

ISSN 1816-4873
Ediție specială

Arta

Medica

*Revistă medicală
științifico-practică*

Comitetul științific

Prof. A.Tănase
Prof. B.Curajos
Conf. I.Dumbrăveanu
Conf. B.Sasu
Dr. N.Cornea

Secretariatul

Conf. E. Ceban
Dr. V.Sali
Dr. N.Cornea

IMSP Spitalul Clinic
Republican, Clinica de Urologie,
Hemodializă și Transplant Renal,
str.N.Testemițanu, 29, MD-2025,
Chișinău, R.Moldova
Tel/fax: 40 35 22; tel. 20 55 25;
40 35 21;
E-mail:atanase2005@yahoo.com



Rezumate

2006¹¹⁻¹³
octombrie



SUMAR

<i>Insuficiența renală acută în practica medicală și chirurgicală (State of the art lecture)</i> Prof. Dr. ADRIAN TĂNASE	6
<i>Stabilirea caracterului obstructiv al unei dilatații congenitale a tractului urinar (State of the art lecture)</i> Prof. Dr. IOIART IOAN	12
<i>Qvo Vadis?... Prostatectomia radicală laparoscopică (State of the art lecture)</i> I. COMAN, B. PETRUȚ	17
<i>Quo vadis... Laparoscopia în uro-oncologie?</i> I. COMAN, A. R. COȚA, B. FECICHE, D. PORAV-HODADE	20
<i>Hiperplazia benignă de prostată – aspecte actuale de diagnostic și tratament (State of the art lecture)</i> Prof. Dr. F. MICLEA	27
<i>Evaluarea abordului transperitoneal în nefrectomia pentru rinichi pionefrotic</i> V.C. BUCURĂȘ, M. BOTOCA, ALICE DEMA, AL. CUMPĂNAȘ, R. BARDAN	30
<i>Managementul farmacoterapeutic al disfuncției erectile</i> I. DUMBRĂVEANU	31
<i>Кальцитриол в лечении ренальной остеодистрофии у пациентов находящихся на программном гемодиализе</i> Ж. СЕМИДОЦКАЯ, Н. КОТУЛЕВИЧ, А. КУДРЯ	37
<i>Rezecția endoscopică a adenomului voluminos la pacienții cu și fără drenaj suprapubian</i> V. GHICAVÎI, E. CEBAN, I. DUMBRĂVEANU, C. GUȚU, C. SPÎNU, V. PLATON, I. NICU, G. TRICOLICI, S. PLEȘCO	43
<i>Tratamentul endoscopic al stricturilor uretrale survenite după adenomectomia transvezicală și transuretrală</i> V. GHICAVÎI, E. CEBAN, M. POPOV, C. GUȚU, V. GORBATOVSCII, G. SCUTELNIC, E. PLEȘCA, V. TUCHILA	43
<i>Optimizarea metodelor de hemostază și a drenării vezicii urinare în adenomectomia transvezicală. Aspect economic</i> V. BOBU, B. IPATII	44
<i>Complicațiile postoperatorii după adenomectomia transvezicală a prostatei în cadrul secției urologie a IMSP SCM „Sfânta Treime”</i> C. IEȘEANU, A. IEȘEANU, C. GUȚU, E. PLEȘCA	45
<i>Tratamentul hiperplaziei benigne a prostatei cu Prostamol[®]uno</i> E. CEBAN, V. GHICAVÎI, V. TUCHILA, G. SCUTELNIC, V. GORBATOVSCII, A. TĂNASE	46
<i>Rezultatele studiului clinic în tratamentul adenomului de prostată cu preparatul Setegis (Egis)</i> E. CEBAN, V. GHICAVÎI, A. TĂNASE	46
<i>Rezultatele studiului clinic pentru „Adenoprosin” în tratamentul hiperplaziei benigne și proceselor inflamatorii ale prostatei</i> A. TĂNASE, V. GHICAVÎI, E. CEBAN, I. DUMBRĂVEANU, M. POPOV	47
<i>Uroflowmetria în diagnosticul obstrucției infravezicale</i> G. SCUTELNIC, C. LUPASCO, A. IEȘEANU, V. GHICAVÎI, V. TERNOVSCHII, A. OPREA, V. TUCHILA, M. POPOV, A. TĂNASE	49
<i>Complicațiile puncției biopsiei prostatice (Studii preliminare)</i> V. PLATON	49
<i>Experiența clinicii de urologie din Târgu-Mureș în tratamentul calculului coraliform</i> R. BOJA, V. OȘAN, O. GOLEA, L. VASS, CORINA GOLOVEI, I. NEGRUȚ	53
<i>Incidența complicațiilor după litotritia extracorporală (ESWL) pentru calculi renali de peste 15 mm</i> CARMEN SIMION, V. OȘAN, O. GOLEA, I. MUNTOL, SĂFTICA BOJA, R. BOJA	53
<i>Prognozarea rezultatelor litotripsiei și a complicațiilor după ESWL</i> A. OPREA, I. DUMBRĂVEANU, M. POPOV, A. TĂNASE	54

<i>Tratamentul ureterolitiazei ureterului inferior</i> I. MILICI, V. GHICAVÎI, A. BOCANCEA, V. BOTNARU	54
<i>Eficacitatea tratamentului fizioterapeutic cu amplipuls în litiaza ureterală joasă</i> A.AXENTI, V.CIUBOTARU, D.PONEATENCO, E.VASILIEV, A.SADOVNIC	55
<i>Aprecierea eficacității instalării itraoperatorii a sondei ureterale JJ în intervenții chirurgicale pe rinichi și ureter</i> V. CARAION, C.GUȚU, LILIA CHIRIȚA, V.MUNTEAN, A.BONDARENCO, E.NICOARĂ	56
<i>Tratamentul diferențiat al pacienților cu urolitiază</i> I. DRAGUȚA, C. LUPAȘCO, M. POPOV	56
<i>Ureterosopia retrogradă în tratamentul litiazei ureterului pelvin</i> V.PUNGA, A.GHEREG, I.DUMBRĂVEANU	57
<i>Tratamentul litiazei vezicii urinare prin litotriție endoscopică mecanică</i> I.DUMBRĂVEANU, V.GHICAVÎI, E.CEBAN, M.POPOV, GH.SCUTELNIC, A.TANASE	58
<i>Заболееваемость и возможные пути профилактики мочекаменной болезни в г. Рыбница и рыбницком районе Молдовы</i> МАРИНА Н.Ю., ДОННИКА М.М., ЧЕРНЯВЫЙ А.М.	58
<i>Migrarea dispozitivului intrauterin (DIU) în vezica urinară cu formarea calculului vezical (caz clinic)</i> I.STEGARESCU, S.STEGĂRESCU	59
<i>Pieloectazia la copii</i> B.CURAJOS, J.BERNIC, A.CURAJOS, V.DZERO, E.GHEȚEUL, AHMAD AL-SHARE	63
<i>Stresul oxidativ în infecțiile de tract urinar la copii</i> J.BERNIC, B.CURAJOS, V.DZERO, A.CURAJOS, V.ROLLER, I.ZAHARIA, L.SEU, E.GHEȚEUL, V. CELAC, C.SALIMOV	63
<i>Particularitățile diagnosticului și tratamentului medico-chirurgical în atreziile anorectale cu fistule urogenitale la copii</i> M.BACALÎM, B.CURAJOS, G.BOIAN	64
<i>Megaureter refluxant la băieți</i> A.CURAJOS, B.CURAJOS, V.DZERO, J.BERNIC, L.SEU, V.CELAC	65
<i>Reflux vezico-renal la copii</i> A. BUZA, N. STARCIUC, V. ȘAPTEFRAȚI, N. RAMAL	65
<i>Folosirea stentului uretral în tratamentul chirurgical a hipospadiasului la copii</i> A. BUZA, A. TĂNASE, N. STARCIUC, M.BÎRSAN, V. ȘAPTEFRAȚI, N. RAMAL, O. SCURTU	66
<i>Diagnosticul modificărilor morfologice ale parenchimului renal în hidronefroză la copii prin puncție-biopsie</i> V. PETROVICI, B.CURAJOS, I. FUIOR, A.AL-SHARE	67
<i>Diverticuli vezicii urinare</i> B.CURAJOS, V.ROLLER, V.DZERO, J.BERNIC, A.CURAJOS, I.ZAHARIA	67
<i>Лечение кистозных аномалий развития почек у детей</i> ДЗЕРО В.Г., КУРАЖОС Б.М., ЧЕЛАК В.И., ГЕЦЕУЛ Е.В., ЗАХАРИЯ И.Г., РОЛЛЕР В.Г.	68
<i>Сонографическая диагностика обструкции пиело-уретерального сегмента у детей</i> AHMAD AL-SHARE, A. КУРАЖОС, В.МОРОШАНУ, М.БАКАЛЫМ	68
<i>Experiența noastră în tratamentul chirurgical al incontinenței urinare de efort (IUE) la femei</i> V.TUCHILA, C.LUPAȘCO, I.MILICI, M.POPOV, E.CEBAN, A.TĂNASE	71
<i>Tratamentul chirurgical al incontinenței urinare de efort asociate cu prolapsul genital</i> GH. FEGHIU	71
<i>Aspecte contemporane în tratamentul cistitei cronice complicate cu incontinență de urina</i> LILIA CHIRIȚA, C.GUTU, V.CARAION, V.MUNTEAN, V.ȚURCANU, E. PLEȘCO, L.LOPATIN	72
<i>Spasmex în tratamentul incontinenței urinare (IU) prin imperiozitate</i> V.TUCHILA, E.CEBAN, V.GHICAVÎI, C.LUPASCO, A.EȘANU, E.PLEȘCA, G.SCUTELNIC, A.TĂNASE	73
<i>Actualități în diagnosticul și în tratamentul vezicii hiperactive</i> S. PERSU, V. ADRIANA COTARTA, V. ROȘCA	73
<i>Tratamentul chirurgical al disfuncțiilor erectile cu proteze peniene sintetice semirigide</i> C.SPĂNU, C.LUPAȘCO, I.DUMBRĂVEANU, V.GHICAVÎI, V.BOTNARU, A.GALESCU, E.PLEȘCA	77

<i>Evaluarea eficacității și toleranței preparatului „Lovex” în tratamentul pacienților cu disfuncție erectilă</i> I.DUMBRĂVEANU, S.GAIBU, B.BALUȚEL, I. CODREANU, A.TANASE	77
<i>Managementul terapeutic al Maladiei Peyroni</i> I. DUMBRAVEANU, C.LUPAȘCO, C.SPÂNU, A.OPREA, D.GROSU, M.PROZOR	78
<i>Priapismul iatrogen. Recomandări practice de tratament</i> R.ȚURCANU, I.DUMBRAVEANU, A.OPREA, C.GUȚU, V.PUNGA	79
<i>Indicii de activitate a centrului de hemodializă a IMSP SCR privind tratamentul insuficienței renale cronice terminale</i> S.GAIBU, A.TANASE, LARISA EVDCHIMOV, LILIA POSTOLACHI	83
<i>Necesitatea modificării legii privind transplantul de organe și țesuturi umane</i> G.ROMANCIUC, I.CODREANU, A.TANASE	84
<i>Corelația între Kt/V și valoarea hemoglobinei la pacienții cu insuficiență renală cronică tratați prin hemodializă</i> NATALIA CORNEA, A. TĂNASE	84
<i>Aspecte contemporane ale managementului insuficienței renale acute</i> NATALIA CORNEA, B. SASU	85
<i>Patologia vârstnicilor dializați: evaluarea aspectelor clinice și paraclinice</i> LILIA VLASOV	86
<i>Dificultăți de interpretare a modificărilor pulmonare la bolnavul uremic (Caz clinic)</i> V. BOTNARU, A. GAVRILIUC, DOINA RUSU, OXANA MUNTEANU, LUDMILA PANFIL	87
<i>Aspecte clinico-evolutive în sindromul hepatorenal</i> NATALIA CAPROȘ, MARGARETA SURLARI	91
<i>Evaluarea hemodinamicii renale la pacienții cu ciroze hepatice și riscul instalării sindromului hepato-renal</i> LILIA VLASOV, I.PRIGORSCHI, CORINA SALIMOV	91
<i>Modificările ecocardiografice la pacienții cu pielonefrită cronică bilaterală în funcție de gradul maladiei renale cronice</i> P. CEPOIDA, C. BABIUC	92
<i>Modificările retiniene la pacienții cu pielonefrită cronică complicată cu insuficiență renală</i> C. SEBAN, P. CEPOIDA	93
<i>Особенности ведения после пересадки почки больных, получавших заместительную почечную терапию постоянным амбулаторным перитонеальным диализом</i> А.Д.САПОЖНИКОВ, Б.И.ХАРИТОНОВ, Р.Р.БЕКОВ, И.Н. ДЕТИНЕНКО	94
<i>Оценка эластичности сосудистой стенки у больных с хронической болезнью почек 5 стадии на амбулаторном программном гемодиализе с нарушением фосфорно-кальциевого обмена</i> САПОЖНИКОВ А.Д., КИРИЛЛОВА С.Н., ЛЕМЕШКИНА И.С.	94
<i>Роль варианта уретероцистостомии для профилактики пузырно-мочеточникового рефлюкса после трансплантации почки</i> КАЗИМИРОВ В.Г., САПОЖНИКОВ А.Д., ХАРИТОНОВ Б.И., ДЕТИНЕНКО И.Н., БЕКОВ Р.Р.	95
<i>Patogeneza proceselor inflamatorii în rinichi</i> C.GUȚU, E.CEBAN, M.CREȚU, V.CARAION, E.PLEȘCA	99
<i>Contemporary treatment of metabolic and inflammatory diseases of kidney and urinary ways</i> C. GUȚU, I DUMBRĂVIANU, M. CREȚU, C. IEȘANU, V. GHICAVÎL, E. PLEȘCA, A.TANASE	99
<i>Diagnosticul imagistic complex în patologia inflamatorie renală acută</i> A. BOCANCEA	100
<i>Particularitățile tratamentului pielonefritei acute la gravide</i> E. PLEȘCA, A. TĂNASE, V. GHICAVÎL, C. GUȚU, G. SCUTELNIC, C. SPÎNU, V. TUCHILA, V. CARAION	100
<i>Utilizarea stenturilor ureterale jj în tratamentul uropatiei obstructive gestaționale – morbiditatea și impactul asupra calității vieții</i> A. AXENTI, I. DUMBRAVEANU, D. PONEATENCO, S. PASCARI, A. BRAGARU	101
<i>Tratamentul laparoscopic al chistului renal simptomatic</i> A.GHEREG, I.DUMBRĂVEANU, A.AXENTI	102

Cura laparoscopica a varicoceleului

I.COMAN, F.NECHITA, V.PETCU, B.PETRUT, D.V.STANCA, I.SIRB, D.PORAV-HODADAЕ,
B.FECICHE, N.CRISAN, R.COTA, B.JALALIZADEH, Z.MIHALY, O.METES 102

Лапароскопическая резекция простой кисты почки

B. В. ПУНГА, А. В. ГЕРЕГ, А. Г. МАРТОВ, И. В. ДУМБРЭВЯНУ 104

Experiența noastră în tratamentul pacienților cu abces al prostatei

A. IEȘEANU, I. DUMBRĂVEANU, M. POPOV, C. IEȘEANU, C. TUCHILĂ, C. GORBATOVSKI 107

Spectrul microbial al pacienților cu prostatită cronică nespecifică

IU. BÎRSAN, V. GHICAVÎL, V. PLATON, A. DICUSAR, A. MEREUȚĂ, A. TĂNASE, IU. ROȘCIN 107

Locul medicației alfablocante selective în tratamentul prostatitei cronice

C.PRICOP, I.TOMAC, C.RISTESCU 108

Forsef (ceftriaxon) în tratamentul orhoepididemitelor acute postoperatorii

E.CEBAN, V.GHICAVÎL, C.GUȚU, V.TUCHILA, A.TĂNASE 108

Managementul în diagnosticul și tratamentul epididimitei acute

P. CUȘNIR 109

Valoarea uretrotomiei interne optice în tratamentul stricturilor uretrale

**GH. SCUTELNIC, V. GHICAVÎL, C. LUPAȘCO, M.POPOV, E. CEBAN, I. DUMBRĂVEANU,
V. TUCHILA, E. PLEȘCA, I. DRAGUȚĂ, I.VEVERIȚĂ** 110

Cistita necrotică – dificultăți diagnostice și terapeutice

**V.OȘAN, R.BOJA, L.SCHWARTZ, C.CATARIG, O.GOLEA, CARMEN SIMION,
MARTHA ORSOLYA, S.NEDELICU, L.VASS** 111

Leiomiom al vezicii urinare (prezentare de caz)

V.OȘAN, R.BOJA, ANGELA BORDA, ORSOLYA MARTHA, CARMEN SIMION, L.VASS 112

Evaluarea ultrasonografică a patologiei scrotale (studii preliminare)

V. PLATON, I. GHETIU, IU. BÎRSAN 112

Eficiența preparatului "Mycosyst" în profilaxia antimicotică

IRINA EDU, I.DUMBRĂVEANU, A.AXENTI, A.TANASE 113

INSUFICIENȚA RENALĂ ACUTĂ ÎN PRACTICA MEDICALĂ ȘI CHIRURGICALĂ (State of the art lecture)

Prof. Dr. Adrian Tănase

USMF "Nicolae Testemițanu", Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, IMSP SCR, Chișinău

Summary

Acute renal failure (ARF) is a rapid alteration of the renal function that results in hydroelectrolytical, acido-basic and nitrogen disturbances. Only 8% of the ARF with isolated kidney impairment have a lethal outcome, and 65-70% in the presence of polyorganic comorbidity. Many factors contribute to the ARF development, determining hemodynamic, interstitial and obstructive forms. Critic decrease in the glomerular ultrafiltration due to cortical vasoconstriction, retrodiffusion of the glomerular filtrate and tubular obstruction are responsible for ARF evolution. Diuresis stimulation after hemodynamic and hydroelectrolytical rehabilitation usually results in the urine output increasing, in other cases extracorporeal eparation methods as hemodialysis, hemocarbopercution or other will be needed. 474 patients with ARF have been treated in the Hemodialysis and Kidney Transplantation Department Clinical Republican Hospital during the period 1979-2005, having 25,7% lethality.

Definiție: *Insuficiența Renală Acută (IRA) este o alterare (afectare) rapidă a funcției renale, care duce la retenția azotată, la dereglări hidroelectrolitice și acido-bazice.*

Epidemiologie:

- 30-60 cazuri la 1 mln populație (EDTA).
- Letalitatea IRA de la 8% când sunt lezați doar rinichii și până la 65-70% când sunt afectate și alte organe și sisteme (insuficiență multiorgană).
- Rata incidenței este de 100 de ori mai mare la persoanele mai în vârstă de 80 ani, în comparație cu cele mai tinere de 50 ani (C.Kjellstrand, 1998).

Clasificare. IRA poate fi clasificată după următoarele criterii: *etiologic, morfologic și etiopatogenetic.*

Cea mai completă clasificare este cea *etiopatogenetică*. Distingem următoarele tipuri de IRA: *prerenală, renală și postrenală*.

IRA prerenală

Sinonime: *nefropatia hemocirculatorie acută, uremia funcțională, oliguria prerenală*. Se produce la o scădere a filtrației glomerulare cu 50% și la păstrarea integrității tubulare. Este cea mai frecventă formă și se atestă în până la 50-60% din toate cauzele.

Factorii care generează tulburările hemodinamice în IRA prerenală (N.Ursea, 1994)

- Hipotensiunea
- Hipovolemia
- Debitul cardiac scăzut
- Hipoperfuzia renală
- Creșterea rezistenței vasculare renale

Cauzele IRA prerenale

1. Antihipertenzivele
2. Embolii pulmonare
3. Embolii periferice
4. Șoc:

- cardiogen (infarct miocardic, tamponadă, pericardită, chirurgie cardiacă, insuficiență cardiacă);
- neurogen;
- infecțios endotoxic (avort septic, peritonite, septicemii, cateterisme, etc.);

- anafilactic;
- hemoragic;
- 5. Pierderi sangvine (traumatisme, hemoragii, operații)
- 6. Pierderi hidro-electrolitice:
- electrolitice;
- gastrointestinale (vărsături, diaree, fistule biliare, pancreatite, ileostomie);
- cutanate (arsuri, dermite, transpirații);
- urinare (diabet, insuficiența suprarenalelor, diuretice, poliurii).
- 7. Redistribuție volemică:
- ileus, peritonite, pancreatite;
- hiposerinemii, arsuri, degerături, expuneri la căldură sau la frig.

IRA renală:

Sinonime: *IRA intrisecă, organică, parenchimotoasă, azotemie renală intrisecă*). Este mai puțin frecventă și reprezintă 15-20% din cauze. În funcție de tipul leziunilor distingem afectarea interstițiului, tubilor, glomerulilor și a vaselor.

Circumstanțe etiopatogenetice ale IRA de cauză renală

1. Nefritele tubulo-interstițiale acute (necroza interstițială acută):

Ischemice (majoritatea cauzelor care produc IRA prerenală);

Toxice endogene:

- *pigmenți heminici*: hemoliza transfuzie sânge incompatibil, hemoglobinurii paroxismice, infecții cu *Clostridium perfringens*, toxice vegetale (ciuperci, favism), veninuri (șerpi, păianjeni, etc.);

- *mioliză*: Crush- syndrome Bywaters, zdrobiri de părți moi, electrocutări, degerături mari, come prelungite;

- *toxice endogene necunoscută*: hepatopatii, pancreatită acută, peritonită, enteropatii, ileus, sarcină;

- *Necroza Tubulară Acută în transplantul renal*;

Toxice exogene (peste 200 de substanțe):

- *substanțe chimice* (acizi, alcool denaturat, crom, fenol, crezol, cupru, tetraclorura de carbon, DDT, săruri de As, Au, Bi, Cd, Hg, Pb, etc.);

- *medicamente* (barbiturați, chinină, cloroform, paracetamol, ciclosporină, dextrane, inhibitorii enzimelor de conversie a angiotenzinei (ACE), substanțe de contrast, chimioterapeutice anticanceroase, substanțe de contrast iodate; heroină, FK506; acyclovir, cimetidină);

- *antibiotice* (amfotericina B, aminoglicozide, kanamicină, polimixină, streptomycină, tetracilină, rifampicină).

2. Nefritele interstițiale acute:

Infecțioase (direct sau prin invazie): stafilococ, germeni gram negativ, fungi, virusuri, legionelă, pneumococ, difterie, tifos; (pielonefritele ascendente sau descendente);

Infiltrative: limfoame, leucemii, sarcoidoză.

3. Nefropatii cu afectarea glomerulilor sau a vaselor (glomerulonefrite sau vasculite):

• Glomerulonefrite sau vasculite

- *asociate cu anticorpi anti MBG* - glomerulonefrita rapid progresivă; sindromul Goodpasture;

- *asociate cu ANCA (anticorpi anti citoplasmă a neutrofilelor)*- glomerulonefrita Wegener, poliarterita microscopică Churg-Strauss, unele forme de GNRP;

- *asociate maladiilor mediate prin intermediul complexelor imune*- GN mezangiocapilară, GN în Lupus Eritematos, în crioglobulinemii, GNA poststreptococică, secundară infecțioasă, endocardita lentă;

- *fără ANCA sau anticorpi anti MBG* -boala Berger; purpura Henoch-Schonlein, nefrita de iradiere.

• Sindroame de hiperviscositate a sângelui:

- *politemia vera, CID, mielom multiplu, macroglobulinemii; sindromul hemolitic-uremic.*

• Preeclampsia (IRA postpartum)

• Ocluzia și tromboza vaselor mari

IRA postrenală

Sinonime: *IRA mecanică, obstructivă, urologică.*

Incidența acestei forme este sub 5% din cauzele totale de IRA. IRA postrenală se dezvoltă prin obstrucția căilor urinare cu calculi, cheaguri, tumori sau ligaturări accidentale ale ureterelor.

Cauze obstructiv-mecanice ale IRA (N.Ursea, 1994)

1. Obstrucții intrarenale:

• **Cristale:** acid uric, oxalați, medicamente (sulfanilamide, metotrexat)

• **Paraproteine:** mielom multiplu, neoplasme

2. Obstrucții ureterale bilaterale:

• **Extraureterale:** tumori maligne - locale, prostată, vezică, col uterin, uter, pancreas, limfoame, metastaze ganglionare; retroperitoneale; fibroză retroperitoneală; hematoame retroperitoneale; ligaturi accidentale ale ureterelor, ale vaselor bazinului;

• **Intraureterale:** litiază, fragmente de papilită necrotică, cheaguri de sânge, puroi; infecții (tuberculoza; edem după ureteropielografie ascendentă; tumori primare sau secundare)

3. Obstrucții vezico-prostatice:

• Tumori – prostatice, vezicale, organe adiacente

• Litiază vezicală

• Cistită interstițială

• Ruptură posttraumatică a vezicii

• Hipertrofia trigonului vezical

• Vezică neurogenă

4. Obstrucții uretrale:

• Stricturi

• Litiază

• Stenoza meatului uretral

• Valvă uretrală posterioară

• Fimoză

• Alte malformații

Starea renoprivă

O formă aparte în cadrul diagnosticului și al tratamentului IRA o constituie **starea renoprivă** sau **arenală**. Este mai rar atestată și se caracterizează prin absența înăscută (agenzie) sau prin pierderea dobândită a ambilor rinichi ori a unicului rinichi congenital. Cea dobândită se produce în 2 cazuri:

1. pierderea unicului rinichi sau a ambilor în urma traumelor, nefrectomiilor accidentale;

2. nefrectomia (binefrectomia) curativă la pacienții cu insuficiență renală cronică și HTA malignă, rinichi polichistici sau pielonefrită cronică rezistentă la tratamentul antibacterian, ca o etapă de pregătire către transplantul renal.

Patogenia IRA

“IRA este o dramă majoră a metabolismului uman”. Principiile fiziopatologice ale IRA sunt următoarele:

1. **Catabolismul azotat** în IRA este extrem de pronunțat (*hiperazotemia*). Creșterea azotului ureic depinde de catabolismul proteic, de aceea nu permite a face aprecieri asupra gradului de alterare a funcției renale. *Ureea* se produce foarte rapid în stare septică, în caz de deshidratare sau de folosire a unei diete bogate în proteine. Spre deosebire de uree, concentrația *creatininei* nu depinde de regimul dietetic reflectând gradul de alterare a funcției renale.

2. **Perturbările echilibrului apei și al sodiului.** Balanța hidro-salină în IRA poate fi negativă sau pozitivă, în conformitate cu predominarea pierderilor sau cu aportul de apă și de sodiu. Riscul hiperhidratării în IRA este extrem de mare.

3. **Hiperkaliemia (intoxicația cu K).** În stadiul anuric se întrerupe calea principală (renală) de eliminare a potasiului. *Acidoza* contribuie la ieșirea potasiului din celule în spațiul extracelular. Necroza celulară, hemoliza și catabolismul proteic accelerat constituie încă o sursă importantă de producere a hiperkaliemiei. Intoxicația cu K dereglează ritmul cordului până la flutterul ventricular și la stopul cardiac, afectează funcțiile musculare și pe cele neurologice.

4. **Acidoza metabolică.** Abolirea completă a eliminării ionilor de hidrogen, concomitent cu creșterea importantă a produselor acide de catabolism duce rapid la o acidoză metabolică. Epuizarea progresivă a mecanismelor compensatorii clinice și respiratorii contribuie la o acidoză metabolică decompensată, cu scăderea pH-ului sanguin și apariția respirației de tip Kussmaul.

În prezent se cunosc 3 teorii care explică patogenia IRA:

1. reducerea critică a filtratului glomerular consecutiv unei vasoconstricții corticale preferențiale;

2. retrodifuzia filtratului glomerular;
3. obstrucția tubulară.

În anul 1965 Klaus Thurau a relevat un fenomen de “feed-back” tubuloglomerular, care explică fenomenele patogenetice în IRA: în stare normală în *macula densa* ajunge urină hipoosmotică. Dacă este dereglată reabsorbția de sodiu în tubul proximal și în porțiunea ascendentă a ansei Henle, spre *macula densa* ajunge urină izo- sau hiperosmotică, care activează la rândul său, producerea în exces a reninei în aparatul juxtamedular. Renina, având un efect vasoconstrictiv, duce la restricția fluxului plasmatic glomerular. Astfel, rinichii păstrează (rețin) apa și sodiul din organism. În IRA lezarea toxică sau ischemică a tubilor proximali, extrem de sensibili la lipsa de oxigen, are ca efect reducerea reabsorbției de sodiu și creșterea concentrației acestuia în tubulii distali. Mecanismul de “feed-back” ne explică scăderea filtrației glomerulare în IRA.

Lezarea celulelor tubulare (tubulonecroză) și a membranei bazale (tubulorexis) provoacă creșterea rapidă a retrodifuziei filtratului glomerular. Circulația limfatică eferentă se mărește de 10-15 ori, iar diureza scade corespunzător.

Epiteliul renal descumamat, hematiile, leucocitele și proteinele formează cilindrele polimorfe la nivelul tubilor colectori, ceea ce produce obstrucția tubulară.

Coagularea intravasculară diseminantă (sindromul CID) este considerată un mecanism adițional vasoconstricției în procesul de reducere a fluxului sanguin glomerular.

Mediatorii neurohormonali responsabili de tulburările hemodinamice intrarenale în Insuficiența Renală Acută

Factori vasoconstrictori	Factori vasodilatatori
- Angiotensina II	- Prostaglandinele E-1, E-2, I-2
- Norepinefrina	- Acetilcolina
- Tromboxanele A-2, B-2	- Bradichinina
- Leucotrienele D,C	- Oxidul nitric
- Factorul de activare a plachetelor	- Peptidele natriuretice atriale
- Endotelina I	

Morfopatologia IRA

Leziunile anatomo-patologice caracteristice pentru IRA:

1. necroza tubulară acută (proximală și distală);
2. tubulorexis (rupturile membranei bazale);
3. edem cu infiltrare celulară a interstițiului;
4. stază și tromboză în aparatul glomerular;
5. necroză corticală bilaterală totală sau subtotală (geneză obstetrico-ginecologică).

Tabloul clinic al IRA

Distingem 4 stadii de decurgere a maladiei:

- I. Stadiul de debut
- II. Stadiul de oligoanurie
- III. Stadiul de restabilire a diurezei (poliurie)
- IV. Stadiul de recuperare (vindecare)

Primul stadiu este scurt, de la câteva ore până la 2-3 zile.

Tabloul clinic este dominat de efectele etiologice care au produs declanșarea sindromului: intervenția chirurgicală, hemoragia, eclampsia, diareea, avortul septic, trauma, intoxicația etc. În stadiul de debut, oliguria poate fi

funcțională, reversibilă, produsă prin diminuarea volumului circulant de sânge. Ea se definește ca o *oligurie prerenală* (a nu se confunda cu IRA prerenală). Oliguria prerenală este caracteristică pentru o “stare de șoc” și se manifestă prin lipsa edemelor și prin osmolaritate crescută a urinei. În unele cazuri stadiul de debut poate fi “întrerupt” prin restabilirea urgentă a funcțiilor organelor și a sistemelor afectate și prin prevenirea declanșării ulterioare a sindromului.

Stadiul al II-lea se caracterizează prin:

- *Dezvoltarea oliguriei (diureza mai <500 ml/24 ore)* și frecvent prin *anurie (diureza mai <50 ml/24 ore)*;
- Reducerea osmolarității urinare;
- Concentrația mică a creatininei în urină;
- *Sindromul de azotemie (crește ureea și creatinina sangvină)*;
- Simptome *neurologice* (somniață, somnolență, sopor, stopor, cefalee, insomnie, edem cerebral);
- *Manifestări digestive* (anorexie, grețuri, vărsături, peritonism);
- *Disfuncții cardio-vasculare* (hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă);
- *Dereglări respiratorii* (edem pulmonar, respirație Kussmaul în acidoză metabolică și respiratorie);
- *Hiperhidratare* (edeme, poliserozite);
- *Hiperkaliemie*;
- Hemoragii nazale, gastrointestinale, dezvoltarea sindromului intravascular de coagulare, anemie, leucocitoză, asocierea infecțiilor (pneumonii, etc.).

Stadiul de oligoanurie durează de la câteva zile, până la 1-2 săptămâni, însă în unele cazuri poate să se prelungească și până la 2-3 luni.

Stadiul III - de restabilire a diurezei - poate fi divizat în 2 faze consecutive:

- *Faza diurezei precoce* – continuă creșterea ureei sangvine, persistă semne de intoxicație uremică (vomă, grețuri, insomnie, cefalee), pacienții necesită prelungirea tratamentului cu metode extracorporeale (hemodializă).
- *Faza poliurică* se caracterizează prin creșterea rapidă a diurezei, atingând cifre de 3-10 litri/24 ore. Simptomatologia clinică înregistrează semne de ameliorare a stării pacientului: dispariția edemelor, a vărsăturilor, sindromului hemoragic, apare pofta de mâncare. Concomitent apar simptome clinice legate de pierderi hidroelectrolitice. Poliuria masivă necontrolată poate pune pacientul în noi situații de risc (hipokaliemie, stop cardiac, etc.).

Durata stadiului este de la 2-3 zile până la 2 săptămâni. În perioada restabilirii diurezei pacientul prezintă un risc major pentru asocierea diferitor infecții, iar deshidratarea excesivă poate fi însoțită de fenomene de tromboză periferică.

- *Stadiul IV - de recuperare (vindecare)* începe cu normalizarea azotemiei, revenirea diurezei la cifre obișnuite și durează până la 6-12 luni.

Diagnosticul IRA

Obiectivele principale ale diagnosticului IRA sunt:

- Depistarea cauzei
- Stabilirea mecanismului patogen

- Precizarea stării funcționale renale

Evoluția IRA. Complicații

1. Restabilirea funcției renale în stadiul de debut (oliguria funcțională, prerenală)
2. Evoluție clasică a IRA cu stabilirea și decurgerea tuturor stadiilor: debut, oligoanurie, poliurie, vindecare
3. Evoluție atipică a IRA fără oligoanurie
4. Decesul în stadiul de debut sau oligoanurie (mai rar în stadiul de poliurie)
5. Trecerea IRA în IRC. Caracteristic pentru "necroză corticală bilaterală" subtotală sau totală (obstetrică-ginecologie)
6. Nefropatie cronică, în cazul asocierii infecției urinare (nefrită interstițială, pielonefrită cronică) cu sau fără diminuarea funcției renale

Condițiile de influență asupra evoluției IRA (D.Kleinknecht, 1998)

Nefavorabile:

- IRA chirurgicală
- Chirurgie cardiovasculară
- Pancreatită acută
- Hipotensiune
- Șoc septic și cel cardiogen
- Infarct miocardic
- Ventilație mecanică
- Insuficiență respiratorie acută
- Comă
- Sepsis
- Oligurie
- Arsuri
- Nefropatie vasculară acută
- Cancer
- Necroză tubulară acută
- Insuficiența multiorgană (poliorgană)

Favorabile:

- IRA nefrotoxică
- IRA obstetrică
- Oligurie prerenală
- Uropatie obstructivă
- Glomerulonefrită acută
- Rabdomioliză non-traumatică
- Nefrită interstițială acută
- Absența insuficienței multiorgane

Tratamentul IRA

I. Stadiul de debut:

1. Corijarea dereglărilor hemodinamice prin hemodiluția artificială, ameloirarea reologică sanguină (dextrane, plasmă, albumină, în caz de necesitate hemotransfuzii, diureză forțată).
2. Stimularea diurezei începe cu infuzie de Sol.Glucoză 10-20%-500,0 cu insulină; Sol.Euphylini 2,4%-10,0; acid ascorbic.
3. În cazul ineficienței infuziilor indicate, se recurge la administrarea salureticilor și osmodiureticilor: Furosemidă (Lazix) 40-400 mg i/v sau perfuzie continuă – 1 g/24 ore (viteza de perfuzie < 4 mg/min); Manitol, 1 g la kg/corp, i/v.

4. După refacerea volemică: Dopmină în doze 1-5 mkg/kg/min cu Furosemidă (30-50 mg/oră).

5. Lipsa diurezei, în urma medicației sus-numite, necesită anularea stimulării ei și se va recurge la metode extracorporeale (de substituție, eferente) de tratament: hemodializă, hemosorbție, hemofiltrare, dializă peritoneală. Metodele eferente de tratament se vor aplica numai după lichidarea dereglărilor hemodinamice sau circulatorii, inclusiv a șocului, după restabilirea valorilor normale de TA, înlăturarea posibilă a factorului cauzal de declanșare a IRA (hemoragie, otrăvire, diaree, focar infecțios, drenarea procesului inflamator, etc.).

II. Stadiul de oligoanurie:

1. Alimentarea hipoproteinică (până la 2000 kcal/zi). Excluderea produselor animaliere (carne, pește, lactate);

2. Reglarea balanței hidrice. Limitarea hidratării până la 500 ml/zi, cu excepția stărilor de pierdere a lichidului prin vome, diaree, transpirație ambudentă, fistule intestinale sau abdominale, arsuri, congestii. În caz de febră, cu fiecare grad C° ridicat suplimentar se indică 500 ml lichid. În hiperhidratare severă se indică Sorbitol oral 50-100 g, hemodializă cu ultrafiltrare.

3. Tratamentul hiperkaliemiei: Gluconat de Ca -10%-20-40 ml i/v, Hidrocarbonat de Sodiu 5%-200-300 ml, în funcție de nivelul acido-bazic; Sol.Glucoză 40%-100,0, i/v. În hiperkaliemie severă (1 6-6.5 mmol/l) este indicată hemodializa de urgență.

4. Corijarea acidozei metabolice cu Hidrocarbonatul sau Lactatul de Na;

5. Profilaxia și tratamentul complicațiilor infecțioase prin:

- limitarea utilizării posibile a cateterismului uretral;
- recoltarea periodică a uroculturii și a hemoculturilor;
- profilaxia pneumoniilor hipostatice;
- utilizarea antibioticelor în conformitate cu indicațiile vitale;
- tratamentul antibacterian al focarelor de infecție.

6. Aplicarea tratamentului de substituție (hemodializă, hemofiltrare, hemodiafiltrare, hemosorbție, dializă peritoneală)

III. Stadiul de restabilire a diurezei (poliurie)

Restabilirea echilibrului hidrosalin și prevenirea complicațiilor infecțioase. Principii de tratament:

1. Cantitatea de urină eliminată nu constituie indicele principal de întrerupere a dializei în IRA. Persistența intoxicației uremice, hiperkaliemia la o diureză de 2-3 litri necesită continuarea metodelor extracorporeale de tratament.

2. De regulă, poliuria veritabilă poate fi apreciată la o diureză de 3 litri și mai mult în 24 ore (fără diuretice). În acest caz tratamentul cu dializă se sistează.

3. Cantitatea de lichide administrate pacientului va corespunde volumului de urină eliminat + 500-600 ml. În funcție de temperatura aerului înconjurător, prezența febrei, respirația dirijată, eliminările prin plagă, fistule, abdomen, etc., cantitatea de infuzie necesită a fi majorată corespunzător.

4. Infuzia de soluții necesită un supliment indispensabil de săruri (K, Na), în conformitate cu rezultatele ionogramei, EKG, starea cordului, TA, etc. În cazul necesității unei cantități mari de KCl, acesta poate fi administrat și "per os", concomitent cu alte lichide (ape minerale, sucuri, compoturi).

La fel ca hiperkaliemia în primele stadii, hipokaliemia în stadiul de poliurie este extrem de periculoasă și necesită o monitorizare zilnică.

5. Asanarea tuturor focarelor de infecție, inclusiv infecția urinară (pericolul asocierii pielonefritei tardive).

IV. Stadiul de recuperare (vindecare)

Recuperarea sau vindecarea rinichilor decurge foarte lent și decurge mult timp. Această perioadă poate fi estimată până la 1 an, deoarece procesele regenerative pot suferi modificări calitative și cantitative. În cazul absenței unui focar de infecție și, în primul rând, în rinichi, restabilirea funcției renale este completă. Dacă IRA a decurs cu complicații majore, infecție urinară, pot fi apreciate schimbări calitative ale funcției rinichilor. De aceea toți pacienții care au fost externați cu diagnoza de IRA necesită control permanent la nefrolog (urolog) – peste 1 lună, 3 luni, 6 luni, 1 an, 2 ani, ș.a.m.d. Fiecare control medical, pe lângă investigațiile generale, necesită aprecierea funcției renale (ureea, creatinina, proba Reberg, urografie i/v, ecografie, renograma cu izotopi), precum și excluderea infecției urinare (urograma, urocultura, proba Neciporencu).

IRA la pacienții spitalizați direct în secția de Hemodializă a SCR în decurs de 26 ani (1979-2005)

În total pacienți - 474		Letalitate	
Bărbați – 293 (61,8%)	Femei – 178 (38,2%)	N = 122	25,7% (0-52,9%)

Structura pacienților cu IRA în funcție de etiologie, spitalizați în secția de Hemodializă a SCR (1979-2004)

Etiologia	Nr	%
Șoc de etiologie diversă	72	15,3
Intoxicații exogene	68	14,4
Patologie obstetrico-ginecologică	53	11,2
Diselectrolitemii	46	9,7
Nefrite interstițiale	37	7,8
Sepsis, peritonite	34	7,2
Obstrucția căilor urinare	27	5,7
Crush-sindrom, sindrom pozițional	26	5,5
Pielonefrite acute	22	4,7
Leptospiroză	20	4,2
Hipovolemii	19	4,0
Sindrom hepato-renal	10	2,1
Glomerulonefrită	9	1,9
Diverse	28	5,9
În total:	471	100,0

Structura pacienților decedați în conformitate cu etiologia IRA spitalizați în secția Hemodializă a SCR (1979-2005)

Etiologia IRA	n	%
Intoxicații exogene	31	25,4
Șoc de etiologie diversă	30	24,6
Sepsis, peritonite	20	16,4
Patologie obstetrico-ginecologică	10	8,2
Leptospiroză	9	7,4
Glomerulonefrite acute cu evoluție malignă	8	6,5
Hepatite, sindrom hepato-renal	6	4,9
Hipokalioclorpenie	3	2,5
Alte cauze	5	4,1
În total:	122	100,0

IRA în SCR, inclusiv secția Hemodializă în decurs de 5 ani (2001- 2005), tratați cu HD

	n	%
Numărul total de pacienți cu IRA tratați cu HD în SCR, inclusiv secția Hemodializă în decurs de 5 ani	73	100,0
Nr. pacienților decedați, letalitatea	36	49,0
În total ședințe HD	380 (în mediu 5,2 ședințe/pacient)	

Notă: 55% pacienți au fost din alte secții (ATI, reanimare, chirurgia septică, gastrochirurgie, chirurgia generală, vasculară, urologie, etc.)

Factorii de risc în declanșarea IRA la persoanele de vârstă senilă

- Hipovolemia și diminuarea de Na:
 - restricții hidro-saline în perioada preoperatorie
 - administrarea diureticelor în exces
 - pierderi de Na prin tractul gastrointestinal
- Insuficiența cardio-vasculară:
 - infarct miocardic acut
 - aritmii
 - cardiomiopatii ischemice și hipertensive
- Nefropatie ischemică:
 - stenoza arterelor renale
 - embolii de colesterol
- Nefrotoxine potențiale:
 - inhibitorii ACE și nesteroidii
 - substanțele de contrast în diabetul zaharat

Insuficiența Renală Acută și intervențiile chirurgicale

Intervenția chirurgicală poate contribui la:

- declanșarea unei IRA
- complicarea în evoluție cu IRA
- agravarea unei IRA preexistente

Factorii ce provoacă IRA în urma intervențiilor chirurgicale:

IRA postoperatorie precoce (0-6 zile):

- Hemoragie intraoperatorie masivă necompensată
- Tulburări cardiace de ritm severe
- Accident posttransfuzional, care se manifestă în primele zile prin sângerări inexplicabile sau prin simptomatologia clinico-biologică a hemolizei și IRA

IRA postoperatorie tardivă (7-14 zile):

- Bilanț hidro-salin negativ
- Administrarea substanțelor nefrotoxice
- Insuficiență renală preexistentă

IRA postoperatorie tardivă (15-20 zile):

- Complicații postoperatorii (anastomoze, peritonită, fistule, etc.)
- Hemoragii interne, hematoame, etc.

• Letalitatea pacienților în urma intervențiilor chirurgicale din sfera digestivă: stomac, duoden, pancreas, căi biliare, colon, *complicate cu IRA*, ajunge până la 61-71%

- În obstetrică-ginecologie – până la 40%
- În urologie – până la 37%.
- Dacă IRA postoperatorie este o parte componentă a insuficienței poliorganice (pluriviscerale), prin menținerea în viață a pacienților, grație hemodializei, se realizează prelungirea agoniei și nu reducerea mortalității.

Bibliografie

1. Cantarovich F., Ranfgoonwala B., Verho M., Acute Renal Failure, 1998, USA, Hoechst Marion Roussel, 340 p.
2. Levy J., Morgan J., Brown E., Oxford Handbook of Dialysis, 2001, Oxford University Press, 395 p.
3. Nissenson A.R., Fine R.N., Dialysis Therapy, 1983, USA, 417 p.
4. Maher J., Replacement of Renal Function by Dialysis. A textbook of dialysis.1990, Kluwer Academic Publishers, 3-d edition, 1188 p.
5. Cameron S., Davidson A., Grunfeld J., et al., Oxford Textbook of Clinical Nephrology, 1992, Oxford University Press, Vol.2, Section 7, pag.967-1124.
6. Gluhovschi Gh., Nefrologie clinică, 1997, Helicon, Timișoara, pag.585-629.
7. Ciocîlteu A. Nefrologie, 1997, Infomedica, București, Vol.II, pag.799-835.
8. Sever M.Ș., The Crush Syndrome, Bazel, 2005, 292 p.
9. Ursea N., Tratat de Nefrologie, 1994, București, pag.1447-1495.
10. Tănase A., Rusnac T. Maladiile nefro-urinare la copil, 2001, Chișinău, pag.227-242.
11. Urologie și Nefrologie Chirurgicală (sub red.A.Tănase), 2005, Chișinău.

STABILIREA CARACTERULUI OBSTRUCTIV AL UNEI DILATAȚII CONGENITALE A TRACTULUI URINAR (state of the art lecture)

Prof. Dr. Ioiart Ioan

Universitatea de Vest „Vasile Goldiș” Arad, România

Summary

Congenital Obstructive Urinary Malformations being late diagnosed or remained untreated are pretty severe because of the morphological and functional kidney destruction they induce. The disease acquired on single congenital kidney or on both kidneys simultaneous or in subvezical localization chronic renal failure is developing. Whatever localization they has (calices, pielo-urethral junction, ureter, urethra-vesical junction, bladder or urethra) this malformations are obstructive inducing high pressure and kidney destruction. Early postnatal diagnosis by echography, in some cases use of urethrociatography, radioizotopic renography, and intravenous urography estimates the severity of the obstruction and suggest adequate surgical assessment.

1. INTRODUCERE

Sunt excluse din discuție uropatiile obstructive achiziționate care sunt similare cu cele întâlnite la adulți.

Malformațiile Urinare Congenitale Obstructive (MUCO) sunt deosebit de grave, deoarece, nerecunoscute la timp sau recunoscute, dar tratate necorespunzător, duc la distrugerea morfologică și funcțională a rinichiului. Dacă boala survine pe rinichi unic congenital sau atinge simultan bilateral tractul urinar superior, ori dacă se localizează subvezical, în cele din urmă apare insuficiență renală cronică, care duce la decesul bolnavului prin uremie, dacă nu se practică dializă sau/și transplant renal. Indiferent de localizare (calice, joncțiunea pielo-ureterală, ureter, joncțiunea uretero-vezicală, vezica urinară sau uretră) aceste anomalii congenitale sunt obstructive, caracterizându-se prin hiperpresiune, element care duce la distrugerea morfofuncțională a unității renale supraiacente.

2. DIFERENȚIEREA DIAGNOSTICĂ DINTRE DILATAȚIA OBSTRUCTIVĂ ȘI CEA NONOBSTRUCTIVĂ

Introducere

Stabilirea caracterului obstructiv al unei dilatații, ca și identificarea momentului apariției ei, este determinant, în prevenirea degradării morfofuncționale a rinichiului, prin aplicarea la timp a tratamentului chirurgical corector.

Dilatatarea tractului urinar poate apare prin: (1) obstrucție (congenitală sau achiziționată), (2) modificări dinamice (hormonale, farmacologice, infecțioase) și (3) debit urinar crescut (ex. diabet insipid).

Obstrucția urinară parțială (grade variate) sau totală este un fenomen relativ și nu absolut, deoarece există obstrucții unde, din cauza pierderii funcției renale, debitul urinar scăzut nu duce la mărirea presiunii, așa cum există și debite urinare crescute care sporesc presiunea în interiorul tractului urinar și în absența obstrucției.

Definirea obstrucției

Obstrucția urinară poate fi definită fiziologic și clinic (Dairiki Shortliffe, 1999).

Fiziologic, se consideră obstrucție ori de câte ori deasupra unei zone îngustate a tractului urinar presiunea este mai mare ca dedesubtul acesteia.

Clinic, Koff (1987) consideră obstrucție orice reducere a debitului urinar care, lăsată netratată, duce la degradarea funcției renale.

Cauzele dinamice duc la dilatarea tractului urinar prin complianța crescută a căilor urinare. Tot așa, maturizarea renală și a căilor urinare, nefiind terminată la naștere, apar unele hidronefroze fetale, diagnosticate ecografic, care nu se mai confirmă după naștere (hidronefroze tranzitorii). Imaturitatea renală a nou-născutului constituie cel puțin factor favorizant pentru dilatații, prin debitul urinar crescut realizat (capacitate slabă a concentrării urinii).

Factorii care afectează dilatarea tractului urinar

Debitul urinar

Studiile experimentale și clinice precizează că presiunea în tractul urinar crește direct proporțional cu debitul urinar (ml/sec). Sporirea debitului urinar poate apare în următoarele situații: (1) imaturitate renală, (2) diabet insipid, (3) tratamente cu litii, (4) insuficiență renală și (5) pielonefrite cronice (deteriorarea mecanismului de concentrare a urinii).

Infecția

Pielonefrita acută (PNA) și cea cronică (PNC) pe lângă creșterea debitului urinar, mărește presiunea și dilatația și prin alte mecanisme: (1) prin hipotonia ureterală cu complianță mare, prin endotoxine bacteriene și (2) modificarea depunerilor de collagen tip I și IIA, făcând tractul urinar mai rigid (colagenul tip I este rigid). Așa se explică de ce PNA, în absența unei obstrucții anatomice, se asociază cu dilatație variabilă și cu hiperpresiune moderată, neexistând de fapt PNA non-obstructivă. (Dairiki Shortliffe, 1999).

Repleția vezicală

Presiunea endopielică este mult mai mare cu vezica plină, fiind maximă în micțiune, decât cu ea goală. Astfel se explică de ce testul Whitaker (1973) și renograma izotopică, se efectuează cu sondă uretro-vezicală, iar unele fistule urinare după pieloplastie, pot fi prevenite prin drenaj uretro-vezical.

Hormonii

Estrogenii și progesteronul la femeia gravidă, de regulă în trimestrul II de sarcină, realizează prin creșterea complianței “ureterohidronefroza fiziologică de sarcină” (Fainstat, 1963; citat de Dairiki Shortliffe, 1999).

Vârsta

Nou-născutul, mai ales dacă este imatur, oferă condiții prin imaturitatea tractului urinar, pentru creșterea complianței prin care se realizează “hidronefozele tranzitorii” sau se agravează cele congenitale obstructive.

Obstrucția

Obstrucția este considerată cauza cea mai semnificativă a dilatației de tract urinar. Obstrucția, indiferent de localizare, se asociază constant cu dilatarea tractului urinar situat proximal de sediul ei.

Hiperpresiunea este aceea care realizează dilatația, ea fiind proporțională cu severitatea obstrucției, măsurându-i gradul.

Amploarea dilatației depinde de două elemente: (1) gradul obstrucției, adică nivelul hiperpresiunii și (2) complianța sistemului. Bazinetele extrarenale se dilată mult mai mult (hidronefroze extrarenale) decât cele intrarenale (hidronefroze intrarenale) la același grad de obstrucție, din cauza complianței mai crescute. Prin aceasta, presiunea endopielică fiind mai mică, se protejează mult mai bine calicele și parenchimul renal, astfel încât hidronefrozele intrarenale sunt mai agresive (complianță mai mică și presiune mare) decât cele extrarenale.

Refluxul vezico-renal (RVU)

RVU se asociază cu grade variabile de dilatații ale tractului urinar, în funcție de care de fapt se și clasifică. RVU mai mare de gradul II se consideră malformație urinară obstructivă, deoarece rinichiul se distruge prin hiperpresiunea indusă de turbulența urinei în ureter (sumarea mișcărilor retrograde cu cea de propulsie antegradă peristaltică). În RVU de gradul I și II, dilatația este dependentă numai de hiperpresiunea ureterală, nu și de cea bazinetală care este normală.

Evaluarea

Evaluarea unei dilatații de tract urinar se poate face în circumstanțe diferite: (1) hidronefroze diagnosticate ecografic în perioada fetală, (2) infecții urinare, (3) dureri de flanc și (4) rinichi palpabil.

Următorul pas este stabilirea caracterului obstructiv al dilatației. Pentru aceasta, inițial se vor identifica și se vor trata factorii ce pot contribui la realizarea dilatațiilor nonobstructive (infecție, relaxante musculare administrate pentru intubații neonatale, tratament hormonal dat mamei, etc.), iar ulterior se vor efectua explorările prin care se stabilește caracterul obstructiv al leziunii.

Grație ecografiei fetale, s-a creat în ultimii ani un nou grup de pacienți cu hidronefroze sau uretero-hidronefroze care sunt, de regulă, asimptomatici și la care în perioada neonatală se impune doar confirmarea leziunilor bănuite prenatal și stabilirea atitudinii terapeutice ulterioare. Stabilirea diagnosticului prenatal de hidronefroză trebuie efectuat riguros pentru a nu stresa părinții și pentru a nu se supune copilul unor investigații inutile și costisitoare. De asemenea majoritatea clinicienilor care apreciază dimensiunile bazinetului fetal în raport cu vârsta sarcinii (15mm. la 18-20 săptămâni și 18mm. la 34 săptămâni de sarcină) consideră că dimensiunea bazinetului nu este un indicator relevant în patologia postnatală, mai ales pentru RVU (Walsch, 1996; citat de Fernbach, 1999). Trebuie considerată hidronefroză fetală orice dilatație bazinetală în plan antero-posterior la ecografia efectuată după a 20-a săptămână de sarcină 11cm.

(Grignon, 1986; citat de Fernbach, 1999). Dilatațiile mai mici se rezolvă spontan fie prenatal, fie postnatal, rareori fiind asociate cu patologie urinară. Aproximativ 80% dintre cei cu hidronefroză (H) sau ureterohidronefroză (UH) fetală sunt de sex masculin, spre deosebire de predominarea infecției urinare la sexul feminin când copilul este mai mare. Aceste leziuni au șansa remisiunii spontane în perioada prenatală de 30%. Cele mai frecvente cauze ale H și UH prenatale sunt: obstrucția joncțiunii pieloureterale (OJPU), RVU (30% izolate sau asociate cu OJPU sau obstrucția joncțiunii ureterovezicale) și hidronefroza nespecifică nonobstructivă. Cauze mai rare pot fi: duplicitatea pieloureterală (obstrucția pelonului superior și RVU al pelonului inferior), ureterul retrocav, valvele uretrale posterioare, megaurterul congenital de tip obstructiv, inserția ectopică a ureterului superior în duplicitatea pieloureterală, ureterocelul ortotopic sau ectopic, vezica neurologică, sindromul “Prune belly” și obstrucțiile uretrale altele decât valvele de uretră posterioare. Uneori este dificil de diferențiat H prenatală de rinichiul displazic multichistic (2-10% dintre anomalii urologice detectate ecografic intrauterin) și de piramidele renale medulare normale, hipocogene. Pentru aceasta postnatal se impune studiul radioizotopic (renoscintigrama).

În perioada neonatală dilatațiile de tract urinar, cel mai frecvent se studiază ecografic, folosind graduarea recomandată de Societatea de Urologie Fetală a Statelor Unite pentru perioada prenatală. În această clasificare primele trei grade sunt pentru sistem pielo-caliceal normal (grad 0= bazinet fără conținut lichidian, linear prin compresiune extrinsecă, realizată de grăsimea sinusală; grad 1= conținut lichidian minim în bazinet cu aspect discoid și grad 3= bazinet cu conținut mai bogat lichidian și aspect ovoid), iar ultimele două pentru distensie pielo-caliceală (grad 3= dilatație moderată și grad 4= dilatație severă cu indice parenchimos diminuat).

Ecografia

Ecografia este mijlocul cel mai rapid prin care se poate cunoaște cu mare acuratețe morfologia tractului urinar dilatat, chiar dacă funcția renală este așa de alterată încât urografia nu poate fi efectuată. Ea poate furniza date și asupra coexistenței hiperpresiunii cu dilatația, prin identificarea următoarelor semne: (1) diminuarea în grad variabil a parenchimului renal (indice parenchimos), (2) grosimea bazinetală sau/și ureterală ipsilaterală, (3) sinuozitățile ureterale (ureterul larg prezintă sinuozități numai în prezența hiperpresiunii), (4) grosimea detrusorului asociat cu celule și coloane sau diverticul (-i) vezical, (5) modificări intermitente ale calibrului ureterului terminal, în caz de RVU, (6) prezența ureterocelului intravezical și (7) dilatarea uretrei prostatice, în caz de valvă uretrală posterioară (VUP).

Din cauza stării de deshidratare a nou-născutului, în primele trei zile după naștere, care poate subestima dilatația de tract urinar prin diminuarea diurezei, examinarea ecografică, exceptând suspiciunea majoră de VUP (dilatația întregului tract urinar superior și inferior) se va efectua numai după această perioadă.

Din 1990, folosind ecografia Doppler, se poate determina rezistența (rezistivitatea) în circulația intrarenală, chiar și în perioada fetală (Adriani și colab. 2001; Rawashdeh și colab. 2001) care crește peste 0,70 numai în prezența hiperpresiunii,

caracterizând deci numai dilatațiile obstructive. Indexul de rezistivitate a circulației intrarenale ("Resistive index") se calculează după formula următoare:

$$\text{Resistive index} = \frac{\text{peak systolic velocity} - \text{end diastolic velocity}}{\text{peak systolic velocity}}$$

Din acest punct de vedere, obstrucția tractului urinar evoluează în trei faze succesive: în faza inițială, tranzitorie apare creșterea prin vasodilatație a fluxului sanguin renal; urmează descreșterea fluxului sanguin renal, prin mărirea rezistenței vasculare renale realizată direct proporțional cu creșterea presiunii din sistemul colector; și după 5-6 ore continuă să crească rezistența vasculară renală, odată cu descreșterea sau normalizarea presiunii din sistemul colector urinar. Studii clinice diverse confirmă faptul că mărirea rezistivității circulației intrarenale corelează cu obstrucția. Îndepărtarea obstrucției prin corectarea chirurgicală este urmată de descreșterea indexului de rezistivitate. Acesta este dependent de vârstă și are valoare limitată în bolile nefrologice și ori de câte ori există mult parenchim renal distrus (Platt, 1992; citat de Dairiki Shortliffe, 1999).

Cistouretrografia micțională (CUM)

CUM este cea mai bună metodă de diagnostic a RVU, cauza cea mai frecventă a unei dilatații de tract urinar diagnosticată prin ecografie fetală sau neonatală. Pentru a fi cât mai aproape de condițiile fiziologice, se impune folosirea unui cateter uretro-vezical subțire de Ch 8-10, fără balon (pentru a nu obstrua colul și a permite micțiunea pe lângă cateter), prin care se va introduce soluție de contrast, la temperatura corpului și sub presiune gravitațională de la 1 m. În afara RVU, prin acest procedeu diagnostic mai pot fi depistate afecțiuni congenitale vezicale (ureterocel intravezical, diverticul) sau/și subvezicale (VUP, valvă uretrală anterioară sau strictura congenitală de uretră).

Urografia (UIV) este considerată metodă opțională de investigație, indicată în special preoperator sau dacă ecografia oferă date neconcludente.

Renograma radioizotopică diuretică

Acest test este cel mai frecvent utilizat (după 4-6 săptămâni) pentru diferențierea unei dilatații obstructive de una neobstructivă. El măsoară și cuantifică cel puțin doi factori prin care se apreciază obstrucția urinară: funcția renală separată și traversarea rinichiului ("renal uptake") și eliminarea radioizotopului din segmentul dilatat. Testul se bazează pe monitorizarea (înregistrată grafic) a traversării renale și a eliminării urinare a radioizotopului administrat i.v., urmată de administrarea unei substanțe diuretice. Renograma sugerează obstrucție, dacă există întârziere în traversarea rinichiului și în excreția radioizotopului.

