

contemporane au crescut speranța de vindecare a bolii, diagnosticul de cancer rămâne pentru mulți prototipul bolii fizice și suferinței umane, este o boala ce pune în pericol viața. Din acest motiv, prin limbaj și comportament, medicul trebuie să ofere pacientului exact ceea ce caută: încredere, echilibru și mai ales speranță.

Cu toate acestea, studiarea științifică a abilităților de comunicare în oncologie, este încă în fază incipientă. Pot fi evidențiate trei concepte cheie în definirea competențelor interpersonale și de comunicare în relația medic - pacient oncologic - familia pacientului.

- O abordare centrată pe pacient este modalitatea cea mai eficientă de a oferi informație despre maladie, susține luarea deciziilor în comun ca o componentă esențială a tratamentului, iar formarea abilităților de comunicare nu mai poate fi considerată o abilitate opțională.

- Comunicarea eficientă dintre familia pacientului, oncologul și pacientul este asociată cu rezultate terapeutice importante, poate contribui în procesul de adaptare la stresul psihosocial al bolii.

- Abilitățile de comunicare nu sunt înnăscute și nu îmbunătățesc neapărat experiența clinică, dar pot fi predate și învățate, iar practicarea acestor abilități pot modifica stilul de comunicare, în cazul prezenței unei motivații de formare. Aceste competențe sunt deosebit de importante în situații emoționale foarte dificile, cum ar fi comunicarea diagnosticului, trecerea pacientului la îngrijiri paliative și informarea despre sfârșitul duratei de viață. Din păcate, aceste abilități nu sunt permanente, deci este important să se practice noi competențe, cu un feedback regulat, cu privire la comportamentul dobândit. Astfel, de multe ori personalitatea medicului este factorul care determină stilul său de muncă și comunicare în cadrul profesiei pe care o practică, stil manifestat atât în cadrul deciziei terapeutice cât și în cadrul tuturor relațiilor cu bolnavii. Temperamentul și personalitatea pacientului sunt doi factori foarte importanți în primirea unui diagnostic și acceptarea tratamentului, iar datoria medicului este de a ajuta pacientul să înțeleagă mai multe despre boala de care suferă.

Bibliografie:

1. Holland JC et al., 1987 An international survey of physician attitudes and practices in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Invest* 5:151-154.
2. Laura Mazilu. Probleme de etică în comunicarea cu pacientul oncologic. *Revista Română de Bioetică*, Vol. 8, Nr. 3, Iulie – Septembrie 2010.
3. Mosoiu D. Palliative Care Communication in a cultural context, *European Journal of Palliative Care* 2005 12: 32-33.
4. Mystadikou, K., Liossi, C., Vlachos, L., Papadimitroiu, J., 1996. Disclosure of diagnostic information to cancer patients in Greece. *Palliat. Med.* 10, 195 – 200.
5. Mystadikou, K., Parpa, E., Tsilika, E., 2004. Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Supportive Care in Cancer* 12, 147–154.
6. Surbone, A., & Zwitter, M. (Eds.). (1997). *Communication with the cancer patient: Information and truth*. New York: New York Academy of Sciences.
7. Weil M, Smith M, Khayat D. Truth-telling to cancer patients in the western European context. *Psychooncology* 1994;3: 21–6.

Vitalii Ghicavii, doc.șt.med., conf.univ., catedra de Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF, „Nicolae Testemițanu”
Secția de Urologie și Endourologie, IMSP Spitalul Clinic Republican, Chișinău, Republica Moldova

OBSTRUCȚIA CĂILOR URINARE INFRAVEZICALE – PROBLEMĂ ACTUALĂ ȘI MEDICO-SOCIALĂ IMPORTANTĂ A UROLOGIEI PRACTICE

LOWER URINARY TRACT OBSTRUCTIONS - IMPORTANT ACTUAL AND MEDICO-SOCIAL PROBLEM OF UROLOGICAL PRACTICE

Summary: Infravezical obstruction is a pathological condition caused by a number of maladies which induce disorder in the elimination of urine from the bladder and is caused by an obstacle in the area of the bladder neck or urethra. Infravezical obstruction occurs in 50% of men aged 60 years and 90% - to 85 years. Any form of micturition disorders sharply reduce quality of life, creates psychological problems. Infravesical obstruction causing impaired elimination of urine, leads to infect organs from both lower and upper urinary tract. The obstacle in evacuation of urine during act of micturition causes disturbance like stranguria, pollakiuria, urinary incontinence and the presence of residual urine. The problem of treatment of benign prostatic hyperplasia remains actual until now. Over the last 20 years appeared opportunity to treat patients with early stages of this disease with medicines pathogenetic substantiated. Contemporan urology has many radical surgical methods, which include open surgery and transurethral resection of BPH.

