

11. Swerdlow AJ, Higgins CD, Pike MC. Risk of testicular cancer in cohort of boys with cryptorchidism. *BMJ* 1997; 314 : 1507–11
12. Moller H, Cortes D, Engholm G, Thorup J. Risk of testicular cancer with cryptorchidism and with testicular biopsy: cohort study. *Br Med J* 1998; 317: 729–30
13. Colls BM, Harvey VJ, Skelton L, Thompson PI, Frampton CM. Bilateral testicular germ cell tumours in New Zealand: experience in Auckland and Christchurch 1978–94. *J Clin Oncol* 1996; 14 : 2061–5
14. Fosså SD, Chen J, Schonfeld SJ et al. Risk of contralateral testicular cancer: a population-based study of 29 515 U.S. men. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 1056–66
15. Theodore CH, Terrier-Lacombe MJ, Laplanche A et al. Bilateral germ-cell tumours: 22-year experience at the Institut Gustave Roussy. *Br J Cancer* 2004; 90: 55–9
16. Westergaard T, Olsen JH, Frisch M, Kroman N, Nielsen JW, Melbye M. Cancer risk in fathers and brothers of testicular cancer patients in Denmark. A population-based study. *Int J Cancer* 1996; 66: 627–31
17. Raman JD, Nobert CF, Goldstein M. Increased incidence of testicular cancer in men presenting with infertility and abnormal semen analysis. *J Urol* 2005; 174: 1819–22
18. Stone JM, Cruickshank DG, Sandeman TF, Matthews JP. Laterality, maldescent, trauma and other clinical factors in the epidemiology of testis cancer in Victoria, Australia. *Br J Cancer* 1991;64:132–8.
19. Haughey BP, Graham S, Brasure J, Zielezny M, Sufrin G, Burnett WS. The epidemiology of testicular cancer in upstate New York. *Am J Epidemiol* 1989;130:25–36.
20. Merzenich H, Ahrens W, Stang A et al. Correction of cryptorchidism and testicular cancer. *N Engl J Med* 2007; 357: 825–7

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

MANAGEMENTUL ȘI ASPECTE EPIDEMIOLOGICE A HIPERTROFIEI BENIGNE DE PROSTATĂ

MANAGEMENT AND EPIDEMIOLOGICAL ISSUES IN BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Summary: The overall increase in the number of elderly population, in other words - an aging population, which is registered in most countries, has resulted in an unprecedented rise in related to age chronic pathologies. One of the most widespread diseases of old age and senile men is benign prostatic hyperplasia (BPH): under a series of studies carried out abroad, this pathology develops in 95% old men. If treatment is not started timely and if it is inadequate, BPH can leads to impaired function of vital organs and develop chronic renal failure. Underrating the importance of pathology both by patients themselves and the medical assistance system create situation in which BPH treatment falls like a heavy burden on health systems of most countries. The article analyze not only the epidemiological situation of BPH in our country and the world , but also some established approaches in the treatment of this pathology.

Keywords: prostate, management, BPH, transurethral resection.

МЕНЕДЖМЕНТ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРОСТАТЫ

Резюме: Общее увеличение числа пожилых людей, другими словами - старение населения, которое зарегистрировано в большинстве стран привели к беспрецедентному увеличению числа хронических заболеваний. Одним из наиболее распространенных заболеваний и старческого пожилых мужчин является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ): Ряд исследований, проведенных за рубежом, показывают, что эта патология развивается у 95% среди пожилых мужчин. Кроме того, ДГПЖ приводит к значительному снижению качества жизни и вызывает расстройства и физические и моральные страдания, вызванные психологическими травмами, сексуальных конфликтов, неврозов и развития неврастении. Недооценки важности патологии, таких как пациенты сами и система здравоохранения создает ситуацию, когда лечение ДГПЖ падает, как тяжелое бремя на системы здравоохранения в большинстве стран.