Testul este influențat de următorii factorii: gradul de obstrucție, debitul urinar, starea de deshidratare, doza și tipul substanței diuretice, starea de umplere a vezicii, maturizarea rinichilor, factori tehnici de execuție (poziția și mișcările pacientului, substanța radioactivă, momentul injectării diureticului) și interpretarea rezultatelor (Dairiki Shortliffe 1999; Gordon, 2001; Huole și colab. 2001).

Tehnica de execuție este următoarea:

1. hidratarea orală a pacientului cu două ore înaintea de începerea testului;

2. inserarea unui cateter de 8 Ch transuretral în vezica urinară pentru a o menține goală;

3. cu aproximativ 15 minute înainte de injectarea radioizotopului se puncționează o venă și se administrează i.v. ser fiziologic 15 ml/kg/h pentru 30 minute, urmată de 200 ml/kg/h până la terminarea testului;

4. injectarea de tehneciu 99m-mercaptoacetilglicine (99mTc-MAG-3), 50mCi/h;

5. înregistrarea renogramei;

6. administrarea i.v. de Furosemid 1 mg/kg, când curba renogramei este la maximum.

Începând cu injectarea radioizotopului, se înregistrează curba renogramei formată din: (1) traversarea substanței radioactive prin rinichi (tranzit cortical intrarenal), (2) excreția acesteia în sistemul colector și (3) faza diuretică.

Timpul de înjumătățire (T1/2) a clearanceu-lui radioizotopului din bazinet, în timpul fazei diuretice este de asemenea măsurat. În prezența obstrucției acest T1/2 >20, iar în absența ei <10, rezultatele fiind considerate echivoce între 10-19.

Diminuarea ipsilaterală a funcției renale cu 10-15%, asociată cu T1/2 >20, sugerează obstrucția, care, pentru oprirea distrugerii morfo-funcționale a rinichiului, necesită corecție chirurgicală. Stabilirea exactă a indicației chirurgicale se va face însă prin ecografie și renoscintigrafie repetate, la intervale prestabilite de timp, prin care se demonstrează progresia hidronefrozei, concomitent cu diminuarea funcției renale.

Scintigrafia renală statică

Scintigrafia renală cu acid dimercaptosuccinic (DMSA), indicată numai după luna a 2-a de viață, este o metodă ideală de studiu a morfologiei renale normale și patologice (zone de scleroatrofie renală, infecții acute, displazia renală multichistică).

Testul Whitaker ("Pressure-Perfusion Studies")

Whitaker a descris și a recomandat în 1973 acest test pentru a se diferenția o dilatație obstructivă de una neobstructivă prin monitorizarea presiunii intrapielice în timpul irigației acesteia cu ser fiziologic în debit fiziologic, de 10 ml/min., vezica urinară fiind goală.

Testul se realizează astfel:

1. cateter uretro-vezical
2. tub de nefrostomie
3. irigarea bazinetului cu ser fiziologic 10 ml/min
4. măsurarea presiunii în bazinet și în vezica urinară

În mod normal există o diferență de presiune bazinet-vezica urinară < 12-15cm H₂O, diferențe > 20-22cm H₂O fiind sugestive pentru obstrucție. Pot apare erori de determinare în următoarele situații: (1) terminarea studiului înainte de umplerea completă a sistemului pielo-caliceal, (2) vezica urinară drenată incomplet și (3) debitul de 10 ml/min. al irigației nu este egal cu cel fiziologic al bolnavului (ex. pacienții cu insuficiență renală având redusă puterea de concentrarea a rinichiului au debit urinar >10 ml/min.). Deși este considerată "gold standard" datorită relativei sale agresivități (nefrostomie, cateter uretro-vezical), se recomandă folosirea lui numai în cazuri selecționate, când alte teste au furnizat rezultate confuze sau echivoce.

RMN și TC

Deși sunt metode excelente de studiu al morfologiei parenchimului renal și al sistemului pielo-caliceal, RMN și

TC nu sunt încă aplicate în mod curent în diagnosticul obstrucțiilor urinare.

Abordarea rațională a diagnosticului și tratamentul unei dilatații de tract urinar

Pentru a fi corectă procedura diagnostică și cea terapeutică, în prezența unei dilatații de tract urinar trebuie să se țină seama de următoarele date cunoscute și acceptate astăzi:

1. Depistarea unei dilatații de tract urinar astăzi se face cel mai frecvent ecografic, indiferent de vârsta copilului.

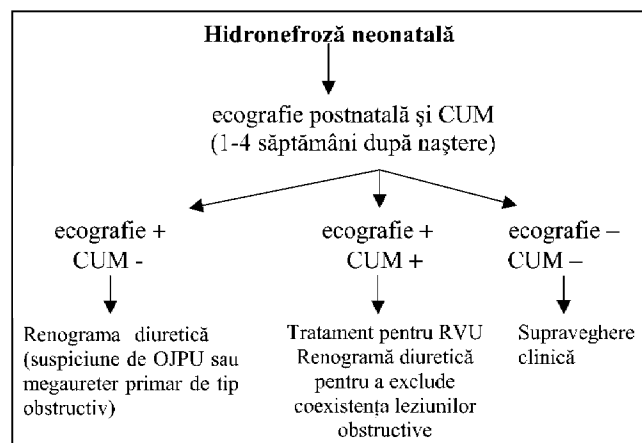
2. Dilatațiile diagnosticate prenatal vor fi confirmate postnatal, după 3-4 zile de la naștere, când oliguria fiziologică, cauză posibilă a subestimării leziunilor, a dispărut. Excepția este făcută de dilatațiile severe bilaterale sau ale întregului tract urinar la băieți, unde reevaluarea se va face imediat după naștere, deoarece există suspiciune majoră de VUP, care necesită drenaj uretro-vezical de urgență.

3. RVU fiind cea mai frecventă cauză de dilatație a tractului urinar, CUM, va fi cea de a doua examinare efectuată copilului. Nu trebuie uitat faptul că 15% din cei cu obstrucții ale JPU sau ale JUV prezintă asociat RVU.

4. Dacă cauza dilatației nu s-a determinat prin CUM, ulterior se va proceda astfel: a) dacă dilatația este importantă, se va recurge la UIV și renogramă iar b) dacă dilatația este minimă, copilul va fi supravegheat numai ecografic. Ecografia efectuată după câteva luni, poate arăta fie dispariția dilatației, fie persistența ei. În această ultimă situație supravegherea va fi continuată ecografic și prin renoscintigrafie, la intervale dependente atât de vârsta copilului, cât și de datele primelor determinări.

Ori de câte ori dilatația progresează și obstrucția se instalează, având caracter progresiv cu diminuarea funcției renale, se va impune corecția chirurgicală a malformației congenitale obstructive.

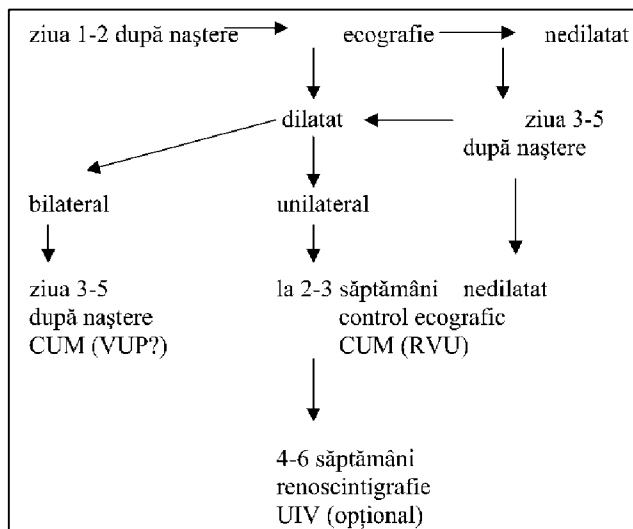
Protocolul de studiu neonatal al unei hidronefroze prenatale poate fi redat schematic astfel:



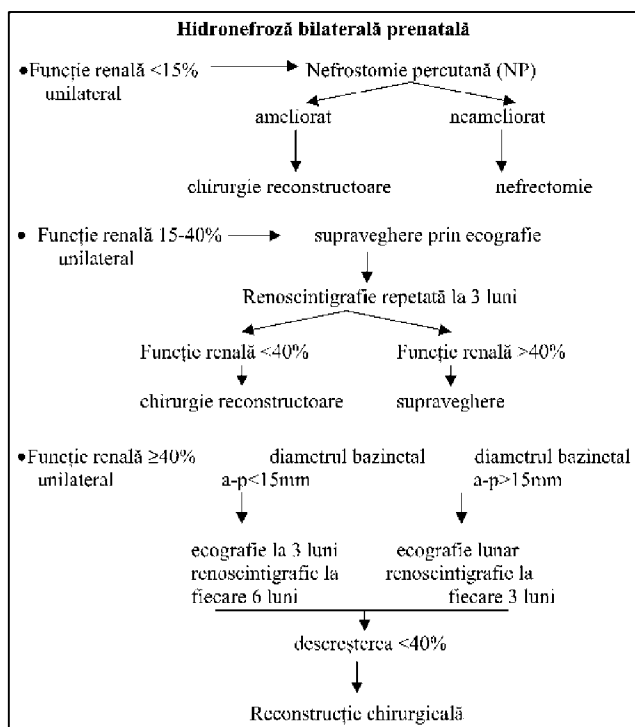
Pentru a crește șansa diagnosticului pentru RVU, mai ales a celui intermitent, se recomandă folosirea CUM ciclic (Paltiel și colab. 1992, citat de Fernbach 1999) în care după CUM standard, vezica urinară se va umple pe cateter și se va goli

prin micțiuni (pe lângă cateter) de mai multe ori sub control radiologic (filme sau fluoroscopic). Ca alternativă la aceasta, se poate folosi și cistografia micțională ciclică radioizotopică.

Societatea Europeană de Urologie (Geneva 2001) recomandă următoarea schemă de diagnostic postnatal al unei hidronefroze diagnosticate prin ecografie fetală: *shema2*



În această schemă se observă că protocolul diagnostic al unei hidronefroze este dependent de uni- sau bilateralitatea ei. În cele ce urmează prezentăm numai protocolul diagnostic și cel terapeutic în hidronefrozele bilaterale diagnosticate prenatal, așa cum recomandă Societatea Europeană de Urologie.



Bibliografie

1. Adams M.C., Mitchell M.E. and Rink R.C.: Gastrocystoplasty: an alternative solution to the problem of urological reconstruction in the several compromised patients. *J. Urol.* 140: 1152-1156, 1988.
2. Adriani G., Persico A., Tursini,S., Ballone E., Cirotte D. and Chiesa L.. The renal resistive index from the last 3 month of pregnancy to 6 month old. *B. J. U.*, V.87, nr.6:502-564, 2001.
3. Agarwal S.K., Malforif,D., Welsch A. and Fisk N.: Endoscopic management of fetal obstructive uropathy, *B.J.U. International* 83, suppl. 4:320-340,1999.
4. Agarwal S.K.: Uretral valves. *B.U.J.*, V:84,N5,pp570-578,1999.
5. Dairiki Shortlife, L.M.: Diagnostic Maneuvers to Differentiate Obstructive from Nonobstructive Uretral Dilatation. In: In: Gonzales E.T. and Bauer S.B. eds. *Pediatric Urology Practice*. pp. 259-266. Lippincott Williams and Wilkins, 1999.
6. Ioiart I. and Mureșanu H.D.: Locul endourologiei în diagnosticul și tratamentul malformațiilor urinare congenitale obstructive ale copilului. Simpozionul Național de Endourologie Tg. Mureș, 10-13 mai, Vol. de Rezumate pp.36,2001.
7. Fembach S.R.: Imaging the Urinary Tract in Children. In Gonzales E.T. and Bauer S.B. eds. *Pediatric Urology Practice*. Lippincott Williams and Wilkins, 1999
8. Ioiart I., Gurtavenco A., Raica M. și Stiucă Fl.: Diverticulul de uretră anterioară. Observații pe marginea unui caz clinic. *Chirurgia*, nr.1:43-47,1992.
9. Ioiart I., Gurtavenco A., Știucă F. și Mureșanu H.: Malformațiile urinare congenitale obstructive ale copilului. Indicații și rezultate terapeutice. *Rev. Rom. de Urol.*, V6, Nr.1-2, pp.71-77, 1999.
10. Ioiart I.:Tratamentul endoscopic al RVU în Bazele chirurgiei endourologice, pp.,176-185, Ed. Eurobit, Timișoara,1997.
11. Ioiart I: Chronic renal failure in children caused by congenital malformation of the lower urinary tract. *National Congress of Urology*, Sibiu, 1993.
12. Ioiart I: Derivația vezicală cutanată continentă. *Rev. Rom. de Urol*, V III, 3:185-190, 1996.
13. Ioiart I: Pathology of the urethero-pyelic junction in children. Indication and therapeutic results. *National Congress of Urology*, Rm-Valcea, 1995.
14. Rawashdeh Y.F., Djurhuus J.C., Mortensen J., Horlyck A. and Frokiaer J.: Intrarenal Resistive Index as Pathophysiological Marker in Obstructive Uropathy. *J. Urol.*, 165, nr.5:1397-1405,2001
15. Whitaker R.: Methodes of assessing obstruction in dilated ureters. *B.U.J.*, 45:15, 1979.

QVO VADIS?...

PROSTATECTOMIA RADICALĂ LAPAROSCOPICĂ

(state of the art lecture)

COMAN I., PETRUȚ B.

Spitalul Clinic Municipal, Secția Clinică de Urologie, UMF Cluj-Napoca, România

Prostatectomia radicală laparoscopică (PRL) este o procedură minim invazivă dezvoltată ca o *alternativă* la tratamentul convențional chirurgical al cancerului de prostată localizat intracapsular: prostatectomia radicală retropubică sau perineală.

Cancerul de prostată este cea mai răspândită formă de cancer în SUA, după malignitățile pielii, și reprezintă actualmente a doua cauză de deces la bărbați. În ciuda prevalenței sale, istoria naturală a bolii prezintă o mare heterogenicitate și este chiar în zilele noastre destul de puțin înțeleasă și explicată. La un procent important de pacienți evoluția bolii este lentă, iar tumorile sunt într-un stadiu moderat de diferențiere. Cu toate că acestea prezintă potențial o amenințare pentru viața pacienților ele sunt în mare măsură tratabile atâta timp cât sunt surprinse în interiorul glandei prostatice. În alte cazuri de tumori slab diferențiate, cu creștere celulară rapidă, răspândirea acestora fie în limfaticile loco-regionale, fie la nivelul altor organe (os, creier) reduce semnificativ prognosticul, modificând și atitudinea terapeutică înspre terapiile de paliativă (AUA 2000).

Prostatectomia radicală laparoscopică este o procedură chirurgicală cu grad ridicat de dificultate tehnică, recomandată la ora actuală doar centrelor cu experiență în chirurgia laparoscopică. Dezvoltarea și impunerea acestei tehnici ca alternativă viabilă a tratamentului chirurgical deschis a urmat o traiectorie extrem de sinuoasă, pornind de la afirmația lui Schuessler din 1992 care nu recomanda abordul laparoscopic pentru prostata tumorală. Acest subiect a rămas câțiva ani buni neatins, până când un grup de urologi laparoscopiști de la Paris perfecționează la Institutul Montsouris tehnica prostatectomiei radicale transperitoneale anterograde. Aceștia codifică intervenția și publică primul set de date care atestă viabilitatea tehnică a acestui abord miniinvaziv al prostatei tumorale. La nici un an mai târziu Rassweiler perfecționează la Heilbronn tehnica prostatectomiei radicale laparoscopice retrograde care implementează prin mijloace laparoscopice cel mai fidel tehnica prostatectomiei radicale anatomice descrisă de Walsh. În acest rastimp s-au consolidat în Europa cei doi poli care vor defini, codifica, perfecționa și vor promova metodele laparoscopice radicale aplicate cancerului de prostată localizat. Aceste două centre au generat un număr mare de programe de antrenament și au inițiat un număr important de urologi pentru a depăși perioadele inițiale ale curbei de învățare și pentru a putea implementa în serviciile lor această tehnică dificilă și fascinantă.

Variantele tehnice ale metodei sunt multiple și au apărut pe măsură ce experiența în acest domeniu creștea. Numărul mare de studii publicate actualmente ne permit să tragem niște concluzii referitoare la fezabilitatea și la indicațiile diferitelor variante descrise. Compararea cu operația clasică ne demonstrează că sângerarea și confortul operator pentru disejecțiile fine, în special în implementarea procedurilor de

prezervare a bandelelelor neuro-vasculare au rezultate mai bune în metoda laparoscopică Cathelineau et al. (2004). În cazul parametrilor funcționali (erecție și continență), precum și al celorlalți parametri intraoperatori, rezultatele metodei laparoscopice sunt similare cu cele ale metodei clasice. Rassweiler et al (2002). Același grup de autori compară abordul transperitoneal cu cel extraperitoneal și obține similarități în ceea ce privește timpul operator, sângerarea, complicațiile și marginile pozitive.

Ruitz et al (2004) compară rezultatele oncologice pentru prostatectomiile radicale efectuate prin abord trans- respective extraperitoneal și nu găsește o diferență semnificativă (n=2x165).

Artibani et al (2003) într-un studiu retrospectiv nerandomizat pe 71 de pacienți demonstrează că timpul operator este semnificativ scăzut în cazul abordului extraperitoneal, iar rata transfuziilor e mărită în cazul abordului transperitoneal. Nu a fost notată nici o diferență în ceea ce privește rata complicațiilor în cele două grupuri. La 12 luni continența a fost atinsă la 64% dintre pacienții operați extraperitoneal față de 40% în cazul pacienților operați transperitoneal. Nu au existat diferențe vizând stadializarea T și scorul Gleason între grupurile trans- respective extraperitoneal.

În 2005, Rassweiler raportează, ca și concluzie a unui studiu comparative prospectiv, că prostatectomia radicală laparoscopică a devenit o alternativă acceptată în chirurgia deschisă în efectuarea prostatectomiei radicale (n=1078).

Prostatectomia radicală robotică reprezintă maximum îmbinării tehnologiei cu chirurgia. Stadiul actual al investigațiilor clinice în acest domeniu demonstrează echivalența unor parametri cu laparoscopia simplă: margini pozitive, sângerare. Parametrii net îmbunătățiți sunt: transferabilitatea metodei, curba extrem de abruptă de învățare, precum și diminuarea semnificativă a timpului de efectuare a anastomozei și mărirea calității acesteia. Totuși costurile semnificative ale echipamentului, precum și întreținerea, mențin chirurgia robotică prohibitivă la ora actuală pentru marea masă a urologilor europeni.

Se constată în ultimii ani un derapaj din partea cerințelor pacienților înspre conservarea funcțională după prostatectomia radicală. Pacienții emancipați, informați solicită proactive medicului, aplicarea unor proceduri care să le permită continența vieții sexuale și foarte important să fie continenți. Din punct de vedere al medicului urolog, calea de urmat este extrem de îngustă între margini pozitive de rezecție și aplicare a unor proceduri de preservare nervoasă subfascială (tehnica vâului Afroditei) și de preservare a colului vezical. Se constată o tendință actuală de a extinde aplicarea acestor tehnici (la presiunea pacienților), în pofida indicațiilor clare enunțate de Walsh în aplicarea acestor tehnici de preservare nervoasă. (M Menon , Concluziile Congresului Mondial de Endourologie, Cleveland, 2006).

Experiența Secției Clinice de Urologie de la Spitalul Clinic Municipal din Cluj Napoca cuprinde 41 de cazuri operate laparoscopic. Dintre acestea am aplicat abordul transperitoneal în primele 30 de cazuri. Aplicarea abordului extraperitoneal ultimelor 11 cazuri a dus la scăderea semnificativă a morbidității postoperatorii prin: reducerea scorului algic, mobilizarea precoce și reluarea precoce a tranzitului digestiv.

Limfadenectomia pelvină a fost efectuată doar în cazurile cu PSA peste 20ng/ml și scor Gleason mai mare sau egal cu 8 și nu a relevat invazie ganglionară în nici un caz. Timpul operator după primele 20 de cazuri s-a stabilizat la 175 de minute, iar pierderile de sânge intraoperatorii le-am evaluat în medie la 320 ml.

Am avut 2 cazuri de conversie la operația clasică în cazul primilor 15 pacienți: un pacient nu a tolerat poziția Trendelenburg, operația laparoscopică fiind extrem de dificilă din cauza pătrunderii anselor intestinale în câmpul operator, iar un alt caz a fost convertit la operația clasică, din cauza unei hemoragii din plexul venos penian profund, care, la data respectivă, am considerat că se poate soluționa mai sigur prin chirurgie deschisă.

Din punctul de vedere al rezultatelor funcționale, avem o rată de continență la 5 luni de 58%, iar erecțiile spontane au apărut într-un procent de 31%.

Incizia fasciei endopelvine înaintea abordării ligamentelor pubo-prostatice și a plexului venos penian profund permite controlul hemostazei mai facil la acest nivel (fig. 1).

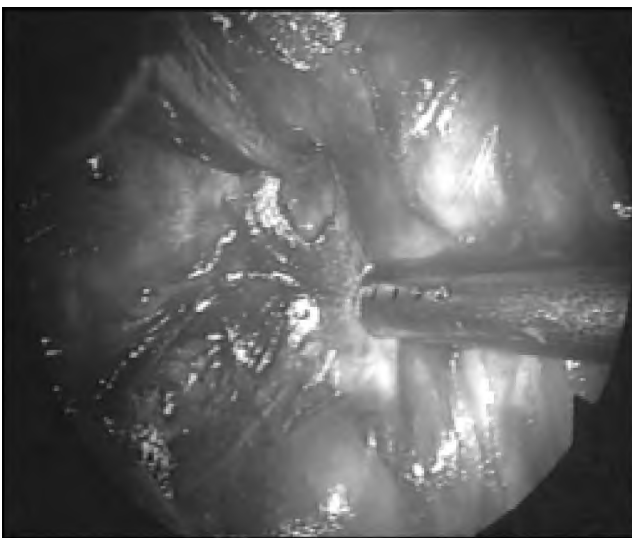


Figura 1. Incizia fasciei endopelvine

Prepararea rece a uretrei la apex și secționarea acesteia aproape de prostată permite conservarea structurilor musculo-nervoase responsabile de funcționalitatea continento-erectilă postoperatorie (fig. 2, 3).

Anastomoza uretro-vezicală o efectuam cu fir continuu PDS 3.0 începând de la ora 4. Se evită astfel începerea anastomozei în poziția de la ora 6 nefavorabilă din punct de vedere a manualității laparoscopice (fig. 4, 5).

Piesa este exteriorizată în sac de organ prin orificiul de abord deschis (fig. 6).

Obținerea unor parametri operatori și a unor rezultate similare cu cele publicate în literatură s-a realizat pe baza experienței de 10 ani a echipei clinicii noastre în laparoscopia

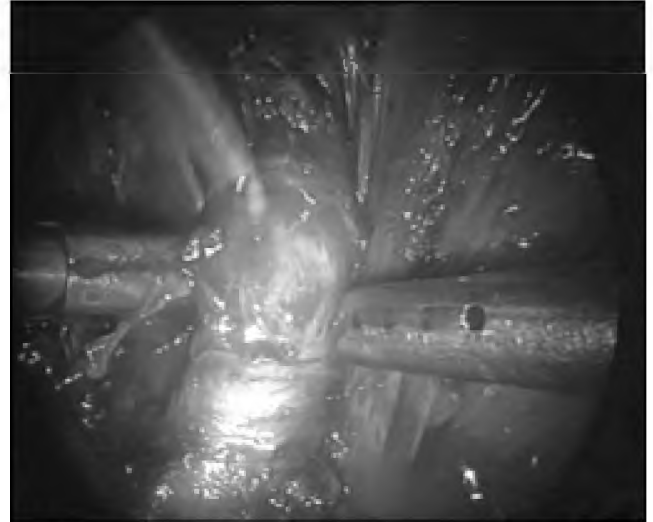


Figura 2. Prepararea uretrei subprostatice

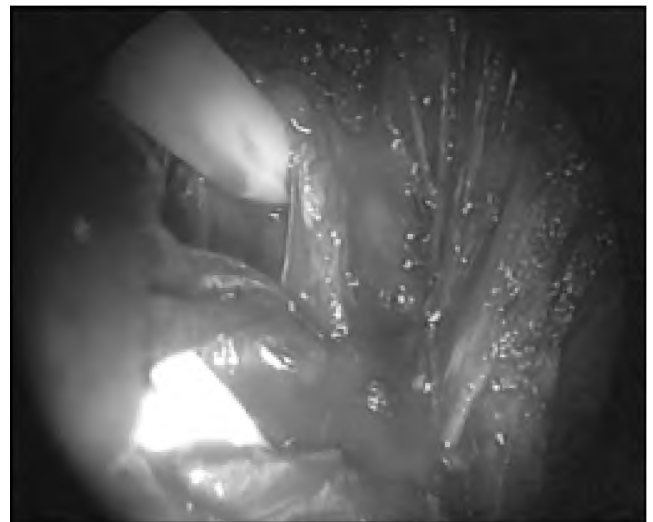


Figura 3. Incizia peretelui posterior al uretrei

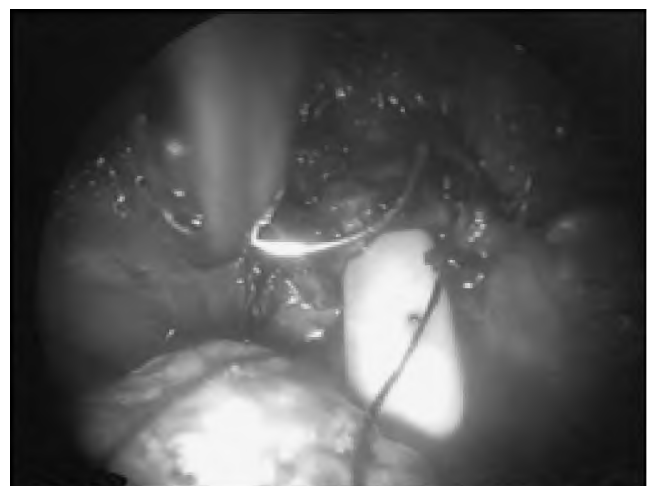
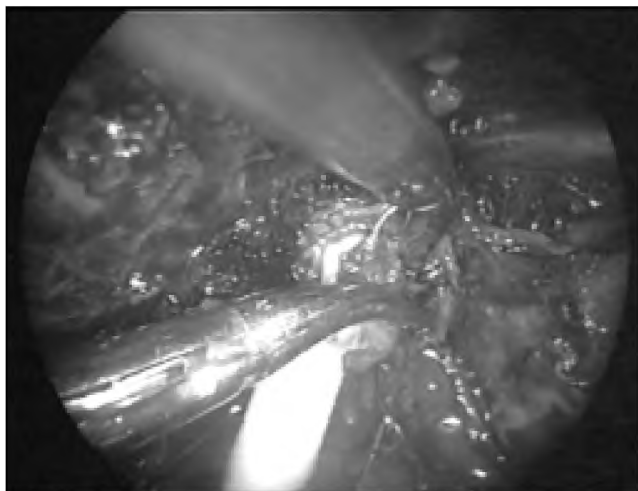


Figura 4. Fir uretral la anastomoza la ora 12

urologică. Prostatactomia radicală laparoscopică, fiind o tehnică chirurgicală cu dificultate ridicată, o recomandăm a fi implementată în echipele care au parcurs prima etapă a curbei de învățare integrate în centre de excelență în chirurgia urologică laparoscopică.



*Figura 5. Anastomoza uretro-vezicala
cu PDS 3.0*



*Figura 6. Piesa prostato-veziculo-deferențială
extrasă laparoscopic*

QUO VADIS... LAPAROSCOPIA ÎN URO-ONCOLOGIE?

I. Coman, A. R. Coța, B. Feciche, D. Porav-Hodade

Spitalul Clinic Municipal, Secția Clinică de Urologie, Cluj-Napoca, România

Introducere

La ora actuală laparoscopia reprezintă o tehnică ce ocupă un loc de necontestat în inventarul chirurgical urologic. **Începuturile** acestei tehnici datează din anii '70, când *Sommerkamp* a efectuat prima biopsie renală retroperitoneală fără cameră de gaz, *Cortesi* a folosit un endoscop și un sistem de insuflare pentru a realiza primul diagnostic transperitoneal al criptorhidiei, iar *Wickham* a efectuat prima ureterolitomie cu pneumoperitoneu [1, 2]. Apoi, în 1989, *Schuessler* și *Winfield* au realizat în premieră limfadenectomia pelvină laparoscopică și, respectiv, cura laparoscopică a varicocelului [3, 4]. Prima nefrectomie laparoscopică transperitoneală, efectuată cu succes în 1990 de *Clayman* [5], a deschis calea alternativei minim invazive în chirurgia urologică, tot mai multe tehnici consacrate abordului chirurgical deschis fiind chiar preluate de către urologi din Europa, America, Japonia.

În **România**, pionieratul în laparoscopia urologică îi aparține experienței datând din 1996 a echipei profesorului *Duca* de la Clinica Chirurgie III din Cluj-Napoca, membru al Academiei Republicii Moldova, care a fost apoi preluată și dezvoltată de conf. dr. *Coman* în Secția Clinică de Urologie a Spitalului Clinic Municipal Cluj-Napoca. Aproape simultan, un alt centru de chirurgie generală antrenat în tehnicile laparoscopice transmite experiența sa colectivului de urologi de la Spitalul Sf. Ioan din București. În prezent, tot mai multe centre urologice din România apelează la tehnici laparoscopice pentru soluționarea unei game extinse de afecțiuni urologice: Institutul Clinic Fundeni, Spitalul Th. Burghel, Spitalul Militar Central din București, Institutul Clinic de Urologie și Transplant Renal din Cluj-Napoca, Clinica de Urologie Timișoara, Secția de Urologie a Spitalului Județean Vâlcea, iar un număr mare de tineri urologi sunt pregătiți să își dezvolte competența în laparoscopie.

Ajunsă în secolul XXI, laparoscopia este pusă în fața unei provocări remarcabile: definirea statutului său în tratamentul patologiei urologice oncologice. Așa cum postulau *Lee* și *Smith*, „era endo-oncologiei a sosit”. „Laparoscopia s-a extins și a evoluat de la o tehnică diagnostică de limfadenectomie pelvină în cancerul de prostată până la a deveni o metodă de tratament radical chirurgical pentru fiecare organ abdominal al aparatului genito-urinar.” [6] Totuși majoritatea procedurilor laparoscopice uro-oncologice mai trebuie supuse probei timpului. Rolul lucrării de față este să ofere o imagine de ansamblu asupra performanțelor pe care laparoscopia le-a atins deja, dar și a direcțiilor de urmat în ceea ce privește tratamentul patologiei urologice oncologice.

Prostatectomie radicală

În 1992, *Schuessler*, *Kavoussi*, *Clayman* și *Vancaille* realizau la Harvard Medical School din Boston prima prostatectomie radicală pe cale laparoscopică, dar performanțele tehnice limitate de atunci, precum și investiția masivă de timp și efort a echipei operatorii i-au determinat să afirme că „laparoscopia nu

reprezintă o alternativă chirurgicală viabilă pentru prostata tumorală.” [7] Doisprezece ani mai târziu, *Rassweiler* susținea că „prostatectomia radicală laparoscopică este un procedeu original, conceput să asigure **aceleași rezultate oncologice** precum prostatectomia radicală convențională, dar în același timp cu **scăderea morbidității**.” [8] Această diferență majoră de opinie a putut deveni posibilă datorită progresului tehnic, dar și efortului colectivelor Institutului Montsouris Paris [9] și al Clinicii Urologice Heilbronn [8], care au elaborat și au standardizat o tehnică operatorie reproductibilă și didactică.

Indicația standard a prostatectomiei radicale pe cale laparoscopică este adenocarcinomul intraprostic ($T_{1b-2}N_{x-0}M_0$), asociat cu o speranță de viață a pacientului mai mare de 10 ani. Indicațiile facultative includ stadiul T_{1a} cu speranță lungă de viață, stadiul T_{3a} asociat cu Gleason > 8 și PSA < 20 ng/ml și respectiv pacienții potenți în stadiu T_{1c} Gleason < 7 și PSA < 10 ng/ml, m situație în care este indicată o tehnică operatorie cu prezervarea bandelelor neurovasculare [10]. Un alt colectiv francez, de la Centrul Universitar Mondor Créteil, comunică o experiență pe 4 ani (2002-2005) de 550 pacienți, care au fost supuși unui abord extraperitoneal, cu rezultate funcționale care echivalează cu cele obținute în chirurgia deschisă [11].

În Statele Unite trebuie citată experiența de 400 pacienți în 3 ani și jumătate aparținând Hackensack University Medical Center New Jersey în prostatectomia robotică (introdusă de grupul Montsouris), utilizând inițial un abord transperitoneal, apoi unul extraperitoneal, cu o pierdere de sânge și spitalizare mai reduse comparativ cu prostatectomia retropubică deschisă [12], precum și pe cea de 168 de pacienți în 4 ani (2001-2004) de la Eastern Virginia Medical School Norfolk, care folosind sistemul „da Vinci”, raportează pe termen scurt timp operator și spitalizare ameliorate și reducerea riscului de leziuni rectale [13].

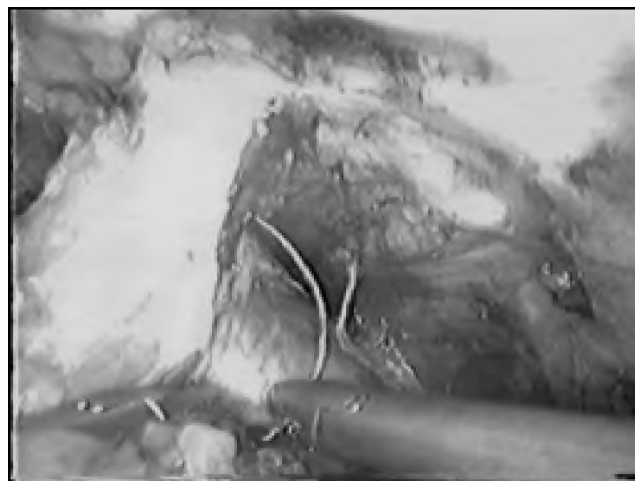


Figura 1. Aspect de prostatectomie radicală laparoscopică. Ligatura plexului venos penian profund cu fir cu nod intracorporeal

Tehnica operatorie „clasică”, descrisă de *Guillemot* și *Rassweiler*, presupune o disecție anterogradă, respectiv retrogradă a prostatei și a veziculelor seminale și realizarea unei anastomoze uretro-vezicale (figura 1).

În serviciul nostru, prima prostatectomie radicală laparoscopică a fost efectuată în 14.10.2004, reprezentând o premieră națională.

Limfadenectomia pelvină

Prima limfodisecție pelvină a fost raportată în 1991 tot de *Schuessler*, care afirmă că “limfadenectomia endoscopică conferă doar o **morbiditate minimă** tratamentului radioterapeutic al cancerului prostatic, dar permite o **stadializare mai precisă** și, în consecință, o consiliere mai acurată a pacienților.” [14]

Tehnica operatorie constă într-un abord transperitoneal, care permite accesul în fosele obturatorii și evidarea limfoganglionară completă pe cale laparoscopică (figura 2).

Rareori preferată de noi ca indicație de sine stătătoare, limfadenectomia pelvină laparoscopică constituie un timp distinct al prostatectomiei radicale laparoscopice sau al cistectomiei radicale laparoscopice.

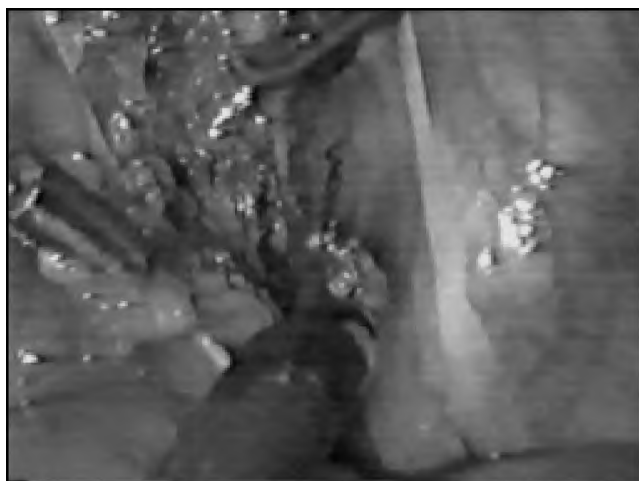


Figura 2. Aspect de limfadenectomie pelvină laparoscopică. Incizia peritoneului parietal și pătrunderea în fosa obturatorie

Nefrectomia

Prima nefrectomie laparoscopică a fost realizată în 1991 de *Coptcoat* la Kings College Hospital, Londra [15]. Conform ghidurilor Asociației Europene de Urologie, “nefrectomia radicală laparoscopică poate fi acum considerată un **standard** în managementul pacienților cu carcinom cu celule renale T_{1-2} ” [10]. Pentru carcinomul cu celule renale, nefrectomia radicală laparoscopică a **rezistat probei timpului** în ceea ce privește: supraviețuirea fără recidivă, pierderea de sânge, disconfortul postoperator, metastazele de la punctele de abord, durata spitalizării și a convalescenței. Pentru celelalte proceduri, se încearcă obținerea **acelorași standarde** [6].

În ceea ce privește tumorile renale parenchimatose cu tromb tumoral în vena renală, „laparoscopia poate fi utilizată cu succes ca alternativă minim invazivă la chirurgia deschisă.” [16] Indicația principală clasică a nefrectomiei radicale laparoscopice o constituie tumorile mai mici de 7 cm. Principiile oncologice sunt într-un total respectate în timpul nefrectomiei radicale laparoscopice [17].

Progresul tehnic în ceea ce privește instrumentarul și aparatura de laparoscopie a permis apariția unor tehnici de vârf, precum nefrectomia laparoscopică asistată manual, nefrectomia parțială laparoscopică, ablația tumorală cu radiofrecvență sau crioablația tumorală.

Chirurgia laparoscopică **asistată manual** este o tehnică promițătoare, cu avantaje dovedite față de chirurgia deschisă, comparabilă cu laparoscopia pură, ce poate lărgi spectrul indicațiilor laparoscopice [18].

Nefrectomia parțială laparoscopică are ca indicație tumorile parenchimatose sub 4 cm (T_{1a}), dar este necesară prezența unui chirurg experimentat [19].

Ablația tumorală percutană cu radiofrecvență oferă rezultate încurajatoare, precum controlul hematuriei macroscopice dată de invazia sistemului colector, controlul local al bolii metastatice, ameliorarea hemostazei în nefrectomia laparoscopică [20].

Tehnica operatorie „clasică” a nefrectomiei laparoscopice presupune pătrunderea în spațiul perirenal pe cale lomboscopică, urmată de izolarea și secționarea ureterului, eliberarea fețelor și a polilor renali și disecția elementelor pediculare renale. Piesa de nefrectomie este extrasă apoi într-o pungă de organ cu sau fără morselare (figura 3).

În experiența noastră, prima nefrectomie laparoscopică datează din 1996, fiind efectuată de echipa coordonată de acad. prof. dr. Sergiu Duca.

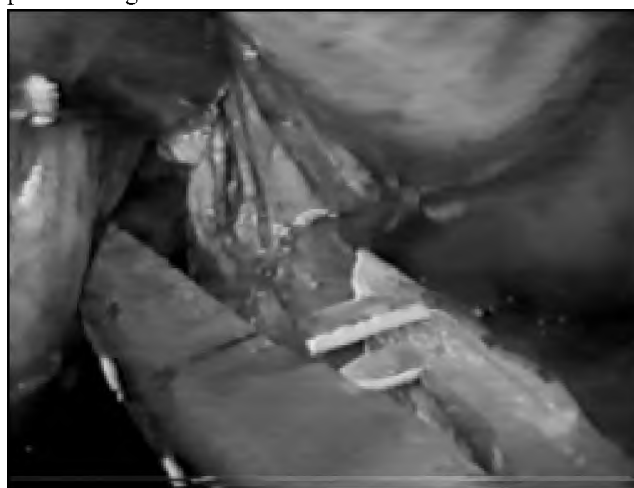


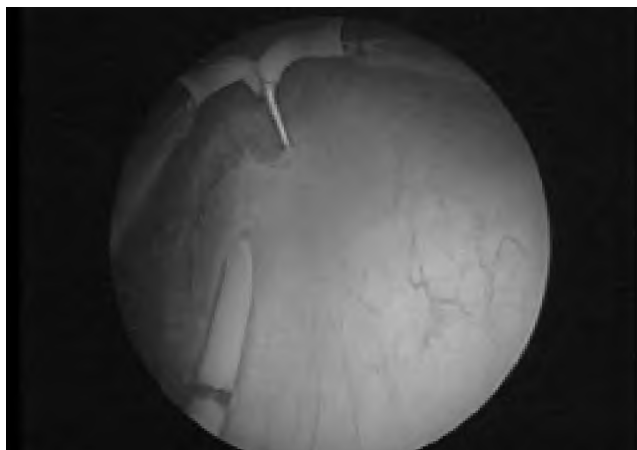
Figura 3. Aspect de nefrectomie radicală. Ligatura pediculului renal în bloc cu stapler

Nefroureterectomia radicală

Prima nefroureterectomie radicală a fost efectuată în 1991 de *Clayman*. Autorii raportau atunci că “o metodă recent elaborată de contenționare a organelor intraabdominale și un nou morselator tisular laparoscopic au făcut posibilă extragerea unui rinichi de 190 g printr-o incizie de 11 mm.” [21]

Indicațiile curente ale nefroureterectomiei radicale le constituie cazurile de carcinom tranzițional cu grad redus de malignitate [22-24]. Avantajele laparoscopice în nefroureterectomia radicală oferă o morbiditate mai redusă, în condițiile unor principii oncologice păstrate [25, 26].

Tehnica operatorie preferată de serviciul nostru pentru nefroureterectomia radicală laparoscopică este tehnica retroperitoneală, care include un timp operator inițial endoscopic, prin care este efectuată o cistectomie perimeatică pe cale cistoscopică, ce va facilita disecția ureterului pelvin și intramural (figura 4).



**Figura 4. Aspect de nefroureterectomie radicală.
Cistectomia perimeatică endoscopică**

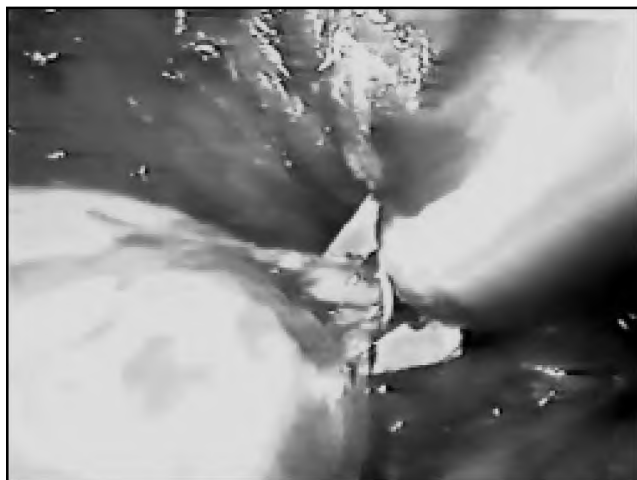
Adrenalectomia

Pionierii suprarenalectomiei laparoscopice sunt *Gagner*, *Rassweiler*, *Suzuki* și *Go*, care au aplicat această tehnică în premieră în același an 1991 [27-30]. Indicațiile metodei sunt tumorile adrenale sub 6 cm [24, 31, 32], tumorile adrenale mari (> 6 cm) constituind o indicație relativă [33, 34]. Suprarenalectomia laparoscopică este o tehnică posibilă, ce oferă mai puține incidente și complicații comparativ cu procedura deschisă [35, 36].

Suprarenalectomia radicală laparoscopică este fezabilă și în cazul tumorilor maligne adrenale, cu o echipă chirurgicală cu experiență laparoscopică adecvată. Totuși tehnica deschisă continuă să dețină un rol important în chirurgia adrenală [37]. Abordul retroperitoneal este de preferat celui transperitoneal, mai ales în cazul pacienților obezi sau cu istoric de chirurgie abdominală.

Decizia finală asupra relevanței laparoscopiei în cancerul glandei suprarenale va fi determinată de timp și de experiența aflată în creștere, dar este foarte probabil că laparoscopia se va dezvolta până la a înlocui chirurgia deschisă în multe centre [38].

Tehnica operatorie retroperitoneală, agreată de serviciul nostru, presupune izolarea polului renal superior și disecția extrem de atentă a glandei tumorale, impusă de proximitatea vaselor mari și de delicatetea elementelor vasculare adrenale (figura 5).



**Figura 5. Aspect de adrenalectomie retroperitoneală.
Cliparea ureterului pelvin drept**

Limfadenectomia retroperitoneală

Prima limfadenectomie retroperitoneală a fost efectuată în același an 1992 de *Hulbert* și de *Waterhouse* la Harvard Medical School Massachusetts și respectiv Mount Sinai Medical Center New York [39, 40].

Indicațiile tehnicii includ tratamentul cancerului testicular non-seminomatos în stadiul I, când este cea mai sensibilă și specifică procedură diagnostică în detectarea metastazelor limfatice oculte, dar și în stadiul II, când poate fi efectuată ca tratament de primă linie (în combinație cu o urmărire atentă) sau după chimioterapie. De asemenea, reprezintă o tehnică de elecție pentru tumorile retroperitoneale reziduale după chimioterapie [41, 42].

Cistectomia radicală

Prima cistectomie radicală a fost efectuată în 1993 de *Sánchez de Badajóz* la Universitatea din Málaga, Spania. Autorul afirmă că „deși timpul operator este lung, **trauma chirurgicală este minimă**, deoarece inciziile tip McBurney în flancuri produc leziuni minime peretelui abdominal.” [43]

Au urmat mai multe raportări izolate de cistectomii radicale cu derivații urinare variate (1995-2000) [44-46], dintre care mai particulară este cistectomia radicală transvaginală asistată laparoscopic, efectuată de *Puppo* la 5 pacienți cu cancer vezical, la care s-au confecționat conducte ileale prin intermediul unei minilaparotomii.

În comunicările mai recente, din ultimii ani, asistăm la creșterea continuă a complexității tehnicilor abordate, care includ realizarea complet intracorporeală a unor derivații urinare continente, chiar ortotopice. Astfel, *Gill* de la Cleveland Clinic Foundation raportează în 2000 primele două cazuri de cistectomie radicală cu conduct ileal confecționat pur laparoscopic, utilizând exclusiv suturi intracorporeale [47]. Un an mai târziu, *Türk* comunică experiența berlineză cu primele 5 cazuri de derivații continente recto-sigmoidiene după cistectomia radicală, efectuate tot pe cale exclusiv laparoscopică [48].

Tot echipa lui *Gill* raportează în 2002 realizarea primelor două neovezici ortotopice strict prin suturi laparoscopice (în manieră *Studer*), neînregistrând complicații semnificative [49].

O căutare bibliografică prin algoritm boolean a *National Institute for Clinical Excellence* din cadrul *Registrului Australian de Siguranță și Eficiență a Procedurilor Chirurgicale Noi* în baze de date precum *MedLine*, *PreMedLine*, *PubMed*, *Cochrane Library* și *Science Citation Index* oferea în noiembrie 2002 un număr total de 20 de comunicări despre cistectomia radicală laparoscopică, dintre care 8 serii de cazuri și 10 prezentări de caz în literatura engleză, o serie de cazuri în cea germană și o prezentare de caz în cea spaniolă.

După *Carvalho* și *Gill* (2002), avantajele cistectomiei laparoscopice presupun o morbiditate mai mică decât chirurgia deschisă, o vizualizare îmbunătățită a structurilor pelvine, o pierdere de sânge inferioară, ileus postoperator și spitalizare postoperatorie mai scurtă și un rezultat cosmetic superior. Limitările constau într-un timp de învățare prelungit, durată a intervenției și costuri mai mari și un risc de metastazare la nivelul punctelor de abord încă neevaluat [18].

Unele articole recente subliniază rolul facilitant al roboticii în asistarea manevrelor de dificultate tehnică înaltă pe care le

presupune cistectomia radicală și mai ales realizarea intracorporeală a derivațiilor urinare continente. Astfel, primul caz de cistectomie radicală asistată robotic (sistemul *da Vinci™*) cu neovezică intracorporeală, a fost efectuat de *Beecken* et al. la Clinica Urologică a Universității din Frankfurt pe Main, Germania [51].

În 2006 a fost înființat **Registrul Internațional de Cistectomii Radicale Laparoscopice**, care include 9 centre internaționale cu experiență relevantă (în total 308 pacienți (1999-2005), acest număr fiind într-o continuă creștere) [52].

După *Türk*, cistectomia radicală rămâne o **procedură agresivă**, cu morbiditate și mortalitate semnificativă. Progresele în chirurgia laparoscopică au condus însă la o scădere semnificativă a morbidității bolnavilor și la o accelerare a vindecării, cu scurtarea spitalizării [53].

Conform experienței Institutului Montsouris Paris, reconstrucția laparoscopică a tractului urinar inferior este dificilă, iar progresele în cistectomia radicală au fost mai lente [54].

Potrivit ghidurilor Asociației Europene de Urologie, indicațiile cistectomiei radicale laparoscopice includ tumorile $T_{2-4}N_{0,x}M_0$, respectiv T_1G_3 , sau tumorile in situ BCG rezistente [10]. În ceea ce privește complicațiile cistectomiei radicale laparoscopice, se poate afirma că morbiditatea postoperatorie este în principal dicată de derivația urinară efectuată, iar aceasta nu poate fi lipsită de complicații, întrucât tehnica deală nu există [55].

Tehnica operatorie presupune disecția spațiului prevezical și izolarea ureterelor ilio-pelvine, cu cliparea lor în vecinătatea vezicii urinare. Urmează disecția latero- și retrovezicală, în final fiind rezolvată ligatura plexului penian dorsal profund, respectiv secționarea uretrei cu eliberarea piesei de cisto-prostato-veziculectomie (figura 6). În funcție de derivația urinară aleasă, timpul operator se poate prelungi semnificativ.

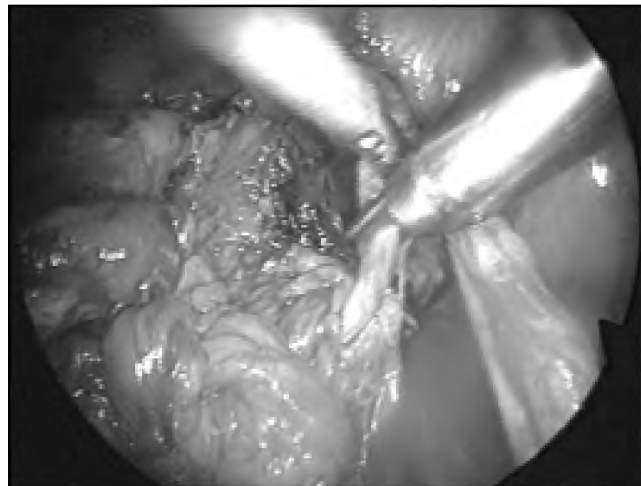


Figura 6. Aspect de cistectomie radicală laparoscopică. Cliparea ureterului pelvin drept

În serviciul nostru, prima cistectomie radicală laparoscopică a fost efectuată în 10.03.2004, reprezentând și ea o premieră națională.

Așadar, quo vadis... laparoscopia în uro-oncologie?

Așa cum progresele tehnologice de până acum au permis apariția și dezvoltarea acestei tehnici minim invazive, continua ameliorare și perfecționare a instrumentarului va reprezenta un avantaj net pentru statutarea ei [58, 59]. Se apreciază că cea mai valoroasă direcție actuală este **robotica**, aceasta permițând creșterea complexității instrumentelor, îmbunătățirea calității imaginii, suprapunerea imaginilor CT sau RMN peste imaginea operatorie, crearea unui feedback tactil, precum și adoptarea tele-laparoscopiei ca metodă în avantajul pacienților, dar și al chirurgilor aflați în training.

Un element fundamental pentru latura didactică a laparoscopiei este curba de învățare, care a fost în amănunt

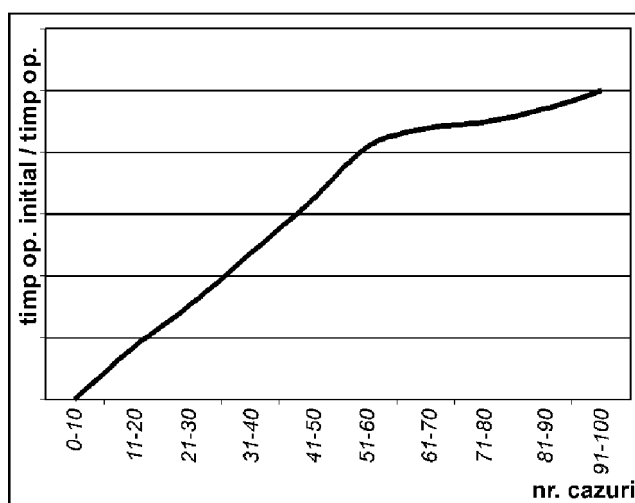


Figura 7. Curbă de învățare pentru prostatectomie radicală laparoscopică, urmărită fiind rata de margini pozitive la disecția prostatei

descrișă pentru prostatectomia radicală. Ea reprezintă evoluția ascendentă a performanțelor unui chirurg ce începe trainingul în laparoscopie (figura 7) [56].

Există două concepte de curbă de învățare, anume cea primară: timpul operator pentru cazurile inițiale, dar și cea secundară: pentru chirurgii deja antrenați în ceea ce privește tehnica, dar transpuși într-un alt serviciu [57].

Succesul extinderii laparoscopiei urologice va consta nu numai în creșterea performanțelor tehnice ale instrumentarului și ale aparatului, dar și în crearea unor **centre de training**, unde echipe de chirurghi antrenați vor avea rolul de educare a urologilor începători în chirurgia laparoscopică. Rămâne ca timpul să decidă asupra viitorului acestei metode.

Bibliografie

1. Cortesi N, Ferrari P, Zambarda E, Manenti A, Baldini A, Morano FP. Diagnosis of bilateral abdominal cryptorchidism by laparoscopy. *Endoscopy* 1976 Feb;8(1):33-4
2. Wickham JEA: Laparoscopic ureterolithotomy. Demonstration at the Annual Meeting of the British Association of Urologic Surgeons, 1978
3. Vancaille TG, Schuessler WW: Laparoscopic Pelvic Lymphadenectomy. În Zuker KA: *Surgical Laparoscopy*, 241-260, ed. Qual. Med. Publ. Inc, 1991
4. Winfield HN, Donovan JF, See WA, Loening SA, Williams RD: Urological laparoscopic surgery. *J. Urol.* 146: 941, 1991
5. Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, Dierks SM, Meretyk S, Darcy MD, Roemer FD, Pingleton ED, Thomson PG, Long SR. Laparoscopic nephrectomy: initial case report. *J Urol* 1991 Aug;146(2):278-82

6. Lee BR, Smith AD. Foreword. In de la Rosette J, Gill IS. Laparoscopic Urologic Surgery In Malignancies. Springer 2005
7. Schuessler WW, Kavoussi LR, Clayman RV, Vancaille TH. Laparoscopic radical prostatectomy: Initial case report [abstract 130]. J Urol 147:246A. 1992
8. Rassweiler J, Schulze M, Teber D, Seemann O, Frede T: Laparoscopic radical prostatectomy: Functional and ontological outcomes. Curr Opin Urol 14:75-82, 2004
9. Guillonneau B, Cathelineau X, Barret E, Roset F, Vallancien G: Prostatectomie radicale coelioscopique. Première évaluation après 28 interventions. Presse Med 27: 1570, 1998
10. EAU Guidelines – 2006 Edition
11. Salomon L, de la Taille A, Vordos D, Yiu R, Hoznek A, Allory Y, Abbou CC. Laparoscopic extraperitoneal radical prostatectomy: operative, oncologic and functional results of 550 procedures in a same institution. J Urol 175(4):368, 2006
12. Esposito M, Ahmed M, Dakwar G, Lanteri V. Pure extraperitoneal laparoscopic robotic prostatectomy: a larg series experience. J Urol 175(4):369, 2006
13. Hubosky SG, Given RW, Lynch DF, Fabrizio MD. The laparoscopic oncologist's dilemma: pure laparoscopic radical prostatectomy versus robotic assisted radical prostatectomy, an analysis of short term outcomes from a single institution. J Urol 175(4):369, 2006
14. Schuessler WW, Vancaille TG, Reich H, Griffith DP. Transperitoneal endosurgical lymphadenectomy in patients with localized prostatic cancer. J Urol 1991;145(5):988-91
15. Coptcoat MJ, Rassweiler J, Wickham JEA, Joyce AD. Laparoscopic nephrectomy for renal cell carcinoma. 3rd International Congress of Minimal Invasive Therapy. Abstract 66, Boston 1991
16. Jabren GW, Burgess SV, Thomas R, Davis R. Laparoscopic management of renal cell carcinoma, with complete renal vein tumor thrombus. J Urol 175(4):393, 2006
17. Hoznek A, Salomon L, Abbou CC. Extraperitoneal Laparoscopic Radical Nephrectomy. In de la Rosette J, Gill IS. Laparoscopic Urologic Surgery In Malignancies. Springer 2005, p.35
18. Rozet F, Cahill D, Desgrandchamps F. Hand assisted laparoscopic nephrectomy. In de la Rosette J, Gill IS. Laparoscopic Urologic Surgery In Malignancies. Springer 2005, p.45
19. Johnson DB, Cadeddu JA. Laparoscopic Partial Nephrectomy. In Cadeddu JA. Laparoscopic urologic oncology. Humana Press 2004, p.94
20. McGovern FJ, Gervais Debra A, Mueller PR. Percutaneous radiofrequency tumor ablation. In Cadeddu JA. Laparoscopic urologic oncology. Humana Press 2004, p.149
21. Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ et al. Laparoscopic nephrectomy: initial case report. J Urol 1991;146(2):278-82
22. Stephenson RN, Sharma NK, Tolley DA: Laparoscopic nephroureterectomy: a comparison with open surgery. J Endourol 1995; 9 (Suppl 1): 99
23. Shalhav AL et al: Laparoscopic nephroureterectomy for upper tract transitional cancer: the Washington University experience. J Urol; 163: 1100-1104. 2000
24. Doublet JD et al: European Association of Urology Guidelines On Laparoscopy, 2002
25. Seifman BD, Montie JE, Wolf S JR: Prospective Comparison Between Hand-Assisted Laparoscopic And Open Surgica Nephroureterectomy For Urothelial Cell Carcinoma. Urol 2001;57:133-137
26. Schulze M, Seidensticker P, Frede T, Rassweiler J: Laparoscopic Radical Nephroureterectomy For Treatment Of Transitional Cell Carcinoma Of The Kidney and Ureter: An 8-year Follow-Up. Eur Urol Suppl 2002;1(1):139
27. Gagner M, Lacroix A, Bolte E. Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma. New Eng J Med 1992;327:1033
28. Rassweiler J, Tsivian A, Kumar AVR, Lybarakis C, Schulze M et al. Oncological safety of laparoscopic surgery for urological malignancy : experience with more than 1,000 operations. J Urol 2003 Jun;169(6):2072-5
29. Suzuki K. Laparoscopic surgery for malignant adrenal tumors. Biomed Pharmacoter 56 Suppl 2002:139-44
30. Go H, Takeda M, Takahashi H, Imai T, Tsutsui T, Mizusawa T, Yakoyu-Kutawa P, et al. Laparoscopic adrenalectomy for primary aldosteronism: a new operative method. J Laparo-endosc Surg 1993;3:455-9
31. Gill SI: The case for laparoscopic adrenalectomy. J Urol 166: 429-436, 2001
32. Porpiglia F, Garrone C, Giraudo G, et al: Transperitoneal Laparoscopic Adrenalectomy: Experience in 72 Procedures. J Endourol 15: 257-259, 2001
33. Terachi T, Matsuda T, Terai A, et al: Transperitoneal laparoscopic adrenalectomy: experience in 100 patients. J Endourol 11: 361-365, 1997
34. Gagner M, Pomp A, Heniford BT, et al: Laparoscopic Adrenalectomy: Lesson Learned From 100 Consecutive Procedures. Ann Surg 226: 238-247, 1997
35. Ramani AP, Abreu SC, Desai MM, Steinberg AP, Ng C, Lin CH, Kaouk JH, Gill IS: Laparoscopic upper pole partial nephrectomy with concomitant en bloc adrenalectomy, Urol; 62:223-226, 2003
36. Jarolin L, Breza J, Wunderlich H: Adrenal Tumours, Eur Urol 43 (Curric Urol I-X), 2003
37. Guazzoni G, Cestari A, Montorsi F, Lanzi R, Rigatti P, Kauk JH, Gill IS. Curant role of laparoscopic adrenalectomy. Eur Urol 2001;40:8-16
38. Pietrow PK, Albala DM. Laparoscopic adrenalectomy for carcinoma. In Cadeddu JA. Laparoscopic urologic oncology. Humana Press 2004, p.245
39. Hulbert JC. Laparoscopic approach to the retroperitoneum. Semin Urol. 1992 Nov;10(4):227-31
40. Stone NN, Schluskel RN, Waterhouse RL, Unger P. Laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection in stage A nonseminomatous testis cancer. Urology. 1993 Nov;42(5):610-4
41. Janetschek G, Hobisch A, Holtl L, et al: Retroperitoneal Lymphadenectomy For Clinical Stage I Nonseminomatous Testicular Tumor: Laparoscopy Versus Open Surgery and Impact of Learning Curve. J Urol 156: 89-94, 1996
42. Steiner H, Peschel R, Janetschek G, Holtl L: Long-Term Results Of Laparoscopic Retroperitoneal Lymph Node Dissection: A Single Center 10-Year Experience. Urol 63: 550-555, 2004
43. Sánchez-de-Badajóz E, Gallego Perales JL, Reche Rosado A, Gutierrez de la Cruz JM, Jimeney Garrido A. Radical cystectomy and laparoscopic ileal conduit, Arch Esp Urol. 1993 Sep;46(7):621-4
44. Puppo P, Perachino M, Ricciotti G et al: Laparoscopically-assisted transvaginal radical cystectomy. Eur Urol 27:80-84, 1995
45. Denewer A, Kobt S, Hussein O et al: Laparoscopic-assisted cystectomy and lymphadenectomy for bladder cancer: initial experience. World J Surg 33:608-611, 1999
46. Kockerling F, Rose J, Schneider C et al: Laparoscopic colorectal anastomosis: risk of postoperative leakage. Results of a multicenter study. Surg Endosc 13:639-644, 1999
47. Gill IS, Fergany A, Klein EA, Kaouk JH, Sung GT, Meraney AM, Savage SJ, Ulchaker JC, Novick AC: Laparoscopic radical cystoprostatectomy with ilael conduit performed completely intracorporeally: the initial 2 cases. Urology 56(1):26-30, 2000
48. Türk I, Deger S, Winkelmann B, Schönberger B, Loening SA: Laparoscopic radical cystectomy with continent urinary diversion (rectal sigmoid pouch) performed completely intracorporeally: the initial 5 cases. J Urol 165:1863-6, 2001
49. Gill IS, Kaouk JH, Meraney AM, Desai MM, Ulchaker JC, Klein EA, Savage SJ, Sung GT: Laparoscopic radical cystectomy and continent orthotopic ileal neobladder performed completely intracorporeally: the initial experience. J. Urol 168:13-18, 2002
50. GP Haber, IS Gill, F Rozet, X Cathelineau, E Barret, G Vallancien, S Sterrett, KC Balaji, R van Velthoven, X Game, P Rischmann, AM Abdel-Hakim, D Vordos, CC Abbou, OA Castillo, A Simonato, JF Borin, DK Omstein, AM Shanberg. International registry of laparoscopic radical cystectomy: first report on 308 patients. J Urol 175(4):394, 2006
51. Beecken WD, Wolfram M, Engl T, Bentas W, Probst M, Blaheta R, Oertl A, Jonas D, Binder J: Robotic-Assisted Laparoscopic Radical Cystectomy and Intra-Abdominal Formation of an Orthotopic Ileal Neobladder. Eur Urol 44:337-339, 2003
52. GP Haber, IS Gill, F Rozet, X Cathelineau, E Barret, G Vallancien, S Sterrett, KC Balaji, R van Velthoven, X Game, P Rischmann, AM Abdel-Hakim, D Vordos, CC Abbou, OA Castillo, A Simonato, JF Borin, DK Omstein, AM Shanberg. International registry of laparoscopic radical cystectomy: first report on 308 patients. J Urol 175(4):394, 2006
53. Tuerk I. Laparoscopic radical cystectomy and intracorporeally constructed sigma-rectum pouch (Mainz Pouch II). In de la Rosette J, Gill IS. Laparoscopic Urologic Surgery In Malignancies. Springer 2005, p.89
54. Chatelineau X, Arroyo C, Rozet F, Barret E, Vallancien G. Laparoscopic Assisted Radical Cystectomy: The Montsouris Experience after 48 Cases. European Urology. 47(2005) 780-784
55. Gschwend JE. EAU 2006 Paris, ESU course 20
56. Frede T, Erdogru T, Zukosky D, Gulkesen H, Teber D, Rassweiler J. Comparison of training modalities for performing laparoscopic radical prostatectomy: experience with 1,000 patients. J Urol.;174(2):673-8 2005
57. Cohen MS, Canes D, Tuerk I. Secondary learning curve for the laparoscopic prostatectomy. J Urol 175(4):367, 2006
58. Coman I, Duca S (sub red.). Chirurgia urologică laparoscopică. Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, 2002
59. Coman I, Duca S (sub red.). Urological Laparoscopic Surgery. Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, 2005.