Keywords: Infravezical obstruction, prostate, transurethral resection, bladder.

ИНФРАВЕЗИКАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ - АКТУАЛЬНОЕ И СОЦИАЛЬНОЕ ПРОБЛЕМА В МЕДИЦИНСКОЙ УРОЛОГ ПРАКТИКЕ

Резюме: Инфравезикальной обструкции является патологическим состоянием вызвано целым рядом недугов, которые вызывают расстройство в устраниении мочи из мочевого пузыря и вызвано препятствием в области шейки мочевого пузыря или уретры. Инфравезикальная непроходимость встречается в 50% мужчин в возрасте 60 лет и 90% - до 85 лет. Любые формы расстройств мочеиспускания резко снижают качество жизни, создает психологические проблемы. Инфравезикальной обструкции вызывает нарушенную устраниение мочи, приводит к инфицированию органов от обеих нижних и верхних мочевых путей. Проблема лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы не остается актуальной до сих пор. За последние 20 лет появилась возможность лечить пациентов с ранними стадиями этого заболевания лекарственными средствами патогенетической обоснованным. Современной урологии имеются много радикальных хирургических методов, которые включают в себя открытую операцию и аденомы простаты.

Ключевые слова: инфравезикальной обструкции, мочевого пузыря, трансуретральная резекция, простата.

Obstrucția infravezicală este o stare patologică determinată de o serie de maladii ce provoacă dereglarea eliminării urinei din vezica urinară, cauzată de un obstacol în regiunea colului vezicii urinare sau a uretrei. Obstrucția infravezicală se întâlnește la 50% de bărbați cu vârsta de 60 de ani și la 90% – la 85 ani. Orice forme de tulburări de micțiune reduc brusc calitatea vieții, creează probleme psihologice. Obstrucția subvezicală, provocând dereglarea eliminării urinei, conduce la infectarea căilor urinare atât inferioare, cât și superioare. Obstacolul în evacuarea urinei cauzează dereglarea actului micțional sub forma de strangurie, polachiurie, incontinență urinară (ișurie paradoxală) și prezența urinei reziduale. Problema tratamentului hiperplaziei benigne a prostatei până în prezent rămâne actuală. Pe parcursul ultimilor 20 de ani a apărut posibilitatea de a trata bolnavii cu stadii incipiente ale acestei maladii și cu preparate medicamentoase argumentate patogenetic. Urologia contemporană dispune și de numeroase metode mai radicale chirurgicale, care includ adenomectomia deschisă și rezecția transuretrală a HBP.

Obstrucția infravezicală – stare patologică determinată de o serie de maladii ce provoacă dereglarea eliminării urinei din vezica urinară, cauzată de un obstacol în regiunea colului vezicii urinare sau a uretrei.

Conform datelor statistice, obstrucția infravezicală are loc la 50% de bărbați cu vârsta de 60 de ani și la 90% – la 85 ani. Printre bărbații cu obstrucție infravezicală uropatia obstructivă se întâlnește în 20-35% cazuri, iar hidronefroza ca complicație în 3,8% cazuri [306]. În 23,9 % de cazuri obstrucția infravezicală la bărbați de vârstă înaintată este condiționată de dezvoltarea sclerozei prostatei, dar mai frecvent se constată asocierea hiperplaziei benigne a prostatei de dimensiuni nu mari cu modificări sclerotice în prostată [60]. Uropatia obstructivă, cauzată de afecțiunile prostatei, este responsabilă de 5% de cazuri noi de hemodializă la populația cu vârsta trecută de 65 de ani [1; 10].

Orice forme de tulburări de micțiune reduc brusc calitatea vieții, creează probleme psihologice, fapt care poate conduce la deteriorarea relațiilor familiare, de muncă, la izolarea socială. Dereglările de micțiune, fără a pune în pericol viața bolnavilor, provoacă suferințe fizice și morale grele, cauzate de traumatismul psihologic profund, conflictul sexual, apariția nevrozei și a neurasteniei. Psihologic această problemă, deseori asociată cu tulburări depresive, este foarte importantă și una dintre cele mai dificile în diagnostic. Evoluția îndelungată, persistentă și recidivele frecvente ale disuriei uneori produc bolnavilor impresia că tratamentul este lipsit de speranță.

