilor din copilărie.

Terminologia de megaureter a fost propusă în 1923 de Caulc, prin care se înțelege dilatarea ureterului pe tot parcursul și pierderea funcției de eliminare a urinei.

Pe parcursul anilor această maladie se descria ca:

- dilatarea chistică a ureterului;
- ghirsprung urologic;
- ahalavia ureterului;
- ureter gigant;
- hydroureter;
- dilatarea congenitală a ureterului, etc.

Problema diagnosticului și tratamentului rațional în dependență de forma și cauza megaureterului nu este soluționată. MUHN este o problemă medico-socială, ținînd cont de invalidizarea copiilor ce suferă de patologia în cauză.

Scopul

Elaborarea unei tactici optime de diagnostic și tratament precoce a copiilor ce suferă de MUHN, care va duce la îmbunătățirea rezultatelor tratamentului unei patologii atât de grave.

Material și metode

Studiul s-a efectuat pe un lot de 126 copii cu MUHN, care au fost tratați în secția urologie CI-ȘOȘMșiC și s-au repartizat în felul următor:

- 1) MUHN refluxantă - 89
- 2) MUHN obstructivă (organică și funcțională) - 37

Copiii au fost supuși corecției chirurgicale cu utilizarea diferitor procedee. Studiul a fost efectuat conform unui protocol standard de examinare și tratament, care a inclus:

- examinările clinice, clinico-biochimice;
- ultrasonografie cu examinarea obligatorie a ureterului pe tot traiectul;
- investigații radiologice (urografia intravenoasă și de infuzie, cystouretrografia micțională, uretrografia retrogradă);
- examenare radioizotopică;
- cystoadaptometria, cystoscopia, etc.

În clinica noastră a fost elaborată o metodă de examenare R-logică, ce are drept scop simplificarea stabilirii diagnosticului corect și alegerea tacticii optime de tratament chirurgical.

Deseori la o MUHN medicul se înfîlșește cu un tablou de «hydronefroză» pe urograme, cînd, din cauza funcției scăzute a rinichiului, pe R-grame se depistează numai rinichiul mărit în dimensiuni cu cavitățile dilatate, dar ureterul dilatat cu stenoză iuxtavezicală nu se depistează, deoarece vezica urinară, plină de substanță de contrast, nu ne permite vizualizarea segmentului inferior al ureterului. În atare situații adeseori se intervine chirurgical (greșit) la joncțiunea pyeloureterală.

Noi efectuăm un clișeu R-logic tardiv, cînd substanța de contrast ajunge pe ureterul atonic

pînă la porțiunea stenozată și un clișeu și mai tardiv postmijcțional, în poziție ortostatică, cînd se vizualizează ureterul dilatat sinusoidal și porțiunea stenozată a ureterului. Ultimul clișeu adeseori ne-a permis, alegerea corectă și eficientă a tacticii de tratament.

Rezultate și discuții:

Analiza de ansamblu a datelor obținute ne-a permis să stabilim că în lotul MUHN obstructive predomină băieții ~2:1, dar componența MUHN refluxante se repartizează practic egal cu un număr ușor sporit a fetițelor. Propunem clasificarea MUHN în dependență de etiologie, de care în mare parte depinde tactica rațională de tratament.

	Clasificarea megaureterului	
	Primar	Secundar
I. MU obstructiv	1.Stenoza ureterului în porțiunea juxtavezicală 2.Stenoza meatului uretral (ureterocel: simplu și ectopic) 3.Ureter ectopic	1. Megacist a) Obstrucția infravezicală b) vezica urinară neurogenă c) postoperator – tumori retrovezicale 2. Diverticol a vezicii urinare 3. Concrement 4. Tumori vezicale 5. Stenoza meatală inflamatorie posttraumatică
II. MU refluxant	RVR primar	1.Obstrucție infravezicală 2.Vezica urinară neurogenă 3.Diverticol a vezicii urinare
III. Non-obstructiv, Non-refluxant	Dilatatarea idiopatică a ureterului	Diabet insipid IRC - poliurie

În practică utilizăm următoarea clasificare a procesului patologic conform evoluției.

I faza (subcompensată) – ahalazia

II faza - megaureter

III faza – MUHN

Megaureterul nu are un tablou clinic caracteristic. Malformația, care duce la complicații severe – insuficiență renală cronică, se dezvoltă fără semne caracteristice acestei maladii. Patologia se depistează atunci cînd se asociază infecția tractului urinar și insuficiența renală. Copiii se dezvoltă relativ «normal», nu prezintă acuze tipice. Numai la cercetarea detaliată se poate depista dilatarea cistoidului inferior, mai rar mediu. În faza mai avansată «apar» primele semne de patologie:

- slăbiciuni generale
- dureri abdominale
- cefalee
- febră «acauzală»
- piurie stabilă sau recidivantă

La cromocistoscopie – eliminarea tardivă a colorantului. La urografia intravenoasă - dilatarea ureterului pe tot parcursul și hidrocalicoză. Tabloul clinic fazei a III-a este cu mult mai «bogat»:

- acuzele sunt mai pronunțate;
- ureterele sunt dilatate (în diametru peste 3 cm) și pronunțat lungite, sinusoidale (contractiile lipsesc);
- apare hidrocaliconefroză;

Acești copii necesită tratament intensiv în condiții de staționar specializat.

Am dori să atragem atenția urologilor că în caz de reflux pronunțat, și mai ales bilateral, la băieți, e necesar de exclus stenoza congenitală a uretrei posterioare (uretoscopia, calibrare cu buji olivare), deoarece la cistometriografia micțională stenoza poate să nu se vizualizeze. Această formă a stenozei congenitale a uretrei posterioare o calificăm ca ureterohidronefroză refluxantă. Dacă nu se depistează și nu se înlătură stenoza uretrei, dar se efectuează numai plastia antireflux, eșecul postoperator este garantat.

MUHN, care se prelungește de mulți ani și duce la scăderea funcției renale, pînă la insuficiența renală cronică, pune problemele efectuării unui tratament efectiv, printre care un loc important le aparține corecțiilor chirurgicale. Scopul lor e de a păstra funcția renală și a contribui la ameliorarea urodinamicii.

În practica noastră nu am înfăptuit cazuri de rezolvare «spontană» a megaureterului la nou-născuți, descrise în literatură (M.Domini, A. Aguino).

Am adoptat în clinică următoarea tactică de tratament al MUHN:

- în caz de diagnosticare a MU congenital, toți copiii se supun tratamentului chirurgical;
- în cazul prezenței obstrucției infravezicale, prima etapă e înlăturarea ei;
- tratamentul conservativ se practică la MU refluxante cu funcția renală păstrată, fără acutizarea infecției urinare.

La RVR gr.III tratamentul conservativ practic nu va avea efect pozitiv stabil, deoarece peste câteva săptămîni (luni) la copil din nou apare piuria, precum și agravarea stării generale. La RVR de gradul IV-V și la gradul III, la care în urma tratamentului conservativ n-am obținut efectul așteptat, se practică corecția chirurgicală. Un viitor bun îl are și injectarea în meatul uretral a substanțelor de tip «Deflux». După datele literaturii majoritatea specialiștilor practică în MU obstructiv rezecția sectorului stenozat și neoureterocistoanastomoza cu procedeu antireflux.

În secția urologie CICȘOSMșiC cea mai mare apreciere o are așa numită metoda «Mebel» în modificarea prof.B.Curajos, fără modelarea ureterului pe parcurs. La megaureterele refluxante, ce nu necesită rezecția ureterului se practică și plastia antireflux, procedeu Gregoir. În acele cazuri cînd rinichiul și-a pierdut funcția sau în pionefroze au fost efectuate nefro- sau heminefrectomiile. Operații plastice e necesar de efectuat cât mai precoce posibil, cînd este păstrată funcția rinichiului și activitatea dinamică a ureterului. Toate intervențiile chirurgicale se efectuează numai după tratarea procesului inflamator din vezica urinară. Prezența cistitei în faza de acutizare prezintă contraindicație pentru intervenții chirurgicale plastice. În cazul prezenței urinei reziduale (mai ales în vezica urinară hipotnă), preoperator se instalează un cateter permanent de tip Foley pe o durată de 1 lună și mai mult. MU cauzat de obstrucția infravezicală se operează după înlăturarea obstrucției. Un rol important îl are și rezolvarea disinergerii detruzoro-sfincteriene (Э.Я. Гусейнов, 2001).

Conform datelor clinicii noastre aplicarea uretero-pielonefrostomelor, în majoritatea cazurilor nu este eficientă și complică tratamentul chirurgical radical ulterior (Pot fi aplicate ca o măsură paliativă după indicații vitale). Cu scop de ameliorare a rezultatelor tratamentului chirurgical se practică tratament intensiv al cistitei postoperatorii, care include:

- tratament antibacterian;
- desenzibilizante;
- instilații a vezicii urinare;
- tratament antisclerotic;
- fizioterapie, curent de frecvență supratonală, curent «Bernar»

Tactica tratamentului subscirs ne-a permis să micșorăm termenul de obstrucție funcțională a ureterului, să diminuăm frecvența cistitei postoperatorii și a contribuit la ameliorarea rezultatelor tratamentului chirurgical al megaureterului.

Analizînd rezultatele apropiate și tardive a intervențiilor chirurgicale efectuate în secția de urologie și chirurgie a nou-născuților, am observat că majoritatea ureterelor își «revin» atît în dimensiuni cît și funcțional:

- În majoritatea cazurilor a dispărut refluxul activ și pasiv;
- s-a ameliorat funcția renală;
- s-a ameliorat procesul recidivant-inflamator în rinichi și vezica urinară.

De rînd cu rezultatele pozitive, au avut loc și complicații:

I. Recidive a refluxului	7
II. Obstrucția postoperatorie a segmentului uretero-vezical	2
III. Recidive tardive (peste 5-7 ani)	11

Concluzii

- 1.Megaureterchidronefroza este o maladie poli etiologică care necesită conduită terapeutică diferențiată.
- 2.MU refluxant, mai ales la băieței, necesită excluderea și înlăturarea obstrucției infravezicale și apoi plastie antireflux.
- 3.MUHN în majoritatea lor se manifestă prin infecție urinară recidivantă cu evoluție gravă. La nou-născuți și sugari deseori sunt depistate dereglări ale funcției renale.
- 4.MU obstructive în majoritatea lor se tratează chirurgical.
- 5.Dacă nu există necesitatea de a rezeca segmentul ureterului, se aplică plastia conform procedurii Gregoir, dacă ureterul se rezecă – ureterocistoneoanastomoză cu procedeu antireflux.
- 6.Ureterul dilatat nu necesită modelare, deoarece el își revine îndată după înlăturarea obstrucției.

Bibliografie

1. Материалы V- Пленума Урологов (Ленинград 1981).
2. Пугачев А.Г., Урология, 1999, № 4, с.3-5.
3. Гусейнов Э.Я., Вторичный обструктивный мегауретер с детрузорно-сфинктерно диссинергией у детей, Урология, 2001, №6, с.44-48.
4. Domini M., Aguino A., Palpalepore N. Conservativ Treatment of Neonatal Primary Megaureter Eur.j Pediatr.Surgery, 9 (1999), p.396-399.
5. Benneton D., Primary megaureter in pediatric urology. In: Retic AB, Cukier J: International Perspectives in Urology, 14 (1987), 429.

OBSTRUCȚIA INFRAVEZICALĂ LA COPII

**B.Curajos, V.Dzero, V.Roller, I.Zaharia, A. Curajos,
L.Curajos, J.Bernic, E.Ghețeu, A.Munteanu, L.Seu**

Centrul științifico-practic de Chirurgie Pediatrică «N.Gheorghiu»

Summary

Analyze the diagnostical experience and treatment of 505 children with IVO – including 320 girls with meatal stenosis, 163 boys with congenital stenosis and 22 with valves of posterior urethra. The diagnostical methods of IVO include miction cistouretrography, uretrocistoscopia, and urethral calibration. The treatment of obstruction and its consequences consists in transurethral excision of stenosis and valves rehabilitation (re-establishment) of superior urinary ways and the tract.

Actualitatea

Obstrucția infravezicală (OIV) ocupă un loc de bază în structura morbidității urologice la copii și provoacă dereglări ale întregului tract urinar – de la uretră pînă la rinichi. Răsunetul renal este provocat de dereglările urodinamice și asocierea infecției. Diagnosticul și tratamentul precoce al OIV duce la dispariția infecției urinare recidivante la majoritatea fetițelor și dispariția sau ameliorarea dereglărilor morfofuncționale ale tractului urinar superior la băieței.

Material și metode

În clinica de urologie al ICȘOSMșiC s-au tratat 505 copii cu OIV, inclusiv 320 fetițe cu stenoza meatală, 163 băieței – cu stenoza congenitală și 22 cu valvule al uretrei posterioare. De rînd cu examenul clinic și laborator la acești pacienți s-a aplicat sonografia, s-a apreciat ritmul urinării, cistouretrografia micțională, urofluometria mecanică și cu radioizotopii, cistoadaptometria, uretrocistoscopia, urografia i/v.

Rezultate și discuții

Clinic obstrucția la fetițe s-a manifestat prin infecție urinară recidivantă – 77%, dereglări micționale (micțiuni imperative, enurezis) – la 43%, pe cînd la băieței dereglări micționale constituie 71%, asocierea infecției urinare la 43%.

Obstrucția infravezicală, mai ales la băieței prezentată intrauterin și la naștere prezintă o simptomologie, care este dependentă de gradul stenozei uretrale și răsunetul suprastenotic a căilor urinare. La nou-născuți și sugari se observă un tablou clinic sever, ce se manifestă prin semnele generale – febră, anemie, precum și tulburări digestive, anorexie, grețuri, vărsături, diaree, care pot determina un sindrom de dehidratare acută. Tulburări micționale – jet slab, retenția urinei, glob vezical. La palpate practic întotdeauna se depistează un rinichi mare.

La copii mai mari și adolescenți tabloul clinic este dominat de simptomologia urologică: tulburările micționale sunt pe prim plan și în corelație directă cu gradul stenozei. Cel mai frecvent semn este dizuria, polachiuria și incontinență urinară nocturnă, mai tîrziu și diurnă. Jetul urinar este redus ca calibrul și putere de proiecție. În cazuri severe fiecare micțiune este extrem de dureroasă și necesită un efort ca să se poată realiza, prin comprimarea regiunii hipogastrice.

În final apare o hipotonie a detruzorului cu incontinență de urină falsă (urinări prin prea plin). Aceste cazuri apar uneori lent, altelei simptomele urinare rămîn constante ani de zile, copilul se deprinde cu suferința sa și se adresează la medic în caz de retenție acută de urină, dureri în abdomen, febră sau chiar insuficiență renală. La fetițe dereglările micționale nu sunt așa pronunțate și se manifestă prin polachiurie, micțiuni imperioase, enurezis.

La cistografie, datorită hipotrofiei detruzorului, apar coloane și trabecule pe peretele posterior al vezicii urinare, vezica are aspect caracteristic de vezică cu celule și coloane. Progresiv se formează pseudodiverticuli și o mărire a capacității vezicale.

Deoarece uretra, colul vezical și vezica urinară embriologic și funcțional sunt întegre, paralel cu hipertrofia detruzorului, apare și hipertrofia colului vezical care pe parcurs se decompensează.

La cistouretrografie micțională colul vezical la început se ridică, pe parcurs este spazmat și alungit, mai apoi se dilată și scurtează. Aceste modificări trebuie avute în vedere, deoarece înainte de a stabili un diagnostic de maladie a colului vezical este necesar de exclus obstrucția vezicală.

În caz de SCUP la băieței, în partea distală a uretrei posterioare (la hotar cu cea anterioară) se depistează o stenoză anulară și dilatare a uretrei suprastenotice. La fetițe – stenoza meatală cu dilatare a uretrei suprastenotice mai mult sau mai puțin pronunțate.

În caz de valvule uretrale, anatomic localizate supra- submontanal, se observă o dilatare a uretrei posterioare în treimea proximală. La o stenoză congenitală uretra dilatată se termină brusc la nivelul obstrucției. La valvule uretra dilatată se îngustează progresiv și aproape întotdeauna în lumenul uretral se observă o diafragmă ca o «pînză întinsă».

Uretra anterioară în ambele maladii nu este schimbată. În stenoza pronunțată se observă o dilatare poststenotică care practic lipsește în caz de valvule. Un aport considerabil la o diferențiere între valvule și stenoză ne aduce calibrarea uretrei cu bujii cu olivare. La valvule uretra e permeabilă pentru buj, iar la stenoză, la hotar cu uretra posterioară, bujul «alunecă» printr-un inel de consistență cartilagineasă. Uneori, în caz de valvule, la ieșirea bujului din uretra posterioară se simte o obstrucție ușoară.

La uretrocistoscopie în partea distală a uretrei posterioare se depistează o prolobare inelară în lumenul uretrei cu un foramen în centru sau excentric. În dependență de gradul obstrucției se observă: o dilatare a uretrei posterioare, veromanitanul mărit, deseori edimat; colul vezical deschis; în vezică – coloane, trabecule și pseudodiverticuli.

La urofluometrie radionuclidă se observă o diferență de transit supra- și substenotic. În afară de această doar cu metoda susnumită se poate înregistra mișcarea turbulentă a urinei în segmentul suprastenotic dilatat, care nu se poate aprecia cu nici un aparat urodinamic mecanic.

Cistoadaptometria s-a efectuat pentru aprecierea dereglărilor funcționale ale detruzorului. În dependență de gradul de obstrucție, capacitățile de compensare a vezicii, s-au depistat: normotonia, hipertonia și hipotonia intravezicală și posibilitățile de adaptare.

În sectorul stenozat a uretrei posterioare histologic se observă o concentrare sporită de țesut conjunctiv cu edem și infiltrație dispersă. Mucoasa este tapetată cu epiteliu pluristratificat. Vasele de microcirculație prezintă leziuni manifestate prin tumescență mucoidă, fibrinoidă, deformarea pereților îngroșați și sclerozați. Tunica musculară aproape totalmente substituită cu țesut conjunctiv printre care parțial se vizualizează fibre musculare atrofiate. Această ne demonstrează că este un proces congenital cu asocierea infecției, care implică peretele uretrei în întregime.

Răsunetul suprastenotic depinde de gradul stenozei și capacitățile de compensație a segmentului suprastenotic a uretrei posterioare, a vezicii urinare și a colului vezical. Fiziopatologic dereglările clinico-anatomice se desfășoară în două direcții – dereglări funcționale, micționale, și infecția urinară, care în comun duc la dereglarea funcției renale.

Conform manifestărilor clinice și în urma investigațiilor aplicate am evidențiat patru forme clinico-radiologice ale SCUP.

Forma I – compensată – stenoza anulară în partea distală a uretrei posterioare cu dilatare neînsemnată a uretrei suprastenotice pe seama peretelui posterior și în regiunea colului vezical o proeminență în lumen al peretelui posterior. Vezica urinară puțin deformată cu trabecule pe perețele posterior. Ureterele și rinichii fără dereglări pronunțate.

Forma II – subcompensată – stenoza anulară a uretrei posterioare distale cu o dilatare pronunțată a uretrei suprastenotice, colul vezical îngustat și alungit. Vezica urinară deformată, trabeculată, cu dilatarea tractului urinar superior.

Forma III – decompensată – stenoza anulară pronunțată cu dilatare vădită suprastenotică. Colul vezical dilatat și scurtat. Vezica urinară mărită în volum, cu trabecule și pseudodiverticuli. Dilatare pronunțată a căilor urinare superioare, dereglări de funcție a rinichilor și adesea reziduu vezical.

Dorim să menționăm că, există o formă clinico-radiologică a SCUP – ureterohidronefroză refluantă. Clinic sunt semne de infecție urinară, dereglarea funcției renale. La CU micțională uretra, colul vezical neschimbat, vezica urinară nu are semne de vezică de luptă. Această are loc din cauza că torentul urinar înfîpînînd hipertensiune joasă, mai ușor se întoarce în uretere - reflux. În diagnosticul acestei patologii un rol important îl are uretrocopia și calibrarea uretrei cu bujii olivare.

Formele expuse nu depind de vârsta copilului, ci de gradul obstrucției. Astfel formele I-II s-au decelat nu numai la copii de vîrstă mică, dar și la adolescenți, iar forma III – s-a decelat și la nou-născuții și sugari.

Manifestările clinice: În forma I predomină polachiuria, enurezisul, în forma II și mai ales în forma III – enurezisul, incontinența urinară diurnă, reziduu vezical.

Durerile abdominale, lombare: În forma I – 17%, forma II – 25%, forma III – 50%; febra: În forma I – 20%, II – 30%, III – 55%; infecția urinară – în forma I – 30% (neînsemnată), II – 50%, III – 6% (vădită). Datele prezentate sugerează că, chiar la o stenoză pronunțată la băieții nu întotdeauna se asociază o infecție urinară.

Reflux vezico-renal a fost depistat la 124 copii.

În dependență de forma clinico-radiologică am elaborat principiile de tratament ale OIV. La fetițe și în caz de compensație se înlătură obstrucția, la prezența infecției – o cură de scurtă durată (2 săptămâni - 1 lună) de uroantiseptice și restabilirea funcției detruzorului prin proceduri fizioterapeutice. În subcompensație – SCUP și valvule uretrale – înlăturarea obstrucției, uroantiseptice, restabilirea funcției detruzorului. Dacă în decurs de 6 luni obținem o ameliorare, continuăm tratamentul conservator, în caz contrar, după necesitate se efectuează operații plastice a căilor urinare superioare, mai frecvent operații antireflux. Mai multe dificultăți prezintă tratamentul copiilor cu formă decompensată și uretrohidronefroză refluxantă. Cel mai frecvent acești copii sunt internați în stare foarte gravă și orice investigație cu scop diagnostic și înlăturarea obstrucției sunt contraindicate prezentând pericol vital. Deaceia la prezența unui reziduu vezical se practică cistostomia, la acutizarea infecției renale, cu mărirea în volum a rinichilor - nefrostomie percutană. Peste 14-30 zile de tratament conservator starea se ameliorează, se apreciază diagnosticul, și se înlătură obstrucția. Ulterior se aplică tratament antibacterian, restabilirea funcției detruzorului, iar după 6-12 luni plastia căilor urinare superioare.

Stenoza meatală la fetițe se rezolvă operator – 2 incizii în regiunea meatală la orele 11 și 13 cu plasarea sondei permanente timp de 4-5 zile. Dilatarea cu bujii olivare nu este efectivă.

Pînă în anul 1985 tratamentul stenozei s-a efectuat prin dilatarea dozată a stenozei cu bujii metalice, dilatorul Kolman. Rezultatele acestui procedeu în majoritatea cazurilor erau nesatisfăcătoare. Mai firziu am efectuat dilatarea stenozei cu dilatorul mecanic Kolman (9 copii) sau uretrotomia oarbă cu comisurotom (8 copii). Rezultatele acestui tratament nu ne-au satisfăcut. În cazuri avansate a maladii, am efectuat plastia uretrei transperineale – procedeu Holțov (14 copii) și am aplicat o incizie longitudinală cu suturarea transversală a peretelui anterior a segmentului stenozat (9 copii). Rezultatele acestui tratament erau bune, dar în ultimul timp ne-am dezis și de ele, deoarece sunt niște intervenții traumatice, care necesită o anestezie îndelungată, o perioadă postoperatorie de cel puțin 10-12 zile.

Ultimii 15 ani înlăturarea obstrucției s-a efectuat prin procedee transuretrale cu rezectoscopul «Storz» – și cu uretrotomul original. Cu uretrotomul elaborat în clinică se rezeacă peretele anterior al segmentului stenozat a uretrei posterioare și valvulele uretrale.

Avantajele acestui procedeu sunt: uretrotomul este ieftin, ușor de construit și nu necesită aparatură adăugătoare; intervenția durează 3-5 minute, cateterul postoperator se înlătură la a 2-3 zi; cu uretrotomul se poate lua materialul excizat pentru examinare morfologică.

Am efectuat rezecea stenozei și valvulelor cu uretrotomul «Storz» și ne-am dezis de ea deoarece stenoza se află la hotarul de jos a pubisului și e dificil de a fixa uretrotomul, deoarece alunecă mai jos de segmentul stenozat. Uretrotomul original se oprește anume la nivelul inelului stenozat, care se supune exciziei. Cu uretrotomul original se poate perfora peretele uretrei deoarece nu era nici un «stop» pentru a determina adîncimea inciziei efectuate. Cu uretrotomul original perforat ia practic este exclusă, deoarece tubusul se află la nivelul peretelui uretral.

Cu scop de prevenire a stenozei cicatriceale după intervenții transperineale la 15 copii s-a aplicat cu succes un curs de amnioțen câte 5-7 injecții.

Operațiile antireflux se efectuează nu mai devreme de 6 luni-un an după înlăturarea obstrucției și doar după ce se restabilește actul micțional, se normalizează funcția detruzorului dar se menține infecția urinară recidivantă.

În caz că ureterul este vădit dilatat și alungit efectuăm neoimplantarea conform procedurii Mebel în modifiacția noastră, iar dacă ureterul nu este dilatat se aplică operația antireflux Lich-Gregoir.

La un reflux pronunțat cu megaureterohidronefroză unilaterală cu micșorarea funcției renale mai puțin de 25-30% s-a efectuat nefrouretrectomia (9 copii).

Cistostomia preparatorie s-a aplicat la 11, sondă permanentă – 8, și nefrostomia la 4 copii.

Pacienții operați s-au supravegheat pe o durată de timp de la 3 pînă la 15 ani.

Rezultatele s-au apreciat după dispariția semnelor clinice – incontinență urinară, infecție urinară, restabilirea sectoarelor suprastenotice și funcției renale.

Rezultatele depind de sex și gradul obstrucției. La fetițe semnele clinice au dispărut la 81 %, refluxul vezico-renal la 35 %. La băieții cu obstrucție nepronunțată, postoperator, peste o săptămînă la 50%, a dispărut polakiuria și incontinența urinară. În caz de obstrucție pronunțată – stenoză, valvule al uretrei posterioare, semnele clinice se ameliorează vădit, dereglările morfo-funcționale nu progresează, dar nu revin la normal chiar și după operații antireflux. Au decedat 4 copii.

Concluzii

1. La copii cu dereglări micționale (polachiurie, incontinență urinară, reziduu vezical), infecție urinară recidivantă, dilatarea căilor urinare superioare, e necesar de exclus obstrucția infra-vezicală.
2. Metodele de bază în diagnosticul OIV sunt: cistouretrografia micțională, uretoscopia și calibrarea uretrei,
3. La băieții cu reflux vezico-renal bilateral este neapărat indicată uretoscopia și calibrarea uretrei cu bujii olivare.
4. La fetițele cu OIV clinic predomină infecția urinară recidivantă, la băieții – dereglările micționale.
5. Tratamentul obstrucției și consecințelor ei constă în excizia transuretrală a segmentului stenozat, valvulelor și apoi restabilirea căilor urinare superioare.
6. După înlăturarea obstrucției, dereglările uretrei suprastenotice, colul vezical, vezica urinară, precum și refluxul vezico-renal gradul I-II sunt reversibile și necesită doar un tratament conservator. Căile urinare superioare, în caz de ureterohidronefroză, reflux vezico-renal gradul III-IV se supun unui tratament chirurgical nu mai devreme de 6 luni – un an după înlăturarea obstrucției și numai după normalizarea actului micțional și a funcției detrusorului vezical.
7. Dereglările suprastenotice ale colului vezical după înlăturarea obstrucției revin la normal și nu necesită intervenție chirurgicală.
8. Dilatarea căilor urinare superioare (ureterele, cavitățile renale) în faza precoce sunt reversibile, în faze avansate, chiar și după operații plastice, practic nu revin la normal.
9. Pacienții cu OIV în fază avansată necesită tratament medicamentos, fizioterapeutic îndelungat sub supravegherea urologului, nefrologului.

Bibliografie

1. Ashken M.H European experience with the uretral well steut for uretrar strictures. Europ.Urology, 1991, 19, 3, 181, 183.
2. Dragan P.Miclea E, și al., Rezultatele imediate și tardive ale uretrotomiei interne pentru stricturile uretrale. Al VI Simpozion Național de endourologie, Oradea-Băile Felix, 1-4 mai 1996, p.6.
3. Nicolescu D. Urologie, București, 1999.
4. Moorman J.G. Angeborene bulbare Harnrohrehege bulbarer Pathogenese and Klinik des Eranocungen des Blasen Halses und der urogenitalen. Urol.Int, 1975, 30.2, 129-144.
5. Николаев В.В., Кулаев В.Т., Тенкин С.И., Клапаны задней уретры у детей. Урология, Нефрология, 1975, 26 19-21.

TRATAMENTUL REFLUXULUI VEZICO-RENAL LA COPIL

V.Dzero, B.Curajos, V.Roller, J.Bernic, A.Curajos, I.Zaharia, E.Ghețeu

*Catedra de Chirurgie, Ortopedie, Anesteziologie și Reanimare
Pediatrică a USMF «Nicolae Testemițanu»*

Summary

The paper presents how 753 children with the vezico-ureteral reflux and urinary tract infections of disturbed urine passage. Presented recommendations for treatment of urinary tract infections and vezico-renal reflux, conservation and operation. Presented data evidenced of greater offence of complex therapy compared with pure antibiotic therapy.

Actualitatea

Refluxul vezico-renal (RVR) este o problemă de mare importanță a urologiei pediatrică. Dereglarea urodinamicii favorizează apariția pielonefritei recidivante cu afectarea parenchimului renal. Problema tratamentului refluxului vezico-renal nu este pe deplin rezolvată. Rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului conservator și intervențiile chirurgicale antireflux foarte traumatizante impun urologii să caute noi metode de tratament (A.Nemenova 1993). Depistarea tardivă a RVR duce atrofia parenchimei renale chiar și după efectuarea corecției chirurgicale. Din alt punct de vedere corecția chirurgicală nu este indicată, deoarece cu vârsta, are loc și maturizarea ureterului terminal, unghiul de incidență se oblicizează (I. Kayanskaia 1998).

Asocierea cistitei, a disfuncției neurogene a vezicii urinare, obstrucția infravezicală complică tratamentul RVR la copii (A. Ceskis 1994).

Actualmente este cunoscut că, RVR este o stare patologică a organismului, la baza căreia este

scurtarea congenitală a ureterului intramural și beața congenitală a ostiumului ureteral, care se întâinește fie ca o malformație izolată unilaterală sau bilaterală. De acela alegerea unei metode de tratament optimal capătă o importanță actuală din cauza complicațiilor majore și invalidității copiilor.

Material și metode

Clinica noastră se ocupă de problemele diagnosticului și tratamentului RVR mai mult de 30 ani. Pe măsura modernizării metodelor de diagnostic, profunzimea cunoștințelor noastre în domeniul stării funcționale ale vezicii urinare se schimbau și tehnicile de tratament al RVR.

Studiul nostru se bazează pe analiza unui lot de 753 copii în vârstă de la nou-născuți și până la 15 ani, tratați în secția de urologie pe parcursul anilor 1996-2000, fetițe 499 (66,3%), băieți 254 (33,7%). RVR unilateral s-a depistat la 502 (66,6%) pacienți, bilateral la 251 (33,4%).

Studiul a fost efectuat conform unui protocol standard de examinare, care a inclus examenul clinic, de laborator, ultrasonografic, ritmul urinării, urofluometria mecanică și radioizotopă, cistoadaptometria, urografia, cistouretrografia micțională, scintigrafia dinamică, cistoscopia.

În majoritatea cazurilor RVR gr. I-III, la copiii de vârstă mică, s-a tratat conservativ.

Tratamentul conservativ a inclus

- normalizarea urodinamicii;
- diminuarea proceselor inflamator-microbiene;
- acțiune asupra statusului imunologic al organismului.

Normalizarea pasajului urinar a depins de caracterul disfuncției neurogene a vezicii urinare (hiperreflexie, normoreflexie, hiporeflexie) care a inclus tratament medicamentos și fizioterapeutic. În caz de hipotonie pronunțată considerăm obligatorie aplicarea sondei permanente în vezica urinară timp de 1-2 luni. În caz de obstrucție infravezicală - înlăturarea obstrucției.

De o mare importanță este asanarea infecției urinare. Aceasta poate avea consecințe neașteptate asupra RVR în sensul că, în urma sterilizării urinei, refluxul poate dispărea prin retrocedarea fenomenelor inflamatorii ale vezicii urinare și ureterelor.

Antibioticoterapia se indică conform sensibilității microflorei urinare. Se utilizează preparate din grupa cefalosporinelor sau aminoglicozidelor timp de 7-10 zile, apoi se administrează uroantiseptici care se schimbă la fiecare 10-14 zile, în dependență de evoluția infecției.

Acești pacienți sunt sub evidență dinamică (USG fiecare 6 luni, cistografia 1-2 ori pe an, la necesitate - cistoscopia). În caz de dinamică pozitivă, copiii sunt la evidență timp de 3-5 ani.

Indicațiile către tratament chirurgical sunt:

- pierderea funcției renale mai mult de 15% în caz de reflux gr. I-II;
- reflux gr. III-IV cu prezența schimbărilor organice în segmentul uretero-vezical (lateralizarea și ectopia ureterelor, rigiditatea orificiului ostial) și ineficacitatea tratamentului conservator al RVR gr. III pe parcurs de 12-16 luni.

Intervenția chirurgicală se efectuează numai după normalizarea disfuncției vezicii urinare sau înlăturarea obstrucției infravezicale.

Pe parcursul ultimilor 5 ani s-au efectuat intervenții chirurgicale la 274 copii, pe 362 uretere. Tehnica lui Gregoir s-a efectuat la 191 copii, ureterocistoneoanastomoză tehnica Mebel - 45 copii, alte tehnici la 38 copii.

Rezultate și discuții

Tratamentul chirurgical anti-reflux se efectuează numai după înlăturarea obstrucției infravezicale și ameliorarea cistitei dacă sunt prezente.

Tehnica Gregoir a fost aplicată în caz de reflux gr. II-III și la reflux mai avansat când nu-i necesară rezecția ureterului sinuos.

În beața congenitală a ostiumului, având în vedere existența leziunilor nervoase, care poate fi dedusă din megaureterul asociat cu megavezică, tratamentul trebuie să rezolve atât, problema refluxului cât și a megaureterului. Reimplantarea ureterului va fi, în mod obligatoriu, asociată cu rezecția de scurtare a ureterului, în cazul în care acesta este sinuos.

După procedeul chirurgical considerăm obligator aplicarea sondei permanente în vezica urinară timp de 2-3 zile, tot odată se administrează tratament antibacterian, de dezintoxicare și simptomatic.

Alte tehnici nu practicăm pe larg din cauza traumatizării majore și menținerea cistitei în perioada postoperatorie.

Metoda endoscopică de tratament a RVR cu introducerea soluției de colagen noi o practicăm, iar conform datelor literaturii ea se folosește tot mai rar, din cauza sclerozării țesutului paraureteral și procentului înalt de recidive (25%).

Analiza retrospectivă a pacienților operați a depistat următoarele complicații: recidiva refluxului - la 8% copii (tehnica Gregoir), după alte tehnici - 4%. În 3 cazuri s-a depistat obstrucție în segmentul intramural cu ureterohidronefroză.

Concluzii

Se poate afirma că cheia dezlegării acestei importante suferințe a aparatului urinar constă în executarea corectă și sistematică a examenului funcțional radiologic ce va stabili și atitudinea terapeutică.

Refluxul vezico-renal de gr. I-III fără dereglarea funcției renale se tratează conservativ. Dacă sunt dereglări de funcție este indicat tratament chirurgical.

Considerăm ca operația de selecție utilizarea tehnicii Gregoir, la pacienții cu reflux de gr. II-III. Avantajul acestui procedeu constă în faptul că se execută extravezical și nu se atinge sistemul fibromuscular al ostiumului și al trigonului. În caz de reflux gr. IV-V cu ureter sinusoid se efectuează rezecția ureterului în 1/3 inferioară fără modelarea lui și ureterocistoneoanastomoză cu procedeu antireflux.

Pacienții cu RVR necesită o supraveghere cel puțin pe parcurs de 5 ani.

Bibliografie

1. Schaeffer A. J. Infection of urinary tract. Campbell's Urology, 7-th Edition, 1998, v.1, P. 533-614
2. McCarty J.M., Richard G., Huck W. et al. A randomized trial of short-course ciprofloxacin, ofloxacin or trimethoprim/sulfamethoxazole for the treatment of acute urinary tract infection in women. Am J Med. 1999; 106: 292-9.
3. Вишнеvский Е.А., Гусев Н.Б. Обоснование лечения нейрогенного мочевого пузыря пикамелоном у детей с миелодисплазией. Детская хирургия. 1998, № 3. С. 22-25.
4. Зоркин С.Н., Сенцова Т.Б. Роль микрофлоры кишечника в развитии пиелонефрита у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Детская хирургия. 1998, № 4. С. 17-21.
5. Козанская И.В., Бабанин И.А. и др. // Актуальные проблемы детской урологии. - Харьков, 2000. - С. 35-39.
6. Лопаткин Н.А. Пугачёв А.Г. Кудрявцев Ю.В. // Урология. - М., 2002. - С. 47-50.
7. Осипов И.Б. и др. // Актуальные проблемы детской урологии. - Харьков, 2000. - С. 151-154.
8. Пугачёв А.Г. // Материалы 3-го Российского форума «Хирургия 2001». - М., 2001. - С. 424-428.

NOSOLOGIA CLINICĂ A ENUREZISELOR COPILULUI ȘI EVALUAREA BOLNAVILOR ÎN MEDICINA PRIMARĂ

P. Mogoreanu, N. Iahimovici, A. Curajos

Catedra Pediatrie FPM, USMF «N. Testemițanu»

Summary

Study of 1181 children with enuresis show an existence of enuresis's, but not enuresis. Distinguish 5 groups: enuresis caused by anomalies of development of kidneys and urinary path's (38,6%), enuresis caused by disorders of nervous system (33,3%), enuresis caused by primary pielonephritis (24,2%), enuresis caused by dismetabolic disorders of water-salt exchange (2,9%), primary hereditary enuresis (1%). Diagnostic algorithm is described.

Actualitatea

Enurezele prezintă afecțiuni frecvente la copii, fiind definite ca emisie involuntară a urinei la copil în vârstă de peste 5 ani. Metodele terapeutice existente în prezent sunt efective numai la un număr mărginit de copii. Una din concepțiile ultimilor ani ai secolului trecut privind enurezele constă în individualizarea tratamentului diferitor forme a enurezisului (P. Cochat, P. Meunier, 1995; H. Conda, P. Cochat 1995; V. Hurdiuc, D. Băjenaru, 1995; G. Lasfargues, 1997). Individualizarea tratamentului necesită în primul rând un diagnostic cauzal precis.

Scopul lucrării constă în stabilirea structurii nosologice a enureziselor la copii, care ar permite și individualizarea tratamentului.

Material și metode

În acest scop au fost investigați 1181 bolnavi cu enureze, aflați la tratament în clinicele de nefrologie, neurologie și urologie timp de trei ani. Au fost studiate minuțios anamneza și împrejurările heterocolaterale ale copiilor, datele obiective, rezultatele investigațiilor obișnuite, a imagisticii re-

nourinare. Deasemenea sau studiat rezultatele urofluometriei și electroencefalografiei.

Rezultate

În baza investigațiilor efectuate au fost evidențiate 5 grupe de copii bolnavi de enurezise (Tabelul nr. 1). Prima grupă o alcătuiau 456 (38,6%) copii cu anomalii reno-urinare, a doua grupă copiii cu patologia sistemului nervos 393 (33,27%), a treia grupă a inclus copiii cu infecții primare a tractului reno-urinar – 286 (24,2%) a patra cu dereglări metabolice – 34 (2,87%), a cincea cu enurezis primar ereditar – 12 (1%). Experiența acumulată pe parcursul studierii a 1181 copii ne-a permis de a elabora algoritmul diagnostic pentru copii cu enureze (Fig. Nr. 1).

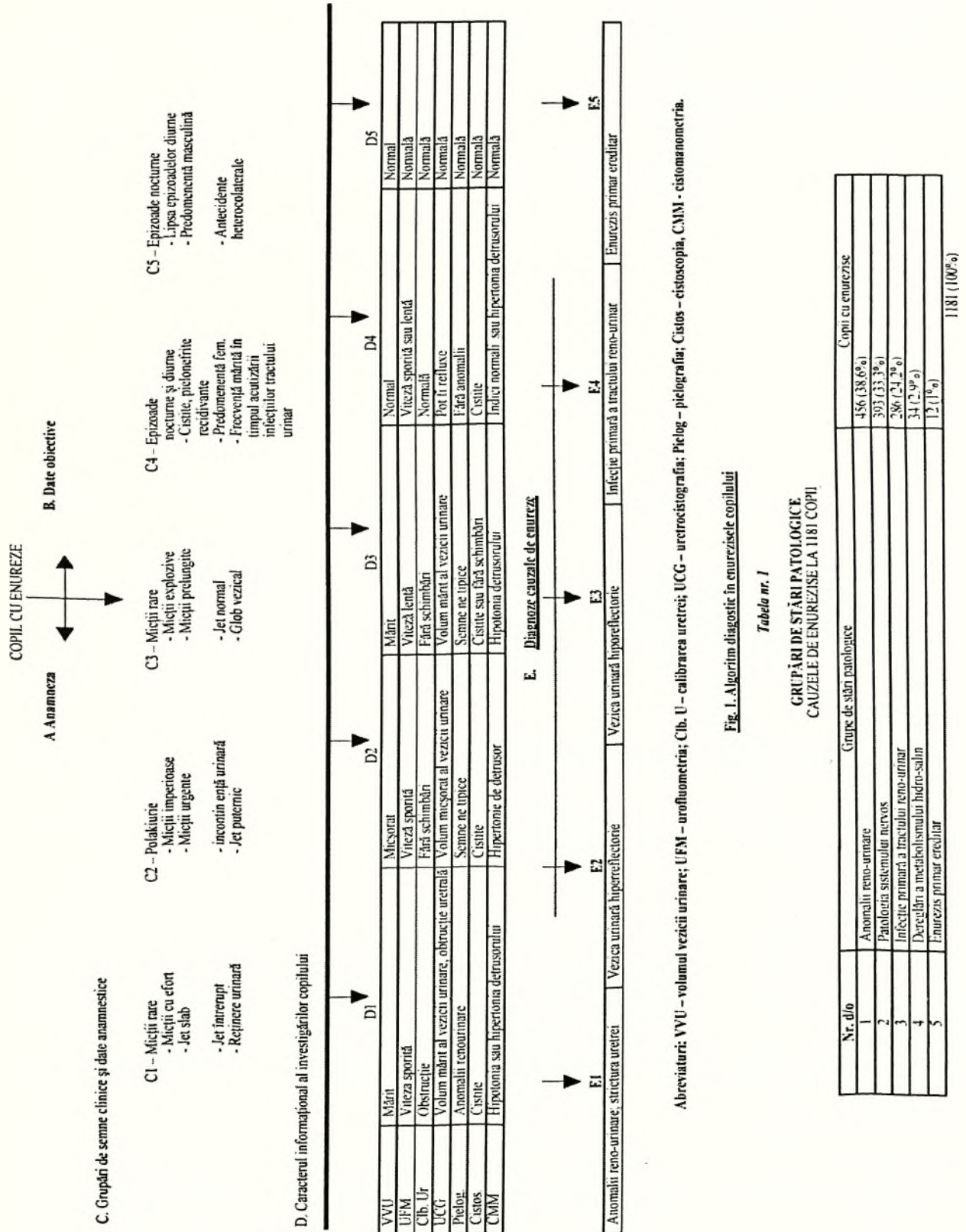


Fig. 1. Algoritm diagnostic în enurezisele copilului

Tabela nr. 1

GRUPĂRI DE STĂRI PATOLOGICE CAUZELE DE ENUREZISE LA 1181 COPIL

Nr. d/o	Grupe de stări patologice	Copii cu enurezise
1	Anomalii reno-urinare	456 (38,6%)
2	Patologia sistemului nervos	393 (33,3%)
3	Infecție primară a tractului reno-urinar	286 (24,2%)
4	Dereglări a metabolismului hidro-salin	34 (2,87%)
5	Enurezis primar ereditar	12 (1%)
		1181 (100%)

Abrevieri: VVU – volumul vezicii urinare; UFM – urofluometria; Clb, Ur – calibrarea uretrei; UCG – uretrocistografia; Pielog. – pielografie; Cistos – cistoscopia, CMM – cistomanometria.