ЭПРЕКС



СЕРВИС ПО ТЕЛЕФОНУ: 8 (800) 200-00-00 | ТЕЛЕФОН: 8 (495) 777-00-00 | ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА: info@eprex.ru

ЭПРЕКС® (эритропоэтин альфа) — это препарат, который помогает организму вырабатывать больше эритроцитов, что улучшает доставку кислорода к органам и тканям. ЭПРЕКС® применяется для лечения анемии у пациентов с хроническими заболеваниями почек, а также у пациентов, проходящих гемодиализ.



ВОЗВРАЩЕНИЕ К НОРМАЛЬНОЙ
ПОЛНОКРОВНОЙ ЖИЗНИ



ЭПРЕКС® (эритропоэтин альфа) — это препарат, который помогает организму вырабатывать больше эритроцитов, что улучшает доставку кислорода к органам и тканям. ЭПРЕКС® применяется для лечения анемии у пациентов с хроническими заболеваниями почек, а также у пациентов, проходящих гемодиализ.

ВОЗВРАЩЕНИЕ К НОРМАЛЬНОЙ
ПОЛНОКРОВНОЙ ЖИЗНИ

Câteodată totul ține de
formula administrată



Ajută-i să simtă
diferența

Fraxiparine[®]
nadroparin



Fraxiparine[®]

HIPERPLAZIA BENIGNĂ DE PROSTATĂ – ASPECTE ACTUALE DE DIAGNOSTIC ȘI DE TRATAMENT (state of the art lecture)

Prof. Dr. F.Miclea

Clinica Urologică, UMF Timișoara, România

Hiperplazia benignă de prostată (HBP) reprezintă o afecțiune frecventă în rândul bărbaților de peste 60 de ani. Se consideră că aproximativ 60% dintre aceștia au leziuni histologice de HBP. Procentul de mai sus crește la 70% la cei de peste 70 de ani și la 90% la cei de peste 90 de ani. Mai mult, se consideră că aproximativ 50% dintre bărbații trecuți de 60 de ani au simptome urinare joase produse prin HBP.

Multă vreme, majoritatea pacienților cu HBP se prezentau la medic doar în stadiile avansate ale bolii, ca urmare a apariției retenției acute de urină sau a complicațiilor uropatiei obstructive subvezicale.

În ultimele decenii, îmbunătățirea gradului de educație sanitară și de informare medicală, coroborate cu publicitatea uneori agresivă a companiilor farmaceutice producătoare de medicamente utilizate în tratarea HBP a făcut ca numărul pacienților care se adresează medicului pentru simptome urinare joase să crească considerabil. Deși nu dispunem de date statistice certe, putem să apreciem amploarea fenomenului comparând cu ceea ce se întâmplă în SUA unde, la o populație de peste 200 milioane de locuitori, se înregistrează anual peste 1,7 milioane de consulturi la medicul de familie pentru simptome dovedite a fi produse de HBP.

În ceea ce privește diagnosticul pacientului cu HBP, la ora actuală, ghidurile de referință (EAU, AUA) recomandă : **anamneza, evaluarea simptomatologiei (scorul prostatei-IPSS), tușeul rectal, PSA, ecografia (volum prostatic, reziduu postmictional, impactul HBP pe aparatul urinar superior), uroflowmetria și evaluarea funcției renale (creatinina) și urocultura** ca obligatorii în evaluarea pacientului cu HBP.

Legat de aceste aspecte, aș dori să punctez doar trei elemente pe care le consider importante:

- tușeul rectal rămâne „standard” în evaluarea pretratament în ciuda sensibilității reduse a metodei în depistarea cancerului de prostată (20-30%) și a utilizării pe scară largă a PSA. Ghidurile Asociației Americane de Urologie menționează, de altfel, că tușeul rectal rămâne ca procedură standard în evaluarea HBP doar din considerente de tradiționalism și nu bazat pe mult-utilizata medicină bazată pe dovezi. În condițiile noastre socioeconomice însă, în care doar o parte dintre pacienți își pot permite să își dozeze PSA, metoda rămâne una necesară și obligatorie.

- dozarea PSA ar trebuie să devină treptat regula pentru a depista precoce cancerule de prostată și a evita situațiile jenante în care tratăm medicamentos pacientul pentru simptome urinare joase cauzate, de fapt, de cancerul de prostată. Ghidurile americane menționează posibilitatea de a nu determina PSA doar dacă pacientul, caz nou, urmează să fie tratat chirurgical (cu condiția ca metoda chirurgicală să furnizeze material pentru examen histopatologic).

- uroflowmetria este obligatorie în evaluarea pretratament, deoarece, pe de o parte, s-a constatat că cei care beneficiază cel mai mult de tratamentul chirurgical sunt pacienții cu obstrucție subvezicală certă (Q max sub 10 ml/sec), iar, pe de altă parte, este utilă pentru urmărirea răspunsului la tratament (medicamentos sau chirurgical). Reamintesc că volumul minim de urină pentru ca uroflowmetria să fie interpretabilă este de 150 ml (nomogramele Siroky). Explorările urodinamice complexe se impun în următoarele situații: volum urinar sub 150 ml, repetat (uroflowmetria nerelevantă), Q max peste 15 ml/sec (cu simptome severe), reziduu postmictional peste 300 ml, suspiciune de vezică neurologică (detrusorul hiperactiv), pacient peste 80 ani, eșec al tratamentului chirurgical prealabil sau în caz de chirurgie pelvină în antecedente. Datele din literatură menționează că hiperactivitatea detrusoriană (detrusor overactivity – DO) apare la 52-80% dintre pacienții cu obstrucție subvezicală prin HBP. Aceasta poate explica de ce aproximativ 20% dintre pacienții cu TURP continuă să aibă LUTS, din cauza prezenței detrusorului hiperactiv.

Dezvoltarea cunoștințelor privind HBP a fost explozivă în ultimele decenii, probabil și stimulată de presiunea companiilor farmaceutice interesate în introducerea produselor lor pe piață. Au apărut multiple alternative de tratament non-chirurgical care au făcut ca numărul intervențiilor chirurgicale să scadă cu peste 60%. În plus, chiar și metodele de tratament chirurgical s-au diversificat astfel încât în prezent chirurgia clasică a devenit excepție, iar rezecția transuretrală a prostatei (TURP), deși încă “golden standardul” tratamentului chirurgical, este contestată (să nu uităm că, așa cum arătam anterior, Thomas Stamey, urolog de renume din SUA, afirma în 1993, entuziasmat de primele rezultate ale terapiei minim invazive în hiperplazia benignă de prostată că “de acum TURP devine istorie a urologiei”).

La ora actuală, opțiunile de tratament ale HBP includ :

- urmărirea fără tratament (watchful waiting);
- tratamentul medicamentos (alfa blocante, inhibitori de 5 alfa reductază, terapia combinată între cele două, fitoterapia, iar ca medicație adjuvantă anticolinergicele și inhibitorii de fosfodiesterază 5);
- tratamentul chirurgical include TURP, chirurgia clasică și metodele de tratament minim invazive.

Spațiul nu ne permite o prezentare exhaustivă a acestor metode. S-au scris biblioteci întregi despre tratamentul adenomului de prostată, motiv pentru care voi puncta doar aspectele importante pentru practica curentă.

Urmărirea fără tratament – watchful waiting – se recomandă în cazul pacienților cu HBP cu simptome ușoare (IPSS 1-7) și fără complicații. Urmărirea se face la 6-12 luni, iar recomandările includ modificarea stilului de viață.

Subliniem încă o dată importanța dozării PSA la începerea tratamentului.

Tratamentul medicamentos se adresează pacienților cu HBP necomplicat și cu simptome moderate. Este considerat la ora actuală în lume tratamentul de primă intenție în adenomul de prostată, deoarece tot mai mulți pacienți se prezintă la medic în stadiile inițiale ale bolii, înainte de apariția complicațiilor. Dintre clasele de medicamente utilizate, cele mai frecvente sunt alfa blocantele care se adresează adenoamelor mici și medii (în mod clasic sub 40 cmc, după alți autori sub 30 cmc) deoarece aceste cazuri au în structura HBP componenta musculară netedă (leiomiomatoasă) – ținta alfablocantelor- mult mai bine reprezentată decât cea adenomatoasă. Pentru prostatele mari (peste 40, respectiv 30 de grame) se recomandă inhibitorii de 5 alfa reductază, în care raportul leiomiom:adenom se inversează.

Alfablocantele actuale (doxazosin, terazosin, tamsulosin și alfuzosin), dincolo de multitudinea de date din literatură, au rezultate asemănătoare privind eficiența (ameliorarea simptomatologiei, Q max, instalarea rapidă a efectului), singurele diferențe, minore, fiind cele legate de reacțiile adverse, dar și în aceste cazuri, per global, incidența lor este asemănătoare. Se pare că uroselectivitatea, verificată pe studii comparative (head to head), nu aduce beneficii nete, din punct de vedere clinic.

Inhibitorii de 5 alfa reductază (finasterida, dutasterida) au efecte similare privind ameliorarea simptomatologiei, a debitului urinar maxim (Qmax) și a reducerii volumului prostatei, cu efecte vizibile după o perioadă mai lungă (3-6 luni). Legat de studiul PCPT (prostate cancer prevention trial) care a demonstrat că finasteridul reduce cu 25% riscul de cancer de prostată, dar că, se pare, cei care fac cancer de prostată în aceste cazuri fac forme mai agresive (Gleason 8-10) (6,4% vs. 5,1%), ultimul consens EAU (iulie 2006), bazându-se pe analiza statistică suplimentară a datelor trialului a arătat că e vorba doar de detectarea mai frecventă a acestor cancere, comparativ cu placebo și nu de risc suplimentar al chemoprevenției pentru cancere mai agresive.

Terapia combinată (alfa blocant + inhibitor de 5 alfa reductază) este benefică, studiul MTOPS (doxazosin, finasterid, placebo și combinația) fiind singurul care a demonstrat beneficiul net în cazul prostatelor peste 40 cmc cu PSA > 1,5 ng/ml după minim 1 an de tratament.

Un alt aspect, foarte interesant, care se cuvine a fi menționat, este legat de observația lui Roehrborn (pe studiul MTOPS), comunicată la Congresul AUA din 2005, este că HBP, asociată cu leziuni de prostatită cronică, răspunde mai slab la tratament medicamentos (progresiune, retenție acută de urină) decât cei fără leziuni de prostatită cronică.

Începând din anii 2000 “dogma” incompatibilității dintre HBP și tratamentul anticolinergic a dispărut din urologie, deoarece s-a observat că tratamentul anticolinergic asociat alfablocantelor nu crește reziduul postmictional și nici nu mărește incidența RAU. Mai mult, alfa blocantele, asociate cu tolterodine 2 mgx2 pe zi sau 4mg/zi doză unică, par să aibă efect benefic în ameliorarea LUTS când există hiperreactivitate detrusoriana, iar alfa blocantele în monoterapie nu dau rezultat.

Se pare că nu există o relație între LUTS și disfuncția erectilă ci, mai degrabă, ambele sunt consecința modificărilor fiziopatologice produse de îmbătrânire, diabet, ateroscleroză, reducerea sintezei de NO etc. Prin urmare, la întrebarea „Este utilă asocierea Alfa blocant + sildenafil în HBP + disfuncție erectilă?” răspunsul este - DA, dar fiecare acționează pe componenta corespunzătoare și cu efecte de potențare a acțiunii sildenafilului de către alfa blocant (prin vasodilatația indusă de alfa blocant).

Fitoterapia. La ora actuală nu există studii care să ateste superioritatea acestor produse față de placebo, dar unele dintre ele (*Pigeum Africanum*, *Serenoa Repens*) au ameliorat IPSS și Q max în studii simple, non placebo-controlate.

Departa de noi gândul de a contesta în vreun fel avantajele certe ale terapiei medicamentoase în HBP însă, reprezentând un centru de referință în endourologia românească (la Târgu Mureș și Timișoara s-au pus bazele chirurgiei endourologice românești) ne-am pus de mai multe ori problema locului pe care îl ocupă în prezent și îl va ocupa TURP în cadrul armamentariumului terapeutic al HBP, al modului în care rezultatele se pot îmbunătăți și al măsurii în care elementele moderne de diagnostic și de investigație paraclinică preoperatorie pot servi acestui scop, deoarece terapia medicamentoasă, deși în mare vogă la ora actuală, ridică două probleme:

- *costurile mari* pe care le implică *pe termen lung* (spre exemplu, în urma unui studiu efectuat pe un număr mare de pacienți cu HBP, efectuat în Marea Britanie cu finasterid în scopul prevenirii episoadelor de retenție acută de urină s-a ajuns la concluzia că pentru prevenirea a 86 de retenții acute de urină care ar fi necesitat ulterior intervenții chirurgicale totalizând 200.000 de lire sterline s-au cheltuit 1,6 milioane de lire sterline!);

- *eficiența tratamentului*, care trebuie dovedită pe termen lung și pe loturi mari de bolnavi.

Pe de o parte ne confruntăm cu dorința pacientului care are dreptul de consimțământ informat („informed-consent”) privind orice aspect legat de suferința sa și își alege metoda de tratament dorită, iar, pe de altă parte, suntem conștienți de faptul că sistemul de asigurări de sănătate (și în parte pacientul) nu poate suporta cheltuieli nelimitate atâta vreme cât acestea nu își regăsesc utilitatea în raportul cost-eficiență.

Indicațiile absolute ale tratamentului chirurgical în HBP sunt: retenția acută de urină (repetată!), infecțiile urinare recurente, litiaza vezicală secundară HBP, insuficiența renală secundară HBP, hematuria macroscopică, diverticuli vezicali mari secundari HBP.

Deși numărul procedurilor a scăzut semnificativ în ultimi ani, TURP rămâne standardul în tratamentul chirurgical al adenomului de prostată, nefiind detronat, până în prezent de nici una dintre metodele minim invazive. Mai mult, acumularea de experiență, expertiza, ne permit ca în timp să rezeccăm adenoame din ce în ce mai mari, iar în mâinile unui urolog cu experiență putem afirma că tratamentul chirurgical clasic poate fi complet sau cvasicomplet eliminat (pentru volumul mare al adenomului, în sine).

Diferențele dintre aceste TURP și metodele minim invazive sunt că în cazul TURP există o incidență ceva mai mare a

incidentelor și a complicațiilor intraoperatorii, însă în cazul metodelor minim invazive trebuie luate în calcul complicațiile postoperatorii și rata de reintervenție pe termen lung.

Chirurgia deschisă rămâne metoda chirurgicală de rezervă, în cazuri bine precizate, deși ea produce, de departe, ameliorarea cea mai mare a Q max (175% vs. TURP 125% sau alfa blocantele 25%).

Factorii predictivi de răspuns nefavorabil la tratamentul chirurgical, fie el endoscopic, clasic sau minim invaziv sunt considerați: simptomatologia predominant iritativă (actual - "storage symptoms") (ce poate traduce o hiperactivitate detrusoriană) și pacienții cu simptome ușoare (IPSS sub 8), detrusorul hiperactiv, Q max peste 15 ml/sec, volumul rezidual mare, volumul prostatic mic și vârsta pacientului peste 80 de ani.

În concluzie, se poate constata că:

1. Tratamentul HBP s-a modificat semnificativ în ultimele două decenii.

2. Tratamentul medicamentos al adenomului de prostată s-a impus ca o alternativă la tratamentul chirurgical, consecință a dorinței pacienților de a li se ameliora suferința urinară fără a fi necesară pentru aceasta intervenția chirurgicală.

3. Rezultatele tratamentului medicamentos sunt foarte bune, DAR se întrezăresc două probleme:

- eficiența tratamentului pe termen lung (în special a terapiei cu alfa blocante care este eminentamente simptomatică);
- costurile pe care le implică pe termen lung terapia medicamentoasă a HBP în condițiile creșterii speranței de viață și a îmbătrânirii populației.

4. Tratamentul anticolinergic trebuie luat în considerare la pacienții care nu au indicație de tratament chirurgical și nu răspund la terapia cu alfa blocante.

5. TURP s-a impus ca metodă de elecție de tratament chirurgical.

6. Acumularea de experiență face posibil tratamentul prin TURP chiar și în cazul adenoamelor mari, de peste 100 grame.

7. Terapia minim invazivă nu a fost confirmată încă, din punct de vedere al rezultatelor la distanță.

EVALUAREA ABORDULUI TRANSPERITONEAL ÎN NEFRECTOMIA PENTRU RINICHI PIONEFROTIC

Viorel C. Bucuraș, Mircea Botoca, *Alice Dema, Alin Cumpănaș, Răzvan Bardan

*Clinica Urologică, *Departamentul de Anatomie Patologică, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara, România*

Introducere

Nefrectomiile pentru pionefroză sunt adesea intervenții chirurgicale lungi și dificile, cu un număr crescut de complicații intraoperatorii potențiale, necesitând o experiență chirurgicală deosebită. Procesul inflamator ce cuprinde rinichiul și grăsimea perirenală, cu perinefrită scleroasă sau sclerolipomatoasă, poate îngloba de asemenea și vasele pediculului renal, care este adesea retractat. În aceste cazuri, disecția rinichiului și ligatura pediculului sunt foarte dificile, cu riscul lezării structurilor învecinate (vena cavă, duoden, colon, ficat, splină, etc), mai ales în cazul abordului chirurgical lombar.

Conform experienței noastre chirurgicale, abordul transperitoneal oferă un acces mult mai bun la rinichi, cu ligaturare a pediculului renal mult mai rapidă și mai sigură, cu mai puține complicații intraoperatorii.

Material și metodă

Am analizat retrospectiv 51 de nefrectomii transperitoneale succesive pentru pionefroză, efectuate între 1.01.2000. și 31.12.2005. S-au notat complicațiile intraoperatorii și postoperatorii, precum și durata spitalizării. Tehnica chirurgicală a început cu toracofrenolaparotomia extrapleurală, continuată pe partea dreaptă cu disecția unghiului hepatic al colonului, mobilizarea duodenului, iar pe partea stângă cu disecția unghiului splenic al colonului, cu mobilizarea acestuia; mai apoi, se trece la disecția și la ligaturarea pediculului renal, cu îndepărtarea în bloc a rinichiului și a grăsimii perirenale.

Rezultate

Vârsta medie a pacienților a fost de 58 de ani, iar raportul bărbați/femei de 0,8. Nefrectomia dreaptă a fost efectuată în 41 de cazuri (80,4%), iar durata medie a intervenției a fost de 70 de minute.

Complicațiile intraoperatorii au fost reprezentate de: deschiderea accidentală a pleurei (3 cazuri), lezarea accidentală a splinei (1 caz) și de deschiderea accidentală a rinichiului pionefrotic în cursul disecției (3 cazuri); nu s-au notat cazuri de lezare accidentală a venei cave.

Principalele complicații postoperatorii au fost: suprainfecția plăgii (4 cazuri), febră peste 38°C (4 cazuri). Durata medie a spitalizării postoperatorii a fost de 7,1 zile, fără a se consemna nici un deces.

Concluzii

După părerea noastră, abordul transperitoneal este prima opțiune în chirurgia deschisă a rinichiului pionefrotic, fiind superior abordului lombar din următoarele motive:

1. intervenția chirurgicală este mai scurtă și mai ușoară, fiind create condiții intraoperatorii ideale, în cazuri, de obicei, dificile;
2. deschiderea intraoperatorie accidentală a rinichiului pionefrotic este foarte rară și, în general, ușor de tratat, prin lavaj intraperitoneal cu ser fiziologic și drenaj postoperator;
3. incidența leziunilor structurilor anatomice adiacente este mult mai scăzută comparativ cu abordul lombar;
4. chiar dacă cicatricea postoperatorie este mai mare, durata refacerii și reintegrării sociale și profesionale este comparabilă cu cele din abordul lombar.

Bibliografie

1. Campbell MF, Walsh PC, Retik AB. Campbell's Urology, WB Saunders Co, 2002.
2. Coleman BG, Arger PH, Mulhern CB Jr, et al. Pyonephrosis: sonography in the diagnosis and management. *Am J Roentgenol* 1981; 137(5): 939-43.
3. Droller MJ. Anatomic considerations in extraperitoneal approach to radical nephrectomy. *Urology* 1990;36:118-23.
4. Fultz PJ, Hampton WR, Totterman SM, et al. Computed tomography of pyonephrosis. *Abdominal Imaging* 1993;18(1):82-7.
5. Greenstein A, Kaver I, Chen J, Matzkin H. Does preoperative nephrostomy increase the incidence of wound infection after nephrectomy? *Urology* 1999;53(1):50-2.
6. Hinman F, Paul H, Stempen PH, Donley S. Atlas of Urologic Surgery, W B Saunders Co, 1998.
7. Jimenez JF, Lopez Pacios MA, Llamazares G, et al. Treatment of pyonephrosis: a comparative study. *J Urol* 1978;120(3):287-9.
8. Perimenis P. Pyonephrosis and renal abscess associated with kidney tumours. *Br J Urol* 1991;68(5):463-5.
9. Roberts JA. Pyelonephritis, cortical abscess, and perinephric abscess. *Urol Clin North Am* 1986;13(4):637-45.
10. St Lezin M, Hofmann R, Stoller ML. Pyonephrosis: diagnosis and treatment. *Br J Urol* 1992;70(4):360-3.
11. Sugao H, Matsuda M, Nakano E, Seguchi T, Sonoda T. Comparison of lumbar flank approach and transperitoneal approach for radical nephrectomy. *Urol Int* 1991;46:43-5.
12. Bucuras V, Botoca M, Dema A, et al. Transperitoneal versus lumbar approach in nephrectomy for non-functioning pyonephrotic kidney. *Timisoara Medical Journal*, 2002;3-4: 225-8.
13. Hemal AK. Retroperitoneoscopic Nephrectomy for Benign Diseases of the Kidney. *Urol Int*, 2001;67(2):1183-7.

MANAGEMENTUL FARMACOTERAPEUTIC AL DISFUNCTIEI ERECTILE

I.Dumbrăveanu

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Disfuncția erectilă (DE) este cea mai frecventă patologie care afectează viața sexuală a milioane de bărbați indiferent de naționalitate. Pentru tratamentul DE au fost propuse mai multe remedii farmaceutice. Farmacoterapia orală reprezintă la ora actuală prima linie de tratament al pacienților cu DE. Sildenafilul citrat, inhibitor selectiv al fosfodiesterazei-5, este primul medicament competitiv cu alte terapii intervenționiste, propus pentru tratamentul DE, indiferent de etiologie. Alți 2 inhibitori selectivi de PDE-5 sunt vardenafilul și tadalafilul. Pacienții care nu răspund la terapia orală sunt candidați la tratamentul intracavernos sau intrauretral. A treia linie terapeutică este rezervată pacienților refractari la primele două metode și constă în efectuarea tratamentului chirurgical – protezarea corpilor cavernoși.

Summary

The erectile dysfunction (ED) is the most common pathology that influence the sexual life of millions men of different nationality. For ED treatment are proposed a lot of drugs. Actually oral pharmacotherapy of ED is a primary line treatment. A selective inhibitor of phosphodiesterase enzyme type 5 (PDE-5), sildenafil citrates, is the first drug to be use in ED of any etiology. Vardenafil and Tadalafil are another 2 inhibitors of PDE-5. The patients with no response to oral treatment are potential candidates to intracavernous or intraurethral treatment. Cavernous corps prosthesis is reserved as the third opportunity to the patients being refractory to the first two treatment methods.

Actualitatea temei

Disfuncția erectilă (DE) este definită ca incapacitatea unui bărbat de a obține și/sau menține o erecție suficientă pentru realizarea și finalizarea unui act sexual satisfăcător (NIH Consensus Statement of Impotence, 1993) (1). Conform datelor statistice realizate în SUA, prevalența DE este de circa 52% la bărbații cu vârsta cuprinsă între 40-70 ani (The Massachutes Male Aging Study, 1994).(2) Circa 150 milioane bărbați suferă de DE, iar pronosticurile arată o creștere de 350 milioane către anul 2025. Un studiu realizat în 2000 indică o corelație semnificativă, dependentă de vârstă, a DE, astfel incidența crește de la 10% între 40-49 ani, 16% la 50 -59 ani, 34% între 60-69 ani și peste 50% la barbații trecuți de 70 ani, prevalența generlă fiind de circa 19%. Prin urmare în medie un bărbat din 5 acuză probleme de erecție. În urma studiilor efectuate s-a schimbat radical concepția etiopatogenică asupra disfuncției erectile.(4,5,6) Dacă în anii '70-'80 ai secolului trecut se considera că 70-90% dintre disfuncțiile sexuale au substrat psihogen și sunt funcționale, în prezent se consideră că DE este datorată unor factori preponderent organici, în special pentru grupul de vârstă de peste 40 ani. Printre factorii incriminați în apariția DE sunt cei cardiovasculari, neurogeni, endocrini, metabolici, etc.... Circa 20% pacienți cu DE au și un diabet zaharat diagnosticat sau nu, 30-48% suferă concomitent de hipertensiune arterială, 30-40% sunt fumători sau consumă în mod regulat alcool, iar peste 70% au niveluri crescute ale colesterolului. (3, 5)

În managementul terapeutic al DE primul pas constă în determinarea etiologiei afecțiunii și în tratarea nemijlocită a ei, nu doar a simptomatologiei, pe de altă parte, doar tratarea factorului de risc organic, de cele mai multe ori, nu ameliorează direct și semnificativ funcția erectilă. Prin urmare,

ca și în majoritatea altor patologii, abordarea terapeutică a DE va fi una complexă, în care un rol aparte, dar bine definit, îl are consensul psihosexual al partenerilor (5).

Prima opțiune farmacoterapeutică a pacientului cu disfuncție erectilă este administrarea medicamentelor pe cale orală. Pentru terapia orală a DE sunt propuse și utilizate numeroase remedii: inhibitori de PDE-5, apomorfina, a-adrenoblocatorii. În unele situații specifice, precum cele induse de hipogonadismul secundar, se recurge la terapia hormonală de substituție. Dacă terapia orală nu se soldează cu un rezultat satisfăcător, se apelează, ca opțiune terapeutică secundară, la administrarea de substanțe vasoactive pe cale intrauretrală sau intracavernoasă. Linia terțiană de tratament constă în aplicarea metodelor intervenționale, precum utilizarea sistemelor de vaccum sau a chirurgiei de revascularizare și de protezare a corpilor cavernoși (5).

Farmacoterapia orală a Disfuncției Erectile, premise fiziologice

Tonusul musculaturii netede a corpilor cavernoși se află sub control neurogen. Există numeroși mediatori responsabili de producerea fenomenului erecției, principalul fiind oxidul nitric (NO). Stimularea sexuală determină eliberarea de NO la nivel de terminații nervoase, celulele endotelului vascular și cele ale musculaturii netede a corpilor cavernoși. Monoxidul de azot activează enzima guanilatciclaza, care, la rândul ei, produce descompunerea guanozintrifosfatului (GTP) în guanozinmonofosfat ciclic (GMPc). Creșterea concentrației de GMPc induce, prin descreșterea concentrației intracelulare de Ca, relaxarea musculaturii netede a corpilor cavernoși, ceea ce, împreună cu creșterea aportului arterial, produce fenomenul natural

al erecției. Fosfodiesteraza-5 (PDE-5) este o enzimă implicată în scindarea GMPc și în transformarea lui în GMP. Inhibarea PDE-5 facilitează atingerea unei concentrații sporite de GMPc și la creșterea efectului vasodilatator. Inhibitorii de fosfodiesterază nu au efect direct miorelaxant, ci doar în prezența unei stimulări sexuale cu eliminarea sevăntială de oxid nitric (5,6,7,8,9).

Sildenafil citrat (Viagra)

Inhibitorul selectiv al PDE-5, sildenafilul citrat, a fost prezentat pentru prima dată în 1996 la congresul anual al Asociației Urologilor din SUA. Apariția sa oficială sub denumirea comercială de „Viagra” datează cu luna martie a anului 1998. Este primul preparat care nu cedează în eficiență terapiei intracavernoase. Sildenafilul citrat se administrează în doze de 25, 50 și 100 mg, cu o oră premergător actului sexual. Se recomandă utilizarea unei doze inițiale minime pentru aprecierea eficacității și a toleranței preparatului. Dacă doza inițială este insuficientă pentru atingerea unei erecții satisfăcătoare, se recomandă o doză mai mare, care nu va depăși 100mg. Absorbția sildenafilului este reactiv rapidă, concentrația maximă este la 1 oră de la administrare, cu o perioadă de semieliminare de circa 4 ore. Eficiența sildenafilului citrat la interval de 1 oră de la utilizare este de 73%, la 8 ore – 60%, la 12 ore – 33%. (10) Absorbția preparatului este redusă de mesele copioase, bogate în grăsimi, situație în care sunt necesare circa 2 ore pentru un răspuns erectil satisfăcător.

Securitatea administrării sildenafilului este studiată și discutată în permanență, îndeosebi în legătură cu apariția vasodilatației și a hipotoniei ca urmare a potențării acțiunii nitraților. Toleranța bună a preparatului este confirmată de majoritatea studiilor. Efectele adverse sunt minore și tranzitorii, care, în majoritatea cazurilor, nu necesită întreruperea tratamentului. Cele mai frecvente efecte adverse sunt: cefaleea - 18%, puseele de căldură - 10%, dispepsia-6%, tulburări ale vederii - 2%. De menționat că tulburările tranzitorii de percepere a culorilor apar în special la dozele de 100 mg. (11) Administrarea de sildenafil pacienților care folosesc concomitent nitrați este absolut contraindicată. În literatură sunt descrise peste 500 cazuri de deces în urma utilizării de sildenafil, sau circa 50 cazuri la 1 milion de pastile prescrise. (12) Astfel pacienții cu patologii cardiovasculare în anamneză, în special stenocardii de efort sau insuficiență cardiacă, vor fi informați despre posibilele riscuri și vor utiliza preparatul cu precauție specială. Primele studii vizând eficiența sildenafilului au fost publicate în 1998, incluzând un număr de 4274 pacienți cu vârsta cuprinsă între 19 – 87 ani și o durată a DE de la 0,5 la 26 ani, eficiența demonstrată prin utilizarea scorului IIEF a fost de 43-83%, în comparație 10-30% la administrarea de placebo. (5, 13) Un alt studiu multicentric, orb randomizat, a inclus 21 de centre cu participarea a circa 3000 bărbați cu DE de etiologie diversă. Rata globală de ameliorare a erecției a fost raportată la 78%, iar de menținere la circa 75% dintre pacienți. Peste 12 luni de utilizare, efectul se manifestă la 88% pacienți. Răspunsul pacienților cu diabet zaharat sau postradioterapie la nivelul micului bazin a fost de doar 43-52%. (14)

Tadalafil (Cialis)

Tadalafilul a fost următorul inhibitor al PDE-5 lansat pe piața farmaceutică. Perioada de semieliminare este de 17,5 ore, iar a acțiunii inhibitorii de 36 ore. Spre deosebire de

sildenafilul, administrarea alimentelor nu influențează farmacocinetica preparatului. Cele mai frecvente efecte adverse au fost cefaleea (14%), mialgia și lombalgia (5%), dispepsia (10%). La o serie de pacienți efectele adverse pot avea o durată echivalentă cu acțiunea preparatului (15).

Tadalafilul în doze de 20 mg nu acționează semnificativ asupra tensiunii arteriale sau pulsului. Nu a fost semnalată influența tadalafilului asupra creșterii incidenței infarctului miocardic. Ca și alți inhibitori ai PDE, tadalafilul nu se va administra concomitent cu nitrați. (16) Luând în considerație perioada mare de eliminare, tadalafilul nu se va lua de către pacienții care potențial pot necesita administrare de nitrați și anume: bolnavii de infarct miocardic în ultimele 90 de zile, pacienții cu anghina instabilă sau anghină care survine în cursul actului sexual, pacienții cu insuficiență cardiacă de Clasa New York Heart Association 2 sau mai mare în ultimele 6 luni, pacienții cu aritmii necontrolate, hipotensiune (< 90/50 mm Hg) sau hipertensiune necontrolată, persoanele cu accident vascular cerebral în ultimele 6 luni. (5) În studii randomizate eficiența globală a tadalafilului a fost de 81%, inclusiv la 59% erecția s-a restabilit până la nivel normal, iar la 75% a fost suficientă pentru realizarea unui act sexual. La pacienții cu diabet zaharat la administrarea unei doze fixe de 20 mg tadalafil, ameliorarea erecției a fost remarcată de 75%, comparativ cu 30% placebo. (17) Tadalafilul este preferat de o anumită categorie de bolnavi, pentru care perioada mare de acțiune permite a nu planifica activitatea sexuală și a păstra spontaneitatea și romantismul. Luând în considerație fundalul psihoemoțional al anumitor pacienți, tadalafilul poate avea un efect pozitiv la unii la care nu a avut efect administrarea de sildenafil sau de vardenafil. (17) În același timp unele studii demonstrează că doar 13% dintre pacienți sunt interesați de o acțiune mai îndelungată a preparatului, pe când 40% mai mult de eficiență, iar alte 40% de securitatea administrării. (18)

Vardenafil (Levitra)

Vardenafilul este ultimul preparat din grupul inhibitorilor de PDE-5 propus pentru tratamentul DE. Are selectivitate și un echivalent al biodisponibilității mai mare ca al primilor 2 inhibitori ai PDE-5. Vardenafilul este produs și poate fi administrat în doze de 5, 10 și 20 mg. Absorbția din tractul gastrointestinal este rapidă, concentrația plasmatică maximă fiind în unele cazuri la 15 minute de la administrare, iar la 90% dintre pacienți la 30 minute și se menține timp de 120 minute. La administrarea zilnică nu se produce o acumulare a preparatului în organism, ceea ce îl deosebește esențial de tadalafil. (19) Farmacocinetic, vardenafilul este apropiat de sildenafil. Perioada de semieliminare este de circa 4-5 ore. Este metabolizat primar de către enzima CYP 3A4, excreția primară cu fecalele este de 91%, iar 4,9% se elimină prin urină. Spectrul efectelor adverse ale vardenafilului este asemănător cu cel al sildenafilului, dar, datorită selectivității sporite, mai puțin pronunțat. Au fost semnalate: cefalee -13%, dispepsie - 6%, fluș - 0,4%, rinită - 0,3%, care au constituit și cele mai frecvente cauze de întrerupere a tratamentului. (20) Apariția lumbalgiilor pe fundal de tratament cu vardenafil - 1,8%, a fost mai mică decât la placebo - 3%. (21) Au fost raportate 2 cazuri de apariție a priapismului de la utilizarea a 40 mg de Vardenafil. (22) Vardenafilul a fost bine studiat în studii placebo, dublu orb randomizate, inclusiv la pacienții

complicații cu diabet zaharat sau după intervenții chirurgicale la organele micului bazin. În grupele respective vardenafilul a fost bine tolerat, efectele adverse au fost tranzitorii și minime. Eficiența preparatului la pacienții cu diabet, respectiv prostatectomie radicală a fost de 72% și 65%. În funcție de gradul DE, în doza de 20mg vardenafilul a fost eficient în 79% în forma ușoară și în 40 % la pacienții cu DE, formă gravă, comparativ cu 20% și 4% placebo. (5, 23,24) Eficiența preparatului nu a depins de vârstă sau de etiologia DE. Studiile au demonstrat eficiența sporită și toleranța bună, inclusiv la pacienții cu terapie hipotensivă cu diuretice, B-blocanți, antagoniști ai canalelor de calciu sau inhibitori ai enzimelor de conversie. Grație efectului rapid, perioadei crescute de semielimenare, interacțiunii minime cu alimentele sau băuturile alcoolice, precum și farmacocineticii optime, efectelor adverse minime, vardenafilul este preferat de tot mai mulți pacienți cu DE.

Analiza comparativă a inhibitorilor PDE-5

Toate cele trei preparate descrise au multe în comun, dar prezintă și unele deosebiri în caracterizarea *in vitro* sau *in vivo*, adeseori esențiale. Mecanismul de acțiune al tuturor inhibitorilor de PDE-5 este comun. Ei nu au efect miorelaxant direct asupra corpilor cavernoși, ci potențează, în prezența stimulului sexual, acțiunea relaxantă a oxidului de azot, prin inhibarea PDE-5.(25) Absorbția gastrointestinală este rapidă. În același timp, alimentația copioasă, bogată în grăsimi reduce absorbția sildenafilului. Viteza de absorbție a vardenafilului depinde mai puțin de prezența grăsimilor, iar pentru tadalafil componenta alimentară nu are importanță. Biodisponibilitatea sildenafilului este de circa 40%, a vardenafilului de 15%. (26) Timpul de atingere a concentrației sanguine maxime se deosebește la inhibitorii de PDE-5. Astfel vardenafilul atinge o concentrație maximă în circa 30-40 minute, iar unele studii arată un efect suficient al preparatului la 10 minute de la administrare, în 25 minute, fiecare al 2-lea pacient cu DE va ajunge la o erecție suficientă pentru un act sexual.(27) Sildenafilul va atinge concentrația sanguină maximă în circa 1 oră, iar tadalafilul în 2 ore (vezi tabelul nr 1). Perioada de înjumătățire a preparatului este aproximativ de 4 ore pentru sildenafil și vardenafil și de 17,5 ore pentru tadalafil. Însă perioada de acțiune este mai mare. Circa 33% dintre pacienții care utilizează sildenafil au o erecție suficientă la 12 ore de la administrare. Efectul clinic al tadalafilului se menține la 59% dintre subiecți în decurs de 36 ore. (28)

Tabelul 1. Principalii indicatori farmacocinetici ai sildenafilului, vardenafilului și ai Tadalafilului

	Vardenafil 20mg	Sildenafil 100mg	Tadalafil 20mg
Tmax, ore	0,66	1,16	2
T1/2, ore	3,9± 1,31	3,8± 0,84	17,5

Alți doi termeni de comparație a inhibitorilor de PDE-5 sunt echivalentul biologic al eficacității (potența) și selectivitatea.

În termeni de comparație, potența și selectivitatea unui inhibitor al enzimei este CI_{50} , ceea ce reprezintă concentrația minim necesară inhibitorului pentru a reduce eficiența unei enzime la 50%, cu alte cuvinte, cu cât este mai mică valoarea CI_{50} , cu atât mai potent este agentul. În tabelul nr. 2 este prezentată selectivitatea inhibitorilor de PDE-5.(5,8)

Tabelul 2. Profilul selectivității inhibitorilor de PDE- 5. Concentrarea CI_{50} (nM)

Preparatul	Sildenafil	Vardenafil	Tadalafil
CI_{50} (nM)	3,5- 6,6	0,14 – 0,7	0,94-9

Prin urmare capacitatea de inhibare a Vardenafilului este mai mare de câteva ori decât a sildenafilului, fapt reflectat de dozele recomandate pentru utilizare, 5, 10 sau 20 mg, comparativ cu 25, 50, 100 mg.

Selectivitatea preparatului își manifestă acțiunea sa doar asupra unei izoforme a fermentului, fără afectarea altor forme asemănătoare.

La ora actuală sunt cunoscute circa 55 forme de fosfodieseraze, împărțite în 21 subgrupe și 11 clase. Fosfodiesterazele sunt localizate practic în toate țesuturile umane, acțiunea lor fiind diferită. Nu există diferențe semnificative în ceea ce privește capacitatea de acțiune a inhibitorilor PDE -5 asupra altor enzime, cu excepția PDE-6 și PDE-11§ (vezi tabelul nr. 3).

Tabelul nr.3 Selectivitatea Sildenafil, Vardenafil și Tadalafil pentru diferite tipuri de PDE

Tipul PDE	CI_{50} Sildenafil	CI_{50} Vardenafil	CI_{50} Tadalafil
PDE - 5	3,5	0,14	6,7
PDE - 6	34	0,6	1300
PDE11-a	203	346	7,1

Astfel, vardenafilul acționează mult mai selectiv asupra inhibiției PDE-5 decât asupra altor tipuri de PDE. (29) Vardenafilul este mai selectiv decât Tadalafilul pentru PDE 11, care se găsește în mușchii scheletici și cardiaci, fiind mai bine tolerat de către categoriile respective de pacienți.(30) Tadalafilul are o acțiune mai slabă asupra majorității PDE, dar are o selectivitate mai mică față de PDE-11, comparativ cu sildenafilul sau vardenafilul.

Există puține studii clinice care au avut drept scop compararea clinică a diversilor inhibitori de PDE-5, într-un grup omogen de pacienți. Studiul efectuat de Prost în 2003 asupra a 150 pacienți care au utilizat consecutiv câte 6 pastile de sildenafil, vardenafil și tadalafil, a demonstrat că 13% pacienți au preferat sildenafilul, 30% vardenafilul, iar 45% tadalafilul. (31) În studiul efectuat de Sommer pe un lot de 221 pacienți, care au administrat opțional sildenafil 50mg, vardenafil 10 mg sau tadalafil 10mg, circa 46% pacienți au preferat vardenafilul, 34% sildenafilul și 20% tadalafilul. (32) Vardenafil și sildenafil este preferat datorită rapidității instalării efectului de către pacienții cu o erecție satisfăcătoare cu un ritm moderat de activitate sexuală. Circa 90 % dintre subiecți care preferă tadalafilul au remarcat durata sa de acțiune, aceștia fiind pacienți de vârstă medie, cu un ritm mai intens al activității sexuale.(33) Însă în ultimă instanță doar pacientul este în drept de a prefera un anumit inhibitor de PDE-5, rolul medicului fiind de a-l informa despre particularitățile fiecărui preparat și despre posibilele lui efecte adverse.

Alte preparate cu acțiune periferică

Fentolamina. Este un preparat propus pentru tratamentul DE forma ușoară. Fentolamina este un inhibitor neselectiv al Ț-adrenoreceptorilor postsinaptici ai musculaturii netede a

corpilor cavernoși. Ereecția obținută în urma terapiei intracavernoase cu fentolamină este mai puțin rigidă, deoarece fentolamina crește aportul arterial, dar nu contribuie la creșterea presiunii intracavernoase. De aceea practic nu se utilizează în monoterapie, ci doar în combinație cu alte prostaglandine. Administrarea de preparate orale de fentolamină a fost studiată în mai multe studii; astfel pe un lot de 2000 pacienți cu DE se relevă o eficiență de 51% la administrarea orală în doze de 40mg pe zi. Majoritatea autorilor arată o ameliorare a funcției erectile la 40-69% pacienți cu fentolamină. Un alt studiu randomizat indică o eficiență de 42% la administrarea a 50mg fentolamină cu 20-30 minute premergător actului sexual, comparativ cu 9% placebo. Fentolamina nu influențează asupra libidoului, orgasmului sau a ejaculării. Dintre efectele adverse (10%) s-au remarcat rinită, amețeli, cefalee. Este contraindicată în hipotonia arterială, stenocardie, insuficiență cardiacă. (5,33)

Agoniștii receptorilor serotoninici

Este cunoscută relația intimă între terminațiile parasimpatice și cele serotoninice la nivel de fibre musculare ale corpilor cavernoși. **Trazodonul**, un antidepresant inhibitor selectiv al recaptării serotoninice, ameliorează funcția erectilă în contul acțiunii directe a blocante. Doar unele studii au demonstrat o eficiență acceptabilă a preparatului (până la 78%) la pacienții tineri, dar și un risc crescut de apariție a priapismului. Doza recomandată este de 50-200mg seara. Efectele adverse constau în tulburări de vedere, somnolență, grețuri, aritmie și hipotensiune. (33,35)

Donatori de NO

L-arginina. L-arginina este un precursor al oxidului nitric cu implicații în mecanismul natural al erecției. Totuși în literatură nu există date sigure despre acțiunea argininei. Un studiu randomizat a arătat o ameliorare a funcției erectile la 40% pacienți, care au administrat câte 2800mg L-arginină în 24 ore, timp de 2 săptămâni. Efectul a fost înregistrat în special, la pacienții tineri fără dereglări ale vascularizării peniene. (34)

Preparate orale cu mecanism central de acțiune

Printre preparatele cu acțiune centrală sunt: agoniștii receptorilor dopaminici, testosteronul și blocantul selectiv al $\text{U}2$ receptorilor- yohimbina.

Agoniștii receptorilor dopaminici, Apomorfina

Apomorfina. Denumirea de „apomorfina” derivă din cea a morfinei, dar molecula de apomorfina se deosebește structural de a morfinei. Apomorfina nu este un opiaceu, ci un agonist al receptorilor dopaminergici, care acționează prin stimularea receptorilor centrali, în special de tip D2, situați la nivelul nucleului paraventricular hipotalamic, ceea ce activează stimularea și producerea erecției prin NO și oxitocină. Eficiența apomorfinei este de circa 49%, comparativ cu placebo -30%. Efectele adverse ale apomorfinei sunt: grețuri - 7%, congestie nazală-6%, somnolență - 4%. Eficiența relativ mică a apomorfinei nu o situează printre preparatele de elecție în tratamentul DE, cota de utilizare a apomorfinei în țările europene este de circa 5%. (5,7,33)

Yohimbina. Yohimbina este cel mai cunoscut preparat din grupa blocatorilor adrenergici. Este un alcaloid extras din rauvulvie, un agonist al receptorilor adrenergici centrali și

blocator al $\text{U}2$ adrenoceptorilor periferici ca urmare a acțiunii sale, în unele zone craniene, crește concentrația de noradrenalină, care contribuie la creșterea libidoului și a potenței. O acțiune directă asupra erecției yohimbina nu are. În studii placebo, randomizate, eficiența sa nu e deosebită de placebo. Cu efecte adverse, importante, mai ales la doze mari, precum creșterea T/A, polachiurie, tulburări neurovegetative, yohimbina este recomandată, în special, în tratamentul DE psihogene. (33,35)

Tratamentul hormonal al DE

Pe lângă diabetul zaharat, care are un mecanism complex vascular și neurogen în dereglările erectile, alte 2 cauze endocrine majore pot sta la originea DE și anume: hipogonadismul - insuficiența funcțională a celulelor Leyding, și formarea insuficientă a hormonului sexual masculin - testosteronul. O altă patologie endocrină poate fi cauzată de tumorile hipofizare, asociate cu hiperprolactinemie, manifestate inițial doar prin DE.

Testosteronul. Terapia de substituție cu testosteron este indicată doar în cazurile confirmate de hipogonadism, cel mai frecvent secundar. Terapia orală cu substituenți ai testosteronului este de o eficacitate discutabilă, dar asociată de efecte adverse importante, hepatotoxicitate și creșterea nivelului de lipide în plasma sanguină. Actualmente se utilizează în mod special 2 căi de administrare a testosteronului: intramusculară, sub forma undeconatului de testosteron (Nebido) și cea transdermală (Testogel, Androgel). Contraindicațiile tratamentului hormonal al DE sunt cancerul de prostată sau cel mamar, tumorile hepatice, hipercalcemia. Ipoteza inducerii de către substituenții testosteronului a cancerului de prostată nu a fost confirmată, testosteronul însă va acționa ca un potențial catalizator al unui cancer preexistent. Prin urmare aprecierea PSA total și liber pre-terapie este indispensabilă. (34, 36)

Bromcriptina este un preparat care se utilizează mai rar, doar în cazurile de hipogonadism, asociat cu hiperprolactinemie. Este indicat în tratamentul adenoamelor hipofizare. (35)

Terapia intrauretrală

(MUSE - Medicated Urethral System for Erections)

Alprostadilul - prostaglandina PGE1, este elaborată și sub formă de micro-supozitoare pentru administrare intrauretrală. În cazuri selectate, eficacitatea sa este de circa 65-70%. Este mai eficientă la persoanele cu disfuncții vasculare, diabet sau după intervenții chirurgicale la prostată. Este medicația pacientului care a refuzat terapia intracavernosă, dar la care terapia orală nu este eficientă. Dintre efectele adverse se menționează erecția dureroasă survenită la circa 10% pacienți. (37)

Terapia intracavernosă

Terapia intracavernosă a fost prima metodă care a permis tratamentul satisfăcător al DE și se consideră una dintre metodele sigure de tratament conservator. Metoda a fost propusă de urologul francez Ronald Virag în 1980, prin injectarea intracavernosă de papaverină. În 1983 Brindley arată că și substanțele alfa blocante produc erecție la administrare intracavernosă. Iar în 1986 se propune injectarea de alprostadil (prostaglandina E1- PGE). Principiile terapiei

intracavernoase rezultă din mecanismul intim al erecției, care constă în relaxarea musculaturii netede cavernoase arteriale și arteriale, urmată de creșterea fluxului sanguin arterial penian, concomitent cu reducerea fluxului venos. Drept urmare în spațiile lacunare, se acumulează o cantitate mai mare de sânge și crește presiunea intracavernoasă, cu erecția consecutivă. Detumescența este fenomenul invers, produs în urma descărcării de noradrenalină și a reinstalării tonusului normal al musculaturii netede cavernoase. O substanță cu efect relaxant asupra musculaturii netede este un potențial inductor al erecției, iar o substanță contractilă inhibă funcția erectilă. Pentru ca unui pacient să i se administreze terapie intracavernoasă, este necesar a stabili exact indicațiile, a selecta preparatul, doza și frecvența administrării, a efectua un antrenament cu pacientul pentru autoadministrarea ulterioară, precum și instruirea pentru complexul de măsuri în caz de priapism. Rata de succes al administrării intracavernoase de papaverină este de 60-80%. Terapia cu papaverină este limitată, din cauza riscului crescut de apariție a fibrozei, a priapismului și a hepatotoxicității preparatului. **Prostaglandina E1** are acțiune directă prin creșterea sintezei de adenozinmonofosfat ciclic, care, la rândul său, declanșează o cascadă întregă de procese cu efect final de relaxare a musculaturii netede a corpilor cavernoși. Al doilea mecanism de acțiune al PGE1 este blocarea eliberării de noradrenalină. Eficiența PGE1 este de peste 70%. Efectele adverse ale pGE 1 sunt minime. Combinarea a 2 sau 3 preparate (alprostadil + papaverina, alprostadil + papaverina + fentolamina) crește spectaculos rata de succes până la 98%, iar a efectelor adverse scade. Printre neajunsurile metodei se menționează: persistența senzației de erecție artificială, durerea locală postadministrare, raportată de 30% pacienți în cadrul testării și de 15% în timpul terapiei, riscul de priapism (1-2,7%), iar

o administrarea îndelungată poate favoriza apariția fibrozei corpilor cavernoși. (5, 39,40)

Tratamentul chirurgical

Intervenții chirurgicale vasoreconstructive. Este cea mai controversată ramură a chirurgiei vasculare. Eficiența intervențiilor este de circa 50%, ceea ce provoacă mult scepticism. Revascularizarea arterială poate fi eficientă doar la subiecții tineri, cu mecanismul venos oclisiv păstrat și DE secundară, ca rezultat al traumatsmului micului bazin sau al perineului.(33) **Proteizarea corpilor cavernoși** este cea mai eficientă și mai frecvent utilizată formă de restabilire chirurgicală a funcției erectile. Indicațiile principale pentru proteizarea corpilor cavernoși sunt DE vasculogene, fibroza corpilor cavernoși și diabetul zaharat. Implantarea intracavernoasă este etapa finală de tratament al DE. În caz de apreciere incorectă a indicațiilor și/sau a intervențiilor nereușite, utilizarea altor metode de tratament alternativ este imposibilă.

Noi perspective de tratament al disfuncției erectile

Problemele majore ale tratamentului DE sunt: creșterea eficacității tratamentului conservator, corespunzător cu micșorarea efectelor adverse și a dozelor preparatelor, în special la pacienții în vârstă și/sau cu patologii asociate. O posibilă direcție de rezolvare a problemei ar fi folosirea efectului sinergic al diverselor preparate prescrise în terapie combinată. Sunt deja cunoscute efectele benefice datorate combinării preparatelor administrate intracavernos (papaverină, fentolamină prostaglandină E1). Există comunicări despre utilizarea de combinații între inhibitorii de PDE-5 și terpia intracavernoasă, între inhibitorii de PDE-5 și preparatele hormonale.(40,41) Cercetările în direcția dată vor duce la apariția a noi droguri farmaceutice sau a noi scheme de tratament, aprobate astfel ca problema farmacoterpiei DE să fie soluționată.

Bibliografie

1. NIH Consensus Conference: Impotence. JAĖR 1993, 270: 83- 90.
2. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG et al. Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994; 151: 54-61.
3. Melman A, Gingell JC. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. J Urol 1999; 161: 5-11.
4. Meulemann EJ, Donkers LH, Robertson C et al. Erectile dysfunction: prevalence and effect on the quality of life: Boxmeer study. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145: 576-581
5. Montorsi F., Salonia A., Deho F., et.al Pharmacological management of erectile dysfunction. BJUinternational, 2003, Nr.5, vol 91. 448.
6. Hatzichristou DG, Pescatori ES. Current treatments and emerging therapeutic approaches in male erectile dysfunction. Br J Urol 2001; 88 (Suppl.3): 11-17
7. Gbekor E, Bethell S, Fawcett L et al. Phosphodiesterase 5 inhibitor profiles against all human phosphodiesterase families: Implications for use as pharmacological tools. J Urol 2002; 167 (Suppl 246): Abstract 967.
8. Andersson K-E. Pharmacology of penile erection. Pharmacol Rev 2001; Vol. 53:417-450
9. Andersson K-E, Wagner G (1995): Physiology of penile erection. Phamacol Rev(1995), 75: 191 - 236
10. Padman-Nathan H, Eardeley I, Kloner RA. A 4-year update on the safety of sildenafil citrate (Viagra). Urologz. 2002; 60 (suppl 2B) 67-90
11. Jarow JP, Burnett AL, Geringer AM Clinical efficacy of sildenafil citrate based on etiology and response to prior treatment. J Urol. 1999; 162, 722-725. Abstract
12. Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, Rosen RC, Steers WD, Wicker PA Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. N Engl J Med, 1998, 338: 1397 - 1404
13. Mitka M Some men who take VIAGRA die - why? JAMA 2000, 283: 590 - 591
14. Morales A, Gingell C, Collins M, et al: Clinical safety of oral sildenafil citrate (VIAGRA) in the treatment of erectile dysfunction. Int J Impot Res 1998 Jun; 10(2): 69-73;
15. Holmes S: Tadalafil: a new treatment for erectile dysfunction. BJU Int 2003 Apr; 91(6): 466-8
16. Guiliano F, Varanese L.. Tadalafil: a novel treatment for erectile dysfunction. Eur Heart J 4, 2002 (Suppl. H): H24 - H31 (Medline)

17. Brock GB, McMahon CG, Chen KK, Costigan T, Shen W, Watkins V, Anglin G, Whitaker S Efficacy and safety of tadalafil for the treatment of erectile dysfunction: results of integrated analyses. *J Urol* (2002), 168: 1332 – 1336
18. Sand M Men's attitudes on life events and sexuality (MALES) survey. Presented at the 10 World Congress of the International Society for Sexual and Impotence Research, 26 September 2002, Montreal, Quebec, Canada
19. Sorbera LA, Martin L, Rabasseda X, Castaner J. Vardenafil. *Drugs of the Future* 2001; 26: 141–4.
20. Young JM. Vardenafil. *Expert Opin Investig Drugs* 2002; 11: 1487–96.
21. Klotz T, Sachse R, Heidrich A et al. Vardenafil increases penile rigidity and tumescence in erectile dysfunction patients: a RigiScan and pharmacokinetic study. *World J Urol* 2001; 19: 32–9.
22. Sachse R, Rohde G, Stark S, Klotz T. Safety, tolerability and pharmacokinetics of BAY 38–9456 in patients with erectile dysfunction. *J Urol* 2000; (Suppl): abstract 2693.
23. Young J, Auerbach S, Prost. Vardenafil, a new selective PDE5 inhibitor, significantly improved all IIEF domains and showed favourable safety profile in patients with erectile dysfunction over 12 weeks. *J Urol H* (2001), 165 (No. 5, Suppl.): 224
24. Goldstein I, Young J, Fischer J: Vardenafil: a new highly selective PDE5 inhibitor, improves erectile function in patients with diabetes mellitus. *Diabetes* 50(2001) (Suppl. 2): A114 (Medline)
25. Doggrell SA Comparasion of clinical trials with sildenafil, vardenafil and tadalafil in erectile disfunction. *Expert Opin Pharmacoter* 2005; 6(1): 75-85.
26. Д.Пушкарь,П.Носовицкий Ингибиторы фосфодиестеразы 5 типа-новые данные. *Фарматека*. 2005. 11(106). 21-24
27. Montorsi F. et. al. Earliest Time to Onset of Action Leading to Successful Intercourse with Vardenafil Determined in an At Home Setting: A Randomized, double-Blind, placebo-controlled trial. *J SEX MED* 2004, 1;168-178.
28. Prost H. Efficacy of Tadalafil for the treatment of ED at 24-36 hours after dosing: a randomized controlled study. *Urology* 2003; 62: 121-126.
29. Gbekor E, Bethell S, Fawcett L et al. Phosphodiesterase 5 inhibitor profiles against all human phosphodiesterase families: Implications for use as pharmacological tools. *J Urol* 2002; 167 (Suppl 246): Abstract 967.
30. Saenz de Tejada I, Angulo J, Cuevas P ef al. The phosphodiesterase inhibitory selectivity and the in vitro and in vivo potency of the new PDE5 inhibitor vardenafil. *Int J Impot Res* 2001; 13: 282–90.
31. Porst H., Arnds S., Kleingarn M. A comparator trial between Sildenafil, Tadalafil and Vardenafil – Preliminary results in 150 patients. *Int J Impot Res*. 2003, 15(Suppl. 6):S5.
32. Sommer F., Mathers M., Klotz T., van Ahken H., Bondarenko B., Ozgur E., Caspers H., Engelmann U. and German Men's Health Study Group. Vardenafil data file, 2003
33. О.Б. Лоран, П.А. Щеплев, С.Н. Нестеров, С.А. Кухаркин Современные методы диагностики и лечения эректильных дисфункций. *RMJ* 2000.Nr.8.t3
34. Ковалев В.А., Королева С. В., Комолое А, А. Фармако-терапия эректильной дисфункции *Урология*, 2000, №1, с. 33-38.
35. КоролеваС.В., КовалевВ.А, КачаловАА,ЕфрелювЕ.А Фармакотерапия эректильной дисфункции. История. Современное состояние проблемы . *Андрология и генитальная хирургия*, 2000, №1, с. 113-114.
36. Aversa A, Isidori AM, Spera G, et al: Androgens improve cavernous vasodilation and response to sildenafil in patients with erectile dysfunction. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2003 May; 58(5): 632-8[[Medline](#)].
37. Williams G, Abbou CC, Amar ET, et al: Efficacy and safety of transurethral alprostadil therapy in men with erectile dysfunction. *MUSE Study Group. Br J Urol* 1998 Jun; 81(6): 889-94
38. Brindley CS: Pilot experiments on the action of drugs injected into the human corpus cavernosum penis. *Br J Pharmacol* 1986, 87: 405-500. (Medline)
39. Chen I., Godschalk M.F. et al. Combining intracavernous injection and external vacuum as treatment for erectile dysfunction. *J Urol* 1995; 153: 1482.
40. Lue TF. Future treatment for ED: growth factors and gene therapy. *Int J Imp Res* 1999; 11:S56
41. Steers WD: Viability and safety of combination drug therapies for erectile dysfunction. *J Urol* 2003 Aug; 170(2 Pt 2): S20-3; discussion S23 [[Medline](#)].