В данной статье рассматривается не только эпидемиологическая ситуация ДГПЖ в нашей стране и мире, но и некоторые установленные подходы в лечении данной патологии.

Ключевые слова: простата, управление, BPH, трансуретральная резекция.

Creșterea globală a numărului populației vîrstnice, cu alte cuvinte - îmbătrînirea populației, care se atestă în majoritatea țărilor lumii, s-a soldat cu o creștere fără precedent a patologiilor cronice și celor legate de vîrstă (tumori, diabetul zaharat, maladiile cronice ale organelor respiratorii, ale sistemului cardiovascular și ale sistemului osteo-muscular, patologia organelor auditive și oftalmologice, boli renale etc.) [3; 7].

Una dintre cele mai răspândite maladii ale bărbaților de vîrstă înaintată și senilă este hiperplazia benignă de prostată (HBP): la pacienții vîrstnici această patologie se dezvoltă la 95% dintre bărbați [1; 8]. În cazul unui tratament neînceput la timp și inadecvat, HBP conduce la dereglarea funcțiilor organelor vitale, în particular, se dezvoltă insuficiența renală cronică, ceea ce cade ca o povară grea pe sistemul sănătății, pentru că tratamentul HBP impune în

prezent resurse financiare considerabile [9; 15]. Astfel, banii alocați de șase cele mai dezvoltate țări ale lumii, doar pentru asistența chirurgicală a bolnavilor cu HBP, depășesc 4 mlrd. dolari SUA pe an.

Un fapt și mai important este că dezvoltarea HBP determină înrăutățirea considerabilă a calității vieții persoanelor în etate. Tulburările condiționate de HBP provoacă suferințe fizice și morale mari, determinate de traumatismul psihic profund, conflictul sexual, dezvoltarea nevrozei și neurasteniei [4; 12; 17].

La Congresul al XVI-lea al Asociației Europene a Urologilor, din anul 2012, s-a menționat că în pofida numeroaselor studii epidemiologice, realizate pe parcursul a 20 de ani precedenți, incidența reală prin HBP este greu de determinat [20]. În opinia lui Deters [1], dificultatea principală în evaluarea exactă a incidenței prin HBP este legată de lipsa unei definiții general acceptate a acestei maladii și a criteriilor de diagnosticare a acesteia, în special, la stadiile incipiente ale bolii. Mulți autori, inclusiv Roehrborn C.G. [2], consideră pe deplin întemeiată deosebirea diagnosticului morfologic de cel clinic la studierea epidemiologiei hiperplaziei benigne de prostată. Aceasta se explică prin faptul că prezența HBP poate fi stabilită veridic doar pe baza unei investigații morfologice a țesutului prostatic, iar diagnosticul clinic definitiv – „hiperplazia benignă de prostată” – numai după excluderea tuturor celorlalte maladii, ale căror manifestare comună o reprezintă simptomele căilor urinare inferioare, Rossette J.J. et. al., 2009.

Potrivit datelor unui studiu internațional complex, realizat de Schroder F. et.al în anul 1992, în Europa, Asia și America, semnele morfologice de HBP au fost depistate la 11,4% dintre pacienții cu vârste de 40-49 de ani, la 38,2% dintre pacienții cu vârste de 50-59 de ani, la 68,5% - de 60-69 de ani, 79,6% - de 70-79 de ani și la 81,4% dintre bărbații cu vârste de peste 80 de ani. Date similare au fost publicate cu 9 ani mai târziu de către Wei J.T. et. al., 2011 [5]. Conform datelor lui Лопаткин Н.А. 2011, la autopsie HBP se depistează la peste 80% dintre bărbații cu vârste de peste 70 de ani [21].

În același timp, pe baza constatării unei prostate mărite încă nu poate fi stabilit diagnosticul clinic exact de HBP, pentru că mărirea dimensiunilor prostatei nu întotdeauna corelează cu simptomele clinice și cu viteza de micțiune.