A.B. Anamneza

Chiar din debutul efectuării acestei lucrări, cât și recomandări din unele surse literare ne-am convins în prioritatea unei anamneze cu întrebări atât copilului, cât și părinților. Medicul de familie trebuie să devină prietenul familiei copilului cu enurezis.

În primul rând se stabilea dacă copilul suferă de enurezis, sau pierderile involuntare de urină sunt rezultatele unui defavor a copilului în familie (psihoeemoțional sau socioeconomic). Afară de întrebările generale caracteristice pentru orice anamneză, anamneza unui copil cu enurezis includea obligatoriu: frecvența epizoadelor de «nopti ude» (cel puțin două epizoade în timp de o lună), frecvența micțiilor (rare < 3-4 ori în zi, polakiurie > 6 ori în zi), caracterul jetului (slab, normal, rapid, întrerupt, cu efort). Cea mai frecventă modalitate cu care ne-am confruntat era determinată de lipsa posibilității de a acumula această informație de la familie la prima întâlnire. În acest scop familiei se propune o înregistrare strictă a numărului micțiilor și volumul urinei emise. În condițiile staționarului în toate probele de urină emisă se mai determină și capacitatea specifică. Privitor caracterului jetului cea mai precisă informație era obținută în timpul micțiilor în prezența medicului. Incontinența urinară era ușor stabilită în toate cazurile.

Important este de a concretiza dacă copilul nu prezintă semne de poliurie, polidipsie, constipații sau encoprezis. Relațiile în familie cât și în școală cu colegii și profesorii, comportamentul copiilor aduc o informație importantă în aprecierea integrală a diagnosticului la copil.

Rezultatele trezirii din somn a copilului cu enurezis, caracterul somnului, deasemenea sunt stabilite în convorbire cu familia copilului.

Ce mai grea parte a anamnezei la copii cu enurezis sa adevărat a fi anamneza familială efectuată în scopul concretizării existenței enurezisului la părinți în prezent, deoarece părinții ascund aceste date. Mulți din ei nu cunosc dacă au suferit sau nu de enurezis în copilărie. Extrem de greu era o astfel de concretizare privitor bunicilor copilului.

C. Datele obiective

Examinarea fizică a fost efectuată obișnuit cu o deosebită atenție în examinarea organelor urogenitale exterioare, palparea abdomenului. Examinarea neurologică obligatoriu includerea studiului inervației membrelor inferioare, coloanei vertebrale, spațiului perianal, starea reflexelor. Toți copiii au fost examinați de psihoneurolog, urolog iar în cazuri necesare și de alți specialiști.

D. Grupări de semne clinice și date anamnesticale ale enurezului

În C1, C2, C3, C4, C5 sunt expuse cele mai informative semne clinice și unele împrejurări caracteristice pentru diferite forme de enurezis la copii.

E. Caracterul informațional al investigațiilor

copiilor conține schimbările caracteristice pentru diferite grupe de copii cu enurezise.

Ulterior toate datele anamnesticale, obiective și rezultatele investigațiilor instrumentale au fost grupate conform indicelui informațional. Aceste date alcătuiesc diagnozele cauzale ale enureziselor – E în algoritm.

S-a adevărat, că cea mai numeroasă grupă de copii cu enurezise are ca substrat anomalii renourinare. Particularitățile acestor anomalii constă în: 1) prezența infecției reno-urinare la 82,2% de bolnavi ai acestui grup; 2) predominarea anomaliilor uretrale atât sinestătătoare cât și în asociație cu anomalii renale sau vezicale, care au fost depistate la 52,6% bolnavi ai acestui grup. Principalele semne clinice ale enurezisului la acești copii au fost determinate de micții rare, micții cu efort, jet slab, jet întrerupt, retenție urinară. Investigările efectuate au demonstrat mărirea vezicii urinare, viteza sporită a urinei în timpul jetului, obstrucții uretrale depistate prin calibrarea uretrei, volum mărit al vezicii urinare și obstrucție uretrală, cistite, hipertonia detrusorului.

Următoarele două grupe de bolnavi cu enurezis sunt determinate de patologia heterocronică a maturizării sistemului nervos vegetativ. Aceste două stări patologice patogenetic și clinic contrapolare sunt numite vezica urinară hiperreflexorie, determinată de predominarea activității parasimpaticusului și vezica urinară hiporeflexorie cauzată de predominarea activității simpaticusului. În aceste grupe de bolnavi nu au fost incluși copiii cu retard mintal sau handicap pronunțat determinat de afecțiuni a sistemului nervos. Hiperreflexia vezicii urinare a fost constatată la 350 (69%) bolnavi, hiporeflexia – la 43 (11%) copii. Infecția urinară a fost diagnosticată numai la 17% copii.

Principalele manifestări clinice a vezicii urinare hiperreflexorie erau alcătuite de: polakiurie, micții imperioase și urgente, incontinență urinară, jet puternic. Aceste manifestări clinice erau însoțite de un volum micșorat al vezicii urinare, viteza sporită a urinei în timpul jetului, volum micșorat al vezicii

urinare, hipertonia a detrusorului. La copii cu enureze determinate de vezica urinară hiporeflexorie erau depistate micții rare, explozive, prelungite, jet normal, glob vezical. Investigările adăugătorii au depistat volum vezical mărit, cistite, hipotonia detrusorului.

La copii cu enureze determinate de infecții reno-urinare se întâlneau epizode nocturne și diurne, cistite și pielonefrite recidivante cu mărirea frecvenței de epizode enuretice în timpul acutizării procesului inflamator, predominau fetițele. Schimbări a investigațiilor paraclinice cu caracter informațional specific nu se întâlnesc.

Enurezisul primar ereditar diagnosticat numai la 12 (1%) copii deasemenea nu prezenta nici manifestări clinice specifice, nici schimbări ai parametrilor investigațiilor suplimentare. Ca particularități ale enurezisului la acești copii pot fi socotite epizode nocturne, predominanța masculină și cel mai principal, antecedente heterocolaterale.

Așadar, datele obținute de noi confirmă părerea lui Gerard Lasfargues (1997), ca exista nu un singur enurezis, ci enureze. Pentru diagnosticul lor precis este nevoie de investigații clinice și paraclinice care pot fi efectuate în condițiile de ambulatoriu, cât și în staționar. În tabelul nr. 2 este propusă clasificarea clinică de lucru a enureziselor copiilor care poate fi folosită pretutindeni în medicina primară.

Tabela 2

CLASIFICAREA DE LUCRU A ENUREZISELOR LA COPII

1. Forma.

1.1. Enurezele ereditare

1.1.1. Enurezisul primar ereditar

1.1.2. Enureze secundar altor boli ereditare

1.1.2.1. Anomaliilor renourinare cu sau fără infecție a tractului renourinar.

1.1.2.2. Patologia sistemului nervos

1.1.2.3. Dismetabolismul hidro-salin

1.2. Enurezise dobândite

1.2.1. Enurezise în infecție primară a tractului urinar

1.2.2. Enurezise postraumatismale

1.2.2.1. A sistemului nervos

1.2.2.2. Traumatisme multiple cu afectarea coloanei vertebrale sau a bazinului

1.2.3. Stări neurotice și psihoreactive

2. Dezvoltarea cronobiologică

2.1. Primar

2.2. Secundar

3. Complicații

3.1. Dereglări psihoreactive

3.2. Infecții a tractului urinar

3.3. Refluxe vezico-ureterale

Tratamentul enureziselor prezintă mai multe greutăți și include: pregătirea preterapeutică, tratament nozologic și a complicațiilor (infecții reno-urinare, a dereglărilor comportamentale și psihologice), dispensarizarea.

Pregătirea preterapeutică include în primul rând stabilirea precisă a diagnosticului. Pe parcursul tratamentului copilul ea parte activă limitând participarea familiei. Copilul în performanță trebuie încurajat, creându-i condiții pentru un strict regim dietetic și igienic. Deoarece 2/3 din copii cu enureze prezintă și infecție a tractului urinar este necesar de a efectua un tratament preventiv antibacterian al pielonefritei sau a cistitei.

Tratamentul chirurgical al anomaliilor reno-urinare și mai ales ale uretrei aduc la un efect pronunțat fără recidive ulterioare.

În tratamentul formelor determinate de heterocronia maturizării sistemului nervos vegetativ după un tratament minuțios al infecției urinare se aplică următoarele tratamente: pentru vezica urinară hiperreflexorie – electrofareză local-segmental cu atropină până la 3 cursuri anual în asociere cu antidepresanți. Pentru vezica urinară hiporeflexorie este administrată electrofareză cu prozerină. La copii cu enurezis determinat de vezica urinară hiperreflexorie se mai administrau și preparate antiholiergetice.

Enurezele determinate de cistite recidivante necesita tratament sârguincios cu antibiotice și tratament local prin instilații cu antibiotice și substanțe care stimulează regenerația epitelială a mucozităților vezicii urinare.

În tratamentul enurezisului primar ereditar este folosit adiuretina. Doza de debut alcătuiește 1-2

picături în zi (7–14 mkg). Doza este adaptată cu mărirea sau micorarea ei și repaose de o săptămână după 6 luni de tratament.

Concluzii

1. Nu există un singur enurezis, ci enureze.
2. Stabilirea unității nosologice a enurezisului se efectuează în formă de algoritm diagnostic.
3. Se deosebesc următoarele grupări de stări patologice în apariția enureziselor: anomalii renourinare, heterocronia maturizării sistemului nervos vegetativ, infecții severe ale tractului reno-urinar, enurezis primar ereditar.
4. Tratamentul enureziselor necesită individualizare maximală cu participarea activă a copilului.

Bibliografia

1. P. Cochat, P. Meunier, M. Majo – Arch. Pediatr. 1995, 2, 57 – 64.
2. H. Conda, P. Cochat, ML Covailles – Arch. Pediatr. 1995, 2, 65 – 69.
3. V. Hurdiuc, D. Băjenaru – Pediatria, 1995, 2, 29 – 37
4. G. Lasfargues – La revue du practisien, 1997, 47, 8 – 11.

TRANSVERSE PREPUTIAL ISLAND FLAP TECHNIQUE FOR HYPOSPADIAS

G. Gluck, M. Gluck

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
«Fundeni» Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

Video

Introduction: The preputial island flap can be used for urethral reconstruction in congenital or acquired defects.

Method: We describe the technique with transverse preputial island flap utilised as reconstructive procedure at a 9 years old male patient with medium penile hypospadias. He has had in the past 2 failures of surgical treatment. We try to point out the contribution of the artificial erection and release of the fibrous chordee for orthoplasty. The orthotopic position of the meatus is important for micturition and fecundation.

Conclusions: DUCKETT PROCEDURE is a surgical technique for hypospadias with good cosmetic, functional and emotional results.

URODYNAMICS IN THE CHILD'S LOWER URINARY DISEASE

L. Iliescu, C. Chibelean

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation,
«Fundeni» Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

Objective: The urodynamics aim is to establish the nature and causes of urinary symptoms at little patient after the vesico-urethral maturation.

Material and Methods: During 1996 and 2000 were studied in our center 54 children aged between 4 and 14 years, most of them admitted in «M.S. Curie» Pediatric Hospital from Bucharest. 70% were surgically treated in Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation (Prof. I. Sinescu) or at the Pediatric Surgical Department (Prof. Pesamosca). The urodynamic studies on children are more complicated than on adults due to the necessity of special equipment, active presence of urodynamic specialist and the pediatric also.

Results: The urodynamic disorders' maximum incidence appear after the age of 4 years when the bladder volume is adequate and the neurological center controlled the voluntary urethral sphincter and the detrusor contractility. Therefore, there were identified as causes: persistent urinary infections (80 cases), micturition difficulty or urine loss (60% cases) due to the congenital urinary malformations or neurological diseases (30% cases), sometimes mixed through their complexity (10%). The urodynamic investigation consists on: flowmetry, cystometry, EMG of the pelvic floor, combined studies including micturitional cystography, and in special cases were evaluated the detrusor and the bladder neck, the eventual vesico-ureteral ebb tide or other pathological causes (urethral valves, fistulas, ureterocele, etc).

Conclusions: The urodynamic studies on child's persistent urinary disorders are strictly necessary for diagnosis and treatment to follow establishment, especially when there indicated surgical interventions are required to correct some complexe urinary and neurologic malformations.

DISFUNCTIA NEUROGENĂ A VEZICII URINARE LA COPII

I.Zaharia, Vera Dzero, B.Curajos, A.Curajos, Jana Bernic,
V.Roller, E.Ghețeu, Larisa Seu, A.Muntean

Centrul științifico-practic de Chirurgie Pediatrică «Natalia Gheorghiu»

Summary

The analysis of the investigation results of 499 children with urinary act dysfunction has been presented. In order to assess the detrusor function, retrograde cystometria, urination frequency evaluation and uroflowmetria were performed. On the base of complex investigation was established that hyperreflexory type of neurogenic bladder prevailed. In the treatment there was given preference to complex therapy.

Întroducere

Datele din literatura de specialitate au îmbogățit vădit concepțiile noastre despre disfuncțiile vezicii urinare. (Савченко Н.Е., Мохорт В.А., 1970, Вишневский А.А., Левшиц А.К., 1979) Disfuncția vezicii urinare este dependentă în mare măsură, de afecțiunile congenitale și dobândite, traumatismul spinal, etc.. Problema, însă este cu mult mai complexă. Dezvoltarea diagnosticului funcțional a contribuit la schimbarea concepției despre originea și frecvența disfuncției vezicii urinare la copii. În prezent este indiscutabil faptul că, la copil disfuncția vezicii urinare este determinată nu de întreruperile anatomice a arcurilor reflectorii, ci de unele dereglări fiziologice de dezvoltare, care au caracter temporar și care tind să dispară la vârsta de 12 – 14 ani. În același timp, prezența disfuncției vezicii urinare, pe lângă dereglările de micțiune, în marea majoritate a cazurilor contribuie la apariția complicațiilor infecțioase, manifestate prin cistită cronică și pielonefrită, de cele mai multe ori recidivante, și refractere la tratamentul antibacterian.

Diagnosticul precoce și restabilirea micțiilor normale, precum și rezolvarea problemei enurezisului, au ca scop profilaxia unor modificări renale grave, uneori ireversibile.

Metodele moderne de diagnostic utilizate în clinica urologică: clinice, radiologice, instrumentale și urodinamice permit obținerea unei anumite informații despre modificările organice, dar nu întotdeauna și cauza lor, în special dereglările de inervație. În vezica neurogenă nu există limite urodinamice concrete, apariția ei fiind determinată de mai mulți factori primari și secundari.

Diagnosticul vezicii urinare neurogene trebuie să fie complex și va include următoarele momente:

- 1.Evaluarea clinică a dereglărilor funcționale a vezicii urinare.
- 2.Investigarea urodinamică a căilor urinare inferioare.
- 3.Investigarea neurologică a inervației regiunii inferioare a tractului urinar.

Material și metode

Sub observația noastră s-au aflat 499 copii cu vezică urinară neurogenă (212 băieți și 287 fetițe) cu vârsta de 4 – 16 ani. Simptomatologia clinică a vezicii urinare neurogene s-a manifestat în majoritatea cazurilor (92,8%) prin dereglări micționale (polachiurie, micții imperioase, incontinență de urină). La restul bolnavilor (7,2%) disfuncția a avut un caracter subclinic și s-a apreciat exclusiv cu ajutorul metodelor funcționale de diagnostic sau în timpul examenului urologic efectuat la pacienții cu infecții urinare. În 0,8% cazuri dereglările micționale s-au asociat cu incontinența de mase fecale, fapt ce indică la prezența dereglărilor concomitente de inervație a vezicii urinare și a rectului.

Odată cu dezvoltarea diagnosticului funcțional se subestimează însemnătatea evaluării clinice a dereglărilor de micțiune, iar în unele cazuri aceasta chiar se ignorează. După părerea noastră evaluarea clinică a dereglărilor de micțiune și investigațiile instrumentale funcționale a vezicii urinare sunt verigi ale unui proces de diagnostic unic.

În urma examinării clinice la 367 bolnavi au fost depistate dereglări ale funcției de rezervuar a vezicii urinare, iar în 96 cazuri – dereglările funcției evacuatorii.

Examenul urologic a inclus anamneza, înregistrarea ritmului micțional, investigații ultrasonografice ale căilor urinare superioare, investigații de laborator, urografia excretorie, cistouretrografia micțională, cistoadaptometria retrogradă, cistofarmacometria, cistoscopia, uroflowmetria radionucleidică.

În baza examenului efectuat pentru întreg lotul de bolnavi, fără concretizarea formei disfuncției am stabilit prezența următoarei simptomatologii:

- enurezis – 74,5%
- micțiune imperioasă – 68,3%
- dereglare imperioasă sau incontinență de urină diurnă – 67,3%
- polachiurie – 60,4%
- micțiune îngreuiată în porții mari – 3,6%
- creșterea volumului efectiv de dimineață a vezicii urinare – 18,6%.

Simptomele enumerate se înfilnesc în diverse combinații, în baza cărora se poate conchide doar despre gradul de manifestare a tabloului clinic.

S-a observat, că polachiuria, micțiunile imperioase și incontinența diurnă de urină în diferite stări sunt mai caracteristice pentru disfuncțiile hiper- și normorelectorii, micțiuni rare – pentru disfuncțiile hiporelectorii.

S-ar părea că pentru fiecare formă de disfuncție sunt caracteristice anumite semne clinice ce depind de caracterul și intensitatea dereglărilor de micțiune. Dacă ar fi așa ar dispărea necesitatea efectuării investigațiilor urodinamice cu scop concretizare a caracterului disfuncției.

Investigațiile urodinamice efectuate au oferit informații prețioase despre starea funcției de rezervuar și evacuatorie a vezicii urinare și permeabilitatea uretrei.

Rezultate și discuții

În baza investigațiilor efectuate din lotul de 499 copii cu vezică urinară neurogenă la 367 bolnavi (74%) a fost diagnosticată disfuncția neurogenă a vezicii urinare de tip hiperreflector. Semnul comun caracteristic pentru disfuncțiile de tip hiperreflector a fost excitabilitatea crescută a arcului reflector spinal – hiperreflexia, care în mare măsură este determinată de sensibilitatea crescută a detrusorului față de mediatorul sistemului nervos – acetilcolina, determinată la rândul ei de dereglări de dezvoltare ale funcțiilor neuro-musculare.

Diapazonul simptomatologiei clinice în disfuncțiile de tip hiperreflector este foarte larg: de la absența totală a semnelor clinice pînă la dereglări severe a micțiunii. În lotul studiat în 78% cazuri au fost observate dereglări diurne de micțiune. Analizînd datele anamnestice și ritmul micțional, am constatat că la acești copii este diminuată proprietatea de acumulare și continență a vezicii urinare pe contul hiperreflexiei.

În unele cazuri disfuncția vezicii urinare se manifestă doar în timpul schimbării poziției corpului (trezirea de la poziție orizontală în poziție verticală) din care motiv a obținut denumirea de disfuncție posturală. Un semn important de diferențiere a variantelor posturale, servește creșterea volumului efectiv a vezicii urinare în prima micțiune după somn, cînd acumularea urinei a avut loc în poziție orizontală.

De menționat că anamneza și determinarea ritmului micțional oferă doar date prezumtive despre starea funcțională a vezicii urinare, din care motiv am efectuat cistometria retrogradă. În cazul vezicii urinare hiperreflectorii neinhibate este caracteristic micșorarea pragului de sensibilitate (prima senzație de micțiune apare la un volum al vezicii urinare de $32,7 \pm 3,4$ ml, micșorarea pragului de volum pînă la $12,8 \pm 5,4$ ml).

Semnul de bază este hipertensiunea intermitentă intravezicală pe parcursul întregii perioade de umplere a vezicii urinare ca rezultat al contracțiilor spontane, neinhibate ale detrusorului. Funcția aparatului sfincterial nu suferă. Presiunea maximă intrauretrală la toți bolnavii investigați a corespuns indicilor normali ($87,3 \pm 2,8$ ml col. H₂O).

La 96 bolnavi (19%) aflați sub supraveghere a fost constată disfuncția neurogenă a vezicii urinare de tip hiporereflector. Bolnavii cu vezică urinară hiporeflectorie, ca regulă, au micțiuni rare (nu mai multe de 2 – 4 în 24 ore), în porții mari. Numărul mediu nictimeral de micțiuni a constituit $2,8 \pm 0,6$, volumul efectiv mediu al vezicii urinare fiind de $300 \pm 22,3$ ml, volumul maxim – $528 \pm 34,0$ ml.

Rezultatele cistometriei retrograde au constatat micșorarea pragului de sensibilitate (deviere spre dreapta). Prima senzație de micțiune la copii a aparut la umplerea vezicii urinare în mediu pînă la $187 \pm 22,4$ ml, volumul maxim de $360,8 \pm 44,6$ ml.

Hiperextensia cronică a vezicii urinare cauzată de hiporeflexie contribuie la modificarea formei celulelor epiteliale și detașarea lor, iar deplasînd fibrele și fasciculele musculare formează cavități propice pentru depunerea microorganismelor. Deasemenea prezența urinei reziduale contribuie și ea la dezvoltarea florei bacteriene.

Tratamentul copiilor cu vezică urinară neurogenă a fost și rămîne o problemă dificilă a urologiei pediatrice. Pentru rezolvarea cu succes a ei la momentul actual nu există o metodă sau schemă universală de tratament. În baza investigațiilor efectuate am ajuns la concluzia că acești bolnavi

nu pot fi tratați cu un singur preparat. Motiv din care folosim un tratament complex, ce include atât terapia antibacteriană, cât și preparate care restabilesc funcțiile de rezervuar și evacuatorie a vezicii urinare.

Concluzii

1. Disfuncția neurogenă a vezicii urinare se întâlnește destul de des, cu predominarea tipului hiper-reflector (74% în cazuistica noastră)

2. Toți copiii cu dereglări micționale (polachiurie, enurezis, incontinență de urină, micțiuni rare) necesită un examen urologic și neurologic complex.

3. Complexul de investigații obligatorii include: aprecierea ritmulului micțional, cistometria retrogradă, urofloumetria, urosonografia. În caz de suspiciu a obstrucției infravezicale se efectuează obligatoriu cistouretrografia.

4. Tratamentul vezicii urinare neurogene include preparate ce îmbunătățesc funcțiile de rezervuar și evacuatorie a vezicii urinare, iar în caz de prezența infecției se indică terapia antibacteriană.

Bibliografie

1. Abrams P., Feneley R., Tarrens M. Urodynamics. Springer Verlag. Berlin. 1993.
2. Award S.A. et al. // Can. J. Surg. 1997. V.22. Nr.6. P.515 – 518-
3. Bors E., Comrat E. Neurigical Urology. // S. Karger Verlag. Basel. 1991.
4. Dubernard I. Cahier d Urologie. // UER Grande Blanche. 1988.
5. Lutzeyer W., Melchior H. Urodynamics. // Springer Verlag- 1993-
6. Proca E. Tratat de patologie chirurgicală. V.3. Editura medicală. București. 1984.
7. Tanagho E., Mc Aninch J.W. Smith s General Urology. // XIII ed. Appleton 8. Lange, East Narwaek. 1992.
8. Вишневский Е.Л., Гусева Н.Б. Обоснование лечения нейрогенного мочевого пузыря пиксамилоном у детей с миеلودисплазией. // Дет.хир. 1998. №3. С.22 – 25.
9. Габитова Р.С., Тартаковская Э.К. К вопросу об инфекции мочевыводящих путей у детей. // Проблемы детской нефрологии. Сб. научных трудов. Душанбе. 1990. Вып. 1. С.25 – 28.
10. Державин В.М., Вишневский Е.Л., Казинская И.В. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей. Бишкек. 1991.
11. Куражос Б.М., Дзеро В.Г. Ретроградная цистометрия и ее значение в диагностике нарушений уродинамики нижних мочевых путей. // Метод. рекомендации. М. 1995.

CAPITOLUL V

ACTUALITĂȚI IN NEFROLOGIE, HEMODIALIZĂ ȘI TRANSPLANT RENAL

HISTOPATOLOGIA TRANSPLANTULUI RENAL – DE LA CITOLOGIE, LA CLASIFICAREA DE LA BANFF

A. Tănase

*Catedra de Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF «N. Testemițanu»,
Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, Spitalul Clinic Republican*

Summary

We analyzed the results of cytological diagnostic – Fine Needle Aspiration Biopsy (FNAB) and pathomorphological examination – needle Puncture Bbiopsy (PB), conducted in the Center of Kidney Transplantation during 1991-2001. 128 FNAB in 78 patients and 65 needle PB in 61 patients were analyzed. Were evaluated advantages and disadvantages of the biopsies as well as the complications after them. In accordance with the contemporary exigencies we are presenting the tables with the Banff classification of renal allograft histopathology.

Actualitatea

De diagnosticul și tratamentul complicațiilor Transplantului Renal (TR) sunt preocupați și în continuare mai mulți specialiști de diverse profesii – medici transplantologi, urologi, nefrologi, chirurghi, imagistici, patomorfologi, etc. Cu toate că la etapa actuală investigațiile de laborator, instrumentale și speciale sunt multiple și destul de sensibile, evaluarea citomorfologică a proceselor patologice renale deține un loc de frunte în transplantologie. Cercetările științifice efectuate de P. Hayry și E. Willebrand (1978-1983), C. Hammer (1989), H. Zollinger și M. Mihatsch (1978), S. Olsen și al. (1989) au permis de a îmbunătăți afiș diagnosticul unor patologii importante, cât și supraviețuirea pacienților transplantați. În ultimii 10 ani mai mulți specialiști în domeniul transplantologiei au decis să unifice și să perfecționeze criteriile de diagnostic histologic ale afecțiunilor transplantului renal. Astfel, începând cu anul 1991, în localitatea Banff, Canada, un grup de patologi renali, nefrologi și chirurghi au propus crearea noilor criterii de standardizare internațională a rejektului transplantului renal (K. Solez, R. Axelsen, H. Benediktsson et al., 1992; 1993). Ulterior aceste criterii au fost perfecționate și acceptate de către majoritatea specialiștilor în domeniu (R. K. Mihatsch, B. Ryffel, F. Gudat, 1993; D. Goulesbrough, R. Axelsen, 1994; J. Laine et al., 1995; ș.a.).

Scopul lucrării constă în analiza rezultatelor diagnosticului citologic și patomorfologic ale afecțiunilor și complicațiilor transplantului renal în conformitate cu vechea și noua clasificare (Banff-classification) a patologiei grefonului renal. Studiului au fost supuse Biopsiile Extrafine prin Aspirare (BEPA) și Biopsiile prin Puncție (BP), efectuate în Centrul Transplant Renal al SCR în perioada anilor 1991-2001. În conformitate cu scopul și cerințele actuale, pentru comparare, sunt prezentate tabele ce reflectă criteriile de clasificare a histopatologiei TR de la Banff (1993).

Material și metode

Sunt analizate 2 compartimente de studiu: diagnosticul citologic și cel patomorfologic. Studiul citologic este bazat pe 182 BEPA, efectuate la 78 pacienți după metoda descrisă de C.Hammer (1989) în modificare proprie, iar cel patomorfologic a fost efectuat în baza a 65 BP la 61 pacienți în conformitate cu metoda H.Zollinger și M.Mihatsch (1978). De asemenea, au fost studiate avantajele și dezavantajele BEPA precum și complicațiile înregistrate după biopsiile TR. Patomorfologia TR în conformitate cu «Banff-classification» sunt traduse și expuse din lucrarea originală a grupului de autori K.Solez et.al., 1993 (International standartization of criteria for the histologic diagnosis of renal allograft rejection: The Banff working classification of kidney transplant pathology).

A.Diagnosticul citologic

Tabela 1

Biopsia Extrafină prin Aspirație (I). Diagnostic – afecțiuni TR (pacienți – 78, biopsii – 182)

Diagnoza	n	%
Necroză Tubulară Acută (NTA)	113	45,4
Rejet Acut (RA)	55	21,8
Regenerare după NTA	28	11,2
Stare după tratarea RA	9	3,4
Nefrotoxicitate Ciclosporina A (NCyA)	30	12
Infecție (bacteriană, virotică)	7	2,8
Norma	4	1,7
Rezultat negativ	4	1,7
În total:	250 epizoade	100,0

Tabela 2

Biopsia Extrafină prin Aspirație (II). Diagnostic-afecțiuni îmbinate (pacienți – 78, biopsii – 182)

Diagnoza	Incidența (%)
RA + NTA	14,8%
RA + NCyA	7,8%
RA + infecție	3,9%
NTA + NCyA	2,3%
RA & NTA + NCyA	2,3%

Tabela 3

Biopsia Extrafină prin Aspirație (III). Avantaje și dezavantaje

Avantaje	Dezavantaje
<ul style="list-style-type: none"> • Expres diagnostică afecțiuni (disfuncții); • Aplicare din ziua 2-3 postoperator; • Aplicare multiplă (6-8 ori/lună); • Specifică și sensibilă în NTA, RA, NcyA, infecție, regenerare după RA, NTA; • Diagnostic afecțiuni îmbinate; 	<ul style="list-style-type: none"> • Metodă informativă numai în perioada precoce postoperator (4-6 săptămâni); • Nu este specifică și sensibilă postoperator tardiv; • Nu este specifică în RA tardiv și refracter la tratament (hormonorezistent); • Nu este specifică și sensibilă în alte afecțiuni, inclusiv cele tardive;

Rezultatele citologice ale BEPA sunt prezentate în tabelele 1 și 2. Incidența afecțiunilor îmbinate, diagnosticate de asemenea prin intermediul BEPA, a constituit circa 31%. În tabela 3 sunt analizate avantajele și dezavantajele BEPA, care pot servi drept indicații directe pentru efectuarea intervenției.

B. Diagnosticul patomorfologic

Tabela 4

Biopsia prin Puncție. Vechea clasificare (65 biopsii, 61 pacienți)

Diagnoza	N
•rejet acut: -interstițial (celular)	9
-vascular	3
•rejet cronic: -glomerulopatie	11
-tubulopatie	10
-arteriopatie	12
-schimbări de interstițiu	13
•nefrotoxicitate CyA	10
•nefroscleroză transplant	11
•pielonefrită transplant	5
•recidivă glomerulonefrită	2
•rezultat negativ	3

Conform datelor prezentate în tabela 4, BP este net superioară BEPA, permite de a diagnostica atât afecțiunile precoce și acute ale TR, cât și cele tardive (rejetul cronic, pielonefrita, nefroscleroza, recidiva maladiei primare în TR, etc.). Luând în considerație incidența scăzută de complicații după biopsiile TR (tab.5), metoda, cu toate că este miniinvasivă, necesită o aplicare strictă și poate fi folosită în monitoringul obligatoriu al pacienților cu TR.

Tabela 5

Incidența complicațiilor după Biopsia Transplantului Renal

Biopsia Extrafină prin Aspiratie (n = 182)	Biopsia prin Puncție (n=65)
•hematurie – 6 (3,3%) -tranzitorii – 4 -macrohematurie – 1 -macrohematurie cu cheaguri, oligurie 6 ore, rezolvată conservativ - 1	•complicații – 3 (4,6%) -hematurie moderată tranzitorie – 2 -hemoragie pararenală – 1 (afectare vas plică peritoneu rezolvată prin intervenție chirurgicală);

C. Histopatologia TR în conformitate cu clasificarea de la Banff

În tabelele 6-9 sunt prezentate criteriile de diagnostic și codificare standardizată în conformitate cu clasificarea de la Banff, ce permit evaluarea histopatologiei TR la un nou nivel, fapt confirmat de mai mulți cercetători (K.Solez, R.Axelsen, H.Benediktsson et al., 1993). Metodele standardizate au permis autorilor de a selecta schimbările caracteristice pentru RA și Nefropatia Cronică a Transplantului (tab.6), alte schimbări neconsiderate ca rejet (tab.7), în care sunt evaluate și cele provocate de Cyclosporina A (NcyA). RA este apreciat în baza proceselor inflamatorii, detectate în compartimente principale ale grefonului – tubulita, glomerulita, arterita și infiltrare interstițială. Pentru prima dată apare noțiunea de «hialinoză nodulară», afecțiune caracteristică și specifică pentru acțiunea și impactul Cyclosporinei asupra organului transplantat. Diagnosticul final este oformat de către patomorfolog, de comun acord cu specialiștii transplantologi, în conformitate cu codificarea propusă, ce permite de a concretiza și a specifica patologia, în primul rând histomorfologic (tab.8,9).

Histopatologia Transplantului Renal (I) Criteriile de diagnostic pentru biopsii
(The Banff classification of kidney transplant pathology; K.Solez, R.Axelsen, H.Benediktsson et al., 1993)

- Norma
- Rejet hiperacut
- Schimbări «de hotar» (Banerline changes – «very mild acute rejection»)
- Rejet acut:
 - Gradul I – minimal (infiltrare interstițiu > 25%, tubulită moderată > 4 celule / tub sau 10 celule tubulare;
 - Gradul II – moderat (infiltrare interstițiu semnificativă, tubulită severă > 10 celule / tub și/sau arterită intimă;
 - Gradul III – sever (arterită intimă severă și/sau arterită transmurală cu fibrinoid / necroză media. Infarct sau hemoragie interstițială recentă;
- Nefropatie cronică transplant:
 - Gradul I (fibroză interstițială și atrofie tubulară minimală);
 - Gradul II (fibroză interstițială și atrofie tubulară moderată);
 - Gradul III (fibroză interstițială și atrofie tubulară severă);
- Alte schimbări

Histopatologia Transplantului Renal
(II) Alte schimbări neconsiderate ca rejet
(The Banff classification of kidney transplant pathology; K.Solez, R.Axelsen, H.Benediktsson et al., 1993)

- Modificări limfoproliferative posttransplant (infiltrare plazmatică atipică interstițiu, tubi, vase glomeruli);
- Schimbări nonspecifice (inflamație interstițială fără tubulită; infiltrate nodulare, perivasculare);
- Necroză Tubulară Acută (necroză celule, edem, regenerare, edem interstițial);
- Nefrită interstițială acută (neutrofilă, eozinofilă, etc.);
- Nefrotoxicitate Ciclosporinică:
 - Tubi – vacuolizare izometrică, incluziune eozinofilică, microcalcificări;
 - Vase – hialinoză nodulară arterială, microangiopatie trombotică, ocluzie artere;
 - Interstițiu – fibroză striată (vărgată);
 - Glomeruli – colaps ischemic sau scleroză, hiperplazie aparat juxtamedular;
- Afectare subcapsulară chirurgicală
- Afectare acută endotelială pretransplant
- Papilită necrotică
- Glomerulonefrită de novo
- Recurența maladiilor (nefrită, diabet, etc.)
- Maladii preexistente (nefroscleroză, nefrite)
- Altele (tromboză vase, infecție virală, CMV, obstrucție, reflux, limfocel, urinom)

Histopatologia Transplantului Renal
(III) Codificare și standartzare
(The Banff classification of kidney transplant pathology; K.Solez, R.Axelsen, H.Benediktsson et al., 1993)
Diagnostic – schimbări «de hotar», Rejet Acut, Nefrotoxicitate CyA

g	0,1,2,3	Glomerulită absentă, minimă, moderată, severă (g3- celule mononucleare în capilarele glomerulului)
i	0,1,2,3	Infiltrare celule mononucleare interstițiu absentă, minimă, moderată, severă (i3- > 50% parenchim inflamație)

t	0,1,2,3	Tubulită absentă, minimă, moderată, severă (t3 - >10 celule mononucleare per tb sau 10 celule tubulare cu tubulită severă)
v	0,1,2,3	Arterită intimă absentă, minimă, moderată, severă (v3 - arterită severă și / sau arterită transmurală și / sau hemoragii, infarct recent)
ah	0,1,2,3	Hialinoză nodulară artere aferente cu îngroșare absentă, minimă, moderată, severă - Nefrotoxicitate Ciclosporinică (ah3 - îngroșare severă, PAS pozitivă)

Notă: g - glomerulită; i - infiltrație interstițiu; t- tubulită; v- arterită; ah - hialinoză nodulară; 0 - absența afectării; 1 - afectare minimă; 2 - afectare moderată; 3 - afectare severă;

Tabela 9

Histopatologia Transplantului Renal

(III) Codificare și standartizare

(The Banff classification of kidney transplant pathology;

K.Solez, R.Axelsen, H.Benediktsson et al., 1993)

Diagnostic - Nefropatie Cronică Transplant

cg	0,1,2,3	Glomerulopatie cronică absentă, minimă, moderată, severă
ci	0,1,2,3	Fibroză interstițială absentă, minimă, moderată, severă
ct	0,1,2,3	Atrofie tubulară, dispariție tubi absentă, minimă, moderată, severă
cv	0,1,2,3	Îngroșare fibroasă intimă, deseori cu fragmentare elastica-absentă, minimă, moderată, severă (cv3-ocluzie completă)

Notă: cg- glomerulopatie cronică; ci- fibroză interstițială; ct - tubulopatie cronică; cv - arterită fibroasă cronică; 0 - absența afectării; 1 - afectare minimă; 2 - afectare moderată; 3 - afectare severă;

Concluzii

1. BEPA este o metodă informativă în perioada precoce postoperatorie (1-2 luni) și permite diagnosticarea preponderentă a unor afecțiuni ale grefonului ca: NTA, RA, NCyA, regenerare după RA și NTA. Incidența afecțiunilor îmbinate poate ajunge pînă la 31%.
2. Aplicarea BP permite diagnosticarea veridică a RA, inclusiv cel tardiv sau refractar la tratamentul corticosteroid, a schimbărilor patomorfologice caracteristice pentru nefropatia cronică a TR, NcyA, pielonefrita, recidiva maladiei primare în transplant (glomerulonefrita).
3. Studiarea și implementarea în practică a criteriilor histopatologice ale TR în conformitate cu clasificarea de la Banff va permite de a perfecționa atât diagnosticul cât și tratamentul unor afecțiuni și complicații majore după transplantarea renală.

Bibliografie

1. Goulesbrough D., McLigeyo S., Anderton J. Renal transplant aspiration cytology. Role of simple morfological criteria. // Cytopathology.-1992.-V.3, N.2-P.119-128.
2. Goulesbrough D., Axelsen R. Arterial endothelialitis in chronic renal allograft rejection: a histological and immunocytochemical study // Nephrol.Dial.Transplant.-1994.-V.9, N.1.-P.35-40.
3. Hammer C. Cytology in Transplantation.-Germany.-1989.-180 p.
4. HKyry P., Willebrand E.v. Practical guidelines for fine needle aspiration biopsy of human renal allografts. Ann.Clin.Res., 1981, N.13.-P.288-306.
5. Laine J. et.al. Renal allograft histology and correlation with function in children on triple therapy // NDT.-1995.-V.10.-N.1-P.95-102.
6. Mihatsch M.J., Zollinger H.U. Renal Pathology in Biopsy, Germany, 1978, 684 p.
7. Solez K., Axelsen R., Benediktsson H., et.al. International standartization of criteria for the histologic diagnosis of renal allograft rejection: The Banff working classification of kidney transplant pathology // Kidney International, 1993.-V.44.- P.411-422.

INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ ȘI DEPENDENȚA EI DE TABLOUL MORFOLOGIC AL AMILOIDOZEI RENALE SECUNDARE

E. Calenici, S. Rusu, E. Bivol, A. Moșneaga, R. Pascal, E. Rusu, I. Pogonea

Catedra Medicina Internă №1, Catedra Morfopatologie,
USMF «N. Testemițanu»

Amiloidoza este o boală generalizată și nu poate fi atribuită unui singur organ sau unei singure sisteme, caracterizându-se prin depuneri de substanță proteică numită amiloid în diverse țesuturi (1, 4).

Amiloidul se depozitează între celulele țesuturilor diferitelor organe cu o largă varietate a manifestărilor clinice. Deoarece depozitățile de amiloid apar insidios, recunoașterea ei clinică ultimativ depinde de identificarea morfologică a acestei substanțe distinctive în biopsia histologică. La microscopia optică amiloidul apare ca o substanță amorfă, eozinofilă, hialină, extracelulară, care cu progresarea acumulărilor, crește în volum și produce atrofia prin compresiune al celulelor adiacente. Pentru diferențierea amiloidului de alte depozități hialine sunt utilizate o varietate de metode histochemice. Cea mai larg aplicată este colorația cu Roșu de Congo, care sub lumina ordinară separă în culoarea roșie-cărămizie depozitățile tisulare. Mult mai specifică este birefrigența verde al sectoarelor de amiloid, care este observată la microscopul cu lumină polarizată. Fenomenul de metacromazie poate fi obținut prin colorația cu Violet de Metil. Intensitatea fluorescenței cu colorația de Tioflavina T și demonstrarea prin microscopia electronică al fibrelor fine neramificate – sunt metode foarte sensibile pentru determinarea amiloidozei (2, 4).

Cercetând natura chimică al amiloidului s-a stabilit că aproximativ 95% din materialele amiloidului constau din proteine fibrilare, 5% fiind componentul P și alte glicoproteide și proteina-C reactivă. Din 15 forme biochimice distinctive ale proteinelor amiloidului, ce au fost identificate, 3 au importanță majoră: (1) AL (amiloidul lanț ușor) derivă din celulele plasmocitare și conține lanțurile ușoare imunoglobulare; (2) AA (amiloid-asociat) este proteină unică nonimunoglobulară sintetizată de către ficat, și (3) A β -amiloidul – este determinat în leziunile cerebrale ale maladiei Alzheimer (2, 3).

După natura fizică nu este posibil a face diferențierea amiloidului, el având configurație β -plisată pentru toate clasele chimice. Prin aceasta se explică identitatea colorației la toate formele amiloidozei.

În ultima clasificare (Cotran R., 2001) amiloidoza după categoriile clinico-patologice se clasifică:

I. Amiloidoza sistemică (generalizată):

- Discrazia imunocitară cu amiloidoză (amiloidoza primară);
- Amiloidoza reactivă sistemică (amiloidoza secundară);
- Amiloidoza asociată hemodializei;
- Amiloidoza ereditară:
 - Febra Mediteraneană familială;
 - Neuropatia amiloidă familială;
 - Amiloidoza sistemică senilă.

II. Amiloidoza localizată:

- Cerebral senilă;
- Endocrină:
 - Carcinomul medular al tiroidei;
 - Insule Langherhans;
- Amiloidoza atrială izolată.

În amiloidoza sistemică reactivă, de care ne-am preocupat, aparența proteinei amiloide apare la distrucție tisulară de lungă durată și prezența inflamației cronice, ce duce la mărirea nivelului SAA, ce este sintetizată de hepatocite sub influența citokinelor cum sunt IL-6 și IL-1; uneori accelerarea producției de SAA numai de ficat nu este suficient pentru depozitarea amiloidului. Sunt posibile două explicații a acesteia. În acordul cu prima, SAA este normal degradată în produsul solubil final sub acțiunea enzimelor monocit-derivate. Posibil, persoanele ce fac amiloidoza au defect enzimatic, ce rezultă în degradarea incompletă a SAA, aceasta generând molecule AA insolubile. Alternativ, determinarea genetică a structurii anormale în molecula SAA la sigur duce la sistarea degradării de către monocite (1).

Amiloidoza renală este cea mai larg răspândită și potențial cea mai serioasă formă al dereglărilor organice. Într-o serie de raportări la pacienții cu amiloidoză – forma renală este cauza majoră (82%) a decesului (2).

Scopul studiului

A constatat în stabilirea interdependenței între modificările morfologice și evoluția insuficienței renale cronice predominant în cazul amiloidozei reactive sistemice.

Material și metode

Studiul a fost efectuat pe 19 cazuri de deces a pacienților de insuficiență renală cronică în urma dezvoltării amiloidozei sistemice reactive cu predominarea formei renale. Din ei 12 au fost bărbați și 7 - femei, cu vârsta între 45 și 62 ani, ce au decedat între anii 1995 - 2002.

Preparatele histologice au fost colorate după metodele clasice cu hematoxilina-eozină și Roșu de Congo și cercetate la microscopia optică.

În urma cercetării efectuate s-a stabilit o legătură între localizarea depozitelor amiloide în nefron și evoluția insuficienței renale cronice.