КАЛЬЦИТРИОЛ В ЛЕЧЕНИИ РЕНАЛЬНОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ У ПАЦИЕНТОВ НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Ж. Семидоцкая, Н. Котулевич, А. Кудря

Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии, г. Харьков, Украина

Summary

Calcitriolum in the renal osteodistrophy treatment of the hemodialysed patients

The increasing in the number of the patients with end stage renal disease exteriorized the problem of its complications, including renal osteodistrophy, determined by the disregulation of remodeling procedures in the bone tissue. 73% of the hemodialysed patients (22 from 30) densitometry investigated suffers from osteopenia or osteoporosis. They undergo a 1,5 month treatment with "Forcal+" (0,25 mkg Calcitriolum, 500 mg Calcium Hydrocarbonate). The efficacy of the treatment is indirectly correlated with the duration of the hemodialysis procedures: a shorter period a patient is under hemodialysis and a earlier initiation with "Forcal+" treatment better mineralization indexes are achieved. After "Forcal+" utilization patient's quality of life is increasing, including physical component, pain release, emotional status and every day being.

Введение

Последние десятилетия в мире отмечается тенденция к неуклонному росту числа больных, страдающих хронической почечной недостаточностью (ХПН). Между тем, несмотря на все достижения современной медицины в разработке методов заместительной терапии, ХПН остается тяжелым инвалидизирующим состоянием, ставящим перед клиницистами и исследователями множество проблем, требующих решения. Одной из таких серьезных проблем является почечная остеодистрофия – тяжелое метаболическое поражение костей способное приводить к болям, деформациям и переломам. Почечная остеодистрофия – собирательный термин, использующийся для описания костных осложнений при ХПН и являющийся следствием нарушения цикла ремоделирования кости. Однако, несмотря на достаточно неплохую изученность процессов ремоделирования костной ткани при ХПН, до сегодняшнего дня не существует унифицированного подхода к терапии ренальной остеодистрофии. Также не ясно, насколько использование патогенетической терапии (в частности применение активных метаболитов витамина D3) способно нормализовать процессы ремоделирования кости, и каким образом это может отразиться на качестве жизни больных, получающих гемодиализ.

Цель нашего исследования состояла в оптимизации терапии нефрогенной остеодистрофии у пациентов с терминальной уремией, получающих лечение программным гемодиализом

Материал и методы

Были обследованы 30 пациентов с терминальной почечной недостаточностью, среди которых 19 мужчин (63%) и 11 женщин (37%). Все больные находились на лечении в отделении «Хронического гемодиализа» Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии. Все пациенты получали сеансы гемодиализа 3 раза в неделю с длительностью одного сеанса 4 часа. Таким образом, диализное время в среднем составило $11,73 \pm 0,3$ час/нед., а средний диализный возраст составил $30,4 \pm 3,2$ месяца.

Предоставленная доза диализа по КТ/Vur составила $1,18 \pm 0,2$, а междуализная прибавка веса $2,7 \pm 0,1$ кг, что свидетельствовало об адекватном диализе. Всем больным проводили бикарбонатный ГД на аппаратуре Fresenius 4008S через временный сосудистый доступ в виде артериовенозного шунта (АВШ) с последующим преобразованием его в артериовенозную фистулу. Операцию АВШ выполняли по стандартной методике в области нижней трети одного из предплечий с использованием шунта Скрибнера.

Возраст больных колебался в пределах от 22 до 58 лет, составляя в среднем $41,1 \pm 5,3$ года. Всем больным была проведена костная денситометрия денситометром Ahelios Express с определением 5-ти показателей: индекс жесткости, отношение к 20 летнему возрасту (%), T-критерий, отношение к возрастной норме (%), Z – критерий. 22-м пациентам, у которых были выявлены явления остеопении или остеопороза, был назначен препарат «Форкал +» (производство Kusum Healthcare, Индия), содержащий 0,25 мкг кальцитриола и 500 мг гидрокарбоната кальция. «Форкал+» принимался по 1-й капсуле 2 раза в день в течение первых двух недель, затем по 1 капсуле в сутки в течение 30 дней, после чего проводилась повторная денситометрия.

Были определены показатели качества жизни (КЖ) пациентов, участвующих в исследовании, для чего использовали опросник SF – 36 Health Status Survey [1]. Опросник содержит следующие шкалы: способность выдерживать физические нагрузки (PF); влияние физического состояния на повседневную деятельность (RP); чувствительность к боли (BP); общее состояние здоровья (GH); общая активность/энергичность (V); социальное функционирование (SF); влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность (RE); психическое здоровье (MH). Кроме того, рассчитаны два интегральных показателя КЖ, которые складываются из отдельных показателей опросника SF – 36: суммарный показатель физического здоровья (PCS) и суммарный показатель психического здоровья (MCS).

Оценку качества жизни больного провели перед началом терапии «Форкал +», а также спустя 1,5 месяца, по окончании курса. Все пациенты заполняли анкету с последующим анализом и оценкой результатов и расчетом индивидуального показателя качества жизни – чем выше балл, тем лучше качество жизни больного.

Статистическая обработка полученных результатов была проведена на РС IBM – Pentium V с использованием электронных таблиц Microsoft Excel адаптированных для медико-биологических исследований С.Н. Лапач и др. [2]. Полученные в ходе данной работы результаты были подвергнуты статистическому анализу, который включал в себя изучение значимых параметров, позволяющих достоверно оценить выборочную совокупность.

Результаты исследования

Из 30 больных, обследованных нами с помощью денситометрии, явления остеопении или остеопороза были выявлены у 22-х пациентов (73%). Поэтому в дальнейшем исследовании принимали участие 22 пациента. Из этой группы больных, принимавших «Форкал +», положительная динамика денситометрических показателей отмечена у 18 пациентов (Таблица 1).

Как видно из таблицы, достоверная динамика отмечена по всем пяти показателям, причем индекс жесткости кости увеличился на 8,4%, отношение к 20 летнему возрасту выросло на 8,4%, отношение к возрастной норме увеличилось на 7,6%, положительная динамика Т и Z критериев составила 20,5% и 38,8% соответственно.

Необходимо заметить, что не у всех пациентов наблюдалась одинаковая динамика денситометрических показателей в ответ на терапию «Форкал+». Нами было отмечено, что у пациентов, чей диализный возраст превышал 36 месяцев, динамика роста денситометрических показателей была не значительной либо отсутствовала и поэтому средние темпы прироста показателей у пациентов этой группы были не достоверными (таблица 2).

В группе пациентов, чей диализный возраст составлял от 18 до 36 месяцев, выявлена достоверная динамика лишь двух показателей – Т и Z критериев (19,5 и 30,7% соответственно). И у пациентов, находящихся на гемодиализе до 1,5 лет отмечены достоверные изменения всех пяти денситометрических показателей.

Между диализным возрастом в месяцах и эффективностью терапии «Форкал+», которая была

Таблица 2. Темпы прироста денситометрических показателей в зависимости от диализного возраста

Денситометрические показатели	Диализный возраст (мес.)		
	До 18 мес. n = 8	От 18 до 36 мес. n = 6	Более 36 мес. n = 8
Индекс жесткости	15,8% *	6,8%	1,4%
Отношение к 20 летнему возрасту	15,8% *	6,8%	1,4%
Отношение к возрастной норме	14% *	5,8%	2%
Т критерий	46,2% *	19,5% *	2,9%
Z критерий	74% *	30,7% *	8,9%

* p < 0,001

оценена по разности до и после лечения, существует сильная обратная корреляционная зависимость ($\phi = -0,81 \pm 0,13$), которая с вероятностью 99,9% ($t = 6,23$) повторится в генеральной совокупности.

При исследовании показателей качества жизни до лечения и после лечения «Форкал+» нами было отмечено, что у пациентов, чей диализный возраст превышал 36 месяцев, достоверных изменений показателей КЖ выявлено не было. В двух других группах пациентов были выявлены достоверные изменения ВР и RE (таблица 3).

Кроме того, у пациентов с диализным возрастом не более 18 мес. отмечена достоверная динамика в шкалах: влияние физического состояния на повседневную деятельность (RP), общее состояние здоровья (GH) и суммарный показатель физического здоровья (PCS).

Обсуждение результатов исследования

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что у части пациентов с терминальной уремией, получающих регулярные сеансы бикарбонатного гемодиализа, использование активных метаболитов витамина D3 (в частности кальцитриола), позволяет добиться нормализации процессов ремоделирования костной ткани, что доказывается увеличением минеральной плотности кости. Однако не у всех пациентов, принимавших участие в исследовании, отмечены позитивные сдвиги в процессах ремоделирования кости. И в первую очередь, это касается пациентов, находящихся на диализе более трех лет. С чем же это связано?

В основе патогенеза ренальной остеодистрофии лежит вторичный гиперпаратиреоз. Среди факторов,

Таблица 1. Динамика денситометрических показателей до приема «Форкал+» и после окончания приема

Индекс жесткости		Отношение к 20 летнему возрасту (%)		Отношение к возрастной норме (%)		Т критерий		Z критерий	
до M±m	после M±m	до M±m	после M±m	до M±m	после M±m	до M±m	после M±m	до M±m	после M±m
72,9 ± 2,2	79,1 ± 2,2	72,9 ± 2,2	79,1 ± 2,2	81,9 ± 1,9	88,0 ± 2,2	-2,1 ± 0,2	-1,6 ± 0,2	-1,3 ± 0,1	-0,8 ± 0,1
t-2,0; p < 0,005		t-2,0; p < 0,005		t-2,1; p < 0,005		t-2,1; p < 0,005		t-2,5; p < 0,001	

t – критерий Стьюдента, p – вероятность безошибочного прогноза 95%

Таблица 3. Показатели качества жизни пациентов, получающих сеансы гемодиализа до и после терапии «Форкал+»

Шкалы SF -36	Диализный возраст			
	18 – 36 месяцев		Менее 18 месяцев	
	до M±δ; m	после M±δ; m	до M±δ; m	после M±δ; m
Способность выдерживать физические нагрузки (P F)	17,2±16,2 4,3	25,3±16,4 4,4	28,4±17,1 4,6	31,4±15,6 4,2
Влияние физического состояния на повседневную деятельность (RP)	21,2±13,4 3,6	29,3±13,8 3,7	19,1±13,6 3,6	31,4±14,0 3,7*
Чувствительность к боли (BP)	13,0±12,0 3,2	50±16,7 4,5 *	16±11,3 3,0	37,5±15,6 4,2*
Общее состояние здоровья (GH)	17,0±10,7 2,9	29,3±13,8 3,7	16,1±15,1 4,0	40,8±21,8 5,8*
Общая активность/энергичность (V)	37,5±16,7 4,5	33,3±11,1 3,0	19,3±18,3 4,9	31,5±21,8 5,8
Социальное функционирование (SF)	41,8±30,4 8,1	46±22,0 5,9	22,3±15,9 4,3	25,3±12,4 3,3
Влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность (RE)	13,0±12,0 3,2	28±12,0 3,5*	28,5±22,4 6,0	43,8±18,8 5,0 #
Психическое здоровье (MH)	29,3±15,2 4,1	33,5±19,3 5,2	25,3±12,4 3,3	28,4±16,2 4,3
Суммарный показатель физического здоровья (PCS)	33,5±9,3 5,2	41,7±16,7 4,5	22,1±10,6 2,8	37,5±12,5 3,3*
Суммарный показатель психического здоровья (MCS)	25,3±16,4 4,4	29,5±22 5,9	43,9±24,9 6,6	53,4±40,4 10,8

* p < 0,001; # 0,1 < p > 0,05

которые вовлечены в патогенез вторичного гиперпаратиреоза, ключевое значение имеет низкая концентрация кальцитриола [3], т.к. кальцитриол является принципиальным регулятором функции паращитовидных желез. Паратиреоидный гормон (ПТГ) стимулирует синтез кальцитриола, активируя 1 α -гидроксилазу в проксимальных извитых канальцах. Кальцитриол, в свою очередь, усиливает всасывание кальция в тонкой кишке, и повышая его концентрацию в плазме, опосредованно влияет на секрецию ПТГ. Кальцитриол свое прямое влияние на функцию паращитовидных желез осуществляет на генном уровне, через посредство специализированных рецепторов, подавляя транскрипцию паратиреоидного гормона и, соответственно его синтез и секрецию. Таким образом, высокие концентрации кальцитриола, поступающие в организм извне разрывают «порочный» круг прогрессирования ренальной остеодистрофии, приводя к нормализации процессов ремоделирования кости. Однако, в литературе имеются сведения о том, что при уремии формируется рефрактерность паращитовидных желез к подавляющему действию кальцитриола [4]. Происходит это из-за увеличения массы функционирующей ткани, моноклонального роста автономно секретирующих клеток паращитовидных желез [4], уменьшения количества рецепторов к кальцитриолу в участках узловой трансформации [5].

По всей вероятности, именно из-за развития процессов рефрактерности к кальцитриолу нами не было выявлено достоверного увеличения индекса жесткости кости у пациентов, находящихся на диализе более 36 мес. Следовательно, можно предположить,

что существует зависимость между диализным возрастом и выраженностью патофизиологических изменений процессов ремоделирования кости. Отчасти этот тезис подтверждается выявленной нами отрицательной корреляционной связью между диализным возрастом и динамикой роста денситометрических показателей.

При исследовании влияния эффективности терапии «Форкал+» на качество жизни, нами было отмечено, что достоверные изменения показателей КЖ были выявлены в группах пациентов, чей диализный возраст составлял от 0 до 18 мес. и от 18 до 36 мес. У пациентов, находящихся на диализе более 36 мес. достоверных различий в показателях КЖ до и после лечения выявлено не было. Необходимо отметить, что практически все пациенты отметили уменьшение влияния боли на повседневную деятельность на фоне приема «Форкал+». Такие результаты являются, на наш взгляд, закономерными и напрямую зависят от динамики денситометрических показателей.

Результаты исследования представляются нам крайне важными для нефрологической общественности, т.к. на фармацевтическом рынке Украины до последнего времени отсутствовали препараты активных метаболитов витамина D3 (кальцитриола и альфакальцидола) и поэтому у врачей нефрологов не было возможности эффективно влиять на процессы течения ренальной остеодистрофии у больных с ХПН. Однако исследования посвященные лечению остеодистрофии при ХПН, надо надеяться, еще не закончены и вскоре могут быть получены новые данные.

Выводы

Использование препарата «Форкал+» у пациентов с ренальной остеодистрофией, получающих

гемодиализ, позволяет эффективно корректировать процессы ремоделирования кости. Эффективность лечения зависит от диализного возраста: чем раньше начата терапия «Форкал+» (т.е. чем меньше диализный возраст), тем выше конечные показатели

минерализации кости. Использование «Форкал+» достоверно повышает качество жизни пациентов за счет суммарного физического компонента, уменьшения боли, повышения влияния эмоционального состояния на повседневную деятельность.

Список литературы

1. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: «Элби», 1999. – 140 с.
2. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – К.: Морион, 2000.-320с.
3. Spindler A., Paz S., Berman A. et al. Muscular strength and bone mineral density in hemodialysis patients // *Nephrol. Dial. Transplant.* – 1997. – Vol.12. P. 128 – 132.
4. Evanson J. M. The response to the infusion of parathyroid extract in hypocalcaemic states // *Clin.Sci.* – 1966. – Vol.31. – P. 63 – 75.
5. Gabay C., Ruedin P., Slosman D. et al. Bone mineral density in patients with end-stage renal failure // *Am. J. Nephrol.* – 1993. – Vol.13. – P. 115-123.

EST. BAKARIS BERYLIMAS 
Prostamol[®] Uno
Fii bărbat!

**Pentru
tratamentul
adenomei
de prostată**



*Preparat eficient
de origine vegetală
Înlătură dereglările
de micțiune
Menține funcția sexuală
O capsulă în zi*



M INDUSTRIE FARMACEUTICE
BUCUREȘTI

adenomă

Remedie în formă de supă

Descoperă-te și alina senzația din pînă

Setegis®

(sintetizată)

Remedie modernă în tratamentul hiperplaziei benigne a prostatei (HBP)



- α_1 - adrenoblocant selectiv
- Stopază eficient progresarea HBP
- Efect clinic rapid
- Inofensivitate verificată
- Tratament economic



Setegis este o soluție modernă în tratamentul hiperplaziei benigne a prostatei (HBP). Este un medicament sintetic, care acționează selectiv asupra receptorilor α_1 , relaxând mușchii prostatei și ameliorând simptomele asociate. Este un tratament eficient și sigur, care poate fi utilizat pe termen lung. Este disponibil în formă de supă, ceea ce facilitează administrarea și asigură o bună toleranță. Este un medicament modern, care reprezintă un pas în tratamentul HBP. Este un medicament eficient și sigur, care poate fi utilizat pe termen lung. Este disponibil în formă de supă, ceea ce facilitează administrarea și asigură o bună toleranță. Este un medicament modern, care reprezintă un pas în tratamentul HBP. Este un medicament eficient și sigur, care poate fi utilizat pe termen lung. Este disponibil în formă de supă, ceea ce facilitează administrarea și asigură o bună toleranță.



REZEȚIA ENDOSCOPICĂ A ADENOMULUI VOLUMINOS LA PACIENȚII CU ȘI FĂRĂ DRENAJ SUPRAPUBIAN

V.Ghicavii, E. Ceban, I. Dumbrăveanu, C.Guțu, C. Spînu, V. Platon,
I. Nicu, G. Tricolici, S. Pleșco

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "Nicolae Testemitanu", Chișinău

Summary

Nowadays the transurethral resection is being often and best accomplished in the majority of the different volume BPH cases. We frequently find a growth of complications concerning urinary system at the patients, with large BPH, which increase the risk of the surgery treatment. Usually in these cases it is indicated urgent cystostomy, and afterwards to use the Reuter type resection. The objective of this publication is to enlarge the indication field of the TUR.P for patients who might have multiple complications.

Introducere. Actualmente rezeția transuretrală reprezintă operația de elecție aplicată majorității covârșitoare a adenomelor de prostată de diferit volum. La pacienții cu adenom de prostată voluminos se constată o creștere frecventă a complicațiilor atât a sistemului urinar (pielonefrită, IRC, retenție de urină ș.a.), cât și a altor sisteme (cardiovasculare, digestive, neurologice, etc.) ce măresc riscul tratamentului chirurgical (începând cu hemoragia imediată severă și terminând cu multiplele sechele de tip obstructiv). În majoritatea cazurilor de acest gen se indică instalarea cistostomei urgente și efectuarea rezeției tip Reuter ulterioare.

Scopul lucrării. Scopul lucrării este aprecierea valorii cistostomiei prelabile TUR P la bolnavii cu multipli factori de risc.

Material și metodă. Între anii 1998-2005 în centrul nostru au fost efectuate 507 rezeții transuretrale a prostatei (TURP). Din 153 (30%) pacienți operați cu adenom voluminos e" 60 gr, la 68 (44,4%) pacienți s-a efectuat rezeția endoscopică, cu instalarea preventivă a cistostomei (grupul I), iar în 85 (55,5%) cazuri rezeție fără instalarea drenajului suprapubian preventiv (grupul II). Vârsta medie a pacienților a fost de 62 ani. Cistostoma a fost înlăturată la a doua zi la toți pacienții. Menținerea sondei uretrale a constituit în medie 4-5 zile postoperatorii în ambele grupe.

Rezultate. Intervenția endoscopică pentru adenomul de prostată voluminos (cu și fără instalarea cistostomei) a fost

preconizată la 153 pacienți, cărora operația deschisă clasică le-a fost contraindicată din motive de risc înalt (patologii asociate cardiovasculare, IRC, diabet zaharat, etc.). Cu toate că timpul rezeției a fost mai mic în grupul bolnavilor cu cistostomă cu ~20 min., decât în al doilea grup, nu s-a depistat o deosebire relevantă în frecvența complicațiilor intraoperatorii: (sângerare masivă prin deschiderea de sinus venos (2,8 % față de 3,2%), perforația capsulei prostatice (2,5 % și 3,0%), sindromul TUR (3,3 % și 3,2%), precum și frecvența complicațiilor postoperatorii: (hemoragii tardive (2,4 % și 2,6 %), uretrite (2,2 % față de 2,8 %), stări febrile (12,8 % față de 18,1%).

Timpul rezeției în medie (70 min) a fost mai mic cu 22,3% în grupul I, iar volumul rezețat mai mare în grupul I corespunzător cu 10% decât în al II-lea grup. Această diferență a fost restabilită prin prelungirea rezeției în medie cu 15-20 min și cu obținerea volumuri de adenom identic. Această prelungire a timpului operator nu s-a reflectat asupra modificării numărului complicațiilor intra- și postoperatorii.

Concluzii

1. În cazul deținerii unui echipament endoscopic sofisticat și al respectării recomandărilor pentru rezeția adenomului voluminos prelungirea intervenției endoscopice cu 15-20 min nu influențează riscul și numărul complicațiilor intra- și postoperatorii.

2. Instalarea cistostomei nu este obligatorie în adenoamele voluminoase ca etapă de pregătire pentru TUR.P, cu excepția cazurilor de pielonefrite acute, IRC și a retenției de urină acută.

3. Pentru a obține rezultate operatorii considerabile în adenomul de prostată voluminos însoțit de riscuri operatorii, strategia operatorie trebuie stabilită în funcție de patologiile grave asociate și de existența sau de lipsa cistostomei instalate prealabil.

TRATAMENTUL ENDOSCOPIC AL STRICTURILOR URETRALE SURVENITE DUPĂ ADENOMECTOMIA TRANSVEZICALĂ ȘI TRANSURETRALĂ

V.Ghicavii, E. Ceban, M. Popov, C.Guțu, V. Gorbatovschii, G. Scutelnic, E. Pleșca, V.Tuchila
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "Nicolae Testemitanu", Chișinău

Summary

Surgical treatment of the benign prostate hyperplasia (BPH) is nowadays realized through the transurethral (~70%), transvesical (~20%) approach and the minim invasive (~10%) methods. So

the open surgery as the endoscopic one in followed by a set of complications of an obstructive type, like: urethral stricture, sclerosis of the bladder neck, restant of the adenoma tissues. The aim of this work is to present the etiological incidence of the ure-

thral stricturers, a complication which appears after the surgical treatment of a BPH.

Obiective. Tratamentul chirurgical al adenomului de prostată se realizează actualmente pe cale transuretrală (~70%), transvezicală (~20%) și miniminvasivă (~10%). Indicațiile intervenției deschise au devenit bine codificate și se efectuează în adenoamele mari, iar indicațiile către tratamentul endoscopic se largesc considerabil. Atât operația deschisă, cât și cea transuretrală sunt grevate de o serie de complicații sechelare de tip obstructiv: strictura uretrei, scleroza de col vezical, țesut adenomatos restant.

Scopul lucrării este de a releva incidența stricturii de uretră, survenită după tratamentul chirurgical al adenomului de prostată.

Material și metodă. Într-o perioadă de 7 ani (1998-2005) în clinica noastră au fost operați pentru adenom de prostată 2371 pacienți. La 507 (21,3%) bolnavi s-a efectuat rezecția transuretrală, iar la 1864 (78,7%) adenomectomia clasică deschisă. Media vârstei în ambele grupe a fost de 58 ani (48-69 ani). Timpul de cateterizare postoperatorie a constituit în medie 9 zile la bolnavii operați deschis și 3 zile la cei operați endoscopic. La 98 pacienți operați din ambele grupe (28,5% pacienți post-adenomectomie și 71,4% post TUR) au apărut fenomene obstructive și acuze de dizurie manifestate prin strangurie, iar investigațiile clinice și paraclinice punând în evidență prezența unei stricturi uretrale. Acești bolnavi au fost examinați radiologic (uretografie) și urodinamic de la 3 săptămâni după operație și până la 3 ani postoperator. În unele cazuri incerte s-a efectuat uretoscopia. Tratamentul efectuat la pacienții cu strictură de uretră a fost pe cale endoscopică în 86 (87,7%) și în 12 (12,2%) cazuri a fost pe cale chirurgicală clasică. La 64 (65,3%) bolnavi s-a efectuat o singură uretrotomie internă optică, iar la 22 (22,4%) au fost necesare intervenții multiple (metrotomie + sfincterotomie; uretrotomie

+ rezecție de țesut restant; uretrotomie + litotritie).

Rezultate. Dintre factorii etiologici ai stricturilor de uretră putem menționa: infecția specifică și nespecifică a uretrei, lubrifierea neadecvată a uretrei și menținerea sondelor uretrale timp mai îndelungat. Din datele obținute de noi se observă o incidență variabilă a stricturilor de uretră față de factorii etiologici numiți mai sus. Această variație se datorează și diferenței între diametrul uretrei și al tecii rezectoscopului. Nu au existat diferențe semnificative între grupele de vârstă, timpul de cateterizare postoperatorie și greutatea țesutului adenomatos înlăturat. Incidența stricturilor s-a stabilit la 28 pacienți după operația deschisă și la 70 bolnavi după rezecția transuretrală, reprezentând 28,5% și 71,4% din totalul pacienților cu strictură de uretră. O frecvență crescută a acestei complicații s-a depistat în primii 3 ani, când ea a reprezentat 51,5% din numărul total de cazuri (62% post TUR și 41% post intervenție deschisă). Acest aspect statistic și preponderența stricturilor după operațiile endoscopice au ridicat problema unor deficiențe de tehnică chirurgicală (traumatism mecanic și electric al uretrei un timp mai îndelungat).

Concluzii

1. Incidența stricturii de uretră a survenit preponderent după operația endoscopică și, mai rar, după operație deschisă.
2. Printre factorii etiologici siguri s-a plasat traumatismul mecanic și cel electric produs prin electrorezecția îndelungată și excesivă a uretrei. Nu putem exclude și rolul infecției urinare prezente.
3. Nu s-a identificat o corelație semnificativă cu vârsta, timpul operator și durata drenajului uretral.
4. Operația endoscopică oferă multiple avantaje: execuție facilă, complicații reduse, rezultate bune și posibilitatea rezolvării simultane a altor afecțiuni concomitente sechelare ale adenomectomiei (scleroză de col vezical, țesut adenomatos restant, litiază vezicală).

OPTIMIZAREA METODELOR DE HEMOSTAZĂ ȘI A DRENĂRII VEZICII URINARE ÎN ADENOMECTOMIA TRANSVEZICALĂ. ASPECT ECONOMIC

V.Bobu, B.Ipatii

Clinica Urologie IMSP SCM „Sfânta Treime”, Chișinău

Summary

Due to the appearance of a space for drainage between Foley's catheter, tubs and urethra the proposed method of adenomectomy operation permits a better and adequate drainage of the bladder adenoma's site. By this the post-surgical hospital treatment decreased considerably.

Introducere. Hemostaza intraoperatorie și drenarea căilor urinare este un moment principal, cu posibile consecințe în perioada postoperatorie imediată și în cea tardivă: hemoragii întra- și postoperatorii, apariția stricturilor uretrale, volumul medicației aplicate și durata aflării pacientului în staționar.

Material și metodă. Metoda pentru hemostază, drenarea

vezicii urinare (VU) și a lojei adenomului de prostată (AP), a fost propusă pe 23.01.2001 de medicul B.Ipatii (inovația Nr. 695/15). Studiul de evaluare a metodei a fost realizat pe un lot de 200 pacienți cu adenom de prostată, tratați în Clinica Urologie IMSP SCM „Sfânta Treime”, Chișinău. Din numărul total de pacienți, 100 au fost operați prin metoda clasică, iar 100 prin procedeul propus de noi. Metoda constă în următoarele: după enucleerea bimanuală a adenomului și hemostază corespunzătoare, se perfectează revizia lojei pentru înlăturarea țesutului restant. Porțiunile abundente sângărânde se suturează cu catgut. Dacă loja este de dimensiuni mari, se suturează cu

catgut mucoasă-mucoasă pentru a fi micșorată și a permite cateterului Foley (CF) asigurarea hemostazei mecanice. Paralel cu CF, se instalează suplimentar un tub de perfuzie ce este fixat cu suturi de capron scoase prin VU la abdomen. VU se suturează ermetic. Astfel se formează un spațiu între CF, tub și mucoasa uretrei, ceea ce permite o drenare mai adecvată a lojei adenomului, a VU și a uretrei, fapt ce permite ameliorarea evacuării cheagurilor de sânge, a țesuturilor necrotizate, detritului. Catereul Foley și tubul se menține în uretră 7-9 zile, ceea ce permite instituirea unui lavaj, în caz de hemoragie.

Rezultate și concluzii. În urma aplicării metodei propuse nu au fost semnalate hemoragii majore cu tamponada vezicii urinare,

stări febrile sau frisoane; nu au fost necesare hemotransfuzii. Vindecarea plăgii s-a realizat „per primam”, fără formarea de fistule urinare. La extragerea drenajului uretral micțiile au fost libere. Studiul efectuat retrospectiv referitor la durata de spitalizare postoperatorie a pacienților a demonstrat o eficacitate superioară a metodei propuse, în comparație cu metoda clasică. Astfel, în lotul I, durata medie de aflare a pacienților în spital a constituit 20,5 zile. În lotul II (perioada 2000-2004), pentru bolnavii operați prin metoda noastră, durata tratamentului în staționar a constituit 11,3 zile. În concluzie, putem afirma că aspectul economic al metodei propuse este evident și necesită studii suplimentare.

COMPLICAȚIILE POSTOPERATORII DUPĂ ADENOMECTOMIA TRANSVEZICALĂ A PROSTATEI ÎN CADRUL SECȚIEI UROLOGIE A IMSP SCM „SFÂNTA TREIME”

C. Ieșeanu, A. Ieșeanu, C. Guțu, E. Pleșca
Secția Urologie, IMSP SCM „Sfânta Treime”, Chișinău

Summary

In the surgical treatment of the benign prostate hyperplasia through transvesical adenectomy, made in the Urological Department of the Municipal Clinical Hospital „Sfanta Treime”, the most frequent post-surgical complications in the period 2004-2005 were acute orhoepididimitis. They have a frequency of 3,11% followed by late haemorrhages (1,86%) and the tamponade of the bladder, which required both surgical treatment (3,41% from cases), and medical treatment.

Introducere. În lucrare sunt expuse complicațiile postoperatorii survenite în rezultatul tratamentului chirurgical al adenomului de prostată, care, în poșida măsurilor de profilaxie aplicate, practic se întâlnesc cu aceeași frecvență ca și în anii precedenți și rămân actuale și în prezent.

Obiective. A relata și a descrie complicațiile postoperatorii care au survenit în rezultatul tratamentului chirurgical al adenomului de prostată și metodele de tratament specifice aplicate în cadrul Secției Urologie a IMSP SCM „Sfânta Treime” în perioada anilor 2004-2005.

Material și metode. Lotul de studiu a cuprins 373 pacienți cu diagnosticul adenom de prostată, tratați în cadrul Secției Urologie a IMSP SCM „Sfânta Treime” în perioada anilor 2004-2005. Din lotul studiat 51 (13,7%) pacienți nu au fost supuși intervenției chirurgicale radicale din motivul patologieilor concomitente agravate. Ceilalți 322 (86,3%) pacienți au suportat intervenția chirurgicală – adenomectomia transvezicală, cu drenarea vezicii urinare transuretral cu cateter Folley și tub de irigare din silicon fixate în lojă și cu suturarea ermetică a pereților vezicii urinare și a plăgii suprapubiene. Această metodă este aplicată în practica secției noastre din anul 2000.

Rezultate. Din 322 intervenții chirurgicale efectuate, au survenit următoarele complicații postoperatorii la 19 pacienți (5,9%): 1) tamponada vezicii urinare - 3 cazuri (0,93%); 2) hemoragii tardive - 6 cazuri (1,86%); 3) orhoepididimită acută – 10 cazuri: a) cu vasorezecție bilaterală - 6 cazuri (1,86%); b) fără vasorezecție bilaterală - 4 cazuri (1,25%). Hemoragiile acute precoce, cu tamponada vezicii urinare în primele 24 ore după intervenția chirurgicală au fost rezolvate în toate cazurile prin reintervenție cu stoparea mecanică a sursei de hemoragie. Hemoragiile tardive, apărute în perioada a 9-14-a zi după intervenția chirurgicală au fost stopate prin administrarea tratamentului hemostatic medicamentos. Vasorezecția bilaterală s-a efectuat practic la toți pacienții, cu excepția celor care au refuzat categoric această intervenție. În marea majoritate a cazurilor de orhoepididimită acută postoperatorie, fie uni- sau bilaterală, 8 (2,48%) pacienți au fost supuși următoarelor intervenții chirurgicale: incizia și drenarea epididimului - 5 (1,55%) cazuri; epididimectomia - 2 (0,62%) cazuri; orhiectomia - 1 (0,31%) caz.

Concluzii

În tratamentul chirurgical al adenomului de prostată prin adenomectomie transvezicală, efectuat în cadrul Secției Urologie a IMSP SCM „Sfânta Treime”, cele mai frecvente complicații postoperatorii în perioada anilor 2004-2005 au fost orhoepididimitele acute, cu o frecvență de 3,11%, urmate de hemoragiile tardive (1,86%) și de tamponada vezicii urinare (0,93%), care au necesitat atât intervenții chirurgicale de corecție (3,41% cazuri), cât și efectuarea tratamentului medicamentos.

TRATAMENTUL HIPERPLAZIEI BENIGNE A PROSTATEI CU PROSTAMOL® UNO

E.Ceban, V.Ghicavii, V.Tuchila, G.Scutelnic, V.Gorbatovschi, A.Tănase
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Summary

During 5 years, between 2001-2006, 200 patients with BPH were treated with Prostatamol® 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. Prostatamol® 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. Majoritatea bărbaților după vârsta de 50 ani acuză simptomele cauzate de HBP, manifestându-se clinic prin obstrucția vezicală. În prezent există o variație largă de metode curative în HBP: conservative, endoscopice, chirurgicale. Pacienților cu simptomatologie moderată a maladiei, precum și celor cu contraindicații pentru tratamentul chirurgical și endoscopic, bolnavilor cu risc major cauzat de prezența maladiilor concomitente le este indicată terapia medicamentoasă.

Scopul lucrării. Aprecieria eficacității preparatului Prostatamol® uno în tratamentul adenomului de prostată.

Material și metode. Studiul a fost efectuat în Clinica de Urologie și Nefrologie Chirurgicală a Spitalului Clinic Republican, USMF „N. Testemițanu”, în perioada octombrie 2001- mai 2006, pe un lot de 200 pacienți, bărbați cu HBP, care au fost tratați conservativ prin administrarea preparatului Prostatamol® uno. Pacienții au fost selectați după următoarele criterii: stabilirea diagnosticului de HBP în baza tușeului rectal, ultrasonografiei transrectale a prostatei cu aprecierea dimensiunilor prostatei, nodulului adenomatos și volumul urinei reziduale, fiind repetate și la sfârșitul studiului clinic. Evaluarea clinică a HBP a fost apreciată prin Scorul Internațional al Simptoamelor Prostatei (IPSS) și prin determinarea Scorului Calității Vieții (QOL) inițial și la sfârșitul

de studiu. Vârsta pacienților a variat între 56 și 80 ani cu media de $64,53 \pm 3,47$ ani. Preparatul a fost administrat zilnic, în doze de 320 mg per os, într-o singură priză, seara după masă.

Rezultate. În conformitate cu materialul și metodele de cercetare, analiza studiului a evaluat următoarele rezultate: indicii medii a simptoamelor prostatei IPSS după tratament au constituit $8,9 \pm 0,4$ (-53,4%) și respectiv QOL $1,7 \pm 0,2$ (-57,5%). Volumul reziduiului urinar s-a diminuat în medie de la 74,6 până la 38,2 ml. Complicații și reacții adverse s-au înregistrat la 7 pacienți, peste 2 luni de tratament, fiind spitalizați pe motiv de retenție acută de urină, în urma căreia s-a efectuat intervenția chirurgicală- adenomectomia prostatei transvezicală și tratamentul conservativ a fost întrerupt. La 5 pacienți a fost înregistrată diaree, tratamentul parțial a fost sistat, apoi prelungit ulterior peste 2 săptămâni. La 2 pacienți, în urma tratamentului aplicat, a fost determinată scăderea funcției erectile.

Concluzii

1. Preparatul Prostatamol® uno este unul dintre medicamentele contemporane de elecție în tratamentul conservativ al HBP cu acțiune antiandrogenă (blocator de 5a-reductază de origine naturală), efect antiinflamator și antiexudativ.

2. Administrarea preparatului a îmbunătățit IPSS prostatei de la 19,1 până la 8,9, fapt ce a constituit în medie 53,4%. A permis ameliorarea QOL de la 4,0 până la 1,7, ceea ce a constituit în medie 57,5%.

3. Volumul reziduiului urinar s-a micșorat în medie de la 74,6 până la 38,2 ml, fapt ce constituie 48,7%.

4. În scopul prevenirii complicațiilor și a unor reacții adverse, este necesar a selecta strict pacienții pentru tratament, cu evaluarea tratamentului de probă. Se recomandă indicarea tratamentului în adenom de dimensiuni mici și medii.

REZULTATELE STUDIULUI CLINIC IN TRATAMENTUL ADENOMULUI DE PROSTATĂ CU PREPARATUL SETEGIS (EGIS)

E. Ceban, V. Ghicavii, A.Tănase
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Summary

During february-april 2006, 30 patients with BPH were treated with Setegis (terazosin) EGIS, 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, Qmax and volume of

residual urine, respectively. Setegis is one of election drug in conservative treatment of BPH.

Actualitatea, obiective. Hiperplazia benignă a prostatei (HBP) este patologia bărbaților în etate. Astfel, conform datelor epidimiologice, bazate pe rezultatele morfo-histologice, HBP este prezentă la mai mult de 40% bărbați în

vârstă de 50 ani, la etatea de 60 ani frecvența este mai mare de 50% și mai mult de 90% la 80 ani. Majoritatea bărbaților după vârsta de 50 ani acuză simptomele cauzate de HBP, manifestându-se clinic prin dereglări de micțiune. Experiența de ultimă oră în administrarea antagoniștilor selectivi de α_1 adrenoblocatori s-au dovedit a fi o opțiune terapeutică eficientă și noninvasivă pentru pacienții cu HBP.

Scopul lucrării. Aprecierea eficacității preparatului Setegis (terazosin) EGIS în tratamentul HBP.

Material și metode. Studiul a fost efectuat în perioada februarie - aprilie 2006 pe un lot de 30 pacienți cu HBP, tratați conservativ prin administrarea preparatului Setegis în doze inițiale de 2 mg/zi 1 săptămână, apoi 5 mg/zi. Pacienții au fost selectați după următoarele criterii: datele anamnezei, ale tușeului rectal, USG transrectale a prostatei și a vezicii urinare cu aprecierea volumului urinei reziduale; urogramei, PSA, Uroflowmetria, RIR (renografiei radioizotopice), investigațiile fiind repetate după fiecare lună de studiu. Criteriile de excludere a bolnavilor din studiu au servit indicații absolute către tratamentul chirurgical, HBP cu calculi vezicali și diverticuloză secundară, infecție urinară, HBP complicată cu insuficiență renală cronică, pacienți hipotonici. Evaluarea clinică a HBP a fost apreciată prin Scorul Internațional al Simptoamelor Prostatei (IPSS) și prin determinarea Scorului Calității Vieții (QOL) inițial, peste 1, 2 și 3 luni de tratament.

Rezultate.

În conformitate cu materialul și metodele de cercetări, analiza studiului a relevat următoarele rezultate: indicii medii

ai simptoamelor prostatei IPSS s-au diminuat de la 16,5 până la 12,3 după tratament și, respectiv, QOL de la 4,2 la 3,1. Volumul rezidului urinar s-a redus în medie de la 76,8 până la 45,3 ml. Dinamica uroflowmetriei, în urma tratamentului cu Setegis: Qmax ml/s a înregistrat o majorare a rezultatelor de la 8,5 la 11,0 ml/s. Schimbări ale dimensiunilor prostatei, nodulului adenomatos, precum și a nivelului PSA în sângele pacienților din lotul studiat nu s-au înregistrat. Complicațiile și reacțiile adverse au fost repartizate în modul următor: vertigii – 1 pacient, cefalee – 6 bolnavi, colaps – 2 cazuri, scăderea funcției erectile -1 subiect.

Concluzii

1. Administrarea preparatului Setegis® EGIS în decurs de 3 luni a îmbunătățit Scorul IPSS de la 16,1 până la 12,3, iar Scorului QOL de la 4,2 până la 3,1; Qmax sa majorat de la 8,5 la 11,0 ml/s.
2. Tratamentul în decurs de 3 luni nu a influențat asupra dimensiunilor adenomului și ale prostatei.
3. Volumul rezidului urinar s-a diminuat în medie de la 76,8 până la 45,2 ml.
4. Inițierea tratamentului se efectuează cu doze mici (2mg/zi) pentru o săptămână, apoi 5 mg/zi până la stabilirea dozei optime individuale.
5. În scopul prevenirii complicațiilor și unor reacții adverse este necesar a selecta strict pacienții pentru tratament, cu evaluarea tratamentului de probă. Se recomandă în tratamentul adenomului mic, mediu și preponderent pacienților hipertensivi.
6. Bolnavilor hipotonici, normotonici care acuză vertigii, astenie, scăderea TA, preparatul în cauză este contraindicat.

REZULTATELE STUDIULUI CLINIC PENTRU „ADENOPROSIN” ÎN TRATAMENTUL HIPERPLAZIEI BENIGNE ȘI PROCESELOR INFLAMATORII ALE PROSTATEI

A. Tănase, V. Ghicavii, E. Ceban, I. Dumbrăveanu, M. Popov

Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală USMF “Nicolae Testemițanu” Chișinău

Summary

Until long time the most important way of the benign prostatic hyperplasia (BPH) symptoms treatment was considered the surgical cure consorted by reduced mortality (0,2%) and complications frequency (18%). In connection with this a lot of patients who are recommended the surgical intervention tend to obtain a therapeutically treatment. In our study were included 30 patients with BPH, acute and chronic prostatitis who had no direct indications for surgical intervention. The drug Adenoprosin was administrated in the shape of suppository once a day during 2 month. All the patients were subjected to an investigational algorithm in concordance with the International Consultation on BPH recommendations. The treatment results determined the harmless and the efficiency of the drug treatment, the initiation time, the therapy duration and the multitude necessity of its application. In these patients (96-98%) Adenoprosin exert a fast and an essential improvement of general symptoms and urodynamic parameters in the first 3-4 weeks of administration with there further keeping during 4-6 months after the treatment.

Scopul și sarcinile: Aprecierea eficacității, toleranței și acțiunii preparatului biologic activ Adenoprosin în combinație cu tratamentul antiinflamator nespecific și ca monoterapie la începutul studiului, o lună și două luni de tratament.

Materiale și metode. În studiu au fost incluși 30 pacienți la care lipseau indicațiile chirurgicale, dintre care: 16 cu simptome moderat pronunțate ale adenomului de prostată, 10 pacienți cu procese inflamatorii ale prostatei (cronică, faza remisie și acutizare) și 4 pacienți cu sindrom algic al bazinului mic. Adenoprosin s-a administrat sub formă de supozitorii o dată pe zi seara, timp de 1-2 luni. Vârsta medie a pacienților cu HBP a fost de 62,5 ani (50-79 ani), iar a celor cu prostatită cronică și sindrom algic de (20 - 48 ani), în mediu 38,6 ani. Criteriile de includere: Polakiurie nocturnă 1-5 ori; Viteza maximă a jetului urinar ≥ 10 și ≤ 13 ; Volumul

mărit al prostatei $> 30 \text{ cm}^3$; Nivelul seric PSA $< 6 \text{ ng/ml}$; Volumul urinei rezid. $< 150 \text{ ml}$; Pacienții cu prostatită cronică (faza latentă și acutizare) cu sindrom algic în regiunea bazinului mic cu o durată mai mare de 3 luni. Toți pacienții cu HBP, prostatită cronică și sindrom algic au fost supuși unui algoritm de investigații în conformitate cu recomandările Consultației Internaționale pe HBP (Paris, 1997), printre care: aprecierea simptomelor IPSS și QOL, tușeu rectal (TR), UIV, renografia cu I^{131} , USG (transrectală), urofloumetria, PSA, analiza biochimică a sîngelui.

Criteriile de excludere: intervenții chirurgicale la prostată; Cr de prostată sau vezicii urinare; infecție recidivantă a căilor urinare superioare; utilizarea tratamentului medicamentos în ultimele 3 luni.

Indicii inițiali ai afecțiunilor în cauză, determinați pînă la administrarea preparatului la pacienții suferinzi atât de HPB, cât și de prostatită în medie au fost: Polachiuria nocturnă - 3,8 micții pe noapte (de la 0 pînă la 5 pe noapte); Volumul prostatei (conform datelor ecografice) $\sim 28,9 \text{ cm}^3$ (de la 24,2 pînă la 49,6 cm^3); Volumul nodulului adenomatos: 2,3 cm^3 (de la 1,1 pînă la 4,9 cm^3); Volumul urinei reziduale $-37,3 \text{ cm}^3$ (de la 0 pînă la 130 cm^3); Viteza maximă a jetului urinar - 12,0 ml/s (de la 9,2 pînă la 16,3 ml/s); Media indexului IPSS la etapa de încadrare în studiu a fost 17,5, iar indexul QOL mediu 2,9; Reacția inflamatoare a secretului prostatic la microscopie (peste 15-20 leucocite în câmpul de vedere); Analiza secretului prostatei și urograma în limitele normei.

Rezultate. S-a observat că simptomele HPB și a prostatei, în urma tratamentului cu adenoprosin, se modifica deja în timpul efectuării curei de tratament de la a 5 zi și la sfârșitul primei luni de la începutul administrării preparatului. Dizuria ce avea loc la 22 pacienți (8 pacienți fără semne de dizurie), a dispărut la 15 și s-a micșorat la 7.

La majoritatea pacienților simptomele iritative dizurice (sforțare la micțiune, jet urinar subțiat, senzație de evacuare incompletă, senzații de usturime la micție, dereglări imperative a micției și disfuncțiile erectile) și-au pierdut acuitatea lor. Dinamia pozitivă a acestor simptome persistă și după a doua lună de tratament, deși era mai puțin pronunțată. Rezultatele tratamentului au demonstrat, că la pacienții cu HBP, care au folosit adenoprosin, volumul mediu al adenomului la a 2 lună de tratament nu a deviat esențial față de valoarea medie inițială a lui, respectiv de la 2,3 cm^3 (de la 1,5 pînă la 4,8 cm^3) pînă la 1,9 (de la 1,4 pînă la 3,2 cm^3), adică a scăzut cu 0,4 cm^3 (13 %). La pacienții cu prostatită volumul mediu al prostatei s-a micșorat de la 24,5 cm^3 pînă la 31,3 cm^3 . E de menționat că datorită reducerii componentului epitelial al tumorii și a acțiunii antiedematoase (antiinflamatoare) pronunțate a preparatului dat, care, influențează faza vasculară a inflamației, permeabilitatea capilarelor și starea lor, are loc micșorarea volumului nodului adenomatos la pacienții cu HBP și volumului prostatei la cei cu prostatită. O scădere a indicilor IPSS de la 19,6 pînă la 12,8 ceea ce constituia cu 22 % la tratamentul de 2 luni la cei cu HBP și de la 5,4 pînă la 4,7 s-a apreciat la pacienții cu prostatită, adică cu 13 %. Dacă la (56 %) dintre pacienți s-a depistat o simptomă medie iar la (42 %) o simptomă severă a simptomelor IPSS la momentul încadrării în studiu, atunci peste 2 luni de tratament numărul pacienților cu simptomă severă

a scăzut brusc (13,2%), mărind corespunzător numărul de pacienți cu simptome medii (76 %) și ușoare a simptomăcii IPSS. La pacienții cu prostatită deasemenea se observă o îmbunătățire evidentă a simptomăcii IPSS cu 19 %. E de menționat că spre sfârșitul tratamentului îmbunătățirea simptomăcii obstructive și iritative s-a înregistrat la 98 % dintre pacienții cu HBP și la 95 % la cei cu prostatită.

S-a determinat o îmbunătățire a indicelui calității vieții la a doua lună de tratament cu 28 %, adică a scăzut de la 3,6 pînă la 2,6 pentru pacienții cu HBP și de la 2,4 și pînă la 1,8 la cei cu prostatită, respectiv cu 25 %.

Au intervenit schimbări esențiale și în viteza maximă a jetului urinar, s-a mărit la fiecare examinare a pacienților pe parcursul studiului. Astfel la a 2 lună de tratament viteza maximă a jetului urinar a crescut în medie cu 2,7 ml/s (28%) față de valoarea inițială la cei cu HBP și cu 2,6 ml/s (19 %) la cei cu prostatită. S-a redus în medie și volumul urinei reziduale cu 23,8 ml (55%). Nivelul AgPS seric sub acțiunea tratamentului nu s-a modificat.

Efecte adverse în timpul tratamentului nu s-au depistat. Nu s-au observat schimbări nici în plasma sanguină atât în baza investigațiilor hematologice, cât și în a celor biochimice.

Discuții. Micșorarea vădită, în progresie, a criteriului de bază a eficacității (indicele IPSS) ne arată că adenoprosina a îmbunătățit esențial simptomăcia HBP adică, indicele IPSS mediu inițial s-a micșorat cu 22% peste 2 luni de tratament la pacienții cu HBP și 13 % în grupa pacienților cu prostatită. Iar îmbunătățirea calității vieții remarcată după 2 luni de tratament a fost de 69,7 % la cei cu HBP și de 83,6 % la cei cu prostatită.

Ca rezultat al scăderii presiunii intravezicale la micție, în baza cercetărilor efectuate s-a observat o reducere obiectivă a simptomelor obstrucției infravezicale la 98 % de pacienți tratați cu adenoprosin. Peste o lună de tratament, pentru ambele patologii simptomele manifestate s-au redus la 83% de pacienți, iar peste 2 luni indicii analogici constituiau 97 %. Tratamentul cu adenoprosin a demonstrat, în baza cercetărilor efectuate o continuitate a rezultatelor. La 11 pacienți cu HBP sa observat o creștere a volumului nodulului adenomatos după o lună de tratament, iar la sfârșitul tratamentului creșterea s-a stabilit doar la 7 pacienți. Viteza maximă a jetului urinar a crescut spre sfârșitul tratamentului la 96,3% de pacienți din ambele grupe pe parcursul a 2 luni de tratament, cu o tendință de ameliorare concomitentă a simptomăcii clinice.

Concluzii

1. Rezultatele tratamentului au determinat inofensivitatea și eficacitatea medicamentului, timpul inițierii și durata terapiei, precum și multitudinea necesităților de aplicare a acestuia: - pentru prevenirea apariției și micșorarea simptomelor HPB, pentru reținerea evoluției prostatei, pregătirea pacientului către intervenția chirurgicală (tratarea bolilor intercurrente, etc).

2. La bolnavii cu HPB sau prostatită adenoprosin exercită o ameliorare rapidă și esențială a simptomelor generale (la 96-98% dintre pacienți) și parametrilor urodinamici în primele 3-4 săptămîni de utilizare cu păstrarea lor ulterioară pe parcursul a 4-6 luni după tratament.

3. Adenoprosin este efectiv și poate fi pe larg utilizat în tratament atât sub formă de monoterapie, cât și ca element al tratamentului complex.

4. Conform datelor clinice, preparatul este mai efectiv la pacienții cu HBP de gradului II-III, în structura căruia predomină țesutul epitelial și componenta mecanică a obstrucției infravezicale și este destul de efectiv sub formă de supozitorii.

UROFLOWMETRIA IN DIAGNOSTICUL OBSTRUCȚIEI INFRAVEZICALE

G.Scutelnic, C.Lupasco, A. Ieșeanu, V. Ghicavii, V. Ternovschii,

A.Oprea, V. Tuchila, M. Popov, A.Tănase

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „N.Testemițanu”, IMSP SCR, Chișinău

Summary

In this article we analysed the role and utility of Uroflowmetry for the patients with infravesical obstruction in the diagnosis and after the surgery.

Scopul lucrării. Aprecierea rolului și a valorii Uroflowmetriei la pacienții cu obstrucție infravezicală.

Material și metode. Studiul a fost realizat pe un lot de 140 bolnavi (68 pacienți cu adenom de prostată, 32 cu adenocarcinom confirmat histologic, 42 pacienți cu strictură de uretră), efectuat la aparatul „Mediwatch”.

Rezultate. Datele preliminare au confirmat cert prezența obstrucției infravezicale, prin scăderea $Q_{max} < 10,6 \pm 1,1$ ml/s la pacienții cu adenocarcinom, $Q_{max} < 9,7 \pm 0,9$ ml/s la bolnavii cu strictură postinflamatorie și $Q_{max} < 9,1 \pm 0,54$ ml/s la subiecții cu adenom de prostată. În toate 3 loturile s-a stabilit mărirea timpului micțional. La pacienții cu urină reziduală mai mult de $160 \pm 39,5$ ml (76 pacienți), forma „dîntată” a curbei a determinat participarea la micție și a

mușchilor abdominali. Rezultatele postoperatorii ale uroflowmetriei la 6 luni și la 1 an au confirmat lipsa obstrucției infravezicale la bolnavii operați chirurgical deschis (adenom de prostată, plastia uretrei) și apariția recidivelor la pacienții operați endoscopic (stricturi la uretră, adenocarcinom).

Discuții. La pacienții supravegheați în dinamică se înregistrează scăderea severă a Q_{max} , deseori cu apariția curbei „dîntate”, fapt ce caracterizează „vezica de luptă” și gradul decompensării detruzorului. Uroflowmetria confirmă obstrucția infravezicală și este o metodă de evaluare a pacientului postoperator, dar nu stabilește cauza obstrucției.

Concluzii:

1. Uroflowmetria confirmă prezența obstrucției infravezicale și gradul de decompensare a detruzorului.

2. Uroflowmetria permite în mod inofensiv a evalua postoperator pacientul și a diagnostica precoce recidivele.

COMPLICAȚIILE PUNCȚIEI BIOPSIEI PROSTATICE (Studii preliminare)

V.Platon

Secția Urologie IMSP, Spitalul Clinic Republican, Chișinău

Summary

Prostatic biopsy (PB) is carried out after the determination of the prostatic specific antigen (PSA) and the digital rectal examination (DRE). PB provides important additional information and the treatment decision depends exclusively on taking into consideration the results of the cytopathologic examination of PB. Within the period of 3 years (2003-2005) complications of PB in 95 patients were studied. The complications were observed in 28 (29%) patients and they were the following: fever in 9 (9,5%); hematurie in 10 (10,5%), hemospermia 5 (5,3%), rectal hemorrhage in 23 (24,2%); dysurie in 7 (7,4%) cases. In order to prevent the above mentioned complications one should ensure antibacterial protection and an adequate anesthesia.

Introducere. Carcinomul de prostata (CP) este în multe țări tumora malignă cea mai frecventă la bărbați și a două cauză de deces prin cancer după carcinomul bronșic. După determinarea

antigenului specific prostatic (PSA) și a tușeului rectal (TR), urmează punția biopsia prostatică (PBP). PBP oferă importante informații suplimentare și decizia terapeutică poate fi lăsată exclusiv în seama examinării citopatologice. Este necesar ca pacientul să fie prevenit asupra posibilității apariției febrei, frisonului, hematuriei, hemospermiei, rectoragiei sau a disuriei. Pacientul trebuie informat amănunțit, cel mai bine prin intermediul unor broșuri, iar consimțământul în scris al pacientului este obligatoriu. Discuția medic-pacient trebuie să elucideze și urmările posibile ale punției.

Obiective. Ne-am propus să studiem complicațiile, după PBP la pacienții cu suspjecție de CP internați în Clinica de Urologie.

Materiale și metode. În perioada 01.01.2003 - 31.12.2005 au fost efectuată PBP la 95 pacienți. Vârsta medie a constituit

67 ± 0,5 ani. BPP a fost efectuată transrectal sub ghidaj digital, cu recoltare țintită și sistematică de țesut din diferite zone suspecte anatomice ale prostatei: (a bazei mijlocului, apexului, precum și a lobilor laterali). Pentru profilaxia infecțiilor a fost efectuată o protecție antibiotică cu un agent inhibitor al girazei bacteriene (**chinolone**) timp de 1-3 zile. De asemeni au fost efectuate obligatoriu clisme evacuatoare. Poziția preferată pentru efectuarea PBP a fost cea de litotomie. Pentru atenuarea durerii a fost utilizat un gel anestezic (Lidochlor Gel). PBP a fost efectuată după două tehnici:

- Tehnică double-glove von Beudinger;
- Tehnica Fernandez de introducere a acului cu teacă de protecție a acestuia.

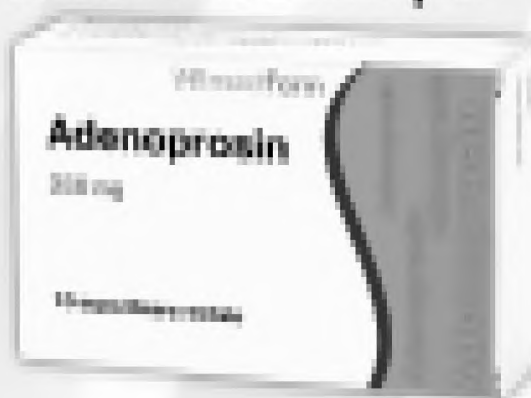
Au fost folosite ace de puncție Tru Cut.