Obstrucția infravezicală este provocată de maladii urologice, care conduc la dereglarea evacuării urinei din vezica urinară, dificultăți de micțiune, retenție de urină și alte tipuri de disurie. Către maladiile, unul dintre simptomele cărora este obstrucția infravezicală, pot fi atribuite adenomul de prostată sau hiperplazia benignă a prostatei, cancerul de prostată, cancerul vezicii urinare (localizat în special în colul vezicii urinare), scleroza colului vezicii urinare și a prostatei, strictura și obliterația uretrei s.a. [2; 6; 12; 18; 19].

În obstrucția infravezicală a căilor urinare apare o restructurare urodinamică atât a căilor urinare superioare, cât și a celor inferioare, remodelarea circulației sanguine renale regionale și a bazinului mic [4; 8; 15].

Obstrucția subvezicală, provocând dereglarea eliminării urinei, conduce la infectarea căilor urinare atât inferioare, cât și superioare și deseori stă la baza apariției cistitei și a pielonefritei. Obstacolul în evacuarea urinei cauzează dereglarea actului micțional sub forma de agravare a

acestuia, strangurie, polachiurie, incontinență urinară (ișurie paradoxală) și prezența urinei reziduale [13]. În pofida studiului profund și multilateral, obstrucția infravezicală a căilor urinare, fiind un proces patologic poli etiologic și care se manifestă prin simptomele căilor urinare inferioare, rămâne o problemă dificilă a medicinei fundamentale și practice [3; 5; 11; 17].

În ultimii ani s-au efectuat mai multe cercetări științifice cu scopul de a determina cauzele obstrucției infravezicale, elaborării metodelor optime de corecție medicamentoasă și chirurgicale a ei [7; 9; 14; 16].

Realizările studiilor clinice și progresul tehnico-științific de ultimă oră au modificat într-o măsură considerabilă soluționarea tradițională în tratamentul multor maladii urologice, care provoacă obstrucția infravezicală ca: hiperplazia benignă a prostatei, stricturile și obliterările extinse ale uretrei, scleroza colului vezicii urinare și a prostatei etc. [8; 14]. În același timp nu s-au studiat rezultatele comparative ale diferitor metode chirurgicale în dependență de spectrul dereglărilor patologice ale urodinamiei, dependența lor de durata și gradul de exprimare a afecțiunilor.

Obstrucția infravezicală apare cel mai frecvent la vârsta înaintată și în majoritatea cazurilor este cauzată de dezvoltarea unui proces hiperplazic în prostată [6; 16; 19]. Hiperplazia benignă a prostatei este una dintre cele mai răspândite maladii polietiologice la bărbații de vârstă înaintată și senilă, care apare în urma proliferării zonei tranzitorii a prostatei și a glandelor parauretrale, și conduce la obstrucția căilor urinare inferioare [4; 10; 12].

O dovadă în acest sens este faptul, că potrivit datelor cercetărilor epidemiologice, HBP a fost depistată la 40% dintre bărbații cu vârste cuprinse între 50 și 60 de ani, la 50% dintre bărbații trecuți de 60 de ani și la 90%-100% – după 80 de ani [2; 3; 9; 14]. Răspândirea mare a HBP la bărbați, determină actualitatea problemelor de diagnosticare la timp și a tratamentului patogenetic argumentat al acestei boli. [7; 18; 19].

Clinic această maladie se manifestă prin diferite simptome legate de dereglarea pasajului urinei prin căile urinare inferioare [11]. Cauzele tulburării micțiunii sunt obstrucția infravezicală a uretrei și slăbirea funcției detrusorului. Obstrucția are la bază creșterea în dimensiuni a prostatei cu îngustarea treptată a lumenului uretrei (componenta mecanică) și hipertonusul fibrelor musculare netede ale prostatei și uretrei posterioare (componenta dinamică). Cunoașterea mecanismelor patogenetice de dezvoltarea a uropatiei obstructive prezintă o importanță nu numai teoretică, dar și practică. Rezultatele cercetărilor multilaterale a mecanismelor patogenetice a obstrucției infravezicale permit de a depista uropatia obstructivă în cele mai precoce etape, ceea ce va da posibilitatea optimizării metodelor de tratare a acestor pacienți de pe pozițiile concepțiilor contemporane ale patogenezei acestei afecțiuni, de a efectua monitoringul și la timp de a include corectivele în schemele tratamentului selectat.

Problema tratamentului hiperplaziei benigne a prostatei până în prezent rămâne actuală [1; 3; 18]. Pe parcursul ultimilor 20 de ani a apărut posibilitatea de a trata bolnavii cu stadii incipiente ale acestei maladii și cu preparate medicamentoase argumentate patogenetic [6; 9; 17]. Criteriile nefavorabile caracteristice progresării hiperplaziei de prostată sunt:

- creșterea antigenului prostatic specific (PSA) în serul sanguin peste 4 ng/ml;
- volumul prostatei hiperplaziate de peste 45 cm³ (trebuie luată în calcul posibilitatea unui edem prostatic în procesul inflamator acut, care are limite de timp);
- punctajul simptomelor la scara IPSS de peste 7;
- reducerea vitezei maxime a jetului urinar (sub 10 ml/s).