În acest context, în ultima perioadă incidența prin HBP importantă clinic se evaluează după numărul de bărbați care solicită asistență medicală cu simptome ale căilor urinare inferioare. Chiar dacă apariția simptomelor menționate poate fi cauzată de alte maladii și tulburări: prostatita cronică, cancerul de prostată etc., încă în secolul al XIX-lea s-a dovedit că anume HBP reprezintă cauza cea mai frecventă a tulburărilor de micțiune.

Cercetătorii raportează o incidență diferită a manifestărilor clinice a HBP. Conform publicațiilor lui Лопаткин Н.А. 2011, circa 55% dintre pacienții cu vârste de peste 60 de ani prezentau anumite grade de HBP manifestată clinic. În opinia lui B. Djavan [6], complexul de simptome caracteristic și modificările de prostată macrostructurale, importante clinic, se dezvoltă la 40-50% dintre bărbații cu vârste de 50-64 de ani. Totodată, se consideră că numărul de bărbați cu SCUI se dublează odată cu fiecare deceniu de viață.

Sub acest aspect, sunt interesante datele prezentate de S. Madersbacher et al. în anul 2004. Astfel, aproape 2/3 dintre bărbații cu dereglări ale actului micțiunii nu s-au adresat medicilor și nu au fost supuși investigațiilor. Motivele principale, invocate de peste 45% dintre cei chestionați: frica de intervenție chirurgicală și de diagnosticul „cancer de prostată”. Alți 16% au fost de părere că aceste simptome sunt specifice vârstei, și nu maladii; 8% au avut un sentiment de rușine, etc. [8; 16].

Astfel, problemelor sus-menționate privind complicațiile grave ale HBP, povara tratării hiperplaziei benigne de prostată și calitatea vieții pacienților cu această maladie, li se adaugă problema hipodiagnosticului HBP din cauza neinformării pacienților despre simptomele principale ale acestei maladii și despre oportunitățile de tratament contemporane. Această situație are impact asupra: pronosticului evoluției maladii: în anul 2016, HBP a fost cauza decesului pentru 0,08% din totalul bărbaților decedați din țara noastră sau 0,19% dintre bărbații cu vârste de 75 și mai mulți ani.

Data fiind importanța acestei probleme, din anul 2008 în republică a fost elaborat Protocolul Clinic Național dedicat adenomului de prostată [22]. Astfel, doar 21,4% dintre pacienții cu patologie depistată sunt luați în evidența de dispensar (ED) în legătură cu HBP în organizațiile sistemului sănătății. Totodată, frecvența luării în ED variază în funcție de raioanele republicii.

Până în prezent, s-au format două alternative în tratamentul HBP: tratamentul chirurgical și cel medicamentos. Hiperplazia benignă de prostată, pe parcursul multor ani era recunoscută drept maladie chirurgicală, iar „standardul de aur” în tratamentul acesteia, în ultimii ani, a fost rezecția transuretrală a prostatei [10; 11; 12]. Totuși, caracterul invaziv și existența unui număr important de eventuale efecte adverse au condus la răspândirea largă a tratamentului medicamentos. Acesta continua să se dezvolte, iar scopurile majore ale elaborărilor noi rezidă în reducerea frecvenței de administrare a preparatelor și a manifestării efectelor adverse, în condițiile menținerii eficienței clinice. Numărul de bărbați care efectuează tratament medicamentos pentru HBP continua să crească, ca și în întreaga lume. La Congresul al XX-lea al Asociației Europene a Urologilor în anul 2016, s-a menționat că ultimul deceniu se caracterizează printr-o tendință constantă de scădere a numărului de intervenții chirurgicale pentru HBP simptomatică în favoarea terapiei conservative sau miniminvasive.

E de menționat în acest articol locul și sarcina metodelor conservative, aplicate în tratamentul HBP, vom menționa că terapia medicamentoasă trebuie să le fie prescrisă bolnavilor cu manifestări incipiente de tulburări de micțiune, fără antrenarea în proces a căilor urinare superioare și fără complicații; pacienților cu contraindicații absolute pentru tratamentul chirurgical; pacienților care au refuzat tratamentul chirurgical sau care îl amână din diferite motive [12; 13].