Rezultate. La 95 pacienți, după PBP, s-au atestat 28 (29,4%) complicații, rata lor fiind următoarea: febră - 9 (9,5%), hematurie - 10 (10,5%), hemospermie - 5 (5,3%), rectoragie - 23 (24,2%), disurie 7 (7,4%). Valoarea PSA a fost cuprinsă între 1,4 ng/ml și 260,0 ng/ml. Valoarea medie a PSA a fost 74,0 ng/ml.

Concluzii

1. Pentru prevenirea complicațiilor infecțioase trebuie asigurată o protecție antibiotică, precum și o analgezie suficientă.
2. Sângerările rectale moderate pot fi tratate prin compresiune digitală de scurtă durată sau prin introducerea tamponelor de tifon.
3. Dacă sângerarea persistă mai mult de o oră, se impune hemostază prin sutură transrectală.

ALEGE-ȚI
VIITORUL
FĂRĂ SUFERINȚĂ!



ADENOPROSIN

Suportivitate rectală

INDICAȚII

- (pre)etiologia acută și cronică
- Tulpă prostatică prostată și funcționat (PTMP)
- Tratamentul simptomatic și etiologic cu adenocarcinom de prostată
- (pre)etiologia acută și progresivă adenocarcinom de prostată
- Suportivitate intervențivă chirurgicală în adenocarcinom de prostată
- Suportivitate intervențivă chirurgicală în prostată

PROPRIETĂȚI FARMACOLOGICE

1. Este indicat în suportivitate prostatică funcționat (PTMP) sau prostatică adenocarcinom acută și cronică acută și cronică și adenocarcinom prostatic (PTMP) sau prostatică și adenocarcinom cronic în prostată și adenocarcinom de prostată, suportivitate în adenocarcinom prostatic și adenocarcinom cronic în prostată.
2. Adenoprosin contribuie la creșterea stimei rectale și prostatică, la restabilirea vitalității celulei rectale, prostatică acută și cronică acută și cronică acută.
3. Adenoprosin contribuie la creșterea stimei rectale și prostatică, la restabilirea vitalității celulei rectale și prostatică acută și cronică acută și cronică acută.
4. Adenoprosin este indicat în suportivitate prostatică funcționat.

MOD DE ADMINISTRARE

Seiul, câte un capsule de adenoprosin este în zona de administrare. Durata tratamentului este de 3-6 luni în funcție de stadiul și severitatea procesului inflamator de prostată, până la obținerea de manifestări ale stimei rectale și prostatice acută și cronică acută.

CONȚINUT

Adenoprosin în capsule.

MOD DE UTILIZARE

Seiul, câte un capsule de adenoprosin.

NOTĂ LEGALĂ

Seiul este un produs de import.

InsectFarm

O inovație pentru pacienții cu hiperplazia benignă de prostată

O noapte liniștită pentru o zi activă

Omnic[®] Ocas învinge noaptea înfrântă și crește ziua marelui tău succes profesional și personal.

- 80% mai puțin necesitate de a merge la toaletă
- Creșterea activității la 57%

Tehnologii performante în tratamentul hiperplaziei benigne de prostată

Omnic[®] Ocas

Tamoxifen

Învinge nocturiam, Mărește calitatea vieții.

Omnic Ocas - este o soluție eficientă în tratarea nocturiei și hiperplaziei benigne de prostată. Omnic Ocas este un medicament care acționează asupra receptorilor de estrogeni și are un efect de reducere a volumului prostatei și creșterea numărului de celule epiteliale în prostată. Omnic Ocas este un medicament care acționează asupra receptorilor de estrogeni și are un efect de reducere a volumului prostatei și creșterea numărului de celule epiteliale în prostată. Omnic Ocas este un medicament care acționează asupra receptorilor de estrogeni și are un efect de reducere a volumului prostatei și creșterea numărului de celule epiteliale în prostată.

Indicații: Hiperplazia benignă de prostată.
Modul de utilizare: Cămin a se lua în fiecare zi, în fiecare dimineață, cu un pahar de apă caldă.
Contraindicații: Nu se recomandă utilizarea în caz de insuficiență renală sau hepatică.
Precauții: Utilizarea trebuie să se facă cu atenție în caz de insuficiență renală sau hepatică.

Tratamentul: La începutul tratamentului, se recomandă utilizarea unui pahar de apă caldă.

Contraindicații: Hiperplazia benignă de prostată.
Modul de utilizare: Cămin a se lua în fiecare zi, în fiecare dimineață, cu un pahar de apă caldă.

Indicații: Hiperplazia benignă de prostată.
Modul de utilizare: Cămin a se lua în fiecare zi, în fiecare dimineață, cu un pahar de apă caldă.
Contraindicații: Nu se recomandă utilizarea în caz de insuficiență renală sau hepatică.
Precauții: Utilizarea trebuie să se facă cu atenție în caz de insuficiență renală sau hepatică.

EXPERIENȚA CLINICII DE UROLOGIE DIN TÂRGU-MUREȘ ÎN TRATAMENTUL CALCULULUI CORALIFORM

R.Boja, V.Oșan, O.Golea, L.Vass, Corina Golovei, I.Negruț
Clinica de Urologie Târgu-Mureș, România

Abstract

Percutaneous surgery is a safe and efficient method in the treatment of staghorn calculi. The analysis of our experience in the percutaneous treatment of staghorn calculi over a period of 18 years (1988-2005). During this time practically we have performed open surgery only in a few patient with renal and upper ureteral calculi. From a number of over 6230 patients with renal and upper ureteral calculi treated with the endoscopic method, during the period between 1988-2005, we have performed percutaneous surgery on 1074 patients with staghorn calculi (7 of them were children; 22 patients had bilateral staghorn calculus). The average surgery time was 115 minutes, the average post-surgery hospital care time was 17,5 days. The postoperative "stone free" rate was 914/1074 (85,10%). In 101/1074 (9,40%) cases our patients developed complications and in 3/1074 (0,27%) cases the patient deceased due to hemorrhage and toxico-septic shock. For the successfully treatment of a patient with staghorn calculus using the percutaneous technique it is necessary a good knowledge of the 3D anatomy of the kidney, well chosen and correctly executed percutaneous nephrostomy tracks, training, experience and good technical skills in the endourology of the upper urinary tract.

Chirurgia percutanată este o metodă sigură și eficientă în tratamentul litiazei coraliforme.

Introducere. Analiza experienței noastre în tratamentul percutanat al litiazei coraliforme într-o perioadă de 18 ani (1988-2005), în care nu am mai operat deschis, decât un număr foarte mic de pacienți cu litiază renală și ureterală superioară.

Materiale și metode. Într-o serie de peste 6230 de pacienți cu litiază renală și ureterală superioară rezolvați percutanat în intervalul 1988-2005, am operat percutanat 1074 pacienți cu litiază coraliformă (7 au fost copii; 22 pacienți au avut litiază coraliformă bilaterală).

Rezultate. Timpul operator a fost în medie de 115 minute, durata medie a spitalizării postoperatorii de 17,5 zile. Rata "stone free" postoperator a fost de 914/1074 (85,10%). Am avut complicații la 101/1074 (9,40%) pacienți și 3/1074 (0,27%) decese prin hemoragie și șoc toxico-septic.

Concluzii. Pentru rezolvarea percutanată cu succes a unui calcul coraliform este necesară o bună cunoaștere a anatomiei tridimensionale a rinichiului, traiecte de nefrostomie percutanată bine alese și corect efectuate, antrenament, experiență și o bună tehnicitate în endourologia aparatului urinar superior.

INCIDENȚA COMPLICAȚIILOR DUPA LITOTRITIA EXTRACORPORALA (ESWL) PENTRU CALCULI RENALI DE PESTE 15 MM

Carmen Simion, V.Oșan, O.Golea, I.Muntoi, Săftica Boja, R.Boja
Clinica de Urologie Târgu-Mureș, România

Abstract

On this study we want to evaluate the complication that occure after extracorporeal shock wave lithotripsy on the patients with renal stones higher than 1,5 cm. In the last 11 years (02.1995-03.2006), in the Urologic Clinic of Târgu-Mureș, we performed extracorporeal shock wave lithotripsy to 9024 patients with reno-ureteral lithiasis. 4330 patients (47,98%) had ureteral stones and 4696 patients (52,02%) had renal stones. 994 (11,02%) had renal calculi bigger than 1,5 cm diameter. On these 994 patients, we performed 1553 lithotripsy treatments, representing an average of 1,54 extracorporeal lithotripsy patient. To 648 patients (65,19%) we have done one lithotripsy treatment. Despite the size of the calculi, the associated manouvres before lithotripsy were few, only 0,6% (3 patients with double J catheter, 3 patients with endoscopic mobilisation of the stone).

Extracorporeal lithotripsy was not efficient to 0,6% of patient, beeing needed other surgical procedures for this stones. Post lithotripsy complications were numerous (47,28%): acute pyelonephritis (4,7%), impacted calculi in the ureter (5%), steinstrasse (31,48%). To 17,55% of patients (175) were needed other endoscopic procedures of resolving the complications (percutaneous nephrolithotomy to 1,2%, retrograde ureteroscopy + double J catheter to 7,53%, meatotomy to 4,1%. In spite of these complications the stone-free rate at 3 months after lithotripsy was 75,75%. We can conclude that ESWL can be practiced with good results even on renal calculi bigger than 1,5 cm diameter.

Introducere. Lucrarea de față își propune să evalueze incidența complicațiilor (obstructive, infecțioase, hemoragice) apărute după practicarea litotritiei extracorporale la bolnavii cu calculi renali mai mari de 1,5 cm diametru.

Materiale și metode. În ultimii 11 ani (02.1995-03.2006), în Clinica Urologică Tg-Mureș am practicat litotritie extracorporală la 9024 bolnavi cu litiază reno-ureterală. 4330 bolnavi (47,98%) au avut calculi ureterali și 4694 (52,02%) - litiază renală. 11,02% (994 pacienți) au prezentat calculi renali mai mari de 1,5 cm diametru. La acești 994 de pacienți, am practicat 1553 ședințe de litotritie extracorporală, ceea ce reprezintă o medie de 1,54 ședințe/pacient. La 648 de pacienți (65,19%) am practicat o singură ședință de litotritie extracorporală. În ciuda dimensiunii, manevrele asociate, efectuate înaintea litotritiei, au fost puține, 0,6% (3 pacienți cu sondă autostatică, 3 pacienți cu calcul mobilizat înaintea litotritiei).

Rezultate. Litotritia nu a fost eficientă la 0,6% dintre bolnavi, fiind necesare alte intervenții chirurgicale. Complicațiile post ESWL au fost mai numeroase (47,28%): pielonefrită acută 4,7%), hematoame renale (2,2%), ureterohidronefroză infectată (3,8%), fragmente inclavate în ureter (5%), steinstrasse (31,58%). La 17,55% dintre bolnavi

(175) au fost necesare alte metode endoscopice de rezolvare a complicațiilor (nefrostomie percutanată - la 12%, ureterorenoscopia retrogradă + sondă autostatică - la 7,53%; pielolitomie - la 4,1%).

Concluzii. În pofida acestor complicații și a evoluției post ESWL mai îndelungate, rata de stone-free la 3 luni după litotriție a fost de 75,75% (757 bolnavi), deci putem concluda că litotriția extracorporală se poate practica cu rezultate bune și la calculi renali mai mari de 1,5 cm.

PROGNOZAREA REZULTATELOR LITOTRIPSIEI ȘI A COMPLICAȚIILOR DUPA ESWL

A.Oprea, I. Dumbraveanu, M.Popov, A. Tănase

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Summary

The subject of this paper: results of examining kidney functional condition in 110 patients suffering from urolithiasis and undergone ESWL and "step by step" evaluation of results of treating these 110 people. Linear equation ($Y=ax_1+bx_2+(\dots)+c$) shows main indexes dependence of start conditions. Functional examinations were done before and after ESWL. The examination results show that to exercise maximum protection of kidney parenchyma patients should undergo ESWL in a consistent manner and in accordance with the developed algorithm.

Obiective. Pacienții cu litiază renală tratați prin ESWL au fost examinați pentru aprecierea funcției renale prin nefroscintigrafie dinamică (n=63) și renografie radioizotopică (n=47) până și după litotripsie.

Materiale și metode. Pentru valorificarea statistică s-a aplicat analiza discriminantă „pas cu pas”, care a demonstrat semnificația de pronostic și autenticitatea unor semne variabile ce determină valoarea indicilor studiați (indicele evacuării totale - TE și clearance-ul - Ts) ale preparatului radiofarmaceutic - PRF după ESWL. Această dependență are forma unei ecuații liniare: $Y=ax_1+bx_2+(\dots)+c$; în care: Y - semnificația semnului dependent studiat; x_1 - semnificația semnului care influențează; a - coeficientul regresiei pentru x_1 ; x_2 - semnificația altui semn care influențează și b - coeficientul regresiei pentru x_2 ; c - constantă (coeficientul deviației conform Y sau membrul liber).

Rezultate. Rezultatele studiului au demonstrat că prezența procesului inflamator în căile urinare ($k_p=3,937$;

$p<0,02$), precum și durata crescută a evacuării fragmentelor calculului dezintegrat ($k_p=-2,359$; $p<0,01$), exercită un efect negativ asupra dinamicii indicelui evacuării totale a PRF în nefroscintigrafie. Numărului total de șocuri aplicate (creșterea numărului) în tratament cu ESWL ($k_p=-0,001$; $p<0,03$) la fel provoacă diminuarea indicelui evacuării totale a PRF în nefroscintigrafie și scăderea proporțională a activității PRF în primul minut și în minutele 3-7 ale renografiei radioizotopice ($k_p=-0,06$; $p<0,01$). „Durata de persistență” a nefrolitiazii a influențat similar activitatea PRF (în primul și în al doilea minut RRI) și rezultatul litotripsiei a determinat activitatea PRF în minutele 10-15 RRI ($k_{p1}=386,813$; $p<0,003$; $k_{p2}=404,396$; $p<0,02$) ($k_{p10}=-432,574$; $p<0,05$, $k_{p15}=-683,446$; $p<0,02$). Utilizarea litotriptorului cu generator mai suplă, cu unde de șoc, a exercitat asupra dinamicii clearance-ului T al PRF o influență negativă mai redusă, fapt ce confirmă importanța alegerii regimului energetic în tratamentul prin ESWL ($k_p=-3,155$; $p<0,004$).

Concluzie. Rezultatele studiului efectuat permit recomandarea utilizării ecuației liniare $Y=ax_1+bx_2+(\dots)+c$ în formă de algoritm pentru prognozarea rezultatelor litotripsiei în funcție de durata nefrolitiazii, dimensiunile concremențului, intensitatea procesului inflamator, nivelul energiei, etc. și de complicațiile posibile după ESWL, în special asupra funcției renale.

TRATAMENTUL URETEROLITIAZEI URETERULUI INFERIOR

I. Milici, V. Ghicavii, A. Bocancea, V. Botnaru

Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican,

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu” Chișinău

Summary

Even though the extraction of the ureteral stone with the loops is an old method, it still remains topical nowadays. In our hospital except ESWL, we practiced the extraction using the Dormia loops Basket tip too. In our opinion this is the most efficient method. It was extracted in 61 patients from 339 with the inferior ureteral stone and most of them were gone in the first day after the surgery took place.

Introducere. Este bine cunoscut faptul că ureterolitomiile în regiunea treimeii inferioare și intramurale a ureterului sunt anevoioase. Aceasta este porțiunea oblică a

ureterului, cu lungimea aproximativă de 5 cm, cuprinsă între orificiul și unghiul ureteral. Telelitotriția, litotriția prin ureteroscopii și litoextracția cu ansă au produs o adevărată revoluție în tratamentul chirurgical clasic al calculilor ureterali. În diverse situații clinice am fost nevoiți să practicăm extracția calculilor ureterului inferior cu ansa Dormia.

Materiale și metode. S-au analizat fișele de observație a 339 pacienți, cu vârsta medie cuprinsă între 18-77 ani, cu calculi ai ureterului inferior, care s-au tratat în Clinica Urologie SCR în perioada anilor 2001-2005 (187 femei și 152 bărbați).

La pacienții cu urolitiază ureterului distal s-a încercat a extrage calculii cu ansa Dormia (Basket Tip), care, în opinia noastră, este mai eficientă comparativ cu ansa Teis (Lop Tip) și cu ansa Tre Nail Tip. Fixarea calculului în coșul ansei și extracția s-a efectuat fără ghidaj radiologic. Calculii situații proximal de unghiul ureteral, mai sus cu 5-6 cm de la orificiu, nu s-au extras, din cauza pericolului major de traumatism ureteral la extracție. Diametrul calculilor extrași a fost de 0,4-0,6 cm.

Rezultate. Din 339 pacienți cu ureterolitiază inferioară, la 61 (18%) pacienți s-au extras calculii cu ansa Dormia, dintre care 37 femei (60, 6 %) și 24 bărbați (39,4 %). La 38 (11,2 %) pacienți s-a efectuat ureterolitotomia clasică. În cazul când calculii s-au inclavat în porțiunea intramurală, de la orificiul ureteral și 1,5 cm proximal la 39 pacienți (10 %) s-a efectuat ureterotomia endoscopică. La 15 pacienți cu colică renală nejudulată, în porțiunea inferioară, s-a aplicat cateterizarea ureterului blocat, de unde s-au extras calculi urați. La majoritatea pacienților după extracția calculilor s-au instalat sonde ureterale pe 12 ore. După controlul radiologic, pe fundalul sondei ureterale, în lipsa febrei și a durerilor lombare, pacienții au fost externati în prima zi după extracție. La 5 pacienți din cauza acutizării pielonefritei pe fundalul

tratamentului antibacterian, sondele ureterale s-au menținut 3-4 zile, până la dispariția febrei. La 2 pacienți cu calculi urați renali și ureterali, extrași din treimea inferioară, s-au instalat sonde autostatice și s-a administrat tratament ambulator corespunzător. La 14 pacienți, de la 11-24 luni după extracția calculilor cu ansa, s-a efectuat un control tardiv al funcției renale. La toți pacienții investigați tardiv funcția renală s-a restabilit în 92,8%, cu excepția unui pacient (7,2%) la care s-a depistat strictura ureterului inferior tip clepsidră, apărută postoperator.

Concluzii:

1. Litoextracția cu ansă rămâne o metodă eficientă care micșorează durata spitalizării și urgentează restabilirea capacității de muncă.

2. În funcție de mărimea și de configurația calculului, extracția cu ansa poate provoca un traumatism ureteral cu consecințe corespunzătoare (acutizarea pielonefritei, strictura ureterului).

3. Ureterotomiile endoscopice pot trauma fibrele circulare musculare și fibroase ale meatului ureteral care dereglează mecanismul antireflux.

EFICACITATEA TRATAMENTULUI FIZIOTERAPEUTIC CU AMPLIPULS ÎN LITIAZA URETERALĂ JOASĂ

A.Axenti, V.Ciubotaru, D.Poneatenco, E.Vasiliev, A.Sadovnic

Clinica Urologie, Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență, Chișinău

Summary

Contemporary treatment of urolithiasis combines different approaches to the destruction/elimination of the urinary stones. There are a limited number of researches dedicated to the application of physical factors in the treatment of urinary lithiasis i. e. renal colic (Gorovits, 1969, Kubarikov, 1993). The „Amplipuls” therapy in pelvic ureteral stones, has a greater efficiency than conventional methods, a fact that was demonstrated in this study.

Introducere. În managementul contemporan al urolitiazii sunt îmbinate diverse metode de tratament (conservator convențional, ESWL, NLP, litotritie intracorporală, chirurgia deschisă). Un număr neînsemnat de cercetări este dedicat problemei utilizării metodelor fizioterapeutice în tratamentul urolitiazii și anume a colicii renale (Gorovits, 1969; Kubarikov, 1993). La momentul actual este reactualizată problema de aplicare a metodelor alternative în asociere cu cele convenționale în tratamentul colicii renale (Davenport, 2005).

Scopul lucrării. Analiza eficacității metodei fizioterapeutice de curent diadinamic „Amplipuls” în tratamentul litiazii ureterale joase.

Material și metodă. Studiul a fost realizat retrospectiv pe un lot de 1215 de bolnavi cu calculi ureterali pelvini, tratați în

Clinica de Urologie a CNȘPMU, în perioada anilor 2002–2005. Dimensiunile calculului a variat de la 0,3 la 0,7 cm. Din lotul general de pacienți, în lotul A (746 pacienți) a fost administrat tratament conservator medicamentos (spasmolitice, analgice, antiinflamatorii nesteroidiene) și fizioterapie cu Amplipuls, iar în lotul B (469 pacienți) numai tratament medicamentos. S-a urmărit în ambele loturi durata de eliminare a calculului în corelație cu dimensiunile lui. În studiu nu au fost incluși pacienții care au urmat metode miniminvasive de tratament (ESWL sau metode endoscopice).

Rezultate. Toți pacienții au eliminat spontan calculul. În lotul A de pacienți s-a determinat eliminarea calculului ureteral de dimensiuni 0,3–0,4 cm în 1,4 zile și de dimensiuni 0,5–0,7 cm în 4,3 zile. În lotul B pacienții au eliminat calculul de 0,3–0,4 cm în 2,5 zile și cel de 0,5–0,7 cm în 5,8 zile, respectiv.

Concluzie. Tratamentul fizioterapeutic cu Amplipuls în litiază ureterală joasă duce la eliminarea mai rapidă a concremenților: de 1,8 ori pentru calculi cu diametrul mediu 0,3 – 0,4 cm și de 1,3 ori pentru calculi cu diametrul mediu 0,5–0,7 cm.

APRECIEREA EFICACITĂȚII INSTALĂRII INTRAOPERATORII A SONDEI URETERALE JJ ÎN INTERVENȚII CHIRURGICALE PE RINICHI ȘI URETER

V. Caraion, C.Guțu, Lilia Chirița, V.Muntean, A.Bondarenco, E.Nicoară

Secția Urologie, IMSP SCM "Sfânta Treime", Chișinău

Summary

This study has been carried out on the patients operated for nephrolithiasis and hydronephrosis, including 26 patients in whom the urethral catheter JJ has been placed during the intra-operational period. The group of authors has demonstrated the efficiency of this method in open surgical interventions, which is expressed in improving post-operational dynamics and reducing the duration of inpatient treatment.

Introducere. Instalarea sondei tip JJ în tratamentul conservativ și chirurgical este o metodă eficientă în rezolvarea patologiei urologice obstructive și inflamatorii. În ultimii 2 ani în Secția de Urologie a IMSP SCM „Sf.Treime” se utilizează pe larg drenarea căilor urinare prin instalarea sondei tip JJ în tratamentul conservativ al urolitiazii, hidronefrozei, pielonefritei gravidelor, etc. Instalarea sondei JJ a fost utilizată și intraoperator în tratamentul chirurgical, în caz de pielolitomie, ureterolitomie, plastia segmentului pieloureteral (SPU).

Obiective. Scopul prezentei lucrări constă în demonstrarea avantajului în tratamentul chirurgical urologic cu instalarea sondei ureterale tip JJ.

Material și metode. Conținutul lucrării se bazează pe studiul comparativ al tabloului clinic și al metodelor de tratament în perioada postoperatorie. Criteriile evoluției perioadei postoperatorii au inclus: timpul vindecării plăgii, durata funcționării drenurilor retroperitoneale, volumul și conținutul eliminărilor. Studiul a fost efectuat pe un grup de 54 pacienți, care au fost divizați în 2 loturi. Lotul I la-au constituit 26 de pacienți cărora intraoperator le-a fost instalată sonda ureterală tip JJ: ureterolitomie - 12 cazuri, pielolitomie - 10 cazuri, plastia SPU - 4 cazuri. Lotul II l-a format 28 de pacienți, fără instalarea intraoperatorie a sondei

ureterale: ureterolitomie - 16 cazuri, pielolitomie - 10 cazuri, plastia SPU - 2 cazuri. Semnele evolutive ale perioadei postoperatorii s-au considerat: acutizarea pielonefritei (febra 37,5-39,0 °C), asociată cu dereglarea urodinamicii, caracterul eliminărilor din plagă și prezența urinei în ele, precum și termenele de vindecare a plăgii și durata postoperatorie.

Rezultate. În conformitate cu rezultatele obținute, în lotul II acutizarea pielonefritei în caz de pielolitomie a constituit 55%, comparativ cu 30% în primul lot (cu 25% mai mult), iar durata postoperatorie fiind respectiv cu 1,6 zi mai lungă. În caz de ureterolitomie, acutizarea pielonefritei în lotul II s-a confirmat la 47% de pacienți, sau cu 12% mai mult în comparație cu lotul I. Rezultatele plastiei SPU au avut următoarele rezultate: diminuarea frecvenței cazurilor de acutizare a pielonefritei cu 8% și a duratei de spitalizare cu 11,5 zile în lotul I, comparativ cu lotul II. O micșorare semnificativă a duratei de spitalizare în perioada postoperatorie la bolnavii cu sonda tip JJ a fost apreciată și în cazurile de uretero- și pielolitomie - cu 2,2 zile, iar în plastia SPU cu 10,5 zile. La 27% dintre pacienții din lotul II drenurile retroperitoneale au fost înlăturate mai târziu de 8 zile, în legătură cu colecții urinare din plagă. La toți pacienții din lotul I drenarea retroperitoneală s-a utilizat până la 7 zile. Aplicarea nefrostomei a fost necesară numai pacienților din lotul II în 35% de cazuri.

Concluzie. Rezultatele cercetărilor efectuate au demonstrat că instalarea sondei ureterale tip JJ intraoperator în cazurile de uretero-, pielolitomie și plastie SPU micșorează semnificativ apariția complicațiilor, diminuarea timpului aflării în spital și reduce administrarea unor medicamente utilizate de către bolnavi.

TRATAMENTUL DIFERENȚIAT AL PACIENȚILOR CU UROLITIAZĂ

I.Dragața, C. Lupașco, M.Popov

Spitalul Central Militar, Chisinau

Summary

In this article, we compare three groups of patients with urolithiasis treated conservatively, endoscopically and by classic surgery method. We concluded that for an efficient treatment it is important to appreciate the size of the stone and the time persistence of the stone in the urinary tract.

Introducere. Litiiza urinară este o patologie frecventă, ocupând locul I după bolile nespecifice inflamatorii ale rinichilor și ale căilor urinare.

Scopul studiului. Aprecierea corelației între metoda de tratament în funcție de dimensiunile, mărimea concremențului și de durata de la debutul maladiei. Evaluarea particularităților litiizei urinare.

Material și metode: În studiu au fost incluși 38 pacienți cu litiiza urinară, tratați în SCMC. Lotul de pacienți a fost divizat în 3 grupe: gr.I - 20 pacienți tratați conservativ (spasmolitice, forțarea diurezei, stimularea ureterului cu unde diadinamice); gr.II - 5 pacienți tratați endoscopic: litoextractia cu ansa Dormia (2 cazuri combinate cu ESWL); gr.III - 14 pacienți tratați chirurgical (4 pielolitomii: 2 nefrectomii, 4 ureterolitomii, 3 cistolitomii). Repartizarea pacienților după vârstă, durata medie a bolii, durata medie zi/pat, dimensiunile calculilor se prezintă după cum urmează: vezi tabela

Discuții. Evaluând corelația între vârsta pacienților, durata bolii, dimensiunile calculilor, durata medie zi/pat s-a constatat că în grupa I pacienții s-au adresat mai precoce; dimensiunile calculilor mai mici au avut o durată de tratament mai scurt. Pe când în grupa II și III, cu durata bolii mai mare, tratamentul a fost mai îndelungat, necesitând intervenții endoscopice, chirurgicale, în unele cazuri nefrectomii.

Concluzii. Pacienții cu durata bolii până la 1 an și dimensiunile calculilor până la 6 – 7 mm pot fi tratați cu succes conservativ. O perioadă mai îndelungată a bolii facilitează creșterea în dimensiuni a calculilor făcând tratamentul conservativ puțin eficient.

Vârsta pacienților	Durata medie a bolii	Durata medie zi/pat	Dimensiunile calculilor
Igr.(n=20) 30,8 \pm 0,4 ani	0,81 \pm 0,1 ani	7,8 \pm 1,3 zile	6,25 \pm 0,2 mm
IIgr.(n=5) 40,2 \pm 0,6 ani	3,05 \pm 0,1 ani	9,6 \pm 0,8 zile	7,6 \pm 0,4mm
IIIgr.(n=13) 42,8 \pm 0,7 ani	3,1 \pm 0,3 ani	12,2 \pm 0,5 zile	2,02 \pm 0,6 mm

URETEROSCOPIA RETROGRADĂ ÎN TRATAMENTUL LITIAZEI URETERULUI PELVIN

V.Punga, A.Ghereg, I.Dumbrăveanu

Centrul Sănătății Familiei GALAXIA,

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Summary

Ureteroscopy combined with intracorporeal lithotripsy should be regarded as an excellent first line therapy for distal ureteral calculi. In the best hands, the outcome for endoscopic management of ureteric stone in all sites is better than ESWL and is cheaper, although equipment, expertise and experience are all required to achieve this superior outcome.

Introducere. În tratamentul litiazei ureterale se observă o reducere constantă a intervențiilor clasice în favoarea celor endoscopice și litotritiei extracorporeale (ESWL). În arsenalul terapeutic al litiazei ureterului inferior, ureterosopia retrogradă (URSR) constituie o metodă de tratament de valoare cel puțin egală cu ESWL.

Obiective. Scopul studiului a fost stabilirea valorii ureteroscopiei retrograde rigide (URSR) în tratamentul litiazei ureterale pelvine.

Material și metode. Este analizat un lot de 16 de pacienți (11 femei și 5 bărbați) cu litiaza ureterului pelvin supus URSR. În 3 cazuri (18.8%) litiaza a fost asociată cu malformații renoureterale. Vârsta medie a bolnavilor a fost de 43 ani, cu limitele între 21 și 57 ani. Majoritatea litiazelor au fost unice (75%), cu diametrul sub 1,5 cm. În 5 cazuri (31.3%) au fost calculi radiotransparenți. La 12 bolnavi (75%) URSR a fost tratat de primă intenție, iar la 3 (18.8%) – a urmat după ESWL ineficient. În 7 (43.6%) dintre cazuri calculii s-au extras întregi cu sonda Dormia, iar 9 (56.4%) au necesitat fragmentare balistică. Accesul intraureteral s-a realizat fără dilatația meatului ureteral în 5 (31.3%) cazuri și cu dilatația acestuia în 11 (68.7%). URSR a fost efectuată unui pacient (6.3%) cu anurie obstructivă litiazică în faza de toleranță clinică. Indicația pentru URSR în 2 cazuri (12.5%) a fost

stenoza ureterală, la care s-a practicat dilatație ureterală, ablația litiazei secundare și montarea sondei double J. Sonda autostatică ureterală a fost instalată, după URSR, în 4 (25%) cazuri, în medie pentru 4 săptămâni. În restul cazurilor (75%) a fost montată sonda ureterală pentru 24 ore. Durata medie de spitalizare postoperatorie a fost de 3 zile. Perioada de urmărire a fost între 6 luni și 3 ani.

Rezultate. Rata de succes a constituit 87.5%. Insuccesul s-a înregistrat în 12.5% dintre cazuri, ce au fost rezolvate prin ESWL sau ureterolitomie. Motivele eșecului au fost lumenul ureteral îngust, calculul nidat în mucoasă fără a fi posibilă mobilizarea lui și edemul ureteral de impactare asociat. Complicațiile intraoperatorii (leziuni ale mucoasei ureterale – 18.8%) au fost minore. Complicații postoperatorii imediate (hematurie persistentă peste 3 zile – 6.3%, pielonefrită acută – 6.3%, colică renală – 18.8%) au fost rezolvate prin: medicație hemostatică, spasmolitică, analgezică, antibioterapie adecvată și sondă ureterală autostatică. Complicații la distanță (strictrii ureterale sechelare, reflux vezico-ureteral) nu s-au înregistrat.

Concluzii. URSR este o alternativă terapeutică minim invazivă și eficientă în tratamentul litiazei ureterale pelvine. Se poate afirma că URSR pentru calculii radiotransparenți reprezintă metoda de elecție. URSR ca prim gest își găsește locul în tratamentul anuriei obstructive litiazice în faza de toleranță clinică. Abordul endoscopic permite rezolvarea concomitentă a afecțiunilor aparatului urinar superior (stenoza ureterală), cauze ale litiazei. URSR este eficientă atunci când ESWL este contraindicat, ineficient sau nu este disponibil.

TRATAMENTUL LITIAZEI VEZICII URINARE PRIN LITOTRIȚIE ENDOSCOPICĂ MECANICĂ

I.Dumbraveanu, V.Ghicavii, E.Ceban, M.Popov, Gh.Scutelnic, A.Tanase
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „N.Testemițanu”, Chișinău

Summary

Lithiasis of the bladder is known from antiquity, being one of the first diseases which profits by surgical treatment. The discovery of lithotripsy had spreaded the indication of endoscopic treatment. In the period of 1998-2006 we practiced the mechanical endoscopy in 30% of patients with lithiasis of the bladder. The endoscopic lithotripsy is the initial method of therapy in the treatment of lithiasis of the bladder. The endoscopic access allows to solve also another diseases of the lower urinary system as TURP, TURB, TUIP and other.

Introducere. Litiiza vezicii urinare este cunoscută din antichitate, fiind una dintre primele maladii care au beneficiat de tratament chirurgical, iar operația de cistolitotomie, fiind până la finele secolului XIX unica metodă de ablație a calculului. Până în anii 60 ai secolului trecut litotriția endoscopică era efectuată prin metoda oarbă, fiind grevată de numeroase incidente și complicații intraoperatorii. Apariția litoriptoarelor controlabile optic Hendrixon și Punch, iar apoi a celor electorhidraulice și ultrasonice au largit cu mult indicațiile tratamentului endoscopic.

Scopul lucrării. Analiza experienței personale a tratamentului litiazei vezicii urinare prin metode endoscopice mecanice.

Material și metodă. În perioada 1998-2006 am practicat litotriția endoscopică mecanică la 81 pacienți, 68 bărbați și 13 femei, cea ce reprezintă 30% din numărul pacienților cu litiază a vezicii urinare, internați în Clinica Urologie a SCR. Dimensiunile calculului au variat de la 0,6 la 3,5 cm, cu o perioadă simptomatică de la 1 lună la 3 ani. Am efectuat litotriția mecanică cu respectarea celor 3 faze ale litotriției vezicale: fragmentarea primară a calculului, prelucrarea și evacuarea fragmentelor. În situația când calculul a avut dimensiuni sub 2,5 cm am efectuat toate cele 3 etape cu ajutorul litoriptorului Punch. Dacă calculul a avut dimensiuni mai mari, am practicat inițial fragmentarea primară cu ajutorul litoriptorului mecanic Hendrixon, care are o vizibilitate mai redusă și o manevriabilitate mai greoaie, din cauza brașelor mai mari ale instrumentului. Evacuarea fragmentelor cu ajutorul

litoriptorului Punch a fost facilă, datorită construcției sale speciale, cu un orificiu central al extremității active, fapt ce permite aspirarea totală și orientată și a fragmentelor impregnate în mucoasă, evită leziunile peretelui vezicii urinare, apelând destul de rar la instrumentar suplimentar, precum siringa Guyon sau pompa de aspirație. Nu am abordat deliberat calculi cu dimensiuni mai mari de 3,5 cm, supuși cistolitotomiei.

Rezultate. Dintre 68 cazuri de litiază vezicală la bărbați, 60 (88%) au avut o litiază secundară. La 23 pacienți (39%) în aceeași ședință operatorie am practicat și alte intervenții endoscopice (TUR P, ITUP, TURV, uretrotomie optică internă). Intervenția chirurgicală a fost efectuată sub anestezie rahidiană (50 pacienți, 62%), intravenoasă (29 pacienți, 35%), locală (2 pacienți, 3%). Durata intervenției a variat de la 10 minute la 1 ora, cu o medie de 25 minute. În 21 cazuri (26%) litotriția propriu zisă a fost precedată de meatotomia meatului uretral extern, pentru a facilita introducerea tecii de 26 Ch. În perioada postoperatorie în 43 (53%) cazuri nu am aplicat sonda uretro-vezicală permanentă, pacientul fiind externat la un interval de 24-48 ore de la intervenție. În cazul intervențiilor dificile, prelungite sau ale celor asociate cu alte manevre endoscopice, am menținut drenajul uretro-vezical permanent pe o durată de 3-4 zile, pacientul fiind externat la un interval maxim de 5 zile de la intervenție. Durata medie de spitalizare a pacienților a fost de 3,5 zile.

Concluzii. Litotriția endoscopică este metoda terapeutică de primă intenție în tratamentul litiazei vezicii urinare. Abordul endoscopic permite rezolvarea concomitență și a altor maladii ale aparatului urinar inferior (adenom de prostată, scleroza colului vezicii urinare, strictura uretrei, etc.). În situațiile când calculul are dimensiuni sub 2,5 cm, și/sau nu este complet neted, preferăm efectuarea litotriției Punch. Cistolitotomia își pastrează locul în arsenalul terapeutic al litiazei vezicale și este rezervată calculilor cu dimensiuni mari, peste 3,5 cm, excesiv de duri, cu o suprafață netedă sau în situații particulare, precum adenomul de prostată voluminos.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В Г. РЫБНИЦА И РЫБНИЦКОМ РАЙОНЕ МОЛДОВЫ

Марина Н.Ю., Донника М.М., Чернявый А.М.

ГУ “Рыбницкая ЦРБ”, ГУ “Центр гигиены и эпидемиологии”, г.Рыбница

Summary

The authors of the article have analyzed possible causes of urolithiasis in the town of Rybnitsa Region. It has established that drinking water in Rybnitsa Centre of Hygiene and Epidemiology they developed and introduced measures to reduce hardness of drinking water. This led to reduction in urolithiasis morbidity in the above-mentioned region.

Исследования проведенные различными специалистами говорят о том, что несмотря на неуклонный рост числа новых литолитических, антибактериальных и химиопрепаратов, количество людей страдающих уролитиазом продолжает расти. Даже с учетом того, что в последние годы значительно углубились научные

исследования по этой проблеме, в настоящее время единой теории патогенеза не существует. Доказано, что в основе образования мочевых конкрементов лежат различные метаболические нарушения, однако в возникновении их одни авторы отдают предпочтение эндогенным факторам, другие – воздействию внешней среды, т.е. экзогенным факторам. Среди экзогенных причин наибольшее значение имеют: химический состав воды и флоры, геологические структуры почвы, климат. Большинство исследователей рассматривают указанные факторы как возможные звенья этиопатогенеза уролитиаза.

Зоны эндемии мочекаменной болезни широко распространены в различных регионах земного шара. Что касается Молдовы, то с уверенностью можно отметить, что одной из зон эндемии можно назвать г. Рыбница и Рыбницкий район. Доказательством может служить приведенная ниже таблица болезненности и заболеваемости уролитиазом по Рыбницкому району и г. Рыбница за 2004 год в сравнении с соседними районами.

Район	Заболеваемость на 10000 жителей	Болезненность на 10000 жителей
Рыбницкий	8,6	22,5
Дубоссарский	2,5	16,8
Григориопольский	4,5	8,3
г. Тирасполь	2,8	13,8

Как видно из приведенной таблицы и заболеваемость, и болезненность уролитиазом по Рыбницкому району и г. Рыбница превышает аналогичные показатели в соседних районах в два и более раз. Целью настоящей работы является выявление возможных литогенных

факторов уролитиаза и наметить пути профилактического воздействия на население путем их устранения. При анализе данных химического состава питьевой воды в г. Рыбница было установлено, что общая жесткость воды (показатели растворимости солей) составляет 14 мг/экв/л, а содержание нитратов до 76 мг/л при норме жесткости воды до 7 мг/экв/л и нитратов до 45 мг/л соответственно. Учитывая, что жесткая вода с большим содержанием солей способствует появлению уролитиаза, приведенные данные могут рассматриваться как одно из звеньев заболеваемости уролитиазом в Рыбницком регионе. В связи с этим, одним из путей профилактики мочекаменной болезни являлось бы доведение качества питьевой воды до санитарных норм. С этой целью, в Центре гигиены и эпидемиологии г. Рыбница была разработана программа по смешиванию воды подземных водозаборов с общей жесткостью до 14 мг/экв/л и содержанием нитратов до 76 мг/л с водой поверхностного водозабора из р. Днестр с общей жесткостью до 6 мг/экв/л и содержанием нитратов до 10 мг/л. В результате удалось добиться общей жесткости воды до 6 мг/экв/л и содержанием нитратов до 45 мг/л, что соответствует санитарным требованиям. Как следствие, уже через год число зарегистрированных случаев пациентов с уролитиазом по г. Рыбница снизилось до 6,4 случаев на 10000 жителей. Проведенные авторами статьи исследования, а затем практические шаги, предпринятые руководством города, можно рассматривать как метод массовой профилактики мочекаменной болезни. Однако для правильной интерпретации данных исследования необходимо дальнейшее комплексное изучение проблемы с соответствующим анализом и обработкой материала.

MIGRAREA DISPOZITIVULUI INTRAUTERIN (DIU) ÎN VEZICA URINARĂ CU FORMAREA CALCULULUI VEZICAL (caz clinic)

I.Stegarescu, S.Stegărescu

Sectia de Urologie a IMSP Spitalul Raional Călărași

Summary

Frequency of use intrauterine contraceptive device (IUCD) in Republic Moldova makes 23%; in the Europe -13%; USA -5%. IUCD can be affected by many early and late complications, including uterine perforation and intravesical migration with secondary stone formation - a rare complication. The author report a 29 year old lady presenting with a bladder stone formed over a migrated intrauterine device. The IUCD had originally been inserted 6 years earlier. Open cystolithotomy was performed under general anesthesia. Post operative course was uneventful and patient is currently asymptomatic.

Introducere. Dispozitivul intrauterin este o piesă de masă plastică sau de metal de diferite forme care se introduce în uter pe o durată de 5-10 ani pentru a provoca sterilitatea. Primul DIU a fost descoperit de Richard Richter în 1909, care a confecționat un inel din gogoșa viermelui de mătase. Utilizarea pe scară largă începe după invenția lui Tenrey Ota care a confecționat niște inele metalice. Din anii '60 pe piața

farmaceutica apar primele DIU recomandate pentru utilizare. Folosirea dispozitivului intrauterin ca metodă contraceptivă în unele cazuri poate provoca anumite complicații precoce și tardive binecunoscute. Una dintre complicațiile tardive poate fi perforația și penetrația steriletului în țesuturi adiacente, inclusiv migrarea totală sau parțială în vezica urinară. Formarea secundară a calculului vezical prezintă o complicație foarte rară și mai puțin descrisă în literatură.

Scopul lucrării este de a prezenta și a sublinia necesitatea colaborării medicilor de diferite specialități în investigarea complexă a pacienților pentru rezolvarea cazurilor mai rar întâlnite în practica medicală.

Material și metodă. Pacienta C. de 29 de ani se internează în Secția de Urologie acuzând durere cu localizare suprapubiană, polachiurie, dizurie. Din anamneză rezultă că boala actuală a debutat în 2003, la 3 ani după montarea steriletului. A urmat tratament

antibacterian, uroseptic, antispastic, antiinflamator în alt serviciu medical, fără ameliorare timp de 3 ani. În aprilie 2006 bolnava se prezintă la consult urologic. Investigarea pacientei relevă: bioumoral- în limite normale; imagistic (ecografic, urografic) și cistoscopic se stabilește un calcul 4,0x2,5x2 cm, situat la nivelul latero-inferior drept a vezicii urinare. În anestezie generală s-a efectuat cistotomia suprapubiană, cu vizualizarea calculului, fixat pe peretele latero-inferior drept, pe un dispozitiv intrauterin (sterilet), care perforază vezica urinară, extremitatea T a steriletului fiind exteriorizată extravezical. Se practică extragerea calculului în bloc cu DIU. Evoluția postoperatorie favorabilă, cu vindecarea plăgii operatorii *per primam*. Se

externează afebrila, asimptomatică la o săptămână după intervenția chirurgicală.

Rezultate. Controlul primar a fost efectuat la 1 lună și repetat la 3 luni cu constatarea însănătoșirii complete a pacientei.

Concluzii. Cazul descris prezintă interes clinic și diagnostic atât pentru urologi, cât și pentru medicii de alte specialități prin faptul că manifestările clinice nu sunt specifice, tabloul clinic fiind prezentat doar de simptomatologia ginecologică sau de cea urologică generală. O anamneză detaliată și investigarea minuțioasă ajută la stabilirea diagnosticului corect și la rezolvarea cu succes a cazurilor dificile din practica medicală.

UROXATE (Flavoxate HCl + Mg citrat) (Efervecent Instant)

0 acțiuni combinate în orice situație

Indicații:

Calculi biliari în colecistita cronică și acută
Cistita cronică și acută
Gastrita și ulcer gastric

Contra-indicații:

Alte afecțiuni ale tractului digestiv, în special cele asociate cu o motilitate scăzută a mușchilor netezi și care pot fi agravate de spasmolitice.

Tratamentul cu Uroxate trebuie să fie însoțit de o dietă adecvată și de un regim adecvat de viață.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de calculi biliari și cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Dozaj:

Tratamentul de calculi biliari cronici
Tratamentul de cistită cronică
Tratamentul de gastrită și ulcer gastric

Mod de administrare:

Uroxate trebuie administrat în timpul mesei sau puțin înainte de începerea mesei. Se recomandă să se bea puțin de apă după administrare.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de calculi biliari și cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de cistită cronică și acută.

Uroxate este un medicament eficient și sigur în tratamentul tuturor formelor de gastrită și ulcer gastric.



Republica Moldova, or.Chisinau, str.Zelinschi, 11
Tel.: (0037322) 85 46 85 Tel./Fax: (0037322) 85 30 76

FORSEF®

Tratamentul care vă readuce zimbetul



FORSEF® (fosfamid) este un medicament care are ca efect principal să ajute la creșterea nivelului de fosfor în sânge și să ajute la scăderea nivelului de calciu în sânge. Este un medicament care este utilizat în tratamentul insuficienței renale cronice și în tratamentul hiperparatiroidismului secundar. Este un medicament care este utilizat în tratamentul hiperparatiroidismului secundar și în tratamentul hiperparatiroidismului primar. Este un medicament care este utilizat în tratamentul hiperparatiroidismului secundar și în tratamentul hiperparatiroidismului primar. Este un medicament care este utilizat în tratamentul hiperparatiroidismului secundar și în tratamentul hiperparatiroidismului primar. Este un medicament care este utilizat în tratamentul hiperparatiroidismului secundar și în tratamentul hiperparatiroidismului primar.

bilim
PHARMACEUTICALS

PIELOECTAZIA LA COPII

B.Curajos, J.Bernic, A.Curajos, V.Dzero, E.Ghețeu, Ahmad Al-Share

Centru Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”, Chișinău

Summary

The algorithm of diagnostics was produced on the basis of inspection 1241 children which allows to determine the reason and level of obstruction of the urinary system.

Introducere. Pieloectazia provocată de dereglări urodinamice ale tractului urinar, în prezent se întâlnește frecvent și necesită un diagnostic diferențial pentru aprecierea cauzei și a nivelului de obstrucție.

Material și metodă. Studiul a fost efectuat în baza evaluării a 1241 copii cu pieloectazie pe parcursul anilor 2000-2005. S-au analizat datele examinării clinico-paraclinice: examen clinic, ecografie, sonografie diuretică, urografie excretorie, cistouretografie micțională, scintigrafie, inclusiv diuretică, raport calice-parenchim, cistometrie, cistografie, etc.

Rezultate și discuții. De obicei, copiii se internează cu diagnosticul „Pieloectazie. Hidronefroză”, depistate ecografic, iar în fața urologului apar mai multe întrebări:

- este o dilatarea a cavităților renale sau diverse chisturi renale;
- ce a provocat pieloectazia: obstrucția tractului urinar, refluxul vezico-renal (RVR), diabetul insipid, etc.;
- dacă este obstrucție - la ce nivel (joncțiunea pielo-ureterală, vezico-uretrală, uretră sau vezica neurogenă);
- în caz de obstrucția joncțiunii pielo-ureterale – e funcțională sau organică, e necesar și când trebuie aplicat tratamentul chirurgical.

Am elaborat un algoritm de diagnostic diferențial al pieloectaziei, în rezultatul implementării căruia, în lotul de 1241

copii – hidronefoza s-a depistat la 189, megaureterohidronefroza obstructivă – la 143, RVR – la 464, vezica neurogenă – la 174 copii. În caz de obstrucția joncțiunii pielo-ureterale (OJPU), pentru a diferenția obstrucția funcțională, am recurs la ecografie și scintigrafie diuretică pe vezica goală (sonda vezicală) exclusiv gravitația de cea organică. Din 189 copii cu OJPU, la 23 s-a depistat obstrucția funcțională cauzată de imaturitatea JPU. Pieloectazia la acești copii se menține ani la rând, fără a progresa și fără a afecta funcția renală. La 156 copii s-a depistat obstrucția organică care a necesitat intervenție chirurgicală. La 22 pacienți cu hidronefroză avansată s-a efectuat nefrectomia. În perioada pre- și postoperatorie s-a apreciat raportul calice-parenchim.

Concluzii:

1. Pentru un diagnostic precoce al pieloectaziei este necesar a efectua ecografia intrauterină, precum și în primele 3 luni de viață ale copilului.

2. Copiii cu pieloectazie necesită un examen riguros, cu utilizarea mai multor metode diagnostice, ca: ecografia și scintigrafia diuretică, urografia, cistouretografia, raportul calice-parenchim, etc.

3. În perioada pre- și postoperatorie în OJPU, aprecierea raportului calice-parenchim e un indice mai adecvat decât raportul bazinet-parenchim, deoarece mărimea bazinetului depinde de particularitățile anatomice și de metodele de tratament chirurgical aplicate.

STRESUL OXIDATIV ÎN INFECȚIILE DE TRACT URINAR LA COPII

J.Bernic, B.Curajos, V.Dzero, A.Curajos, V.Roller, I.Zaharia, L.Seu, E.Ghețeu, V. Celac, C.Salimov

Catedra Chirurgie Pediatrică USMF “Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Summary

The preoperative and postoperative characteristics of the oxidative stress in children with urinary infections are presented, as well as the complications that can occur as a result of lipids peroxide oxidation.

Introducere. Infecțiile tractului urinar reprezintă motivul pentru care copiii frecvent sunt consultați de medic. Lucrarea are caracter prospectiv și analizează copiii cu malformații renourinare, asociate cu infecție de tract urinar.

Obiectivele lucrării. Stabilirea rolului radicalilor liberi în fiziopatologia infecției de tract urinar la copii, justificarea profilaxiei antioxidante și reducerea stresului oxidativ la nivelul răspunsului inflamator sistemic.

Material și metode. Grupul de studiu cuprinde 342 copii cu vârstă de la 0 la 18 ani cu infecție de tract urinar ce a survenit pe fundal de anomalii congenitale (rinichi dublu, rinichi în “potcoavă”, rinichi hipoplaziat, hidronefroză). Lotul martor a cuprins 20 copii practic sănătoși. Determinarea indicilor proceselor de peroxidare lipidică și activitatea antioxidantă serică s-a efectuat după metoda standard spectrofotometrică. S-a acceptat ca normă valoarea de $1,43 \pm 0,13$ un/ml pentru dienele conjugate (DC), $2,80 \pm 0,20$ mmol/l pentru dialdehida

malonică (DAM), $35,20 \pm 1,42$ % pentru activitatea antioxidantă totală (AAO). Evaluarea indicilor s-a efectuat începând cu internarea pacientului. S-a continuat determinarea lor în dinamică, la intervale de 3-4 zile, la cele 5 etape clinico-evolutive. Tuturor pacienților li s-a făcut anestezie generală. Tehnicile chirurgicale au fost individualizate.

Rezultate. La copiii cu malformații congenitale și infecție urinară la toate etapele, inclusiv intra- și postoperator, s-a constatat prezența unui grad de stres oxidativ exprimat prin creșterea peroxidării lipidice și printr-o scădere a activității sistemelor antioxidante enzimatic. Parametri urmăriti au fost mai majorați la pacienții cu rinichi dublu, rinichi în “potcoavă”, corespunzător cu martorul DC – $5,50 \pm 0,64$ un/ml; DAM $7,50 \pm 0,41$, AAO – $15,10 \pm 4,35$ % față de martor și au corelat cu modificările gazelor sângelui. S-a constatat un nivel preexistent crescut al peroxidării lipidice serice la internare, preoperator, exprimând un grad de stres oxidativ preexistent intervenției chirurgicale. Este de remarcat tendința de creștere precoce și constantă a radicalilor liberi la a 4-a zi postoperator, cu o scădere către ziua a 10-a postoperator, până la valori foarte apropiate de lotul martor. Toți pacienții au beneficiat de o strategie sofisticată de apărare antioxidantă cu utilizarea acidului ascorbic, Vit.E, Acidului linoleic, Solcoseril, etc.

Concluzii:

1. În baza unei prelucrări statistice, putem conchide: însăși prezența infecției urinare în malformațiile congenitale renale pare să inducă o creștere a peroxidării lipidice sistemice, deci un grad de stres oxidativ.

2. Intervenția chirurgicală individualizată de urgență și programată în malformațiile congenitale este însoțită de o creștere a peroxidării lipidice și induce un stres oxidativ

semnificativ. Durata intervenției chirurgicale (2-3 ore) pare a fi un factor foarte important de stres oxidativ în contextul sindromului de răspuns inflamator sistemic postagresiv.

3. Modificările constatate în sistemul de peroxidare lipidică ar putea coinstui un argument în favoarea folosirii acestui marker ca indicator de prognostic privind riscul dezvoltării complicațiilor și totodată justifică tentativa de profilaxie antioxidantă, în scopul reducerii stresului oxidativ și deci a nivelului răspunsului inflamator sistemic.

PARTICULARITĂȚILE DIAGNOSTICULUI ȘI TRATAMENTULUI MEDICO-CHIRURGICAL ÎN ATREZIILE ANORECTALE CU FISTULE UROGENITALE LA COPII

M. Bacalîm, B. Curajos, G. Boian

Centru Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”,
IMSP ICȘOSMC Chișinău

Summary

In clause the results of inspection and surgical treatment 192 children with the various forms of anorectal atresia, from which 60,2 % with fistulas in urogenital system are given. Topical diagnostics of anatomic variant of defect and localization of a fistula requires the individual approach by way of application of clinical and paraclinical methods of research, on which productivity the choice of a method of surgical correction and remote anatomic and functional results depends.

Introducere. Soluționarea problemei atreziilor anorectale (AAR) cu fistule în sistemul urogenital prezintă și la etapa actuală un șir de dificultăți diagnostico-curative, printre care mai serioase rămân a fi cele legate de tehnica intervenției chirurgicale și de complicațiile anatomo-funcționale limitrofe în perioada postoperatorie.

Scopul acestui studiu a fost analiza particularităților de diagnostic și de tratament medico-chirurgical al copiilor cu AAR asociate cu fistule urogenitale, orientată spre optimizarea eficienței curative.

Material și metode. Cercetările au fost efectuate în baza evaluării a 192 copii cu diferite forme anatomo-morfologice de AAR, internați în instituția noastră pe parcursul anilor 1986-2006. S-au analizat retrospectiv fișele de observație, protocoalele examenului clinico-paraclinic și ale intervențiilor chirurgicale, complicațiile intra- și postoperatorii, rezultatele curative la distanță.

Rezultate și discuții. Cercetările efectuate au relevat forma intermediară și înaltă a AAR în 56,2% din cazuri, fistule având 84,9% din numărul total de pacienți. După localizarea lor, fistulele digestive au fost repartizate în: perineale – 16,5%, vaginale – 15,8%, vestibulare – 19,2%, uretrale – 20,4%, vezicale – 2,6% și scrotale – 1,7%. Pentru formele înalte de AAR caracteristică era comunicarea fistulară a tractului digestiv cu uretra, vagina și vezica urinară. Cele mai complicate, din punct de vedere diagnostico-curativ și în plan funcțional, s-au dovedit a fi fistulele uretrale. În diagnosticul fistulelor urorectale s-a utilizat uretrografia retrogradă, cistografia și

uretrocistoscopia. Remarcăm că din 28 copii cu fistule uretrale, 71,5% erau deținători de malformații urogenitale concomitente (agenezia unui rinichi – 3,86%, hidronefroză – 6,4%, megaureterohidronefroză – 4,2%, etc.). Concomitent, în 19,8% cazuri din numărul total al copiilor luați în studiu, s-au depistat vicii ale tractului digestiv superior, sistemului cardiovascular, sistemului nervos central, etc., ce limitau acțiunile de corecție chirurgicală a AAR. Intervenții chirurgicale pe regiunea colorectanală și perineală au fost efectuate la 89,8% copii. Ceilalți (10,2%) n-au fost operați din motivul stării extrem de grave. Totodată, ținem să menționăm că 9,2% dintre copii au fost operați de 2-3 ori, aplicându-se colostomă de protecție în 23,5% dintre cazuri. În 43,9% am recurs la proctoplastia perineală, inclusiv perineotomia sagitală posterioară, după Pena (26,2%). În forma intermediară și cea joasă, cu fistule în vagin, vestibulul vaginal, uretra anterioară și în scrot s-a efectuat proctoplastia perineală (43,9%). Abordul abdomeno-perineal s-a folosit în 56,1% dintre cazuri, de regulă la copiii cu AAR forma înaltă și cea intermediară, care aveau fistule în vezica urinară și în uretra posterioară. Complicații postoperatorii la distanță s-au constatat în 32,6% dintre cazuri, printre care lezarea organică a sfincterului anal extern (2,8%), stenozarea orificiului anal prin cicatrizare (15,8%), deformarea cicatriceală a perineului și a vestibulului vaginal (9,1%), distopia anterioară a orificiului anal (6,4%) și, în 3 cazuri, recidiva fistulei uretrale. Aceste complicații organice erau însoțite de insuficiența funcțională al sfincterului anal, provocând decalare anală de diferit grad. Printre cei operați n-au fost înregistrate complicații organice și funcționale din partea tractului urinar.

Concluzii. AAR cu fistule în sistemul urogenital prezintă un grup de malformații congenitale dificile din punct de vedere diagnostico-curativ, având specificul lor tehnico-chirurgical. Conduita elaborării unui algoritm optim de examinare și de tratament necesită implimentarea unui diapazon larg de examenări clinico-paraclinice, funcționale și histomorfologice, a căror aplicare necesită o atitudine individuală.

MEGAURETER REFLUXANT LA BĂIEȚI

A.Curajos, B.Curajos, V.Dzero, J.Bernic, L.Seu, V.Celac

Centrul Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”, Chișinău

Summary

The refluxing megaureter is often combined with congenital stenosis of the posterior urethra. Diagnosis and early correction of the congenital stenosis of posterior urethra is a binding condition for a suitable treatment of this joint anomaly. After removing of the infravesical obstruction child's organism keeps the ability of ureter's and renal cavity's contraction.

Introducere. Megaureterul refluxant (MU) prezintă o problemă serioasă a urologiei pediatrice și necesită o aplicare diferențiată a metodelor de diagnostic și de tratament, în funcție de cauza MU care deseori este combinată cu alte anomalii ale tractului urinar.

Obiective. Optimizarea rezultatelor tratamentului MU refluxant la băieți în combinație cu stenoza uretrei posterioare prin ameliorarea procedeeleor de diagnostic și de tratament.

Materiale și metode. Studiul este bazat pe analiza datelor examinărilor și tratamentului aplicat la 43 băieți cu MU refluxant, care paralel cu semnele de proces recidivant-inflamator al tractului urinar prezentau și acuze dizurice: micții frecvente, strangulate cu chemări imperative, incontinență parțială a urinei diurne, enurezis. Copiii au fost supuși examinării clinico-paraclinice, cu examinare USG, cistomanometriei, cistouretoscopiei, urografiei i/v, cistouretrografiei (CUG) micționale, scintigrafiei și calibrării uretrei cu bujii olivare.

Rezultate. Din tot lotul de pacienți, MU bilateral a fost depistat în 25 de cazuri și unilateral în 18 cazuri. Metoda „screening” este USG, care ne permite depistarea dilatării ureterelor și a cavităților intrarenale, prezența urinei reziduale în v/urinară. La băieții au predominat semnele generale: neliniște, hipertermie „acazală”, leucociturie, semne ale dereglării sistemului digestiv: vome, diaree, anorexie. La băieții mai mari de 3 ani pe prim-plan erau acuzele dizurice. Stenoza congenitală a uretrei posterioare (SCUP) a fost depistată la CUG

în 34 cazuri, la 9 pacienți SCUP a fost depistată prin calibrarea uretrei cu bujii olivare (la CUG tabloul stenozei uretrei posterioare nu s-a înregistrat din cauza îndreptării torentului maxim în uretere). Pacienții au fost supuși corecției chirurgicale prin 2 modalități: 1) efectuarea uretrotomiei ca primă etapă, pauză aprox.6 luni, cu tratamentul conservativ al disfuncției vezicale; plastia antereflux proc.Lich-Gregoir și Mebel în modificare proprie (a 2-a etapă); 2) uretrotomia a fost efectuată simultan cu plastia antereflux (cu aplicarea cateterului transuretral permanent). Analiza rezultatelor tratamentului chirurgical ne-a demonstrat că în cazurile de MU refluxant, efectuarea uretrotomiei transuretrale într-un bloc cu plastia a/reflux dă aceleași rezultate ca și corecția în 2 etape. În timpul studiului au fost înregistrate 7 cazuri de recidive ale RVR, 4 dintre care din cauza diagnosticării tardive a SCUP (după aplicarea plastiei a/reflux). În timpul supravegherii dinamice a fost observată capacitatea organismului copilului de a contracta ureterele și cavitățile intrarenale, care niciodată nu revin la dimensiuni normale.