În plus, vârsta bolnavului și maladiile asociate au un rol considerabil în alegerea tacticii tratamentului, mai ales, în deciderea tratamentului chirurgical.

Urologia contemporană dispune de numeroase metode de tratament al acestei afecțiuni [4; 5; 14], dar cele mai radicale continuă să fie considerate doar metodele chirurgicale, care includ adenomectomia deschisă și rezecția transuretrală a HBP [2; 9; 19]. În clinicile urologice moderne TURP se realizează în 98,2% cazuri, iar intervențiile deschise în 1,7-2,1% cazuri [7].

În tratamentul hiperplaziei benigne a prostatei de dimensiuni mari, metoda chirurgicală principală timp îndelungat s-a considerat adenomectomia transvezicală [5]. Dar în pofida eficienței înalte a acesteia, procentul complicațiilor din perioada postoperatorie este mai mare comparativ cu intervențiile endoscopice. Astfel, după adenomectomia transvezicală numărul total de complicații constituie între 12,5% și 23,02%, iar potrivit datelor Roehrborn C.G. [10], acest indicator atinge 38,5%.

Așadar, o problemă nerezolvată a chirurgiei contemporane este alegerea modalităților de tratament chirurgical al bolnavilor cu complicații obstructive tardive ale adenomectomiei transvezicale [14]. Complicațiile obstructive (scleroza colului vezicii urinare și strictura uretrei posterioare) care se întâlnesc între 1,5% și 9,2% [15], contribuie la înrăutățirea bruscă a actului micțiunii și cer, de regulă, un tratament special suplimentar, o corecție în exclusivitate cu ajutorul tratamentului endoscopic [8].

Prostatectomia transuretrală sau rezecția transuretrală a prostatei prezintă generația a doua a metodelor chirurgicale de tratare a uropatiilor obstructive, determinate de hiperplazia benignă a prostatei [7; 11]. În fond, potrivit datelor întrunirilor internaționale (a Asociației Urologice Americane și celei Europene), referitoare la tratamentul hiperplaziei prostatice, precum și a părerilor diferitor autori, rezecția transuretrală a prostatei (TUR) este considerată la nivel mondial și rămâne "standardul de aur" în tratamentul HBP [3; 5; 14].

Această metodă de tratament a substituit adenomectomia deschisă, este la 70%-95% de pacienți ca metodă selectivă dintre cele chirurgicale de tratament a HBP și obstrucției infravezicale, provocată de aceasta [5; 8] și se efectuează în 63,7-98,3% dintre toate metodele invazive de tratament al hiperplaziei prostatei [4; 9]. Metoda practic nu cedează prin eficiență operației deschise și totodată are o serie de avantaje, ca traumatizarea mai mică, posibilitatea de repetare fără sporirea riscului pentru bolnav, numărul mai mic de complicații, reducerea duratei spitalizării, perioada de reabilitare mai scurtă, letalitatea postoperatorie mai mică etc. [3; 5; 10].

Dar e de menționat, că de rând cu eficacitatea înaltă tratamentul chirurgical subînțelege și un anumit risc, ce constă în posibilitatea dezvoltării complicațiilor intra- și postoperatorii care au loc la 8-22% din bolnavi [12]. În plus există o categorie anumită de pacienți cu HBP, la care executarea prostatectomiei (adenomectomiei) deschise sau electrorezecției transuretrale de prostată (TUR) este periculoasă sau contraindicată, și în același timp, terapia medicamentoasă în cazul lor va fi ineficientă din cauza caracterului pronunțat al simptomelor de obstrucție infravezicală [7]. Astfel de bolnavi deseori sunt nevoiți să trăiască cu cistostomul, fapt care le reduce brusc calitatea vieții și duce la dezadaptarea socială a pacienților.

Posedând o eficiență clinică înaltă, TUR a prostatei are și un șir de complicații care se depistează la 25,67% dintre bolnavii operați [6; 8]. Printre acestea se numără recidivele adevărate și recidivele false de HBP, hemoragiile intra- și postoperatorii, sindromul TUR, incontinența de urină, scleroza colului vezicii urinare, stricturile uretrei, ejacularea retrogradă etc.