La 10 cazuri a fost stabilit tabloul morfologic cu depozitarea primară a amiloidului în glomerul; interstițiul peritubular, arteriile și arteriolele fiind puțin afectate. Acumulările glomerulare apărute ca conglomerate fine, subțiri a matrixului mezangial au fost acompaniate cu dilatarea rugoasă a membranei bazale a capilarelor glomerulare. Depozitățile mezangiale și cele dealungul membranei bazale cauzează obturarea capilarelor și distorsia vaselor glomerulare cu stoparea funcției acestor glomeruli, ce sunt invadați de masele amiloide confluențe. Aceste modificări au cauzat o evoluție mai gravă a bolii cu dezvoltarea insuficienței renale cronice stadiul II B - III A (după S.I. Reabov) - filtrarea glomerulară 5 - 25 ml/min, creatinina 388 - 675 μ mol/l, ureea sîngelui 66 - 87 mmol/l, proteinuria 5,8 - 7,2 g/l, proba Zimnițkii - cu variații a densității urinei între 1,016 și 1,008 și predominarea diurezei nocturne, hiperkaliemia 6,8 - 7,0 mmol/l, acidoza metabolică pH <7,22; pCO₂ 35-45; BE <(-9,9); HTA gr. II - III (TAs 170 - 190 mm Hg, TAd 90 - 120 mm Hg), retinopatia gr. III.

După boala de bază - 7 pacienți cu bronșiectazie (evoluția de 5 - 6 ani după stabilirea diagnosticului); 2 pacienți cu tuberculoză pulmonară (evoluția de 4 - 8 ani după stabilirea diagnosticului); 1 pacient cu lupus eritematos de sistem (evoluția de 3 ani după stabilirea diagnosticului).

În urma examinării celorlalte 9 cazuri s-a determinat depozitarea uniformă generalizată a amiloidului cît în glomerul, ațit și pe parcursul membranei bazale a tubilor nefronului, în interstițiul peritubular, în arterii și arteriole. Volumul acestor conglomerate fiind mai mic în comparație cu prima variantă. La pacienții din acest grup insuficiența renală cronică stadiul I B - II A (filtrarea glomerulară 30 - 60 ml/min, creatinina 240 - 320 μ mol/l, ureea sîngelui 21 - 44 mmol/l, proteinuria 2,44 - 4,3 g/l, proba Zimnițkii - densitatea urinei în toate porțiile varia de la 1,022 pînă la 1,012, hiperkaliemia 6,0 - 6,2 mmol/l, acidoza metabolică pH 7,30 - 7,25; pCO₂ 35-45; BE (-4,9) - (-8,2); HTA gr. I - II (TAs 150 - 170 mm Hg, TAd 90 - 100 mm Hg), retinopatia gr. I - II.

După boala de bază - 5 pacienți cu bronșiectazie (evoluția de 8 - 9 ani după stabilirea diagnosticului); 3 pacienți cu tuberculoză pulmonară (evoluție de 6 - 10 ani după stabilirea diagnosticului); 1 pacient cu artrită reumatoidă (evoluția de 4 ani după stabilirea diagnosticului).

Cauzele nemijlocite a decesului au fost complicațiile survenite pe parcursul dezvoltării insuficienței renale cronice (hemoragii gastro-intestinale, pericardita uremică și insuficiența cardiacă congestivă, empiem pleural, gangrene și abcese pulmonare, ictus cerebral și al.).

Concluzii

Evoluția insuficienței renale cronice depinde de gradul și topica depozităților substanței amiloide în rinichi. La pacienții cu insuficiență renală cronică stadiul II B - III A ele s-au situat preponderent în glomerul, mai puțin fiind afectate celelalte zone ale rinichiului, pe cînd la bolnavii cu insuficiență renală cronică stadiul I B - II A depozitățile fiind mai reduse, au fost repartizate uniform-generalizat în toate zonele renale.

Bibliografia

1. Bellotti V., Merlini G.: Current concepts in the pathogenesis of systemic amyloidosis. *Nephrol Dial Transplant* 2 (suppl 9):53, 1996;
2. Buxbaum J.: The amyloidosis. *Mt Sinai Med J.* 63:16, 1996;
3. Kyle R.A., Gertz M.A.: Systemic amyloidosis. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 10:49, 1990;
4. Kumar V., Cotran R.: Robbins pathologic basis of disease. - 6th ed. - 2001.

ASPECTE ALE TRATAMENTULUI ANEMIEI RENALE CU ERITROPOIETINĂ

Rodica Negru-Mihalache, D. Mastak, A. Vasilev, A. Axenti
Centrul Practico Științific în Domeniul Medicinii de Urgență (CPȘDMU)
Centrul Municipal de Dializă (CMD)

Summary

Anaemia is a consistent finding in chronic renal disease, affecting up to 90% of patients, and the central role of anaemia in the development of cardiovascular dysfunction is now well established. Although iron deficiency is probably the most important factor affecting response to recombinant erythropoietin (Epo, epoetin), other factors are of significance, including dialysis adequacy. Additionally, water treatment and distribution, sterilizants and the quality of the dialysate in terms of trace elements (particularly chloramine) are of importance in relation to erythropoiesis inhibition.

Actualitatea

Anemia rămâne una din cauzele principale în letalitatea pacienților cu patologie cronică renală, în particular, contribuie la apariția unui șir de modificări din partea diferitor sisteme ale organismului, inclusiv și cel cardiovascular. La pacienții cu IRC supuși hemodializei, anemia reprezintă o complexitate de manifestări clinice la care contribuie un șir de factori și, în primul rând, deficitul absolut sau relativ al eritropoetinei.

În tratamentul efectiv al anemiei renale se utilizează cu succes eritropoetina recombinată umană (r-HuEPO, epoetin), utilizată pentru prima dată în practica medicală în 1986.

Din 1990 epoetina a devenit o parte componentă a terapiei la pacienții cu patologie cronică renală și este utilizată prioritar la pacienții aflați la dializă cronică.

Un factor comun ce se înfîlșește frecvent la pacienții cu IRC și care limitează eficacitatea tratamentului cu epoetină este deficitul de Fe în organism (10).

Pentru asigurarea unui răspuns adecvat la tratamentul cu eritropoetină este necesar excluderea unui șir de factori: deficitul de fer, inflamația, calitatea nesatisfăcătoare a dializei, hiperparatiroidismul, deficitul de vitamina B12, acid folic și vitamina C, pierderile cronice de sânge. Studii randomizate au arătat că administrarea de Eprex s/c produce o sporire mai mare a nivelului de Hb, Ht, versus administrarea i/v (6,7) și este recomandată pacienților pentru tratament atât în Europa (8), cât și în SUA (9).

Tratamentul efectiv al anemiei renale cu eritropoetină contribuie la supraviețuirea îndelungată a pacienților dializați, micșorează letalitatea bolnavilor (1-3), îmbunătățește calitatea vieții (4-5). Odată cu majorarea concentrației hemoglobinei (Hb), crește arealul de supraviețuire a pacienților cu IRC prin efectul cardioprotector.

Materiale și metode

Studiul a avut drept subiect supravegherea unui lot de 23 de pacienți cu IRC aflați la tratament prin hemodializă cronică și care au beneficiat de tratament cu eritropoetină (Eprex) în decurs de 6 luni. Pacienții au fost selectați după vîrstă, sex, unități nozologice. Vîrsta medie a pacienților a constituit 42 ± 6 ani, raportul b/f - 1:1,2.

Conform unităților nozologice, cauza IRC la pacienții dializați a fost următoarea:

1. Glomerulonefrita cronică difuză - 39,1%
2. Pielonefrită cronică bilaterală - 21,7%
3. Polichstoză renală - 13%
4. Sindromul Alport - 4,3%
5. Diabet zaharat - 13%
6. Nefrolitiază - 8,6%

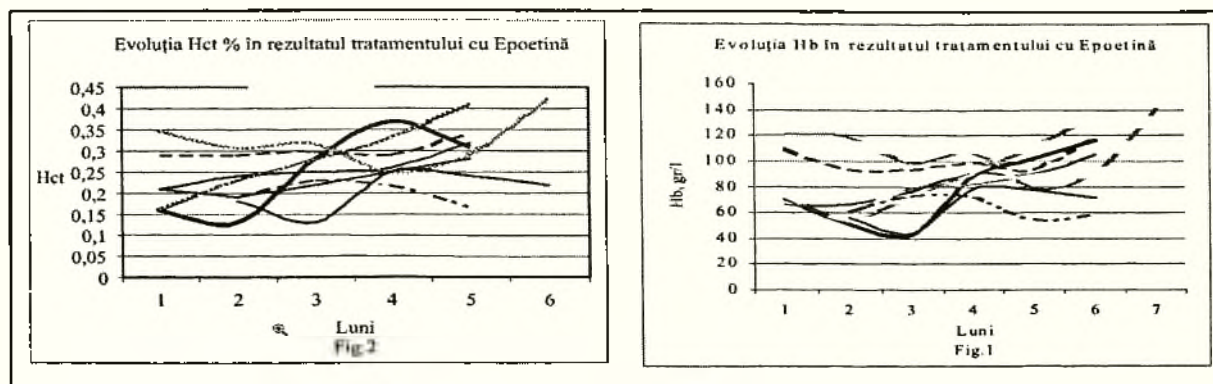
Datele inițiale de laborator ale hemoglobinei (Hb), în mediu - 75,5 g/l (35-116g/l), hematocritul (Ht) - 0,225 (0,11-0,34), eritrocitele - $2,2 \times 10^9$ ($1,3-3,1 \times 10^9$).

Concentrația de uree pînă la tratament a fost în mediu - 32,59 mmol/l, creatinina - 0,644 mmol/l.

Pentru tratament a fost administrat preparatul - Eprex (epoetin) în doze 50 U s/c de trei ori pe săptămîină, în decurs de 6 luni, în asociere cu preparate de fer, acid folic, vit B₁₂, vit C, (Ranferon cîte 1 capsulă de 2 ori în zi).

Rezultate

Eficacitatea tratamentului a fost ilustrată pe un lot de 8 pacienți în graficul nr.1, nr.2. Datele prealabile de laborator evaluate după 6 luni ne indică o sporire evidentă al nivelului mediu de Hb cu 28 unități g/l, față de cel inițial. Nivelul ureei la sfârșitul lunii a șasea de tratament a fost în mediu - 20,68 mmol/l, al creatininei - 0,558mmol/l.



Discuții

Cele mai bune rezultate s-au observat la pacienții de vîrstă tînă, fără patologii asociate. Mai puțin a fost creșterea nivelului de Hb, Ht în lotul de pacienți ce sufereau de patologii concomitente (hepatită virală C, pielonefrită cronică cu acutizare) cea ce corespunde datelor din literatura de specialitate, unde se subliniază rolul inflamației și anume influența citochinelor pro-inflamatorii: factorul necrozei tumorale- α , interleukina-1, interferon- γ , proteina C reactivă (TNF α , IL-1, IFN- γ , PCR) în micșorarea răspunsului la epoetină (11,12) prin supresia creșterii coloniilor eritroide. Rezistența la tratamentul cu eritropoetină reprezintă o problemă clinică relevantă.

Calitatea dializei are un impact direct asupra tratamentului cu epoetină. Studii efectuate în SUA au arătat, că odată cu micșorarea cifrelor de uree și creatinină, sporește rata răspunsului la tratamentul cu epoetină cu \approx 45% (13).

La momentul actual, drept cauze ale răspunsului neadecvat la tratamentul cu epoetină sunt enumerați următorii factori (14):

majori:

- deficitul de fer,
- infecția,
- factori noninflamatorii,
- pierderi cronice de sînge,

minore:

- hiperparatiroidismul,
- dializă inadecvată,
- intoxicația cu aluminiu,
- insuficiență de acid folic, vit. B12,
- insuficiența vit. C,
- tumori malingne,
- medicamente (IEC)

Concluzii

Dializa adecvată poate contribui la corecția anemiei prin reducerea acțiunii factorilor inhibitori asupra eritropoezei.

Eprex-ul încetinește progresarea hipertrofiei părților stîngi ale cordului cu micșorarea frecvenței complicațiilor cardiovasculare (insuficiența cardiacă, angină pectorală, tulburări de ritm), corecția hipertrofiei ventricolului stîng.

Cercetări multicentrice efectuate, indică necesitatea individualizării tratamentului cu epoetină, frecvența administrărilor, doza individuală, calea de administrare.

Bibliografie

1. Muirhead N, Churchill DN, Goldstein M *et al.* Comparison of subcutaneous and intravenous recombinant erythropoetin for anemia in hemodialysis patients with significant co-morbid disease. *Am J Nephrol* 1992; 12: 303-310

2. McClellan WM, Frankenfield DL, Wish JB, Rocco MV, Johnson CA, Owen WF Jr. Subcutaneous erythropoietin results in lower dose and equivalent haematocrit levels among adult hemodialysis patients: results from the 1998 End-Stage Renal Disease Core Indicators Project. *Am J Kidney Dis* 2001; 37: 36E
3. Working Party for European Best Practice Guidelines for the Management of Anemia in Patients with Chronic Renal Failure. European best practice guidelines for the management of anemia in patients with chronic renal failure. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14 (Suppl-5): 1-50
4. NKF-K/DOQI clinical practice guidelines for anemia of chronic kidney disease: update 2000. *Am J Kidney Dis* 2001; 37: S182-S238
5. Mocks J, Franke W, Ehmer B, Scigalla P, Quarder O. Analysis of safety data base for long-term epoetin-beta treatment. A metaanalysis covering 3597 patients. In: Koch KM, Stein G, eds. *Pathogenetic and Therapeutic Aspects of Chronic Renal Failure*. Marcel Dekker, New York, 1997; 163-179
6. Consensus Development Conference Panel. Morbidity and mortality of renal disease: an NIH consensus conference statement. *Ann Intern Med* 1994; 121: 62-70
7. Grutzmacher P, Scheuermann E, Low I et al. Correction of renal anaemia by recombinant human erythropoietin: effects on myocardial function. *Contrib Nephrol* 1998; 66: 176-184
8. Delano BG. Improvements in quality of life following treatment with r-HuEPO in anemic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1989; 14 (Suppl 1): 14-18
9. Rader B, Manninen DL. The quality of life of hemodialysis recipients treated with recombinant human erythropoietin. Cooperative Multicenter EPO Clinical Trial Group. *J Am Med Assoc* 1990; 263: 825-830
10. Parcker PA, Izard MW, Maher JF. Therapy of iron deficiency anaemia in patients on maintenance dialysis. *Nephron* 1979; 23: 181-186
11. Stenvinkel P. The role of inflammation in the anaemia of end stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16 (Suppl 7): 36-40
12. Barany P, Divino Filho JC, Bergström J et al. High C-reactive protein is a strong predictor of resistance to erythropoietin in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1997; 29: 565-568
13. Locatelli F, Del Vecchio L, Andrucci S. Dialysis: its role in optimizing recombinant erythropoietin treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16 (Suppl 7): 29-35
14. DrSeke T. Hyporesponsiveness to recombinant human erythropoietin. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16 (Suppl 7): 25-28.

AFFECTAREA RENALĂ ÎN LUPUS ERITEMATOS SISTEMIC (LES)

C. Babiuc, Rodica Pascal, Victoria Juc, Eugenia Calenici,

Ala Moșneaga, I. Balan, Tatiana Beleuța

Catedra medicină internă Nr.1, USMF «N. Testemițanu»

Summary

Lupus nephritis has an important impact in the lupus visceral disorders and influences outcome of the disease. 40 patients with systemic lupus erythematosus were examined. Renal disorders were revealed in 28 studied cases. Arterial hypertension, seric creatinin elevation, T-lymphocytes and CIC reduction related to HLA B8 and HLA A10 are unfavorable signs of SLE evolution and require more aggressive treatment.

Actualitatea

Nefropatia lupică ocupă în loc important în cadrul interesării multiple a bolii lupice, se întâlnește la 3 din 4 bolnavi și reprezintă principala cauză de deces. De obicei, afectarea renală este depistată atunci când celelalte manifestări viscerale sunt deja prezente și atribuite acestei afecțiuni. Uneori, decelarea nefropatiei poate servi ca argument decisiv pentru descoperirea LES. Sunt însă numeroase cazuri în care suferința renală este aparent autonomă și necesită precizarea etiologiei ei. Frecvența atingerii renale este dificil de apreciat, cifrele statistice moderne fiind variate: 37% (Siguier), 64% (Montgomery), 81% (Milliez) și mai recent 94% (Ursea). Se remarcă o creștere a frecvenței determinărilor renale, fapt explicat, în mare parte, prin aplicarea corticoterapiei, care prelungind evoluția bolii, face posibilă apariția nefropatiei (Muehrke).

Majoritatea cercetătorilor apreciază rolul crescând al nefropatiei lupice în morbiditate și mortalitate, datorată LES. Importanța nefropatiei în evoluția clinică a maladiei poate fi în mare parte explicată prin ameliorarea modalităților terapeutice ale celorlalte manifestări viscerale ale bolii, în

timp ce tratamentul nefropatiei continuă să rămână nesatisfăcător. Se afirmă, că 30% din bolnavi decedează în anul imediat următor descoperirii leziunilor renale. Diferite date clinice și histologice luate individual pot fi utile pentru aprecierea evoluției și tacticii corecte de tratament în leziunile inițiale renale.

Imunopatogenia leziunilor renale nu este bine clarificată. Este recunoscut rolul predominant al mecanismelor imune prin complexe imune circulante, care se depun la nivelul glomerulilor inițiind leziunile renale și celor neimune: suprasolicitarea funcțională a neuronilor restanți, hipertensiunea arterială, infecțiile urinare. Un rol important i se atribuie predispoziției genetice, în special incidenței crescute a nefropatiei lupice la subiecții cu antigene de histocompatibilitate de tipul: HLA-B8, HLA-B7, HLA-W5, HLA-DR3, care le conferă un răspuns imunologic dereglat.

Elementul fundamental al leziunilor histologice în LES îl constituie degenerescența fibrinoidă, care este rezultatul unui fenomen imunologic (conține fibrinogen, IgG, IgM și fracțiuni ale complementului). Diversele aspecte lezionale din LES sunt încadrate în prezent în cinci grupe:

- Nefropatii lupice cu aspect histologic normal, sau cu leziuni glomerulare minime;
- Boala mezangială glomerulară;
- Glomerulonefrita lupică membranoasă;
- Glomerulonefrita lupică focal și segmentală proliferativă;
- Glomerulonefrita lupică proliferativ difuză.

Obiectivele

Studiului au vizat studierea particularităților clinice, imunologice și imunogenetice ale afectării renale la pacienții cu LES.

Material și metode

Materialul clinic la constituit 40 de bolnavi cu diagnosticul de LES, stabilit conform criteriilor ARA, dintre care 36 de femei și 4 bărbați, vârsta cărora a variat între 16-64 ani. Toți pacienții au fost supuși examenului clinic și paraclinic, completat de sumarul urinei, funcția renală și scintintigrafia renală în studiul dinamic. Dereglările imune au fost apreciate prin studierea parametrilor imunității celulare și umorale, complexelor imune circulante (CIC), titrului complementului hemolitic (CH-50). S-a studiat complexul major de histocompatibilitate HLA, privind locusurile MHC A și B. Rezultatele obținute au fost analizate în mod logic și statistic cu determinarea criteriului Student. Riscul de dezvoltare al afecțiunilor renale în LES, comparativ cu cele, la care ele nu s-au depistat, a fost apreciat după criteriul de risc relativ RR.

Rezultatele obținute

Evaluarea simptomatologiei clinice la pacienții studiați a relevat prezența afecțiunilor renale la 28 pacienți (70%). Glomerulonefrita acută, manifestată prin proteinurie < 1g/zi, hematurie, leucociturie moderată, fără HTA a fost depistată la 6 (21,5%) bolnavi, iar aceeași variantă clinică, dar cu HTA la 4 (14,2%). Glomerulonefrita malignă, cu evoluție subacută și insuficiență renală acută a fost înregistrată la 1 (3,57%) pacient. Varianta clinică, manifestată prin sindrom nefrotic, hematurie și HTA s-a depistat la 12 (42,8%) bolnavi, fiind una dintre cele mai frecvente, iar la 5 (17,93%) pacenți a fost depistată forma monosimpptomatice, manifestată prin proteinurie izolată. Insuficiența renală cronică a fost prezentă la 14 pacienți (50%).

Estimarea stării imunității celulare în funcție de afectarea renală în LES în cercetările noastre a pus în evidență nivelul diminuat al valorilor limfocitelor T-generale, T-active și T-teofelin-sensibile în toate formele clinice ale bolii cu predominarea în nefropatia lupică. Astfel, numărul limfocitelor T-generale scade de 3,01 ori, T-active de -2,87 ori, iar T-teofelin sensibile de 3,57 ori, cu majorarea limfocitelor T-teofelin rezistente de 2,38 ori și limfocitelor B de 1,95 ori, comparativ cu pacienții fără afectare renală ($p < 0,05$). Concentrația IgM crește de 2,42 ori ($p < 0,01$), Ig G de 2,33 ($p < 0,01$), pe când nivelul CIC și complementului CH-50 scad în mediu de 3,01 ori ($p < 0,01$), fiind antrenaji în mecanismul principal de afectare renală.

Analiza rezultatelor tipajului HLA în funcție de prezența afectării renale în LES a estimat frecvență a veridic sporită a antigenului HLA B8(RR1-IIă2,65), HLA – A10(RR1-IIă2,71) și asocierilor A1A11 (RR1-IIă9,78), A2B16 (RR1-IIă5,91), B8B40 (RR1-IIă7,98) la pacienții cu LES. La bolnavii cu lipsa patologiei renale a fost marcată incidența sporită a antigenului HLA B5(RR1-IIă3,26) și asocierilor B5B7(RR1-IIă2,28), B15B35 (RR1-IIă13,6), determinând a evoluție mai benignă și prognosticul favorabil al LES.

Discuții

Simptomatologia nefropatiei lupice este variabilă, în raport cu forma anatomopatologică (1,3). Deși nu există o corelație strictă între intensitatea manifestărilor clinico-biologice și tabloul histopatologic, s-a observat că:

- În cazul unei glomerulonefrite cu leziuni minime se decelează proteinurii și hematurii mici, tran-

- zitorii, hipertensiunea arterială (HTA) în 10% cazuri, insuficiența renală – 1-5%.
- Glomerulonefrita focală și segmentală se exprimă prin proteinurie (rareori sindrom nefrotic), hematurie moderată, HTA – 10% și evoluează rar spre insuficiență renală – 10-20%.
 - Glomerulonefrita membranoasă se manifestă prin sindrom nefrotic, rareori însoțit de hematurie, HTA – 50%, insuficiență renală – 10-15%.
 - Glomerulonefrita difuz proliferativă se recunoaște prin prezența proteinuriei peste 3,5 g/24h, hematuriei, cilindrilor hematici, leucociturie, HTA – 25-40%, insuficiență renală – 22-75%
 - Glomerulonefrita mezangială evoluează cu proteinurie mică, hematurie minimă, leucociturie, HTA – 10%, insuficiența renală se dezvoltă în 1-13% bolnavi. În cursul nefropatiei lupice, pot să apară sindroame tubulare renale, care sunt rareori pe primul plan.

Conform datelor contemporane există corelații certe dintre modificările imunității umorale și celulare și prezența modificărilor renale în LES(3,4), precum și prezența antigenelor HLA, ce codifică nu numai forma, dar și prognosticul bolii (2,3,4). Datele obținute în studiul nostru sunt în concordanță cu datele din literatura de specialitate. Diagnosticul formei anatomo-clinice de nefropatie lupică se va face pe baza datelor clinice, de laborator și a examenului histopatologic.

Concluzii

1. Din cadrul afecțiunilor viscerale în LES se evidențiază rolul important al lupus-nefritei, ce se întâlnește frecvent în cadrul acestei maladii și substanțial influențează prognosticul maladiei.
2. Apariția HTA, creșterea creatininei serice, agravarea proteinuriei cu trecere în sindrom nefrotic, diminuarea substanțială a nivelului limfocitelor T-teofelin sensibile și CIC în asociere cu frecvența sporită a antigenului HLA B8(RRI-IIă2,65), HLA – A10(RRI-IIă2,71) și asocierilor A1A11 (RRI-IIă9,78), A2B16 (RRI-IIă5,91), B8B40 (RRI-IIă7,98) sunt elementele prognosticului nefavorabil și impun un tratament mult mai agresiv, cu includerea corticoterapiei, imunosupresoarelor și plasmaferezei.

Bibliografia

1. N. Ursea »Nefrologie clinică«, București, 2001
2. I. Romoșan » Rinichiul. Ghid diagnostic și terapeutic«, București, 1999
3. R. Păun »Medicină internă. Reumatologie«, volumul II, București, 1999
4. В.А. Насонова »Ревматические болезни«, Москва, 1997

MODIFICĂRILE ANTITROMBINEI III LA PACIENȚII CU DIFERITE VARIANTE DE NEFRITĂ LUPICĂ

Tatiana Beleuță

Catedra Medicină Internă Nr.1 USMF "N. Testemițanu"

Summary

The clinical and laboratory properties of hemostasis disturbances the patients with different variants of the lupus nephritis and the correction possibilities with antiagregants and anticoagulation drugs we studied. The bleeding syndrome was found to 64,7% patients with lupus nephritis and in 17,6% cases this one were associated with the thrombotic syndrome. This results show the presence of DIC syndrome in patients with lupus nephritis which is manifested with thrombohemorrhagic syndrome and decreased antithrombin III activity. These date indicate the necessity of study hemostasis system and the association of the antiagregants and anticoagulation drugs to the basis treatment of the patients with lupus nephritis.

Actualitatea

Nefrita lupică este o patologie tipică de geneză imunoinflamatorie, mecanismele apariției, dezvoltării și progresării căreia sunt diferite. Pe parcursul progresării lupusului eritematos sistemic (LES), la o mare parte din pacienți se determină dereglări hemostazeologice, care sunt extrem de variate și sunt prezentate de toate stadiile sindromului coagulării intravasculare diseminate (CID) (1,4,6,9).

În cursul evoluției LES la 60-75% din pacienți se depistează leziuni renale (9,10). Pe măsura progresării nefritei lupice, paralel cu factorii imuni, o însemnătate deosebită se atribuie dereglărilor hemocoagulării (8,10). Asocierea inflamației imune cu hemocoagularea se realizează prin intermediul endotelului vascular. În urma activăției endotelului de către complexe imune și produșii reacțiilor imunoinflamatorii apar dereglări funcționale ale pereților vasculari cu pătrunderea în sânge a trom-

boplastinei tisulare, factorului Willebrand, dereglarea sintezei prostaciclinei, perturbări în sistemul fibrinolitic. De interacțiunea factorilor sistemelor de coagulare și fibrinolitice în spațiul parietal sistemic și patul vascular renal-local depinde gradul dereglărilor coagulării intravasculare (5,10).

Principalul anticoagulant fiziologic este antitrombina III (AT III), proteină plasmatică, care produce o inactivare progresivă asupra trombinei, ramasă în exces după ce aceasta și-a realizat acțiunea specifică asupra fibrinogenului. AT III acționează lent și participă la această inactivare în 75% (3,7). Scăderile importante ale nivelului AT III antrenează instalarea unei trombofilii. Luând în considerație rolul important al AT III, noi ne-am propus evaluarea acestui parametru, în funcție de afectarea renală în cadrul LES. Prezintă interes, la fel, modificările nivelului AT III până și după aplicarea tratamentului cu preparate anticoagulante și antiagregante.

Obiectivele lucrării

Studierea nivelului antitrombinei III la pacienții cu diferite variante de nefrită lupică și modificările ei după aplicarea tratamentului cu preparate anticoagulante și antiagregante.

Material și metode

În studiu au fost incluși 78 pacienți cu LES (73 femei și 5 bărbați) în vârstă de la 16 până la 62 ani, media $37,5 \pm 4,5$ ani. Durata medie a bolii a fost $4,6 \pm 1,7$ ani. Diagnosticul s-a confirmat cu cel puțin 4 criterii ARA (American Rheumatology Association, 1982). Evoluție acută s-a determinat la 10 pacienți, subacută la 22 și cronică la 46 bolnavi.

La momentul examinării nefrita lupică a fost determinată la 34 (43,6%) pacienți (31 femei și 3 bărbați), care au constituit I lot de studiu. După severitatea afectării renale, pacienții acestui lot au fost repartizați în 3 grupe: 1-a gr. - 21 bolnavi de nefrită lupică activă cu sindrom urinar izolat, 2-a gr. - 8 bolnavi de nefrită lupică activă cu sindrom nefrotic, 3-a gr. - 5 bolnavi de nefrită lupică activă rapid progresantă. În al II lot de studiu au fost incluși 44 pacienți cu LES fără afectare renală, ce au constituit 56,5% din cazuri. Pacienților cu nefrită lupică s-a administrat tratament cu preparate corticosteroide (prednisolon), citostatice (ciclofosamidă). Analizând dereglările componentelor vasculotrombocitar și coagulant al hemostazei, la fel și perturbările fibrinolitice, pacienților s-a administrat tratament cu preparate anticoagulante (heparină, sincumar) și antiagregante (pentoxifilină). Pacienților lotului II de studiu li s-a administrat tratament cu prednisolon și în 46% cazuri tratament anticoagulant.

Nivelul AT III s-a determinat după metoda A.Hensen, E.Loeliger în modificarea К.М. Бишевский (7).

Rezultatele obținute

Analizând manifestările clinice ale dereglărilor hemostatice, la 22 (64,7%) din 34 pacienți cu nefrită lupică (lotul I) am depistat sindromul hemoragic, spre deosebire de lotul II de studiu, la care acest sindrom a fost doar la 6 (13,6%) din 44 bolnavi. Frecvența și intensitatea acestui sindrom, care s-a manifestat cu echimoze, epistaxis, erupții peteșiale și hemoragii pe mucoase (gingivale și metroragii), corela cu severitatea afectării renale. La 6 bolnavi, ce au constituit 17,6% din pacienții cu nefrită lupică, dintre care 4 - aveau nefrită lupică cu sindrom nefrotic și 2 - nefrită lupică rapid progresantă, sindromul hemoragic se asocia cu tromboze, comparativ - 2 (4,5%) cazuri în lotul pacienților fără afectare renală. La 2 din acești 6 pacienți s-au diagnosticat tromboze ale ramurilor arterei pulmonare. La 1 bolnav cu sindrom nefrotic și la 2 pacienți cu nefrită lupică rapid progresantă s-a constatat tabloul clinic al sindromului CID acut cu hemoragii variate.

Modificările nivelului AT III în dependență de manifestările renale până și după tratament sunt elucidate în tabelul următor:

Pacienții cu LES (nr.)	AT III (%) până la tratament	AT III (%) după tratament
Cu nefrită lupică (34)		
cu sindrom urinar izolat (21)	102±1,4	114±0,8
cu sindrom nefrotic (8)	88±1,2*	101±1,8
rapid progresantă (5)	75±1,2*	81±0,6**
Fără nefrită lupică (44)	118±1,2	116±0,2

Notă: $p < 0,05$

* - veridicitatea statistică de diferență între lotul I și lotul II până la tratament
 ** - veridicitatea statistică în funcție de afectarea renală până și după tratament

Comparând nivelul AT III la pacienții cu LES, în funcție de prezența afectării renale, am determinat variații statistice semnificative la bolnavii de nefrită lupică cu sindrom nefrotic și nefrită rapid progresantă, comparativ cu lotul pacienților fără patologii nefrotice ($p < 0,05$).

Studiind rezultatele obținute, în dependență de tratamentul aplicat am semnalat, că nivelul inițial al AT III la bolnavii de nefrită lupică activă cu sindrom urinar izolat a fost - $102 \pm 1,4\%$, după tratament - $114 \pm 0,8\%$; la bolnavii de nefrită lupică activă cu sindrom nefrotic, concentrația AT III inițial a fost - $88 \pm 1,2\%$, după tratament - $101 \pm 1,8\%$. La bolnavii de nefrită lupică activă rapid progresantă devierile acestui parametru au fost statistic veridice, la care inițial nivelul A III a fost $75 \pm 1,2\%$ și după tratament - $81 \pm 0,6\%$ ($p < 0,05$). AT III la lotul pacienților cu LES fără afectare renală, până la tratament a fost $118 \pm 1,2\%$ și după tratament - $116 \pm 0,2\%$. În urma aplicării medicației anticoagulante s-a determinat o tendință spre normalizare al nivelului AT III în toate grupele de pacienți, însă mai semnificativă la pacienții cu nefrită lupică activă rapid progresantă.

Analiza eficacității tratamentului complex a determinat ameliorarea datelor clinice și de laborator, restabilirea totală sau parțială a funcției renale, prin micșorarea ureei (1 gr. - $7,22$ mmol/l, după tratament - $4,56$ mmol/l; 2 gr. inițial - $14,24$ mmol/l, după tratament - $9,48$ mmol/l; 3 gr. - $16,36$ mmol/l și după tratament - $13,24$ mmol/l) și creatininei (1 gr. - 62 mkmol/l, după tratament - 48 mkmol/l; 2 gr. inițial - 120 mkmol/l, după tratament - 88 mkmol/l; 3 gr. - 186 mkmol/l și după tratament - 144 mkmol/l).

Discuții

Procesele coagulării intravasculare interpretează un rol important în progresarea nefritei lupice, remarcând o frecvență înaltă al sindromului CID la pacienții cu afectare renală progresantă, care după relatările diferitor autori se întâlnește în 28-76% cazuri (2,6,10). Aceste date s-au confirmat și în cercetările noastre, în care sindromul CID s-a manifestat cu stări hemoragice de diferită intensitate în 64,7% cazuri la pacienții cu nefrită lupică, spre deosebire de bolnavii fără leziuni renale, unde sindromul hemoragic s-a depistat în 13,6%. Este important, că incidența și intensitatea acestui sindrom corela cu severitatea afectării renale. La fel, asocierea sindromului trombotic cu cel hemoragic s-a depistat mai frecvent la pacienții cu afecțiuni nefrotice - 17,6%, comparativ cu - 4,5% cazuri, la bolnavii fără aceste manifestări.

Studiul efectuat denotă o scădere al nivelului AT III, mai importantă la bolnavii cu leziuni renale, proces care indică o consumare al anticoagulantului circulant, ce antrenează instalarea unei trombofilii. Luând în considerație aceste date, putem conchide, că nivelul AT III poate servi drept marker de laborator, ce ne semnalează prezența sindromului CID.

Rezultatele obținute indică necesitatea cercetării complexe a sistemului de hemostază, în special, al nivelului AT III și asocierea tratamentului de bază cu corecția dereglărilor hemostazeologice cu preparate antiagregante și anticoagulante. Restabilirea totală sau parțială a funcției renale și normalizarea parametrilor hemostatici în urma tratamentului complex la pacienții cu nefrită lupică s-a obținut în 41% cazuri. Prin urmare, rezultă justificarea utilității includerii medicației antiagregante și anticoagulante în tratamentul complex al nefritei lupice, în special, în cazurile detectării markerilor prezenței coagulării intravasculare diseminate.

Concluzii

Scăderea semnificativă a nivelului antitrombinei III la pacienții cu nefrită lupică este un marker sensibil de laborator, ce semnalează prezența sindromului coagulării intravasculare diseminate, care este un factor important în patogenia dezvoltării nefritei lupice. Aceste rezultate indică necesitatea cercetării complexe a sistemului de hemostază și asocierea tratamentului de bază cu corecția dereglărilor hemostazeologice cu preparate anticoagulante și antiagregante.

Bibliografie

1. Ayoub O., Aljurf M., Al Nounou R., Chaudhri N.A. Systemic lupus erythematosus presenting with haemorrhagic manifestation. *Clinical & Laboratory Haematology*, 1999, 21(6), p. 413-416.
2. Bick R.L. Disseminated Intravascular Coagulation: Objective Clinical and Laboratory Diagnosis, Treatment and Assessment of Therapeutic Response. *Seminars in Thrombosis and Hemostasis*, 22, 1, 1996, p.66-8.
3. Enache F., Stuparu M., Diagnosticul de laborator în hemostază. Ed. ALL, București, 1998.
4. Many A., Langevitz P., Shahar E. et al. The spectrum of coagulation disorders in systemic lupus erythematosus. *Lupus* 1995, vol. 4, supp. 2, p. 147.
5. Poltiev A.S., Pribitcov Yu.N. Pathogenesis of vasculitis in systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 1995, vol. 4, supp. 2, p. 37.
6. Аршинов А.В. и соав. Оценка нарушений гемостаза у больных системной красной волчанкой. *Тер. Архив*. 1999, №5, с.38-40.

7.Иванов Е.П. Руководство по гемостазиологии. Минск. Беларусь, 1991.

8.Прудникова Л.З., Алекберова З.С., Насонов Л.Е. Тромбоэмболические осложнения у больных системной красной волчанкой. Тер. Архив. 1989, №7, с.98-100.

9.Тареева И.Е. и соав. Нарушения гемостаза при нефрите у больных с системной красной волчанкой. Тер. Архив. 1988, №6, с.3-7.

10.Тареева И.Е. и соав. Нарушения гемостаза при волчаночном нефрите. Тер. Архив. 1992, №11, с.49-52.

MANAGEMENTUL APLICĂRII ERITROPOETINEI UMANE (EPREX) LA PACIENȚII DIALIZAȚI

Lilia Postolachi, A.Tănase, Vera Sali, I.Codreanu

*Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "N.Testemițanu",
Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, SCR, Chișinău*

Summary

A frequent and hazardous complication of endstage renal diseases ESRD is anemia. In our study we administered recombinant human erythropoietin (Eprex), Epoetin- , Janssen Cilag, to 65 anemic patients with ESRD, who were undergoing hemodialysis. Eprex was given subcutaneously three times weekly after dialysis, and Ht, Er, Hb; predialysis levels of creatinine and blood urea nitrogen, blood protein level, ferrokinetics, and blood pressure were monitored. Our results demonstrate that Eprex is effective, can restore the Ht to normal in many patients with the need for transfusions with their risks of immunologic sensitization and infection. The treatment with Eprex permit to include and maintain the patients in the waiting list for transplantation in a good condition.

Actualitatea

Anemia este o consecință inevitabilă a Insuficienței Renale Cronice (IRC), fiind provocată de o deficiență a eritropoetinei (EPO) în urma ratării rinichilor bolnavi (N.Muirhead, 1997). EPO este un hormon glicoproteic, produs de rinichi, ca răspuns la hipoxie, cu o greutate moleculară de circa 34000 daltoni și care circulă în plasmă legată cu fracțiunea κ-2 globulinică. Până la 90 % din EPO este produsă de rinichi și doar 10% este secretată extrarenal (la adult în ficat și posibil în splină). Astfel, în IRC anemia este unul din simptomele esențiale, care determină o serie de factori importanți cum ar fi: reducerea aportului și a consumului de oxigen, creșterea debitului cardiac cu hipertrofia ventriculului stâng, reducerea funcției endocrine, imunitare, etc. (N.Ursea, 1995; 2000). Realizările biotehnologice performante contemporane au permis de a obține EPO umană pe cale genetică prin tehnica ADN recombinant (Epo-r-U). Utilizarea clinică largă a Epo-r-U a permis de a reduce esențial morbiditatea și mortalitatea pacienților cu IRC, inclusiv în procesul tratamentului cu hemodializă sau dializă peritoneală (D.Tsakiris, 1999).

În lucrare sînt prezentate rezultatele folosirii Eprexului în tratamentul anemiei la bolnavii cu IRC la hemodializă programată.

Obiectivele lucrării

În scopul determinării eficacității EPO în tratamentul anemiei la pacienții cu IRC aflați la hemodializă (HD) programată, au fost studiate rezultatele aplicării medicamentului Eprex (Epoetin-α), firma Cilag, ampule a câte 2000 un, la 65 pacienți cu IRC.

Material și metode

Studiului au fost supuși 3 loturi de pacienți: primele 2 loturi au constituit pacienți cu anemie pronunțată la care sa administrat Eprex în decurs de 9 luni (doza medie 4000 un x 3 ori/săptămînă, s/c) și lotul 3 (de control) cu anemie moderată, fără tratament cu EPO. Din loturile cu EPO, 1-l a constituit pacienții fără complicații asociate la dializă, iar lotul 2 – pacienți cu diferite patologii asociate: miocardiopatie, polineuropatie uremică, poliartrită, poliserozite, osteoporoză, gastro-bulbită erozivă, angiopatie, tireotoxicoză, edem pulmonar, etc. Caracteristica generală a loturilor examinate este prezentată în Tabela 1.

Caracteristici generale a loturilor examinate

Indicii generali	Lotul I (fără patologie asociată)	Lotul II (cu patologie asociată)	Lotul III (fără Eprex)
Numărul de pacienți	40	15	19
Bărbați	27	7	12
Femei	13	8	7
Vârsta, ani	36,24 ± 1,77	35,4 ± 3,77	44,8 ± 2,1*
Durata tratamentului cu HD, luni	39,0 ± 6,08	37,0 ± 13,98	58,68 ± 9,5*
Lichid acumulat între ședințe HD, ml	4012,0 ± 362,8	3466,7 ± 464,1	4294,1 ± 362,8
Urina restantă, ml	448,0 ± 100,7	500,0 ± 88,9	406,6 ± 80,1

*- p<0,05

Inițial, în loturile formate durata aflării la HD a pacienților a fost destul de mare, mediu 3-5 ani, verdict semnificativ fiind o diferență doar în lotul 3. De asemenea, vârsta pacienților în acest lot a fost mai avansată în comparație cu ceilalți, durata tratamentului cu HD programată mai mare (58 luni și 38 luni), ce atestă o supraviețuire durabilă a pacienților la dializă cu anemie moderată, care nu necesită o corecție a anemiei.

În conformitate cu protocolul adoptat, au fost examinați o serie de indici pînă la administrarea de Eprex și peste 9 luni după tratament: Tensiunea Arterială sistolică și diastolică (TA-s; TA-d), Eritrociti (Er), Hemoglobina (Hb), Hematocritul (Ht), Leucocitele (L), Fe total, Feritina, Parathormonul serului sangvin (PTH), Ureea (Ur), Creatinina (Cr) serică și Proteinele totale. Toți indicii au fost fixați în dinamică – pînă la tratament, în timpul administrării de Eprex și peste 9 luni după tratament.

Rezultatele și discuții

Rezultatele studiului sunt expuse în Tabela 2:

Tabela 2

Rezultatele studiului

Indicii studiați	Lotul I		Lotul II		Lotul III (fără Eprex)
	Rezultate inițiale	Rezultate peste 9 luni	Rezultate inițiale	Rezultate peste 9 luni	
TA sistolică, mm c.Hg	148,0±5,3	152,8±6,7	145,3±5,1	155,4±6,0*	143,2±5,1
TA diastolică, --"---	87,2±2,55	86,5±4,1	85,3±2,73	89,2±3,6	85,3±3,45
Eritrocite, mln	2,21±0,08	3,09±0,09***	2,06±0,12	2,6±0,13**	2,73±0,15*
Hb, g/l	56,3±4,45	92,1±3,3***	55,4±3,8	71,5±4,6**	77,34±4,5*
Ht, l/l	0,21±0,008	0,29±0,09***	0,20±0,013	0,22±0,01	0,19±0,01
Leucocite, mii	5,7±0,35	5,8±0,3	7,1±0,45*	6,9±0,5	6,31±0,33
Ureea, mmol/l	24,0±1,7	29,2±1,8	28,3±2,1	23,5±1,8	20,5±1,8
Creatinina ser, μmol/l	799,4±39,5	566,5±25,9***	641,4±55,5	521,0±28,6	561,5±47,7***
Fe total ser, μmol/l	12,6±0,91	12,3±0,6	8,27±1,39*	9,4±1,0	7,46±2,59*
Feritina, ng/ml	255,7±57,6	135,5±50,7**	271,3±80,0	103,0±26,9*	43,12±14,7**
PTH, pg/ml	102,6±35,0	84,3±31,0	100,9±45,5	151,7±70,0*	20,62±5,9*
Proteine totale ser, g/l	62,4±5,7	74,1±1,1	51,1±8,6	76,6±2,2*	69,9±5,8

*- p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001; *p în lotul III în comparație cu rezultatele inițiale din lotul I și II

Rezultatele obținute în decursul tratamentului cu EPO, în conformitate cu datele din Tabela 2, relevă următoarele: pînă la administrarea de Eprex, valorile TA-s și TA-d au fost similare în toate loturile,

iar peste 9 luni a avansat veridic doar TA-s din lotul II. Valorile Er și Hb din loturile I și II pînă la tratament au fost mai mici de cît cele din lotul III, pe cînd după Eprex au avansat esențial, mai ales în lotul I ($p < 0,001$). Un alt indice ce exprimă eficacitatea EPO este Ht, care sa mărit semnificativ doar în lotul I ($p < 0,001$), în lotul II și III rămînînd practic acelaș. Din metaboliții care caracterizează nivelul uremiei, Cr serică a fost mai mică în lotul III comparativ cu cifrele inițiale din primele 2 loturi. După tratamentul cu Eprex doar în I-lot Cr a diminuat cu o semnificație vădită ($p < 0,001$). Oscilațiile Ur serice au rămas fără dinamică semnificativă în toate loturile. Leucocitele au fost mărite inițial doar în lotul II, fapt ce confirmă existența unor complicații la acești pacienți, inclusiv inflamatorii. Rezultatele investigațiilor caracteristice pentru metabolismul de Fe la pacienții cu IRC sunt neuniforme însă caracteristice pentru anemia renală: Fe total este scăzut în toate loturile, iar tratamentul cu Eprex nu a majorat concentrația lui în sînge. Nivelul Feritinei inițial este majorat în primele 2 loturi, fapt ce confirmă neutilizarea ei în caz de anemie la pacienții dializați. EPO a influențat pozitiv asupra concentrației de Feritină, micșorînd valorile în primele loturi veridic semnificativ ($p < 0,05$; $0,01$). Concentrația inițială a PTH a fost mărită în primele 2 loturi, comparativ cu grupul de control. Administrarea de Eprex nu a micșorat semnificativ valorile acestui metabolit cu o acțiune extrem de nefavorabilă asupra pacienților cu IRC aflați la HD. În lotul II se atestă chear o creștere semnificativă a concentrației PTH în sînge. Tratamentul cu EPO a influențat pozitiv asupra valorilor de Proteine generale, avansînd concentrația în lotul I de la $62,4 \pm 5,7$ la $74,1 \pm 1,1$ g/l și în lotul II de la $51,1 \pm 8,6$ la $76,6 \pm 2,2$ g/l ($p < 0,05$).