Concluzii:

1. Băieții cu MU bilateral necesită efectuarea obligatorie a calibrării uretrei cu bujii olivare.
2. SCUP și MU la băieți necesită diagnosticare cât mai precoce.
3. SCUP în îmbinare cu RVR refluxant poate să nu fie întegrită la CUG, din cauza torentului maxim îndreptat în uretere și poate constitui cauza insuccesului plastiilor a/reflux.
4. În MU refluxant poate fi aplicată benefic uretrotomia transuretrală într-un bloc cu plastia a/reflux.
5. După înlăturarea obstrucției infravezicale și plastia a/reflux, organismul copilului își păstrează capacitatea de contracție a ureterelor și a cavităților intrarenale.

REFLUX VEZICO-RENAL LA COPII

A. Buza, N. Starciuc, V. Șaptefrați, N. Ramal

Spiatalul clinic municipal de copii „V. Ignatenco”,

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Summary

Based of the date permeting the conservative treatment which is indicated in vezico-ureteral reflux of grade 1 -11, neurogenic urinary bladder. In the reflux of grade 111, 1V, V in the base of neurogenic urinary bladder the operativ tretment is contraindicated till the restabilisation of the urinary bladder function. All patients vezico-ureteral reflux need to exclud the infravezical obstruction and the chronic inflammatory process.

Introducere. Refluxul vezico-renal (RVR) la copii este cea mai controversată problemă de diagnostic și de tratament, atât conservator, cât și chirurgical. Este stabilit, că frecvența RVR la copii este diversă și se întâlnește în 49% până la 1 an, în 29% de cazuri la 1 an și până la 12 ani și numai în 4,4 % la copiii mai mari de 12 ani (Williams D., 1974; Ransley P., 1981, ș.a). Diminuarea frecvenței RVR la copiii mai > 12 ani se explică prin maturizarea mecanismului anrireflux ca o consecință de alungire a segmentului intramural a ureterului. Afectarea interstițială a parenchimului

renal, care apare în urma RVR și infectarea precoce a sistemului urinar, pot contribui la dezvoltarea insuficienței renale cronice sau a hipertensiunii arteriale.

Obiective. Studiarea rezultatelor tratamentului diferențiat în RVR la copii.

Material și metodă. Sub observație s-au aflat 212 copii cu RVR, tratați în Secția Urologie, spitalul municipal „V.Ignatenco” în ultimii 10 ani. Tramentului conservator au fost supuși 158 pacienți, cu reflux de gr. I-II (unilateral - 112, bilateral – 46) asociat cu disfuncții vezicale neurogene de diferite tipuri; iar intervențiilor chirurgicale au fost supuși 54 bolnavi cu reflux de gr.III-V, inclusiv RVR bilateral 26 pacienți. Neoureterocistotomia a fost efectuată după procedeele Perovic.

Rezultate. În funcție de tipul disfuncției neurogene a vezicii urinare (VUN), tratamentul complex a inclus: tratament medicamentos (atropinizare, driptan, spasmex), fizioterapeutic și antiinflamator în VUN hiporeflexorie. În VUN hipoactivă –

cateterismul vezical periodic, prozerină, galantamină. Durata tratamentului s-a extins pe parcursul a 3-4 ani. Cistoureterogramele de control efectuate peste 0,5, 1 și 3 ani nu au relevat recidive de reflux, nefroscintigrafia dinamică cu evoluție pozitivă. La 6 bolnavi cu RVR unilateral de diferite grade s-a efectuat tratamentul endoscopic cu implantarea subureterală de DEFLUX (Firma Q-Med, Suedia) și s-au înregistrat rezultate pozitive. Rezultatele intervențiilor chirurgicale antireflux au fost satisfăcătoare (absența refluxului, sumarul de urină normal, funcțiile renale stabile) la 48 de copii. La 6 copii, peste 6 luni postoperator, au fost depistate recidiva refluxului de diverse grade și dereglări ale funcției renale. La toți copiii s-a stabilit

recidivă pe fundal de cistită cronică, disfuncție vezicală neurogenă. Bolnavii au primit tratament, reoperați cu rezultate bune.

Concluzii:

1. Tratamentul conservator al RVR este indicat în gradele I-II, asociat cu vezică urinară neurogenă.
2. În RVR de gr. III-V, asociat cu vezică urinară neurogenă sau cu cistită cronică, tratamentul chirurgical este contraindicat până la restabilirea funcției vezicii urinare.
3. Toți bolnavii cu RVR necesită excluderea obstrucției infravezicale și a proceselor cronice inflamatorii.

FOLOSIREA STENTULUI URETRAL ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL A HIPOSPADIASULUI LA COPII

A. Buza, A. Tănase, N. Starciuc, M. Bîrsan, V. Șaptefrați, N. Ramal, O. Scurtu
*Spiatalul clinic municipal de copii "V. Ignatenco",
 Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgică, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău*

Summary

Introducing urethral stent allowed us to decrease the essential number of complication after a urethral plastic specially for the patients more than 12-13 years old and adolescents. I decreased two times numbers of external urethral orifice stenosis and reduced the formation of the urethral fistula for 25% of patients.

Introducere. Hipospadiasul se raportează la malformațiile congenitale a uretrei și este foarte răspândit, incidența fiind de 1:200-1:300 de nou-născuți (băieți). Există mai multe clasificări ale hipospadiasului, bazate preponderent pe schimbarea poziției (ectopiei) orificiului uretral extern. În practica noastră, pentru aprecierea tacticii de tratament, inclusiv a celei chirurgicale, apelăm la repartizarea pacienților în trei loturi: *cu hipospadias distal, proximal și hipospadias fără hipospadias*.

La hipospadiasul distal se referă formele glandulare, coronare, subcoronare și formele joase peniene, fără curbarea penisului. Acestor pacienți li se efectuează plastia de uretră într-o singură etapă.

Hipospadiasul proximal include formele peniene, scrotale și perineale îmbinate cu deformare pronunțată a corpurilor cavernose. Acestor pacienți li se aplică plastia de uretră într-o singură etapă – înlăturarea hordei cicatrizante și formarea uretrei de tip Dakket sau Kayanaghi.

Hipospadiasul fără hipospadias se atestă în cazurile de curbare a penisului fără ectopia orificiului extern al uretrei. Tactica de tratament operativ depinde de gradul de curbare și se recurge la plastia de uretră de tip Dakket, Nesbit. Exigențele cosmetice contemporane dictează formarea orificiului extern uretral la apexul glandului penian. Totuși țesuturile spongioase ale glandului penian sunt sensibile la mobilizarea largă și la incizia operatorie. Edemul postoperator și creșterea pronunțată a presiunii în segmentul glandular al neouretrei deseori duce la formarea fistulelor

uretrocutate, mai des întâlnite la copiii de după 14-15 ani. Din aceste motive majoritatea chirurgilor preferă formarea meatului extern al uretrei la nivelul șanțului balanic. Plastia de uretră se efectuează pe o sondă Nelaton, corespunzătoare după mărime vârstei bolnavului, care, pe parcursul perioadei postoperatorii, deseori provoacă uretrite și cistite.

Materiale și metodă. O alternativă de derivare a urinei este epicistostomia troacară sau cea deschisă și stentul uretral. În perioada 1999 – 2006 au fost tratați 104 copii cu hipospadias cu vârsta de la 2 și până la 18 ani, cu hipospadias distal și proximal. În primul lot (68) au intrat copii operați până la vârsta de 12 ani, cu derivarea urinei postoperator cu sondă uretrală pentru 8-12 zile. În al 2-lea lot (36 copii) au fost pacienți cu hipospadias de diferite localizări (vârsta 12-18 ani). Derivarea urinei s-a efectuat prin epicistostomie suprapubiană troacară sau deschisă și prin stent uretral de 3-4 cm.

Rezultate. Rezultate satisfăcătoare am înregistrat în primul lot la 58 de bolnavi, în al doilea lot - la 30 de pacienți, la 16 bolnavi din ambele loturi s-au dezvoltat fistule uretrale și la doi - stenoza meatală. Fistulele uretrocutate au fost înlăturate prin suturarea țesuturilor adiacente cu ajutorul tehnicii de mărire la 6 luni de la tratamentul chirurgical al hipospadiasului, stenoza meatală a fost rezolvată prin meatoplasi.

Concluzii. Utilizarea stentului a contribuit la prevenirea dezvoltării uretritelor și a cistitelor postoperatorii, cistalgiiilor, disconfortului din bazinul mic. Copiii cu stent uretral au fost activi și nu au acuzat dureri deja de la a 2-a -3-a zi. În rezultatul metodei aplicate, a fost diminuat esențial numărul de complicații, inclusiv cu 50% numărul de stenoze ale orificiului uretral extern și cu 25% formarea de fistule uretrale, preponderent la pacienții mai mari de 12-13 ani și la adolescenți.

DIAGNOSTICUL MODIFICĂRILOR MORFOLOGICE ALE PARENCHIMULUI RENAL ÎN HIDRONEFROZĂ LA COPII PRIN PUNCȚIE-BIOPSIE

V. Petrovici, B. Curajos, I. Fuior, A. Al-Share

Laboratorul Morfopatologie, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, Chișinău

Summary

The authors present the results of the morphologic study of kidney parenchyma's pathologic modifications in 16 children with hydronephrosis through puncture-biopsy (Bard Magnum Biopsy System). In conclusion the puncture-biopsy method can be used to determine the disease clinical phase, as well as to reveal some pathogenetic mechanisms that allows by the aim of organ preservation the surgical tactics optimization and postoperative treatment adjustment.

Introducere. Diagnosticul modificărilor morfologice în parenchimul renal, în cadrul hidronefrozei la copii, se bazează pe evaluarea leziunilor structurale care în mare măsură depind de diversitatea factorilor etiologici.

Material și metode. Studiul morfologic întreprins a avut ca scop elucidarea modificărilor morfologice ale parenchimului renal prin puncție-biopsie efectuate cu Bard Magnum Biopsy System. Au fost studiate biopiate ale parenchimului renal la 16 copii cu hidronefroză. Biopiatele au fost fixate în sol. Formol neutru 4 și 10%, incluse ulterior în parafină. Au fost utilizate colorațiile hematoxilina-eozină, van Ghieson, Congo red.

Rezultate și concluzii. Examenul efectuat la microscopia optică a evidențiat modificări variate în toate componentele nefronului și ale structurilor interstițial-vasculare de intensitate și de origine

diversă: *dilatativ-compresivă* – ectazie generalizată, leziuni ischemico-sclerotice și atrofico-deformative; *obstructivă* – de tip „hidronefroză intrarenală”, transformare tubulară pseudochistică, *displazice* – imaturitate și mostrozitate glomerulare, polimorfism structural, oligoglomerulonefronie, multiglomerularitate; *inflamatorii* – tubulo-interstițiale, peri- și intraglomerulare exudativ-alterative, polimorfocelulare și infiltrativ sclerotice; stenoze vasculare, hipertrofice și sclerozante, depozite calcinoase postischemice etc. Caracterul, gradul lezional și complexitatea morfologică a modificărilor în parenchimul renal pun în evidență două variante histopatologice: *variantea complicată* și pe cea *necomplicată*. Referitor la evoluția modificărilor morfopatologice în parenchimul renal, acesta suportă 2 faze succesive: *faza de ectazie și faza de atrofie*. De menționat că prezența elementului inflamator este determinantă în morfogeneza dereglărilor funcționale renale în cadrul variantei complicate.

Așadar, diagnosticul prin puncție-biopsie în hidronefroză poate fi utilizat în aprecierea variantelor patologice și a fazelor clinico-evolutive, a studiului unor verigi etiopatogenetice ale maladiei, ceea ce ar permite soluționarea problemei în vederea păstrării organului, precum și determinarea conduitei în perioada postoperatorie.

DIVERTICULII VEZICII URINARE

B. Curajos, V. Roller, V. Dzero, J. Bernic, A. Curajos, I. Zaharia

Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică “Natalia Gheorghiu” Chișinău

Summary

The classification of diverticul of a urinary bladder till their etiology and localization is offered, on which further tactics of diagnostics and treatment depends. Surgical treatment requires diverticuls of the large sizes, at development of complications (urinary infection, infringement of miction, stones) and bladder-renal reflux. In a case of pseudodiverticul the basic pathology is treated.

Introducere. În prezent lipsește clasificarea diverticulilor vezicii urinare în funcție de etiologie, localizare de care depind metodele de diagnostic și de tratament.

Material și metode. În clinica de urologie s-au examinat 258 pacienți cu patologia vezicii urinare. La 120 dintre ei au fost depistați diverticuli ai vezicii urinare, inclusiv băieți - 94, fete - 40. Diverticuli au fost de diverse dimensiuni – de la 1 până la 15 cm în diametru, uneori de un volum mai mare ca vezica urinară, 80% fiind localizați dl partea stângă. Infecția urinară s-a depistat la 68 pacienți, hematurie - la 13, la 12 pacienți – dureri suprapubiene. Numai la 6 copii - reziduu vezical și micțiuni în doi timpi. La 14 copii diverticuli s-au depistat ocazional. La examinarea pacienților a fost utilizat un

complex de investigații: sonografia, cistografia în 2 incidente, urografie, cistoscopie. În caz de pseudodiverticuli s-a aplicat și cistometria, urofloumetria, calibrarea uretrei.

Discuții și concluzii. Diverticuli congenitali în majoritatea lor sunt localizați în apropierea sau în regiunea meatului ureteral și dl peretele latero-posterior, mai rar în regiunea vezico-uracală. Pseudodiverticulul poate fi prezent practic dl tot traiecul vezicii urinare și este cauzat de diverse patologii: obstrucție infravezicală, vezică neurogenă.

Analiza materialului clinic ne demonstrează că, în caz de obstrucție infravezicală, pseudodiverticuli apar în temei la băieți și foarte rar la fete. La o obstrucție neînsemnată pseudodiverticuli sunt localizați dl peretele latero-posterior, în cazuri avansate - neuniform dl tot traiecul vezicii urinare. Din 162 băieți cu obstrucție infravezicală pronunțată, pseudodiverticuli s-au atestat

Forma	Cauză	Localizare
primar	a) congenital b) obliterație incompletă de uracă	<ul style="list-style-type: none"> • paraureteral uni- și bilateral • meatul ureteral uni- și bilateral • alte localizări vezico-uracală
secundar (pseudodiverticuli)	a) vezică urinară neurogenă b) obstrucție infravezicală - ușoară - pronunțată c) iatrogenii	uniform pe tot traiecul vezicii neuniform pe peretele posterior al v. urinare neuniform pe tot traiecul vezicii urinare peretele latero-posterior

numai la 38 bolnavi. Deoarece până în prezent lipsește o clasificare care ar avea un rol important în diagnosticul și alegerea metodelor de tratament aplicate, noi am încercat a clasifica diverticulii în funcție de etiologie, localizare (după B.Curajos).

Diverticuli congenitali localizați di peretele latero-posterior, cu sau fără reflux vezico-renal, se înlătură prin metoda combinată – intra și extravezicală, cei iatrogeni – numai în caz de recidivă de reflux vezico-renal. Diverticuli secundari necesită înlăturarea obstrucției și tratamentul dereglărilor neurogene.

ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Дзедо В.Г., Куражос Б.М., Челак В.И., Гецеул Е.В., Захария И.Г., Роллер В.Г.

Национальный Научно-Практический Центр Детской Хирургии «Наталья Георгиу» Кишинев

Summary

In given article is generalized the experience of supervision and treatment of 62 children with cystic anomalies of kidneys.

Введение. Кисты почек у детей частая аномалия структуры паренхимы органа. Известно, что кистозные образования почек являются следствием нарушения эмбриогенеза. Общепринятой классификации кист почек нет до настоящего времени. Мы в своей работе пользуемся классификацией М.Д. Джавад-Заде.

Материал и методы. Нами наблюдалось с 2000 по 2006 год 62 ребенка в возрасте от 1 месяца до 16 лет с данной патологией. Из них у 17 больных обнаружена мультикистозная почка, у 21 – поликистоз, солитарные кисты были выявлены у 24 детей. В комплекс обследования наблюдаемых детей входило проведение ультразвуковой диагностики, динамической нефросцинтиграфии, экскреторной урографии.

Результаты и обсуждение. Наблюдая за больными с солитарными кистами почек, мы отметили, что обратного развития кист нет. Они все со временем увеличивались в размерах. Солитарные кисты малых размеров (1,5-2 см) не подвергались удалению. В случае медленного роста кисты и

стабильной функции почки считаем целесообразным динамическое наблюдение (УЗИ каждые 6 мес., динамическая скintiграфия с I№i№-гипураном). Если же отмечалось деформация почечных полостей когда киста граничила с капсулой, снижение функции почки и быстрый рост кисты, проводилось оперативное лечение (люмботомия, иссечение стенок кисты с дренированием) – 7 больных. При выявлении мультикистозной почки все дети оперированы – проведена нефруретерэктомия (17 больных). 2 больным произведена чрезкожная пункция кисты под контролем УЗИ. При поликистозе почек все дети находятся под постоянным наблюдением: УЗИ контролем и наблюдением за функциональным состоянием почек, получают консервативное лечение.

При выраженном росте кист и присоединении инфекции (нагноении кист) прибегаем к люмботомии, вскрытию кист с последующим дренированием.

Заключение. Таким образом, считаем, что при наличии кистозной аномалии развития почек у детей, все они должны быть тщательно обследованы и при показаниях – оперированы. Кроме того, динамическое наблюдение за этими больными считаем необходимым.

СОНОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОБСТРУКЦИИ ПИЕЛО-УРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА У ДЕТЕЙ

Ahmad Al-Share, A. Куражос, В.Морошану, М.Бакалым

Национальный Научно-Практический Центр Детской Хирургии «Наталья Георгиу», Кишинев

Summary

81 children suffering from pyeloectasis have passed the diuretic echographic examination that gave the possibility to differentiate the organic obstruction from the functional one, to observe the pathological evolution and to appreciate the indications for the surgical treatment of the disease. To observe the evolution and to study the results of the treatment the calca-parenchymal analysis was appreciated in dynamics. The urinary bladder must be empty at the effectuation of echographical examination.

Введение. Пороки развития мочевыделительной системы относятся к наиболее часто диагностируемым патологиям при сонографии (УЗИ). По данным литературы пиелозктазия составляет 21,7, а гидронефроз – 2,8 случая на 1000 новорожденных. Обструкция пиело-уретерального сегмента (ПУС) может быть функционального и органического характера.

Цель нашей работы состоит в выработке методики проведения УЗИ, диуретической сонографии, экскреторной урографии и ретроградной цистографии, которые позволяют определить степень дилатации и зону обструкции ПУС. Диуретическая сонография является малоинвазивным и информативным методом исследования, позволяющим определить характер обструкции ПУС.

Материал и методы. С 2003 по 2005 гг. было обследовано

81 ребенок с диагнозом гидронефроз. 58 из них – с органической обструкцией ПУС, 23 – с функциональной. Отношение чашечки-паренхима (Ч/П) является критерием, который характеризует состояние паренхимы и чашечек и указывает на необходимость хирургического вмешательства, либо наблюдения за ребенком в динамике. Низкий показатель Ч/П говорит о хорошем прогнозе послеоперационного периода и свидетельствует о том, что чашечки были расширены и паренхима сжата из-за повышенного давления в собирательной системе почки. Ч/П может служить маркером при наблюдении за пациентом в динамике.

Выводы

1. С помощью УЗИ можно выявить расширение собирательной системы почек как в интра-, так и в постнатальном периоде.

2. Для дифференциальной диагностики функциональной и органической обструкции ПУС показана диуретическая нагрузка, которая должна проводиться на пустом мочевом пузыре.

3. Определение отношения размеров чашечек к толщине паренхимы (Ч/П) может способствовать выбору тактики лечения, а также оценке результатов лечения детей с обструкцией ПУС.

Sumamed®

azitromicină

*Tratamentul
de elecție al
infecțiilor
genitale cu
Chlamydia
trachomatis*

*1 g doza unică
postprandială
ambii parteneri*

 PLIVA





Спазмекс®

СПАЗМОЛИТИК
АНТИХОЛМЕРГЕННОЕ СРЕДСТВО

трибулума алергия,
табл. 5 мг и 15 мг

Новый вклад в терапии недержания мочи

- Эффективное лечение императивных позывов к мочеиспусканию и недержание мочи при гиперрефлекторном детрузоре.
- Не вызывает побочных эффектов со стороны центральной нервной системы, так как не преодолевает гематоэнцефалический барьер.



Дистрибутор:

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Мировая компания,
в Милане, Италия
тел. 06-32-48
моб. 0-661-11-028

Производитель:
Dr. R. Pfizer Chemische Fabrik
GmbH, Германия

EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL INCONTINENȚEI URINARE DE EFORT (IUE) LA FEMEI

V.Tuchila, C.Lupașco, I.Milici, M.Popov, E.Ceban, A.Tănase
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgică, USMF „Nicolae Testemițanu”,
Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican, Chișinău

Summary

170 women with stress urinary incontinence has been operated according to Gonchar method in the Urological Clinic of the Clinical Republican Hospital during the period 2000-2005 years. 90,58% of patients have reported total continence rehabilitation after 3 months and 86,4% of patients – after 1 year. This method is efficient in the SUI treatment.

Introducere. Circa 7 milioane de femei suferă de IUE în SUA, pentru ele sunt alocate 10,3 bilioane dolari destinate îngrijirii lor (Rowe și colab., 1989) și 4 milioane de femei în Anglia necesită 424 mln lire sterline pentru tratament (Continence Foundation, 2000). Astfel, IUE este o problemă nu numai medicală, dar și social-economică. Tratamentul IU la femei prezintă o problemă serioasă în uroginecologia contemporană. În prezent se întreprind mai multe eforturi pentru cercetarea acestei patologii și sunt elaborate o mulțime de metode noi de tratament, care permit ameliorarea situației sau însănătoșirea completă a pacientelor.

Scopul lucrării. Aprecierea rezultatelor precoce și ale celor tardive ale tratamentului chirurgical al IUE la femei.

Material și metodă. În perioada anilor 2000-2005 au fost supuse intervenției chirurgicale 170 de femei cu IUE pură, fără patologie ginecologică sau neurologică asociată, vârsta fiind cuprinsă între 43 și 64 ani (vârsta medie - 51,5 ani). Toate pacientele au acuzat pierdere de urină la efort fizic minim. Investigațiile efectuate: cistograma cu micție, sedimentul urinar, urocultura și examinarea pe scaunul ginecologic pentru precizarea absenței prolapsului genital. Din numărul total de femei, 140 (%) au avut în antecedente nașteri care au decurs dificil; la 25 (%) nașterile au decurs fără dificultăți și doar 5 (%) paciente nu au avut nici o naștere. Intervenția chirurgicală

practicată în clinica noastră - angularea uretrei după Gonchar cu 2 lambouri de piele, ce constă în fixarea țesutului parauretral de peretele abdominal, care, după părerea noastră, este o metodă mai fiziologică decât fixarea de simfiza pubiană. Durata medie de spitalizare a constituit 10 zile, cateterul uretral a fost menținut în medie 7 zile.

Rezultate și discuții. Controlul primar s-a făcut peste 3 luni de la efectuarea operației și la 1 an. La 3 luni: 154 de paciente (90,58%) au relatat dispariția totală a simptomelor de incontinență de urină chiar și la eforturi fizice destul de pronunțate, 9(5,3%) au manifestat o ameliorare a simptomaticeii: cantitatea de urină pierdută s-a micșorat considerabil și efortul la care survenea pierderea de urină a devenit mai mare și doar 7 paciente (4,1%) nu au manifestat nici un rezultat favorabil. La perioada de 1 an rezultatele au constituit, respectiv: 147 de paciente (86,4%) au dovedit o continență totală, iar 14 paciente (9,4%) au relatat o îmbunătățire.

Din lotul total de paciente, la 3 luni după intervenție, 90,6% au relatat o restabilire totală a continenței, iar la 1 an numărul de paciente vindecate s-a micșorat cu 4,2%, ceea ce ne permite să concluzionăm că, în perioada mai tardivă, după operație, rata recidivelor crește.

Concluzii. În urma tratamentului chirurgical aplicat, peste 1 an la 86,4% paciente s-a restabilit continența totală a urinei și nu au mai fost acuzate episoade de incontinență, ceea ce ne permite să afirmăm că intervenția chirurgicală practică în clinica noastră are o eficacitate înaltă în tratamentul IUE. În perioada tardivă, după intervenție chirurgicală, crește rata recidivelor reducându-se eficacitatea tratamentului.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL INCONTINENȚEI URINARE DE EFORT ASOCIATE CU PROLAPSUL GENITAL

Gh. Feghiu

Secția Ginecologie IMSP SCM „Sf. Arhanghel Mihail”, Chișinău

Summary

In the gynecology department of Clinical Municipal Hospital „Saint Arhanghel Mihail” during 1991-2006 (june) year, 504 female patients with genital prolapse have been operated. In 345 (68,5%) SUI has been detected. Concomitantly with treatment procedures of the prolapse, we have performed interventions for normalizing urine passage: procedure Stoeckel – in 135 patients, Kelly’s operation – in 82, Pereyra operation – 25, urethrocystopexy with vaginal Sheet- in 20, Mayo operation – 50, suburethral Sling procedure with polypropilene mesh –12, other procedures in 18 patients. We consider the results of the application of these procedures as good.

Introducere. Patologia prolapsului genital și a incontinenței urinare rămâne în continuare o problemă actuală.

În 70% prolapsul genital este asociat cu descensul vezicii urinare, ca urmare a deteriorării segmentului vaginal anterior și a ligamentelor pubo-vezicale (Zaporojan V.N., Proțepko A.L., 2003).

Scopul studiului constă în aprecierea rezultatelor tratamentului chirurgical al incontinenței urinare de efort (IUE) asociată cu prolapsul genital și determinarea eficacității diverselor procedee.

Material și metodă. În perioada anilor 1991-2006 (iunie) în Secția Ginecologie a SCM „Sf. Arhanghel Mihail” au fost operate 504 paciente cu prolaps genital, cu vârste între 20 și 83 ani. La 345 (68,5%) paciente concomitent cu corecția

chirurgicală a prolapsului au fost efectuate procedee de restabilire a continenței urinare. Pacientele cu IUE au fost repartizate în trei grupuri, în funcție de tipul IUE (clasificarea IUE conform standardelor recomandate de Societatea Internațională de Continență): A- IUE tipul I – 158 paciente. Ca metode de tratament s-au aplicat procedeul Stoeckel – 136 și operația Kelly- 22. B- IUE tipul II – 135 paciente. Metode de tratament: procedeul Kelly – 60; uretrocistopexia după Pereyra – 25; uretrocistopexia cu folosire de lambou din peretele vaginal prolabat (metodă proprie) – 20; operația Mayo – 30. C- IUE tipul III – 52 paciente, intervenții de tip „Sling” suburetral din plasă de polipropilenă – 12; operația Mayo – 20; alte procedee în cazul de prolaps posthisterectomic asociat cu IUE (pexia bontului vaginal sau a colului uterin la aponeuroza dreptilor abdominali) + colporafie anterioară și colpoperineomiorafie – 18.

Rezultate la 3 ani după intervenție. Grupul A: reexamine 117 paciente - la 22 recidive de prolaps vaginal gradul II și IUE tipul I ce constituie 14%. Grupul B: reexamine 127 paciente, după procedeul Kelly 7 paciente cu IUE tipul II. Procedeul Pereyra: reexamine 17 paciente recidive de IUE

la 3 paciente tipul I – 2, tipul II – 1, uretrocistopexia cu aplicare de lambou din peretele vaginal, recidive de IUE la 3 paciente, 2 cazuri de instabilitatea detrusorului și în caz IUE tipul I, operația Mayo sub evidență 18 paciente, la 7 IUE tipul II. Grupul C au fost reexamine 4 paciente după „Sling” suburetral, fără recidive de IUE, după operația Mayo, reexamine 9 paciente, în 2 cazuri tipul II de IUE.

Concluzii

Rezultatele tratamentului IUE asociate cu prolapsul genital le considerăm bune.

1. În cazul IUE tipul II procedeul Pereyra la 3 ani după intervenție, restabilirea continenței în 94%.
2. Uretrocistopexia cu folosire de lambou din peretele vaginal prolabat este o intervenție ce poate fi aplicată la pacientele cu IUE tipul II și cistocel pronunțat.
3. În cazul histerectomiei vaginale, operația Mayo cu 33,3% recidive de IUE conduce la ideea aplicării unei intervenții concomitente de tip „Sling” suburetral.
4. În grupul „C” cele mai stabile rezultate au fost obținute în procedee de tip „Sling” suburetral cu plasă din polipropilenă.

ASPECTE CONTEMPORANE IN TRATAMENTUL CISTITEI CRONICE COMPLICATE CU INCONTENENȚĂ DE URINA

Lilia Chirița, C.Guțu, V.Caraion, V.Muntean, V.Țurcanu, E. Pleșco, L.Lopatin
Secția Urologie IMSP SCM „Sfânta Treime”, Chișinău

Summary

This work represents the results of the study of the inflammatory diseases of the urinary tract-the chronic cystitis in women in the post climacteric period. According to the rising of the actual index we achieved the conclusion that for the more effective treatment of the chronic cystitis in the post climacteric period is necessary to use hormonal medication parallel with the classic therapy.

Introducere. Tratamentul cistitelor cronice, complicate cu incontinență de urină prezintă unele dificultăți la orice vârstă, iar în perioada climacterică devine mult mai problematică. Uneori, obținând asanarea urinei și lichidarea schimbărilor morfologice intravezicale, menționăm persistența simptomelor subiective ale cistitei, complicate cu incontinență de urină, fapt ce contribuie la agravarea calității vieții la un număr impunător de paciente încadrate în câmpul muncii.

Obiective. Studiul comparativ al tratamentului simptomatic antiinflamator și antibacterian în cistitele cronice la persoanele de vârstă a doua (postclimacterică) și asocierea medicației cu estrogeni de substituție (pausogest, climara, trisecvens).

Materiale și metode. Studiul a fost bazat pe două loturi a câte 15 paciente de vârstă a doua cu cistită cronică,

complicată cu incontinență de urină. Primului lot i s-a administrat tratament antiinflamator și antibacterian, conform antibiogramii, instilații în vezica urinară, timp de 10-14 zile. În lotul II medicația de bază s-a completat cu tratament estrogen de substituție (pausogest, climara, trisecvens), care s-a extins pe o perioadă îndelungată, de 6-12 luni.

Rezultate. Analiza comparativă a tratamentului din ambele loturi de paciente a demonstrat că în primul lot, la 9 paciente din 15, tratamentul a fost neeficient și pacientele au suferit câteva acutizări ale cistitei cronice, iar incontinența de urină a devenit persistentă, timp de 12 luni. La pacientele din lotul doi nu au fost constatate recidive în perioada de urmărire, iar în 5 cazuri incontinența de urină de efort a dispărut, astfel ameliorând indicele calității vieții.

Concluzie. Analiza comparativă a eficacității tratamentului cistitelor cronice, complicate cu incontinență de urină, a demonstrat necesitatea completării tratamentului antiinflamator de bază cu cel estrogen, de substituție (pausogest, climara, trisecvens, tentex) la persoanele de vârstă a doua. Îmbinarea tratamentului indicat contribuie esențial la majorarea indicelui calității vieții.

SPASMEX ÎN TRATAMENTUL INCONTINENȚEI URINARE (IU) PRIN IMPERIOZITATE

V.Tuchila, E.Ceban, V.Ghicavii, C.Lupasco, A.Eșanu, E.Pleşca, G.Scutelnic, A.Tănase
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”,
Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican, Chișinău

Summary

In the Urology Department, Republican Hospital was analyzed 21 women suffering from Urgency Urinary Incontinence, during Nov 2005-March 2006 period, which used Spasmex during six weeks. After the treatment 62 % from the patients didn't complain more about urinary incontinence and other 23% had decrease of the clinical symptoms.

Introducere. Incontinența prin imperiozitate este o manifestare răspândită a vezicii urinare hiperactive (OAB). Este bine cunoscut faptul că aproximativ fiecare a treia femeie în vârstă de e" 40 ani suferă de această patologie, iar odată cu vârsta înaintată crește frecvența episoadelor de pierdere involuntară a urinei. Medicamentele cele mai utilizate în tratamentul acestor simptome sunt M-cholinoliticele.

Scopul lucrării. Aprecierea eficacității preparatului Spasmex (distribuitor-firma ProMed, Cehia) în tratamentul femeilor cu micții imperioase, convocate de contractarea involuntară a detrusorului.

Material și metodă. În perioada noiembrie 2005 - martie 2006 sub observație au fost 21 de femei cu vârsta de la 44 până la 77 ani (vârsta medie 62,5 ani) cu incontinență prin imperiozitate. Aprecierea tabloului clinic, al sindromului micțional prin imperiozitate s-a efectuat în baza metodei de tabelă, cu determinarea numărului de puncte acumulate. Evaluarea simptomaticeii, efectuată cu ajutorul unei anchete pentru aprecierea funcției vezicii urinare, relevă un tablou clinic pronunțat al IU prin imperiozitate – punctajul mediu a fost de 23 (de la 10 până la 35). Până la completarea anchetei s-au efectuat cercetările de laborator (urogramă, investigații radiologice, ultrasonografia vezicii urinare cu aprecierea urinei reziduale). Paralel s-a făcut cistoscopia pentru a exclude lezările locale ale mucoasei vezicii urinare și cercetarea pacientelor pe scaunul ginecologic pentru a exclude o patologie ginecologică asociată. La fiecare 2 săpt. se recompletea ancheta pentru a observa dinamismul tratamentului. Spasmex s-a indicat: primele 2 săpt.- 5mg. x 3 ori pe zi, următoarele 4 săpt.- 15mg. x 2 ori pe zi.

Rezultate și discuții. Pe fundalul tratamentului cu Spasmex au survenit schimbări evidente în simptomatologia incontinenței prin imperiozitate. În primele 2 săpt. dinamica a constituit 5,4 puncte sau 0,38 puncte pe zi. Ulterior schimbările nu au fost așa de pronunțate: 3-4 săpt. – 2,1 puncte; 5-6 săpt.- 2,3 puncte. Între a 2-a și a 4-a săpt. s-a manifestat o scădere a cantității micțiunilor diurne și nocturne. Caracteristic a fost faptul că simptomele de imperiozitate au devenit mai șterse și manifestate mai rar. Pacientele au menționat că intervalele între micții au devenit mai mari și a apărut posibilitatea de a inhiba aceste chemări imperioase și, astfel, a prelungi faza de umplere. 13 paciente n-au mai avut episoade de incontinență în procesul de administrare a preparatului Spasmex, la 5 paciente a survenit o ameliorare, dar continua pierderea de urină, deși într-un volum mai mic și doar la 4 paciente nu s-a înregistrat nici o schimbare. Reacțiile adverse s-au manifestat numai prin uscăciune în gură, care a putut fi suportată. Pacientele au demonstrat o îmbunătățire considerabilă a calității care a depins nu numai de episoadele de incontinență, ci și de cantitatea de micții nocturne, creșterea intervalului dintre micții. Este bine știut că rezultatele corecției chirurgicale sunt foarte dependente de fundalul pe care este efectuată intervenția, IU nu este o excepție. Dacă luăm în considerație faptul că la femei cel mai des se manifestă o incontinență mixtă, iar rezultatele negative ale intervenției chirurgicale sunt legate de simptomele de imperiozitate, se poate de indicat o cură de tratament de 2-3 săpt. cu M-cholinolitice, preoperator, pentru a evita insuccesul posibil în IU mixtă.

Concluzii. Preparatul Spasmex s-a dovedit a fi eficient în 85% de cazuri: 62% de femei n-au mai acuzat episoade de incontinență, iar 23% au manifestat o ameliorare vizibilă a stării. La administrarea preparatului Spasmex se manifestă o dinamică pozitivă a tuturor componentelor simptomelor micțiunilor imperioase. IU prin imperiozitate suferă schimbări vădite în primele 2 săptămâni, îmbunătățind calitatea vieții la pacientele care îl administrează.

ACTUALITĂȚI ÎN DIAGNOSTICUL ȘI ÎN TRATAMENTUL VEZICII HIPERACTIVE

S. Persu, V., Adriana Cotarta, V. Rosca
Clinica de Urologie a Spitalului Clinic Prof.Dr. Th. Burghel

Summary

The overactive bladder is a medical condition referring to the symptoms of frequency and urgency, with or without urge incontinence, when appearing in the absence of local pathologic or metabolic factors that would account for these symptoms. Pharmacologic treatment of overactive bladder should aim principally to decrease detrusor activity and increase func-

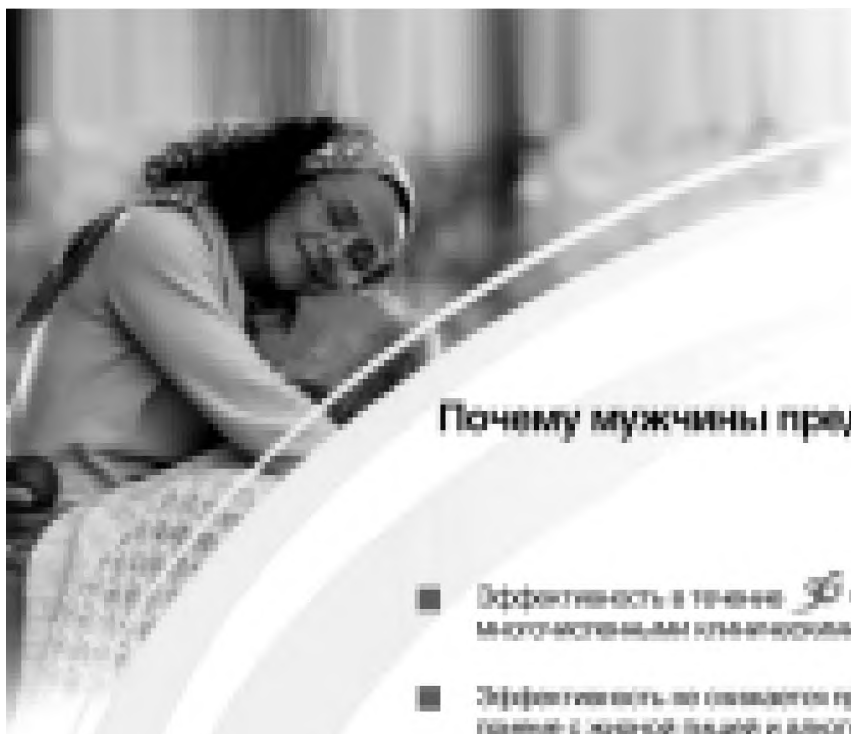
tional bladder capacity during the filling phase. Local injection of BOTOX(R) to block nerve impulses that trigger overactive bladder contractions is a novel approach to the management of neurogenic urinary incontinence, and it may offer potential safety and efficacy advantages for patients with inadequate response to first-line therapy and who do not want to consider invasive surgery."

Obiective. Prezentarea unor noi metode de tratament medicamentos. În vezica hiperactivă, cea mai recentă ar fi toxina botulinică, care face parte din terapia costisitoare, indicată în cazul eșecului tratamentului „gold standard” ce cuprinde terapia comportamentală și antimuscarinică sau anterior tratamentului chirurgical de mărire a vezicii urinare. Printre medicamentele în studiu se află cele ce acționează pe canalele de potasiu, inhibitorii secreției de prostaglandine, capsaicin și resiniferatoxin ce acționează asupra receptorilor vaniloid, care influențează calitatea vieții prin îmbunătățirea capacității vezicale, cu mărirea intervalului între micțiuni, scăderea presiunii detrusorului, reducerea volumului postmictional.

Material și metoda. S-au folosit articole și publicații din perioada 1998- 2006, prezentate în bibliografia de la

sfârșitul articolului, precum și unele observații din experiența clinică.

Concluzii. Tratamentul cu toxina botulinică este un tratament scump și se administrează în cazul eșecului tratamentului medicamentos. Trebuie cunoscute foarte bine efectele adverse ale medicamentelor anticolinergice care pot traversa ușor bariera hematoencefalică, cât și starea funcțiilor cognitive ale pacienților pe care acest tratament le poate afecta și cu toate acestea tratamentul antimuscarinic, alături de terapia comportamentală ramâne tratamentul de baza în **overactive bladder**. S-a dorit prin acest articol să se deschidă noi orizonturi pentru controlul farmacologic al reflexului micțional prin acțiune atât asupra sistemului nervos central cât și asupra celui periferic, unele putând fi strategii viitoare de tratament al vezicii hiperactive.



Почему мужчины предпочитают Сиалис?

- Эффективность в течение 30 минут – доказана многочисленными клиническими исследованиями
- Эффективность не снижается при одновременном приеме с жирной пищей и алкоголем
- Предоставляет пациентам свободу в выборе момента близости





Din nou in farmă!

AMORF

AMORF este un medicament care conține un principiu activ din grupul de derivați ai acidului salicilic, care are efecte analgezice, antipiretice și antiinflamatoare. Este indicat în tratamentul durerii moderate și severe, febrei, inflamației și în prevenirea trombozei venoase profunde.

AMORF este disponibil în două forme farmaceutice: tablete și injecții. Este un medicament sigur și eficient, care poate fi utilizat în tratamentul diferitelor afecțiuni medicale.

AMORF este un medicament care conține un principiu activ din grupul de derivați ai acidului salicilic, care are efecte analgezice, antipiretice și antiinflamatoare. Este indicat în tratamentul durerii moderate și severe, febrei, inflamației și în prevenirea trombozei venoase profunde.

AMORF este disponibil în două forme farmaceutice: tablete și injecții. Este un medicament sigur și eficient, care poate fi utilizat în tratamentul diferitelor afecțiuni medicale.



TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL DISFUNCTIILOR ERECTILE CU PROTEZE PENIENE SINTETICE SEMIRIGIDE

C.Spânu, C.Lupașco, I.Dumbraveanu, V.Ghicavii, V.Botnaru, A.Galescu, E.Pleşca
Secția Urologie IMSP, Spitalul Clinic Republican,
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "Nicolae Testemitanu", Chișinău

Summary

The aim of this study is to represent the surgical treatment of the organic impotence, by implanting the synthetic semi-rigid protheses type Small-Carrion and to evaluate the efficiency and the complications of this method for 30 patients, during the period of 1989-2005 years, in Urology Department Republican Hospital.

Introducere. Disfuncția erectilă este cea mai frecventă patologie care afectează viața sexuală a milioane de bărbați. Farmacoterapia orală și administrarea intracavernoasă de substanțe vasoactive reprezintă, la ora actuală, primele opțiuni terapeutice ale pacientului cu disfuncție erectilă. Pacienții care nu răspund la terapia conservatorie sunt candidați pentru tratamentul chirurgical, protezarea corpilor cavernoși.

Scopul lucrării. Analiza rezultatelor protezării peniene la pacienții cu disfuncție erectilă tratați în Clinica Urologie a SCR.

Materiale și metode. În perioada anilor 1989-2004 în Clinica de Urologie SCR s-au efectuat 30 de intervenții chirurgicale pentru inserția protezelor peniene. În toate cazurile am utilizat proteze peniene sintetice semirigide de tip Small – Carrion, în consecință penisul recapătă rigiditatea necesară efectuării unui act sexual. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 25 și 55 ani. Repartiția cazurilor, conform cauzelor disfuncției erectile, a fost următoarea:

1. Diabet zaharat – 8 (26.7%) cazuri
2. Leziuni vertebromedulare – 7 (23.3%) cazuri
3. Disfuncții psihogene – 2 (6.7%) cazuri
4. Dereglări arteriogene – 12 (40%) cazuri
5. Sechele după priapism – 1(3.3%) caz

În toate cazurile algoritmul diagnostic a fost realizat într-o manieră sistematică pentru a încerca să se deceleze cauzele vasculare, neurologice sau endocrine ale DE. Din punct de

vedere etiologic, majoritatea cauzelor de disfuncție erectilă organică sunt vasculare, cu răspuns foarte scăzut la tratamentul cu agenți vasoactivi și la tratament intracavernos. Inserția protezelor peniene este gestul chirurgical care exclude definitiv alte modalități de tratament al disfuncției erectile și trebuie considerat ca un procedeu ireversibil atât de către chirurg, dar mai ales de pacient. Abordul chirurgical a fost în exclusivitate penoscrotal. Dilatarea interiorului corpului cavernos este asigurată de inserarea unui Hegar de 10 mm. Dilatarea continuă până la mărimea de 13 mm a Hegarului. Lungimea protezei trebuie măsurată foarte atent, ca să nu fie nici mai scurtă, pentru că determină deformări ale glandului și nici prea lungă, deoarece în timpul utilizării poate cauza perforații ale corpului cavernos.

Rezultate. În perioada postoperatorie imediată au fost atestate următoarele complicații:

1. Hematom fluctuant – 1 caz (3.3%)
2. Eroziunea și migrarea protezei - la 2 pacienți (6.7%) cu leziuni vertebromedulare
3. Necroza marginalizată a țesutului cutanat fără afectarea corpilor cavernoși – 1 caz (3.3%)

În perioada postoperatorie tardivă am semnalat un caz (3.3%) de fractură a protezei survenită la un interval de peste 5 ani de la operație.

Concluzii. Protezele peniene sunt indicate pentru tratamentul disfuncției erectile la subiecții cu o relație stabilă și reprezintă un tratament cu rezultate garantate, dar care trebuie rezervat cazurilor bine selectate, după eșuarea altor strategii terapeutice. În aspect general rezultatele implantării de proteze peniene sunt bune și favorizează reintegrarea persoanelor respective într-o viață normală.

EVALUAREA EFICACITĂȚII ȘI TOLERANȚEI PREPARATULUI „LOVEX” ÎN TRATAMENTUL PACIENȚILOR CU DISFUNCTIE ERECTILĂ

I.Dumbrăveanu, S.Gaibu, B.Baluțel, I. Codreanu, A.Tanase
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "Nicolae Testemitanu",
Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, IMSP SCR, Chișinău.

Summary

Lovex, sildenafil citrat 70 mg, Faramco, R. Moldova was prescribed to 30 patients with erectile dysfunction (ED) including 10 patients with Chronic Renal Failure on hemodialysis. The efficacy of the drug was appreciated according to the IIEF questionnaire. Lovex has shown a good efficacy on 80% of patients, comparable with 100mg of sildenafil but with minimal adverse events and could be recommended as an election treatment in patients ED.

Introducere. Pentru tratamentul disfuncției erectile (DE) au fost propuse mai multe substanțe farmaceutice, farmacoterapia orală reprezentând la ora actuală prima opțiune de tratament al pacienților cu disfuncție erectilă. Începând cu anul 1998 primul medicament prescris cu succes în tratamentul DE, indiferent de etiologie a fost sildenafilul citrat, inhibitor selectiv al enzimei fosfodiesteraza tip 5.

Actualmente sildenafilul citrat este prezent pe piața farmaceutică sub mai multe denumiri comerciale.

Scopul lucrării. Aprecierea profilului de eficiență și de toleranță în tratamentul DE a preparatului „Lovex”, sildenafil citrat 70 mg, produs de compania farmaceutică „Farmaco”, Republica Moldova.

Material și metodă. Studiul a fost efectuat în cadrul Catedrei de Urologie și Nefrologie Chirurgică la USMF „Nicolae Testemițanu” pe un lot de 30 pacienți cu disfuncție erectilă, inclusiv 20 pacienți ambulatori și 10 pacienți cu Insuficiență Renală Cronică (IRC), supuși hemodializei în cadrul Centrului Republican de Hemodializă și Transplant Renal. Vârsta pacienților a variat de la 21 la 68 ani. Pentru a aprecia prezența disfuncției erectile, a gradului de dificultate și a eficacității tratamentului a fost utilizat chestionarul IIEF (International Index of Erectile Function), care permite evaluarea screening a funcțiilor sexuale, independent de particularitățile socio-culturale sau de moment ale pacientului. Durata tulburărilor de erecție a variat de la 3 luni la 5 ani. Disfuncția erectilă ușoară a fost diagnosticată la 8 pacienți, moderată - la 15 și severă - la 7. Preparatul „Lovex” a fost administrat o dată în zi, cu o oră înaintea actului sexual. Evaluarea tratamentului a fost efectuată la 1 lună de la inițierea sa, prin completarea repetată a chestionarului IIEF, a fișierului de apreciere a toleranței, iar pacienții cu IRC au fost monitorizați suplimentar prin aprecierea indicilor T/A și a unor constante biomorale. În perioada susnumită fiecare pacient a luat între 4 și 8 comprimate de „Lovex”.

Rezultate. Analiza chestionarelor IIEF, postterapie, a demonstrat prezența unor efecte terapeutice importante. Astfel la întrebările 3, 4 și 5 care se referă la capacitatea de a ajunge și a menține erecția pe durata raportului sexual, 24 (80%) pacienți au remarcat o ameliorare evidentă a funcției erectile,

6 (20%) nu au observat nici o schimbare, 14(46%) au raportat o creștere a libidoului, 21(70%) - o creștere evidentă a satisfacției de viață, iar 19 (63%) - o reapariție a încrederii în capacitatea de a avea și a menține o erecție. Dintre pacienții cu IRC aflați la dializă, îmbunătățirea erecției a fost semnalată în 90% cazuri. Toleranța preparatului a fost în general bună. Efectele adverse au fost minime și s-au manifestat prin cefalee moderată - 3 (10%) pacienți, dispepsie - 2 (6,6%) pacienți, congestie nazală - 1 pacient (3,3%), creșterea valorilor T/A - 1 pacient (3,3%). Nu am semnalat suspendarea tratamentului din cauza efectelor adverse.

Discuții și concluzii. În termeni de comparație potența și selectivitatea unui inhibitor al fosfodiesterazei tip 5 este CI_{50} , ceea ce reprezintă concentrația minim necesară a inhibitorului pentru a reduce eficiența enzimei la 50%. Pentru a atinge un nivel de inhibare a PDE-5 de 90%, este necesară o concentrație liberă plasmatică de circa 25nM sildenafil. O doză unică de sildenafil citrat de 100 mg determină o concentrație plasmatică de vârf de circa 38nM. Majoritatea efectelor adverse raportate în literatura de specialitate se referă la doza respectivă. Dozarea de 70 mg a preparatului „Lovex” permite atingerea unui nivel înalt de inhibiție al PDE-5, nu însă și a efectelor adverse, care în studiul nostru sunt comparabile cu valorile de 50 mg sildenafil citrat. Ameliorarea mai evidentă a erecției la pacienții cu IRC se explică, probabil, prin atingerea unei concentrații plasmatică mai mari a sildenafilului la atare categorie de pacienți, afirmație care necesită însă studii suplimentare.

În concluzie, preparatul „Lovex” sildenafil citrat 70 mg, produs de compania farmaceutică „Farmaco”, are o eficacitate remarcabilă în tratamentul pacienților cu disfuncție erectilă, comparabilă cu dozele de sildenafil de 100mg, dar cu efecte adverse minime și poate fi recomandat ca preparat de primă linie terapeutică.

MANAGEMENTUL TERAPEUTIC AL MALADIEI PEYRONI

I. Dumbraveanu, C.Lupașco, C.Spânu, A.Oprea, D.Grosu, M.Prozor
*Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgică, USMF “Nicilae Testemițanu”,
 Secția Urologie IMSP SCR, Chișinău*

Summary

Author experience of treatment results of 41 patients suffering from Peyronie disease was evaluated. Basically conservative treatment of Peyronie disease can be final or for starting initial consolidation of fibroses area, that is forming ulterior surgical facilities and recidivism prevention.

Introducere. Maladia Peyroni sau indurația fibroblastică a corpiilor cavernosi este cunoscută și studiată din anul 1743. În ultimile decenii se remarcă o creștere a incidenței sale de la 0,4-1% în anii 50 ai secolului trecut la 3,2% în prezent.

Scopul lucrării. Studiarea și prezentarea prin prizma experienței personale a managementului terapeutic al maladii Peyroni.

Material și metodă. Lucrarea se bazează pe un lot de 41 pacienți cu diagnosticul sus-mentionat, tratați în Clinica de Urologie a SCR, în perioada 2000 - 2005. Vârsta pacienților a variat de la 27 la 68 de ani cu o medie de 46 ani. Durata de la debutul maladii a fost de la 2 luni la 6 ani. Printre cauzele

adresării se remarcă: erecție dureroasă - 35 (85%) pacienți, disfuncție erectilă severă - 6 (15%) pacienți, disfuncție moderată - 12 (30%), durere peniană în flaciditate - 10(24%), deformitate și curbare peniană în absența simptomatologiei subsective - 5 (12%) pacienți. La majoritatea pacienților se remarcă prezența unei placi unice - 28 (68%) cazuri, și o localizare dorsală sau dorso-laterală, placi multiple am semnalat în 13 (32%) cazuri. Am utilizat următoarele protocoale terapeutice: conservator - 18 (44%) pacienți, combinat (conservator +chirurgical) - 19 (46%) cazuri, chirurgical - 4 (10%). La 37 pacienți (90%) protocolul terapeutic de primă intenție a fost axat pe tratamentul conservator. Am utilizat în funcție de caz următoarele preparate în diverse combinații: Vit E 400-800 mg, zilnic, antiinflamatoare nesteroidiene (Diclofenac, Piroxicam, etc.), preparate antihialinoridazice sau fermenți (Sol Lidază 64 UN, Wobenzim), imunomodulatoare, conform statutului imun și

imunogramei (Timalin, Imunofan, Cicloferon, VMM, etc.), preparate hormonale (Dexametazon, Hidrocortizon) și/sau Verapamil administrate local, aplicații locale cu Sol Dimexid 20-25%. Un rol aparte le-a revenit procedurilor fizioterapeutice: electroforeză cu Sol. Lidază, ampipuls, fonoforeză cu Hidrocortizon, etc. Durata tratamentului conservator a variat de la 6 la 12 luni. În caz de ineficiență, am recomandat tratament chirurgical. La 23 (56%) pacienți am practicat intervenția Nesbit în modificările Jonas sau Șceplev.

Rezultate și discuții. Conform datelor din literatura de specialitate și a experienței personale, rezultatele pozitive în urma tratamentului conservator al maladiei Peyroni nu constau în dispariția completă a zonei fibrozate, fenomen posibil doar după excizia chirurgicală, ci în dispariția sau în diminuarea acuzelor subiective și restabilirea funcției erectile. La 37 pacienți care au urmat tratamentul conservator am semnalat următoarele rezultate: dispariția sau diminuarea durerii în erecție – 20 (54%) cazuri, ameliorarea activității sexuale – 14 (38%) cazuri, reducerea în dimensiuni a plăcii fibroase și a unghiului de curbura – 15 (40%) cazuri. Nu am observat

dispariția completă a plăcii fibroase. Printre efectele adverse ale terapiei conservatoare menționăm: durere în timpul injectării de dexametazon sau verapamil în placa fibroasă, microhematoame peniene, arsuri superficiale în urma supradozării procedurilor fizioterapeutice. Rezultatele tratamentului chirurgical au fost în general bune. Dispariția completă a curburii peniene s-a observat la 16 (70%) pacienți, iar diminuarea semnificativă în 5 (22%) cazuri, la 2 (8%) pacienți s-a accentuat disfuncția erectilă. Nu am atestat efecte adverse importante, pacientul fiind informat despre micșorarea postoperatorie a dimensiunilor peniene în erecție în medie cu 1-2 cm. În perioada postoperatorie la un interval de 6-48 luni am remarcat apariția recidivelor în 5 (22%) cazuri, în special la pacienții, care nu au urmat preoperator tratament conservator.

Concluzii. Conduita terapeutică în maladia Peyroni continuă să rămână o problemă dificilă. Algoritmul terapeutic constă în inițierea unui tratament conservator, care poate să fie definitiv sau în scop de consolidare a zonei fibrozate, ceea ce facilitează ulterior intervenția chirurgicală și previne apariția recidivelor.

PRIAPISMUL IATROGEN. RECOMANDĂRI PRACTICE DE TRATAMENT

R.Țurcanu, I.Dumbraveanu, A.Oprea, C.Guțu, V.Punga

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău

Summary

Results of examining and treatment of 19 patients suffering from acute Priapism and was evaluated. Adequate therapy considerably reduce surgery rate and increase erectile function recuperation. We consider the serious medical error is not performing preventive test before intracavernose injection.

Introducere. Priapismul este erecția prelungită, dureroasă neînsoțită de libido sau de satisfacție sexuală. Se observă, în special, la bărbații sexual activi cu vârsta de la 20 la 50 ani. Incidența priapismului este relativ scăzută (sub 0,4%). Administrarea intracavernoasă a preparatelor farmacologice pentru tratamentul disfuncției erectile, adeseori nejustificată și necontrolată, a dus la creșterea bruscă a incidenței.

Scopul lucrării. Analiza cazurilor de priapism iatrogen și stabilirea unor metode eficiente de tratament și de profilaxie.

Material și metodă. În perioada 1999-2005 sub observația noastră s-au aflat 19 pacienți cu priapism acut. Dintre acestea, 12 (63%) au fost cu priapism iatrogen. La 2 pacienți priapismul a apărut în urma testării farmacologice a erecției cu papaverină, efectuată în clinica noastră, iar la 10 - în urma tratamentului disfuncției erectile prin injecție intracavernoasă de papaverină, Caverject, sau a unor substanțe necunoscute, administrate în alte instituții. Vârsta pacienților a variat de la 21 (!) la 49 ani. Perioada de timp de la apariția priapismului până la adresare a fost de la 2 ore (în cazul testării funcției erectile) la 96 (!) ore.

Rezultate. În urma tratamentului conservator prin administrarea intracavernoasă de adrenomimetice, aspirația

coprilor cavernoși, perfuzii cu Sol.Heparină, am reușit eradicarea priapismului la 7 pacienți, inclusiv în condiții de ambulator. În 5 cazuri, la pacienții cu o adresabilitate de peste 24 ore, am recurs la tratament chirurgical. Am efectuat fistula spongicavernoasă la 4 pacienți, iar anastomoza spongicavernoasă la 1 pacient. Nu am avut complicații intraoperatorii sau recidivă postoperatorie a priapismului.

Discuții și concluzii. Conform schimbărilor hemodinamice în corpii cavernoși deosebit priapism acut de stază și priapism acut datorat creșterii aportului arterial. În prima situație, în circa 24 ore se produce necroza țesutului cavernos, spre deosebire de a doua, când priapismul poate continua câteva zile. Tipul priapismului iatrogen nu este elucidat pe deplin, totuși, deja peste 4 ore de la debut, în țesutul cavernos se produc fenomene evidente de hipoxie, care peste 12 ore duc la schimbări ireversibile. Prin urmare, intervalul maxim de timp admis înaintea detumescenței active va varia între 4 și 12 ore. Dacă diagnosticul este stabilit până în acest interval, prezența erecției dureroase impune administrarea intracavernoasă de substanțe adrenomimetice. Din experiența noastră am observat că efectul optim aparține Fenilefrinei (Mezaton) în doze de la 1 la 5mg, în administrare lentă, sub controlul T/A. În caz de ineficiență, la interval de 0,5-1 ore, se readministrează. În priapismul cu o durată de peste 4 ore, în prima etapă se va efectua puncția aspirativă din coprii cavernoși a circa 50-60 ml sânge, în scopul scăderii presiunii intracavernoase, apoi, prin același ac, se administrează soluția adrenomimetică. La un interval de peste

12 ore, prealabil administrării de adrenomimetice se va efectua perfuzia corpilor cavernoși cu Sol. Heparină 5000-10000 UN dizolvate în circa 200 ml Sol. NaCl 0,9%. În caz de ineficiență la efectuarea repetată a manoperelor sus-numite, se impune tratamentul chirurgical. Fistula spongiocavernoasă (Operația Winter) constă în crearea unui flux nou de sânge din corpii cavernoși în cel spongios, prin efectuarea puncțiilor repetate cu un ac de biopsie (Tru Cut) prin glandul penian. Tehnica Al-Chorab va forma anastomoze spongiocavernoase cu diametrul de circa 0,5 cm prin glandul penian la ambii corpi cavernoși și regiunea bulbară a uretrei. Menționăm că tratamentul adecvat și în timp util a priapismului iatrogen

reduce rata intervențiilor chirurgicale și restabilirea ulterioară a funcției erectile. Tratamentul conservator neadecvat, în special prin măsuri de ordin general (sedative, tranchilizante, comprese reci, antispastice) doar agravează decurgerea maladiei și temporizează efectuarea tratamentului corect, având repercusiuni grave asupra funcției sexuale ulterioare. În același timp administrarea intracavernoasă a substanțelor farmacologice fără o testare prealabilă a erecției și a dozelor optime constituie o gravă eroare medicală.