Astfel, potrivit datelor lui Мартов А.Г. și coaut. [15] și Сергиенко Н.Ф. și coaut. [17] după TUR, executată la bolnavii cu HBP, hemoragia în perioada intraoperatorie și postoperatorie precoce a fost depistată la 11,5% dintre bolnavi, uretrita acută – la 5,8%, epididimită acută – la 29%, retenția urinară acută – la 5,4%, păstrarea simptomaticei iritative în perioada tardivă postoperatorie – la 10,6%, scleroza colului vezicii urinare – la 4,2%, strictura uretrei – la 6,9%, incontinența de urină – la 1,6% de bolnavi.

Analiza retrospectivă a complicațiilor TUR prostatei [13] a demonstrat, că complicațiile intraoperatorii și postoperatorii precoce sunt legate de nivelul de însușire a tehnicilor TUR (numărul lor s-a micșorat de la 21 până la 4,2%). Dintre toate complicațiile postoperatorii cel mai mare procent revine recidivei obstrucției infravezicale. OIV postoperatorie recidivantă, conform lui Трапезникова М.Ф. și coaut. [14] poate fi precoce (imediată) și tardivă.

Necâtând la studiile științifice existente în problema apariției complicațiilor în perioada postoperatorie a adenomectomiei transvezicale și rezecției transuretrale, și măsurilor de prevenire a acestora, rămân un șir de probleme nerezolvate: stabilirea cauzelor apariției complicațiilor în perioada postoperatorie, legătura acestora cu structura morfologică a prostatei, dependența dezvoltării complicațiilor din perioada tardivă de evoluția perioadei postoperatorii precoce.

În pofida perfecționării în continuu a tratamentului chirurgical, complicațiile postoperatorii mai rămân la un nivel înalt și nu au o tendință de descreștere. Nu s-au studiat suficient particularitățile evoluției clinice a HBP de dimensiuni mari [13], nici dezvoltarea, identificarea și tratamentul obstrucției infravezicale la bolnavii cu lobul median hiperplaziat al HBP.

Tradițional în tratamentul prin TUR s-a recurs în volumul prostatei relativ nu mare – până la 80 cm³. Dar odată cu perfecționarea chirurgiei transuretrale această metodă a început a fi folosită pentru înlăturarea glandei prostatice mari – până la 100-120 cm³ (cu condiția obligatorie – experiență suficientă a chirurgului). HBP de dimensiuni mari (mai mari de 80 cm³) este la 10-20% de pacienți cu această patologie. Înlăturarea adenomului cu astfel de dimensiuni e posibilă prin diverse modalități. Acestea sunt adenomectomia transvezicală și retropubiană, rezecția transuretrală, enuclearea laser a prostatei, enuclearea transuretrală bipolară a prostatei (TUEB). Anterior au fost elaborate diverse modalități și ale intervențiilor transuretrale în dependență de dimensiunile glandei hiperplaziate. Așa în volumul prostatei de 30 cm³ – vaporizarea prostatei, de 35-80 cm³ – TURis HBP, 90-250 cm³ – TUEB. Conform celor menționate de Мартов А.Г. și coaut. (2014), enuclearea transuretrală în HBP reprezintă o alternativă a adenomectomiei deschise sau a rezecției transuretrale a prostatei (TURP) în dimensiuni mari a acesteia (mai mari de 100 cm³).

Totuși TUR practic nu este aplicabilă în volumul glandei de 150 cm³ și mai mare din cauza riscului mare de apariție a complicațiilor intraoperatorii (hemoragie, TUR-sindrom și al.), frecvența cărora crește odată cu majorarea volumului țesutului hiperplaziat, supus electrorezecției [3; 14; 19].

Totodată probabilitatea apariției unor complicații ale rezecției transuretrale standard ca hemoragia în perioada intraoperatorie și postoperatorie (care apare la 0,9-10% din pacienți), precum și sindromul ”intoxicării hidrice” a organismului (0,1-1% din pacienți), au determinat inițierea identificării unor tehnologii de alternativă minim invazive, inclusiv endoscopice de tratare a bolnavilor cu HBP – metode, care nu ar ceda după eficacitate TUR și ar contribui la micșorarea numărului complicațiilor și insucceselor acesteia [6; 10].

Lista tehnologiilor de alternativă s-a extins considerabil în ultimul timp și include terapia medicamentoasă, stentarea, dilatarea cu balonul, hipertermia și termoterapia, ablația cu ultrasunet și cu ace, coagularea interstițială, terapia transuretrală cu microunde precum și administrarea alcoolului etilic (etanolului) și botoxului în prostată etc.