În timpul tratamentului cu Eprex, din pacienții aflați la tratament prin HD programată, în lista de așteptare a transplantului renal au fost incluși inițial pacienții din primul lot (fără complicații), care au corespuns criteriilor și indicațiilor pentru operație, pe cînd pacienții din lotul 2, pe fonul anemiei îndelungate au avut unele contraindicații pentru intervențiile chirurgicale. După 9 luni de tratament cu Eprex, la 3 pacienți a fost efectuată operația transplant de rinichi de la donator viu. Perioada postoperatorie nu a necesitat transfuzii de sînge, iar nivelul Er, Hb, Ht și proteinei generale sa restabilit mai rapid în comparație cu pacienții transplantați anterior, care nu au primit Eprex.

În timpul administrării Eprex-ului au fost înregistrate următoarele reacții adverse: tromboflebită – 2 pacienți, hipertermie-3, hipercalcemie-4. Aceste reacții au dispărut după micșorarea temporară a dozei curative. Anularea tratamentului din cauza reacțiilor nu a fost.

Concluzii

1. Epo (Epoetin α) este un remediu extrem de e efectiv în tratamentul anemiei renale la pacienții dializați fără patologii asociate. Aplicarea Epo la acești pacienți în doze curative a permis în decursul a 9 luni majorarea veridică a Er, Hb și Ht ($p < 0,001$);
2. Prezența unor patologii asociate la pacienții dializați (lotul II), provocate de uremie, nu este o contraindicație pentru administrarea de EPO, răspunsul la tratament de asemenea este pozitiv, însă eficacitatea medicamentului este mai redusă comparativ cu pacienții fără complicații ($p < 0,01$).
3. Administrarea de Eprex a provocat o avansare moderată a TA sistolice mai ales în lotul pacienților cu patologie asociată.
4. În procesul tratamentului cu EPO semnificativ cresc Proteinele totale și se micșorează Feritina serică, lucru pozitiv pentru pacienții cu IRC aflați îndelungat la HD.
5. Rezultatele transplantării renale la pacienții tratați pînă la operație cu Eprex sunt net superioare față de cele efectuate la bolnavii cu anemie necorijată cu EPO.
6. Înregistrarea unor reacții adverse la administrarea Eprex-ului nu este o contraindicație absolută pentru tratamentul cu EPO.

Bibliografie

1. Koch K.M., Stein G. Pathogenetic and therapeutic aspects of chronic renal failure. Marcel Dekker Inc, 1997, USA, 242 paj.
2. Tsakiris D., Morbidity and mortality reduction associated with the use of Erythropoietin.- Technical forum 36-th EDTA-ERA CONGRESS, September 1999, p. 5 – 7.
3. Ursea N., Tratat de Nefrologie, Bucuresti, Artprint, 1994, capitolul 68, Insuficienta Renală Cronică.
4. Ursea N., Actualitati în Nefrologie, Bucuresti, 2000, Capitolul 24, Actualități în tratamentul anemiei renale.

HDF ON-LINE ÎN TRATAMENTUL COMPLICAȚIILOR DIALIZEI

D. Mastak, A. Vasilev, Rodica Negru-Mihalache

Centrul Practico Științific în Domeniul Medicinii de Urgență (CPȘDMU)
Centrul Municipal de Dializă (CMD), Chișinău

Summary

HDF that includes diffusion and convection represents a method for the renal replacement, which maximizes the elimination of the dissolved substances. HDF is convenient while preparing the solution for the replacement by means of on-line. Thus the HDF possesses a strong efficacy that allows to give to the patient a high dose of dialysis within a relatively short period of time. So, we can conclude that the HDF can serve as a fundamental method for the renal replacement in the new century.

Actualitatea

Hemodiafiltrarea (HDF) cu pre- și post diluție, introdusă în practica CMD din 2001, reprezintă o formă de supleere renală folosită cu succes la majoritatea categoriilor de pacienți cu insuficiență renală cronică terminală (IRCT) și insuficiență renală acută (IRA).

Ultimele decenii au demonstrat avantajele potențiale ale metodelor convective de supleere renală - hemofiltrarea (HF) și HDF față de metodele prin difuzie - hemodializa (HD). Factorul principal de limitare a HF este obținerea volumelor necesare de substituție în timp relativ scurt (4 ore) deoarece viteza ultrafiltrării (UF), care determină clirensul și eficacitatea întregii proceduri, depinde de fracția de filtrare, care la rândul ei este funcția fluxului sangvin și a caracteristicilor reologice ale sângelui (3). Lucrările inovatoare ale lui L. W. Henderson au dovedit eficacitatea și securitatea «sterilizării reci» a soluției de dializă prin ultrafiltrare cu obținerea de soluție extrapură infuzată în sânge prin pre- sau postdiluție (1,3).

HDF, care include în același timp în sine difuzia (Df.) și convecția (Cv) sporită, propune cei mai înalți indici ale clearance-ului pentru substanțele solvate cu cel mai larg diapazon de masă moleculară. Într-o unitate de suprafață a membranei și cele mai atrăgătoare posibilități pentru terapia de supleere renală. HDF cu volume mari de substituție este necesară pentru maximalizarea clearance-ului substanțelor dizolvate și eliminarea toxinelor uremice în cel mai larg spectru al maselor moleculare. În realitate ca și la HF, viteza fluxului sangvin și caracteristicile filtrului sînt factorii determinanți în HDF.

La evaluarea timpului care este la limită în secțiunile de dializă, calitatea vieții și doza de dializă la pacienții cu IRCT, HDF ca metodă intensivă de supleere renală este foarte atrăgătoare (2).

Obiective

Prin această comunicare vrem să ne expunem experiența noastră de folosire a HDF on-line, bazată pe eficacitate și securitate, și vom prezenta prioritățile ei față de HD clasică. Datele personale obținute, cît și a colegilor noștri din alte centre ne permit de a confirma avantajele și condițiile de aplicare necesare pentru securitatea acestui procedeu.

Metode și materiale

În lucrare sunt analizate rezultatele tratamentului a 12 pacienți cu IRCT, dintre care 5 femei și 7 bărbați, vîrsta medie - 43 ± 12 ani, durata tratamentului -16 luni și 2 pacienți cu IRA de etiologie septică. Cauzele IRCT au fost următoarele: glomerulonefrita cronică - 6, pielonefrita cronică - 1, boala polichistică renală - 1, nefropatia diabetică - 4.

Accesul vascular la pacienții cu IRCT a fost efectuat prin intermediul fistulei arterio/venoase (12 pacienți) și cateterul biluminal subclavian la 2 pacienți cu IRA.

Condițiile efectuării HDF au fost următoarele: viteza medie 317 ± 22 ml/min, durata medie - 240 - 270 min, viteza dializatului 500 ml/min, soluția de substituție obținută din dializat cu viteza de 96-114 ml/min, de la 5,5 - 7 l/oră, ultrafiltratul a constituit 2,3 - 5,5 l/procedură, avînd în vedere că în timpul procedurii se elimină de la 22, la 28 litri de ultrafiltrat. HDF on-line s-a efectuat la aparatul Fresenius 4008S. Au fost utilizate hemofiltrele F 40 S, F 50 S, F 60 S, F 80 S (Fresenius) cu membrană polisulfon, de unică folosință. Soluția de dializă bicarbonat extrapură a fost supusă în etapa a doua sterilizării reci prin ultrafiltrare dublă (2 filtre «Diasefe») și care permite un volum de reinfuzie pre- sau postdiluție pînă la 180-200 ml/min.

Calitatea apei pentru HDF a fost supusă controlului bacteriologic săptămînal, fiind sterilă în toate cazurile. Filtrele de sterilizare rece prin ultrafiltrare «Diasefe» au fost schimbate la fiecare 100 de ședințe de dializă (fiecare 2 luni). Aparatele pentru HDF, inclusiv și ultrafiltrele sînt dezinfectate

Înainte și după fiecare procedură cu soluții speciale "Puristeril" sau "Diasteril" (Fresenius). Sistemul de purificare a apei a fost în așa fel optimizat, ca să mențină calitatea înaltă a apei, fiind săptămânal supusă dezinfectiei cu soluție "Puristeril", care posedă și proprietăți de decalcinare. Concentrația (în mmol/l) a dializatului și a soluției de substituție (infuzatului) a fost similară: Na^+ -140; Ca^{++} -1,50; Mg^{++} -0,50; K^+ - 2,0; bicarbonat - 35; Cl^- - 110.

Rezultate

1.Eficacitatea HDF. Conform parametrilor clinici și biochimici tratamentul a fost adecvat la toți pacienții care sau tratat cu HDF. Timpul procedurii necesită reglare la pacienții cu greutate mare (> 75kg), cât și la pacienții ce nu respectă regimul hidric (acumulează în perioada interdializă > 6,0kg).

2.Securitatea microbiologică a HDF. Temperatura corpului la pacienți a fost luată pe parcursul HDF și a fost stabilă: 36,5°C - 36,8°C pînă și după procedură. În timp de 11 luni de observare al acestor pacienți nu sau depistat reacții pirogene. Rezultatele analizelor bacteriologice efectuate în această perioadă au fost negative.

3.Controlul clinic și biochimic. S-a atins un procent înalt de scădere după 4 ore de creatinină - $60 \pm 3,0\%$; fosfați - $50,3 \pm 2,2\%$; β_2 microglobulinele - $64 \pm 3,4\%$; Kt/V efectiv a atins medii de $1,32 \pm 0,05\text{g/kg/24ore}$.

4.Tratamentul anemiei. Toți pacienții cărora li s-a efectuat HDF au primit Eritropoetină (Eprex) în doze care a permis susținerea Hb la nivelul de 9,5 - 11,2g/dl. Suplimentar au fost administrate preparate de Fe, acid folic, vit B₁₂, vit C (Ranferon 2 caps/zi).

5.Controlul hemodinamic. HDF a fost suportată de pacienți destul de bine din punct de vedere a stabilității hemodinamice, iar episoade de hipotensiune nu sau depistat. S-a observat o tendință de micșorare a dozei de preparate hipotensive și o scădere a T/A la pacienții cu hipertensiune arterială cu 18 - 20%, în același timp o evidentă creștere a T/A la pacienții cu hipotensiune arterială cu 15 - 21% după ședințele de HDF.

6. Regimul alimentar. După ședințele de HDF pacienții au menționat sporirea poftei de mîncare, dispariția efectelor de dispepsie și hipotonie intestinală. Sa determinat o creștere ușoară a masei "uscate" a corpului, proteina generală a avansat cu $\approx 3 - 4\text{g/l}$.

Discuții

În pofida unor greutăți tehnice apărute la prima vedere, HDF ulterior este aparent ușor efectuată în CMD sub supravegherea asistentelor medicale. Securitatea procedurii este asigurată în cazul îndeplinirii tuturor cerințelor tehnice și igienice. Pentru a obține rezultate garantate, această metodă de tratament include un control global al apei: bacteriologic, deservirea sanitaro-igienică a procedurii, dezinfecția permanentă, corijarea sistemului de alarmă a mașinii de dializă ș. a.

În orice caz, calitatea dializatului este hotărâtoare și nu înfîmplător folosirea soluției extrapure a fost propusă ca factor hotărâtor în prevenirea amiloidozei la pacienții dializați, deminuând astfel microinflamația lentă, subclinică(1,5).

Stabilitatea hemodinamicii la HDF poate fi rezultatul folosirii a dializatului de bicarbonat, proceselor convective nemijlocit și/sau efectului răcoritor al soluției de restituire într-o oarecare măsură(3,6). Efectul hemodinamic stabilizator al HDF permite ușor de atins masa uscată a pacientului, lucru ce permite de a controla fără mari probleme T/A.

Majoritatea autorilor atribuie un rol deosebit capacității fluxului convectiv sporit la HDF de a elimina substanțe de tipul fosfaților și β_2 microglobuline pînă la 60% per procedură (1,3,5,6). Punând accentul pe depistarea amiloidozei la dializați, un rol primordial îl constituie eliminarea substanțelor cu masă moleculară medie și pe sistemele de dializă cu biocompatibilitate mai avansată(1,5,6).

În cazul cînd avantajele eliminării sporite a substanțelor cu greutate moleculară medie nu sînt bine determinate, necesită atenție și presupunerile multor autori, că produsele finite ale glicolizei (cu greutate moleculară 2000-6000 daltoni) identificate în serul pacienților uremici ca nouă clasă de toxine uremice, cât și produsele de oxidare a proteinelor pot fi cauzele dezvoltării amiloidozei și aterosclerozei la pacienții dializați (5,6).

HDF reprezintă o metodă de supleere renală ce nu poate absolut schimba sau preîntîmpina amiloidoza la pacienții dializați, dar evident reține dezvoltarea ei în comparație cu HD obișnuită. În cele din urmă, toți autorii atribuie HDF on-line sistemul cel mai biocompetitiv al hemodializei, prin cele trei proprietăți importante:

- 1)stabilitatea presiunii în hemodiafiltru cu preîntîmpinarea filtrației inverse;
- 2)ultrafiltrarea înaltă stimulează formarea unui al doilea strat de proteine, făcînd membrana HDFiltrului "pasivă";
- 3)soluția de dializă extrapură care trece prin hemofiltru micșorează evident "reacția" celulelor sangvine.

În pofida unor probleme tehnice și financiare, mulți autori, inclusiv și studiile noastre confirmă, că HDF on-line este o procedură accesibilă și o metodă benefică de durată în terapia de supleere renală.

Concluzii

Avantajele HDF on-line sunt:

- 1.Eficacitate sporită, care permite de a oferi pacienților o doză înaltă de dializă într-un timp relativ scurt.
- 2.Eliminarea unui spectru mai larg de substanțe cu greutate moleculară medie, care sporesc simțitor intoxicația uremică.
- 3.Tolerare hemodinamică bună.
- 4.Rentabilitate prin producerea substituatului on-line.
- 5.Profil minim de hemoreactivitate.

Bibliografia

- 1.Бернар К. и др. Гемодиализация он-лайн: средство для предотвращения осложнений связанных с диализом. Монпелье, Франция 2001.
- 2.А. Ю. Николаев, Ю. С. Милованов. Лечение почечной недостаточности. Москва, 1999, стр 145-146.
- 3.Nicolae Ursea. Rinichul artificial și alte mijloace de epurare extrarenală. București, 1997, p. 384-411.
- 4.К. Я. Гуревич, А. Л. Костюченко, А. К. Гуревич. Современные методы заместительной терапии острой почечной недостаточности. С - Петербург, 2000.
- 5.Д.Т. Даугирдае. Адекватность диализа в 2001 году. США , 2001.
- 6.Б. Шарра. Длительный гемодиализ: опыт Тассина. Тассин, Франция, 2001.

INCIDENȚA ANTIGENELOR HLA LA PACIENȚII CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ CRONICĂ SUPUȘI TRANSPLANTULUI RENAL

*Liana Kalinin, Natalia Isac, A.Tanase,
Centrul de Hemodializă și Transplant Renal,
Spitalul Clinic Republican, Chișinău*

Summary

HLA the first class antigen was investigated by lymphocytotoxic test. The investigated group consists from 244 persons (from them 177-mens and 67-womens) in the age from 18 tile 50 years old. 190 patients have chronic renal failure. It is the result of chronic diffuse glomerulonephritis. 40 patients have chronic pyelonephritis and others have – polycystic kidney disease and other diseases. The monitoring group was submitted by 201 practically healthy inhabitants of Chishinau (from them 157-mens and 44-womens) in the age of 20-60 years old. HLA-A10, B17, B35, B40 and were rearely HLA-A1, A11, B5, B7, B8 determined for ill patients more often than for healthy ones. The criterion of relative risk that reflects the availability of associative connections between HLA - fenotip and chronic renal failure is significant.

Scopul studiului a fost în evidențierea frecvenței apariției antigenelor sistemului HLA la pacienții cu Insuficiență Renală Cronică (IRC), care au suportat alotransplantarea grefului renal.

A fost investigat un lot de 244 pacienți, 177-barbați (72,5%) și 67 femei (27,5%) în vîrsta de la 18 pîna la 50 ani. La 190 pacienți (77,8%) - IRC a fost cauzată de glomerulonefrită cronică difuză, la 40 pacienți (16,3%) - de pielonefrită cronică, la ceilalți 14 pacienți (5,7%) de polichistoză renală și altele.

Lotul de control a constituit 201 locuitori ai or. Chișinău, practic sănătoși (157 barbați și 44 femei) în vîrsta de la 20 pînă la 60 ani. Tipizarea HLA - Ag s-a efectuat cu ajutorul testului microlimfocitotoxic, folosind serurile histotipice produse de ICS HTS din or.Sankt-Petersburg Rusia.

În rezultatul cercetării au fost evidențiate cele mai frecvente locusuri a antigenelor A și B. În lotul de control incidența alelele a fost următoarea:

- A2(44,6%), A1(26%), A9(24%), A3(21%);
- B35 (24%), B7(20%), B8(17,5%), B5(17,5%), B12(16,5%).

În lotul pacienților cu IRC cel mai frecvent s-au depistat antigenele HLA:

- A2(48,4%), A9(25,8%), A10(23,7%),
- B35(28,2%), B7(12,2%), B12(18,4%).

Antigenele HLA-A1, A11, HLA-B5, B7, B8 la pacienți cu IRC au fost depistați mai rar, iar cele cu HLA-A10, B17, B35, B40 - mai frecvent decât la cei sănătoși.

Criteriile riscului relativ, ce indică prezența legăturilor asociative între fenotipul HLA și IRC sunt evidente.

REZULTATELE TESTĂRII BOLNAVILOR ȘI COLABORATORILOR DIN SECȚIA DE HEMODIALIZĂ A SCR LA UNII MARKERI AI VIRUSURILOR HEPATITELOR VIRALE B ȘI C

*P.Iarovoi¹, A.Tănase², Marina Isac¹, Lilia Postolache², C. Rîmiș¹,
Liliana Kalinina², Natalia Isac², L.Iarovoi¹*

¹ Centrul Științifico-Practic de Medicină Preventivă,

² Spitalul Clinic Republican

Summary

It is, that patients and medical staff haemodialysis department are group of risk hepatitis contaminations serum on tokens of a virus hepatitis of 80 patients (from them 42 - men, and 38 - women) and 29 - medical staff of haemodialysis section was investigated. The results of investigation show, that during the process of haemodialysis the contamination by a virus hepatitis C take place in 81,3% and HBsAg-in 16,3% of cases. A considerable part of them are infected by mixt-infection. Medical staff during their professional work infected with the virus hepatitis C in 20,7% of cases, and by virus hepatitis B in 65,5 % of cases. It is recommended the realization of the non-specific guidelines and also bacterination against the hepatitis B as patients, and medical staff.

Actualitatea

În Republica Moldova morbiditatea prin hepatite virale sanguine (B, C și D) rămâne o problemă socio-medicală stringentă, dat fiind faptul înregistrării indicilor de morbiditate comparativ înalți. În anul 2001 morbiditatea prin hepatită virală B (HVB) a constituit 15,9‰/10000, prin hepatita virală C (HVC) - 3,4‰/10000 și prin hepatita virală D (HVD) - 1,5‰/10000 populație. Este cunoscut faptul, că bolnavii și lucrătorii secțiilor de hemodializă prezintă grupul de persoane cu un risc înalt de infectare cu virusurile hepatitelor sanguine (parenterale).

Scopul, materiale și metode

Determinarea nivelului de contaminare cu virusurile HVB și HVC a pacienților și colaboratorilor secției de hemodializă a Spitalului Clinic Republican (SCR) cu scopul de a recomanda unele măsuri preventive.

Întru realizarea acestui obiectiv au fost supuse investigațiilor serologice la unii markeri eşantioane de ser a 80 pacienți, din ei 42 (52,5%) bărbați și 38 (47,5%) femei. Deasemeni au fost testați și 29 lucrători ai acestei secții. Testarea a fost efectuată prin metoda imuno-enzimatică, utilizând truse diagnostice produse de firma Sanofi Pasteur.

Rezultate

Rezultatele testării bolnavilor sunt prezentate în Tabela 1.

Tabela 1

Rezultatele testării bolnavilor la markerii hepatitelor virale B și C

Pacienți investigați	Total	Markerii HV							
		AgHBs		Anti-HBs		Anti-HCV		AgHBs + Anti-HCV	
		poz	%	poz	%	poz	%	poz	%
Bărbați	42	3	7,1	27	64,6	30	71,4	5	11,9
Femei	38	10	26,3	18	47,4	35	92,1	4	10,5
Total:	80	13	16,3	45	56,3	65	81,3	9	11,3

Continuare la Tabela 1

Pacienți investigați	Markerii HV											
	HBeAg			Anti-HBc			Anti-HBc + Anti-HCV			Anti-HBc + Anti-HBs		
	total	poz.	%	total	poz.	%	total	poz.	%	total	poz.	%
Bărbați	9	2	4,7	38	31	81,6	42	26	61,9	38	19	50,0
Femei	5	-	-	28	25	89,3	38	26	68,4	28	21	75,0
Total:	14	2	2,5	66	56	84,8	80	52	65,0	66	40	60,6

Datele prezentate în tab.1 denotă, că AgHBs a fost depistat la 13 bolnavi (16,3%), anti-HBs - la 45 (56,3%), anti-HCV - la 65 (81,3%), AgHBs și anti-HCV - la 9 (11,3%), AgHBe - la 2 (2,5%), anti-HBc total - la 56 (84,8%) din 80 investigați, anti-HBc și anti-HBs la 40 (60,6%). De menționat că în grupul femeilor nivelul contaminării cu virusul HVB (26,3%) și virusul HVC (92,1%) este semnificativ mai înalt decât în grupul bărbaților - 7,1% și 71,4% respectiv. Rezultatele obținute deasemeni indică o pondere înaltă (65,0%) a infectării mixte (anti-HBc și anti-HCV), din ei 9 (11,3%) au fost constatați pozitivi și la AgHBs. Rezultatele obținute în urma testării lucrătorilor medicali sunt prezente în Tabela 2.

Tabela 2

Rezultatele testării la markerii HVB și HVC a lucrătorilor medicali din secția de hemodializă a SCR

Contingent	Total	AgHBs			Anti-HCV			Anti-HBs			Anti-HBc		
		total	poz.	%	total	poz.	%	total	poz.	%	total	poz.	%
Medici	5	5	-	-	5	1	20,0	5	4	80,0	5	3	60,0
Asistente medicale	19	19	1	5,3	19	5	26,3	19	15	78,9	19	13	68,4
Infirmiere	5	5	-	-	5	-	-	5	3	60,0	5	3	60,0
Total:	29	29	1	3,4	29	6	20,7	29	22	75,9	29	19	65,5

Din datele expuse în tab.2 reesă, că din cei 29 lucrători medicali testați, unul s-a dovedit a fi pozitiv la AgHBs (3,4%), 19 (65,5%) - la anti-HBc total, 22 (75,9%) - la anti-HBs și 6 (20,7%) - la anti-HCV. Majoritatea celor pozitivi la markerii, ce denotă că au fost contaminați în trecut sau sunt infectați actualmente cu virusurile HVB și HCV (AgHBs, anti-HBc și anti-HCV), o constituie grupul asistentelor medicale.

Discuții

De menționat, că nivelul depistării AgHBs la 16,3% bolnavi din secția de hemodializă a SCR nu reflectă situația reală a infectării acestor bolnavi cu virusul HVB. De facto, au fost contaminați 84,8% dintre acești bolnavi, ce se confirmă prin depistarea anti-HBc total la 56 (84,8%) din cei 66 investigați la acest marker, care confirmă contractarea infecției cu VHB în trecut. În favoarea acestor constatări vine și depistarea la 45 (56,3%) din ei și a anticorpilor anti-HBs.

Este bine cunoscut, că căile și factorii de transmitere a HVC în mare măsură coincid cu cele ale HVB. Probabil deaceia și nivelul de contaminare cu virusul HVC este aproximativ același (81,3%) ca și cazul HVB (84,8%). În total bolnavilor acestei secții examinați în anul 1996 anti-HCV au fost depistat la 85,7%. În literatura foarte modestă de care dispunem așa nivel de contaminare cu virusul HVC am constatat pentru SUA - 80%, iar în Europa acest indice diviază de la 12% în Belgia până la 45% în Italia. Este necesar de menționat, că la 9 (11,3%) din cei examinați la anti-HCV a fost depistat și AgHBs, ce confirmă o infectare mixtă. Nivelul înalt al depistării anticorpilor anti-HBc (56,3%) de asemenea denotă că acești 45 de bolnavi în trecut au fost infectați cu virusul HVB și ca urmare au rămas imuni la această infecție. Această constatare se confirmă și prin faptul că la 40 (60,6%) din cei 66 investigați a fost constatată asociația markerilor (anti-HBs și anti-HBc) ce denotă același fenomen - contractarea infecției în trecut.

Este important de menționat, că rezultatele obținute în mare măsură sunt identice cu cele obținute de alți autori (B.Г.Акимкин, С.В.Скворцов, А.А.Еналеева и соав.; Almroth G, Ekermo B, Franzen L, Hed J.; Carrera F, Silva JG, Oliveira C, et al.; Hardz NM, Sandroni S, et al., Lin HH, Huang CC, et al.).

Depistarea AgHBs la numai o persoană (asistentă medicală) sau la 3,4% din cei 29 lucrători ai acestei secții investigați, deasemeni nu reflectă situația reală, dat fiind faptul că la 19 din ei (65,5%) a fost determinat anti-HBc total, ce denotă contractarea virusului HVB în trecut. Prezintă o mare îngrijorare și faptul că practic fiecare al 5-lea lucrător din această secție este pozitiv la anticorpii anti-HCV, în special în cadrul asistentelor medicale. Nivelul înalt de depistare a anticorpilor anti-HBs (75,9%) probabil se datorează parțial (circa 10,4%) și vaccinării contra HVB.

La înaltul nivel de contaminare a pacienților și personalul secției de hemodializă în mare măsură contribuie factorii și condițiile de activitate profesională specifice acestor secții, cum ar fi: frecvențele manipulațiilor parenterale (operații în special) invazive, dificultăți în obținerea sterilizării garantate a aparatului pentru hemodialize, cantități mari de sânge și plasma utilizată pentru tratamentul bolnavilor, contactul frecvent cu sângele în procesul efectuării hemodializei și alte multe manipulații.

Concluzii și recomandări

1. Pacienții secției de hemodializă pe parcursul tratamentului sunt înalt contaminați cu virusul HVC (81,3%) și virusul HVB (84,8%), din ei 16,3% rămân purtători cronici ai AgHBs. La o mare parte din ei (65%) are loc contaminarea mixtă (HVBĂHVC).
2. Lucrătorii secției de hemodializă pe parcursul activității profesionale deasemeni destul de frecvent se infectează cu virusul HVC (20,7%) și virusul HVB (65,5%).
3. În scopul prevenirii infectării cu virusul HVB se recomandă vaccinarea pacienților și lucrătorilor neimuni contra acestei infecții.
4. Pentru prevenirea infecției cu virusul HVC se recomandă respectarea strictă a măsurilor preventive nespecifice.
5. Se recomandă testarea bolnavilor la debutul tratamentului hemodialitic pentru determinarea ponderei contractării infectării cu virusurile hepatitelor virale B și C până la tratamentul în secție.

REZULTATELE TRATAMENTULUI PACIENȚILOR CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ ACUTĂ

D. Visterniceanu, A. Tanase

*Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, Spitalul Clinic Republican,
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "N. Testemițanu"*

Summary

A study was performed in the department of Hemodialysis and Renal Transplant of Republican Clinical Hospital, Chișinău to analyse the ethiopathogenesis, different protocols of treatment and complications in the patients with ARF. The study was performed by extensively analysing the data of 417 patients, 260 males (61,77%) and 157 females (38,23%), who were admitted in the RCH over a period of 21 years (from 1979 to 2002). After the study it was found that the incidence of ARF the most common etiology was found to be polyetiologic shock (16,79%), exogenic intoxication (15,35%) and obstetric and gynecologic complications (12,23%). Mortality rate was found to be 22.2%. Out of 417 patients with ARF, 10 patients progressed to CRF. 307 (73,62%) patients, out of the 417 were treated successfully.

Actualitatea

Insuficiența Renală Acută (IRA) este o stare critică, cauzată de pierderea parțială sau totală a funcțiilor renale, ca rezultat al necrozei epitelului renal. Survine aceasta stare cel mai frecvent pe un parenchim sănătos și numai rareori pe o veche nefropatie, cu etiologie multiplă, având drept substrat morfologic în majoritatea cazurilor o nefrită tubulo-interstițială acută. IRA se caracterizează prin scăderea bruscă a filtrației glomerulare, iar clinic prin oligo-anurie. Se apreciază o creștere rapidă a produșilor de retenție azotată (uree, creatinină, acid uric), tulburări ale echilibrului hidro-electrolitic și acido-bazic. Factorii principali declanșatori ai IRA sînt: diminuarea considerabilă a perfuziei renale, factorii endo- și exotoxici, stările de șoc, dereglarea echilibrului acido-bazic și hidro-electrolitic (N. Ursea, 1994). IRA poate persista și în stările critice de insuficiență poliorganică, evoluînd astfel cu mult mai greu (G. Schreiner, 1994).

În conformitate cu datele statistice ale Asociației Europene de Dializă și Transplant (EDTA), incidența IRA pe teritoriul Europei este de 29 pacienți la un milion de populație. Odata cu creșterea

vârstei crește la fel și morbiditatea IRA (E.N. Wardle, 1994). Conform studiilor efectuate de mai mulți autori în diferite perioade de timp și pe diferite loturi de pacienți, structura etiologică a IRA este apreciată în felul următor (Tabela 1):

Tabela 1

Incidența IRA după etiologie (F.Cantarovich, 1998)

Autorii	Perioada	Nr	Chirurgicale %	Post-traumatice %	Medicale %	Obstetrice %	Dializa %	Letalitatea %
Beamam, 1987	1981-1984	250	47	0	50	3	85	44
Maher, 1989	1985-1988	90	42	0	55	3	100	76
Turney, 1991	1980-1988	398	41	3	55	1	-	51
Kleiknecht, 1990	1980-1986	493	25	3	70	2	55	44
Biesenbach, 1992	1975-1989	710	31	12	57	0	100	56
Stevens & Rainford, 1992	3 ani	1852	53	8	38	1	-	52
Liano, 1993	1985-1988	100	27	0	73	0	46	46
Chertow, 1995	1991-1993	132	64	0	35	1	100	70
Brivet, 1996	1991	360	22	0	78	0	48	58

Scopul lucrării

Studierea rezultatelor tratamentului pacienților cu IRA, spitalizați în Centrul de Hemodializă a Spitalului Clinic Republican în perioada anilor 1979 și 2001.

Materiale și metode

S-a efectuat un studiu a 417 fișe de observație a pacienților cu IRA. Au fost analizați următorii indici: numărul pacienților internați anual, repartizarea după sex și vârstă, structura etiologică a IRA, letalitatea și structura decedaților, complicațiile înregistrate. Deasemenea au fost analizate durata fazelor IRA, metodele de tratament aplicat.

Rezultate

Din 417 pacienți studiați, bărbați - 260 (62,35%) și 157 femei (37,65%). Repartizarea bolnavilor în conformitate cu vârsta este prezentată în Tabela 2.

Tabela 2

Repartizarea pacienților conform vârstei

< 20 ani	21 - 30 ani	31 - 40 ani	41 - 50 ani	51 - 60 ani	> 60 ani
46 (11,19%)	97(23,08%)	90(21,45%)	92 (21,91%)	56 (13,52%)	40 (9,79%)

Vârsta medie a pacienților a constituit $35,7 \pm 21,8$ ani, fapt ce confirmă agresivitatea patologiei față de persoanele cu reactivitate mărită (77,63% din bolnavii spitalizați - de la 21 până la 60 de ani). 96 pacienți (22,38%) au fost spitalizați în mod urgent, pe linia AVIASAN. În Tabela 3 sunt prezentați indicii principali ai activității Centrului de Hemodializă (spitalizarea anuală, letalitatea):

Tabela 3

Indicii principali de activitate

Anii	N pacienți	Letalitatea	
		Nr	%
1979	28	8	28,6
1980	31	5	16,1
1981	27	7	25,9
1982	34	6	17,6

1983	22	8	36,4
1984	28	11	39,3
1985	26	7	26,9
1986	16	5	31,2
1987	20	5	25,0
1988	9	4	44,4
1989	25	9	36,0
1990	17	9	52,0
1991	18	3	16,6
1992	14	3	21,4
1993	15	2	13,3
1994	9	1	11,1
1995	13	1	7,7
1996	10	0	0
1997	10	0	0
1998	12	3	25,0
1999	12	1	8,3
2000	10	2	22,5
2001	11	3	27,3
În total:	417	103	24,7

Conform indicilor prezentați, letalitatea pacienților cu IRA rămâne înaltă și diferă de la an la an. În mediu, în decursul perioadei de studiu letalitatea a constituit 24,7%, variațiile fiind de la 0 pînă la 52%.

În structura etiologică a IRA (tabela 4), cele mai principale au fost șocul de etiologie diversă (16,79%), intoxicațiile exogene (15,35%), patologia obstetrică-ginecologică (12,23%) și diselectrolitemiile (10,79%), care au constituit mai mult de 50% cazuri. În ultimii ani sau majorat cazurile de IRA în urma nefritelor interstițiale (medicamente), a proceselor acute inflamatorii (sepsis, peritonite).

Tabela 4

Structura pacienților în dependență de etiologia IRA

Etiologia IRA	Nr	%
Șoc de etiologie diversă	70	16,79
Intoxicații exogene	64	15,35
Patologie obstetrică-ginecologică	51	12,23
Diselectrolitemie	45	10,79
Nefrite interstițiale	31	7,43
Sepsis, peritonite	29	6,95
Crush – Sindrom (pozițional)	26	6,24
Pielonefrite acute	22	5,28
Leptospiroză	20	4,80
Hipovolemii	17	4,08
Sindrom hepato-renal	9	2,16
Glomerulonefrita acută	7	1,68
Diverse	26	6,24
În total:	417	100,0

Letalitatea înaltă a pacienților cu IRA se datorează și în prezent complicațiilor survenite, care sunt de cele mai multe ori cauzele de deces. Conform studiului efectuat (tabela 5), cele mai frecvente

complicații înregistrate au fost diverse hepatite și insuficiența hepatică (22%), pneumoniile (21%), hemoragiile (16%), sepsisul (7,8%). Destul de des a fost înregistrat sindromul CID (4,1%), edemul pulmonar (4,1%) și insuficiența cardio-vasculară (2,7%). În total la circa 50% din pacienții tratați cu IRA au fost înregistrate diverse complicații, care au influențat asupra rezultatelor tratamentului specializat.

Tabela 5

Structura complicațiilor înregistrate

Complicații	Nr.	%
Hepatite, Insuficiență hepatică	49	22
Pneumonii	46	21
Hemoragii	34	16
Sepsis	17	7,8
Edem pulmonar	9	4,1
CID sindrom	9	4,1
Insuficiență cardiovasculară	6	2,7
Pericardită uremică	5	2,3
Pielonefrită acută	5	2,3
Peritonită	4	1,8
Arsura stomacului sau esofagului	4	1,8
Comă uremică	3	1,4
Tromboza arterei pulmonare	3	1,4
Alte complicații	25	11
În total:	219	100,0

Similar structurii etiologice a IRA (tabela 4), cele mai frecvente decesuri au fost cauzate de intoxicațiile exogene, șoc, sepsis, peritonite și patologia obstetrică-ginecologică. Aceste patologii au fost cauza decesului în 75% din toate cazurile înregistrate.

Tabela 6

Structura decedațiilor în conformitate cu etiologia IRA

In urma intoxicațiilor exogene	30	27,03%
In urma șocului	28	25,23%
Sepsis, Peritonite	16	14,41%
Patologie obstetrică-ginecologică	9	8,11%
Leptospiroza	9	8,11%
Nefrita acută cu evoluție malignă	6	5,41%
Hepatite, sindrom hepato-renal	6	5,41%
Hipokalioclorpenie	3	2,70%
Alte cauze	3	2,7%

Rezultatele studiului privind tabloul clinic de decurgere a IRA a permis de a menționa următoarele: durata fazei de oligoanurie la pacienți a fost de la 0 până la 156 zile, în mediu $11,6 \pm 13,8$ zile. Faza de poliurie a durat maximum 40 zile, în mediu $12,36 \pm 7,5$ zile. Cantitatea de urină eliminată în 24 de ore în faza de poliurie de la 3000 până la 13500 ml, valoarea medie 4860 ml/24 ore. Este important faptul, că 16 pacienți (3,84%) au avut clinică IRA fără faza de oligoanurie, iar în 10 cazuri (2,4%) s-a finisat cu necroză corticală totală și trecere în Insuficiență Renală Cronică.

Din 417 cazuri examinate, 100 pacienți (23,98%) au fost tratați conservativ, ceilalți 307 (73,62%) prin metode extracorporale și chirurgicale. În total la pacienții cu IRA au fost aplicate 1245 ședințe hemodialize, 242 ședințe dializă peritoneală și 150 hemosorbții (hemocarbo-perfuzii). O parte din pacienți au fost supuși tratamentului îmbinat. Astfel, cu hemodializă s-au tratat 294 pacienți (70,51%).

cu dializă peritoneală 33 pacienți (7,91%), cu hemosorbție 84 pacienți (20,14%). Din alte metode utilizate: plasmafereză - 8 (1,92%), hemofiltrare - 14 (3,36%), iradiere cu raze ultraviolete - 32 pacienți (7,67%), drenarea ductului limfatic toracic - 2 (0,47%), baroterapie - 6 (1,44%), diverse intervenții chirurgicale în 30 (7,19%) cazuri. Pe parcursul tratamentului la o parte din pacienți a survenit o serie de complicații provocate atât de etiopatogeneza IRA cât și de asocierea infecției, persistența uremiei, oligoanuriei și diminuarea stării imune a organismului.

Concluzii

1. IRA este o patologie extrem de gravă, afectează preponderent persoanele tinere și apte de muncă (77,6 % de vîrsta 21-60 ani), mai frecvent înregistrată la bărbați (62,35%).
2. Cele mai frecvente patologii, care provoacă IRA sunt intoxicațiile exogene de etiologie diversă, patologia obstetrico-ginecologică, șocul polietologic, diselectrolitemia și nefritele interstițiale medicamentoase (până la 60 %).
3. Aplicarea metodelor extracorporale de tratament (hemodializă, dializă peritoneală și hemosorbția) a contribuit la însănătoșirea și reabilitarea a 75,3% din pacienții spitalizați cu IRA în Centrul de Hemodializă a SCR în decurs de 22 ani.
4. Tratamentul complex a IRA nu exclude persistența și asocierea diverselor complicații, incidentă a căror rămîne destul de înaltă (hepatite, hemoragii, sepsis, etc.). Decurgerea clinică a patologiei, de rînd cu complicațiile survenite au contribuit în consecință la decesul a 24,3% cazuri din bolnavi.
5. Dacă la internare șocul polietologic, intoxicațiile exogene, patologia obstetrică-ginecologică și diselectrolitemiile au fost cauza IRA la 55% din pacienții tratați, atunci în structura decedaților aceste cauze au constituit 75%.
6. IRA necesită a fi tratată numai în instituții curative specializate, ce dispun de secții de reanimare-terapie intensivă și metode extracorporale de epurare a organismului.

Bibliografie

1. Ursea N., *Tratat de nefrologie*, București, 1994.
2. Cantarovich F., *Progress in acute renal failure*, USA, 1998.
3. Schrier R.W., *New Aspects in pathogenesis of acute renal failure - Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 9, Supplement 4, (1994) *International symposium on Acute Renal Failure*, pag 9-14.
4. Wardle E.N., *Acute renal failure and multiorgan failure*, - *Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 9, Supplement 4, (1994) *International symposium on Acute Renal Failure*, pag 104-108.
5. Schreiner G.E., *Acute renal failure: the dawn of dialysis and the roaring '50s - Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 9, Supplement 4, (1994), *International symposium on Acute Renal Failure*, pag 1-8.

TRATAMENTUL INSUFICIENȚEI RENALE CRONICE (IRC) TERMINALE ÎN CENTRUL DE HEMODIALIZĂ AL SCR

S. Gaibu, A. Tănase, I. Codreanu

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgică, USMF «N. Testemițanu»,
Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, Spitalul Clinic Republican, Chișinău

Summary

Thanks to the changes that occurred during the last years in the fitting out with the equipment of Hemodialysis service in R. Moldova the treatment of the patients on dialysis improved essentially. The numbers of the primary dialyzed patients decreased dramatically do to the improvement of the dialysis, decreasing of the lethality, increasing of the survival rate on dialysis and the few numbers of kidney transplants.

Actualitatea

În ultimile 4 decenii științele medicale s-au dezvoltat vertiginos, fapt ce a contribuit la implementarea în practică a metodelor noi de diagnostic și tratament. În majoritatea domeniilor au fost înregistrate progrese remarcabile, inclusiv și în nefrologie, începînd cu procesele histochimice și fiziologice în rinichi și terminînd cu descrierea multor semne și sindroame, necunoscute pînă în trecutul apropiat. Dar cea mai mare realizare a fost implementarea «rinichiului artificial» și a metodelor

de tratament prin hemodializă (HD). Apariția acestui procedeu a permis de a salva viața a mii de pacienți cu IRC, care anterior erau condamnați la moarte. Datorită HD astăzi supraviețuiesc peste 520000 de bolnavi, care nu numai că sunt reabilitați medical, dar sînt reintegrați în viața familială și în activitatea socială.

Istoria serviciului de HD din Republica Moldova se începe cu 4 noiembrie 1962, cînd a fost efectuată prima ședință unui pacient cu Insuficiența Renală Acută, cu ajutorul aparatului AIP-60. De asemenea, un eveniment important a avut loc în ianuarie 1981, cînd s-a deschis prima secție de HD din R.Moldova în cadrul SCR, ce a contribuit la apariția posibilității de a include pacienții cu IRC în tratamentul specializat. În primii ani de activitate a secției (1981-1986) erau înregistrate mai multe reacții și complicații, provocate de absența apei purificate și aplicarea dializatoarelor în plăci, de tipul Kill (cardiovasculare - hipo- hipertensiune arterială, accidente vasculare cerebrale, tulburări de ritm și conducere; manifestări hematologice -hemolize, sîngerări în timpul dializei, coagularea singelui în circuitul extracorporeal; manifestări digestive, neurologice, alergice, sindromul apei dure, etc.) Ulterior, pe măsura perfecționării și asigurării serviciului cu aparataj modern și materiale de consum de performanță, calitatea procedurilor sa îmbunătățit esențial. Aceste rezultate se datorează perfecționării dializoarelor (de la cele în plăci, la cele capilare), a membranelor de dializă (de la cele celuloțice la membrane biocompatibile sintetice), a monitoarelor și concentratului de HD.

Scopul lucrării

Scopul lucrării constă în studierea indicilor de activitate a Centrului de Hemodializă a SCR, privind tratamentul prin HD a pacienților cu IRC terminală.

Material și metode

Studiului au fost supuși 1007 pacienți cu IRC terminală, internați în Centrul de Hemodializă al SCR în perioada anilor 1981-2002 (9luni). Au fost analizați următorii indici de activitate: numărul de pacienți tratați în decursul anului, inclusiv internați primar, repartizarea după sex, vîrstă, etiologia IRC, letalitatea și supraviețuirea la HD.