АндроГель®

Тестостерон 1%

Эффективная и удобная
заместительная терапия
у мужчин



Гель тестостерона

Поддерживает уровень тестостерона
в пределах физиологической нормы

www.muzhskoy-doctor.ru

Pentru placerea ta



FARMACO
PENTRU SĂNĂTATEA TA

CUPIDON-FARM

100% Sildenafil Citrat

Comprimat 75 mg Nr. 1, 2



NOU!

Produs în România, Cluj-Napoca, Șosea Ștefan cel Mare nr. 1
Tel: 0365 240000 Fax: 0365 240001
www.farmaco.ro

INDICII DE ACTIVITATE A CENTRULUI DE HEMODIALIZĂ A IMSP SCR PRIVIND TRATAMENTUL INSUFICIENȚEI RENALE CRONICE TERMINALE

S.Gaibu, A.Tanase, Larisa Evdochimov, Lilia Postolachi

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "Nicolae Testemițanu",

Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, IMSP Spitalul Clinic Republican, Chișinău

Summary

Year before year principle parameters of hemodialysis treatment of end stage renal disease become better, due to new treatment approach, high quality „artificial kidney”, spare parts, pure water and concentrates. Decreasing of mortality, surviving rate rising and a small number of kidney transplantations maintain a reduce number of patients included in hemodialysis program.

Actualitatea. Spre finele anului 2005 numărul global de pacienți care au ajuns în Stadiul Terminal al Maladiilor Renale (ESRD – end-stage renal disease) a atins cifra de 1,9 mln. Dintre ei, circa 1,45 mln beneficiază de tratament cu dializă – Hemodializă (HD) sau Dializă Peritoneală (DP), iar 445 mii supraviețuiesc grație Transplantului Renal (TR) (FMC, 2006). În urma perfecționării aparatului și a tehnicilor utilizate (stații de epurare a apei, soluția de dializă bicarbonat), a materialelor de consum pentru HD cu o biocompatibilitate destul de înaltă, rezultatele tratamentului Insuficienței Renale Cronice (IRC) s-au ameliorat esențial, fapt ce a contribuit la majorarea considerabilă a supraviețuirii pacienților. În pofida deschiderii a noi unități de HD, numărul bolnavilor primar incluși în tratament rămâne totuși insuficient, cauzele fiind următoarele: supraviețuirea durabilă la dializă, diminuarea letalității și efectuarea unui număr insuficient de TR.

Scopul lucrării. Scopul lucrării constă în studierea indicilor de activitate a Centrului de Hemodializă a IMSP SCR vizând tratamentul prin hemodializă al pacienților cu IRC terminală.

Material și metodă. Studiului au fost supuși 1110 pacienți cu IRC Terminală, internați în Centrul de Hemodializă a IMSP SCR, în perioada anilor 1981-2006. Au fost analizați următorii indici de activitate: numărul de pacienți tratați în decursul anilor; inclusiv internați primar, repartizarea după sex, vârstă, etiologia IRC, letalitatea și supraviețuirea durabilă la HD.

Rezultate și discuții. În tratamentul cu HD programată, în decurs de 26 ani, au fost incluși 1110 pacienți cu IRC terminală. În perioada nominalizată numărul aparatelor de dializă (loc dializă) s-a majorat de la 8 la 20. Numărul de ședințe HD de asemenea a progresat - de la 1251 în anul 1981, până la 13020 în anul 2005. În funcție de sex, repartizarea este constantă: circa 57,4 % - bărbați și 42,6 % - femei. Repartizarea după cauza ce a provocat dezvoltarea IRC: cea mai frecventă maladie - glomerulonefrita cronică – 50,2 %,

apoi pielonefrita cronică – 26,2%, iar pe locul 3 - polichistoza renală cu 9,6%, în rest etiologia IRC a fost diabetul zaharat, nefropatiile vasculare, interstițiale, sindromul Alport, etc. Conform vârstei pacienților, majoritatea (86,0%) au fost de 20-55 ani – vârsta productivă și aptă de muncă. Numai 8,5% au constituit pacienții cu vârsta de 56-75 ani. Un indice important în tratamentul de substituție este supraviețuirea pacienților la HD, care, de fapt, e relativ, deoarece o parte dintre pacienți au fost transferați în alte secții nou-create sau au întrerupt tratamentul după TR reușit. Conform studiului, 75 % au supraviețuit până la 5 ani, 19,3% - până la 10 ani și 5,7% - peste 10 ani. Dacă numărul total de pacienți tratați în decursul anului este stabil – circa 115-120 pacienți, apoi cei incluși primar în HD diferă: de la 50-70 pacienți în primii ani de activitate la 23-25 în ultimii 6-7 ani. Indicele de letalitate a pacienților la HD s-a diminuat considerabil de la 52% în anii '80, la 5-7 % în prezent. Cauzele decesului nu diferă pe an ce trece și sunt legate preponderent de patologia pacientului dializat: insuficiență cardio-vasculară, accidente vasculare cerebrale, dreglări metabolice, etc.

Concluzii:

1. În decurs de 25 ani în Centrul de HD a SCR 1110 pacienți cu IRC terminală au fost incluși în tratament cu HD programată, iar numărul de ședințe efectuate în această perioadă va atinge cifra de 200 mii la finele anului 2006.

2. Structura pacienților dializați a fost următoarea: predomină bărbații cu 57,4%; cauzele principale ale IRC sunt glomerulonefritele cronice – 50,2 %, pielonefritele cronice – 26,2 % și polichistoza renală – 9,6 %; circa 86 % dintre pacienții spitalizați sunt de vârsta aptă de munca (20–55 ani).

3. Letalitatea pacienților tratați cu HD s-a micșorat de la 52,5%, în primii ani de activitate, la 5-7% în ultimii 5-6 ani. Cauzele deceselor sunt legate preponderent de patologia pacientului dializat.

4. Grație perfecționării calității tratamentului aplicat, a sporit supraviețuirea pacienților la dializă (75% - până la 5 ani, 19,3% - până la 10 ani și 5,7% - peste 10 ani). În același timp spitalizarea pacienților primar incluși în tratament nu s-a majorat, fapt ce necesită deschiderea a noi secții de dializă și sporirea numărului de transplantate renale.

NECESITATEA MODIFICĂRII LEGII PRIVIND TRANSPLANTUL DE ORGANE ȘI ȚESUTURI UMANE

G.Romanciuc, I.Codreanu, A.Tănase

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”,

Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, IMSP Spitalul Clinic Republican Chișinău

Summary

To qualify for entry to the European Union, Moldova will have to meet, inter alia, recognized European standards in organ and tissue transplantation. The purpose of the Workshop and Training Course was to identify any changes to Moldovan laws which would help combat organ trafficking and facilitate the development of transplant services.

Transplantul de organe în Republica Moldova își are începutul odată cu intrarea în vigoare a ordinului Ministerului Sănătății R.Moldova cu nr.563 din 13.08.1982 despre “Crearea Centrului Transplant Renal în R.Moldova”. Prin acest document au fost legiferați Regulamentul Centrului Transplant Renal și instituțiile cu drept de prelevare a organelor. Toate acestea au fost posibile doar după un șir de documente emise în fosta URSS, care au permis, inițial în baza „morții biologice”, “Dreptul de prelevare și conservare a rinichilor pentru transplant”, apoi “Dreptul de a efectua operațiile transplant renal în Spitalul Clinic Republican”. Primul transplant cu rinichi de donator cadavru a fost efectuat pe data de 24 septembrie 1982. Până în anul 1999 au fost efectuate 242 operații transplant renal, toate cu folosirea rinichilor de la donator cadavru în moarte biologică.

Pe 25 iunie 1999 Parlamentul R.Moldova a adoptat Legea Republicii Moldova nr.473-XIV “Privind transplantul de organe și țesuturi umane”. Pe parcursul a următorilor 6 ani după adoptarea legii au fost efectuate în total doar 16 operații de transplant renal, dintre care 10 cu rinichi de la donator viu înrudit de gradul I (mamă, tată, frate, soră) și 6 cu rinichi de la donator cadavru în „moarte cerebrală”. Mai mulți factori au contribuit la micșorarea activității Centrului de Transplant Renal, inclusiv unele lacune din legea în vigoare.

Din acest motiv, s-a impus necesitatea de a modifica legislația privind transplantul de organe și de țesuturi umane în vederea activizării serviciului în R.Moldova. În acest context, Guvernul țării a inclus în Planului Național privind realizarea Programului Comun al Comisiei Europene și al

Consiliului Europei pentru susținerea reformelor democratice în Republica Moldova pe anii 2004-2006 și reforma în domeniul transplantului de organe. De comun acord cu Consiliul Europei și Comisia Europeană, la Chișinău în aprilie 2005 a fost organizat un seminar consacrat perfecționării legislației în domeniul transplantului de organe și combaterea traficului de organe în Republica Moldova, cu participarea a trei experți din partea Consiliului Europei. În februarie 2006 reprezentanța Consiliului Europei în Republica Moldova și Ministerul Sănătății și Protecției Sociale a petrecut „Cursul de instruire privind aspectele organizaționale ale transplantului de organe”. Expertiza serviciului de transplantologie în R.Moldova a permis de a face o serie de concluzii care stau la baza activității insuficiente în sistemul de transplant, cum ar fi: absența specialiștilor în domeniul coordonării de transplant, lipsa unui program complex în domeniul transplantului de organe și de țesuturi, lacunele legislației în vigoare în domeniul transplantului, alocarea insuficientă a surselor financiare destinate dezvoltării transplantologiei în R.Moldova, lipsa aparatului necesar pentru aprecierea morții cerebrale ș.a.

În cadrul realizării Programului Comun, reieșind din realitățile și din necesitățile vitale ale serviciului în vigoare, au fost propuse următoarele:

- Modificarea legii R.Moldova „Privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane;
- Organizarea și crearea Agenției Naționale de Transplant;
- Implementarea recomandărilor experților Consiliului Europei;
- Inițierea procedurilor de ratificare a documentelor Consiliului Europei și ale Comisiei Europene ce vizează domeniul transplantului de organe și protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane în ceea ce privește aplicațiile biologice și ale medicinei.

CORELAȚIA ÎNTRE KT/V ȘI VALOAREA HEMOGLOBINEI LA PACIENȚII CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ CRONICĂ TRATAȚI PRIN HEMODIALIZĂ

Natalia Cornea, A. Tănase

Centrul de Hemodializă și Transplant Renal IMSP Spitalul Clinic Republican, Chișinău

Summary

A study of 33 patients with End Stage Chronic Renal Failure treated with haemodialysis in the Center of Haemodialysis and Renal Trans-

plantation has been performed. Monitoring the efficacy of dialysis in an individual patient and correlation between hemoglobin values and dialysis efficacy (Kt/V) were the aim of this study. Dialysis

efficacy was adequate in 91% with $Kt/V > 1$. We determined that hemoglobin level is in indirect correlation with the dialysis dose.

Actualitatea. Scopul primordial al tratamentului prin hemodializă este de a prelungi viața bolnavilor cu insuficiență renală cronică (IRC), a diminua mortalitatea și numărul complicațiilor. Pentru a evalua doza de dializă, se utilizează indicii Kt/V , unde K este clearance-ul ureei a dializorului, t – durata dializei și V este volumul de distribuție a ureei în organism. Anemia renală, datorată acțiunii inhibitorii a toxinelor uremice asupra eritropoezei, este complicația cea mai frecventă a IRC la pacienții dializați în patologie implicându-se și acțiunea mecanică și fizico-chimică asupra eritrocitelor, micșorarea vieții eritrocitelor în condițiile intoxicației cronice cu aluminiu, a hipersplenismului, deficitului a.folic, dereglărilor osmotice și electrolitice, etc.

Obiectivele studiului. A determina eficacitatea hemodializei în Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, IMSP SCR pe un lot arbitrar de pacienți. A examina relația între doza de dializă și valoarea hemoglobinei (Hb).

Material și metodă. S-a studiat un lot de 33 pacienți cu IRC ce urmează tratament prin hemodializă programată. Toți pacienții au fost supuși unei dialize similare, la aparate de tip Fresenius 4008B, cu utilizarea soluției dializante bicarbonat și dializoarelor Hemoflow cu membrana polisulfon (Fresenius), dintre care: F6 – 1 (3%), F60 – 3 (9%), F4HPS – 2 (6%), F5HPS – 3 (9%), F6HPS – 24 (72,7%). Au fost colectate 2 probe de sânge în condiții standartizate: până și după dializă. S-a calculat *indicele eficacității dializei (Kt/V)* cu ajutorul formulei Daugirdas, în funcție de rata de reducere a ureei sangvine (U_0, U_1) $Kt/V = -\ln(U_1/U_0 - 0,008 \times t) + (4 - 3,5 \times U_1/U_0) \times (m_0 - m_1)/m_1$ (unde t – durata dializei, m_0, m_1 – greutatea bolnavului până și după dializă). S-a determinat valoarea Hb până la dializă.

Rezultate și discuții. Dintre 33 pacienți, la 18 (54,5%) persoane patologia primară ce a dus la dezvoltarea IRC a

fost Glomerulonefrita Cronică difuză, în 11 (33,3%) cazuri – Pielonefrita Cronică, iar în 3 (9,1%) cazuri – Polichistoza Renală. Dintre ei: 22 bărbați (66,7%) și 11 femei (33,3%). Durata aflării bolnavilor la tratament prin epurare extrarenală a fost de 0,5-11 ani ($4,8 \pm 2,9$ ani). Parametrii examinați: greutatea „uscată” 46 – 138,5 kg ($70,4 \pm 16,9$ kg), înălțimea 186-145 cm ($170,3 \pm 9,0$ cm), durata ședinței de dializă - 180-240 minute ($232,85 \pm 10,51$), volumul ultrafiltratului 1700 – 5500 ml ($3787,5 \pm 1030,9$ ml). Toți pacienții urmează tratament de suplimentare cu preparate de fier și vit. B12. Nici un pacient nu administrează eritropoetină. Întreg lotul studiat a fost divizat în 2 grupuri, în funcție de frecvența efectuării hemodializei: 2 ședințe sau 3 ședințe pe săptămână, cu o distribuție numerică uniformă a pacienților conform sexului, vârstei și duratei aflării la tratament. Parametrii examinați în fiecare grup: ureea până la dializă și după: grupul I - 23,4 și 7,6 mmol/l, și, respectiv 21,9 și 7,4 mmol/l în al II-lea grup; Kt/v grupul I – 1,06 – 1,79 ($1,38 \pm 0,23$), grupul II – 0,9-1,79 ($1,30 \pm 0,25$). Kt/V -ul săptămânal va fi net superior la persoanele ce urmează hemodializa de 3 ori/săptămână. În același grup se observă o predominare a Hb: în grupul I 56-111 ($79,82 \pm 14,5$) g/l, în grupul II – 63-127 ($88,44 \pm 14,6$) g/l. Valoarea Hb este într-o dependență indirectă față de doza de dializă ($pI=0,26$, $pII=0,03$).

Concluzii

1. Kt/V -ul reprezintă indicele eficacității hemodializei ce permite a caracteriza eficacitatea tehnică a epurării extrarenale la un pacient concret. Eficacitatea dializei la pacienții studiați a fost satisfăcătoare și adecvată în 91% (30 cazuri), cu un $Kt/V > 1,0$.

2. Valoarea Hb este mai înaltă în grupul pacienților ce urmează hemodializă de 3 ori pe săptămână, decât la cei din grupul I (88,44 față de 79,82 g/l). Valoarea Hb este într-o corelație indirectă față de doza de dializă.

ASPECTE CONTEMPORANE ALE MANAGEMENTULUI INSUFICIENȚEI RENALE ACUTE

*Natalia Cornea, **B. Sasu

* Centrul de Hemodializă și Transplant Renal IMSP Spitalul Clinic Republican,

** Secția Nefrologie IMSP SCM „Sfânta Treime” Chișinău

Summary

Patients with acute renal failure (ARF) have high morbidity and mortality rates, particularly if they have serious comorbid conditions. In the past several years, a number of attempts have been made to influence the course of ARF: atrial natriuretic peptide, insulin growth factor 1 etc. This article reviews the incidence of ARF in the nephrology and intensive care departments of MCH “Sf. Treime” in the period of 2003-2005 years.

Introducere. Căderea funcției renale constituie un eveniment dramatic, cu urmări nefaste, ce pot fi preîntâmpinate prin evaluarea pacientului ex-tempore și prin abordul terapeutic adecvat. Îmbunătățirea evoluției insuficienței renale acute (IRA) este unul dintre scopurile principale puse în fața nefrologilor și

a medicilor secțiilor terapie intensivă la momentul actual. Frecvența IRA este de 5% în rândul pacienților secțiilor de profil general, având o mortalitate de 50% și mai mult. Pe parcursul anilor au fost făcute tentative de elaborare a unor metode noi de abordare a IRA, având rezultate contradictorii.

Obiective. Analiza morbidității IRA în SCM „Sf. Treime” în contextul unor aspecte moderne de diagnostic și tratament.

Material și metode. Au fost studiate 24 fișe de observație ale pacienților cu IRA ce s-au aflat la tratament în secțiile Nefrologie și Terapie intensivă a SCM „Sf. Treime” pe parcursul anilor 2003-2005. S-a analizat frecvența IRA, factorii etiopatogenici, tratamentul urmat și letalitatea. Au

fost studiate peste 150 articole din literatura de specialitate privind managementul IRA.

Rezultate și discuții. Din 24 pacienți: 14 femei (58,3%) și 10 bărbați (41,7%) cu vârsta cuprinsă între 18-82 ani (50,46±16,17 ani). 11 pacienți au fost internați în Secția Reanimare în stare extrem de gravă. Factorii etiopatogenetici implicați în dezvoltarea IRA au fost: intoxicația exogenă însoțită de sindromul hepatorenal - 8 cazuri, glomerulonefrită acută - 7 cazuri, IRA hemodinamică - 5, glomerulonefrită subacută - 1, glomerulonefrită cronică - 1, nefrită tubulo-interstițială acută - 1 și IRA obstructivă 1 caz. Letalitatea a constituit 20,8% (80% a fost determinată de intoxicație exogenă și a fost însoțită de afectare poliorganică). Tratamentul urmat a fost simptomatic, de susținere a funcțiilor vitale.

Multitudinea mecanismelor patogenetice implicate în dezvoltarea IRA, persistența mortalității înaltă în continuare impune elaborarea unor metode și a unor tactici noi de tratament.

Agenții vasoactivi: blocanții canalelor de Ca, peptidul Na uretic atrial sporesc volumul diurezei în cazul IRA oligurice (prin creșterea ratei filtrației glomerulare (RFG) în urma dilatării a. aferente, constricția celei eferente, inhibiția reabsorbției sodiului intratubular). Fenomenele ischemice prin disfuncție endotelială rezultă în disbalanța între endotelină și oxidul nitric (NO), eliberarea citokinelor, migrarea celulelor proinflamatorii și infiltrația țesutului renal. Are loc sinteza

substanțelor biologice active, a radicalilor oxizi cu progresarea dereglării funcției renale. În acest context se administrează L-arginină precursor al NO. Migrarea neutrofilelor în țesutul ischemic este limitată de activatorul plasminogenic tisular, fiind o acțiune independentă de activitatea plasminică, producția citokinelor și activarea complementului. O acțiune nefroprotectoare o are administrarea lipopolizaharidelor, ce preîntâmpină infiltrarea țesuturilor cu leucocite și induce cross-toleranța la ischemie, probabil prin majorarea TNF- α și IL6mRNA. Alte medicamente ce ameliorează recuperarea funcției renale sunt eritropoetina (EPO), factorul de creștere 1 insulin-like (IGF1), inhibitorul II1- β -convertazei, hormonul α -melanocite stimulant (α -MSH).

Concluzii

1. Mortalitatea în urma IRA rămâne înaltă față de alte nosologii (e"50%), fără tendință de diminuare în ultimii ani. Aceasta poate fi explicat prin morbiditatea asociată dezvoltării IRA. În prezent IRA se întâlnește mai frecvent la pacienții în vârstă, fiind asociată cu insuficiența poliorganică.
2. Prezența unui număr mare de verigi etiopatogenetice în dezvoltarea IRA necesită o abordare complexă multilaterală.
3. Implimentarea unor medicamente noi în tratamentul IRA (peptidul Na-uretic, L-argininei, IGF 1, EPO, lipopolizaharide etc.) este posibilă după efectuarea unor studii randomizate pentru demonstrarea eficacității lor.

PATOLOGIA VÂRSTNICILOR DIALIZAȚI: EVALUAREA ASPECTELOR CLINICE ȘI PARACLINICE

Lilia Vlasov

Secția Nefrologie, IMSP SCM „Sfânta Treime”, Chișinău, Spitalul „Barmherzigen Bruder”, Graz, Austria

Summary

The pathology of old age haemodialized patients is an actual problem, the performed study have the aim to evaluate nutritional status, bone system disturbances, treatment of renal anemia, efficiency of haemodialysis. The findings obtained justify the necessity to include this category of old age patients in renal replacement techniques.

Introducere. Vârsta în sine nu constituie o contraindicație pentru terapia de substituție extrarenală, media de debut în Europa în anul 1999 fiind de 62 ani, iar odată cu accelerarea nivelului de trai continuă să crească. Astfel patologia vârstnicilor dializați prezintă interes de perspectivă, necesitând o studiere continuă.

Obiective. Evaluarea ponderii maladiilor renale preexistente dializei, stării de nutriție, valorilor hemoglobinei pe fundal de tratament cu eritropoetină, analiza tulburărilor fosfocalcice la pacienții vârstnici dializați, estimarea eficacității hemodializei.

Materiale si metode. Au fost selectați 31 de bolnavi vârstnici, dializați pe o perioadă medie de 1,8 ani în Secția de Hemodializă a spitalului „Barmherzigen Bruder”, or.Graz,

Austria și au fost evaluate valorile următorilor indici: parathormonul (PTH) în ser - (norma-15-65ng/dl), fosforul seric - (norma-2,3-5,0mg/dl), calciul seric - (2,0-2,6 mmol/l), hemoglobina (Hb) serică - (norma-12,0-15,0 g/dl), creatinina serică - norma-(0,08 mmol/l), albumina serică - (norma 3,5 g/dl). Eficiența hemodializei a fost apreciată cu ajutorul indicelui ratei de reducere a ureei - RRU (norma - e" 65%).

Rezultate. La pacienții aflați în studiu - 18 bărbați și 13 femei, vârsta medie constituind 68,3 ani, durata medie a tratamentului cu hemodializă cronică a constituit 1,8 ani. Patologia renală s-a repartizat la vârstnici în felul următor - Pielonefrita cronică în 28,6%, nefropatia diabetică DZ tip 2-la 23,8%, boala ischemică renală aterosclerotică în 14,3%, nefropatia analgetică în 9,5%, glomerulonefrita focal segmentară în 9,5%, IgA nefropatia în 4,8%, urmate de aceeași frecvență - 4,8% pentru nefrolitiază, miloidoză renală, polichistoză renală. Valoarea PTH s-a situat pe parcursul unui an între 1,7 și 3137,0 ng.dl, în medie constituind 270,69 ng/dl. Nivelul seric al calciului a fost cuprins între 1,2 și 3,2 mmol/l, în medie-2,33 mmol/l. Valorile fosforului seric au

constituit 1,9-12,8 mg/dl, în medie-5,99 mg/dl. Valoarea medie a calciemiei a constituit 2,25 mmol/l, iar a PTH-88,8%. Nivelul seric al albuminei a fost cuprins între 1,1g/dl și 5,0g/dl, în medie-4,04g/dl. La 2 pacienți cu vârsta între 78 și 80 ani, valorile albuminuriei s-au aflat sub limita inferioară a normei-3,4g/dl. Valorile Hb serice au variat între 8,8 și 16,5g/dl. La 8 bolnavi dializați Hb s-a situat, în medie, sub 12,0 g/dl. Eficiența hemodializei, apreciată după rata de reducere a ureei - RRU a constituit în medie 72,5%. Diagnosticul de osteoporoză a fost stabilit în 95,2% cazuri, fiind confirmat radiologic prin prezența sindromului de osteopenie.

Concluzii:

1. La pacienții vârstnici, incluși în tratament cu hemodializă iterativă, maladia de bază, generatoare de IRC,

a fost pielonefrita cronică -28,6%, urmată de nefropatia diabetică -23,8%, nefropatia analgetică-9,6%, nefrolitiază -4,8%; glomerulonefrita cronică, evident având o pondere mică -4,8%.

2. Hiperfosfatemia e decelată în 71,4%, îndepărtarea toxinelor uremice contribuind la menținerea PTH majorat în ser, fapt confirmat și în literatura de specialitate.

3. Valorile medii normale ale calciului seric, ale hemoglobinei serice denotă un răspuns bun la vârstnicii dializați în rezultatul tratamentului cu preparate de calciu, fier, eritropoetină.

4. Starea de nutriție bună (albumina în medie-4,04 g/dl), eficiența hemodializei- (URR 72,5%) justifică includerea vârstnicilor în lista celor cu șanse de supraviețuire prin hemodializă.

DIFICULTĂȚI DE INTERPRETARE A MODIFICĂRILOR PULMONARE LA BOLNAVUL UREMIC (caz clinic)

V. Botnaru, A. Gavriliuc, Doina Rusu, Oxana Munteanu, Ludmila Panfil

Catedra de Medicină Internă Nr 2 USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

„Uremic lung” is a spectrum of pulmonary disease in renal failure which ranges from asymptomatic changes in pulmonary capillary membrane permeability to pulmonary edema and finally to uremic pneumonitis. Pulmonary edema in uremic patient caused considerable difficulties of distinction on plain chest X-ray with other pulmonary lesions.

„Plămânul uremic” este definit ca un sindrom clinicoradiologic polimorf, legat patogenetic de uremie și caracterizat histologic prin exsudare intra- sau/și interalveolară, cu reacție histio-monocitară caracteristică și prin răspuns particular al celulelor alveolare mari. Cazul de edem pulmonar la un pacient uremic creează dificultăți de interpretare a modificărilor radiologice.

Retenția de lichid în uremie determină deseori insuficiența cardiacă congestivă și/sau edemul pulmonar. Dar sunt raportate cazuri de edem pulmonar necardiogen (presiunea în artera pulmonară fiind normală), datorat creșterii permeabilității capilarelor pulmonare și transsudării intraalveolare a lichidului bogat în proteine.

Reacția epiteliului alveolar (injuria pneumocitelor) și exsudatul fibrinoid septal sau intraalveolar sunt considerate elementele histologice caracteristice plămânului uremic, dar nu patognomonice.

Mecanismele implicate în patogenia plămânului uremic sunt multiple: retenția hidrică, hipertensiunea arterială, insuficiența cardiacă, toxemia uremică, hipoxemia, anemia, modificările proteinelor plasmatiche, mecanismele imunoalergice, însă nu există dovezi sigure pentru a susține vreunul dintre ele. Este posibil ca principalul mecanism să-l constituie modificările cantitative și calitative ale

surfactantului pulmonar, determinate de tulburările hidro-electrolitice, toxice și metabolice din cursul oricărei insuficiențe renale.

Radiologic, apare o opacitate „în aripi de fluture”, de intensitate subcostală, difuză, cu baza la hil și infrahilar. Clinic există o discrepanță între dispnee, semnele radiologice și examenul obiectiv cu date puțin relevante.

Prezentare de caz

Pacientul L., în vârstă de 27 ani, este internat în SATI a spitalului „Sfântul Arhangel Mihail” în stare inconștientă (comă I). Cartela de ambulator absentă; însoțitorii consemnează administrarea unui tratament în staționarul de nefrologie 1 an în urmă; alte date anamnestice – lipsă.

Obiectiv pacientul cașectic, tegumentele palide, tahipneic (FR 30-35/min), respirație tip Cheyne-Stockes cu halenă amoniacală. Semne de edem pulmonar (spută spumoasă, raluri umede difuz bilaterale); anurie (la cateterizare 100 ml urină); TA 120/60 mmHg, FCC 120/min.


La examenul radiologic al cutiei toracice s-au determinat semne de edem pulmonar: opacitate „în aripi de fluture”.

Biologic: hemoglobina 84 g/l, eritrocite $2,8 \times 10^{12}/l$, leucocite $19,2 \times 10^9/l$, nesegmentate-22%, VSH 31 mm/oră. Datele biochimice confirmă insuficiența renală terminală (ureea 49,1 mmol/l; creatinina 1360,7 mmol/l). Ultrasonografic nu s-a reușit vizualizarea rinichilor.

La un pacient cu antecedente necunoscute prezența modificărilor caracteristice pentru insuficiența renală avansată impune necesitatea diagnosticului diferențial cu sindroamele reno-pulmonare: granulomatoza Wegener, Goodpasture, leptospiroza, uremia.

La necropsie (deces peste 13 ore de la internare) au fost confirmate glomerulonefrita, edemul pulmonar și edemul cerebral. Macroscopic rinichii de dimensiuni foarte mici (stângul – 8,1 cm, dreptul – 7,2 cm), cu subțierea extremă a stratului cortical (2-3 mm). Histologic interstițiul fibrosat,

îngroșare hialină a vaselor cu necroze fibrinoide ale pereților, glomerulii hialinizați, unii glomeruli cu leziuni proliferative endo/extracapilare (semilune fibrozate). Examenul necroptic a mai pus în evidență bronhopneumonia pe stânga, prezența căreia a fost subestimată radiologic.

 **EQUORAL[®]**
Ciclosporină

capsule 25/50/100 mg
soluție 100mg/ml - 30 ml

- bioechivalent ciclosporinei originale
- calitate europeană
- reducerea costului tratamentului

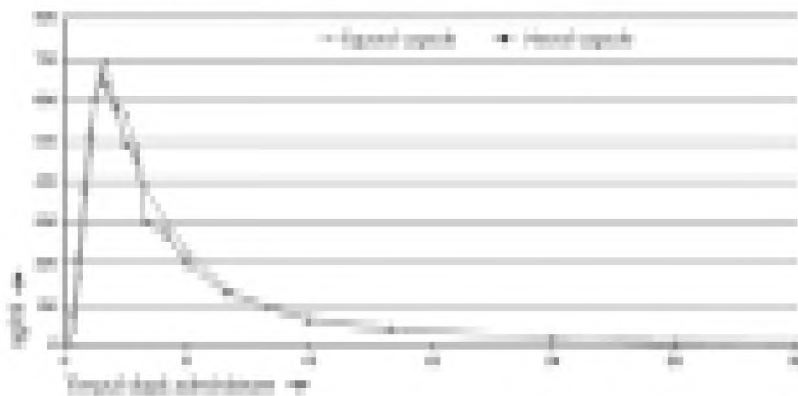


IVAX



Comparația biodisponibilității Eporalului (capsule) și Ciclosporinei originale (capsule).

risca de concentrații Ciclosporinei în sânge.



Încercare comparativă dublă, randomizată, stabilă, în crossover, realizată de MDU Philippe Bevilacqua-Clerical Research Center (Saint-Laurent, Québec, Canada) în vederea de participat voluntari (n=18) în vârstă de 18-45 ani.

18 persoane

Comparația biodisponibilității Eporalului (soluție perfuzivă) și ciclosporinelor originale (sol. perfuzivă), produse de compania Novartis, USA și Baxalta UK.

risca de concentrații Ciclosporinei în sânge.



Încercare comparativă dublă, randomizată, stabilă, în crossover, realizată în Montreal-Clerical Research Center of Pharmacy International Life Sciences Inc. (Québec, Canada) în vederea de participat 18 voluntari stabili, în vârstă de 18-45 ani.

[Detailed scientific text and references in small font, including citations to journals like Therapeutic Drug Monitoring and Clinical Therapeutics]

Este produsul comercializat în țara noastră
sub denumirea de Eporal.

Este produsul comercializat în țara noastră
sub denumirea de Cyclosporin.

Informații suplimentare
la: 0212 423 423



© 1997, 1998, 1999, 2001 de IVAX SA

ASPECTE CLINICO-EVOLUTIVE ÎN SINDROMUL HEPATORENAL

Natalia Caproș, Margareta Surlari

Catedra Medicină Internă Nr. 5, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău

Summary

Clinical evolutive aspects have been analyzed in 45 patients with hepatorenal syndrome. We have established that renal failure is a frequent complication of liver cirrhosis and unfavorable prognostic index. The patients with hepatic dysfunction can develop hepatorenal syndrome, characterized by a marked reduction of renal flux and important hemodynamic modifications.

Introducere. Alterarea fiziologiei renale la pacienții cu ciroză sau cu insuficiență hepatică acută poate determina apariția unei forme speciale de insuficiență renală, cunoscută ca sindromul hepatorenal (SHR). Importanța acordată acestui sindrom se datorează pe de o parte gravității sale, iar pe de altă parte incidenței crescute cu care apare la pacienții cu boală hepatică. 40% dintre pacienții cu ciroză hepatică și ascită vor dezvolta în 5 ani de la diagnostic SHR.

Obiective. Evaluarea particularităților clinico-evolutive și a factorilor precipitanți la pacienții cu SHR.

Materiale și metode. Au fost studiați 45 de pacienți cu ciroză hepatică decompensată și SHR, dintre care 40 - bărbați, cu vârsta cuprinsă între 48 și 62 ani. S-au urmărit parametrii clinici și cei paraclinici: simptome, hipertensiunea portală, datele hemodinamice (ultrasonografic). Criteriile de diagnostic ale SHR (conform recomandărilor Clubului Ascitei de la Roma) au constituit: scăderea filtrării glomerulare măsurate prin clearance-ul creatininei <40 ml/min sau valoarea creatininei serice 1,5 mg/dl, proteinurie 500 mg/dl, volumul urinar < 500 ml/24h, sodiul urinar <10mE/l., osmolalitatea urinară > osmolalitatea plasmatică, sodiul seric <130mE/l. Pacienți cu șoc, sepsis, hipovolemie, uropatie obstructivă sau boală parenhimoasă renală n-au fost incluși în studiu.

Rezultate și discuții. Tipul 1 de SHR, caracterizat prin declin rapid al funcției renale într-o perioadă de 2 - 3

săptămâni, s-a relevat la 17 pacienți. Prezentarea lor clinică a fost de insuficiență renală acută cu dublarea creatininei serice la un nivel ce a depășit $2,5 \pm 0,05$ mg/dl la 25 pacienți, a diametrului venei splenice (peste $14,3 \pm 1,2$ mm) mult crescut, având prognosticul fatal și care au supraviețuit timp de 7-10 săptămâni. Tipul 2 de SHR s-a depistat la 28 pacienți cu ascită refractară, cu funcția renală deteriorată mai lent, cu creșterea progresivă și ireversibilă a creatininei serice peste $1,5 \pm 0,02$ mg/dl, iar prezentarea a fost de insuficiență renală stabilă, cu o supraviețuire de 10 luni - 1,5 ani. Afecțiuni sistemice care afectează rinichiul: malarie- 1 pacient, amiloidoză -1, lupus eritematos sistemic-2, diabet zaharat în 5 cazuri. Factorii precipitanți ai SHR s-au prezentat cu incidența: infecții bacteriene în 47%, hemoragii digestive în 34 %, paracenteze agresive în 25 %, intervenții chirurgicale în 5 %, administrarea medicamentelor în 48%. Toxicitatea medicamentelor s-a determinat în cazul utilizării de anti-xiolotice - 4, paracetamol - 6, aspirină - 5, aminoglicozide - 3, antiinflamatoare nesteroidiene - 3 pacienți. Importanța recunoașterii factorilor precipitanți este deosebită, având în vedere că în strategia de tratament unul dintre obiectivele principale este înlăturarea factorilor precipitanți ai SHR. Studiile efectuate atestă că în 24 % dintre cazuri nu se poate evidenția o cauză a apariției complicației renale.

Concluzii. Insuficiența renală este o complicație frecventă a cirozei hepatice și un indicator de prognostic nefavorabil. Pacienții cu disfuncție hepatică severă pot dezvolta SHR, caracterizat prin reducerea marcată a fluxului renal și prin modificări hemodinamice importante. Factorii precipitanți ai SHR sunt infecțiile bacteriene, hemoragia digestivă și paracentezele agresive.

EVALUAREA HEMODINAMICII RENALE LA PACIENȚII CU CIROZE HEPATICE ȘI RISCUL INSTALĂRII SINDROMULUI HEPATO-RENAL

Lilia Vlasov, I.Prigorschi, Corina Salimov

Secția Nefrologie IMSP SCM „Sfânta Treime”, Chișinău

Summary

Hepatorenal syndrome, a well-recognized complication of hepatic cirrhosis is characterized by early renal vasoconstriction before clinically recognized renal disease. This renal hemodynamic changes, increased renal vascular resistance is detectable by Doppler ultrasonography. We studied the possibility of renal Doppler ultrasonography to detect the hemodynamic abnormalities in patients with liver disease and its prognostic value for kidney status.

Introducere. Afecțiunea renală se constată la mai mult de 30% dintre pacienții cu ciroză hepatică. Letalitatea înaltă a pacienților cu ciroză hepatică, complicată cu „sindromul hepato-renal”, „necroza tubulară acută” este crescută și variază de la 50%-70%, în cazul „necrozei tubulare acute”, la 75-100% în caz de „sindrom hepato-renal”. Odată cu progresarea afecțiunilor hepatice, disfuncțiile circulatorii se agravează, scade perfuzia renală, concomitent cu creșterea

vasodilatării periferice. Este reactualizată necesitatea de a estima hemodinamica renală la pacienții hepatici, dopplerografia vaselor renale fiind o alternativă neinvazivă și precoce.

Obiective. Analiza indicilor hemodinamici renali prin intermediul examenului Ultrasonografic-Doppler al arterelor renale la pacienții cu hepatite cronice și ciroze hepatice. Identificarea pacienților cu ciroze hepatice și risc crescut de instalare a sindromului hepato-renal.

Materiale și metode. Studiul a inclus examinarea a 32 pacienți cu afecțiuni hepatice, 14 - cu hepatite cronice virale, 2 cu hepatite toxice și 16 pacienți cu ciroze hepatice, dintre care 6 bolnavi cu ciroze hepatice decompensate vascular și parenchimatose. Pacienții au fost examinați clinic și paraclinic, au fost apreciate valorile creatininei plasmatică, ureei, ionogramei, probelor funcționale renale, albuminei în ser, sedimentului urinar. A fost efectuată Dopplerografia arterelor renale (Tosiba SSA-340A) cu determinarea vitezei sistolice maxime și a vitezei diastolice minime, indicelui de rezistență și indicelui pulsativ în arterele renale ca markeri ai rezistenței vasculare renale.

Rezultate și discuții. S-a constatat creatinina serică la valori normale la toți pacienții incluși în studiu, ureea serică crescută nesemnificativ la 5 pacienți cu ciroză hepatică

decompensată, la care s-a depistat hipoalbuminemie și hipokaliemie. Rezultatele Dopplerografiei arterelor renale a permis determinarea următorilor parametri: scăderea vitezei diastolice minimale în arterele renale - mai puțin de 0,12 m/sec la pacienții cu ciroze hepatice decompensate, comparativ cu pacienții cu ciroză hepatică compensată. Indicii de rezistență și indicele pulsativ, viteza maximală diastolică a arterelor renale au fost semnificativ crescute în 91% la pacienții cu ciroze decompensate față de cei cu ciroze hepatice compensate. Valori crescute ale indicilor de rezistență (mai mult de 0,7 m/sec) nu s-au determinat la pacienții cu hepatite cronice.

Concluzii:

1. Dopplerografia arterelor renale este o metodă neinvazivă de determinare a perturbărilor hemodinamicii renale la pacienții cu ciroze hepatice, fiind accesibilă, având o acuratețe comparabilă cu angiografia arterelor renale.
2. Indicele de rezistență a arterelor renale crește odată cu progresia suferinței hepatice, iar creșterea valorii lui mai mult de 0,78 m/sec vorbește de o posibilă prăbușire a irigației sanguine renale și de instalarea sindromului hepato-renal.
3. Îmbinarea datelor clinice cu cele ecografice poate dirija conduita terapeutică optimă.

MODIFICĂRILE ECOCARDIOGRAFICE LA PACIENȚII CU PIELONEFRITĂ CRONICĂ BILATERALĂ ÎN FUNCȚIE DE GRADUL MALADIEI RENALE CRONICE

P. Cepoida, C. Babiuc

Catedra Medicină Internă Nr. 1, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău

Summary

The transversal study of 86 patients with chronic pyelonephritis in different stages of chronic kidney disease was carried out in order to determine the echocardiographic parameters dependent on the renal function diminution. The grand majority of echocardiographic parameters correlates with blood creatinine levels and glomerular filtration rate. There is a clear difference between echocardiographic modifications in patients with grade I, II of chronic kidney disease and those with grade III, IV, V of chronic kidney disease. So, the level of glomerular filtration less than 60 ml/min can be considered as threshold for cardiovascular events prevention commencement.

Introducere. Complicațiile cardiovasculare reprezintă cauza cea mai frecventă a decesului la pacienții cu insuficiență renală cronică. Luând în considerație succesele indiscutabile în profilaxia dereglărilor cardiovasculare, realizate pe parcursul ultimului deceniu, este fundamentată discutarea momentului inițierii aplicării măsurilor profilactice în grupa pacienților cu maladia renală cronică. Studiul modificărilor ecocardiografice oferă posibilitate de apreciere a momentului de dezvoltare a modificărilor avansate a structurilor cardiace anatomice și a hemodinamicii centrale, care solicită intervenție medicamentoasă profilactică.

Obiective. Evidențierea corelațiilor între unele modificări ecocardiografice la pacienții cu pielonefrită cronică și gradul maladii renale cronice.

Material și metode. Studiul include 86 pacienți cu pielonefrită cronică bilaterală spitalizați în Spitalul Clinic Republican, Secția Nefrologie pe parcursul anului 2005. Grupul studiat cuprinde 20 (23%) bărbați și 66 (77%) femei, intervalul de vârstă fiind cuprins între 18 și 60 ani. Pacienții au fost repartizați în 5 loturi conform clasificării maladii renale cronice (MRC) propusă de Societatea Internațională de Nefrologie (2005): gr. I – 16 pacienți (grupa de control compusă din pacienții cu pielonefrită cronică și filtrație glomerulară peste 90 ml/min), gr. II – 25 pacienți, gr. III – 24 pacienți, gr. IV – 9 pacienți și gr. V – 11 pacienți. Analiza Krukalis-Wallis a demonstrat omogenitatea grupelor conform vârstei, indicelui masei corporale, tensiunii arteriale medii, componenței gender. În studiul statistic au fost utilizate metodele Krukalis-Wallis, ANOVA și metoda Spearman. Analiza parametrilor non-numerice a fost efectuată cu ajutorul chi-patrat (criteriul Fischer). Valorile P d' 0,05 au fost considerate statistic veridice.

Rezultate. Studiul a demonstrat o corelație egală între nivelul creatininemiei și rata filtrației glomerulare (RFG) cu

manifestările fibrotice valvulare mitrale, aortice și tricuspide, gradul insuficienței acestor valve ($p < 0,01$). Creatinina și RFG au corelat egal cu dimensiunile atrului drept și ale celui stâng, ventriculului drept ($p < 0,05$), volumul efuziunii pericardice ($p < 0,001$), valorile presiunii sistolice în ventriculul drept ($p < 0,001$). A fost determinată corelația între RFG și masa ventriculului stâng, indicele relativ al masei ventriculului stâng și grosimea relativă a ventriculului stâng ($p < 0,01$), corelația cu creatinemia fiind totuși mai strânsă. Parametrii structurali (volumul telediastolic (VTDVS), diametrul telediastolic (DTDVS), precum și cei funcționali (volum-bătaie, indice cardiac, debit cardiac, produs dublu) ai ventriculului stâng au corelat numai cu nivelul creatininei sanguine ($p < 0,01$). Studiul efectuat a demonstrat diferența statistic veridică a

incidenței fibrozei valvulare mitrale, tricuspide și aortice, a indicelui relativ al masei miocardice, presiunii sistolice în ventriculul drept, volumul efuziunii pericardice între MRC gr. I, II și BRC gr. III, IV, V ($p < 0,05$).

Concluzii. Studiul efectuat a demonstrat că marea majoritate a parametrilor ecocardiografici corelează cu concentrația creatininei sanguine și cu rata filtrației glomerulare. Analiza statistică a depistat diferența statistic veridică între grupa pacienților cu MRC gr. I, gr. II și bolnavii cu MRC gr. III, gr. IV, gr. V. Astfel a fost demonstrat că valorile filtrației glomerulare sub 60 ml/min sunt asociate cu un risc cardiovascular sporit și, consecutiv, solicită inițierea măsurilor de prevenire a evenimentelor cardiovasculare.

MODIFICĂRILE RETINIENE LA PACIENȚII CU PIELONEFRITĂ CRONICĂ COMPLICATĂ CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ

C. Ceban, P. Cepoida

Catedra Oftalmologie, Catedra Medicină Internă Nr. 1, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău

Summary

We have examined 51 patients with chronic pyelonephritis aged from 18 to 60 years old. The examined group included both patients with and without chronic renal failure (CRF) and/or arterial hypertension (AH). The study demonstrated that the majority of conventionally applied criteria for hypertensive retinopathy evaluation can develop in renal patients even without AH and correlates with the CRF aggravation. Only vascular and perivascular complications as well as optic disc oedema correlated solely with AH presence.

Introducere. Schimbările patologice la nivelul retinei corelează cu afectarea rețelei microcirculatorii la pacienții cu patologie vasculară. Hipertensiunea arterială se numără printre cauzele principale în dezvoltarea retinopatiilor. Un interes special reprezintă studierea afectării retiniene la pacienții cu hipertensiune arterială renală.

Obiective. Studiul modificărilor retiniene la pacienții cu pielonefrită cronică (PC) asociată sau nu cu insuficiența renală (IR) și/sau hipertensiunea arterială (HTA).

Material și metode. În studiul sunt incluși 51 pacienți cu vârsta cuprinsă de la 18 până la 60 de ani. Lotul studiat include 36 (70,6%) femei și 15 (29,4%) bărbați. 14 pacienți cu PC fără IR și HTA, 14 – cu PC asociată cu HTA și fără IR, 10 – cu PC și IR, dar fără HTA, iar în 13 cazuri - PC complicată cu IR și HTA. Severitatea afectării retiniene a fost repartizată conform clasificării Keith-Wagener-Barker (KWB). Pacienții au fost supuși examenului oftalmologic, investigațiilor nefrologice clinice și de laborator de rutină, ecocardiografiei, studiului nivelului de parathormon, de calcitonină, sistemului renină-angiotensină-aldosteron. În analiza statistică au fost utilizate testele Spearman și Fischer.

Rezultate. Conform criteriilor clasificării KWB, 14 pacienți nu au avut afectare retiniană, 2 pacienți - afectare retiniană minimală (gr. I), 30 pacienți – angioretinopatie moderat avansată (gr. II), 3 – pacienți afectare retiniană

avansată (gr. III) și la 2 bolnavi a fost depistată retinopatie complicată (gr. IV). În lotul pacienților cu PC izolată, la 10 pacienți a fost determinată lipsa retinopatiei și la 4 bolnavi – retinopatie gr. II. La bolnavii cu PC+HTA a fost determinată la 13 pacienți retinopatie de diferite grad, în grupul pacienților PC+IR – la 8 bolnavi, în grupul PC+HTA+IR – la 12 pacienți. Au fost studiate următoarele criterii: modificările diametrului venos și arterial, schimbările traiectului arterelor și al venelor, raportul arterio-venos, modificările reflexului arterial, semnul Salus-Gunn, culoarea discului nervului optic (DNO), schimbările conturului DNO, complicațiile perivascularare și vasculare. Gradul îngustării arteriale a corelat cu tensiunea arterială (TA) sistolică și diastolică, filtrația glomerulară (FG), nivelul creatinemiei, hipertrofia ventriculului stâng (HVS) ($p < 0,005$), concentrația parathormonului (PTH) ($p < 0,05$). Congestia venoasă a corelat suplimentar cu vârstă și cu concentrația trigliceridelor ($p < 0,05$). Traiectul arterial sinuat a corelat cu TA sistolică și diastolică, HVS ($p < 0,001$), vârstă, FG și raportul PTH/calcitonină ($p < 0,05$). Corelații asemănătoare au fost caracteristice și pentru accentuarea reflexului arterial. Caracterul sinuat al venelor retiniene corela cu TA sistolică și diastolică ($p < 0,001$), creatinemia sanguină și HVS ($p < 0,05$). Raportul arterio-venos – cu TA sistolică și diastolică ($p < 0,001$), creatinemia sanguină, FG și HVS, nivelul PTH și diminuarea hemoglobinei ($p < 0,05$). Edemul DNO a corelat cu TA sistolică și diastolică, HVS ($p < 0,0001$) și cu nivelul de angiotensină I, precum și cu activitatea reninei în plasmă ($p < 0,05$). Schimbările colorației DNO au corelat cu TA sistolică și diastolică, cu vârstă și raportul PTH/calcitonină ($p < 0,05$). Prezența și gradul semnelor Salus-Gunn, de asemenea, nu a fost specifică HTA: corelații cu TA sistolică, diastolică, HVS ($p < 0,001$), vârstă, indicele masei corporale, indicele cardiac, hemoglobină, creatinină sanguină, FG ($p < 0,05$).

Concluzii. Modificările retiniene utilizate pentru aprecierea gradului de retinopatie hipertensivă, conform clasificării KWB, sunt incomplet specifice HTA: modificările similare se atestă și la pacienții cu PC, mai ales complicată

cu IR. Pentru afectarea retiniană hipertensivă în grupul pacienților cu patologie renală sunt specifice numai modificările patologice avansate (complicații retiniene vasculare și perivasculare), precum și edemul DNO.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ПОЧКИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ПОЧЕЧНУЮ ТЕРАПИЮ ПОСТОЯННЫМ АМБУЛАТОРНЫМ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ ДИАЛИЗОМ

А.Д.Сапожников, Б.И.Харитонов, Р.Р.Беков, И.Н. Детиненко

ГУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр», г. Волжский, Россия

Summary

We have studied 17 kidney transplant recipients receiving PAPD prior transplantation. In 3 cases there was no initial graft's function. We successfully resumed PAPD in all these patients. We use original "drop in" technique of ureterocystostomy to prevent retroperitoneal leakage of urine. Removal of peritoneal catheter must be carrying out since 30 – 35 days after transplantation if the patient has stable graft function.

С ноября 2001 по март 2006 года больным из группы ПАПД выполнено 17 аллотрансплантаций почки. У 14 больных функция трансплантата была немедленной, проведения диализа в послеоперационном периоде не требовалось. В 1 случае была отсроченная функция почечного трансплантата, в 2 случаях – отсутствие функции. Всем больным, нуждающимся в проведении диализа после трансплантации почки, удалось продолжить проведение перитонеального диализа. Этот вариант представляется более предпочтительным, чем перевод на гемодиализ, так как последний требует дополнительных вмешательств по созданию сосудистого доступа. Перед «включением» почечного трансплантата в кровоток проводилась инфузия растворов в объеме 3-4 литров под контролем центрального венозного давления. В послеоперационном периоде у ряда больных отмечалось значительное (по 500 – 700 мл) отделяемое по дренажу в течение 4 – 5 дней с

постепенным его уменьшением, что требовало продления сроков дренирования ложа трансплантата. Жидкость из брюшной полости ежедневно удалялась через перитонеальный катетер. При наличии примеси крови в удаляемой жидкости, брюшная полость через перитонеальный катетер ежедневно промывалась небольшим количеством диализирующего раствора. В нашем центре применяется антирефлюксная методика уретероцистостомии, которая обеспечивает надёжную герметизацию раны мочевого пузыря в зоне анастомоза и предотвращает возможность формирования мочевого затёка в ложе трансплантата. Скопление мочи в забрюшинном пространстве может стать причиной развития перитонита. При развитии перитонита показано проведение перитонеального диализа с использованием антибиотиков интраперитонеально. Удаление перитонеального катетера производится за 7 – 10 дней до выписки больного при условии стабилизации функции почечного трансплантата, отсутствия выделения жидкости из брюшной полости при аспирации и явлений перитонита, отсутствия жидкостных образований ложа трансплантата. Пациенты, получавшие ПАПД до пересадки почки, по нашему мнению, адекватно реабилитированы данным методом и хорошо подготовлены к трансплантации.

ОЦЕНКА ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5 СТАДИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ С НАРУШЕНИЕМ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА

Сапожников А.Д., Кириллова С.Н., Лемешкина И.С.

ГУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр», г. Волжский

Summary

Estimation of vascular wall's elasticity in patients with chronic renal failure (5-th stage of chronic kidney disease) and infringement of phosphorus-calcium metabo-

lism (secondary hyper (or hypo) parathyroidism treated with ambulatory hemodialysis before and under treatment with 1 alpha-hydroxylated derivatives of vitamin D₃).

Актуальность. Назначение активных метаболитов витамина D_3 под контролем эластичности сосудистой стенки.

Цель. Оценить состояние комплекса интима-медиа и количественные показатели кровотока в сонной артерии у больных с хронической болезнью почек 5 стадии и нарушением фосфорно-кальциевого обмена.

Материалы и методы. Обследовано 90 пациентов (мужчины-44, женщины-46), среднего возраста $44,4 \pm 2,05$ лет, которые находятся на программном гемодиализе $3,2 \pm 0,5$ лет. После определения паратиреоидного гормона (ПТГ) электрохемилюминисцентным методом, уровня кальция сыворотки крови ионометрическим методом и фосфора- фотометрическим способом с вычислением фосфоро-кальциевого произведения, выявлено нарушение фосфоро-кальциевого обмена у 32 пациентов (мужчин -18, женщин-14). Пациенты разделены на три группы по уровню лабораторных показателей: первая- со значимым снижением ПТГ ($102,8 \pm 13$ пг/мл)- 14 пациентов (44%), вторая - 7 больных с умеренным снижением ПТГ до 140 ± 21 пг/мл (21,8%) и повышенным показателем ПТГ - $425,4 \pm 20$ пг/мл 11 человек (34,2%). В этих группах проведено дуплексное сканирование сонной артерии справа на аппарате Aloka SSD 1700 до начала лечения активными

метаболитами витамина D_3 и после трехмесячного курса с оценкой величины диаметра сосуда, комплекса интима-медиа на 1,5 см проксимальнее бифуркации по задней стенке с определением скоростных и спектральных характеристик кровотока.

Результаты. До начала терапии во всех группах отмечалось снижение диаметра сосуда до $4,3 \pm 0,5$ мм, утолщение интима-медиа до $2,3 \pm 0,21$ мм, снижение скоростных показателей кровотока с повышением RI до $0,89 \pm 0,05$. На фоне проводимой терапии в первых двух группах достоверно увеличился диаметр до $4,9 \pm 0,32$ мм и $5,1 \pm 0,21$ мм соответственно, снизилась величина интима-медиа до $1,96 \pm 0,12$ и $1,88 \pm 0,13$ мм с уменьшением RI до $0,65 \pm 0,08$. В третьей группе выявлена отрицательная динамика: изменение диаметра было не достоверным $4,1 \pm 0,08$ мм, но интима-медиа увеличилась до $2,6 \pm 0,06$ мм и RI составил $0,91 \pm 0,04$.

Выводы. Вышеизложенные данные свидетельствуют о необходимости включения ультразвукового исследования сосудов в стандарт динамического наблюдения за пациентами с хронической болезнью почек на программном гемодиализе и нарушением фосфорно-кальциевого обмена.

Необоснованность назначения активных метаболитов витамина D_3 приводит к изменению эластичности сосудистой стенки и нарушению кровотока.

РОЛЬ ВАРИАНТА УРЕТЕРОЦИСТОСТОМИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Казимиров В.Г., Сапожников А.Д., Харитонов Б.И., Детиненко И.Н., Беков Р.Р.
ГУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр», г. Волжский, Россия

Summary

Since 2001 we use original "drop in" technique of ureterocystostomy to prevent vesicoureteric reflux (VUR) in transplanted kidney. 43 renal transplant recipients were examined by voiding cystography and ultrasound voiding cystography. No cases of VUR in transplanted kidney were found. In the group of patients with the other methods of ureterocystostomy ($n=26$) we detected VUR in 6 cases (21,42%). In 5 cases there were severe forms of VUR.

Урологические осложнения при трансплантации почки составляют в среднем 6 – 7%. К ним относят обструкцию мочеточника, мочевые затеки ложа трансплантата при несостоятельности анастомоза или некрозе мочеточника трансплантата. Гораздо меньшее внимание уделяется пузырно-мочеточниковому рефлюксу (ПМР) в аллотрансплантат, обусловленному функциональной несостоятельностью вновь сформированного уретероцистоанастомоза (УЦА). С 2001 года нами используется модифицированная методика УЦА по типу «drop in» с антирефлюксной защитой. Сущность методики заключается в создании

антирефлюксного механизма путем формирования подслизистого туннеля и его удлинение при фиксации мочеточника в месте его входа в подслизистый канал, а также удлинение и рассечение внутрипузырной части мочеточника. У двух групп больных была изучена частота ПМР в трансплантат методом микционной цистографии и микционного ультразвукового исследования. В I группу ($n=43$) вошли пациенты, оперированные по нашей методике, во II группу ($n=28$) пациенты, у которых применялись другие варианты УЦА (Мебеля-Шумакова, Lich, Starzl). В I группе ПМР в трансплантат отсутствовал у всех больных. Во II группе выявлено 6 случаев (21,42%) ПМР в трансплантат. В 5 случаях отмечено негативное влияние ПМР на функционирование трансплантата. У 2 больных констатировано постоянное течение ПМР: в 1 случае развился острый гнойный пиелонефрит трансплантата, что потребовало его удаления; во втором случае своевременная хирургическая коррекция привела к выздоровлению

больного. У 2 больных отмечено интермиттирующее течение ПМР: у одного из них произведена реконструктивная операция с формированием пиелоуретероанастомоза с собственным мочеточником, у второго больного трансплантатэктомия выполнялась на фоне уросепсиса с нарушением функции трансплантата, и привела к смерти. В 2 случаях течение

ПМР носило латентный характер, однако в 1 случае привело к потере функции трансплантата через 5 лет, у второго больного спустя 3 года после операции существенного отрицательного влияния на пересаженную почку нет. Используемая нами методика формирования УЦА представляется более надежной в плане профилактики развития ПМР в трансплантат.



Fluconazol
Mycosyst

**Terapie eficientă și modernă a candidozelor
în particule și doze minime de tratament**

1 sau 2 capsule - 50mg, 100mg sau 150mg, 1 dată pe zi
sau 2 capsule pe săptămână, 1 dată pe săptămână



GIBSON RICHTER S.A.

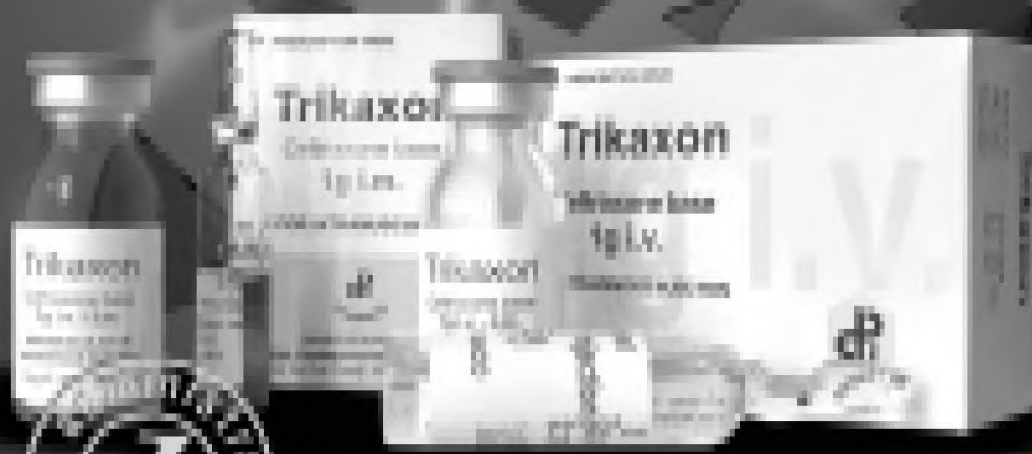
Trikaxon

CEFTRIAXONE 1000 mg

cefalosporină de generația a III-a cu spectru larg de acțiune

INDICAȚII

- Profilaxia preoperatorie a infecțiilor
- Infecții abdominale
- Infecții ale oselor și țesuturilor moi
- Infecțiile ale tractului respirator și ORL
- Infecții renale și ale tractului urinar
- Septicemii
- Meningite
- Abscesuri pelvino-inflamatorii



ORIENT
PHARM

TEL: 021.81.01.10.11.00, 02.70.00, 02.00.00, 02.00.71

PATOGENEZA PROCESELOR INFLAMATORII ÎN RINICHI

C.Guțu, E.Ceban, M.Crețu, V.Caraion, E.Pleşca
*Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF Nicolae Testemițanu”,
IMSP SCM “Sfânta Treime”, Chișinău*

Summary

The aim of this study was to investigate the mechanisms of microbial inoculation and their influence on the inflammatory process development in the kidneys. The study was based on the group of patients with the chronic pielonefritis, which were parallel with the routine investigation, examined for the presence of the urinary reflux by the radioizotopic methods and the AFMF.