Cu regret, alegerea tratamentului medicamentos al HBP deseori este determinată de posibilitățile financiare ale bolnavului și ale familiei sale.

Tratamentul chirurgical a fost recunoscut drept cel mai eficient în cazul complicațiilor și al formelor severe de HBP, mai ales, în cazul nereușitei terapiei medicamentoase [14; 18; 19].

În prezent, hiperplazia benignă de prostată este după incidență a doua cauză a internărilor în secția de urologie a staționarelor din republică, care cedează doar în fața urolitiazii: HBP îi revină o cotă cuprinsă între 18 și 22% din internările în secțiile de urologie. Numărul de pacienți spitalizați cu HBP crește progresiv și în ansamblu pe țară. În anul 2011, 510 de persoane urmau tratament pentru HBP în staționarele din republică, pe când în 2015 numărul pacienților a crescut cu 14% - până la 590. Dintre preparatele medicamentoase, potrivit datelor și rezultatelor monitorizării farmaciilor și spitalelor, în Moldova preparatele de origine vegetală și naturală sunt cele mai solicitate. În continuare, după nivelul de utilizare în tratamentul conservator urmează alfa-blocantele și inhibitorii sintetici de 5-alfa-reductază.

Noi am sistematizat datele referitoare la numărul și tipurile de intervenții chirurgicale pentru HBP, efectuate în republică în ultimii 5 ani. Rata intervențiilor chirurgicale pentru HBP în staționarele republicii a crescut după anul 2011. În opinia noastră, această situație a fost determinată de modificarea structurii de vârstă a populației masculine (îmbătrânirea), dar și de următorii factori negativi: adresarea tardivă a pacientului la medic, diagnosticul neefectuat la timp, carențele în organizarea supravegherii de dispensar și, respectiv, dezvoltarea complicațiilor la diferite stadii ale maladiei.

Principalele tipuri de tratament chirurgical pe parcursul perioadei analizate au fost rezecția transuretrală a prostatei (TURP) și adenomectomia deschisă (AE), în total, acestea au fost executate în 48 și 52% dintre cazuri, respectiv, între anii 2011 și 2015.

Numărul de TURP executate în republică crește semnificativ din an în an. În anul 2015, au fost efectuate 131 TURP și 215 adenomectomii respectiv.

O problemă este atestată în perioada respectivă de 5 ani când numărul de cistostomii executate a scăzut de peste 3 ori. Cota acestora în totalul intervențiilor chirurgicale a scăzut de la 12,0% (2008) până la 3% (2015). Noi vedem în aceste intervenții chirurgicale niște operații de „opțiune temporară”. Cu toate că efectuarea acestora îi eliberează pe bolnavi de suferințe fizice și chiar de decese la momentul respectiv, totuși le îmbunătățește nesemnificativ calitatea vieții. În anul 2012, s-au efectuat 36 de cistostomii, în 2013 - 14. La majoritatea pacienților această metodă de tratament chirurgical se aplică provizoriu (pentru 1-2 luni), după care se execută TURP sau AE (etapa a 2-a a intervențiilor la prostată). Dar potrivit datelor noastre, la majoritatea bolnavilor operați drenajul cistostomic, cu toate că rămâne pe o perioadă de timp mult mai mare totuși se înlătură pînă la urmă datorită posibilității de a efectua intervenții miniminvasive noi cum ar fi PVP („plazma” vaporizare) sau TuYAG vaporezecție (Tuleum laser 2,0-mcroni CW) recent introduse în practica urologică din republică. În opinia noastră, cauzele scăderii atât de semnificative a numărului de cistostomii sunt modificarea structurii de vârstă a populației masculine, dar și posibilitățile tehnice noi miniminvasive în organizarea asistenței medicale a bolnavilor cu HBP. Aceasta conduce la creșterea în republică a numărului de pacienți vîrstnici purtători ai unui adenom voluminos și cu patologii asociate care necesită profilaxie și tratament al BPH, dar și care au nevoie de reabilitare medico-socială și psihologică.