Rezultate și discuții

Indicii principali de activitate a Centrului de Hemodializă sunt prezentați în Tabela 1. În decurs de aproape 21 ani, în tratamentul cu HD programată au fost incluși 1007 pacienți cu IRC terminală. Dacă numărul de pacienți tratați, începînd cu aa.1987-88 este aproape constant - 100-110 bolnavi anual, apoi numărul celor incadrați primar, pe an ce trece descrește. Aceasta se explică prin îmbunătățirea calității dializelor, micșorarea letalității (de la 45-50% la 5-7%) și majorarea supraviețuirii la dializă. Aupra acestor indici influențează și numărul limitat de transplantări renale efectuate în ultimii ani, fapt ce nu permite includerea de noi pacienți la HD. În această perioadă sau efectuat circa 144 500 ședințe HD, care sau majorat anual de la 1251 ședințe în anul 1981, la 9443 în 2001.

Tabela 1

Indicii principali în tratamentul IRC

Anii	În total pacienți	Incluși primar	Decedați n(%)	Ședințe HD
1981	42	39	20 (47,6)	1251
1982	59	41	31 (52,5)	1646
1983	74	48	33 (44,5)	2762
1984	88	68	42 (47,7)	3082
1985	100	70	43 (43,0)	3732
1986	97	67	42 (43,3)	4314
1987	98	52	30 (30,6)	5740
1988	99	42	20 (20,2)	5545
1989	126	68	36 (28,5)	6230
1990	143	76	34 (23,7)	8000
1991	132	51	24 (18,2)	9000
1992	113	41	19 (16,8)	8867
1993	106	40	15 (14,1)	8738

1994	102	38	20 (19,6)	7400
1995	121	47	11 (9,0)	8070
1996	90	33	6 (6,6)	8600
1997	103	38	7 (6,8)	8356
1998	111	38	10 (9,0)	8684
1999	108	24	17 (15,7)	9003
2000	108	23	10 (9,2)	8848
2001	125	41	19 (15,2)	9443
2002 (9 luni)	104	22	6 (5,7)	7184
În total:		1007	495 (22%)	144495

În dependență de sex, repartizarea pacienților la HD este constantă - circa 56,6% constituie bărbații și 44,4% - femeile. Conform cauzei, ce a provocat IRC terminală, repartizarea bolnavilor de asemenea este constantă în ultimii ani. Etiologia IRC la pacienții tratați cu HD în decursul anilor 1997-2002 este prezentată în Tabela 2. Cel mai frecvent IRC a fost consecința glomerulonefritei cronice (53,9%), apoi pielonefrita cronică (24,2%) și polichistoza renală (8,6%).

Tabela 2

Etiologia IRC la pacienții dializați

Diagnoza	1997	1998	1999	2000	2001	2002	În mediu %
Glomerulonefrită cronică	66	58	57	57	66	54	53,9
Pielonefrita cronică	22	27	29	29	26	26	24,2
Polichistoza renală	4	8	9	9	13	13	8,6
Diabetul zaharat	2	5	5	5	6	2	3,9
Sindromul Alport	1	2	1	1	3	2	1,6
Alte cauze	8	11	7	7	11	7	7,8

Repartizarea pacienților la HD în dependență de vîrstă a fost următoarea (%): 15-19 ani - 3,6%; 20-25 ani - 9,9%; 26-30 ani - 7,9%; 31-35 ani - 12,9%; 36-40 ani - 18,6%; 41-45 ani - 13,9%; 46-50 ani - 17,2%; 51-55 ani - 8,2%; 56-60 ani - 4,4%; 61-65 ani - 1,5%; 66-75 ani - 1,9%; Conform datelor prezentate, 88,6% din pacienții aflați la tratament cu HD sunt de vîrsta 20-55 ani, vîrsta productivă și aptă de muncă.

Un alt indice important în tratamentul cu HD programată este supraviețuirea pacienților de lungă durată. În Tabela 3 este prezentată supraviețuirea pacienților conform datelor anilor 1997-2002.

Tabela 3

Supraviețuirea pacienților la HD (n)

Durata, ani	1997	1998	1999	2000	2001	2002
< 1 an	35	34	24	19	45	29
1-2 ani	16	14	17	22	19	17
2-3 ani	15	15	13	16	12	10
3-4 ani	10	8	11	10	8	8
4-5 ani	8	10	11	13	13	9
5-6 ani	5	8	10	6	6	8
6-7 ani	7	6	6	7	7	3
7-8 ani	1	4	3	3	6	8
8-9 ani	3	3	4	3	3	3
9-10 ani	2	7	5	3	1	2
10-11 ani	1	-	1	3	2	2

11-12 ani	-	-	-	-	-	1
12-13 ani	-	1	-	-	-	-
13-14 ani	-	-	-	1	1	1
>14 ani	-	1	3	2	2	3

Conform studiului efectuat, în decurs de 5 ani au supraviețuit circa 75% din bolnavii hemodializați, iar în decurs de 10 ani - 21 % din pacienți. În momentul de față 3 pacienți prelungesc tratamentul cu HD mai mult de 14 ani. Acești indici sunt **de facto** relativi, de oarece o parte din pacienți au fost transferați pentru prelungirea tratamentului cu HD în alte secții, iar alții au întrerupt tratamentul după efectuarea operației de transplant renal, astfel modificând datele statistice multianuale.

Cauzele de deces a pacienților cu IRC tratați prin HD programată nu diferă de la an la an și sunt legate preponderent de patologia pacientului dializat: insuficiența cardio-vasculară, accidente vasculare cerebrale, asocierea diferitor infecții, diselectrolitemii (hiperkaliemie), complicații ale metabolismului de Ca, F, acidului uric, ale eritropoezei, etc. În mare măsură, în afară de HD adecvată și calitativă, suportul pacientului cu preparate de Ca, Vit-D, Fe, eritropoetină ș.a. au o influență majoră în apariția complicațiilor și survenirea decesului.

Concluzii

1. În decurs de aproape 21 ani de activitate, în Centrul de Hemodializă a SCR sau tratat 1007 pacienți cu IRC terminală și sau efectuat 144 500 ședințe HD.
2. Letalitatea pacienților dializați sa micșorat de la 45-50% în primii ani de activitate, la 5-7% în prezent.
3. În structura pacienților la dializă predomină bărbații (56,6%), cauzele principale ale IRC fiind în 53,9% - glomerulonefrita cronică, în 24,2% pielonefritele cronice și în 8,6% polichistoza renală.
4. Circa 88,6% din pacienții spitalizați la dializă sunt de vîrsta aptă de muncă - 20-55 ani, fapt ce confirmă agresivitatea patologiei față de persoanele tinere.
5. Calitatea tratamentului aplicat, utilizarea aparatajului și a materialelor de consum performante, protejarea organelor și sistemelor la pacienții cu IRC terminală contribuie la supraviețuirea durabilă a bolnavilor la dializă.

Bibliografia

1. Tanase A., Sapojnikov A., Mastac D. ș.a., Realizările tratamentului cu hemodializă în insuficiență renală cronică // Materialele conferinței practico-științifice, Chișinău, 1997, p.41-43
2. Ursea N., Rinichiul artificial și alte mijloace de epurație extrarenală, București, 1997.
3. Ursea N., Tratat de nefrologie, București, 1994.
4. Nissenson A., Fine R., Dialysis Therapy, USA, 1993.
5. Maher J., Replacement of renal function by dialysis, USA, 1989.

PARTICULARITĂȚI CLINICO-BIOCHIMICE ȘI DE TRATAMENT LA PACIENȚII CU POLICHISTOZĂ RENALĂ

Lealea Chiaburu, Liliana Groppa, B.Sasu, V.Chiaburu, Victoria Dahnovici, Lilia Vlasov

Catedra Medicină Internă nr.1, USMF "N. Testemițanu"

Summary

Clinical and biochemical particularities of polycystic renal disease. A review of 35 hospitalized patients with polycystic renal disease. During the evolution of the disease, hypertension, urinary infection are associated and find out occasionally. This findings prove the necessity of early including in dispensary system the patients with polycystic renal disease.

Actualitatea

Termenul de polichistoza renală sau rinichi polichistic este folosit pentru a desemna o malformație ereditară renală caracterizată prin prezența de chisturi de diferite dimensiuni, care afectează difuz și bilateral rinichii determinând nefromegalie bilaterală și evoluție către insuficiența renală cronică.

Polichistoza renală este cea mai frecventă boală renală ereditară și cauză de morbiditate și mortalitate prin boală polichistică la om. Frecvența ei este apreciată la 1:3000 din bolnavii spitalizați și reprezintă 0,07 - 0,20% din populația adultă. Această afecțiune este a treia cauză la bolnavii

hemodializați cronic sau cu transplant renal. Polichistoza renală trebuie deosebită de rinichiul multichistic, care este o anomalie congenitală unilaterală, cu prognostic diferit de cel al polichistozei renale. Afecțiunea se asociază deseori cu interesarea altor organe - ficat, pancreas, tiroidă, sistemul cardiovascular, etc.

Obiective

Studiul de față își propune o apreciere a particularităților clinico-biochimice, evolutive și de tratament ale polichistozei renale.

Material și metode

Lotul examinat a fost alcătuit din 35 de pacienți cu polichistoză renală, spitalizați în secția Nefrologie a SCM "Sfânta Treime». Din ei, 69,6% -femei și 30,4% -bărbați, cu o vârstă medie de 49,5 ani și vechimea bolii de la 2 la 18 ani. S-au folosit metode clinice, probe paraclinice de laborator și investigații instrumentale pentru elucidarea rinichiului polichistic.

Rezultate și discuții

La majoritatea pacienților (77%) polichistoza renală a fost diagnosticată în decada a treia sau a patra de viață prin ecografie renală și urografie intravenoasă, manifestându-se prin nefromegalie, chisturi multipli dispuși difuz. La 4 pacienți au fost depistate chisturi și în ficat. Anamneza ereditară a fost confirmată în 75% cazuri. Debutul bolii la pacienții cu polichistoză renală s-a manifestat prin lombalgii vagi sau spontane în 72%, colici renale prin eliminare de calculi sau cheaguri de sânge în 9%, hipertensiune arterială în 14%, infecție acută urinară în 5%. În lotul studiat simptomele clinice au fost reprezentate de durere sau disconfort cu sediul lombar, în flanc sau abdominal constatate în 77% cazuri, infecție urinară asociată - în 58%, astenie și fatigabilitate înregistrate la mai bine de jumătate de pacienți (51,6%), cefalee - în 61,2%, vertije - în 25,8%, febră (>38°) însoțită de frisoane și transpirații nocturne - în 12%, anorexie și vomă - în 9%, anxietate și depresie - în 3%, nefromegalie - în 94,5%. Prezența calculilor renali a fost depistată - în 5%, hipertensiune arterială în 71%, reprezentând semnul de debut al bolii în 14% cazuri. Poliuria și nicturia a fost înfîlinită în 77%. Anemia a fost semnalată în 45%, leucocitoza moderată (9,6- 10,0) - în 13% , VSH accelerat - în 83% cazuri. Examenul sumar de urină a indicat valori scăzute ale densității urinare relative cu limite între 1002 și 1010 în 54,8%, pH acid - în 83%, proteinurie sub 2g/24 ore în 77%, leucociturie - în 32%, microhematurie - în 25,8%, diateză urică - în 48% cazuri. Clearance-ul creatininei a fost scăzut în momentul diagnosticării bolii în 35%, ureea sangvină și creatinina serică crescute în 45% de cazuri. Din cele 27 uroculturi efectuate, 18 au fost pozitive. Etiologia infecției urinare a fost reprezentată de E.coli - în 44,4%, Kl.pneumoniae - în 27,7%, St.epidermidis - în 16,6%, Proteus - în 11,3% cazuri.

Tratamentul medical a constat din tratamentul hipertensiunii arteriale, al infecțiilor urinare și al complicațiilor. Toate stadiile de insuficiența renală cronică (45,1%) au fost reprezentate relativ uniform între bolnavii cuprinși în studiu, 14,3% dintre aceștea fiind incluși în programul de hemodializă iterativă.

Bibliografie

- 1.Gardner K.D. Cystic Diseases of the Kidney in Textbook of Nephrologie, v.I London, 1983
- 2.Kissane J.M. La maladie polykistique de l'adulte in Nephrologie, t.2, Paris, 1983
- 3.N.Ursea Tratat de Nefrologie, v.2, București, 1994
- 4.N.Ursea Actualități în nefrologie, București, 2000
- 5.И.Е.Тареева Нefрология , Москва, Медицина, 2000

METODELE EXTRACORPOREALE ÎN TRATAMENTUL SEPSISULUI CHIRURGICAL ASOCIAT CU INSUFICIENȚA RENALĂ ACUTĂ (IRA)

A. Vasiliev, D. Mastak, A. Axentii

Centrul Practico Științific în Domeniul Medicinii de Urgență

Centrul Municipal de Dializă, Chișinău

Summary

Hemofiltration and related continuous renal replacement techniques have demonstrated their efficacy and their better hemodynamic tolerance as compared to hemodialysis techniques, while allowing easy adjustment of body fluids balance. These features provide arguments which strong enough to favor hemofiltration techniques in severely septic patients.

IRA constituie o manifestare frecventă a insuficienței poliorganice la pacienții septici. Această categorie de pacienți suferă de afectarea organelor și sistemelor, manifestându-se prin șoc, insuficiență respiratorie, encefalopatie, edem cerebral și debit cardiac scăzut. Concentrația înaltă de endotoxine la pacienții septici provoacă dereglări hemodinamice, ce diminuează simțitor fluxul renal și filtrația glomerulară. Reșind din necesitatea înlăturării substanțelor toxice din circulația sangvină la pacienții septici, metodele extracorporeale de detoxicare sunt metode de tratament patogenic a IRA și insuficienței poliorganice.(3)

Folosirea hemodializei clasice este puțin efektivă din cauza clirensului scăzut al moleculelor medii (moleculele endotoxemiei). Metoda de hemofiltrare (HF) continuă cu debit redus este metoda cea mai preferabilă. Această metodă permite de a înlătura efectiv surplusul de lichid, molecule medii, iar clirensul scăzut de uree și creatinină este compensat prin timpul îndelungat al procedurii (24-72 ore)(1). HF continuă datorită fluxului sanguin redus, ultrafiltrației, volum de contur mic, exclude dereglări hemodinamice vădite. Una din avantajele importante ale HF este capacitatea de eliminare și adeziune a endotoxinelor (din contul convecției și absorbției)(2). HF continuă este metodă de hemocorecție, ce se bazează pe filtrare îndelungată și convecție prin membrana semipermeabilă (hemofiltru) a substanțelor cu masa moleculară medie și mică.

În Centrul Municipal de Dializa al Centrului Național Practico-Științific în Domeniul Medicinii de Urgență a apărut posibilitatea de a efectua proceduri de hemofiltrare continuă veno-venoasă și arterio-venoasă (CVVH și CAVH) prin intermediul monitorului de dializă acută ADM 08 + ABM (Fresenius, Germania). În timpul de față la pacienții cu sepsis chirurgical, asociat cu IRA noi folosim CVVH. Abordul vascular s-a efectuat prin caterizarea venei subclaviculare cu cateter biluminal, aplicarea șuntului arterio-venos Scribner (pentru CAVH). Durata tratamentului este de 24-48 ore în mod continuu. HF a fost efectuată cu ajutorul filtrului AV-600S - membrană polisulfon, suprafața 1,4 m, coeficientul ultrafiltrației 2500 ml/oră. Volumul substituatului a variat între 20-40 litri. Exfuzia ultrafiltratului a constituit în mediu 14-25 litri. În calitate de substituent s-au folosit soluții electrolitice HF 23 (Fresenius).

În lucrare este expusă experiența de tratament a 4 pacienți cu sepsis chirurgical asociat cu IRA (3 pacienți cu pancreonecroză purulent-necrotică, 1 pacient după suturarea ulcerului duodenal perforat pe fon de peritonită purulentă difuză). La toți pacienții au fost folosite metodele extracorporeale de suplire renală. Criteriul de întrerupere a procedurii a constituit normalizarea dereglărilor hidroelectrolitice și stabilizarea hemodinamicii.

HF continuă este o procedura bine tolerată, indicată în tratamentul hiperhidratării rezistente la diuretice și în șoc cardiogen. IRA și complicațiile adiționale ca șocul, plămînul de șoc, insuficiența organică multiplă, instabilitatea circulatorie, insuficiența cardiacă severă sunt indicațiile speciale pentru tratamentul CVVH. În condițiile catabolice extreme este posibilă o detoxicare și deshidratare suficientă. HF veno-venoasă este posibilă chiar și la pacienți în stare severă de șoc (2).

HF continuă este contraindicată la pacienții cu sîngerări sau cu risc mare de hemorație, hipotensiunea TJA<90/40 mm Hg (coțraindicație relativă)

Concluzii

În pofidă experienței modeste de detoxicare extracorporeală a sepsisului chirurgical, asociat cu IRA, considerăm că:

- 1.CVVH este o metodă efektivă în tratamentul bolnavilor critici cu IRA și insuficiență poliorganică pe fon de sepsis chirurgical.
- 2.Fluxul sangvin scăzut prin hemofiltru se compensează fără dereglări vădite a indicilor hemodinamici.
- 3.CVVH și HF sunt metode de elecție în tratamentul IRA la categoria dată de bolnavi.

Bibliografia

- 1.Bellomo R, Tiping P, Boyci N.: Continues veno-venous hemofiltration with dialyses removes cytokines from the circulation of septic patients. 1999. 522-526.
- 2.C. Rönco, M. Zanella, A. Brendolan, R. Bellomo: Management of acute renal failure in critically ill patients. 2001.
- 3.N. Ursea: Rinichiul artificial. Romania 1997.
- 4.А.Ю. Лужников, Ю.С Гольдфраб, С.Г Мусселиус: Детоксикационная терапия. Санкт-Петербург 2000.

ASPECTE ALE ECHO-CARDIOGRAFIEI LA PACIENȚII CU IRC

Rodica Negru-Mihalache, D. Mastak

Centrul Practico Științific în Domeniul Medicinii de Urgență (CPȘDMU)

Centrul Municipal de Dializă (CMD)

Summary

Cardiovascular disease is the major cause of death among patients with end-stage renal disease, accounting for almost half of all fatalities. In recent years much progress has been made in understanding the pathogenesis of cardiovascular disease in the uraemic population. A significant proportion of patients have established cardiovascular complications on initiation of dialysis, raising the possibility of early correction of anemia as a strategy for preventing cardiovascular comorbidities among renal patients.

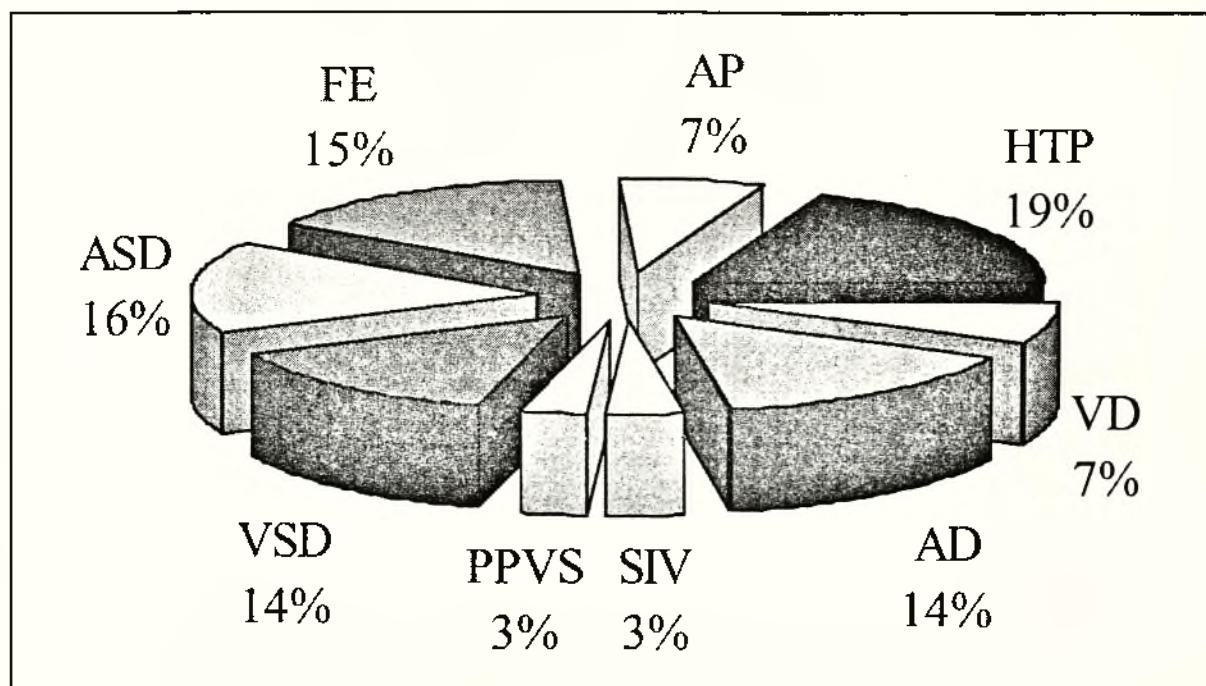
Actualitatea

Incidența morbidității și mortalității asociate cu patologia cronică renală, rămâne înaltă și este influențată de diverși factori: vîrsta, anemia, dializa neadecvată, complicații cardiovasculare. Prognosticul pentru pacienții cu patologie cronică renală este rezervat, rata de supraviețuire de 5 ani estimată la ≈20%, este mai mică decât rata de supraviețuire al pacienților cu cancer de sân și cancer de colon (1).

Asociația Europeană de Dializă și Transplant (EDTA) posedă date despre ≈ 500000 pacienți cu patologie renală cronică asociată cu patologie cardiovasculară, care este o cauză majoră a mortalității înalte printre pacienții dializați, reprezentând aproape jumătate din mortalitatea totală (2). Cercetări recente efectuate în SUA de Renal Data System (USRDS) au demonstrat, că mortalitatea cardiovasculară este cu 10-20% mai înaltă la pacienții supuși dializei, față de populația generală (1).

Materiale și metode

Studiul urmărește evaluarea modificărilor EcoCG la pacienții cu IRCT, în CMD. S-au efectuat examinări ECG și EcoCG la un lot de 20 pacienți aflați la tratament substitutiv prin hemodializă iterativă pe perioada 24 luni - 13 ani. Vîrsta pacienților variază de la 23 - 62 ani. Toți pacienții prezintă abord vascular prin fistulă a-v. Examinarea EcoCG a urmărit evidențierea următorilor parametri: dimensiunile diastolice ale ventricolului stîng (VSD), al atrului stîng în diastolă (ASD), dimensiunile ventricolului drept (VD), grosimea septului interventricular (SIV) și a peretelui posterior al ventricolului stîng (PPVS), fracția de ejecție (FE), dimensiunile atrului drept (AD), dimensiunile arterei pulmonare (AP), hipertensiunea pulmonară (HTP).



Rezultate

Analizând datele primite, am obținut următorul tablou: predominant în modificările EcoCG sau dovedit a fi HTP -19%, tendință de sporire a FE -15%, afectarea ASD -16%, VSD -14%, VD -7%, AD -14%, AP -7%, SIV -3%, PPVS -3% (fig. 2). În 90% sau depistat semne de insuficiență a valvei tricuspitale (IVT) de gr. I - II (55%), de gr. III-IV (35%), semne de insuficiență mitrală (IM) de gr. I - II (65%), de gr. III (25%), semne de lezare a valvei aortale (VA_o) de gr. I (30%), de gr. I - II (35%). Semne de hipertensiune pulmonară (HTP) moderată au fost evidențiate în 40% din cazuri, HTP severă în 30%. În 50% cazuri din pacienții studiați au fost depistate cordaje aberante și în 60% disfuncții sistolice de tipul afectării relaxării miocardului și numai în 20% au fost depistate schimbări de tipul regiditate de sept interventricular total.

Discuții

Studierea co-morbidității la pacienții până la începutul dializei a relevat, că patologia cardiovasculară a fost prezentă la mai mult de 1/3 din pacienți și acest fapt a fost una din cauzele decesului prematur (3), la fel ca și gradul de severitate al afectării cordului. Clasificarea hipertrofiei ventriculului sfîng (HVS) în tip excentric sau concentric este dificilă la pacienții dializați. Dimensiunile interne ale VS sunt influențate de statusul volumetric iar reducerea volumului sangvin duce la micșorarea diametrului VS și induce schimbări acute în pretele ventricolului, astfel are loc creșterea acestuia atât concentric cît și excentric (5). Hipertensiunea este o cauză călăuzitoare a HVS în patologia cronică renală și mai degrabă este produsă de presiunea sistolică sau pulsativă decât de cea diastolică (8).

Umplerea insuficientă a ventricolului rezultă din creșterea rigidității VS ce duce la fibroză și afectarea relaxării cordului (7), la rândul său, creșterea rigidității peretelui VS marchează o sporire mică a volumului VS care poate induce instabilitate și congestie pulmonară.

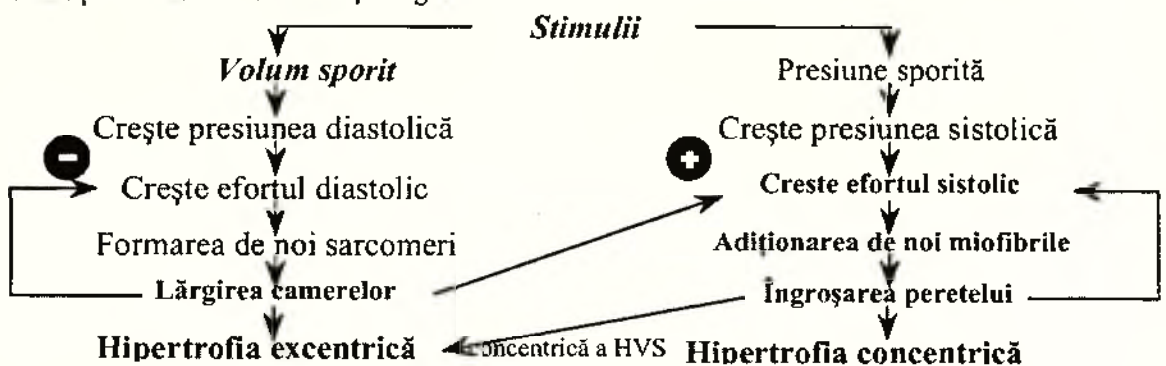


Fig.1 Ipoteza despre hipertrofia excentrică și concentrică a HVS (după Grossman W.)

HVS este comună pentru majoritatea pacienților cu IRC și reprezintă un factor de risc pentru supraviețuire, fiind cauzată de sporirea cronică a efortului asupra mușchiului cardiac, de presarcina mărită datorită prezenței șuntului a-v, retenția de sodiu și apă, ș.a.

Crearea șuntului a-v, este responsabilă pentru dilatarea VS la pacienții dializați prin sporirea minut-volumului, rezistența periferică joasă, sporirea presarcinii. Insuficiența cardiacă la pacienții cu IRC este provocată nu numai de prezența șuntului a-v, dar și de variabilitatea masei corporale în perioada interdialitică, care corelează direct cu masa VS, la fel ca și minut volumul. Din datele din literatura de specialitate și din observațiile noastre s-a observat, cu cît includerea în tratamentul cu dializă este mai precoce, cu atît modificările din partea cordului sunt mai puțin pronunțate.

Concluzii

Dintre pacienții cu IRC aflați la dializă, majoritatea dezvoltă cardiomiopatie dilatativă și boala hipertrofică-hiperchinetică.

Influențarea prin dializă a unor factori etiopatogenetici, cum ar fi: HT/A, volumul lichidului extracelular, toxicitatea uremică, tulburările ionice și a PH-ului, corecția anemiei, pot duce la ameliorarea funcției cardiace, cu împiedicarea progresării disfuncției miocardului.

Cu cît mai precoce sunt incluși pacienții cu patologie cronică renală în tratamentul de substituție, cu atît mai puțin pronunțate vor fi schimbările de remodelare a cordului cu consecințe nefavorabile pentru pacienți.

Bibliografie

1. United States Renal Data System (USRDS): Annual Data Report V. Patient mortality and survival. *Am J Kidney Dis* 1998; 32 (Suppl 1): S69 - S80
2. Raine AEG, Margreiter R, Brunner FP *et al.* Report on management of renal failure in Europe XII. *Nephrol Dial Transplant* 1992; 7 (Suppl 2): 7-35
3. Barrett BJ, Parfrey PS, Morgan J *et al.* Prediction of early death in end-stage renal disease patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 1997; 29: 214-222
4. Levin A, Singer J, Thompson CR, Ross H, Lewis M. Prevalent left ventricular hypertrophy in the predialysis population: identifying opportunities for intervention. *Am J Kidney Dis* 1996; 27: 347-354
5. London GM, Parfrey PS. Cardiac disease in chronic uremia: pathogenesis. *Adv Renal Replace Ther* 1997; 4: 194-211
6. Grossman W. Cardiac hypertrophy: useful adaptation or pathological process? *Am J Med* 1980; 69: 576-584
7. Mall G, Huther W, Schneider J, Lundin P, Ritz E. Diffuse intermyocardiocytic fibrosis in uraemic patients. *Nephrol Dial Transplant* 1990; 5: 39-44
8. London G, Guerin A, Pannier B, Marchais S, Benetos A, Safar M. Increased systolic pressure in chronic uremia: role of arterial wave reflections. *Hypertension* 1992; 20: 10-19

ASOCIEREA TUBERCULOZEI LA PACIENȚII TRATAȚI CU HEMODIALIZĂ ȘI DUPĂ TRANSPLANTAREA RENALĂ

V.Reaboi, L.Evdochimova, A.Tanase, I.Codreanu
Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, SCR

Summary

The increased prevalence of tuberculosis (TB) in the high-risk groups of immunocompromized individuals such as patients after transplantation or with uremic immunodeficiency urges for good screening and analysis. This study was performed with the aim to analyse the incidence and type of TB treated in the Hemodialysis and Kidney Transplantation Center during the last 20 years (1982-2002). The patients were divided in 2 groups: 100 patients on haemodialysis treatment and 250 patients after Kidney Transplantation. Our study confirms previous observations on higher prevalence of TB among the patients on hemodialysis and after kidney transplantation.

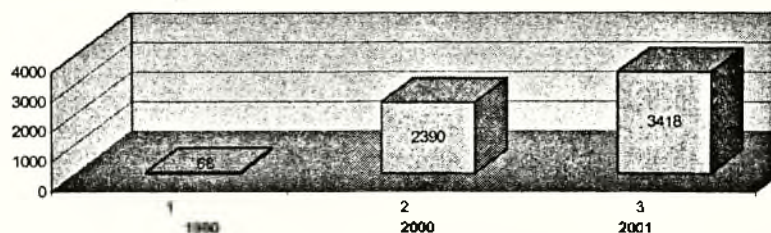
Actualitatea

Studierea aspectelor bacteriologice în timpul tratamentului cu hemodializă programată este necesară și actuală din următoarele considerente:

1. Geneza infecțioasă a unor patologii ce contribuie la dezvoltarea Insuficienței Renale Cronice (IRC).
2. Diminuarea reactivității organismului la bolnavii tratați cu hemodializă.
3. Administrarea preparatelor imunosupresive pacienților supuși operației transplant renal.

În ultimii ani, paralel cu incidența și prevalența crescută a tuberculozei (TBC) în R.Moldova, se atestă o sporire considerabilă a acestei patologii specifice și la pacienții cu IRC, aflați la tratament cu hemodializă programată. Datele epidemiologice, privind incidența TBC în R.Moldova sunt următoarele: în anul 2001 au fost înregistrate 3820 cazuri (89,4 la 100 000 populație), inclusiv depistați primar 3418 cazuri (80 la 100000) și recidivanți 402 (10,5%). Incidența patologiei a crescut comparativ cu anul 2000 cu 30,1% și cu 98% în comparație cu anul 1990 (Tabela 1).

Incidența Tuberculozei în Republica Moldova pe parcursul anilor 1990-2001



Numai în ultimile 6 luni ai anului 2002 au fost înregistrate 1726 noi cazuri de TBC, sau cu 323 mai multe de cât în aceeași perioadă a anului 2001. Din ei: 1448 cazuri noi înregistrate și 278 recidive, ce constituie o creștere de 14,5% și 101,4%, respectiv.

Din numărul total de cazuri înregistrate în anul 2001, 2481 (72,5%) au fost bărbați și 937 (27%) femei. Se observă creșterea numărului de bolnavi cu forme destructive (21,7%), și celor cu eliminări de bacili (43,3% în 2001). Aceiași tendință se observă și în prima jumătate a anului 2002. Numărul bolnavilor cu eliminări de bacili în 2001 a constituit 2719 (63,6 la 100000 populație) sau 1 bolnav bacilifer la 1571 populație, ceea ce este de 647 ori mai mare decât criteriul OMS, care prevede ca TBC să nu prezinte pericol pentru sănătatea publică. Mortalitatea prin TBC în a.2001 s-a micșorat cu 8,7% comparativ cu a.2000, iar față de a.1990 a crescut de 3,7 ori. În ce privește bolnavii cu IRC, tratați prin hemodializă și transplantare de rinichi, conform datelor Universității din Washington, TBC poate fi cauză a desesului la circa 1% din bolnavii tratați prin hemodializă (J. Maher, 1989) și 1,3-1,7% la bolnavii supuși transplantului renal (M.Wane Flye, 1989).

Deseori TBC se depistează doar la autopsie. Dificultățile în diagnosticarea ei sînt condiționate de o serie de factori, cum ar fi:

- imunitatea scăzută;
- nespecificitatea simptomelor, așa ca febra, anorexia, pierderea din greutate;
- tendința spre dezvoltarea formelor extrapulmonare;
- probe de diagnostic de rutină (bacteriologice și cutanate), care deseori prezintă rezultate negative.

Scopul lucrării

Studierea incidenței și a formelor clinice de tuberculoză la pacienții tratați în Centrul de Hemodializă și Transplant Renal al SCR în decurs de 20 ani (1982-2002).

Materiale și metodă

Au fost studiate 2 loturi de pacienți: I-lot - 1000 pacienți cu IRC terminală care sau aflat la tratament prin hemodializă programată și lotul II - 250 pacienți cu Transplant Renal. Au fost analizate formele clinice de TBC, durata tratamentului cu dializă sau medicamente imunosupresive, timpul de asociere a infecției specifice, rezultatele tratamentului.

Rezultate și discuții

În total au fost diagnosticați 25 pacienți cu diferite forme de TBC, inclusiv 12 pacienți care sau tratat numai cu hemodializă iterativă și 13 bolnavi cu Transplant Renal. În Tabela 1 sunt expuse cazurile de TBC la pacienții cu TR.

Din 13 pacienți, la care a fost depistată TBC după transplantarea renală, 10 - bărbați și 3 - femei, vîrsta medie 28,6 ani. Diagnoza de bază care a contribuit la dezvoltarea IRC a fost: glomerulonefrita cronică - 8 cazuri, pielonefrita cronică - 3 cazuri și în 2 cazuri sindromul Alport. La 7 din pacienți TBC a fost diagnosticată între 2 și 10 ani după transplantare, iar în 6 cazuri, între 2 luni și 1an după operație, preponderent la autopsie. Aplicarea tratamentului imunosupresiv a complicat mult diagnosticarea la timp a patologiei și a permis de a prelungi viața de la 4 la 12 luni. Astfel, în majoritatea cazurilor de TBC diseminantă, diagnosticul a fost confirmat, preponderent doar la necropsie. În momentul de față un singur pacient cu transplant renal și TBC asociată supraviețuiește 2 ani.

Tabela 1

Cazurile de TBC la pacienții cu Transplant Renal

Nr	Cazul, vîrstă (ani), sexul (b/f)	Diagnoza de bază	Peste cît timp TBC după operație	Forma tuberculozei	Diagnostic vital (V), post-mortem (Pm)
1	B., 26 ani, b	sA	10 ani	Pulmonară infiltrativă	V
2	B., 30 ani, f	PC	4 ani	Pulmonară infiltrativă	V
3	V., 23 ani, f	sA	4 ani	Pulmonară infiltrativă	V
4	L., 33 ani, b	GC	4,5 ani	Pulmonară infiltrativă	V
5	A., 22 ani, b	GC	1an	Diseminantă generalizată	Pm
6	A., 24 ani, b	GC	4 luni	Diseminantă generalizată	V

7	K., 31 ani, b	GC	3 luni.	Diseminantă generalizată	Pm
8	S., 58 ani, b	GC	5 luni.	Diseminantă generalizată	V
9	S., 23 ani, f	PC	2 luni.	Diseminantă generalizată	Pm
10	G., 21 ani, b	GC	4 luni.	Linfadenită tuberculoasă	Pm
11	G., 31 ani, b	PC	4 ani	Pulmonară infiltrativă	V
12	M., 22 ani, b	GC	2 ani.	Pulmonară infiltrativă	V
13	S., 33 ani, b	GC	1 an.	Bronhoadenită tuberculoasă	V

Notă: GC - glomerulonefrită cronică; PC - pielonefrită cronică; sA - sindromul Alport;

La pacienții tratați numai prin hemodializă, TBC a fost depistată la 12 (5 femei și 7 bărbați) cu durata de tratament între 6 luni și 11ani. 3 din ei la diferite etape de tratament au fost supuși transplantării renale și, respectiv, au primit cure de tratament imunosupresiv de la o lună pînă la 5 ani. În Tabela 2 sunt prezentate cazurile de TBC asociate la pacienții aflați în tratament cu hemodializă iterativă.

Din tabelele 1 și 2 se observă, că în perioada anilor 1982-1999 numărul pacienților afectați de TBC a constituit 11, (10 după alotransplantarea renală și 1 tratat numai prin hemodializă), pe cînd în ultimii 3 ani 14 bolnavi au fost diagnosticați cu TBC (3 după transplantare de rinichi și 11 aflați la tratament exclusiv prin hemodializă). Dacă în primii ani de activitate au predominat formele pulmonare de TBC, în ultimii ani tot mai frecvent apar forme extrapulmonare, inclusiv cu afectarea oaselor. Structura formelor de afectare a TBC la loturile de pacienți examinați a fost următoarea:

FORMELE PREDOMINANTE DE TUBERCULOZĂ

- 1.Tuberculoza pulmonară infiltrativă—5
- 2.Tuberculoza pulmonară hematogen- diseminantă -7
- 3.Pleurezie tuberculoasă -3
- 4.Bronhadenita tuberculoasă—5
- 5.Spondilita tuberculoasă și altele forme de afectare osoasă - 5

Tabela 2

Cazurile de tuberculoză la pacienții cu IRC tratați prin hemodializă

nr	Cazul, vîrsta, sexul	Diagnoza de bază	Durata tratament HD	Asocierea TBC (peste cît timp)	Forma tuberculozelor	Diagnostic V/Pm	Terapia	Rezultatul Pozitiv (Ă) Deces (D)
1	C.,37, f	PC	4 ani	3ani (08, 02)	Bronhoadenită pe dreapta	V	7 luni	Ă
2	C.,44, f	PC	5 ani	3,5ani (05.02)	Pleurezie, trochanterită destructivă	V	8 luni	Ă
3	M.,48, b	GC	2,5 ani	1an (05.02)	Spondilită, abces "rece"	V	7 luni, operație	Ă
4	C.,42, b	GC	11 ani	9ani (05.00)	Bronhoadenită, pleurezie	V	6 luni	Ă
5	N.,39, f	GC, SR	10 ani	9 ani (06.00) TR	Infiltrativă diseminantă	V	-	D
6	C., 51, f	GC	11 ani	10ani (10.99) TR	Infiltrativă diseminantă	Pm	-	D
7	M.,36, b	GC	5 ani	4ani (04.01)	Articulație talocrurală pe sînga	V	4 luni	D
8	I.,30, b	GC	6 luni	6 luni	limfadenită	Pm	-	D
9	H., 44, f	PC	4 ani	3,5 ani (06.02) TR	Pleurezie	V	3 luni	Ă

10	M., 23, b	GC	2 ani	1 an (05,02)	Pleurezie	V	4 luni	Ä
11	L., 49, b	GC, SR	10 ani	10ani (09,02)	Tbc osteoarticu- lară	V	1 lună, intervenții chirurgicale	Ä
12	U., 39, b.	PC	6ani	6ani	Bronhoadenita	Pm	-	D

Notă: GC – glomerulonefrită cronică; PC – pielonefrită cronică; SR – stare renoprivă;

Dificultățile în diagnosticarea TBC la bolnavii cu IRC aflați la tratament prin hemodializă sau supuși transplantului renal sunt condiționate de specificul acestor maladii, la care se asociază diverse complicații ale organelor și sistemelor pe un fundal stabil de imunitate scăzută. Au fost folosite diferite metode de diagnosticare a TBC: radiologice, bacteriologice, endoscopice, histologice, etc., care însă în măsură rutinei lor, ca investigații de studiu, nu permiteau întotdeauna o depistare perfectă a procesului tuberculos. Ca exemple de afectare TBC a bolnavilor aflați la tratament prin hemodializă și transplantare renală, servesc următoarele cazuri:

1. Bolnavul M. 48 ani, a fost staționat în Centrul de hemodializă și transplant renal al SCR cu 2,5 ani în urmă, cu diagnoza de "Glomerulonefrită Cronică Difuză, IRC faza terminală". Pe parcursul ultimului an de tratament s-au observat puseuri de febră pînă la 38-39°, dureri lombare pronunțate, cu iradiație în femur, stăbiciuni. Investigațiile primar efectuate, inclusiv radiologice (tomografia computerizată), ecografice, rezonanța magnetică, hemoculturi, urograme și hemograme repetate nu au evidențiat o afectare specifică a coloanei vertebrale. Schimbările patologice au fost apreciate ca o discopatie vertebrală cu modificări profunde în coloana, ceea ce nici într-un fel nu explică persistența febrei. Lumbalgia pronunțată a impus o intervenție chirurgicală la coloana vertebrală, la nivelul L₂-L₃ unde s-a depistat un abces paravertebral localizat posterior discurilor afectate. Lipsa remisiiei clinice așteptate, agravarea și accentuarea sindromului algic, persistența febrei în continuare și rezultatele investigațiilor nou efectuate au permis suspectarea unui proces tuberculos. Bolnavul este supus unei noi intervenții chirurgicale, care se termină cu deschiderea și drenarea unui « abces rece » paravertebral anterior localizat și înlăturarea sechestrelor osoase. Postoperator a fost aplicată terapie antituberculoasă tricomponentă (isoniazida 0,15, 2 ori pe zi, Rifampicina 0,3, 2 ori pe zi, pirazinamida 0,5, 2ori pe zi) cu program de hemodializă 3-4 ori pe săptămîna pe parcursul a 7 luni consecutive. În procesul tratamentului starea pacientului treptat s-a ameliorat. Radiografiile efectuate în dinamică au demonstrat organizarea procesului tuberculos.
2. Bolnavul C. 42 ani, s-a aflat la tratament în secția hemodializă a SCR mai mult de 10 ani. În ultima jumătate de an manifestă stăbiciune avansată, a apărut febră pînă la 39°, tuse, dispnee. Investigațiile de laborator și instrumentale efectuate n-au pus în evidență un proces tuberculos, și numai studiul histologic a permis diagnosticarea unei bronhoadenite și pleurezii tuberculoase. Terapia tricomponentă antituberculoasă (izoniazida, rifampicina, pirazinamida) în doze ajustate, cu un program de hemodializă 3-4 ori pe săptămîna în decurs de 6 luni au permis de a obține rezultate pozitive cu înșănătoșire.

Analizarea materialului expus ne demonstrează o creștere evidentă a numărului de pacienți afectați de diverse forme de TBC. Stabilirea procesului specific la contingentul de bolnavi cu IRC sau după transplantare renală a fost posibilă doar cu implicarea diverselor metode de diagnostic și, adesea, în decurs de cîteva luni.

La etapa actuală, în pofida riscului major de diseminare a TBC în procesul hemodializei, a imunității scăzute, toxicității și cumulării crescute a preparatelor antituberculoase, la o parte din bolnavii tratați pot fi obținute rezultate satisfăcătoare de ameliorare a procesului specific.