Perioada actuală, a treia, în tratamentul HBP se caracterizează prin dezvoltarea rapidă a modalităților tehnologice endoscopice noi, care în prezent concurează cu TUR în tratamentul HBP, acel care s-a considerat ca metoda de bază în tratamentul acestei afecțiuni pe parcursul câtorva decenii [15]. Rezecția transuretrală bipolară a prostatei [18], ablația (enuclearea) laser Holmium (Ho LEP) [2; 4; 6; 14] și vaporizarea transuretrală a prostatei (TUVRP) prezintă noi modalități de tratare a HBP [5; 16].

La fiecare din modalități există avantaje și dezavantaje. Prezența instrumentelor, deprinderilor chirurgicale și indicațiilor determinate pentru una sau altă metodă au importanță destul de semnificativ pentru rezultatul favorabil. TUR prostatei poate fi monopolar sau bipolar, folosirea ansei subțiri sau groase [3; 8; 17]. TUR bipolară a prostatei este urmată de o hemoragie mai puțin exprimată și de un risc mai mic de dezvoltare a hiponatriemiei diluționale.

În tratamentul pacienților cu OIV, determinată de hiperplazia prostatei (adenomului de prostată) în prezent se implementează noi metode minim invazive endoscopice cu laser – enuclearea laser [4; 20], care permite de a minimiza numărul complicațiilor și de a reduce durata aflării pacientului în spital.

Aplicarea cu succes a tehnologiilor laser în medicina mondială numără peste 35 de ani. În ultimii 25 de ani are loc implementarea pe larg a tratamentului cu ajutorul laserului în cele mai înguste specialități medicale. Acest laser posedă o asociere (combinare) ideală de tăiere și coagulare, însă acesta este puțin cercetat.

În prezent, metodologiile laser fără contact sau cu contact sunt folosite atât pentru coagulare, cât și pentru vaporizarea țesutului hiperplaziat al prostatei, pentru micșorarea volumului acesteia și crearea unei scurgeri adecvate a urinei din vezica urinară [20].

Tratamentul cu laser Holmium YAG a prostatei a evoluat de la ablație, rezecție la tehnica actuală de enucleare. HoLAP (Ablația cu laser Holmium a prostatei) este un proces migălos din cauza ratei de ablație lente a țesutului și este indicată numai pentru glandele mici.

Rezecția cu ajutorul laser Ho:YAG de obicei se execută în cazurile când volumul prostatei nu depășește 60 cm³; în dimensiuni mari a prostatei se efectuează enuclearea. Se știe că chirurgia cu laser a HBP are atât avantaje, cât și dezavantaje. La avantajele acestei metode se referă lipsa hemoragiilor intraoperatorii și postoperatorii, lipsa "sindromului TUR", caracterul invaziv și traumatizant redus al intervenției, și, un fapt deosebit de important, posibilitatea de aplicare la bolnavii cu un risc operator și anesteziologic ridicat. La dezavantajele metodologiei laser se rapoartă evacuarea îndelungată postoperatorie a urinei, durata lungă a intervenției propriu-zise, caracterul neradical relativ al tratamentului, survenirea tardivă a deobstrucției, disuria considerabilă în perioada postoperatorie.

Așadar, odată cu dezvoltarea chirurgiei endoscopice, au fost implementate metode noi, minim invazive, de tratament al obstrucției infravezicale de diferită genă. Alegerea metodei de tratament al obstrucției infravezicale este determinată, în principal, de două circumstanțe ce se exclud reciproc: riscul intervenției chirurgicale și calitatea restabilirii funcției de micțiune. Deseori, trebuie selectată metoda mai puțin ofensivă în detrimentul rezultatelor.

Chirurgia cu laser și plasmakinetică, rezecția transuretrală și combinarea acestora posedă o serie de avantaje în raport cu intervențiile tradiționale deschise: un număr mai mic de complicații, posibilitatea de aplicare a acestor metode la bolnavii cu maladii asociate grave, durata mică a perioadei zile-pat, eficiență economică.

Totuși, în pofida avantajelor enumerate, intervențiile endoscopice, ca orice alte intervenții chirurgicale, sunt însoțite de complicații ce reprezintă 15-30% [5; 18; 20].

Sursele existente în literatura autohtonă și cea internațională reflectă, în fond, metoda și tehnica tratamentului endoscopic al obstrucției infravezicale, în timp ce lucrările cu privire la complicații sunt puține la număr. În sursele literare accesibile nouă, doar lucrări unice (singulare) sunt dedicate complicațiilor la utilizarea laserului de energie sporită în tratamentul obstrucției infravezicale. O serie de autori consideră că distrucția cu laser în obstrucția infravezicală este o metodă simplă, inofensivă, spre deosebire de metodele tradiționale nu necesită transfuzie de sânge și poate fi executată în condiții de ambulatoriu [6; 9; 16; 19]. Alți autori nu împărtășesc acest optimism [2; 5; 8; 14].