Astfel, în prezent, pe fundalul creșterii semnificative a incidenței prin HBP în rândul populației, problema identificării unor soluții optime de asistență medicală pentru bolnavii cu HBP în republica noastră rămâne nerezolvată pe deplin.

Concluzii:

Pe fundalul îmbătrânirii populației în întreaga lume se atestă o creștere semnificativă a incidenței hiperplaziei benigne de prostată, care deseori este însoțită de dezvoltarea unor complicații severe. Problemele majore cu care se confruntă sistemul sănătății din majoritatea țărilor în tratamentul HBP, sunt „povara tratamentului maladiei”, care este tot mai mare, necesitatea asigurării unei calități decente a vieții pentru pacienții cu HBP.

Până în anul 2009, nu a existat nici un protocol național, fapt care a condus la subaprecierea importanței patologiei.

Există două alternative în îngrijirea și tratarea pacienților cu HBP: tratamentul conservator și cel chirurgical. Cu toate că există un șir de complicații serioase TURP rămîne drept „standard de aur” în tratamentul chirurgical al HBP a prostatei. Numărul acestor intervenții chirurgicale în republică a crescut cu 12% în perioada analizată urmată de o mică descreștere datorită implementării tehnologiilor noi cu utilizarea energiei laser și plazma.

Bibliografie:

1. A.Tănase, V. Ghicavii, P.Cepoida. Adenomul de prostată. (BPH). Protocolul Clinic Național-77, 2008, 44.
2. Elterman D.S., Barkin J., Kaplan S.A. Optimizing the management of benign prostatic hyperplasia. Ther Adv. Urol. 2012 Apr, 4(2), p. 77-83.
3. Deters A.L. et al. Benign Prostatic Hypertrophy, Medscape, Oct. 2011.
4. Roehrborn C.G. Male lower urinary tract symptoms (LUTS) and benign prostatic hyperplasia (BPH). Med. Clin. North Am. 2011 Jan, 95(1), p. 87-100.
5. Rossette J. J. et al. Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia. European Association of Urology Guidelines. 2009 edition: 35-36.
6. Schroder F., Altwein I. Benign Prostatic Hyperplasia. A Diagnosis and Treatment Primer. Oxford, 1992. - P. 31-50.
7. 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.

8. Djavan B. Treatment & Management Benign prostatic hyperplasia: Current clinical practice. Prim Care. 01 Sep2010, 37(3), p. 583-597.
9. Kevin T. et al. Sleep Disturbances and Lower Urinary Tract Symptoms. Current Urology Reports (2011-08-01) 12: 243-244 , August 01, 2011
10. 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.
11. 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.
12. Mebust W.K. Transurethral surgery. In: Campbell's Urology, 7th edn. Walsh P. C. et al. (eds). St. Louis, USA: W.B. Saunders, 1997, p. 1511-1558.
13. Michael Grasso. Minimally Invasive surgery in Urology, Morgagni Medical Society, New York. October 10, 2001.
14. Rocco B. et al. Recent advances in the surgical treatment of benign prostatic hyperplasia. Ther Adv Urol. 2011 Dec;3(6):263-72
15. Roehrborn C.G. et al. Effect of dutasteride on prostate biopsy rates and the diagnosis of prostate cancer in men with lower urinary tract symptoms and enlarged prostates in the Combination of Avodart and Tamsulosin trial. Eur Urol. 2011 Feb; 59(2):244-9.
16. Гориловский Л.М., Доброхотов М.М. Трансуретральная резекция в лечении склероза предстательной железы у больных пожилого и старческого возраста. Материалы XI съезда урологов России. Москва, 2007, с 436-437.
17. Измайлов Р.И. Оптимизация лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы больших размеров. Автор. дисс. Челябинск, 2010.
18. Кабардаков А.Х. Диагностика и лечение инфравезикальной обструкций обусловленной гиперплазированной средней долей простаты. Авт. дис. канд. мед. наук М., 1999.
19. Комлев Д.Л. Отдаленные результаты оперативных методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Автореферат дисс. Москва, 2004.
20. 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.
21. Ситдыков Э.Н., Зубков А.Ю., Зубков Э.А. Выбор метода оперативного лечения больных с аденомой предстательной железы. Казанский медицинский журнал, 2004.-N 5, с. 356-359.
22. Лопаткин Н.А. Урология: М.: 2011. с. 812.