Concluzii

1. Pacienții cu IRC și după transplantarea renală sunt predispuși la infectare cu tuberculoză pe toată durata efectuării tratamentului.
2. Factorii epidemiologici de creștere a TBC în R.Moldova în ultimii ani au influențat în mod direct asupra incidenței crescute a patologiei la pacienții cu IRC și cu transplant renal.
3. Incidența TBC în Centrul de Hemodializă și Transplant Renal al SCR în decurs de 20 ani a constituit: la pacienții dializați – 1,2%, iar la pacienții cu transplant renal – 5,2%.
4. În ultimii ani se atestă diverse forme de TBC la pacienții cu IRC, inclusiv cele osteo-articulare.
5. Modificarea formelor de TBC la contingentul pacienților studiați influențează asupra duratei de diagnosticare și necesită aplicarea celor mai avansate metode de diagnostic (tomografia computerizată, rezonanța magnetică, biopsia, etc.).

6. Administrarea la timp a preparatelor antituberculoase pe fundalul intensificării programului de dializă permite în mare măsură asanarea procesului tuberculos și însănătoșirea pacienților.
7. Incidența crescută a TBC la pacienții cu IRC și transplant renal impune o profilaxie permanentă a focarelor de infecție și un protocol strict de investigații de laborator și instrumentale.

Bibliografia

1. Țimbalari G., Vangeli I., Burinschi V., Situația epidemiologică în Republica Moldova – a.a. 2000-2002 // Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și a bolnavilor pulmonare nespecifice // Chișinău, 2002, pag. 72 –78.
2. Elașcu N., Rotari G., Procopciuc V. și alții. Situația epidemiologică a Tuberculozei extraratorică în Republica Moldova, perioada a.1991-2000 // Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolnavilor pulmonare nespecifice // Chișinău, 2002, pag. 45-49.
3. Tănase A., Diagnosticul afecțiunilor precoce și tardive după transplantarea renală. / Teza de d.h.ș.m., Chișinău, 1996, pag.83-85.
4. Flye M.W., Principles of organ transplantation, USA, 1989.
5. Maher J., Replacement of renal function by dialysis., USA, 1989.

SERVICIUL NEFROLOGIC PENTRU MATURI ÎN REPUBLICA MOLDOVA (2000-2001)

B. Sasu, Nina Munteanu, O. Mocialov, Rodica Negru
USMF "N. Testemițanu», Ministerul Sănătății al R. Moldova

Summary

Nephrological medical service of adult population in Republic of Moldova (2000 -2001) A review of nephrological medical service in adult population was carried out. There is a great awareness due to the increasing in incidence of the renal diseases in Republic of Moldova. In our professional view substantial recommendations to determine the changes that must be made in the field of nephrological service were suggested.

Sarcina principală a nefrologiei, un compartiment important al medicinei interne, constă în diagnosticul precoce și tratamentul adecvat al patologiei renale, printre care un loc major îl ocupă afecțiunile ce duc la pierderea funcției renale-insuficiența renală cronică (IRC). De asemenea, aceste patologii sunt însoțite de dereglări grave ale altor organe și sisteme, ce pot provoca de sinistător decesul bolnavilor. Particularitățile evolutive (deseori patologia renală parenhimotoasă primară decurge asimptomatic) uneori cauzează depistarea tardivă a afecțiunii, concomitent cu apariția complicațiilor.

Luând în considerație cheltuielile enorme pentru tratamentul de substituție a IRC (hemodializa, dializa peritoneală, transplantul renal), incidența destul de înaltă a maladiilor progresive renale, preponderent la persoane de vârstă tânără (nefrite, pielonefrite), este importantă studiarea și cunoașterea de către medicii a simptomelor incipiente și tratamentul rațional al afecțiunilor nefrologice. În primul rând acestea sunt nefritele, pielonefritele, nefrolitiază. Însă rinichii se includ secundar și în cadrul multor altor patologii: vasculite de sistem, dereglări metabolice, endocrine etc., când schimbările depistate au o importanță considerabilă pentru sesizarea corectă a nefropatiei în cauză. Deseori o serie de boli sistemice debutează cu "măști nefritice», frecvent unica manifestare a patologiei oncologice incipiente este nefropatia paraneoplazică, nu sunt rare cazurile dezvoltării nefropatiei ca consecință a administrării diferitor substanțe medicamentoase.

Una din direcțiile principale în organizarea asistenței medicale pacienților nefrologici este elaborarea regimului optimal de diagnostic și tratament al maladiilor renale.

Conform estimărilor statistice republicane al serviciului nefrologic, pe parcursul ultimilor ani se determină, că starea asistenței medicale specializate la moment lasă mult de dorit. În prezent în R.Moldova ajutorul spitalicesc nefrologic pentru maturi este acordat în 3 secții de nefrologie: municipiul Chișinău - 20 paturi în SCM "Sfânta Treime» și 30 paturi în SCR; municipiul Bălți - 20 paturi. În or. Rîșcani (Județul Bălți) sunt desfășurate 7 paturi și 5 paturi în Briceni (Județul Edineț). În secțiile nominalizate activează 10 medici-nefrologi cu diferite categorii de atestare. În majoritatea județelor bolnavii nefrologici sunt tratați în secțiile de terapie și urologie de către medicii de specialitatea respectivă.

Consultațiile prespitalicești pentru maturi sunt efectuate de către medicii nefrologi în municipiul

Chișinău: în staționar 6 (1 cu categorie superioară; 2 cu categoria I; 1 cu categoria II; 2 fără categorie); în policlinica republicană - 1 (categoria superioară); în centrul diagnostic - 1, în municipiul Bălți -1 medic nefrolog, în județul Cahul - 1 (categoria superioară), Soroca - 0,5 (urolog), Edineț - 1. În rest, serviciul nefrologic este asigurat de medicii internști, medici de familie și urologi, cunoștințele cărora în domeniul nefrologiei nu sunt suficiente. Majoritatea medicilor menționați dispun de categoria I și II de atestare.

Indicii statistici republicani atestă majorarea numărului bolnavilor maturi nefrologici, cărora li s-a acordat serviciul medical specializat în R.Moldova. Astfel, în anul 2000 au fost tratați 5413 bolnavi, iar în 2001 - 6465 bolnavi. Structura nozologilor de bază demonstrează creșterea pe republică preponderent a afecțiunilor tubulo-interstițiale (anul 2000 - 2127, anul 2001 - 2459 bolnavi) și a nefropatiilor glomerulare (respectiv 360 și 532 bolnavi), inclusiv în secția nefrologie a SCM "Sfânta Treime", respectiv 155 și 273 bolnavi cu nefropatii tubulo-interstițiale și 45 și 204 bolnavi cu glomerulonefrite primare.

De asemenea pe parcursul ultimilor ani crește semnificativ numărul bolnavilor nefrologici aflați la evidență în sectorul primar. În anul 2000 au fost 35467 bolnavi, iar în anul 2001 - 38903 și în special pe contul afecțiunilor tubulo-interstițiale (respectiv 19553 și 22875) și nefropatiilor glomerulare primare (522 și 585). În municipiul Chișinău numărul pacienților a fost de 12630 în anul 2000, iar în 2001 - 13228, dintre care pielonefrita cronică, respectiv 6212 și 6907, nefropatiile glomerulare primare - 118 și 111.

În tabela 1 sunt ogândite datele biroului de statistică medicală referitor la patologia renală la maturi în R.Moldova pe parcursul ultimilor ani.

Patologia		Bolile aparatului genito-urinar			Sindromul nefrotic și nefritic			Bolile renale tubulo-interstițiale		
		Chișinău	Bălți	Repub.	Chișinău	Bălți	Repub.	Chișinău	Bălți	Repub.
1998	Incidența	301,1	244,9	279,9	0,3	0,2	1,4	17,5	9,2	19,3
	Prevalența	584,0	394,0	523,7	2,9	4,5	6,3	149,8	370,0	108,3
1999	Incidența	240,8	270,9	247,0	0,2	1,6	1,2	15,7	15,9	16,4
	Prevalența	511,7	494,1	491,1	2,5	7,4	6,6	139,9	78,5	119,4
2000	Incidența	188,1	247,0	259,4	0,2	2,2	1,3	17,1	20,4	22,8
	Prevalența	423,4	403,8	485,4	2,5	6,4	5,9	142,5	78,7	120,7
2001	Incidența	212,2	232,5	252,2	0,3	2,5	1,6	18,4	28,9	29,4
	Prevalența	469,0	442,3	501,7	2,4	7,7	7,6	152,3	94,8	138,2

Datele statistice ne confirmă elocvent rezultatele primite din județele republicii, privind creșterea incidenței și prevalenței patologiei renale.

Se observă o staționare a incidenței IRC (în anul 2000 - 0,1, în anul 2001 - 0,1). În pofida deschiderii în municipiul Chișinău a Centrului Municipal de Dializă, locurile la dializă nu sau majorat (din septembrie 2001 a fost închisă secția de dializă la SCM "Sfânta Treime"). Necesitatea pentru tratamentul specializat al IRC, atât în Republică cât și în municipiu este cu mult mai mare, decât posibilitățile secțiilor specializate.

Datele menționate ne demonstrează, spre regret, starea deplorabilă a serviciului nefrologic pentru maturi în Republica Moldova. Mai ales că rezultatele statistice nu se referă la patologia nefrologică secundară în afecțiunile reumatice, diabetul zaharat, bolile de sistem, etc., destul de frecvent întâlnite în republică.

Lipsa cadrelor calificate, inclusiv la etapa prespitalicească, insuficiența paturilor specializate, a laboratoarelor contemporane pentru diagnosticul precoce al patologiei nefrologice, inclusiv a biopsiilor renale, determină o serie de acțiuni pentru ameliorarea serviciului nefrologic în R.Moldova. Din ele fac parte:

- Elaborarea unui ordin al Ministerului Sănătății, menit să amelioreze starea serviciului nefrologic în R.Moldova;
- Elaborarea unui regulament al secției nefrologice;
- Implementarea în practică a standardelor medicale nefrologice;

- Pregătirea mai pe larg a specialiștilor nefrologici prin intermediul secundariatului clinic, prin cursurile postuniversitare la catedra de perfecționare a medicilor a USMF "N. Testemițanu»,
- Asigurarea cu medici-nefrologi a tuturor județelor republicii;
- Implementarea metodelor noi de diagnostic și tratament a maladiilor renale.

TRANSPLANTUL RENAL DE LA DONATORUL VIU ÎNRUDIT

A.Tănase, I.Codreanu, G.Romanciuc, Liana Kalinin, Natalia Isac

Catedra de Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF,

Centrul de Hemodializă și Transplant Renal,

Spitalul Clinic Republican, Chișinău

Summary

Renal transplantation from living relating donors. In accordance with the Republic of Moldova law "Regarding organs and tissues transplantation», during December 2001-August 2002 in the Center of Kidney Transplantation, Republican Clinical Hospital were performed 5 transplants from living relating donors (mother, father). We initiated this program because of the drastic diminution of the kidneys from "brain dead» donors. We analyzed the results of the transplantation, time of the reestablishment of the kidney function, donor rehabilitation. The short-term results show a very good function of the kidneys from living relating donors.

Actualitatea

Dezvoltarea științei medicale contemporane a permis în ultimii 25-30 ani de a trata cu succes mai multe maladii, care anterior se socoteau incurabile. Astfel, implementarea pe larg a hemodializei și transplantului renal în caz de Insuficiență Renală Cronică au contribuit esențial la reabilitarea medicală, socială și profesională a sute de mii de pacienți. În R.Moldova operațiile de transplantare renală au demarat în toamna anului 1982 și în decurs de 20 ani au fost efectuate 253 operații, preponderent cu rinichi donator de cadavru. În anul 1999 a fost adoptată Legea R.Moldova "Privind transplantul de organe și țesuturi umane», în care au fost legiferate modalitățile prelevării de organe, atât de la donatorul în viață, cât și de la cadavru în caz de "moarte cerebrală». Colaboratorii Centrului de Transplant Renal al SCR și din secțiile de reanimare din republică au dispus de unele burse și stagieri în străinătate, oferite de diferite organisme internaționale în domeniul transplantologiei (SUA, Israel, Belgia, Spania, Rusia). Ministerul Sănătății a emis o serie de acte normative la legea transplantului, a fost creată "Comisia națională în domeniul transplantologiei», au fost numiți "coordonatorii de transplant de organe». La catedra de Urologie și Nefrologie Chirurgicală a USMF «N.Testemițanu» al 3-lea an sunt pregătiți specialiști pe "Nefrologia Chirurgicală» prin intermediul secundariatului clinic și cursurile de perfecționare postuniversitară, care pot activa în domeniul hemodializei și transplantului renal. În pofida celor întreprinse, numărul donatorilor potențiali și al operațiilor de transplantare nu au crescut, dar sau micșorat esențial. După părerea noastră, cauzele principale ale diminuării activității în acest domeniu sunt următoarele:

1.Asigurarea ineficientă a secțiilor de reanimare cu drept de prelevare și conservare a rinichilor donatori cu utilaj special și medicamente.

2.Lipsa surselor bănești pentru procurarea materialelor speciale de consum și a medicamentelor imunosupresive pentru operațiile de prelevare, transplantare și întreținere a pacienților grefați.

3.Limitarea accesibilității pacienților ce suferă de IRC la tratamentul specializat (cauze sociale, economice, etc.).

4.Lipsa unui program de stat în domeniul transplantologiei, ce a-r reglementa activitatea instituțiilor medicale, departamentelor, ministerelor și organelor de resort în acest domeniu și, în primul rând, asigurarea garantată medicală de lungă durată.

Luând în considerație toate aspectele problemelor abordate, precum și faptul că serviciul de Hemodializă nu poate asigura necesitățile stringente ale populației, similar Centrelor din străinătate, începînd cu anul 2001 în Centrul Transplant Renal al SCR a fost implemetat programul efectuării unor astfel de operații cu folosirea rinichiului de la donatorul viu înrudit. Conform legii, în R.Moldova se permite prelevarea de organe pentru transplant de la donatorul viu numai de la rude de gradul I – mamă, tată, frate, soră.

Scopul lucrării

Constă în studierea rezultatelor efectuării primelor operații de transplantare renală cu folosirea rinichilor de la donatorul viu înrudit, în conformitate cu legea în vigoare.

Material și metode

Sunt supuse analizei primele 5 operații de prelevare și transplantare de la donatori vii înrudiți (mamă, tată), efectuate în Centrul de Transplant Renal al SCR în perioada decembrie 2001-august 2002. În tabela nr.1 sunt prezentate datele generale ale recipientilor de transplant renal.

Tabela 1

Caracteristica generală a recipientilor de transplant renal

Pacientul, vîrsta, sexul (b/f)	Diagnoza	Durata tratamentului cu Hemodializă (luni)
A.A., 16 ani, b	Trauma unicului rinichi înăscut pe dreapta, nefrectomie, stare renoprivă	7,5
A.V., 21 ani, b	Glomerulonefrită cronică difuză, IRC	25,5
I.V., 29 ani, b	Glomerulonefrită cronică difuză, IRC	23,0
I.N., 17 ani, b	Glomerulonefrită cronică difuză, IRC	1,0
T.A., 35 ani, b	Glomerulonefrită cronică difuză, IRC	1,0

Toți donatorii au fost examinați în conformitate cu protocolul adoptat, care în mod obligator conține investigațiile de laborator, speciale și instrumentale, consultația specialiștilor ORL, stomatolog, proctolog, pentru femei ginecolog. Numai după rezultatele testelor de compatibilitate histologică, se efectuează angiografia renală.

Rezultate

Nefrectomia rinichiului donator s-a efectuat în conformitate cu metoda clasică - prin lumbotomie, cu rezecarea coastei a 12-a (11), ligaturarea și rezecarea separată a ureterului și vaselor renale în hiperdiureză. Timpul "ischemiei calde primare" a fost minimal (1-2 min). După perfuzia cu soluția Collins (500-600 ml), grefonul se "ambalează" în soluția nominalizată și gheață sterilă pînă la transplantare. Numai după ce grefonul a fost perfuzat și conservat, se ligaturează și suturează vasele și plaga donatorului. Timpul "ischemiei reci" a constituit în toate cazurile circa 3-4 ore.

Tabela 2

Compatibilitatea perechii "donator-recipient"

Nr	Numele, prenumele, vîrsta (donator, recipient)	Grup sangvin, Rh-factor	Fenotipul HLA	Compatibilitatea	% anticorpi preexistenți
1	A.T., f, donator, 44 ani A.V., b, recipient, 16 ani	B(III), Rh + B(III), Rh +	A2(28), A30, B12(44,45); A2(28),A9(24) Bw4-B12(44,45)	<u>A2, B12:</u> Cross-match (-)	0%
2	A.E., f, donator, 41 ani A.V., b, recipient, 22 ani	A(II), Rh + A (II), Rh +	A1, A2(28),B14, B54,55,56; A2, A3, Bw6-B8,B14, DR2,5	<u>A2, B14</u> Cross-match (-)	15%
3	I.I., b, donator, 57 ani I.V., b, recipient, 29 ani	O(I), Rh+ O(I), Rh-	A9,B5(51,52,53), B16 A9.Bw4-B5(53), DR1	A9, B5 Cross-match (-)	15%
4	L.M., f, donator, 39 ani L.N., b, recipient, 17 ani	O(I), Rh+ O(I), Rh-	A2(28), A29 B7, B17 A2(28), A29; B5 (51,52,53), B17	<u>A2(28), A29, B17</u> Cross-match (-)	0%

5	L.Ș., f. donator, 55 ani	B(III), Rh+	A2(28), A1(36), B12(44+45), B21(49+50).	<u>A2(28), B21(49+50)</u> Cross-match (-)	0%
	T.A., b. recipient, 33 ani	B(III), Rh+	A2(28), A30+31, CW4, CW6, B18, B21(49+50)		

În 4 cazuri nefrectomia la donator a fost efectuată pe dreapta și numai într-un singur caz pe stînga. Decizia pentru nefrectomie sa luat numai după examinarea angiografiei renale și evaluarea numărului de vase, excreția, etc. Atît donatorul, cît și recipientul după operații au fost supravegheați inițial în secția de reanimare și terapie intensivă pentru circa 24 ore, apoi în Centrul Transplant Renal pînă la externare. Tratamentul intensiv efectuat la donator pînă la operație, în timpul nefrectomiei și în perioada postoperatorie au permis de a păstra funcția rinichiului restant la un bun nivel. În toate cazurile donatorii au fost externați fără diminuarea funcțională a rinichiului. Tratamentul imunosupresiv indicat recipienților a fost în toate cazurile tricomponent – Sandimmun Neoral, Imuran (Azathioprin) și Prednizolon (Methylprednizolon), în conformitate cu protocolul adoptat. În tabela 2 sunt prezentate rezultatele investigațiilor imunologice ale perechii "donator-recipient". În toate cazurile compatibilitatea imunologică a fost de 2-3 antigeni și în mod obligator "cross-match" negativ.

În 4 din 5 cazuri reluarea funcției grefonului a fost precoce și numai într-un singur caz, întârziată – peste 2 săptămîni după operație. Insuficiența funcțională a transplantului a fost provocată de o Necroză Tubulară Acută, diagnosticată clinic și prin biopsie (biopsia extrafină prin aspirație). La toți pacienții nu a fost diagnosticat nici un epizod de Rejet Acut. Tratamentul indicat a fost bine tolerat de pacienți și nu a fost întrerupt vre-un component imunosupresiv.

Concluzii

1. Folosirea rinichiului de la donator viu înrudit este o alternativă inevitabilă în tratamentul radical și reabilitarea pacienților ce suferă de Insuficiență Renală Cronică terminală.
2. Compatibilitatea perechii "donator-recipient" între rude apropiate este mai bună, de cît în alte cazuri, fapt ce atestă o funcție satisfăcătoare a rinichiului transplantat și absența Rejetelor Acute în primele 5 operații efectuate.
3. Prelevarea "planificată" a rinichiului donator viu înrudit permite de a minimaliza asocierea Necrozei Tubulare Acute și restabilirea precoce funcțională a grefonului.
4. Protocolul obligator de investigare și tratament pre- și postoperator al donatorului viu înrudit permite de a păstra la un bun nivel funcția rinichiului restant.

Bibliografia

1. McGeown M.G., Clinical Management of Renal Transplantation, Kluwer Academic Publishers, London, 1992.
2. XVI International Congress of the Transplantation Society, Book of Abstracts, Barcelona, 1996.
3. Starzl Thomas, Memoirs of a Transplant Surgeon, The Puzzle People, University of Pittsburgh Press, USA, 1993.
4. Makowka L., The handbook of transplantation management, Landes Company, USA, 1991.
5. Flye M.W., Principles of Organ Transplantation, Saunders Company, SUA, 1989.
6. Lucan Mihai, Manual de Transplant Renal, Cluj-Napoca, București, România, 1999.

SPECTRUL COMPLICAȚIILOR ACUTE ÎN EVOLUȚIA GLOMERULONEFRITELOR

L. Vlasov, B.Sasu, G.Beliciuc, S.Ostapov, V.Ruban
Secția nefrologie, SCM "Sfînta Treime" or. Chișinău,
secția nefrologie SCR or. Bălți

Summary

A review of 72 hospitalized patients with glomerulonephritis identified a significant percentage of medical emergencies (44,44%). The urgency in acute glomerulonephritis is more frequent and severe (cerebral edema, nephrotic abdominal crises). The presence of nephrotic or nephritic syndrome is of major risk in the derive of an emergency, even under corticosteroid and cytotoxic treatment.

Actualitatea

Bolile glomerulilor renali sunt etrități frecvent întâlnite în practica medicală și rămân a fi o dilemă a nefrologiei moderne, deși pe parcursul anilor au fost izolate tablouri clinice evolutive particulare, identificate perspective terapeutice.

Glomerulonefritele sunt afecțiuni inflamatorii ale glomerulilor renali, cu etiologie multiplă, de multe ori necunoscută, produse prin mecanisme predominant imune, caracterizate histopatologic prin leziuni proliferative, alterări ale membranei bazale glomerulare și prin depozite de substanțe străine și hialino-scleroză, iar clinico-biologic prin proteinurie asociată cu hematurie, edeme, hipertensiune arterială, avînd o evoluție inevitabilă spre insuficiența renală cronică. În SUA, nefropatiile glomerulare reprezintă 51% din cazuri de insuficiență renală terminală. Introducerea biopsiei renale iterative a permis elaborarea unor clasificări ale glomerulonefritelor, care însă nu sunt nici astăzi pe deplin satisfăcătoare. Unele nefropatii glomerulare frecvent nu determină o insuficiență renală progresivă, dar sunt importante cauze de morbiditate și surse ale unor cheltuieli medicale considerabile.

Obiective

Din punct de vedere clinic persistă spectrul complicațiilor glomerulare, care încă ridică numeroase probleme de tratament și prognostic la pacienții respectivi. Urgențele medicale în cadrul evoluției unei glomerulonefrite contunuă să fie o problemă clinică alarmantă.

Metode și materiale

Ne-am propus în această lucrare un studiu al stărilor urgente medicale la un lot de 72 pacienți (43 femei și 29 bărbați) cu glomerulonefrite, vîrsta cuprinsă între 16 și 62 ani, avînd vechimea bolii variabilă de la 2 pînă la 12 ani. S-au folosit tehnici de investigații neînvazive și invazive, evaluări ale funcției renale, cardiace, probe paraclinice de laborator, inclusiv imunologice.

Rezultate și discuții

Diagnosticul de glomerulonefrită acută difuză a fost stabilit în 15,25% cazuri, de glomerulonefrită cronică în 84,75% cazuri. Hipertensiunea nefrogenă decelată la 33 pacienți (45,83%), sindromul nefrotic - la 23 pacienți (31,94%) și sindromul nefritic - la 10 pacienți (13,88%). Din numărul total de pacienți, 12 au fost examinați în spitalul regional din or.Sanct-Petersburg, în vederea efectuării biopsiei renale transcutanate și întocmirii schemei de tratament.

S-a constatat prezența glomerulonefritei cronice membrano-proliferative la 5 pacienți, glomerulonefritei cronice mezangio-proliferative - la 2, glomerulonefritei membranoase - la 2 și a celei fibroplastice - la 1 pacient.

21 de pacienți (30,55%) au beneficiat de tratament cu corticosteroizi și imunosupresoare, inclusiv puls-terapie cu prednizolon.

Evaluarea tabloului clinic al pacienților aflați în studiu a confirmat prezența urgențelor medicale în 44,44% (32 pacienți), 20 din bolnavi fiind internați în mod urgent. Din cei 11 pacienți spitalizați cu glomerulonefrită acută, complicații stringente au intervenit la 4 bolnavi - 1 pacient a suportat o criză nefrotică abdominală acută, 1 - edem cerebral, 2 pacienți - insuficiență renală acută. Din 63 bolnavi cu glomerulonefrită cronică, urgențele au prezentat o valoare de 33,33% (21 pacienți). La 14 pacienți au fost semnalizate crize hipertensive, la 3 - insuficiență renală acută, la 4 - edem pulmonar acut.

De menționat că evenimentele majore urgente au fost vizualizate la 22 de bolnavi diagnosticați cu sindrom nefrotic și nefritic și tratați cu corticosteroizi și agenți citotoxici, inclusiv 2 pacienți cu forma morfologică de glomerulonefrită membrano-proliferativă.

Bibliografie

- 1.Glasscock R.J., Cohen A.H., Adler S.G. Primary glomerular diseases. The Kidney Brenner B.M., Rector FC Philadelphia, 1996.
- 2.Ursea N., Actualități în nefrologie , București,2000.
- 3.Тареева И.Е.6 Нefppoлогия, Москва, Медицина, 2000.

ACTUALITĂȚI PRIVIND RINICHIUL DIABETIC

L.Vlasov, N.Baltag, N.Migali, L.Chiaburu

Secția nefrologie, secția endocrinologie SCM "Sfânta Treime", Chișinău

Summary

The incidence of diabetic nephropathy is constantly significant in our study too. For the prevention of renal complications in diabetes the normal value of microalbuminuria is important, the administration of ACE inhibitors is preferred.

Actualitatea

Nefropatia diabetică reprezintă o complicație frecventă a diabetului zaharat. După 10-15 ani de la debutul maladiei, la 20%-50% din pacienți se determină prezența afecțiunii renale. Histologic, la microscopia optică la 60% din diabetici se vizualizează îngroșarea membranei bazale și modificări mezangiale, iar la microscopia electronică 100% din pacienți au leziuni histologice. Diabetul zaharat poate determina mai multe tipuri de leziuni renale, unele specifice, ca nefropatia diabetică și altele nespecifice, similare altor nefropatii, dar cu evoluție particulară, cum sînt nefroangioscleroza, pielonefrita și necroza papilară. Nefropatia diabetică reprezintă 35% din etiologia IRC în SUA și 15% în Europa. Această creștere importantă a numărului de pacienți diabetici cu IRC se datorează atât prelungirii duratei medii de viață a populației cu creșterea incidenței diabetului zaharat tip II, cât și prelungirii stadiului compensator al IRC prin contribuția dietetică și medicamentoasă. Insulinoterapia a dus la creșterea longivității diabeticilor și a schimbat radical cauzele majore ale mortalității acestora: s-a trecut de la moartea prin comă la moartea prin vase și astăzi ne găsim în lumea angiopatiei diabetice.

Microalbuminuria, rezultat al modificărilor complexe anatomo-funcționale, care caracterizează diabetul zaharat este cel mai precoce și sensibil semn al nefropatiei diabetice. Aceste albuminurii mici constituie un risc considerabil de evoluție ulterioară către insuficiența renală, detectarea lor prezentînd un interes clinic deosebit.

Obiective

Nefropatia diabetică este o problemă de sănătate cu impact economic deosebit în republica noastră. Studiul de față își propune aprecierea incidenței nefropatiei diabetice pe parcursul ultimilor 16 ani în secțiile de nefrologie și endocrinologie a SCM "Sfânta Treime", dependența microalbuminuriei de tratamentul antihipertensiv cu inhibitori ai enzimei de conversie ai angiotenzinei. În contextul celor expuse s-a efectuat un studiu retrospectiv al incidenței nefropatiei diabetice pe parcursul ultimilor 16 ani în secțiile de endocrinologie și nefrologie a SCM "Sfânta Treime".

Materiale și metode

Au fost examinate 5643 foi de observație a pacienților diabetici tratați în secțiile nefrologie și endocrinologie SCM "Sfânta Treime". La 1630 pacienți (820 bărbați și 810 femei, între 18 și 65 ani) s-a diagnosticat prezența nefropatiei diabetice, ce a constituit 29% din numărul total de diabetici internați.

Rezultate și discuții

Stadiul prenefrotic a fost semnalizat la 267 pacienți (17%), nefrotic la 780 (48%), nefroscleroză cu uremie la 583 bolnavi (35%). La 278 diabetici manifestarea renală a inclus și pielonefrita cronică, iar la 23 – necroza papilară. Hipertensiunea nefrogenă decelată la 1415 pacienți (87%).

Din numărul total al diabeticilor aflați în studiu, au fost selectați 26 pacienți normotensivi cu diabet zaharat tip I, vîrsta cuprinsă între 16 și 38 ani. Durata bolii varia între 7 și 15 ani. La examinarea paraclinică HbA1C varia între 6,4% - 7,2%, microalbuminuria fiind prezentă la toți pacienții. Abordarea terapeutică includea analiza variației microalbuminuriei la administrarea inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei în doze mici timp de 2 ani la lotul de normotensivi. Pe parcursul perioadei respective s-au păstrat normale cifrele tensiunii arteriale, filtrației glomerulare, absentă macroalbuminuria. La 18 diabetici microalbuminuria a revenit la valori normale (de la 200-150 mg/24 ore la 20 mg/24 ore), la 8 pacienți s-a micșorat (de la 300-150 mg/24 ore la 40-50 mg/24 ore).

Bibliografie

1. Serafinceanu C., Nefropatia diabetică: corelații clinico-patogenice. Medicina internă, 1997.
2. Diabetes Intervention Study. Macroangiopathy and life expectancy in type II diabetes. Pharmedicum, 1994.
3. Ursea N., Actualități în nefrologie, București, 2000.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ КРИТЕРИЯ C-2

В.А.Сагатович, Л.М.Рощина, А.В.Кузь

Одесская областная клиническая больница, Украина

Summary

Diagnostic value of c-2 criteria. 27 with kidney transplantation who had operated 1,5 years ago were observed for concentration of Cyclosporine with C-2 criteria. It has been found that a lot of cases were opposite from requirements of C-2 criteria. Two patients were observed for C-2 criteria apriory. The autors marked cleare advantages of C-2 criteria over C-0 criteria.

Появление в мировой трансплантологической практике для процесса определения концентрации циклоспорина в крови (КЦК) критерия C-2, вызвало неоднозначную реакцию. Нам известны даже «возвращенцы». Это те, кто после знакомства с C-2 предпочел, от ее теории «нокаутирующих» ударов по иммунной системе 2 раза в сутки, вернуться к старой и узнаваемой C-0, т.е. теории минимально допустимой концентрации.

Целью работы стали: «инвентаризация» КЦК в свете C-2 у пациентов с длительно функционирующими трансплантатами, которые всегда велись по критерию C-0 и апробация C-2 на новых пациентах.

Материал и методы

КЦК определялась на аппарате TDx реактивами АВВОТ. Для C-0 кровь набиралась перед утренней дозой, а для C-2 - ровно через 2 часа после принятия утренней дозы Сандиммуна Неорал..

Результаты

Обследовано 27 пациентов. В теоретическом для отдаленного периода диапазоне 800+20%, т.е. 640 - 960 нг/мл оказалось 10 больных (37%). Остальные 17 соответственно оказались вне этого диапазона. Причем избыточная КЦК была у 4, а недостаточная - у 13 реципиентов. У 7 из 13 падение КЦК превышало 30%, т.е. было менее 560 нг/мл. Тем не менее, 6 трансплантатов из 7 пребывали в функциональном благополучии уже 1,5 - 7 лет и мы не посмели изменить дозу Неорала под требования C-2.

У 2 пациентов (почки от дяди и отца) мы с первых дней после операции следовали требованию критерия C-2. Потребовались «немыслимые» с точки зрения критерия C-0 дозы Неорала: по 9-10 мг/сут не менее 3 недель. Но на наше удивление, никаких признаков циклоспориновой интоксикации не наблюдалось. Креатинин быстро достиг нормальных значений и сохранялся чуть выше середины нормы (120-140 мкмоль/л). Через 7-10 дней такой терапии исчезли цилиндры всех видов, а белок в моче не превысил 0,06 г/л. Артериальное давление снижалось до 130/80. Масса тела падала до минимума. Среди отклонений имело место повышение аланиновой трансаминазы до 1,8 ммоль-ч/л.

Выводы

1. В раннем послеоперационном периоде соблюдение требований критерия C-2 при определении КЦК обеспечивает функционально-иммунологическое благополучие пересаженной почки.
2. Значение критерия C-2 в отдаленном периоде после пересадки почки нельзя трактовать однозначно. Алогизмы, в виде благополучия почки при недостаточном C-2, требуют дополнительных исследований.

ВРЕД С ПОЛЬЗОЙ

В.А.Сагатович, А.В.Кузь, Л.М.Рощина

Одесская областная клиническая больница, Украина

Summary

Harm with use. The first experience work (9 cases) with living related donors was presented. It had not complication, but authors consider, a severe impact on the donor isn't justified. Besides, a typing on lymphocytes of blood and narrow limit choosing isn't assurance against severe acute rejections.

Общепризнано, что первая пересадка почки от человека человеку выполнена 03.04.33г. в г. Харькове (Украина). К сожалению, этот героический шаг оставлен потомками без внимания. Даже наоборот, на рубеже столетий в обществе возобладало антитрансплантационное мракобесие. Активность профильных клиник резко снизилась, а кое-где и прекратилась. Внедрение пересадки других органов захлебнулось т.к. трупные доноры стали недоступными, (ни одного забора из 27 потенциальных доноров зарегистрированных в Одессе в 2001г.), то встал вопрос о живом родственном доноре. Пришлось свой врачебный долг вывернуть наизнанку, принципом «не навреди» внутрь. В мае 2001г. в Одесском центре выполнена первая пересадка от живого донора, а ровно через 1 год наш опыт насчитывал уже 9 таких операций. ЦЕЛЮЮ нашей работы стал анализ положительных и отрицательных сторон пересадки жизненно важного органа от живого донора для предупреждения вероятных осложнений.

Материал и методы

Все доноры проходили 4 обязательных исследования (от простого к сложному): группа крови(принцип универсальности O(1)-донора и AB(4)-реципиента), экскреторная урография (безукоризненная функция обеих почек), типирование с реципиентом (решающим являлся cross-match не более 30%) и почечная ангиография одноствольность левой почечной артерии). Добровольность донорства от родителей подтверждалась простым заявлением; а от остальных таковая заверялась нотариально. Нефрэктомия выполняли люмботомическим доступом через проекцию 12-го ребра с резекцией последнего. Наркоз эндотрахеальный.

Результаты

Среди доноров оказались: матери - 3; отцы - 2; супруги - 2; брат - 1; дядя -1. Средний возраст родителей 58 лет, супругов - 27 и остальных - 38 лет. Случаев изменения своего решения непосредственно перед операцией у доноров не было. Кондиционирование доноров производилось по рекомендациям из литературы.

Наилучший результат (функция на столе, безукоризненный внешний вид паренхимы, снижение азотистых шлаков до нормы за 2-3 суток) мы получили при использовании альфа-адреноблокирующего эффекта манитола и дроперидола. Сосуды почки в 8-ми случаях выделялись, пережимались и отрезались отдельно. И только 1 раз - блоком, но трудностей впоследствии не было. Интра- и постоперационных кровотечений мы не имели. Наиболее хлопотным было отделение ворот почки от надпочечника. Время первичной тепловой ишемии не превышало 3 мин. Все почки размылись струйно и диффузно. Уретральный катетер у донора удалялся через 1, а страховой дренаж через 3 суток.

При относительно гладком течении нефрэктомии у здорового человека, мы все же отметили, что операционная травма превышает таковую при аналогичных операциях в урологической практике, где разрез короче и нет резекции ребра. Это выражалось в более частом пользовании донором анальгетиками и скованности движений, даже в большей степени, чем у собственного реципиента. Именно после операции у доноров впервые возникала озабоченность перспективой своей трудоспособности. В 1 случае, из-за неадекватной гидратации нами была допущена суточная анурия, что заставило повысить внимание к этому фактору. По функциональным возможностям оставшейся правой почки мы убедились в достаточности предоперационного обследования. У всех доноров в 1 сутки после операции креатинин плазмы повышался до 150-160 мкмоль/л. Но еще через 5 дней не превышал 130 мкмоль/л. Несмотря на приемлемый cross match (реально 0-25%),

мы обнаружили некий парадокс кровного родства, т.е. несколько большую агрессию иммунной системы реципиента, чем это наблюдается в случаях с трупными донорами. Ложно-

отрицательные результаты по-видимому связаны с типированием по лимфоцитам крови, а не селезенки, донора. Так, или иначе, но из-за некупируемых кризов отторжения пришлось удалить 2 трансплантата, чего с трупными почками делать не приходилось. На этой почве, мы укоренились в мнении, что соблюдая критерии С-2 при оценке достаточности Циклоспорина в крови, можно избежать упомянутых неприятностей. Необходимо отметить, что доноры с пониманием отнеслись к известию о бессмысленности принесенных ими жертв, т.е. что спасительная миссия удаленной почки переросла в угрозу для жизни реципиента. Явной депрессии у донора после возврата реципиента на гемодиализ мы не наблюдали. Через полгода и ранее доноры хотя и возвращались к трудовой деятельности, но чувство тяжести в ране сохранялось.

Выводы

1. Наносимый вред организму здорового человека нельзя оправдать возвышенной целью. Следует стремиться к использованию, прежде всего, трупного материала.
2. Типирование по лимфоцитам крови донора и суженый выбор повышают риск возникновения некупируемых острых кризов отторжения.

CAPITOLUL VI VARIA

RENAL CYSTS MANAGED LAPAROSCOPICALLY

E. Angelescu, M. Angelescu, I. Sinescu

*Center of Urological Surgery, Dialysis and Renal Transplantation
"Fundeni" Clinical Institute, Bucharest, ROMANIA*

Video

Introduction: The transperitoneal laparoscopically management of renal cysts is presented.

Materials and Methods: The retrospective study concerns 13 cases operated laparoscopically, during last year in our center. Special attention was paid for large cysts. In one patient the cyst was infected (*E. Coli*). Overall time for cysts resection was between 30 and 95 minutes, with a median of 63 minutes.

Results: No mortality was recorded. No open surgery was necessary. Two postoperative complications are noted; a tiny uretheric urinary fistula dried after uretheric stenting and a necrotic perforation of ascending colon managed by right haemicolectomy. The patients were seen at 3 and 6 months postoperative.

Conclusions: However, laparoscopic excision of renal cysts is generally accepted as a minimally invasive technique with similar results as open surgery.

CAZ REUȘIT DE TRATAMENT CHIRURGICAL ÎNTR-O SINGURĂ INTERVENȚIE LA CRIPTORHIDIE ABDOMINALĂ BILATERALĂ

V. Portnoi, L. Chirița

Spitalul Clinic Municipal "Sfânta Treime", Chișinău

Summary

A successful case of surgical treatment (Bilateral Orchiopexie with Petrivalchi-Shumaker method fixation) by way of a single intervention of an 18-year-old patient with the diagnosis "Bilateral Abdominal Cryptorchism". 85 patients were operated on according to this method.

Criptorhidia este o anomalie de dezvoltare destul de răspândită, se depistează la 2,2% din elevii examinați, iar la maturi în 0,3% cazuri (1). La momentul nașterii, reținerea de dezvoltare a testiculelor se observă în 20-30% cazuri, la vârsta de un an - în 2% cazuri; la 13-14 ani - 1%, iar la maturi mai mari de 21 ani anomalia se întâlnește în 0,3 la sută cazuri (2).

Manorhidia este mai frecventă (3) și reprezintă 75 la sută din numărul total al tulburărilor de migrație a testiculelor.

Majoritatea endocrinologilor recomandă de preferință terapie hormonală (4), cu toate că

indicațiile necesită a fi concretizate, iar eficacitatea tratamentului uneori lasă de dorit. Chirurgii au elaborat peste 250 metode de operații (5) - orhipexii în ultimii 100 de ani, însă problema termenilor optimali și metoda de tratare a acestei anomalii la copii nu este rezolvată definitiv. A.Vasiukova și coautorii (6), S. Dolejkii(7) și Hadziselimovici (8) se exprimă pentru o intervenție la vârsta 1-4 ani, pe când S.D. Ternovskii recomandă tratament până la perioada pubertană (9), iar E.Şahbazean (10) S.L.Gorelic, I.D.Mirles (11)- în timpul acestei perioade. Corecția testiculului ectopat e rezonabil de efectuat de la naștere și până la maturizarea organului (5 ani). Mai întâi se indică corecție hormonală, iar în caz de neeficacitate – tratament chirurgical.

Corecția chirurgicală necesită a fi efectuată între 1 și 2 ani, vârsta maximală admisă fiind de 2 ani (23). În momentul de față majoritatea urologilor și chirurgilor pediatri (12,13,14) operează copii la vârsta de 3-4 ani (până la vârsta de 3 ani testiculul de sinestător se poate deplasa în scrot) (13), și nici într-un caz după 7 ani. Tratamentul ectopiei testiculare a fost reconsiderat în ultimul timp și se efectuează după recomandările făcute de International Health Foundation (1975) (22). Obiectivul principal de tratament este salvarea fertilității ulterioare a glandei. Rezultatele tratamentului hormonal sau chirurgical, efectuat la vârsta școlară sau la sfârșitul perioadei preșcolare sau dovedit a fi nesatisfăcătoare din punctul de vedere a fertilității, motiv pentru care orice testicol, care nu a coborât sau nu poate fi coborât manual până în scrot va trebui tratat începând de la vârsta de 3 luni și până la doi ani.

Copiii care nu sau prezentat la medic până la vârsta de 2 ani vor fi luați imediat în tratament. La o vârstă mică tratamentul încă are sens, dacă însă tratamentul este incorect, la pubertate nu se mai poate spera la fertilitate. Atât în monorhidie cât și în criptorhidie bilaterală, tratamentul trebuie început cu gonadotropină horionică umană, cazurile asociate cu hernii, ectopii secundare precum și testicolii care prezintă migrații aberante, vor fi operați, fără a se mai face un tratament hormonal. Cele mai bune rezultate au fost obținute în tratamentul până la 7 ani (15). Dereglările psihice, erectile și ejaculatorii sunt caracteristice pentru criptorhidie bilaterală și nu se întâlnește la monorhidie. Investigațiile spermatogenice a bolnavilor cu criptorhidie menționează dereglări a spermatogenezei mai pronunțate în cazurile de anomalie bilaterală.

Pronosticul restabilirii funcției reproductive în monorhidie este mai benefică, decât în criptorhidie bilaterală. Cele mai răspândite în ultimii 20-25 ani metode chirurgicale sunt: Socolov, Chitli-Torec-Gherjen și fixarea testiculului de funica dartos (metoda Petrivpalschii-Şumaher) (12). De exemplu, în ectopia inghinală superficială și în retenția inghinală joasă una din metodele de preferință este Petrivalschi-Şumaher, iar în retenție înaltă și intrabdominală - orhipexie temporară după Chitli-Torec-Gherjen.

Orhipexie momentană (după Sojolv, Petrivalschi) se întreprinde la copii cu funiculele spermatiche lungi, care la o tensiune moderată permit deplasarea testiculului până la fundul scrotului. Orhipexia în două etape, când funiculul spermatic e scurt, testiculele adesea sunt hipoplastice, iar fixația se efectuează de fascia lată a femurului prin mangetă scroto – femorală cu o ligatură după S.Dolejkii (14).

Momentul esențial în operațiile de orhipexie este mobilizarea elementelor funiculului spermatic. Metoda orhipexiei nu are însemnătate primordială (16). Individualizarea intervenției chirurgicale se apreciază de înălțimea localizării testiculului și se realizează prin alegerea accesului, care permite mobilizarea maximală a elementelor funiculului spermatic.

În cazurile testiculelor palpabile e îndestulător abordul inghinal, iar a testiculelor localizate în cavitatea abdominală - abordul trebuie să fie transabdominal. Dacă lungimea vaselor testiculare sunt insuficiente, o mobilizare adecvată până la polul inferior a rinichiului și o cale minimă de deplasare în scrot se efectuează în condițiile abordului retroperitoneal. Lungirea vaselor e posibilă prin deplasarea testiculului sub vasele epigastrale inferioare. Această metodă permite deplasarea testiculului până la fundul scrotului, fără tensiunea vaselor testiculare și exclude fixarea dură a organului. Alt moment esențial în orhipexie este plastia mușchiului cremasteric, care garantează o reglare optimă a temperaturii și nutriției testiculului (23). La o insuficiență absolută metoda necesară este autotransplantarea, iar în lipsa condițiilor de efectuare a ei, se permit operațiile de deplasare a anzei funiculului pe etape. Folosirea tehnicii microchirurgicale, permite deplasarea testiculului în cazurile când lungimea vaselor testiculare fac imposibilă orhipexia. În așa cazuri este preferată anastomoza dintre artera și vena testiculară cu artera și vena epigastrică inferioară (17, 18, 19, 20).