Una dintre direcțiile cu perspectivă, ce contribuie la îmbunătățirea calității tratamentului obstrucției infravezicale, este aplicarea combinată a acestor metode (TUR și Ho Laser; TUR și Vaporizare). În acest caz, se presupune compensarea curențelor unei metode prin posibilitățile celeilaltei. Dar aplicarea asociată a metodologiilor minim invazive nu exclude apariția diferitor complicații al căror caracter este puțin studiat în prezent [14; 18; 20].

În lucrările din ultimii ani, sunt reflectate puțin sau insuficient diferite tipuri de complicații ale intervențiilor endoscopice, puțin sau nu menționează criteriile de prognozare a acestora.

Până în prezent, în Republica Moldova problema tratamentului chirurgical al afecțiunilor manifestate prin obstrucție infravezicală, în endourologie nu a fost elucidată într-o lucrare de sinteză.

Toate cele menționate mai sus determină actualitatea și necesitatea efectuării unor cercetări fundamentale comparative cu scopul studierii patogenezei complicațiilor intraoperatorii, postoperatorii precoce și tardive ale metodelor endoscopice de tratament al maladiilor urologice respective cu dereglări obstructive ale urodinamiei căilor urinare inferioare, determinării factorilor de risc al aparițiilor și elaborării metodelor de prevenire a acestor complicații; a tacticii reabilitării postoperatorii a bolnavilor, determinării indicațiilor întemeiate și a contraindicațiilor către metodele de tratament, iar lipsa informației în aceste probleme a constituit un temel pentru efectuarea unei cercetări proprii.

În cadrul cercetării științifice actuale, a fost analizată eficiența comparativă a metodelor chirurgicale de tratament a acestor patologii, practicate pe larg în Republica Moldova și posibilitatea implementării metodelor noi minim invazive și sofisticate pentru soluționarea reușită a majorității afecțiunilor obstructive infravezicale.

Concluzii

OIV a căilor urinare, fiind un proces patologic poli etiologic și care se manifestă prin simptomele căilor urinare inferioare, în pofida studiului profund și multilateral, rămâne o problemă serioasă a urologiei contemporane; reprezintă o problemă medico-socială importantă din cauza incidenței înalte la pacienții cu vârsta aptă de muncă, cu posibilități limitate de prevenire și evoluție spre complicații potențial grave și letale în lipsa tratamentului adecvat. Tot odată, recidiva OIV – este cea mai manifestată complicație postoperatorie tardivă, determinată de procesul cicatricial în uretră și segmentul vezico-uretral (stricturi și obliterații) și de creșterea în continuu a masei țesutului adenomatos (recidiva reală sau falsă a HBP).

Rezultatele de ultima oră în domeniu și progresul tehnico-științific au modificat într-o măsură considerabilă evaluarea tradițională în tratamentul multor maladii urologice, care provoacă obstrucția infravezicală. Urologia contemporană dispune de numeroase metode de tratament al acestor maladii, în special modalități tehnologice endoscopice noi (vaporizarea transuretrală și plasmakinetică, enuclearea laser Holmium) și diverse asocieri a lor, fiecare cu avantajele și dezavantajele sale, care semnificativ concurează cu cele tradiționale, considerate ca metode de bază pe

parcursul ultimilor câtorva decenii, creând posibilități de abordare individuală a acestora pentru a asigura reușita finală a intervenției medicale.

Bibliografie:

1. Ghicavii V. Adenomul de prostată concepții noi de diagnostic și tratament. Info-Med. 2014, Nr. 3 (25) p. 41-46.
2. Ghicavii V. Evaluarea comparativă a inciziei și rezecției transuretrale în cadrul tratamentului endoscopic al sclerozei de col vezical, sclerozei de prostată și hiperplaziei prostatice benigne: studiu retrospectiv, descriptiv, pe serie de cazuri. MJHS. Revistă de Științe ale Sănătății din Moldova vol. 3. Nr. 1/2015, p.19-25, ISSN 2345-1467.
3. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Локшин К.Л. и др. Выбор метода лечения больных гиперплазией предстательной железы: монография. Москва, 2005, с.176.
4. Базаев В.В., Дутов В.В., Морозов А.П. Трансуретральная резекция простаты (ТУРП) у больных с объемом простаты более 80 мл. Материалы I Российского Конгресса по Эндоурологии. Москва, 2008, с. 25-26.
5. Гориловский Л.М. Эпидемиология и факторы риска развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы. В кн.: Доброкачественная гиперплазия пред-стательной железы. Под ред. акад. РАМН Н.А. Лопаткина. Москва 1999 с. 12-20.
6. Сивков. А. В. и др. Аденома предстательной железы и гиперактивный мочевого пузыря: оценка симптомов и выбор терапии// Урология: научно- практический журнал. 2009. № 2. с. 78-84.
7. Ситдыков Э.Н., Зубков А.Ю., Зубков Э.А. Выбор метода оперативного лечения боль-ных с аденомой предстательной железы. Казанский медицинский журнал, 2004.-N 5, с. 356-359
8. Холтобин Д.П., Кульчавеня Е.В., Айзикович Б.И. Применение лазерной вапоризации для лечения аденомы предстательной железы. Урология 2013, №4.
9. Цариченко Д.Г. Профилактика, диагностика и лечение осложнений трансуретра-льного электровыпаривания доброкачественной гиперплазии предстательной железы: диссертация канд. мед. наук. Москва, 2000, с. 223.
10. Boyle P. et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms in men and its influence on their quality of life: Boxmeer Study. Ned Tijdschr Geneesk. 2000 Dec 30;144 (53): 2558-63. Dutch.
11. Emberton M. et al. BPH. A progressive disease of the aging male. Urology. 2003, 61, p. 267-273.
12. Gibbon R.P., Mc Nicholas T.A. et al. Surgical and Laser Treatment// The 2nd Inter-national Conclusion on Benign Prostatic Hyperplasia – Paris, 1993, p. 363-364.
13. Kabalin J.N. Invasive therapies for benign prostatic hyperplasia. Monographs in Urology. 1997, vol. 18, N 2, p. 19-24.
14. Madersbacher S. et al. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines). Eur Urol 2004; 46:547–54.
15. McVary K.T. et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. J. Urol. 2011 May, 185(5), p. 1793-1803.
16. Roehrborn C. G. et al. BPH Registry and Patient Survey Steering Committee. The Benign Prostatic Hyperplasia Registry and Patient Survey: study design, methods and patient baseline characteristics. BJU International. 2007, 100 (4), p. 813-819.
17. Rossette J. J. et al. Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia. European Association of Urology Guidelines. 2009 edition: 35-36.
18. Varkarakis I. et al. Long-term results of open transvesical prostatectomy from a contemporary series of patients. Urology 2004;64:306-10.
19. Wei J.T. et al. Benign prostatic hyperplasia evaluation and management by urologists and primary care physicians: practice patterns from the observational BPH registry. J. Urol. 2011 Sep, 186(3), p. 971-976.
20. Wilt T.J., N'Dow J. Benign prostatic hyperplasia. Part 2- management. BMJ. 2008 Jan 26, 336(7637), p. 206-210.

Sergiu Moraru - student, Oxana Odobescu – chirurg mamolog, asistent universitar Catedra Oncologie, Hematologie și Radioterapie, USMF „Nicolae Testemițanu”

PREPARATELE INHIBITOARE ALE ANGIOGENEZEI TUMORALE – O NOUĂ TENDINȚĂ ÎN TRATAMENTUL TUMORILOR SOLIDE

TUMORAL ANGIOGENESIS INHIBITORS - NEW TREND IN TREATMENT OF SOLID TUMORS

Summary: Angiogenesis (from gr. *Angeion* blood vessel and *genesis* - birth) is the process of forming *new* vessels, from the network of existing vessels. The phenomenon begins during fetal life and continues in child and adult, ensuring growth and development. Aberrations of phenomenon can be a condition *sin quo non* in the pathogenesis of diseases such as *cancer*. Angiogenesis inhibitors are revolutionary products called *molecular targeted therapies* aimed to inhibiting the progression of essential processes in carcinogenesis, one of which is angiogenesis. The result may be achieved using monoclonal antibodies - bevacizumab, cetuximab, or small molecule drugs - sunitinib, pazopanib, everolimus, etc.

Key words: angiogenesis, cancer, molecular targeted therapy, bevacizumab.

ПРЕПАРАТЫ ИНГИБИТОРЫ АНГИОГЕНЕЗА ОПУХОЛИ - НОВАЯ КОНЦЕПЦИЯ В ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕ

Резюме: Ангиогенез (греч. *angion* — сосуд и *genesis* — происхождение, возникновение) процесс формирования и развития новых кровеносных сосудов, начиная с уже существующей сети сосудов ещё во время внутриутробного развития и продолжает своё формирования у детей и у взрослых. Нарушение этого процесса может послужить главным фактором в возникновение опухоли. Ингибиторы ангиогенеза являются революционными препаратами, названные и целевая терапия, направлены на