Rotaru Ghenadie, doctor în medicină, Botnari Elena, medic endocrinolog,
Galețchi Mariana, medic imagist, Rotaru Aliona, medic diagnostic de laborator, Republica Moldova

MANAGEMENTUL DEPISTĂRII PRECOCE A STĂRILOR PRECANCEROASE ALE GLANDEI TIROIDE

MANAGEMENT IN EARLY DETECTION OF PRECANCEROUS STATES OF THYROID

Summary: The most common malignant endocrine disorder is the thyroid cancer, which develops on the background of precancerous pathologies – the nodular goiter, particularly the solitary one, the autoimmune thyroiditis, Hashimoto struma. The precocious detection of precancerous condition of the thyroid gland is an issue of a major concern in medical practice due to the high-frequency and to the risk of malignancy.

Key words: thyroid gland, precancerous pathologies.

МЕНЕДЖМЕНТ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резюме: Наиболее распространенными злокачественными эндокринными заболеваниями является рак щитовидной железы, который развивается на фоне предраковых патологий - узловой зоб, особенно единичный узел, аутоиммунный тиреоидит, зоб Хасимото. Скороспелое обнаружение предракового состояния щитовидной железы является вопросом одной из основных проблем в медицинской практике из-за высокой частоты и риск злокачественных новообразований.

Ключевые слова: щитовидная железа, предраковые патологии

Patologia glandei tiroide este una dintre cele mai frecvente maladii ale glandelor endocrine, iar cancerul tiroidian ocupa locul 12 în structura tumorilor maligne, fiind cea mai răspândită formă de cancer endocrin. Conform datelor OMS, în ultimii 20 de ani morbiditatea prin cancer al glandei tiroide s-a dublat. Deși reprezintă cea mai frecventă afecțiune malignă endocrină, diagnosticul precoce este dificil datorită faptului că acesta se dezvoltă pe fondul patologiilor nodulare tiroidiene care au o evoluție lentă. În ultimul timp se observă o tendință de creștere a morbidității patologiei tiroidiene nodulare și a cancerului glandei tiroide, aceasta având multiple cauze: creșterea contingentului de persoane în vârstă, ameliorarea diagnosticului precoce și factorii de mediu. În R. Moldova indicele morbidității prin cancer al glandei tiroide în 1985 constituia anual 1,35 noi cazuri la 100.000 populație, în 2000 – 2,5 noi cazuri, iar în 2011 – 6,8 noi cazuri de îmbolnăvire la 100.000 populație.

În ultimii ani, s-au efectuat diverse studii pentru a stabili corelația dintre patologiile benigne și cancerul glandei tiroide, astfel că acesta se dezvoltă de regulă pe fond precanceros: gușa nodulară, tireoidita autoimună, struma Hashimoto. Nodulii tiroidieni reprezintă entități frecvent întâlnite în practica medicală, majoritatea acestora fiind benigni (numai 5-10% din cazuri reprezintă leziuni maligne). Totuși, descoperirea clinică a unui nodul tiroidian ridică suspiciunea de tumoră malignă, mai ales că în 95% din cazuri se prezintă sub această formă. Examenul clinic simplu