Aducem la cunoștință cazul nostru:

Bolnavul C. I., 18 ani, (fără părinți de la 4 ani) transportat de urgență la medicul chirurg cu d-cul: Hernie inghinală strangulată pe dreapta. La internare acuză dureri în regiunea inghinală pe dreapta timp de 14 ore. Starea generală satisfăcătoare. Tegumentele palide. Murmurul pulmonar aspru. Zgomotele cardiace clare, ritmice. TA 110 și 70 mm Hg, Ps-76 1/min, satisfăcător. Limba umedă, abdomenul moale, sensibil la palpare în regiunea inghinală pe dreapta, unde se apreciază o formaț

iune în cavitatea abdominală. Ficatul, splina, rinichii nu se palpează. Semnele de iritare a peritoneului - negative. Inelul inghinal extern pe dreapta puțin dilatat. Simptomul de tuse - pozitiv. În scrot lipsesc ambele testicule. Date pentru hernie inghinală incarcerată lipsesc. D-cul: Hernie inghinală pe dreapta. Criptorhidie bilaterală. Consultația urologului: D-za: Criptorhidie abdominală bilaterală. Pacientul este spitalizat în secția urologie pentru tratament chirurgical.

Din anamneză: este mezinul în familie, frații sunt căsătoriți - au copii. Rezultatele investigațiilor de laborator și instrumentale: Ecografia etajului inferior al cavității abdominale apreciază testicolul stâng pe partea laterală a vezicii urinare 29 x 15 mm. Testicolul drept se vizualizează în regiunea inghinală pe dreapta, median de crista osului iliac 34x16 mm. La 15.11.01 consultația repetată a chirurgului în legătură cu acuzarea durerilor în abdomen. Concluzie: boli chirurgicale acute nu s-au depistat. Orhită acută a testicolului intraabdominal? Tot atunci consultația internistului - concluzie: bronșită cronică în acutizare. Pneumonie pe dreapta? A fost indicat tratament conservator: benzilpenicilină 1,0 x 4 ori i/m., sol.Papaverini 2% - 2,0 i/m, inhalații - nr. 7. Starea pacientului s-a ameliorat.

La 22.11.01 intervenție chirurgicală programată sub anestezie generală endotraheală: "orhipexie bilaterală cu fixare după Petrivalschi-Sumsher. Plastia canalelor inghinale după Basini".

Pe dreapta: abord superior 1,0 cm și paralel ligamentului ilioinghinal, pe o lungime de 8-10 cm, pe straturi s-a deschis canalul inghinal. S-a depistat procesul vaginal peritoneal și s-a deschis peretele anterior. Testicolul nu s-a depistat. Tracție de peretele posterior al procesului vaginal peritoneal și testicolul cu funiculul spermatic s-a retras în plagă, având 2,5 x 2,0 cm. Separarea procesului vaginal de elementele funiculului spermatic s-a efectuat cu o incizie transversală a peretelui posterior a procesului vaginal peritoneal, care s-a mobilizat până la inelul intern, s-a suturat la col, s-a înlăturat. Mobilizarea funiculului spermatic prin lărgirea inelului intern până la o adâncime de 3-4 cm și mobilizarea diferenciată a ductului deferent și vaselor sangvine. Testicolul a fost deplasat până la jumătatea scrotului printr-un tunel subcutanat. La fundul scrotului s-a efectuat o incizie pe cutaneu de 3,5-4 cm până la tunica dartos, care s-a separat de cutaneu pe o porțiune puțin mai mare decât testicolul. În nișa în care s-a format s-a plasat testicolul. Gaura în tunica Dartus s-a îngustat cu două suturi de catgut. Suturi la cutaneu. Plastia canalului inghinal după Basini. Sutura pe straturi a plăgii.

Pe stânga: procesul vaginal peritoneal nu s-a depistat. S-a deschis cavitatea abdominală, unde s-a depistat procesul vaginal peritoneal cu testicolul de 2,5 x 1,5 cm. Mai departe evoluția operației analogică ca pe dreapta. Testicolul a fost deplasat la jumătatea scrotului.

Perioada postoperatorie a decurs satisfăcător. Medicație: Gentamicină 80 mg x 2 ori i/m - 7 zile. Sol. Analgin 50% - 2,0 i/m la dureri. Rana a generat primar. Sutura s-au înlăturat la ziua a șaptea. Testiculele se află în scrot.

În perioada anilor 1980-2001 după această metodă au fost operați 85 pacienți (82 în SCR Cantemir și 3 în SCM rSf. Treime). 79% din copii au avut vârsta între 5 și 12 ani, 6 adulți între 21 și 47 ani (intervențiile unilaterale), 2 pacienți operați în mod urgent cu torsiune a cordonului spermatic.

Concluzie

Orhipexia cu fixarea testicolului după Petrivalski-Sumsher este o metodă optimală în tratamentul criptorhizmului confirmată prin:

- Finalizarea tratamentului chirurgical printr-o singură intervenție;
- Regim activ în perioada postoperatorie;
- Tracție optimală și de lungă durată a testicolului dozată de însuși elasticitatea scrotului, până la stabilizarea finală a testicolului în scrot.

Bibliografie

- 1.Горелик С.Л., Мирлес Ю.Д., Крипторхизм и его хирургическое лечение. М. 1968.
- 2.Лопаткин Н.А. Оперативная урология, «Медицина», 1986, стр. 361.
- 3.Fevre V., Chirurgie infantile et orthopedie, Flammarion, Paris, 1967.
- 4.Имминецкая Л.П. Экспериментальные клинические данные об эндокринных изменениях при крипторхизме. Дисс.к.м.н. Киев, 1970.
- 5.Гуша А.Л., Воложин С.Н., Клиническая хирургия, 1980, №12, стр. 31-32.
- 6.Васюкова Е.А., Касаткина Э.П., Чуваков Г.И. и др. Вопросы охраны матери, 1982, №2, стр. 35-39.
- 7.Долецкий С.Я., Хирургия, 1969, №7, стр. 3-10.
- 8.Hadziselimovici F., Cryptorchidizm ultrastructure of Normal and Cryptorhid Testic Development, Berlin, 1977.
- 9.Терновский С.Д. Хирургия детского возраста, М, 1959, стр. 413-416.
10. Шахбазян Е.С. Крипторхизм и его лечение, М, 1957.
11. Зак Б.И., Абрамов В.Г., Алексин А.Ф. Урология и нефрология. 1984, №6, стр.29-29.

12. Воложин С.И., Ухов Ю.И. Оперативное лечение крипторхизма. Урология 1988, №5.
13. Матиковская, Ибрагимов. Современные методы лечения крипторхизма, Хирургия, 1987.
14. Жуков М.Д., Ген Ю.В., Агапов Н.И. Вестник хирургии, 1986, №2.
15. Карпатовский И.Д., Макашанов О.К., Басюков В.В., Андрологические аспекты оперативного лечения крипторхизма. Урология и нефрология 1986, №5, стр.54-59.
16. Воложин С.И., Ухов Ю.И., Астраханов А.Ф. Индивидуализация оперативного лечения крипторхизма. Урология 1988, №5.
17. Giullfni, Carmignani G, Begrana E., Puppo P, I.Urol, Nephrol, 1981, vol.87, p.279-281.
18. Haerting A., Djedje M., Forcade M. – Ann.Urol 1983, vol. 17, p.46-48.
19. Macmahon R., Brien B., Cussen G., - I. Redicet Surg. 1980, vol.15, p.92-96.
20. Sarramon I.P., Possignoi I., I.Urol.nephrol 1981, vol.87, p.515-522.
21. Silber S., Kelly I., - I.Urol (Baltimore) 1981, vol.125, p.329-333.
22. Varna A., A.Chișu, Virginia Oțoiu. Urologie infantilă, Cluj-Napoca, 1976, p.264-271.
23. Горбатюк О.М. Хирургическое лечение крипторхизма с учетом морфо-иммунологических аспектов заболевания. Автореферат дисс.К.м.н., Ростов-на-Дону, 1992.

ЛЕЧЕБНО–ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПУНКЦИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК

В. М. Донич, В. И. Золотой

Бендерская центральная городская больница

Summary

This work shows treatment of 36 patients with simple renal cyst, using skin puncture treatment of cysts by introducing of sclerotical preparats. Rate of success was 74%. The rate of recurrent cysts after 12 months was 26%. This method is recommended by specialist as a little known method, still it is accessible, inexpensive to treat simple renal cysts.

Введение

Простые кисты почек являются одной из распространенных почечных аномалий и составляют около 3% урологических заболеваний (4). Частота данной патологии имеет тенденцию к росту, что связано не только с улучшением диагностики заболевания, но и с более интенсивным воздействием вредных факторов окружающей среды. С появлением современных методов исследования (ультразвуковое сканирование, компьютерная томография) количество обнаруживаемых простых кист значительно возросло (1–3, 6, 8–10). Впервые лечебная чрескожная пункция кисты почки с аспирацией её содержимого была выполнена в 1861 году. Однако, этот метод лечения был оставлен в связи с отсутствием надежного контроля за выполнением манипуляции. Внедрение в клиническую практику ультразвукового сканирования (УЗС) стало толчком для широкого применения пункционного лечения кист почек. Благодаря высокой эффективности и малой инвазивности, интервенционные вмешательства под контролем УЗС открыли новые возможности в диагностике и лечении кистозных поражений почек (4).

Целью данной работы является представление собственного опыта чрескожной лечебно–диагностической пункции простой кисты почки.

Материал и методы

В 1991–2001 гг. в Бендерской центральной городской больнице простые кисты почек обнаружены у 1368 больных. Они составили до 3% среди всего обследуемого контингента и до 4,4% от всех больных с заболеваниями почек. Простые кисты обнаружены в нижнем полюсе в 39,3% случаев, в среднем сегменте – в 40,2%, в верхнем полюсе почки – в 20,5%. В 80,4% случаев кисты были одиночными.

У 36 больных (30 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 39 до 76 лет, было выполнено 38 чрескожных пункций симптоматических простых кист почек. В 32 случаях кисты были одиночными, в 6 – множественными, из них в 4 – односторонними и в 2 – двусторонними. У 24 пациентов кисты располагались в верхнем сегменте почки, у 9 – в среднем и у 5 – в нижнем сегменте. Кисты правой почки выявлены в 22 случаях, а левой – в 16. Размеры кист варьировали от 4 до 16 см. У 14 (39%) больных вмешательства выполнены амбулаторно.

Ведущими симптомами, послужившими основанием для выполнения пункции, явились боли в поясничной области и артериальная гипертензия. В некоторых случаях, преклонный возраст и наличие сопутствующих заболеваний (нарушение ритма сердца, сахарный диабет, бронхиальная астма) определили выбор в пользу пункционного вмешательства.

Основным условием к проведению лечебной пункции, было наличие неосложненной кисты почки. В работе использовали ультразвуковой аппарат «Алока-260», оснащенный датчиками линейного и секторного сканирования на 3,5 МГц. При УЗС определялись размеры и локализация кист, гомогенность их внутренней структуры, а также состояние стенок кисты, почечной паренхимы и чашечно-лоханочной системы почек. При подозрении на опухоль почки, мочекаменную болезнь, гидронефроз, туберкулез или гидрокаликоз, больным проводились дополнительные исследования (компьютерная томография, экскреторная урография, ретроградная пиелография).

Операция выполнялась под местной анестезией в положении больного на валике на здоровом боку. Перед ультразвуковой пункцией определялся наиболее удобный доступ к кисте со стороны поясничной области. Затем датчик УЗС устанавливался под углом 90° по отношению к игле. По мере продвижения к кисте, игла прослеживалась на экране УЗС. В 32 (84,2%) случаях чрескожная пункция сочеталась с склеротерапией. После аспирации содержимого кисты в ее полость вводили 96° спирт (из расчета 10% от объема кисты) с добавлением нескольких капель 5% раствора йода для усиления склерозирующего эффекта. После эвакуации йод-спиртового раствора, игла извлекалась под отрицательным давлением для предотвращения возникновения пневмоторакса и инфицирования раны. В 6 (15,8%) случаях введение йод-спиртового раствора не проводилось из-за неуверенности нахождения иглы в полости кисты после эвакуации ее содержимого. Это в основном кисты подвижного нижнего полюса почек. С профилактической целью в течение 2–3 дней после операции назначались антибиотики.

В 32 (84,2%) случаях проведено цитологическое исследование кистозной жидкости. В 30 случаях жидкость была прозрачной, в 1 – геморрагической и в 1 – мутной. При микроскопическом исследовании обнаружены неизмененные эритроциты, наличие которых объясняется травмой стенки кисты. В одном случае обнаружены макрофаги и лейкоциты, указывающие на воспалительный процесс.

Контрольное УЗС почек, проводилось через 3–4 дня, а также спустя 3, 6, 9 и 12 месяцев после вмешательства.

Результаты и обсуждение

Пункционная терапия кист почек с применением склерозирующих препаратов позволила добиться хороших результатов в 74% случаев. После вмешательства у пациентов отмечены исчезновение болей и нормализация артериального давления.

Беря во внимание возможность таких осложнений как ранение желчного пузыря и печени с развитием перитонита (4), а также ранение крупных сосудов и пневмоторакс (1–3, 6–10), нами выполнены 24 (63,2%) пункции кист расположенных в верхнем сегменте почки. Осложнений после пункции и склеротерапии кист мы не наблюдали.

Рецидивы кист (диаметр свыше 3 см) через 12 месяцев после операции составили 26%. В 8% случаев рецидив наблюдался при кистах расположенных в верхнем полюсе, в 22% – в среднем сегменте и в 60% – в нижнем полюсе. Высокий процент рецидива нижнесегментарных кист связан с тем, что не у всех больных проводилась склеротерапия, из-за повышенной подвижности нижнего полюса почки. В 2-х случаях проводилась повторная пункция, после чего наступила облитерация кисты.

Чрескожная пункция кисты показана при тяжелых сопутствующих заболеваниях у пациентов с высоким анестезиологическим риском (5). Несмотря на высокую рецидивность кист, этот метод прост в исполнении, минимально инвазивен и не требует значительных экономических затрат.

Выводы

Лечебно-диагностическая пункция простых кист почек под контролем УЗС, благодаря эффективности и малой травматичности, является методом выбора у лиц пожилого возраста, при наличии сочетанной патологии, 2-х сторонней локализации кист и противопоказаний к другим хирургическим вмешательствам.

Литература

1. Абууллахи А. Простая киста почки (диагностика и лечение). – Автореферат, Киев, 1995.
2. Байтурлин Ж. Г. Оптимизация лечебно-диагностических вмешательств под контролем КТ и УЗС при кистозных заболеваниях почек. – Автореферат, Караганда, 1995.
3. Ботер М. М., Мордвов С. А. Ультразвуковая диагностика в гастроэнтерологии. – Новосибирск, 1988.

4. Лопаткин Н.А., Мазо Е. Б. Простая киста почки. – М., 1982.
5. Лопаткин Н.А., Фидаров Ф.Б., Мартов А.Г. Лапароскопическая резекция простой кисты почки // Урология и нефрология. – 1999. – № 2. – С. 23 – 25.
6. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. – М. Видар. – 1996.
7. Нечипоренко Н. А., Нечипоренко А. Н., Балла А. А. Ультразвуковая томография в лечении простой кисты почки // Урология и нефрология. – 1999. № 3. – С. 32 – 34.
8. Нуднов Н. В. Диагностические и лечебные пункции под контролем лучевых методов визуализации // Медицинская визуализация. – 1995. – № 4. – С. 35 – 38.
9. Самратов Т. У. Пункционно-аспирационное лечение полостных образований печени и околопочечного пространства под контролем УЗС. – Алма-Ата, 1996.
10. Харченко В. П. Клиническое значение транскутанных вмешательств на органах брюшинного пространства и малого таза под контролем ультразвукового сканирования // Лечащий врач. – 2000. – № 2. – С. 34 – 37.

URETEROCISTONEOSTOMIA

C. Gufu

Spitalul Clinic Feroviar, Clinica Urologie

Summary

In this paper is described the experience of Urologic Department of the Railway Hospital, regarding the pathology of the terminal ureter. The solving of this pathology was done using the ureteroneostomia procedure. The author uses different known surgical methods, as if: Leadbetter-Politano, Cohen, Hill procedures. The results of surgical investigations in early and follow-up periods on a group of 21 patients with the terminal ureter pathology in the primary reflux, tumoral disease and renal tuberculosis was used to the basis of this paper.

Introducere

Chirurgia ureterului terminal este una dificilă. Greutățile jîn afît de accesul anevoios către el, vecinătatea organelor de o importanță vitală și ușor traumabile (artera și vena iliacă), cît și de particularitățile anatomice și fiziopatogice ale subiectului studiat. (Ehrlich R.M., 1995; T. Burghete, 1967; H. Kremling, 1985).

În condiții normale joncțiunea uretero-vezicală permite intrarea urinei în vezică, acționînd ca un mecanism antireflux în timpul micțiunii. Refluxul vezico-ureteral este o stare patologică în care urina trece retrograd din vezică în uretere și rinichi, urmată de consecințe funcționale grave. Anomalia este cauzată de incompetența congenitală sau dobîndită a joncțiunii uretero-vezicale. (E. Proca, 1984).

Obiective

Scopul acestei lucrări este studierea eficacității metodelor de diagnostic și tratament chirurgical al patologiilor ureterului terminal.

Materiale și metode

Pe un lot de 21 bolnavi cu diferite patologii a ureterului terminal au fost efectuate 23 intervenții chirurgicale. Refluxul vezico-ureteral a fost evidențiat prin cistografie (10), cistouretrografie micțională (16) și scintigrafie (21). Refluxurile depistate erau unilaterale în 16 cazuri și bilaterale în 5 cazuri. După gradul de evaluare în varianta bilaterală refluxurile rămîneau deseori asimetrice. Accentuăm înaltul grad de evidențiere a refluxurilor cisto-ureterale prin metoda scintigrafiei radioizotopice. Intervențiile chirurgicale utilizate în cadrul acestui studiu sunt cunoscute, dar au fost utilizate în concordanță cu felul, gradul și particularitățile fiecărui caz în parte. Mai frecvent am utilizat următoarele metode:

- Leadbetter-Politano ce se caracterizează prin ureterovezicoplastie cu alunecare de ureter sub mucoasa vezicală;
- Cohen ce presupune alunecarea submucoasei urterului disecat și rezectat;
- Hill cu formare de manșon în jurul porțiunii implantate.

Conform patologiei depistate pacienții au fost împărțiți în 4 grupe:

1. Pacienți cu tumori vezicale și prostatice, care afectau ureterul terminal cu o pronunțată stază renală - 6 pacienți;
2. Inclavarea cocrementului în ureterul terminal cu dereglări de nutriție a ureterului, formare de fistule și blocaj renal sever - 3 pacienți;
3. Afectarea tuberculoasă a rinichiului și ureterului terminal - 1 pacient;
4. Reflux pimar fără cauze concrete bine determinate - 11 pacienți.

Gradul refluxului primar a fost stabilit după Heikkel și Parkulainen, reeșind din aspectul ureterocistogramei.

Drenarea renală s-a efectuat prioritar cu ajutorul sondei autostatice, care a fost menținută timp de 12 – 14 zile.

În cadrul investigațiilor și tratamentul pacienților studiați un rol deosebit a fost acordat studiului infecției urinare. În scopul depistării infecției urinare, urina s-a examinat atât prin metodele cunoscute, cât și prin metode de expres diagnostic, elaborate de T. Gheorghijă (a.2000). Determinarea infecției urinare expres permite urgentarea sanării căilor urinare, care la rândul său favorizează rezultatele intervențiilor chirurgicale.

Rezultate

Din numărul total de 23 intervenții chirurgicale efectuate la 21 pacienți, rezultate bune am obținut la 15 pacienți (refluxul nu s-a determinat postoperator), la 4 pacienți – rezultatele le-am considerat satisfăcătoare (refluxul persista, dar gradul evaluării era mai mic decât pînă la operație).

Din cazurile nesatisfăcătoare accentuăm cazul unei paciente, la care perioada postoperatorie (a 12-a zi după operație) s-a complicat cu apariția unei pielonefrite acute purulente (carbuncul renal) și septicemie, fiind impuși să efectuăm nefrectomia. Un alt caz nesatisfăcător după operație (peste 6 luni), s-a manifestat printr-o evoluare considerabilă a ureterohidronefrozei gr. 5 după Heikkel și Parkulainen, unde deasemeni s-a efectuat nefrectomie.

Un interes deosebit l-au prezentat 6 pacienți cu ureterohidronefroză, cauzată de afectarea tumorală a ureterului terminal. În situația cînd procesul tumoral era avansat (și înlăturarea tumorii imposibilă) intoxicarea tumorală se asocia cu uremie, ureterocistoneostomia servind drept un paliativ, care permitea prelungirea vieții pacienților. Această situație am considerat-o ca satisfăcătoare doar în aspect de evitare a uremiei.

Rezultatele cele mai bune – lipsa totală a refluxului vezico-ureteral le-am semnalat la pacienții cu reflux primar, operați după metoda Leadbetter-Politano cu utilizarea postoperatorie a sondei JJ.

În cazul afectării ureterului terminal de origine tuberculoasă implantarea ureterului a fost efectuată în bolta vezicii, într-un loc neafectat de procesul specific, după zece luni de tratament anti-tuberculos prealabil. Examenul urologic de peste un an nu a depistat o evaluare a procesului specific, și a celui de transformare hidronefrotică. La această pacientă am utilizat metoda intervenției chirurgicale după Hill din cauza transformărilor posttuberculoase, care au scurtat ureterul și nu ne-a permis efectuarea alunecării submucoase.

Concluzii

1. Subscriem la părerile altor urologi E. Proca, 1984; V. Tode, 2000; Н. Лопаткин, 1986; Д. Чухриенко, 1981., referitor la eficacitatea intervențiilor chirurgicale la ureterul terminal după metodele Leadbetter-Politano, Cohen și Hill, accentuând asupra eficacității la pacienții cu reflux primar.
2. Afectarea ureterului terminal, în special bilaterală, de către infiltrarea tumorală duce la apariția ureterohidronefrozei bilaterale și la uremie (asociată cu intoxicația tumorală). Ureterocistoneostomia cu deplasarea ureterului în boltă, înlătură (deși temporar) pericolul uremiei, situație în care este binevenit tratamentul chimio- și radioterapeutic antitumoral.
3. În situațiile cînd afectarea tuberculoasă a ureterului terminal este limitată (după tratamentul antituberculos conservativ) este posibilă și efectivă ureterocistoneostomia după Hill. Operația Boari, în acest caz, nefiind obligatorie.

Bibliografie

1. Burghel Th. – Riscul ureterovezical în chirurgia abdominală și pelvină, Ed. Medicală, București, 1967;
2. Echipament microbiologic pentru diagnosticul rapid al patologiei infecțioase, - Gheorghijă T., Jurnal de medicină preventivă, V. 8 Nr. 2/2000 p.: 139 – 140.
3. Tratat de patologie chirurgicală, Vol. VIII, Urologie – Coordonator prof. dr. E. Proca. București. Editura medicală, 1984.
4. Tode V. – Urologie clinică. Constanța, 2000.
5. Н. А. Лопаткин, И. П. Шевцов – Оперативная урология, 1986.
6. Д. Чухриенко и соавт. – Атлас урогинекологических операций, Киев, 1981.
7. Horst Kremling und al. – Gynakologische urologie und nephrologie, Munchen-Wien-Baltimore, 1985, перевод на русский язык под редакцией А. Л. Шабда.
8. Schulman C – Les implantations ectopiques de l'uretere. Acta Urol. Belg. 1972.
9. Ehrlich RM – The Ureteral Folding Technique For Megaureter Surgery, Urol., 1995, 134:668.

PROTEZAREA URETERULUI DUPĂ URETEROSCOPIA RETROGRADĂ – EXPERIENȚA CLINICII UROLOGICE IAȘI

C. Novac*, C. Pricop*, C. Costache*, I Tomac*, C. Ristescu*,
S.Danii*, Veronica Tănase**

* Clinica Urologică Iași,

** Serviciul de Radiologie, Spitalul Clinic "Dr. C.I.Parhon" Iași

Introducere

În perioada martie 1996 – iulie 2002 în Clinica Urologică Iași s-au efectuat un număr de 200 ureteroscopii retrograde (URSR) din care 32 au fost în scop diagnostic iar 168 în scop terapeutic (163 – extrageri de calculi ureterali pelvini, iliaci sau lombari inferiori și 5 – extrageri de sonde ureterale JJ malpoziționate).

Obiective

Autorii analizează retrospectiv atât cazurile la care au fost inserate sonde ureterale (sondă JJ sau sondă ureterală simplă), cât și cazurile în care s-a considerat că nu este necesară protezarea ureterului, din perspectiva dificultăților și complicațiilor intraoperatorii și a celor postoperatorii.

Metodă

Inițial a fost folosit un ureteroscop OLYMPUS 13,5 CH și litotriția ultrasonică a calculilor, utilizându-se sonotrodul, iar din aprilie 1999 s-a utilizat un ureteroscop semirigid WOLF 8,0 CH și litotriție pneumatică. Dacă în 1996 s-au practicat doar 6 ureteroscopii, în primele 6 luni ale anului 2002 au fost efectuate 60 asemenea proceduri. Pentru ureteroscopiile diagnostice cu biopsie doar la 2 cazuri s-a considerat necesară inserția unei sonde JJ în contextul sângerării, la marea majoritate a ureteroscopiilor terapeuțice am considerat utilă protezarea ureterului, mai ales cu sonde JJ. Sondele au fost bine tolerate iar suprimarea lor s-a făcut la 2-4 săptămâni după ureteroscopie. Toate cele 12 cazuri la care nu s-a introdus o sondă ureterală la sfârșitul ureteroscopiei retrograde au avut o evoluție simplă.

Concluzii

Pe baza experienței acumulate considerăm că inserția unei sonde JJ este utilă, pentru o perioadă de 2-4 săptămâni, ori de cît ori se realizează: o fragmentare dificilă, sângerarea intraoperatorie este importantă, există o stenoză ureterală asociată, se produce o perforație ureterală în timpul procedurii sau există fragmente migrate în ureterul lombar superior sau bazinet ori în condițiile în care se reușește doar fragmentarea calculului. Atunci când se realizează o bună fragmentare iar leziunile provocate de calcul sau de instrumente sunt minore, o sondă ureterală simplă pentru 2-3 zile este o soluție bună. Ori de câte ori calculul este extras facil, monobloc iar ureterul este de aspect normal, neprotezarea ureterului cu o sondă este o variantă ce credem că trebuie avută în vedere.

LAPAROSCOPIA ÎN UROLOGIE

A. Axentii

Catedra "Urgențe Medicale", USMF "N.Testemițanu", Chișinău
Institutul Clinic de Urologie și Transplant Renal, Cluj-Napoca
UMF "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca

Summary.

Laparoscopy has begun to have a significant impact on the management of urologic problems. Although initially limited to diagnostic pediatric problems, it has more recently been used to resolve myriad adult urologic conditions. A retroperitoneal access is commonly used for open urological procedures. Since the introduction of the balloon dissecting technique by Gaur this anatomical route has also been used for laparoscopic surgery. We present our experience with retroperitoneoscopy in 196 cases.

Actualitatea

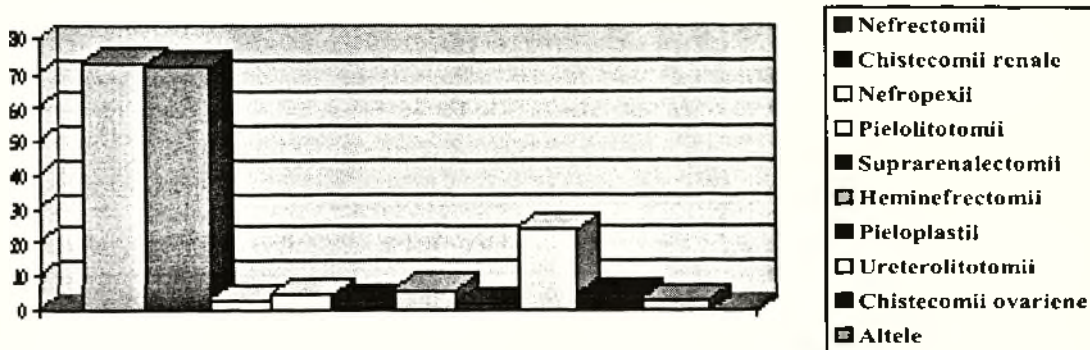
Odată cu apariția tehnicii retroperitoneoscopice de dilatare cu balon, accesul la organele

retroperitoneale a devenit mult mai facil. Utilizarea balonului în medicină este frecvent întâlnită, dar în prepararea prin dilatare a spațiului retroperitoneal este un concept nou. Astfel, practic toate organele retroperitoneale pot fi accesate prin această tehnică și, odată cu dezvoltarea instrumentelor laparoscopice de generația a II și III, este posibilă efectuarea majorității intervențiilor urologice. Mai mult ca atât, implicațiile vaste ar crește, cu timpul, interesul chirurgilor laparoscopiști din alte specialități.

Materiale și metode

În articol se prezintă experiența Institutului Clinic de Urologie și Transplant Renal din Cluj-Napoca în realizarea tehnicii laparoscopice în urologie. Este analizată o perioadă de trei ani de activitate laparoscopică, din noiembrie 1998 până în decembrie 2001 inclusiv. Pe parcursul acestei perioade au fost efectuate 196 de intervenții laparoscopice la 194 de pacienți. Vârsta pacienților operați a fost cuprinsă între 6 și 75 de ani, vârsta medie fiind de 41,7 ani. Au fost efectuate următoarele intervenții: 73 nefrectomii, 72 rezecții de chist renal simptomatic, 24 ureterolitotomii, 6 heminefrectomii, 5 pielolitotomii, 5 chistectomii ovariene, 3 suprarenalectomii, 3 nefropexii, 2 pieloplastii și 3 altele. Disecția spațiului retroperitoneal în toate cazurile a fost efectuată prin tehnica Gaur de disecție cu balonul și digitală.

Des.1. Intervențiile laparoscopice



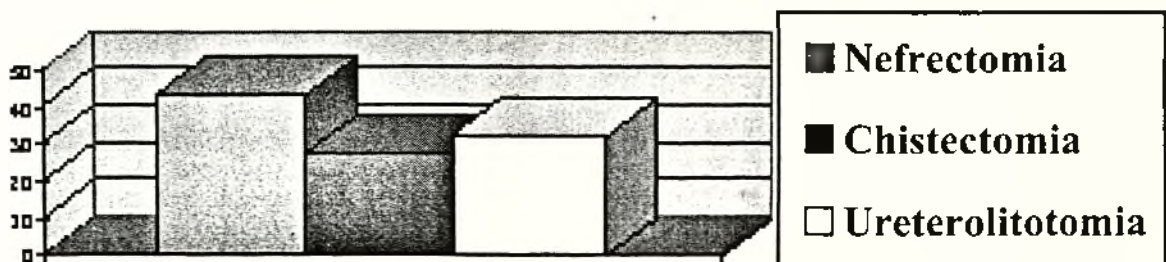
Rezultate

Durata intervențiilor a fost condiționată de patologia organului abordat și de curba de experiență a chirurgului, variind de la 118 min până la 21 min. Astfel, durata medie de operație a fost de: 43 de minute pentru nefrectomie (cu limitele între 27 și 115 minute), 27 minute pentru chistectomia renală (limitele între 21 și 43 minute) și de 32 minute pentru ureterolitotomie. Hemoragia intervențională a fost de un volum neînsemnat pentru majoritatea cazurilor, ne depășind 10-30 ml de sânge.

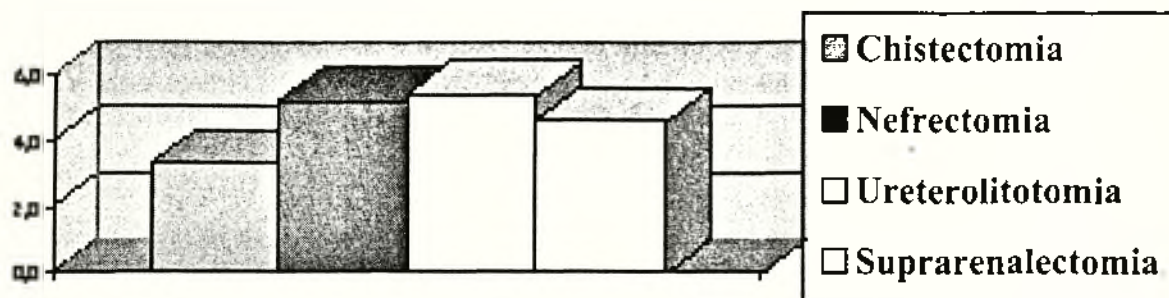
Complicații intra- și postoperatorii s-au notat la 18 pacienți (9,1 %), incluzând hemoragii active la 14 pacienți (7,1 %), hipercarbii la 2 pacienți (1 %) și lezarea peritoneului la 2 (1 %). Conversie la operație deschisă a fost necesară în 6 cazuri (3,1 %), condiționată de hemoragii intraoperatorii ne stopabile și de dificultăți de disecție. Reintervenție a fost indicată la 3 pacienți (1,5 %), cauzată de o hemoragie tardivă la un caz, un caz de formare de colecție purulentă (urinom infectat) și altul - fistulă urinară. În ultimele 80 de intervenții nu s-au notat conversii, fiind prezentă doar o singură reintervenție (formarea urinomului după o heminefrectomie laparoscopică).

Durata medie de spitalizare a fost de 3,3 zile pentru chistectomie renală; 5,2 zile pentru nefrectomie; 5,4 zile pentru ureterolitotomie și de 4,6 zile pentru suprarenalectomie.

Des.2. Durata medie de operație (în minute)



Des.3. Durata medie de spitalizare (in zile)



Discuții

În urologie, implimentarea tehnicilor laparoscopice este o concepție nouă, dar deja s-a dovedit a fi avantajoasă în tratamentul diferitor patologii. Folosirea tehnicilor endoscopice a fost acceptată în urologie de mult timp ca proceduri "endo-luminale". Manipulările cistoscopice, ureteroscopice și nefroscopice au devenit metode standard de tratament al calculului urinar, tumorilor vezicii urinare, hipertrofiei benigne de prostată, obstrucției colului vezical etc. Procedurile "exo-luminale" sunt înlocuite cu metode laparoscopice. Acestea se pot clasifica în 4 categorii (1):

- Proceduri diagnostice
- Proceduri simple de incizii și clipare
- Proceduri avansate
- Proceduri reconstructive

Proceduri diagnostice	Proceduri simple de incizii și clipare	Proceduri avansate	Proceduri reconstructive
Biopsia renală	Drenarea limfocelului	Ureterolitotomia retroperitoneală	Nefropexia
Localizarea și evaluarea testiculului nepalpabil	Decorticarea chistului renal	Nefrectomie simplă	Pieloplastie laparoscopică Y-V/ Anderson Heynes
Examinarea gonadală	Drenarea absceselor renale	Nefrectomie radicală	Ureterostomia percutanată
Supravegherea tumorilor	Marsupializarea laparoscopică a chisturilor renale	Nefroureterectomia	Suspensia colului vezical pentru incontinența de efort
Biopsia laparoscopică	Varicocelelectomia	Adrenalectomia	Ureteroneocistostomia
	Adezioliza	Disecția nodurilor limfatice pelvieni	Apendico-vezicostomia
	Revizia cateterului pentru dializa peritoneală	Orhidectomia laparoscopică	Ansă ileală - conduct
		Orhidopexia lap. Disecția nodurilor limfatice retroperitoneale Hernioplastia lap.	

Implementarea colecistectomiei laparoscopice de Mouret în 1987 a plasat chirurgia miniinvazivă într-o nouă etapă (2).

Cu o experiență de durată în procedurile endoscopice, comunitatea urologică, inițial, a fost entuziasmată pentru laparoscopie.

În 1976, Cortesi și coautorii (3), au raportat localizarea testiculelor nepalpabile, iar Eshghi și colegii (4), în 1985, au descris folosirea laparoscopiei în nefrolitotomia percutană directă, în caz de rinichi situat în bazin. Potențialul de utilizare a chirurgiei laparoscopice la pacienți urologici a devenit evident odată cu apariția lucrărilor investigative a lui Winfield și Ryan (5) la porcine, urmate de primul raport clinic de limfadenectomie pelvică laparoscopică pentru cancer de prostată de Schuessler și coautori (6). Primul raport major de procedură laparoscopică renală a constituit nefrectomia lapa-

roscopice, efectuată de Clayman și colegii (7), la 25 iunie 1990. La moment, procedurile laparoscopice sunt la diferite stadii de dezvoltare. Unele, așa ca nefrectomia simplă laparoscopică, au fost descrise de nenumărate ori la sute de pacienți. Altele, așa ca nefrectomia laparoscopică asistată pe donator viu, a fost raportată doar de câteva centre pe un număr mic de bolnavi.

Criteriile de clasificare a procedurilor laparoscopice sunt modificate și dezvoltate de Gill și coautorii (8). Procedurile stabilite sunt cele, ce au fost raportate în 3 și mai multe serii, de diferite instituții, cu 10 pacienți și mai mult fiecare.

Procedurile în tranșacție au fost raportate în literatură mai rar, dar cel puțin în 2 serii separate a câte 5 și mai mulți pacienți. Procedurile unice, includ toate celelalte proceduri laparoscopice renale descrise în literatura clinică.

Concluzii

Chirurgia laparoscopică renală a fost bine descrisă în literatură; practic toate procedurile renale deschise au fost dublate sau aproximativ modelate laparoscopic. Cu toate acestea, metoda laparoscopică în patologiile renale nu a atins acceptul larg clinic, din cauza precauțiilor privind dificultățile clinice, timpul mai mare al intervențiilor, și limitele metodei minimal invazive în cazul înlăturării neoplasmelor.

Comparativ cu tehnica deschisă, laparoscopia micșorează dimensiunile inciziei, rezultând în beneficii cosmetice evidente, și ce-i mai important, reduce letalitatea. Pacienții laparoscopici suferă mai puțină durere postoperatorie, o durată de spitalizare mai mică, realizează restabilire pulmonară mai precoce, și se reîntorc la activitatea normală mai rapid. Însă, procedurile laparoscopice sunt de regulă, mai complicate, ca respectivele tehnici deschise, necesitând deprinderi tehnice. Mai mult ca atât, costul este mai mare decât în chirurgia deschisă, din cauza instrumentarului suplimentar și duratei mai mari a intervenției.

Bibliografia

- 1.Sanjay B Kulkarni : Laparoscopic urology : Issue special, Bombay Hospital Journal, 1997.
- 2.Filipi CJ, Fitzgibbons RJ, Salerno G: Historical review: Diagnostic laparoscopy to laparoscopic cholecystectomy and beyond, in Zucker ZA (ed): Surgical Laparoscopy. St. Louis, Mo., Quality Medical Publishing, 1991.
- 3.Cortesi N, Ferrari P, Zambarda E, et al: Diagnosis of bilateral cryptorchidism by laparoscopy. Endoscopy 8:33, 1976.
- 4.Eshghi AM, Roth JS, Smith AD: Percutaneous transperitoneal approach to a pelvic kidney for endourological removal of a staghorn calculus. J Urol 134:525-527, 1985.
- 5.Winfield HN, Ryan KJ: Laparoscopy: New urological applications. J Urol, 141(suppl): 176A, 1989. Abstract 25.
- 6.Schuessler WW, Vancaillie TG, Reich H, et al: Transperitoneal endosurgical lymphadenectomy in patients with localized prostate cancer. J Urol 145:988-991, 1991.
- 7.Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, et al: Laparoscopic nephrectomy: Initial case report. J Urol 146:278-282, 1991.
- 8.Gill IS, Clayman RV, McDougall EM: Advances in urological laparoscopy. J Urol 154:1275-1294, 1995.

МОЧЕВОЙ ПЕРИТОНИТ ПОСЛЕ ПРОЛЕЖНЯ СТЕНКИ ЛОХАНКИ, ВЫЗВАННОГО КАМНЕМ

(клиническое наблюдение)

Н.Ю.Марина, А.М.Чернявый

Рыбницкая ЦРБ

Summary

This case is of great interest to our mind due to rare occurrence: twosided coral concrement of kidneys, concrement of the right ureter with the absence of the function of the right kidney, bedsoree of the renal pelvis wall of the left kidney caused by concrement. As a result the urine spontaneously penetrated into the paranephron and then per diapedesum in the abdomen. This led to peritonit. The operation being done in time resulted in succesful recovering of the patient.

Одним из самых распространенных урологических заболеваний является мочекаменная болезнь. Особой ее формой является двухсторонний коралловидный нефролитиаз. Осложнения, вызванные нефролитиазом разнообразны. Проникновение мочи из мочевой системы в околопочечную клетчатку через пролежень, вызванный коралловидным камнем, а затем перфузия ее в брюшную полость с развитием перитонита – редкое осложнение. Пролежень возникает вследствие глубоких изменений в мочевых путях, вызванных хроническим воспалительным процессом и резким повышением внутримонохального давления. Спонтанное проникновение мочи в околопочечную клетчатку описано в литературе редко. Такой механизм проникновения мочи встречается на высоте почечной колики (2). Мочевой перитонит в свою очередь встречается при травматических поражениях мочевых путей с нарушением целостности париетальной брюшины. В нашем случае мочевой перитонит развился без нарушения целостности брюшины, ввиду ее полупроницаемости.

Приводим наше наблюдение из практики:

Больной Д., 68 лет, № Истории болезни 14512, поступил в урологическое отделение в срочном порядке 27.11.1992 г. с жалобами на боли внизу живота, задержку мочи, слабость, сухость во рту, жажду. Заболел остро 26.11.1992 г. в 18-00, когда после еды появились сильные боли в левом подреберье и эпигастрии, боль в левой половине пояса, была однократная рвота. Спустя 15-20 минут боли самостоятельно прошли. На 2 день состояние больного ухудшилось и с диагнозом «острая задержка мочи» направлен в ЦРБ и госпитализирован. Из анамнеза установлено, что страдает мочекаменной болезнью с 1969 года. В дальнейшем развился двухсторонний нефролитиаз с камнями обеих почек и правого мочеточника, с выключением функции правой почки, хроническим пиелонефритом единственной функционирующей левой почки. От оперативного лечения в прошлом категорически отказывался. При осмотре общее состояние больного тяжелое. Пальпаторно определяется болезненность в левой половине по ходу мочеточника, слабо положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацкого слабо положительный слева. На основании имеющихся данных, объективного осмотра и лабораторных показателей установлен диагноз: «разлитой перитонит неясной этиологии, постренальная анурия, двухсторонние камни почек». Назначена консультация хирурга. Учитывая неясность клинической картины произведена лапароскопия. В брюшной полости обнаружена свободная жидкость – моча.

После подготовки, больному под интубационным наркозом произведена средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружена около 3000 мл. мочи. Последняя эвакуирована. При ревизии патологии со стороны брюшной полости не выявлено, имеется инфильтрация забрюшинной клетчатки слева. Париетальный листок брюшины белесоватого цвета отслоен от забрюшинной клетчатки жидкостью, начиная от левой почки и до Дугласова пространства. Целостность брюшины не нарушена. Продольно рассечена париетальная брюшина. Выделена левая почка. Околопочечная клетчатка инфильтрирована мочой. В области передней поверхности лоханки между почечной артерией и веной обнаружен дефект размерами 1,5x1,0 см. с изъеденными краями, где находился камень. Дефект лоханки расширен, после чего удален коралловидный камень. Наложена нефростома слева. Дефект лоханки ушит. Забрюшинное пространство дренировано через контрапертуру. В брюшной полости оставлен микроиригатор для введения антибиотиков, после чего брюшная полость ушита. Послеоперационный период протекал гладко. На 11 сутки нефростома перестала функционировать и больной стал мочиться самостоятельно. На 14 сутки нефростома удалена, сняты швы на 10 сутки, заживление раны первичное. Выписан в удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр через 8 месяцев. Жалоб нет. Клинические анализы в норме.

Данный случай, представляет интерес на наш взгляд, редкостным сочетанием: двухсторонние коралловидные камни почек, камень правого мочеточника с выключением функции правой почки, с пролежнем лоханки единственной левой почки, вызванной камнем, в результате чего спонтанно проникла моча в околопочечную клетчатку, а затем *per diapredesum* в брюшную полость с развитием мочевого перитонита. Необходимо подчеркнуть роль и ценность лапароскопии, которая доступна во всех районных больницах.

Литература

1. Вайнберг З.С., Неотложная урология, М., Москва, 1997.
2. Казонь М., Бовкевич Я., Зелиньска З., Спонтанное проникновение мочи из верхних мочевых путей в окружающие ткани во время почечной колики, Урология и нефрология, №3, 1981.
3. Лопаткин Н.А., Кормщиков Ю.В., Оперативное лечение двухстороннего нефроуретеролитиаза, Урология, №2, 1972.
4. Лопаткин Н.А., Рябинский В.С., Урологические заболевания под маской острого живота, /в кн.: Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости, М., 1976.
5. Люлько А.В., Романенко А.Е., Серняк П.С., Повреждения органов мочеполовой системы, Киев, "Здоров'я", 1981.
6. Паливода Н.И., Кораллоподобные камни почек, Минск, 1973.

CORELAȚIILE ÎNTRE UNELE DEREGLĂRI METABOLICE ȘI TENSIUNEA ARTERIALĂ LA LUCRĂTORII FABRICII CONFECȚII "ODEMA"

B. Sasu, O. Mocialov

USMF "N. Testemițanu", Chișinău, SRL "Odema", Tiraspol

Summary

At 400 workers relationship between blood pressure, the disorders of purine metabolism, urine uric acid level, microalbuminuria, cholesterolemia, indexation of body weight was evaluated. A correlation between the severity of hypertension and index of body weight, microalbuminuria, urine uric acid level was established. The usage of investigation schema of disturbances in purine metabolism will allow the earlier depistation of this disorders, the clinical evaluation of major risk patients.

Actualitatea

Hipertensiunea arterială (HTA) a fost și rămâne o problemă stringentă a medicinei contemporane, afecțiunile cardio-vasculare fiind cauza primordială a deceselor. Este bine cunoscut faptul legăturii strânse între HTA, hipercolesterolemie, obezitate și hiperinsulinism. G.A.Zaharin scria despre bolnavii cu gută: "Constituție excelentă, supraponderali, cu digestie satisfăcătoare, care mănâncă bine și nu se supraîncarcă fizic". În ultimul timp se discută tot mai frecvent despre rolul dereglărilor metabolismului acidului uric (iar în stadiile precoce hiperuricozurii) în geneza tensiunii arteriale (TA) (3,4,5). Un șir de cercetători depistează legături strânse între dereglările metabolismului purinic și insulinrezistența tisulară (6).

Scopul lucrării

Studierea corelației între TA, indicele masei corporale (IMC), nivelul glucozei, a colesterolului și ureei sangvine, microalbuminuriei, uricozuriei și importanța diagnostică de depistare a dereglărilor metabolismului purinic la un lot organizat de muncitori.

Materiale și metode

În studiu au fost incluși 400 de muncitori ai fabricii de confecții "Odema", din or. Tiraspol, care nu erau tratați cu preparate antihipertensive sau care se tratau episodic. Monitorizarea TA sa efectuat în poziție șezândă, după un repaos de 5 minute în condiții de tensiometrie standartizată. TA înregistrată a fost clasificată după New (1999) WHO/ISH. La toate persoanele investigate a fost cercetat nivelul glucozei, colesterolului și ureei sangvine (Test Sistem Elitech, Anglia), acidul uric în urină (N 4760-5960 mmol/24 ore), și microalbuminuria (N=6,5 μgr/min, Test Sistem UBI, Magiwell, USA). Investigații au fost interogați în conformitate cu ancheta de depistare a dereglărilor metabolismului purinic (2). A fost calculat IMC (Kettle) (Masa corpului în kg./talie, m²).

Rezultate și discuții

Au fost cercetați 21 bărbați și 379 femei. Preponderența femeilor în lotul investigat, posibil ține de caracterul de producere a fabricii de confecții. Vârsta a variat între 15 și 85 ani, majoritatea covârși-

toare fiind de vîrsta aptă de muncă (20-60 ani). După ancheta de studiere a dereglărilor metabolismului purinic, lotul a fost divizat în două grupuri: I gr. - muncitorii care au acumulat ≤ 100 puncte (109 muncitori) și gr.II - ≥ 100 puncte (291 muncitori). Această divizare, după părerea autorilor anchetei (2), reflectă destul de elocvent gradul dereglărilor metabolismului purinic. Variațiile punctajului acumulat: 10-520, media constituind 169 puncte.

Repartizarea muncitorilor după sex și punctajul acumulat este reprezentată în tabela 1

Tabela 1

Puncte	≤ 100	>100	Total
Barbați	11 52,38%	10 47,62%	21
Femei	98 25,86%	281 74,14%	379
Total	109 27,25%	291 72,25%	400

Analiza statistică indică, că majoritatea celor care au acumulat mai mult de 100 puncte sunt femeile (x ă7,06, $p < 0,01$).

În tabela 2 este prezentată divizarea muncitorilor după punctajul acumulat și indicele Kettle.

Tabela 2

Indicele Kettle	Punctaj	Număr	%
< 18,5	≤ 100	12	3
	> 100	18	4,5
	Total	30	7,5
18,5-24,9	≤ 100	51	12,75
	> 100	94	23,5
	Total	145	36,25
25-29,9	≤ 100	25	6,25
	> 100	79	19,75
	Total	104	26,0
30-34,9	≤ 100	15	3,75
	> 100	69	17,25
	Total	84	21,0
35-39,9	≤ 100	3	0,75
	> 100	22	5,5
	Total	25	6,25
> 40	≤ 100	3	0,75
	> 100	9	2,25
	Total	12	3,0

Datele prezentate în tabele ne permit să afirmăm, că dereglările metabolismului purinic cercetate prin anchetare sunt statistic veridic mai crescute la cei cu IMC mai mare (x ă14,29, $p < 0,05$), ceea ce coincide cu datele din literatură (2,5).

Tabela 3 reflectă repartizarea muncitorilor în dependență de TA și punctajul dereglărilor metabolismului purinic.

Tabela 3

TA	Punctaj	Număr	%
Normotensivi	≤ 100	92	23
	> 100	219	54,75
	Total	311	77,25
HTA gr.I	≤ 100	13	3,25
	> 100	56	14,0
	Total	69	17,25
HTA gr.II	≤ 100	3	0,75
	> 100	16	4,0
	Total	19	4,75
HTA gr.III	≤ 100	1	0,25
	> 100	0	0
	Total	1	0,25

Analiza corelației între normotensivi, hipertensivi și punctajul acumulat denotă, că ancheta pozitivă poate servi ca un indice convingător al HTA, probabil, și al gradului ei (x ă7,24, $p > 0,05$). La normotensivii din grupul II s-a depistat o legătură între dereglările metabolismului purinic și TA sistolică, colesterolul seric, nivelul microalbuminuriei, uricozuriei și IMC. Este important faptul, că practic la toate persoanele cercetate nivelul glucozei și ureei serice nu a depășit limitele de normă. La hipertensivii din grupul II s-a demonstrat o corelație statistic veridică cu nivelul colesterolului seric (r ă0,5), IMC (r ă0,53) și o corelație puternică (r ă0,75, $p < 0,05$) cu nivelul uricozuriei, mediile căreia erau nesemnificativ mai mari la hipertensivi comparativ cu normotensivii, atît cu punctaj pozitiv cît și la cei cu punctajul ≤ 100.

B.Emerson și P.Row în 1975 au înaintat ipoteza, că dezvoltarea hiperuricemiei în hiperproducerea acidului uric se desfășoară numai pe fondalul afectării hiperuricemice a rinichilor, care se manifestă printr-o hiperuricozurie compensatorie. Deoarece tabloul clinic al nefritei tubulo-interstițiale purinice este destul de sărac (micșorarea densității urinare, nicturia), depistarea patologiei renale este frecvent destul de întârziată. Drept un indice al nefritei tubulo-interstițiale hiperuricemice poate servi și mărirea activității N-acetil- D-glucozaminazilor în urină și excreția 2-microalbuminei. Datele privind incidența hiperuricozuriei și hiperuricemiei în populație (6) le permite autorilor să presupună, că numai la circa 1/3 din persoane cu hiperproducția acidului uric și hiperuricozurie se dezvoltă afectarea hiperuricemică a rinichilor.

Așadar, hiperuricozuria ca prima manifestare a dereglărilor metabolismului purinic, alături de IMC, nivelul colesterolului, glucozei serice etc., poate avea o importanță majoră în geneza HTA prin afectarea dismetabolică a rinichilor.

Concluzii

1. Ancheta pentru depistarea dereglărilor metabolismului purinic este destul de informativă și poate servi drept indice, care necesită verificarea mai minuțioasă a TA și a analizelor paraclinice (uricozurie, microalbuminurie, cholesterolemie).

2. S-a observat o corelație statistică veridică între indicii masei corporale, uricozurie și ancheta de studiere a dereglărilor metabolismului purinic la persoanele investigate.

3. Depistarea precoce a dereglărilor metabolice, inclusiv a metabolismului purinic, ne-ar permite utilizarea unor acțiuni non-farmacologice, menite să contribuie la profilaxia dezvoltării HTA.

Bibliografia

1. Донсков А.С., Балкаров И.М. и др. Тер.архив, 1999, №6, стр.53-56.
2. Балкаров И.М. Тер.архив, 1999, №6, стр.57-67.
3. Балкаров И.М. и др. Тер.архив, 1988, №6, стр.37-39.
4. Балкаров И.М. Практикующий врач, 1996, №7 стр.14-17.
5. Мухин Н.А., Бритов А.Н., Тер.архив, 1997, №6, стр.5-10.
6. Мухин Н.А., Балкаров И.М. Тер.архив, 1999, №6, стр.23-27.
7. Facchini F. et.al. Amer.med. Assoc., 1991, v.266, nr.21, p.3009-3011.
8. Emmerson B.T., Row P.G., Kidney int., 1975, v.1 p.65-71.

MANAGEMENTUL ÎN CHISTUL RENAL SIMPTOMATIC

V. Punga¹, A. Martov⁴, A. Ghereg³, A. Tănase², I. Dumbrăveanu²

¹Catedra Farmacologie și Farmacologie Clinică,

²Catedra de Urologie și Nefrologie Chirurgicală,

³Cursul de endoscopie a USMF "N. Testemițeanu",

⁴Institutul de Urologie din Federația Rusă

Summary

Our research of the last 10 years is based on the analysis of 152 cases of renal cysts. The paper aims to present the authors experience gained from the treatment of renal cysts with traditional and up-to-date methods. Authors propose a new algorithm for the treatment of renal cyst. The analyzing criterions of results were the following: rate of success, number of failures, complications and there solving way. Rate of success was 92%. Complications were noted in 7% of the cases. Algorithm proved to be useful in everyday clinical practice.

Actualitatea

Anomaliile renale de structură sunt datorate tulburărilor de dezvoltare a zonei tubuloglomerulare caracterizate prin neunirea, separarea sau obstrucția tubilor colectorii la unirea cu glomerulul secretor. După aspectul lor, se descriu următoarele chisturi ale rinichiului: simplu, parapielic, multilocular, rinichiul polichistic și cel spongios (5, 10). Chistul renal simplu este cea mai frecventă malformație de structură a rinichiului și reprezintă 3% din maladiile urologice (14). Ea apare la peste 20-40% din adulți (5). În circa 30% din cazuri, chistul renal simplu evoluează simptomatic, provocând dureri, stază urinară, hipertensiune arterială, infecție și insuficiență renală (16). Staza și infecția căilor de excreție fiind consecințe ale compresiunii chistului pot sta la originea formării calculilor. Incidența asocierii litiazei cu chisturile renale este de 13,2% (14). Chistele renale simple necesită tratament doar dacă devin simptomatice (5). Implementarea noilor tehnologii endoscopice a revoluționat tratamentul chistului renal simptomatic. Totodată, locul procedeelelor percutanate și celor tradiționale în arsenalul terapeutic actual nu este definit. Chistul renal mai suscită controverse în privința modului ideal de abord și rezolvare (în special chirurgicală). În aceste condiții s-a impus introducerea în terapia intervențională multimodală a chistului renal a concepției algoritmice, care permite rezolvarea adecvată prin metode eficiente, inofensive și economice.

Obiective

Scopul principal al studiului a fost optimizarea tratamentului chistului renal prin elaborarea algoritmului terapeutic în funcție de tipul, localizarea și dimensiunea lui.

Material și metode

În lucrare este analizat un lot de 152 bolnavi cu chisturi renale simptomatice. În 118 cazuri chistul renal a fost simplu, în 11 – multilocular și în 23 – parapielic. Localizarea chistului solitar a fost la polul superior în 39 cazuri, la segmentul mediu – în 27 cazuri și la polul inferior – în 52 cazuri. La 49 bolnavi chistul simplu era situat pe fața anterioară și la 69 – pe fața posterioară a rinichiului. Dimensiunea medie a chisturilor a fost de 8,2 cm, cu extremele de 5 și 16 cm. Tratamentul bolnavilor a constat din: scleroterapie în 41 cazuri, fenestrație – în 7, chistorezecție endoscopică – în 38, chistorezecție laparoscopică – în 29 și cea deschisă – în 37 cazuri. La 26 pacienți litiaza asociată cu chistul renal a fost rezolvată prin: litotritie extracorporeală în 12 cazuri, nefrolitotomie percutanată – în 3 cazuri și litotomia deschisă – în 11 cazuri. Nefrectomia s-a efectuat în 2 cazuri de rinichi compromis morfo-funcțional și într-un caz de malignizare a chistului. Perioada de urmărire a fost cuprinsă între 6 luni și 10 ani.

Rezultate

Analiza rezultatelor tratamentului chistului renal simptomatic a permis elaborarea algoritmului terapeutic în funcție de tipul, localizarea și diametrul chistului (Schema). Aplicarea diferențiată a metodelor curative în chistul renal a permis optimizarea tratamentului, cu ameliorarea semnificativă a rezultatelor terapeutice. Rata eficienței a fost de 92%. Complicații severe nu s-au notat. Procedeele minim invazive de tratament al chistului renal solitar au fost eficiente, inofensive și bine tolerate de bolnavi. Puncția ecoghidată urmată de injectare de substanțe sclerozante a fost aplicată în

chistul polar inferior și medio-renal, cu dimensiuni sub 6 cm, situat pe fața posterioară a rinichiului. În 7% din cazuri după scleroterapie chisturile au recidivat. Chistorezecția endoscopică s-a practicat preponderent în cazul localizării chisturilor la segmentul mijlociu și inferior al rinichiului, mai ales pe fața posterioară și marginea laterală a acestuia. Tratamentul chisturilor situate la polul superior renal, adesea necesită un abord transtoracic periculos prin posibilitatea afectării sinusului pleural și a organelor vecine. În aceste localizări chistorezecția endoscopică a fost posibilă atunci când peretele periferic al chistului era de 5-6 cm. Metoda poate fi aplicată și în chisturile situate pe fața anterioară a rinichiului, dar abordul transrenal prezintă riscuri crescute de lezare a rinichiului și peritoneului. În aceste localizări s-a efectuat cu predilecție chistorezecția laparoscopică. În majoritatea cazurilor chistul a fost rezecat până la limita parenchimului renal. Localizarea chistului la polul superior și pe fața posterioară a rinichiului a permis rezecția doar periferică a peretelui chistic. Într-un caz intervenția laparoscopică a fost finalizată prin rezecția deschisă a chistului, deoarece a fost depistat un chist multiseptat cu conținut hemoragic suspect la malignitate. În cazul chisturilor multiloculare procedeul nu s-a efectuat, întrucât ele întotdeauna recidivează și necesită tratament chirurgical tradițional. În chisturile parapielice intervenția are contraindicații din cauza riscurilor crescute pe care le prezintă.

Discuții

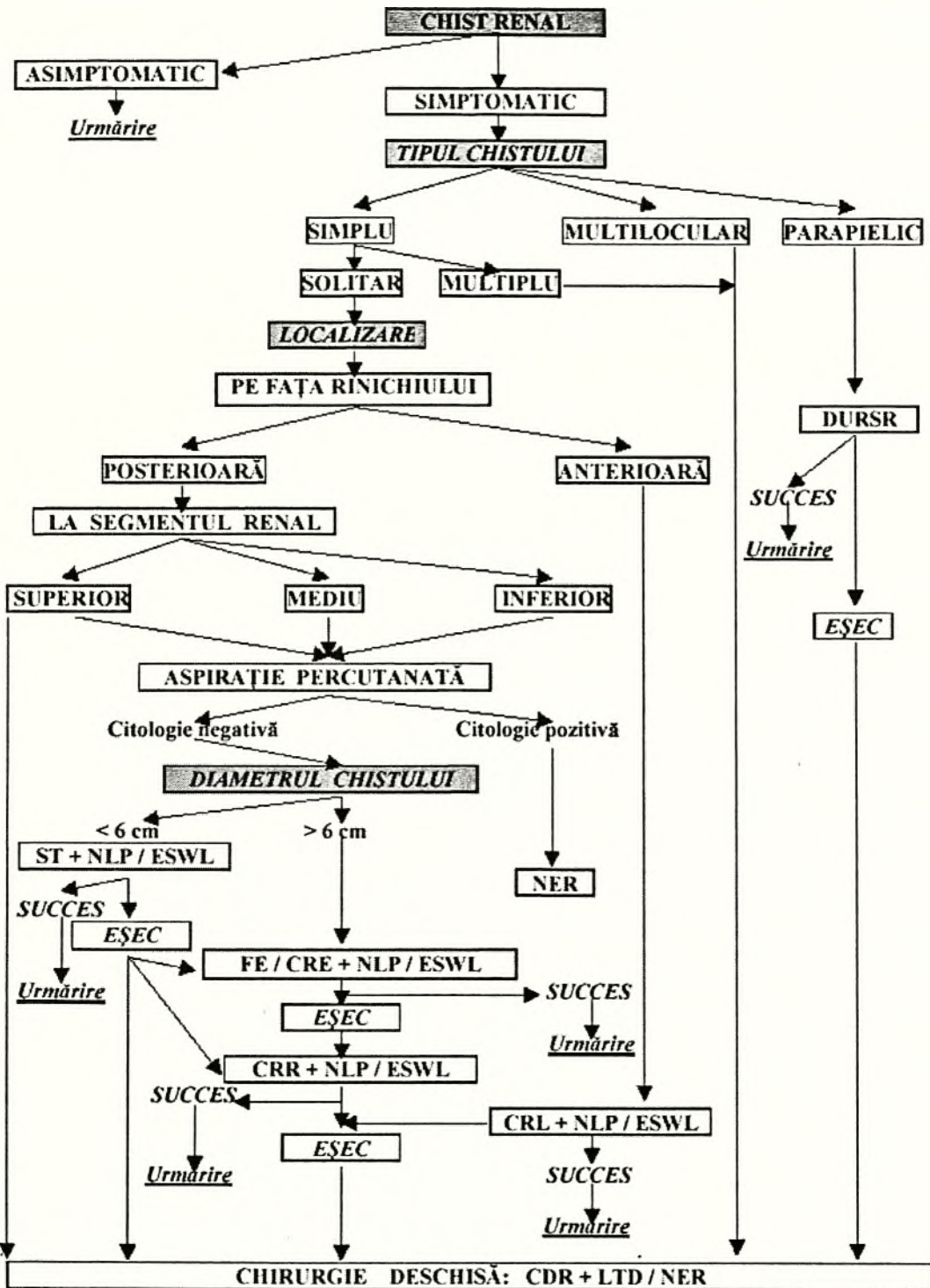
Până în prezent este greu să se standardizeze criteriile după care un chist renal are sau nu indicație de tratament (1, 9). Istoria naturală a chisturilor renale este în 2-5% din cazuri marcată de complicații (4, 13). Complicațiile chisturilor renale ca: infecția, hemoragia intrachistică, ruptura chistului sau efecte ale compresiunii asupra rinichiului, căilor excretorie, vaselor renale și organelor învecinate (dureri persistente sau colici renale, hematurie, hipertensiune arterială etc.) constituie indicații terapeutice. Indicația de intervenție și tipul ei depinde de volumul, localizarea chistului și tulburările pe care le provoacă. Tratamentul intervențional multimodal constă în puncționarea, evacuarea și sclerozarea percutanată a chistului, sau extirparea sa chirurgicală (chistorezecția endoscopică, laparoscopică și clasică) (1, 5, 8, 9, 12-17). În cadrul tratamentului multimodal se descrie un algoritm de management pentru chistul renal (după Munch L.C., Gill I.S., McRoberts J.W.) (5), care nu ia în considerație tipul, localizarea și diametrul chistului, precum și litiaza urinară asociată. Indicația operatorie pentru chisturile seroase renale include numai formațiunile care depășesc 4 cm în diametru și sunt clinic manifeste (13). Au indicație de puncție aspirativă și sclerozare chistele renale solitare simptomatice, care prin volum produc laminarea parenchimului și atrofia acestuia, sau compresiune asupra vaselor cu HTA consecutivă. În situația în care există raporturi intime cu vasele mari, tratamentul chistului întâmpină dificultăți (9).

Chisturile necomplicate de volum mic și mijlociu pot fi puncționate și golite prin puncție percutanată (12). Puncția percutanată și aspirația conținutului chistic este simplă, bine tolerată de pacienți, dar are o rată ridicată a recidivelor (5, 12, 14-17). Utilizarea substanțelor sclerozante reduce incidența acestora, dar poate provoca complicații severe. Sclerozarea chistului nu are practic contraindicații, cu excepția chisturilor care comunică direct cu sistemul cavității renale (1, 11) și celor cu localizare peripielică (5). Chistele de maxim 250 cm³ se pretează pentru un asemenea tratament. Pentru cele de peste 300 cm³ rezultatele cele mai bune se obțin prin abord laparoscopic (lomboscopic) (5). Rezecția percutanată a chistului renal, în pofida rezultatelor bune (93%) are indicații speciale (15, 17). Chistorezecția endoscopică având o eficiență comparabilă cu cea a scleroterapiei, dar fiind mult mai agresivă, se limitează la chisturi solitare voluminoase, parapielice, hemoragice sau infectate și la cele care comunică cu sistemul pielocalcical (12). Chistorezecția endoscopică este indicată și în cazul eșecului scleroterapiei percutanate. Imposibilitatea acesteia impune rezolvarea chistului prin chirurgie deschisă (15). Fenestrația și rezecția percutanată a peretelui periferic au în general contraindicațiile întâlnite la chirurgia endoscopică a litiazei. În plus, există contraindicații legate de localizarea chistului și de raporturile sale de vecinătate, deoarece chisturile medio-renale sau de pol superior, pot avea drept complicație leziunile pleurale (1, 9). Abordul percutanat al chistului pentru fenestrație sau rezecție endoscopică a peretelui periferic constituie indicații numai pentru chisturile situate pe hemivalva posterioară a rinichiului (1). Recidiva apărută după aceste metode obligă la chirurgie deschisă cu rezecție definitivă și marsupializare (5). Drenajul și ablația unui chist renal simplu prin deschiderea dintre peretele chistic și sistemul pielocalcical se poate face anterograd sau retrograd. În cazul tehnicii percutane abordul poate fi transchistic, transparenchimat (nu se pătrunde în sistemul colector renal) sau indirect prin sistemul pielocalcical (5).

Abordul percutan indirect este de o reală valoare în cazul chisturilor peripielice. Tratamentul endoscopic este util pentru chistele parapielice sau ca alternativă de tratament în cazul eșecului altui tip de terapie. Experiența cu abordul percutan este încă mică, dar rezultatele obținute sunt încurajatoare (5).

Abordul retrograd cu utilizarea ureteroscopului flexibil (deschiderea ureterorenoscopică retrogradă) se limitează la tratamentul chistului localizat în apropierea nemijlocită de bazinetul renal (2, 7).

Schema. Algoritm de management pentru chistul renal



Notă: ST – scleroterapia; FE – fenestrația endoscopică; CRE – chistorezeția endoscopică; CRR – chistorezeția retroperitoneoscopică; CRL – chistorezeția laparoscopică; CRD – chistorezeția deschisă; DURSR – deschiderea ureterorenoscopică retrogradă; ESWL – litotriția extracorporeală; NLP – nefrolitotomia percutanată; LTD – litotomia deschisă; NER – nefrectomia radicală; SUCCES – vindecare; EȘEC – imposibil de realizat sau recidivă; Urmărire (protocol): examen clinic, examen de urină, urocultură și ecografie.

Experiența în tratamentul chisturilor mici obstructive parapielice prin ureteronefroscoapie este limitată. Metoda fiind minim invazivă pare să deschidă o perspectivă nouă în tratamentul chisturilor renale mici, însă numărul redus de cazuri nu permite concluzii definitive asupra procedurii.

Abordul ureteroscopic este limitat pentru chisturile de dimensiuni mici care au o parte a peretelui ce proemină într-un calice sau care au un perete comun cu bazinetul (chist parapielic) (5). În cazul chisturilor recidivate se recomandă abordul laparoscopic (5). O alternativă modernă a procedurilor percutanate de tratament a chisturilor renale solitare, mai ales a celor voluminoase, este chirurgia laparoscopică (1, 4, 5). Avantajele acestea sunt: morbiditatea postoperatorie și timpul de spitalizare reduse, precum și reintegrarea socio-profesională rapidă a bolnavului (8). Rezecția laparoscopică a chistului renal este minim invazivă, eficientă și inofensivă (4, 17). Intervenția se poate realiza transperitoneal sau retroperitoneal (4, 5, 13). Abordul transperitoneal este recomandat atunci când pacientul prezintă o lombotomie în antecedente, sau când există afecțiuni asociate (chist seros hepatic, prezența litiazei veziculare sau a aderențelor după laparatomii anterioare) care pot fi rezolvate concomitent. Totodată, calea retroperitoneală este considerată preferențială, deoarece asigură un abord direct pe rinichi și pentru că rezultatele sunt mai bune. Cu predilecție ea este recomandată atunci când abordul transperitoneal este îngreunat de prezența hepatomegaliei, a splenomegaliei sau a unui sindrom aderențial postoperator, precum și în chisturile rinichiului stâng și în cele cu localizare pe polul renal superior (3, 4). Chirurgia deschisă își limitează indicația actuală la terapia eșecurilor și complicațiilor noilor metode, precum și în chisturi renale multiple, multiloculare, parapielice, malignizate, infectate sau în cazul rinichiului compromis morfo-funcțional, în care terapia minim invazivă este imposibilă, foarte riscantă sau illogică (1, 5, 8, 9, 15-17).

Concluzii

1. Utilizarea algoritmului terapeutic propus în chistul renal simptomatic permite alegerea procedurii curative optime în funcție de tipul, localizarea și dimensiunea lui.
2. Aplicarea diferențiată a metodelor curative în chistul renal permite optimizarea tratamentului, ceea ce ameliorează semnificativ rezultatele terapeutice.
3. Scleroterapia este procedeul de primă intenție în tratamentul chistului polar inferior și medio-renal, cu dimensiuni sub 6 cm, situat pe fața posterioară a rinichiului.
4. În cazul eșecului scleroterapiei și în chistul cu diametru peste 6 cm, localizat pe fața posterioară a rinichiului, se impune fenestrația/rezecția percutanată endoscopică sau retroperitoneoscopică a chistului renal.
5. Chistorezecția laparoscopică este indicată în chistul localizat pe fața anterioară a rinichiului.
6. Chistul parapielic, multilocular și cel simplu (în special polar superior și multiplu) în cazul infectării sau eșecului altor tratamente, se rezolvă prin chirurgia deschisă (rezecția peretelui periferic al chistului).
7. Chisturile renale pe rinichi compromis morfo-funcțional, cât și cele malignizate impun nefrectomie.

Bibliografie

1. Boja R.: Chirurgia percutanată reno-ureterală. Tratamentul percutanat al chistului renal solitar. Ed. LEDA & MUNTENIA, Constanța, 2000 : 347-365.
2. Clayman R.V., Kavoussi L.R.: Endoscopic techniques for noncalculous disease, in Walsh P.C., Retik A.B., Stamey T.A., Vaughan E.D.: Campbell's Urology, W.B. Saunders Co., 1992, pp. 2231-2311.
3. Coman I., Duca S., Coja A. R., Rusu C. B., Stanca D. V., Porav-Hodade D. Incidente și complicații intraoperatorii în intervențiile laparoscopice urologice. // Quo vadis, 2002. – Vol. 4. – nr. 1. – P. 18-23.
4. Duca S. Chirurgia laparoscopică. Ediția a 2-a. Ed. PARALELA 45, 2001, p. 417-426.
5. Geavlete P. Compendiu de patologie urologică. Ed. S.C. COPERTEX S.R.L. București, 1997.
6. Geavlete P. Chirurgie laparoscopică în urologie. Ed. Med. Modernă, 1997, 4:237-239.
7. Kavoussi L.R., Clayman R.V., Mikkelsen D.I. et al. Ureteronephroscopic marsupialization of obstructing peripelvic renal cyst. // J. Urol. 1991. – Vol. 146. – P. 411-414.
8. Morgan C. Jr. // Ibid. – 1992. – Vol. 148. – P. 1835-1836.
9. Nicolescu D. Bazele chirurgiei endourologice. Ed. EUROBIT. Timișoara, 1997.
10. Proca E. Tratat de patologie chirurgicală, Vol. VIII – Urologie, Ed. Medicală, București, 1984.
11. Reuter H.J.: Die Verodung von Nierenzystem. Akt. Urol. 1987. – 18:25-27.
12. Sinescu I. Urologie Clinică. Ed. Medicală AMALTEA, București, 1998.
13. Târcoveanu E. Elemente de Chirurgie Laparoscopică. Ed. Polirom, Iași, 1998, vol II, p. 235-237.
14. Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б. Простая киста почки. – М., 1982.
15. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Перкутанная рентгеноэндоскопическая хирургия простых кист почки. // Урол. и нефрол. – 1993. – 2:2-5.
16. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. Том 2. "Медицина". Москва, 1998.
17. Лопаткин Н.А., Фидаров Ф.Б., Мартов А.Г. Лапароскопическая резекция простой кисты почки. // Урол. и нефрол. – 1999. – 2:23-25.

UTILIZAREA ANGIOPLASTIEI TRANSLUMINALE ÎN UROLOGIE

C.Spînu*, V.Gura*, I.Dumbrăveanu*, C.Marîniuc**, V.Platon*

* Clinica de Urologie, Hemodializă și Transplant Renal, Spitalul Clinic Republican

** Centrul de pneumoftiziologie, Chișinău, R.Moldova

Summary

During last years urology demonstrates considerable successes, the endovascular surgery is the most outstanding example in this sense. Owing this method many classic operations were replaced by less invasive once. The principle of the method is in dilatation of the stenosed zone of the artery, the approach to this artery is realized by the percutaneous puncture of a single peripheral artery. We have applied the endovascular endoplasty in three cases.

Actualitatea și obiectivele lucrării

Existența posibilităților imagistice moderne permit astăzi aplicarea unui tratament curativ, fapt ce a scăzut considerabil numărul intervențiilor chirurgicale. În situația în care este necesară o intervenție corectoare, angioplastia transluminală a permis aplicarea unei terapii minim invazive dar cu aceeași eficiență ca și intervențiile chirurgicale clasice (Tyagi., 1997, Bush., 2001).

Principiul metodei constă în dilatarea zonei stenozate a arterei renale sau a ramurilor acesteia, la care se ajunge prin puncția percutanată a unei artere periferice. Tehnica acestui procedeu rezidă din tehnica angiografiei renale selective Sellinger. Se folosesc catetere flexibile cu diametrul variabil între 4-9 ch, prevăzute cu balonete la extremitatea lor distală, unde există un singur orificiu terminal. Ele sunt umplute cu aer sau preferabil cu mediu de contrast diluat la presiunea de 5-6 atmosfere (Tykorsky., 1993).

Tehnica constă în următoarele:

- se puncționează percutanat artera femurală cu un trocar;
- prin lumenul trocarului se introduce conductorul metalic, care va parcurge aorta abdominală și va fi trecut prin zona stenozată a arterei renale, sub control fluoroscopic;
- pe acest conductor se avansează cateterul cu balonașul dezumflat, care se poziționează în zona stenozei;
- se injectează 5000 U.I. heparină, prin cateter, în artera renală, după care se umflă balonașul și se menține în poziție 20-30 secunde.

După efectuarea dilatației, se măsoară presiunea intraarterială poststenotică, pentru a putea compara eficacitatea dilatației asupra redresării fluxului sanguin renal și se injectează substanțe de contrast pentru a urmări efectele mecanice ale dilatării și eventualele complicații.

Material și metode

În clinica de Chirurgie Vasculară a Spitalului Clinic Republican, au fost efectuate 3 intervenții de angioplastie transluminală a stenozei fibrodizplazice arteriale pe rinichi unic funcțional cu hipertensiune reno-vasculară severă sau netratabilă medicamentos.

Prezentăm în continuare unul din succesele înregistrate.

Bolnava Samoiloș N. în vârstă de 27 de ani, dosar 7617, s-a internat în clinica de chirurgie vasculară din Chișinău pe data de 23-V 1994 pentru hipertensiune arterială datând de circa 2 ani. În ultimul timp, pe fonul hipertensiunii permanente de 210/110 mmHg ce înregistrează pusee hipertenzive pînă la 250/120 mmHg, imposibil de corectat prin tratament medical. Nu are antecedente colaterale și nici personale de reținut, iar examenul clinic nu aduce date orientative pentru diagnostic.

Urografia minutată arată întârzierea funcțională a rinichiului drept și rinichi "mut" pe stînga. Aceeași întârziere funcțională se observă și la renografia cu izotopi.

Arteriografic se depistează o stenoză trunculară a arterei renale drepte, localizată la aproximativ 1,5 cm de emergența aortică, cu dilatație retrostricturală, și slabă vascularizare a rinichiului stîng. Deoarece tratamentul medical bine condus nu a dat nici un rezultat; bolnava a fost trimisă pentru dilatarea transluminală a stenozei arteriale.

S-a utilizat sonda Grunzig cu balonet de 5 mm diametru, reușindu-se o dilatare bună a stenozei; confirmată prin arteriografie imediată de control. Manevra a decurs fără complicații, tensiunea arterială a scăzut și s-a stabilizat la valorile 150/90 mm Hg, iar bolnava a fost externată pe 6 - VII 94.

Peste 2 ani după intervenție bolnava a născut un copil sănătos.

Controlul în decurs de 5 ani după tratament arată tensiunea arterială 150/90 mmHg

Discuții

Angioplastia transluminală se profilează ca o alternativă foarte promițătoare pentru revasculari-

zarea rinichiului. În comparație cu chirurgia clasică are unele avantaje indiscutabile:

- Morbiditate mică
- Spitalizare redusă
- Cost redus
- Se poate efectua sub anestezie locală
- Evită operațiile mari

Evoluția cazurilor tratate prin angioplastia transluminală a fost favorabilă pe tot parcursul spitalizării.

Concluzii

1. Angioplastia transluminală a stenozelor arteriale se profilează ca o alternativă foarte promițătoare pentru revascularizarea rinichiului. Procedeu este indicat mai ales la pacienții cu rinichi unic, atunci când tratamentul medical rămâne ineficient și operația de revascularizare este prea riscantă.
2. Problema principală constă în indicația corectă a dilatației transluminale. Succesul dilatației depinde în egală măsură de perfecțiunea execuției tehnice, cât și de indicația corectă în care se include alegerea nu numai a bolii, dar și a bolnavului.
3. Chirurgia endovasculară reprezintă intervenția de elecție în tratamentul patologiei vasculare pe rinichiul unic. Această intervenție este bine tolerată, ușor acceptabilă de pacienți și poate determina radicalitatea, fără să se impună măsuri chirurgicale mutilante. Durata de spitalizare este scurtă, convalescența este redusă și facilă, agresivitatea actului operator mult diminuată.

Bibliografie

1. Bush R.L, Martin L.G.: Endovascular revascularization of renal artery stenosis in the solitary functioning kidney, *Ann. Vasc. Surg.*, 15(1), 60-6, 2001
2. Tyagi S, Raul A.: Percutaneous Transluminal angioplasty for renovascular Hypertension. *Pediatric* 99(1), 44-49, 1997
3. Tykorsky A, Reid J.: Percutaneous transluminal renal angioplasty in the management of hypertension and renal artery stenosis. *J. Hum. hypertens.*, 7, 5, 491, 1993

EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL STRICTURILOR DE URETRĂ

C. Lupașco, I. Dumbrăveanu, V. Ghicavâi, Gh. Scutelnic, Z. Bianov
Clinica de Urologie, SCR

Summary

During last ten years the incidence of urethral strictures in urology departments from Moldova is 1-2% of patients. In this time the surgical treatment remains one of controversial problems in treatment of urethral strictures. In this research were investigated 332 (1,8%) patients in department of urology from Republican Hospital during 7 years (1995-2001). The results show that optic uretrotomy is a choice method in treatment of all urethral strictures but open surgery is preferable in treatment of obliterative posttraumatic strictures.

Actualitatea temei

Incidența stricturilor de uretră pe parcursul ultimilor decenii este constantă și constituie circa 1-2 % din pacienții staționarilor urologice (2,3) În același timp tratamentul chirurgical al acestora rămâne o problemă controversată. Utilizarea antibioticelor cu spectru larg de acțiune, a materialului de sutură contemporan, apariția tehnicilor endoscopice a permis revizuirea conduitei terapeutice și folosirea pe larg a diverselor tehnici chirurgicale. Tratamentul chirurgical al structurilor de uretră are drept scop nu doar rezolvarea procesului stenozant uretral ci și a leziunilor periuretrale. Conduita terapeutică, alegerea tipului de intervenție chirurgicală este determinată în primul rând de tipul stricturii (posttraumatică sau postinflamatorie) precum și de localizarea acesteia(1).

Scopul lucrării

Scopul lucrării constă în analiza rezultatelor tratamentului chirurgical al stricturilor uretrale, efectuate pe parcursul ultimilor 7 ani (1995-2001).

Material și metode

Pe parcursul anilor 1995-2001 în Clinica de Urologie a SCR au fost tratați 332 bolnavi cu stricturi

uretrale, ceea ce constituie 1,8% din pacienții spitalizați. Limitele de vârstă ale pacienților au fost cuprinse între 17-75 ani (vârsta medie 40-45 ani) (Tabelul 1).

Tabelul 1

Reparația pacienților cu structuri de uretră conform vârstei și tipului de strictură (n=332)

Vârsta	Nr. pacienți	%	Stricturi posttraumatice	%	Stricturi postinflamatorii	%
până la 20 ani	14	4,2	12	3,6	2	1,6
21-30	49	14,8	36	10,8	13	4,0
31-40	61	18,4	42	12,6	16	4,9
41-50	56	16,9	45	13,5	11	3,3
51-60	63	18,9	43	12,9	20	6,1
61-75	89	26,8	62	18,6	27	8,1
Total:	332	100	240	72	92	28

Conform repartiției după vârstă se observă o predominare netă a pacienților cu vârsta peste 50 ani, atât cu structuri posttraumatice cât și postinflamatorii. Din 332 pacienți spitalizați, 240 (72%) au fost cu stricturi posttraumatice și 92 (28%) cu stricturi postinflamatorii.

Pentru concretizarea diagnosticului și stabilirea conduitei terapeutice ulterioare toți pacienții au fost supuși protocolului obligator de examinare adoptat în clinică, care a inclus: hemoleucograma, sumar urină, urocultura, glucoza sanguină, ureea, creatinina, bilirubina, ALAT, ASAT, coagulograma, ECG, ecografia transabdominală, și opțional transrectală, renografia cu izotopi, uretrografia retrogradă, etc.

Pregătirea preoperatorie a inclus în mod obligator preparate antibacteriene și uroantiseptice, conform antibiogramelor. În cazul stricturilor posttraumatice intervenția chirurgicală radicală a fost îndeplinită peste 4-6 luni după traumă.

Rezultate și discuții

Din 332 pacienți internați, au fost tratați chirurgical 270 (81%) și conservativ 62 pacienți (19%). Conduita terapeutică a pacienților tratați conservativ a inclus: bujarea uretrei, administrarea de preparate antiinflamatorii și imunomodulatoare, proceduri fizioterapeutice. Tratamentul chirurgical a fost aplicat la 270 pacienți: 144 intervenții chirurgicale deschise (53%) și 126 uretrotomii optice interne (47%). Menționăm că operațiile endoscopice în clinică se efectuează din anul 1998. Începând cu anul 1998 ponderea operațiilor endoscopice este de 4:1. Operațiile deschise au fost efectuate preponderent în cazurile stricturilor posttraumatice cu obliterarea lumenului uretrei. Am practicat următoarele tipuri de intervenții deschise:

- plastia uretrei după Holțov-Marion -75 pacienți;
- plastia uretrei după Solovov -16 pacienți;
- cistostomii - 27;
- plasarea uretrei în perineu - 4;
- meatotomii - 16.

Plastia uretrei după Solovov a fost efectuată pacienților în cazurile de localizare a stricturii în porțiunea posterioară a uretrei cu lungimea capătului central sub 1,0 cm. În perioada postoperatorie am înregistrat următoarele complicații (Tabela 2):

Tabelul 2

Structura complicațiilor postoperatorii după intervenții chirurgicale deschise (n=144)

Complicații	Nr	%
Fistule perineale	9	6%
Supurarea plăgii postoperatorii	12	8%
Hematom perineal	4	3%
Recidiv precoce	3	2%

- Rata recidivelor tardive a stricturilor uretrale operate în clinica de urologie a fost:
- după intervențiile clasice conform procedurii Holțov - 8,5%,
- după intervențiile conform procedurii Solovov - 12%,
- după uretrotomia optică internă 16%.

Majoritatea recidivelor după intervenția chirurgicală după Holțov au apărut peste 5-7 ani, după Solovov la 2-3 ani, după intervenții endoscopice peste 1 an.

Durata medie de spitalizare a plajilor uretrale după Holțov a fost de 17-18 zile, după Solovov 24-25 zile, după cele endoscopice 7-8 zile. Am menținut drenajul uretral după procedura Holțov-10 zile, după procedura Solovov - 21 zile, după operațiile endoscopice 4-5 zile.

Tratamentul stricturilor posttraumatice constituie una din cele mai complexe probleme urologice, în special a celor cu o lungime mai mare de 3 cm. Datorită pericolului de căi false, a hemoragiei intraoperatorii și a recidivelor frecvente, utilizarea uretrotomiei optice în situația dată este abandonată de majoritatea urologilor. Sunt propuse variante de recanalizare a uretrei în 2 etape, recanalizarea sub control ecografic, utilizarea laserului, dar care se află în stadiu experimental cu rezultate tardive discutabile. Locul intervențiilor descrise rămâne valabil. În general sînt folosite câteva variante de conduită. Majoritatea autorilor consideră că cel mai corect este practicarea unei cistostomii suprapubiene, ulterior se va tenta practicarea unei uretrotomii interne optice (3,4,5). Dacă zona stricturată nu poate fi depășită, este necesară menținerea cistostomei în decurs de 3-6 luni cu refacerea chirurgicală a uretrei.

Tratamentul endoscopic este adresat la ora actuală în primul rînd stricturilor uretrale postinflamatorii. Problema majoră a diverselor metode de tratament chirurgical o constituie cea a recidivelor postoperatorii. Intervențiile clasice conform operației Holțov-Marion au o rată a recidivelor de 16,5%, cele după Solovov pînă la 37%. După uretrotomia optică internă rata recidivelor ajunge pînă la 15-20%.

Concluzii

1. Tratamentul de elecție al stricturilor uretrale postinflamatorii este uretrotomia optică internă.
2. Structurile posttraumatice cu obliterarea lumenului uretral se tratează preponderent prin operații deschise (Holțov-Marion, Solovov etc..)
3. Rata recidivelor după operațiile deschise este de 8-12%, după operațiile endoscopice-16%.
4. Rata de recidive este mai mică după operațiile conform procedurii Holțov.
5. Durata medie de spitalizare după operațiile endoscopice este de 7-8 zile, după operațiile deschise de la 17 pînă la 25 zile.

Bibliografie

1. Geavlete P., Traumatismele aparatului urinar în tratat de patologie chirurgicală, București, 2001, pag. 2811-2823.
2. Трапезникова М.Ф., Лечение облитерации задней уретры, Урология и нефрология, 1996, №6, стр.28.
3. Ioanid P.C., Chirurgia uretrei, București, 1981.
4. Русаков В.И., Хирургия мочеиспускательного канала, Ростов на Дону, 1991.