Introducere. Majoritatea infecțiilor urinare sunt localizate primar la nivelul intestinului uman, de unde acestea ajung în regiunea perineală la femei și în regiunea meatului uretral la bărbați. Prin meatul uretral în ambele cazuri germenii vor acciona contracurent cu ajutorul fimbriilor în uroteliul căilor urinare. Pe parcursul tubului urinar germenii se fixează pe celulele epiteliale ale uroteliului, determinând apariția sindromului inflamator. Prin secreția unor lizine și a unor endotoxine se realizează paralizia căilor urinare, ureterul transformându-se într-un tub rigid, ce permite ascensiunea germenilor patogeni până la bazinetul renal. Procesul de paralizie a musculaturii pieloureterale continuă, ceea ce contribuie la apariția stazei, favorizând pătrunderea germenilor în interstițiul renal.

Obiective. Dezideratul acestei lucrări constă în determinarea rolului refluxului urinar și a fenomenului

adheziei microbiene în patogeniza inflamațiilor renale.

Material și metodă. Studiul se bazează pe un grup de pacienți cu pielonefrită cronică în număr de 18 persoane, cărora paralel cu investigațiile de rutină l-i s-a determinat prezența refluxului urinar prin metoda radioizotopică (renogramă sau scintigramă), precum și prezența fenomenului adheziei fimbriale microbiene (FAFM) în sedimentul urinar.

Rezultate. Prezența refluxului urinar determinat prin metoda radioizotopică a fost depistată la 15 pacienți dintre cei 18 din lotul examinat. Schimbări ale sedimentului urinar, nu depistare a fenomenului adheziei fimbriale, au fost relevate la 14 pacienți. Așadar, se determină o corelație directă în ambele investigații efectuate. Mai frecvent fenomenul adheziei microbiene s-a depistat în sedimentul urinelor alcaline. Examenul bacteriologic al urinei examinate a depistat mai des geneza colibacilară și pe cea proteică a infecției.

Concluzie. Conform materialelor prezentate, în care la majoritatea pacienților s-a depistat refluxul urinar în asociere cu FAFM, putem presupune prezența ambelor mecanisme de inoculare microbială în organ, care asociindu-se duc la o progresare a procesului inflamator în rinichi.

CONTEMPORARY TREATMENT OF METABOLIC AND INFLAMMATORY DISEASES OF KIDNEY AND URINARY WAYS

C. Guțu, I Dumbrăvianu, M. Crețu, C. Ieșanu, V. Ghicavii, E. Pleșca, A. Tanase
*Chair of Urology and Surgical Nephrology,
State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, Chishinau*

Introduction. The problem of an adequate lavage of kidneys and urinary ways, regardless the new diuretic drugs that invaded the market, is still acute. A modern, effective drug should have a detoxicating, antiseptic, spasmolytic, anti-inflammatory, proteolytic action on the urinary tube formed of renal pelvis and calyces, ureter, bladder, and urethra.

Objective. The present research has the objective to analyze the treatment results of two groups of patients with kidney and urinary ways inflammatory and metabolic diseases (I.M.D).

Methods and Factual Material. A group of 22 patients with inflammatory and metabolic diseases underwent a classical treatment with anti-inflammatory, spasmolytic, detoxicating, etc. drugs and Nephroclins (drug produced by New Spirit Naturals Co., USA & Vitamax XXI century branch) twice a day for 30 days, and were compared with the control group of 30 patients who underwent the usual treatment only. All the patients were subject to monitoring of

dysuria, pollakiuria, pain, feebleness, lack of appetite, and Jordano's sign before and after the treatment, as well as patients' subjective assessment of their own estate with number 1- as being fully comfortable and 5- as feeling uncomfortable and having numerous complains. A comparative analysis of the results of patients' tests from both groups, namely blood, urine, creatinine, bilirubin, alanine and asparagine transaminase examination, was undertaken. Then, kidneys' estate was studied using renography, chromocystoscopy, echography, and i.v urography. Patients from both groups underwent microbial adhesion test (MAT). Patients with no pyuria, hematuria, and epithelium that did not exceed the acceptable threshold followed De-Almeida test. Test results before and after drug taking were recorded using a previously drawn up form.

Results. Comparative study of clinical signs monitoring and subjective estate of the patients in both groups, showed good efficacy all 22 patients from the basic group with

inflammatory and metabolic diseases, including those with obstructive pyelonephritis and internal bladder obstruction. 8 patients from the control group had persisting urologic signs. Clinic and laboratory tests showed improval of clinical indexes in 20 out of 22 patients, and in 19 out of 30 patients in control group. The functional estate of kidneys has also improved in 17 out of 22 patients, and in 18 out of 30 patients respectively. It is interesting that microbialadhesion test was negativ in all patients from the first group and in 19 patients

out 30 in the control group. No side effects in patients of the first group who took the drug were found.

Conclusions. The comparative study that was carried out firstly, shows an important efficacy of Nephroclins in the treatment of inflammatory and metabolic diseases of the kidney and urinary ways. Secondly, the drug proves its efficacy both in patients with obstructive and non-obstructive diseases. And thirdly, none of the patients was victim of drug's side-effects.

DIAGNOSTICUL IMAGISTIC COMPLEX ÎN PATOLOGIA INFLAMATORIE RENALĂ ACUTĂ

A. Bocancea

Secția Radiologie IMSP, Spitalul Clinic Republican, Chișinău

Summary

Uncomplicated infection of the urinary tract is frequent and usually resolves rapidly with treatment and imaging is unnecessary. Progression to complex infection often occurs in patients with predisposing factors. Imaging assists in evaluating the extent of disease, plays a role in directing therapy and guides interventional procedures if necessary. This pictorial essay reviews the role of imaging and intervention in infections of the urinary tract.

Introducere. Frecvența infecțiilor renale acute este destul de înaltă. Destingem infecții urinare simple și infecții urinare cu complicații. Progresarea complicațiilor infecției renale sunt cauzate de diverși factori predispozanți. Diagnosticul imagistic are un rol important în evaluarea extensiei și a difuziei infecției urinare acute, orientând tratamentul terapeutic și aplicarea ghidării intervenționale.

Scopul lucrării. Evaluarea diagnosticului imagistic complex în patologia inflamatorie renală acută.

Material și metode. Studiul prospectiv în perioada 2003-2006, pe 120 de pacienți cu patologie inflamatorie renală acută. Toți pacienții au fost examinați ecografic, urografic, s-a examinat funcția renală prin renografie. Rezultatele studiului imagistic a fost confruntat cu studiul clinic și cel de laborator. S-au utilizat sondele ecografice de 7,5 MHz, aparatul radiologic EDR 750, tomografia computerizată (CT) în caz de necesitate.

Rezultate. Ecografia și urografia sunt cele mai frecvente metode utilizate în investigarea renală a pacientului, precizând diagnosticul. Ecografia a permis detectarea paralelă a dilatării căilor excretorii și a pielitei, cu identificarea grosimii peretelui pielic. Utilizarea sondelor de frecvență înaltă a permis evidențierea mai facilă a afectării focale a parenchimului renal și a celui contrar, a împiedicat determinarea infiltrației peri-renale, care a fost posibilă a fi vizualizată la CT cu utilizarea substanțelor de contrast. Explorarea spațiului peri-renal cu ferestre adecvate la CT este deosebit de importantă în diagnosticul diferențial, importantă pentru conduita operatorie viitoare. Faza nefrogrammei la urografie a permis depistarea focarelor parenchimului renal, care s-au manifestat prin leziuni de intensitate scăzută. Urogramele efectuate standard, au permis caracterizarea morfologică și funcțională a arhitectonicii arborelui pielo-caliceal. Clișeele tardive au relevat locul obstrucției.

Concluzii. În baza rezultatelor din analiza lotului studiat, a protocoalelor operatorii se poate concluziona că metodele imagistice permit evidențierea și monitorizarea patologiei inflamatorii renale acute. Examenul prin CT a permis un diagnostic corect în aprecierea infiltrației peri-renale, dar importanța lui rezidă în posibilitatea aprecierii corecte a capsulei renale, a spațiului peri-renal, a vaselor renale, ceea ce este important în diagnosticul oportun al patologiei respective.

PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI PIELONEFRITEI ACUTE LA GRAVIDE

E. Pleșca, A. Tănase, V. Ghicavii, C. Guțu, G. Scutelnic, C. Spînu, V. Tuchila, V. Caraion

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”,

Secția Nefrologie IMSP SCM “Sfânta Treime”, Chișinău

Summary

The tactics of AOP in pregnant women depends of the urodynamics rehabilitation by the conservative and endoscopic treatment: cystoscopy with uretera catheterization. The maintaince of ureter of renal pelvis hyponicity (pielonectasis, hydrocalicosis) and relapse of obstructive pyelonephritis the in-

stallation of "jj" ureteral stand. Using of these methods, the drug administration and period of treatment which important for pregnancy have been minimized.

Introducere. Apariția pielonefritei acute (PA) obstructive la gravide este legată de un complex de schimbări fiziologice, topografoanatomice în timpul gravidității, dereglarea

urodinamicii din cauza măririi uterului. Se evedențiază hipotonia și lărgirea sistemului bazinet-caliceal și a ureterului (volumul bazinetului și al ureterului care este de 3-4 ml până la graviditate, ajunge în a II-a perioadă până la 20- 40 ml, uneori 70ml). În această etapă a gravidității uterul deviază și se rotește spre dreapta formând o compresie a rinichiului drept, prin acest fapt se poate explica apariția frecventă a patologiei sistemului urinar pe dreapta.

Materiale și metode. Lotul de studiu a cuprins 74 gravide supuse tratamentului în Secția Urologie IMSP SCM "Sf. Treime" și în secțiile de patologie a gravidelor a IMSP SCM Nr.1, în perioada anilor 2004- 2006. Conținutul lucrării este bazat pe metodele de tratament al gravidelor cu (PA) obstructivă, repartizate în două loturi:

- Lotul I – 30 gravide, sarcina 22-34 săptămâni, tratament etiotrop: terapie antiinfecțioasă (*grupa penicinelor și a cefalosporinelor, ftocrhinolone, nitrofurane, etc.*), inclusiv 40%, conform sensibilității agentului patogen, ameliorarea hemodinamicii renale, diuretice, fitoterapie, spasmolitice, vitaminoterapie, antipiretice, etc.

- Lotul II - 44 gravide, sarcina 20-33 săptămâni, a fost supus tratamentului endoscopic la a 3-5-a zi după eficacitatea parțială a tratamentului etiotrop aplicat. S-a efectuat cistoscopia cu cateterizarea ureterului sau instalarea stentului "JJ".

Rezultate și discuții. Lotul I - administrarea tratamentului bacterian cu posibilele efecte teratogene, embriotoxice, nefrotoxice, în funcție de durata sarcinii și de farmacocinetica medicamentului. Lotul II - cateterism ureteral, instalarea stendului "JJ" ureteral cu continuarea tratamentului etiotrop.

Tratamentul aplicat	Etiotrop	Cateterism ureteral	Stend „JJ”
Nr. gravidelor	30	26	18
Ameliorarea stării	6 – 10 zi	1 – 3 zi	1- 3 zi
Durata tratamentului	10- 15 zile	6 – 9 zile	6 – 9 zile
Recidivarea pielonefritei	13	6	2

Concluzii. Tactica tratamentului PA obstructive la gravide constă în restabilirea urodinamicii. Dacă tratamentul, timp de 2-5 zile, n-a dat rezultate scontate (menținerea febrei, durerile lombare, pieloectazia, etc.), s-a utilizat metoda endoscopică: cistoscopia cu cateterizarea ureterului timp de 3-5 zile. La apariția pielonefritei obstructive recidivante, cu hipotonia bazinetului și ureterului, după cateterizare s-a aplicat instalarea stendului "JJ" ureteral timp 1-2 luni. Metoda a micșorat durata tratamentului și cantitatea medicamentelor utilizate cu 30- 50%.

UTILIZAREA STENTURILOR URETERALE JJ ÎN TRATAMENTUL UROPATIEI OBSTRUCTIVE GESTAȚIONALE – MORBIDITATEA ȘI IMPACTUL ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII

A. Axenti, I. Dumbraveanu*, D. Poneatenco, S. Pascari, A. Bragaru

Secția Urologie CNSPMU,

* Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Summary

Ureteral stents are a convenient means of drainage for the upper urinary tract in pregnant women with gestational hydronephrosis. However, their use is not devoid of side effects and bears a significant impact on patients' everyday function and overall quality of life. The untoward effects of ureteral stenting must be kept in mind when deciding on ureteral stent placement.

Introducere. Dilatarea căilor urinare superioare se dezvoltă la mai mult de 80% dintre gravide în al doilea trimestru de sarcină (Johansen, 1992). La majoritatea gravidelor dilatarea căilor urinare superioare prezintă un caracter fiziologic, însă la un grup de gravide se dezvoltă hidronefroza gestațională simptomatică. În cazul eșuării tratamentului conservativ, este indicată drenarea internă a căilor urinare prin instalarea stentului JJ sau a nefrostomei percutane. Aplicarea stentului ureteral JJ este o tehnică simplă și eficientă de asigurare a drenajului adecvat al căilor urinare superioare (Leibovici, 2005). Stenturile ureterale însă sunt asociate cu efecte adverse frecvente (semne urinare iritative, dureri lombare, hematurie) și cu complicații specifice (migrarea stentului, fragmentație, urosepsis).

Obiective. Evaluarea impactului stenturilor ureterale asupra calității vieții și a efectelor adverse a stentingului la gravidele cu hidronefroza gestațională.

Material și metode. Eșantionul examinat prezintă un grup de 12 gravide, care au urmat tratamentul în Secția Urologie a CNSPMU în perioada 2004 – 2006. În acest lot de paciente cu hidronefroza gestațională unilaterală, refractară la tratamentul convențional (infuzional, antibacterian, gimnastică posturală) omolateral au fost instalate catetere ureterale JJ de poliuretan. Efectele adverse după stenting au fost studiate prospectiv (la 2 săptămâni după instalarea stentului și peste o săptămână după înlăturarea lui) prin aplicarea chestionarului original pentru evaluarea calității vieții și a manifestărilor adverse ale instalării stenturilor. Efectele adverse au avut scorul de la 1 (minimal) la 5 (maximal).

Rezultate. Cele mai frecvente efectele negative ale stentingului sunt: semnele urinare iritative (disurie, polakiurie, strangurie) > 70% - (scorul > 3); dureri lombare periodice, asociate cu micțiuni – 3 paciente (25%); dureri constante, care au necesitat administrarea analgezicelor – 1 pacientă; o treime au necesitat spitalizări repetate; macrohematuria – 1 pacientă; deplasarea ascendentă a stentului – 2 cazuri. Într-un caz a fost extras un stent afuncțional prin cistoscopie. Scăderea semnificativă a calității vieții a fost depistată la 75% (9) dintre paciente.

Discuții. Studiul nostru demonstrează că la un număr important de gravide se dezvoltă o simptomatologie adversă, cauzată de prezența stentului însuși, care persistă pe parcursul aflării stentului în căile urinare și afectează multe aspecte de viață cotidiană a pacientelor, ceea ce este în consens cu studiile recente (Damiano,2002; Leibovici,2005). Aceste cercetări demonstrează că în soluționarea uropatiei obstructive stentul ureteral este un instrument rezonabil, însă nelipsit de complicații (“stent ideal”).

Concluzii. Stentul ureteral este un dispozitiv care asigură un drenaj eficient al căilor urinare superioare la gravidele cu uropatie gestațională. Instalarea stenturilor în hidronefroza gestațională trebuie bine argumentată și prezintă o metodă rezervată situațiilor în care beneficiile depășesc riscurile. Instalarea stentului ureteral are un impact important asupra calității vieții gravidelor.

TRATAMENTUL LAPAROSCOPIC AL CHISTULUI RENAL SIMPTOMATIC

A.Ghereg, I.Dumbrăveanu, A.Axenti

*Clinica Endoscopie, Clinica Urologie USMF “Nicolae Testemițanu”,
Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență, Chișinău*

Summary

New endoscopic techniques changed the management of symptomatic renal cysts greatly. For a symptomatic simple cyst the laparoscopic approach is an excellent alternative to open surgery. The results of transperitoneal laparoscopic treatment of 42 patients with symptomatic renal cyst are presented.

Introducere. Practic toate intervențiile chirurgicale renale deschise au fost dublate sau modelate laparoscopic. Noile tehnologii endoscopice au revoluționat tratamentul chistului renal simptomatic, iar chirurgia laparoscopică tinde să devină standardul de aur în tratamentul maladiei.

Scopul lucrării. Analiza rezultatelor tratamentului laparoscopic al chistului renal simptomatic.

Material și metodă. Studiul a fost realizat pe un lot de 42 pacienți cu chisturi renale simptomatice, rezolvate prin abord chirurgical laparoscopic în clinicile de Endoscopie și Urologie a Centrului Național Științifico-Practic Medicină de Urgență din Chișinău în perioada 1998-2005. Rezeția laparoscopică a chistelor renale a fost indicată în următoarele situații:

- chist renal simptomatic, indiferent de dimensiune, care a cauzat durere, hematurie, obstrucția tractului urinar, infecții urinare repetate, hipertensiune;
- chist renal cu aplicarea în antecedente a tratamentului conservator fără succes (tratament antialgic, antiinflamator, puncție percutanată cu sau fără injectare de agenți sclerozanți);
- chist renal cu dimensiuni de peste 6 cm, care au modificat morfologia și permeabilitatea căilor urinare și care, prin dimensiunile mari au prezentat un element de risc evolutiv.

Dimensiunile chistului au variat de la 4 la 10 cm, cu o localizare practic în toate segmentele renale, inclusiv parapielic în 5 cazuri. În toate situațiile am practicat abordul laparoscopic transperitoneal. În 2 cazuri s-au practicat intervenții chirurgicale combinate (colecistectomie). S-a urmărit: durata intervenției, sângerarea peroperatorie, complicațiile intra- și postoperatorii, durata de spitalizare postoperatorie, eficiența din punct de vedere simptomatic și paraclinic (ecografia, urografia intra-venoasă).

Rezultate. Tratamentul laparoscopic a fost radical în 41 cazuri. Într-un caz nu s-a reușit identificarea intraoperatorie a chistului. (Ulterior- hidrocalicoză). Durata intervenției a fost în medie de 38 min (25–75 min). Sângerarea peroperatorie a fost minimă (50 ml). Nu au fost înregistrate cazuri de conversie sau de deces. Postoperator am semnalat 2 complicații: 1- fistulă urinară și 1- stare febrilă prin acutizarea pielonefritei cronice. Durata de spitalizare postoperatorie a variat de la 2 la 5 zile, cu o medie de 3,4 zile. Toți pacienții au fost urmăriți de la 1 an la 6 ani. Nu au fost semnalate cazuri de recidivare.

Concluzii. Abordul laparoscopic în urologie oferă avantaje funcționale certe prin menajarea structurilor anatomice parietale, alături de rezultate cosmetice excelente. Rezeția laparoscopică a chistului renal având rezultate similare rezeției chirurgicale deschise, dar cu o invazivitate minimă, devine standardul de aur în tratamentul chirurgical.

CURA LAPAROSCOPICA A VARICOCELULUI

**I.Coman, F.Nechita, V.Petcu, B.Petrut, D.Stanca, I.Sirb, D.Porav-Hodadae,
B.Feciche, N.Crisan, R.Cota, B.Jalalizadeh, Z.Mihaly, O.Metes**
Spitalul Clinic Municipal, Secția Clinică de Urologie, Cluj-Napoca, România

Varicoceleul reprezintă cauza cea mai ușor corectabilă chirurgical a infertilității masculine. Încă de la apariția tehnicilor laparoscopice, varicoceleul a fost una dintre primele patologii abordate din sfera urologica. Din punct de vedere tehnic, cura

laparoscopică a varicoceleului este una dintre cele mai simple tehnici laparoscopice din urologie. Primele mențiuni în literatura de specialitate privind abordul laparoscopic al acestei patologii aparțin lui Winfield&Donovan, Sancez de Badajos în 1991 ^{1,2}.

Există 3 indicații majore pentru rezolvarea chirurgicală a varicoceleului

1. Varicocele asociat cu infertilitate masculină
2. Varicocele simptomatic
3. Varicocele asociat cu retard în dezvoltarea normală testiculară la adolescent

Clasic există trei tehnici prin care se poate aborda pachetul vascular spermatic și care diferă în principal prin nivelul la care se face abordul. Astfel venele spermatică se pot aborda la nivel retroperitoneal (tehnica Palomo), la nivelul canalului inghinal (tehnica Ivanissevich) și la nivel scrotal, imediat sub orificiul inghinal superficial (tehnica Marmar). Prin tehnica laparoscopică pachetul vascular spermatic este abordat la nivel retroperitoneal ca și în tehnica Palomo.

Pentru abordul laparoscopic al varicoceleului se pot folosi două căi de abord. Abordul transperitoneal și abordul retroperitoneal. Se preferă abordul transperitoneal, abordul retroperitoneal fiind rezervat pentru cazurile de recidivă a varicoceleului și cazurilor cu aderențe pelvine³.

Abordul transperitoneal

Colectivul nostru are experiență în abordul transperitoneal al varicoceleului din anul 1996.

Pacientul este poziționat în decubit dorsal. Operatorul este așezat în partea dreaptă a bolnavului și ajutorul de partea opusă. Sunt necesare 3 puncte de abord :

1. Punctul ombilical, la nivelul plicii supraombilicale, pentru trocarul scopic (10mm)
2. Punctul MacBurney (10mm)
3. Pe linia spino-ombilicală stângă, la unirea două treimi medial cu treimea laterală (5mm)

Se inserează acul Veress în cavitatea peritoneală prin plica supraombilicală și se insuflă CO₂ până la o presiune de 14 mmHg. Se introduc la vedere trocarele de lucru și se efectuează inspecția cavității. Pacientul este așezat în poziție Trendelenburg de 20-30°, simultan cu rotația ușoară a mesei operatorii spre dreapta. Se caută inelul inghinal profund și prin transparența peritoneului se pot recunoaște cu ușurință vasele spermatică la nivelul pătrunderii lor în canalul inghinal. În cazurile în care apar dificultăți de identificare a vaselor spermatică, acestea vor fi puse în tensiune printr-o ușoară tracțiune externă de funiculul spermatic stâng. Se incizează peritoneul parietal la aproximativ 2-3 cm de inelul inghinal profund stâng și la 1-2 mm lateral de vasele spermatică longitudinal cu endofoarfecele sau cu cârligul electrod pe o distanță de aprox. 4 cm. Pneumoperitoneul comprimă vena spermatică internă stângă dilatată varicos, colabând-o ușor. Artera spermatică nu se colabează, din cauza presiunii ei intraluminală, facilitând astfel izolarea venei de artera spermatică. Se izolează pe o lungime de 2-3 cm venele spermatică, de artera spermatică. Se clipează și se sectionează între clipuri venele spermatică. Se efectuează controlul atent al hemostazei. Dacă varicoceleul este bilateral, se recurge la rezolvarea varicoceleului și pe partea dreaptă în aceeași manieră. Evacuarea gazului și închiderea punctelor de abord încheie intervenția⁴.

Abordul retroperitoneal

Poziția pacientului este de decubit lateral drept. Operatorul este așezat în spatele bolnavului, iar ajutorul în fața operatorului. Sunt necesare două puncte de abord :

- Punctul subcostal posterior, de 12 mm, situat în unghiul costo-muscular stâng și pentru laparoscop.
- Punctul subcostal anterior stâng, de 10 mm, situat pe linia axilară anterioară pentru instrumentele de lucru.

Se practică incizia pielii la nivelul punctului de abord pentru trocarul scopic și se pătrunde până în spațiul retroperitoneal. Se delcolază digital peritoneul parietal posterior de pe peretele abdominal. Se practică disecția spațiului retroperitoneal în maniera Gaur, se introduce trocarul scopic și se inspectează spațiul retroperitoneal. Se introduce trocarul de lucru sub ghidaj scopic. Abordul retroperitoneal în maniera Gaur produce o bună disecție a grăsimii retroperitoneale facilitând identificarea ureterului și a venei spermatică în imediata lui vecinătate. Vena spermatică este identificată și apoi disecată cât mai aproape de vărsarea sa în vena renală stângă, nivel la care rareori există vene spermatică accesorii sau arteră spermatică. Vena va fi clipată cu un singur clip sau va fi dublu clipată și secționată între clipuri⁴.

Abordul properitoneal

Deși posibil și descris în literatura de specialitate, sunt puține date statistice care să facă referință la acest abord, recomandat în special pentru varicoceleul bilateral și, mai ales, atunci când se suspectează aderențe intraperitoneale după intervenții chirurgicale anterioare.

Experiența clinică

Experiența clinică cuprinde 240 de pacienți operați între 1997 și 2006 la Clinica Chirurgie III și Spitalul Clinic Municipal. Dintre aceștia, 26 (10.83%) având varicocele bilateral, iar 2 dintre ei având recidive după tratamentul deschis. Majoritatea pacienților prezentau varicocele manifest clinic, iar 60% dintre ei prezentau asociat alterări ale spermogramei. Media de vârstă a fost de 25.8 (13-32). Diagnosticul a fost stabilit prin examen clinic și ecografie scrotală Doppler. Toți pacienții au fost operați prin abord transperitoneal.

- Timpul mediu de intervenție a fost de 20 minute, nu s-au semnalat incidente intraoperatorii sau complicații postoperatorii.
- Media de spitalizare postoperatorie a fost de 1.5 zile (1-7).
- 90% de pacienți nu au solicitat analgezice postoperator.
- Mobilizarea pacientului a fost posibilă în seara operației.
- Tranzitul digestiv și alimentația per os au fost reluate în prima zi postoperator.
- Reinserția profesională a fost posibilă în medie după 7 zile.
- 6 (2.5%) pacienți au prezentat recidive, 3 dintre ei fiind tratați prin scleroterapie, iar 3 dintre ei fiind tratați prin reintervenție laparoscopică.
- Îmbunătățirea spermogramei a fost observată la 57,14% din cei cu IF=5-50 preoperator și la 37,5% dintre cei cu IF=0,1-5 preoperator.

Bibliografie:

- ¹ Winfield HN, Donovan JF, See WA, Loening SA, Williams RD. Urological laparoscopic surgery. *J Urol.* 1991 Oct;146(4):941-8. Review
- ² Sanchez de Badajoz E, Diaz Ramirez F, Vara Thorbeck C. [Laparoscopic treatment of varicocele] *Arch Esp Urol.* 1991 Jun;44(5):623-5. Spanish.
- ³ Gaur DD, Agarwal DK, Purohit KC Retroperitoneal laparoscopic varicocelectomy *J Urol.* 1994 Apr;151(4):895-7
- ⁴ Coman I, Duca S Cura laparoscopica a varicoceleului in "Chirurgia Urologica Laparoscopica" Ed Med "Iuliu Hatieganu" 2002 p. 63-70

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРОСТОЙ КИСТЫ ПОЧКИ

В. В. Пунга, А. В. Герег, А. Г. Мартов, И. В. Думбрэвяну

Центр здоровья семьи «ГАЛАКСИЯ», ГУМФ «Николае Тестемицану», Кишинев, Молдова, НИИ урологии, Москва, Россия

Summary

Laparoscopic resection of common renal cysts was made in 18 patients who complained of low back pains and hypertension. In 16 cases (89%) results achieved after these procedure proved to be good: pain relief, stabilization of arterial pressure and improvement of renal function. Laparoscopic resection is safe and effective for treatment of common renal cysts.

Введение. Лапароскопический метод лечения простой кисты почки стал альтернативой традиционной хирургической операции.

Цель: Представление собственного опыта лапароскопической резекции простой кисты почки.

Материал и методы. Лапароскопическое лечение симптоматических простых кист почек проведено у 18 больных (11 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 34 до 65 лет. У 12 (67%) пациентов были постоянные ноющие боли в поясничной области, у 8 (44%) отмечено повышение артериального давления, у 3 (16%) выявлено пальпируемое объемное образование. Длительность заболевания варьировала от 6 мес до 5 лет. У 4 (22%) пациентов выявили солитарную кисту верхнего сегмента почки, у 5 (28%) – среднего, у 9 (50%) – нижнего сегмента. В 12 (67%) случаях кисты имели переднее, в 2 (11%) – латеральное, в 4 (22%) – заднее расположение. В результате проведенного

обследования выявлены бессосудистые жидкостные образования диаметром от 6 до 14 см, расположенные большей частью экстраренально. Длительность операции варьировала от 45 до 90 мин. Контрольное исследование проводилось через 3 и 6 мес после лечения.

Результаты. Лапароскопическая резекция простой кисты почки была эффективной в 16 (89%) случаях. У пациентов отмечены исчезновение болей, нормализация артериального давления, улучшение функционального состояния почек и отсутствие рецидивов кисты. У 14 (78%) больных кисту резецировали по краю почечной паренхимы. В 4 (22%) случаях из-за локализации кист у верхнего сегмента и по задней поверхности почки возникли затруднения с выделением и максимальным иссечением стенки кисты. Осложнения после лапароскопической резекции кисты возникли в 2 (11%) случаях и были купированы консервативными мероприятиями.

Заключение. Лапароскопическое иссечение является методом выбора в лечении симптоматических, солитарных простых кист, диаметром более 6 см, располагающихся по передней поверхности почки.

PUTEREA ȘI ÎNTELEPCIUNEA ÎMPREUNĂ



FROMILID®
AMOXICILINĂ/ACID CLAVULANIC
 500mg/125mg comprimate orale

Experiența utilizării FROMILID în tratamentul infecțiilor urogenitale

TRATAMENT:

Proctită acută
 nescomplicată



FROMILID 500mg

1x2 compr. 14 zile per os

Infecție cronică
 complicată



CIPROFLOXACON 250-500mg 2 ori
 zilnic 7 zile

plus 1-4 zile **FROMILID 500mg**
 1x2 compr. 14-21 zile per os

Aplicarea este recomandată în urma unui diagnostic precis



Reprezentanța în România
 SRL KRKA
 Calea București 10
 București, România
 Tel. Fax: 0040 21 24 21 21

50 de ani împreună





KINSPAR 500 mg tab (Spectrolicina)

Conține un spectru larg antibacterian de acțiune, inclusiv gram-și gram-negativi și anaerobi, având un efect bactericid.

ZARQUIN 200 mg / 400 mg Tab, 400mg / 200ml soluție pentru infuzii (Gatifloxacină)

+ Fluorchinolona de generația IV cu spectrul antibacterian de acțiune largit.

* Biodisponibilitate înaltă 96-98%.

+ Dozajul terapeutic nu depinde de forma administrării.

* Perioada îndelungată de semi-eliminare vede o acoperire înaltă pe parcursul tratamentului.

* Zarquin a demonstrat un efect antibacterian pronunțat asupra gram-și gram-negativi, inclusiv tulpinile beta-lactamaze rezistente la majoritatea remediilor antimicrobiene.

* Aceste proprietăți ale preparatului Zarquin îl poziționează printre cele mai puternice preparate antimicrobiene.



TIBCEPIC (Ketorolac tab, 10 mg, injecții 30 mg/ml)

Un remediu Anti Inflamatoric Non Steroidian cu efect analgezic, comparabil cu efectul opioizilor.

... Efectul analgezic superior comparativ cu morfina.

... Nu are efectul SNC și nu are efectele adverse ale analgezicilor opioizi.

... Jugulara durerilor în sindromul dureri moderne și postoperatorii, durerilor postoperatorii, în traumatisme și în timpul acțiunii durerilor cronice.

EXPERIENȚA NOASRTĂ ÎN TRATAMENTUL PACIENȚILOR CU ABCES AL PROSTATEI

A. Ieșeanu, I. Dumbrăveanu, M. Popov, C. Ieșeanu, V. Tuchilă, V. Gorbatovschi
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, Clinica Urologie,
IMSP Spitalul Clinic Republican, Chișinău

Summary

The management of patients with abscess of prostate made in the framework of the "Urology" clinics of the Clinical Republican Hospital conducted in the period 2001-2005 doesn't differ from that adopted on the international arena and includes conservative anti-inflammatory and antibacterial massive cure, as first intent in 100% of cases. From surgical methods applied in 68,3% of cases, it's worth mentioning the prevalence of the transvesical drainage of the abscess of prostate (61%) comparing to that transurethral, made in 7,3% of cases.

Introducere. Abcesul prostatei reprezintă cea mai gravă formă a inflamației prostatei.

Scopul lucrării. Analiza tratamentului pacienților cu abces al prostatei și elaborarea în baza experienței personale a unui algoritm optim de tratament.

Material și metode. A fost studiat un lot de 233 pacienți cu patologie inflamatorie a prostatei, internați și tratați în Clinica Urologie a Spitalului Clinic Republican în perioada anilor 2001-2005. Din lotul studiat la 88 (37,7%) pacienți a fost stabilit diagnosticul de prostatită cronică; la 92 (39,5%) pacienți – prostatită cronică, în acutizare; la 12 (5,2%) pacienți – prostatită acută parenchimatואשא și la 41 (17,6%) pacienți – abces al prostatei. Vârsta medie a pacienților cu abces al prostatei a constituit $49 \pm 15,6$ ani. Ca boli concomitente am remarcat: diabetul zaharat în diferite forme – 10 cazuri (24,4%), strictura postinflamatorie a uretrei – 1 caz (2,4%), adenom de prostată – 2 cazuri (4,8%). Complicații ale

patologiei de bază: un caz de tromboflebită acută a membrelor inferioare și o tamponadă a vezicii urinare.

Rezultate. Toți pacienții cu abces al prostatei au urmat un tratament conservator, antibacterian cu preparate de spectru larg de acțiune: Sol. Ciprofloxacina 200mg de 2 ori/24h i.v., Sol. Metronidazol 500mg de 2 ori/24h i.v., Sol. Gentamicina 80mg de 2-3 ori/24h i.m., cefalosporine de generația I-III (Cefazolină, Cefuroxim, Cefotaxim, Ceftazidim) i.m. sau i.v. Durata tratamentului medicamentos a fost în funcție de gravitatea bolii și de durata spitalizării în staționar. Tratamentul antibacterian a fost aplicat ca primă intenție absolut la toți pacienții cu abces al prostatei sub formă de mono- sau politerapie. Dintre toți pacienții cu abces al prostatei – 13 (31,7%) nu au fost supuși intervenției chirurgicale; la 3 pacienți abcesul s-a rezolvat în rezultatul tratamentului conservativ, iar la 7 s-a recurs la drenarea spontană uretrală. Ceilalți 28 (68,3%) pacienți au fost supuși tratamentului chirurgical prin drenarea transvezicală a abcesului – 25 cazuri (61,0%); transuretrală – 3 cazuri (7,3%).

Concluzii. Managementul de tratament al pacienților cu abces al prostatei în cadrul Clinicii Urologie a IMSP SCR în perioada anilor 2001-2005 este bazată pe tratamentul conservator infuzional, antiinflamator și antibacterian masiv ca primă intenție în 100% cazuri. Dintre metodele chirurgicale aplicate în 68,3% cazuri prevalează metoda transvezicală de drenare a abcesului prostatei (61,0%), versus de cea transuretrală, efectuată în 7,3% cazuri.

SPECTRUL MICROBIAN AL PACIENȚILOR CU PROSTATITĂ CRONICĂ NESPECIFICĂ

Iu. Bîrsan*, V. Ghicavâi*, V. Platon*, A. Dicusar**, A. Mereuță**, A. Tănase*, Iu. Roșcin**

* Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican

**Centrul Medical Diagnostic „Modus Vivendi”, Chișinău

Summary

In this work we have done the analysis of the microbial spectrum of the prostate secret for patients with nonspecific chronic prostatitis. Investigations, which were accomplished, had emphasized, in the majority of the cases, the existence of an associated bacterium infection, frequently joined by the sexual transmissible diseases and by the prevail of the gram-positive germs in the prostate secret.

Introducere. Studiile microbiologice prezentate în literatura de specialitate relevă date controversate privitor la factorul etiologic al prostatitei cronice (PC) nespecifice, fapt ce menține actualitatea cercetărilor microbiologice în cauză.

Obiective. Cercetarea spectrului microbial al secreției prostatei la pacienții cu PC nespecifică și evidențierea tulpinilor patologice depistate frecvent la acești pacienți.

Materiale și metode. Studiul a fost efectuat pe un lot de 62 pacienți cu vârsta între 20 și 55 ani, cu semne clinice de PC, cu leucocite în secreția prostatei mai mult de 10 în câmpul vizual, fixate la microscopie nativă a secreției prostateice ($\times 280-400$) și cu gradul de infectare a secreției prostateice e^{100000} . Pacienții au fost supuși următoarelor investigații:

- examenul citomorfologic al secreției prostatei, prelucrat după metoda Gram;
- examenul microbiologic al secreției prostatei;
- imunofluorescența directă pentru aprecierea antigenului C. trachomatis, U. urealyticum, M. hominis.

Rezultate. Rezultatele obținute au relevat o gamă variată de germeni izolați din secreția prostatei (15 germeni). În lotul

analizat a fost depistată monoinfecție bacteriană la 9 (14,5%) pacienți, asociere a doi germeni la 45 (72,6%) bolnavi, asociere a trei și mai mulți germeni la 8 (12,9%) subiecți. Comparativ cu alte studii efectuate, rata germeilor gram-negativi a fost relativ mică – 22,6%, rata florei gram-pozitive constituind 77,4%. În 31 de cazuri (50%) infecția bacteriană a fost asociată cu germeni sexual transmisibili (C. trachomatis – 12, M. hominis – 9, U. urealyticum – 6, T. vaginalis – 4 cazuri). Atât germeii gram-pozitivi, cât și cei gram-negativi au manifestat o sensibilitate crescută față de fluorochinolone și cefalosporinele de generația a treia: germeii gram-pozitivi în 61,5% – 84,6%, vs germeii gram-negativi în 61,1% – 93,5% cazuri.

Concluzii:

1. Examenle bacteriologice efectuate au evidențiat predominarea germeilor gram-pozitivi în flora secreției prostatice a pacienților cu prostatită cronică nespecifică.
2. Flora secreției prostatei a pacienților cu PC constituie, în majoritatea cazurilor, o infecție mixtă cu doi și mai mulți germeni (85,5%) și este asociată frecvent cu infecțiile sexual transmisibile.
3. Germenii bacterieni depistați la pacienții lotului analizat manifestă o sensibilitate crescută la fluorochinolone și la cefalosporinele de generația a treia.

LOCUL MEDICAȚIEI ALFABLOCANTE SELECTIVE ÎN TRATAMENTUL PROSTATITEI CRONICE

C.Pricop*, I.Tomac**, C.Ristescu**

*Clinica Urologică, UMf Iași

**Ambulatorul Urologic, Spitalul Clinic "Dr.C.I.Parhon" Iași

Abstract

Although the term "chronis prostatitis" has been used for different entities that cannot be easily separated, it has been estimated that up to half of all men suffer from symptoms of prostatitis at some point in their lives. Having these aspects in mind, the authors have tried, in this prospective study, to evaluate the impact of introducing selective alfa blockers in the treatment of chronic prostatitis (Tamsulosin and Alfuzosine). The including criterias were: age between 30 and 55; at least one episode of prostatitis in the past; a normal prostate size and a postvoid residual urine volume < 20 ml. Each patient has received a file containing general recommendations and has filled out two questionforms (NIH-CPSID Chronic Prostatitis Symptom Index Domain), to evaluate the situation before and three months from the treatment after 3 month.

Based on this we have evaluated the benefits of the treatment from the point of view of: pain, urinary symptoms and a better quality of life. The preliminary results show that urinary symptoms have been ameliorated and that almost all the patients have noticed the benefits of selective alfa blockers. The ondulant evolution of the illness raises numerous obstacles for urologists trying to find the ideal treatment for prostatitis

Rezumat

Pornind de la dificultățile de diagnostic și de tratament ale prostatitei cronice (unanim recunoscută în lumea urologică) și

de la estimarea că aproape jumătate din numărul bărbaților vor prezenta simptome de prostatită la un moment dat, am încercat să evaluăm într-un studiu prospectiv, aflat în desfășurare, impactul medicației alfablocante selective (Tamsulosin, Alfuzosin SR) asupra simptomatologiei acestei patologii. Au fost incluși în studiu pacienți cu vârsta între 30 și 55 de ani, cu cel puțin un episod de prostatită în antecedente, dimensiunile prostatei (evaluate ecografic) în limite normale, reziduu vezical d" 20ml.

Fiecare pacient a primit un dosar care cuprinde o fișă cu recomandări generale și două chestionare de evaluare (NIH-CPSI) la început și după 3 luni de la tratament. Schema de tratament a inclus: antibioterapie, tratament cu antiinflamatorii, alfablocantul selectiv (Tamsulosin sau Alfuzosin). Am introdus pentru pacienții care admiteau un consum important de proteine animale și tratament cu Allopurinol, dar lotul este încă prea mic pentru a trage concluzii.

Pe baza chestionarelor am evaluat atât beneficiile tratamentului sub raportul durerii (totalul punctelor 1, 2, 3, 4), al simptomelor urinare (totalul punctelor 5 și 6), cât și impactul asupra calității vieții (7, 8, 9).

Rezultatele preliminare ale studiului nostru la lotul respectiv indică benefică asocierea alfablocantelor, în special pentru ameliorarea simptomelor urinare. Considerăm, totodată, că evoluția ondulantă a bolii ridică numeroase obstacole în calea stabilirii unui tratament ideal în prostatita cronică.

FORSEF (CEFTRIAXON) ÎN TRATAMENTUL ORHOEPIDIDEMITELOR ACUTE POSTOPERATORII

E.Ceban, V.Ghicavii, C.Guțu, V.Tuchila, A.Tănase

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu” Chișinău

Summary

In our departament were treated 30 patients with acute postsurgery orhoepididimitis. We used Forsef® (Ceftriaxone) for antibacterial blockade of spermatic cord. Pozitive results were noticed in 27 patients (90%). Cefalosporines as Ceftriaxon

(Forsef®) are the first choise drugs in the empiric treatment of acute postsurgery orhoepididimitis.

Introducere. Inflamația acută a testiculelor și a epididimului este o patologie frecvent întâlnită în practica

urologică. Ea este cauza internărilor în 4-5% din rata maladiilor urologice. În structura patologiilor de urgență frecvența orhoepididemitelor acute variază de la 4,6, la 10,2 % cazuri. Mai mult de 25% dintre bărbați pe parcursul vieții suportă această patologie (A.Ėamalov, 2004). În SUA anual circa 600 mii de bărbați se adresează după ajutor medical, cauza fiind orhoepididemite acute (Caler, 1990). Frecvența după vârstă denotă 80% cazuri de la 20 la 40 ani și 20% cazuri de la 40 la 70 ani (cauza fiind procedurile transuretrale de diagnostic și de tratament, adenomectomiile atât transuretrale, cât și cele transvezicale). Orhoepididemita acută este o patologie poli etiologică. Datele despre rolul infecției bacteriene în această patologie poartă un caracter contradictoriu. Unii autori consideră că rolul primordial în proveniența orhoepididemitelor acute îl are infecția cauzată de *Chlamydia trachomatis* și *Mycoplasma hominis*. În ultimul timp mai frecvent este înregistrată infecția intraspitalicească: *Escherichia Colli*, *Staphylococcus aureus*. Nu ultimul rol îl are forma condiționat patogenă (saprofită): *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus saprofiticus* și *Staphylococcus epidermidis* (K.A. Papadakis, 1997; B.Kashivagi, 2000). În urma unor studii speciale B.Mădăriță (2003) a constatat: în 75% cazuri la bărbații până la 45 ani s-a depistat infecția sexual transmisibilă: hlamidia hrachomatis, micoplasma hominis, naissera gonorrhoeae, iar în 25% dintre cazuri, după 45-70 ani, s-a depistat flora saprofită, condiționată de epidermidis, saprofiticus și flora gram negativă.

Materiale și metode. În Clinica de Urologie și Nefrologie Chirurgicală a USMF "Nicolae Testemițanu" (Secția Urologie a Spitalului Clinic Republican) în perioada anilor 2003-2005 au fost supuși tratamentului cu Forsef 30 pacienți cu orhoepididemita acută postoperatorie. Repartizarea pacienților a fost următoarea: după adenomectomie transvezicală - 28 pacienți, dintre ei la 5 pacienți a fost efectuată vasorezecția; după adenomectomie transuretrală - 1 pacient și după laparatomie - 1 pacient. Orhoepididemita a fost constatată unilateral în 28 cazuri și bilaterală în 2 cazuri. Pacienților li s-a efectuat blocada după Lorin-Epștein în regiunea funiculului spermatic, pe partea afectată cu soluție Forsef (Ceftriaxon) 1 gram, diluat cu soluție Lidocaină 1% în număr de 5 proceduri.

Rezultate. În urma tratamentului aplicat rezultate pozitive s-au înregistrat la 27 pacienți, ceea ce a constituit 90% și numai la 3 pacienți (10%) efectul a fost negativ. Absența eficacității în urma tratamentului conservator a necesitat rezolvarea cazurilor prin intervenție chirurgicală. Efecte adverse și complicații după administrarea soluției Forsef nu au fost înregistrate.

Concluzii

1. Ceftriaxona de generația a 3-a Sol. Forsef este preparatul de elecție în tratamentul empiric al orhoepididemitelor acute postoperatorii ce nu se supun tratamentului obișnuit conservator.
2. Eficiența administrării locale a Ceftriaxonei în orhoepididemitele acute conform rezultatelor obținute, este de 90% .

MANAGEMENTUL ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL EPIDIDIMITEI ACUTE

P. Cușnir

Spitalul Raional Căușeni

Summary

The study contains a lot of 271 patients with diseases of acute scrota which have been occurred in hospital of Causeni district during last 30 years. In etiology of acute epididymitis there was frequently present negative gram flora 53%, Chlamydia trohomatis-22%, the virus-13%, mycosis-8%, tuberculosis-0,8%. In the cases when the antibacterial treatment does not give necessary effect in first 1-3 days, we proceed to the surgical treatment which has been applied in 26%. After operational period were diagnosed 20% of testicular torsion and hydatida, 15%-testicular epididymitis abscesses, 3%-necroses, testicular heart attack, 10%-hematomas, 2%-infringements of ectopic testicle, 40%- strangulations of vascular soldering and other causes.

Introducere. Epididimita acuta este diagnosticată în 1 din 350 de adresări la urolog și este plasată pe locul 5 printre maladiile genito-urinare ale celor cu vârsta de 18-50 ani, după prostatite, uretrite, urolitiază și infecții sexual-transmisibile. Ea este destul de răspândită la tinerii cu vârsta cuprinsă între 24 și 28 ani, afectarea bilaterală fiind în 9% cazuri. În ultimii ani se observa o tendință spre creșterea incidenței formelor grave de epididimită cu abscedare, necroze și infarcte ale testiculului, fapt ce impune un tratament chirurgical de urgență.

Obiective. Studiarea unui lot de pacienți cu epididimită acută, alegerea tacticii eficiente de diagnostic și de tratament al maladiilor scrotului acut.

Materiale și metode. Studiul cuprinde un lot de 271 pacienți cu maladiile scrotului acut, internați și tratați în Secția de Urologie a Spitalului Raional Căușeni timp de 30 de ani. Vârsta pacienților - de la 3 la 75 de ani. Investigatiile efectuate: hemogramă, urogramă, RW, frotiu uretral, analiza secretului prostacic, urocultura, ultrasonografia sistemului genito-urinar, urografia i/venoasă, testarea la chlamidii, gonoree și tuberculoză. Diagnosticul diferențiat al epididimitei acute s-a efectuat în raport cu alte maladii ale scrotului.

Rezultate și discuții. În majoritatea cazurilor (60%) pacienții s-au adresat la medicul urolog în primele 24 de ore de la debutul bolii, în 30% cazuri - în primele 3 zile, în 10% cazuri - mai târziu de 3 zile. Epididimita acuta a constituit 70% din toate maladiile studiate, urmată de traumatismul organelor scrotale și respectiv de orhita nespecifică și de afecțiunile acute ale hidatidei. Intra- și postoperator au fost diagnosticate 20% de torzii testiculare (hidatidale), 15% abcese testiculo-epididimale, 3% necroze testiculare, 1% tromboze ale vaselor testiculare, strangulări ale funiculului spermatic de vase și bride

în 40%, în 10% cazuri- hematoame cu lezări ale testicului, epididimului și funiculului spermatic, 2% - încarcerări de testicul ectopic, funiculocel, epiploon, epididimită tuberculoasă etc. În 60% cazuri s-a efectuat epididimotomia, iar în 45% - orhiectomia (necroze, distrucții purulente, epididimite repetate, infarct). În etiologia epididimitelor acute cel mai frecvent a fost diagnosticată flora gram- negativă -53%, chlamidia trahomatis - 22%, viruși -13%, micoze - 8%, tuberculoză - 0,8%. Factorii importanți care au influențat asupra patologiei au fost prostatitele cronice, stricturile de uretră, adenomul și cancerul de prostată, diverse anomalii sau traume. Complicații înregistrate în rezultatul tratamentului: 20% - abcese și atrofi

de testicul în infecții cu E.Coli; 1,6% - infertilitate la infecții cu chlamidii; trecere în epididimită cronică - 40%, cazuri unice cu infiltrate cronice caudale, formare de chisturi, fistule epididimo-scrotale, testiculo-algii cronice. Toți pacienții au necesitat o monitorizare strictă, repaos la pat, tratament antibacterian și antiinflamator. În cazurile de absență a efectului la tratament conservator în primele 3 zile, în 26% cazuri de epididimită acută s-a întreprins intervenția chirurgicală. Toate cazurile de traume ori de suspexie la torsiune a testicului, hidatidei, infarctul testicular, încarcerarea testicului în canalul inghinal, abcesul testicular și epididimal au necesitat intervenție chirurgicală de urgență.

VALOAREA URETROTOMIEI INTERNE OPTICE ÎN TRATAMENTUL STRICTURILOR URETRALE

Gh. Scutelnic, V. Ghicavii, C. Lupașco, M.Popov, E. Ceban, I. Dumbrăveanu, V. Tuchila, E. Pleșca, I. Draguță, I.Veveriță
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Summary

Recently the indications for internal optic uretrotomia are more limited by the high percentage of postoperative recidives. The incidence of urethral strictures diagnosed and treated in the urologic departments of Republic of Moldova consists 1-3% in the last 10 years. Surgical treatment of urethral strictures remains rather controversial. Our study reviews 562 patients with urethral strictures surgically treated by the 1995-2004 years. Gained results confirm the internal optic uretrotomia being the elective treatment for urethral strictures.

Actualitatea temei. Actualmente conform datelor din literatura de specialitate indicațiile către uretrotomia internă optică devin din ce în ce mai puțin frecvente, din cauza procentului înalt de recidive. Incidența stricturilor uretrale depistate și tratate în departamentele urologice din Republica Moldova în ultimii zece ani cuprind 1-3% dintre pacienți. În ultimii ani tratamentul chirurgical al stricturilor uretrale rămâne a fi o problemă cotraversată. În studiul nostru au fost investigați 562 de bolnavi pe parcursul anilor 1995-2004, tratați chirurgical cu stricturi uretrale. Rezultatele obținute ne relevă că uretrotomia internă optică rămâne metoda de elecție în tratamentul stricturilor uretrale, fiind miniminvasivă, iar tratamentul chirurgical este preferabil în rezolvarea stricturilor uretrale posttraumatice obliterate.

Scopul lucrării. Analiza comparativă a rezultatelor tratamentului chirurgical al stricturilor de uretră prin uretrotomie internă optică și prin operații deschise.

Materiale și metode. S-a efectuat analiza rezultatelor tratamentului chirurgical deschis și endoscopic la 562 pacienți cu stricturi uretrale de etiologie postinflamatorie și posttraumatică pe perioada anilor 1995-2004, ceea ce constituie 2,1% din numărul pacienților tratați cu patologii ale căilor urinare inferioare. Limitele de vârstă ale pacienților au fost cuprinse între 17-75 ani (vârsta medie - 45 ani).

Rezultate. Din 562 de pacienți internați au fost tratați chirurgical 463(82,4%) și conservativ - 99(17,6). Tratamentul conservativ a inclus administrarea de preparate antibacteriene,

antiinflamatorii, imunomodulatorii, bujarea uretrei, proceduri fizioterapeutice etc. Dintre cei tratați chirurgical, 278 (60,1%) bolnavi au fost tratați prin uretrotomie internă optică (UIO) și 185(39,9%) - prin operații clasice deschise. Operații deschise au fost efectuate preponderent în cazurile stricturilor posttraumatice, cu obliterarea lumenului uretrei, și anume: plastia uretrei după Holțov-Marion - 119 (64,3%), plastia uretrei după Solovov-Badenoc - 59 (31,9%) etc. (plasarea uretrei la perineu, meatotomie, cistostomie ș.a.). Rata recidivelor tardive ale stricturilor uretrale operate în clinică: după operațiile conform procedurii Holțov-Marion -8,5%; după operațiile Solovov-Badenoc - 12%; după UIO - 13%.

Majoritatea recidivelor după operațiile Holțov-Marion au survenit peste 5-7 ani, după Solovov-Badenoc - peste 2-3 ani, după intervențiile endoscopice - peste 1 an. Durata medie de spitalizare a pacienților operați Holțov-Marion a fost de 16-18 zile, Solovov-Badenoc - 23-25 zile, endoscopice - 6-8 zile. Drenajul vezical după procedurii Holțov-Marion s-a menținut 10 zile, Solovov-Badenoc - 21 zile, UIO - 4-5 zile.

Concluzii

1. UIO este indicată atât în recidive după uretrotomie sau uretrotomie deschise, cât și în stricturile vechi, tratate prin dilatații uretrale.

2. Tratamentul de elecție al stricturilor uretrale este uretrotomia internă optică.

3. UIO are prioritate în cazul bărbaților tineri care doresc să-și păstreze potența și fertilitatea.

4. Stricturile posttraumatice cu obliterarea lumenului uretral se tratează preponderent prin operații deschise (Holțov-Marion, Solovov-Badenoc, etc.).

5. Cu toate că rata recidivelor stricturilor uretrale după operațiile deschise este de 12%, iar după operațiile endoscopice este de 16%, spitalizarea pentru o durată scurtă, cheltueli și traumatism minim ridică semnificativ efectul terapeutic al operațiilor endoscopice.

Vârsta (ani)	Nr. pacienților	%	Strictură posttraumatică	%	Strictură postinflamatorie	%
20	63	11,2	26	8,9	36	13,2
21-30	81	14,4	40	13,8	39	14,3
31-40	92	16,4	50	17,2	45	16,5
41-50	90	16,0	51	17,6	40	14,7
51-60	109	19,4	55	19,0	53	19,5
61-75	127	22,6	68	23,5	59	21,7
Total:	562	100,0	290	100,0	272	100,0

CISTITA NECROTICĂ – DIFICULTĂȚI DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE

V.Oșan, R.Boja, L.Schwartz, C.Catarig, O.Golea,
Carmen Simion, Martha Orsolya, S.Nedelcu, L.Vass
Clinica de Urologie Târgu-Mureș, România

Abstract

Necrotic cystitis, also called incrustation cystitis, raises etiopathological and therapeutical problems, with relapse of the necrosis after removal of pathological tissue. Between 01.01.1999 and 31.12.2005 there have been 55 patients institutionalized in our Clinic, presenting lower urinary tract symptoms (LUTS). Instrumental investigations have demonstrated the thickening of the bladder wall, more frequently in the trigonum area. Ultrasound examination and cystography couldn't exclude an infiltrative bladder tumor. Cystoscopy which showed necrotic bladder tissue, with calcareous incrustations, followed by the resection of the pathologic tissue. In 45 cases the histopathological result was necrotic cystitis and in 10 cases infiltrative urothelial bladder tumor or epidermoid metaplasia. In order to clarify the etiology of the necrosis an investigation protocol have been used, consisting of laboratory tests for autoimmune diseases, vascular or local causes that initiate the necrosis (previous surgery in the area, endoscopic interventions). In 5 cases with autoimmune disease, the treatment was transurethral resection and plasmapheresis. The evolution was favorable in 4 cases. Failure: 1 patient. In 12 cases the cause of the necrosis appears to be a diabetic vasculitis, judging by the deep necrosis, dispersed over several small areas. The posttherapeutic evolution depends on the correct treatment of diabetes. In 10 patients with previous endoscopic surgery, the necrosis has been induced by inadequate electrical currents or mechanical lesions. In 18 patients the causing factor remained unknown. The limited necrosis of the bladder can be caused by autoimmune diseases, vascular diseases (diabetes) and endo-urethral maneuvers. The endoscopic resection of the necrotic bladder wall to the healthy, well vascularised tissue beneath is an important therapeutic procedure. The treatment of the causing factors (autoimmune, vascular) will consolidate the healing. Not knowing the other causes will lead to failure, and repeated endoscopic treatment will result in short term ameliorations.

Introducere. Cistita necrotică, denumită în literatură și "cistita de incrustație", ridică probleme de etiopatogenie, prezentând dificultăți terapeutice, cu recidiva necrozei după îndepărtarea țesuturilor patologice.

Materiale și metode. Între 01.01.1999-31.12.2005 au fost internați în clinica noastră 55 de pacienți cu fenomene urinare joase de tip iritativ. Investigațiile paraclinice au pus în evidență peretele vezical îngroșat, situație frecventă în trigon. Ecografia și cistografia nu puteau exclude aspectul unei tumori vezicale infiltrative. Cistoscopia a evidențiat un țesut vezical necrozat, cu incrustații calcare, fiind urmată de rezecția țesutului patologic. La 45 de pacienți rezultatul histopatologic a fost de cistită necrotică, iar la 10 bolnavi s-a depistat tumoră vezicală urotelială infiltrativă sau metaplasie epidermoidă. Pentru a elucida etiopatogenia necrozei, s-a aplicat un protocol de investigare care include teste de laborator pentru depistarea unui proces autoimun, a unor cauze vasculare sau a unor cauze locale de declanșare a necrozei (intervenții în antecedente, manevre endoscopice, etc.).

Rezultate și discuții. La 5 bolnavi cu proces autoimun, tratamentul a constat din rezecție transuretrală și din plasmafereză. Evoluție favorabilă, cu vindecare - la 4 bolnavi. Eșec: 1 pacientă. La 12 bolnavi cauza necrozei este sugerată a fi o vasculită diabetică, după aspectul profund al necrozei în puncte dispersate, evoluția postterapeutică este influențată de tratamentul corect al diabetului. La 10 pacienți cu manevre chirurgicale endoscopice în antecedente, inducția procesului necrotic a fost provocat de curenți electrice inadecuați sau de leziuni mecanice. La 18 bolnavi cauza a fost necunoscută.

Concluzii. Necroza limitată a vezicii urinare poate avea cauze autoimune, vasculare (diabet), manevre endouretrale. Rezecția endoscopică a peretelui vezical necrozat până în țesut bine vascularizat este un gest terapeutic important. Tratamentul cauzal (autoimun, vascular, etc.) consolidează vindecarea. Necunoașterea și a altor cauze duce la eșec, iar tratamentul endoscopic repetat - la ameliorări pasagere.

LEIOMIOM AL VEZICII URINARE (prezentare de caz)

V.Oșan, R.Boja, Angela Borda*, Orsolya Martha, Carmen Simion, L.Vass

Clinica de Urologie Târgu-Mureș, România

**UMF Tg-Mureș, Disciplina de Morfopatologie*

Abstract

Bladder leiomyoma is a benign tumour, with a rather low incidence, 0,43%, at about 200 cases presented in the literature. The authors present a case of a female patient aged 70 years, who was treated in the Clinic of Urology Târgu-Mureș presenting dysuria and polakysuria. The abdominal ultrasound examination, IVU, cystoscopy revealed a tumour (5x5 cm dimension) localised near the bladder neck on the left lateral wall of the bladder. This tumour had an omogenous structure, produced bladder outlet obstruction, the residual urine was about 150 ml. A transurethral resection was performed for the tumour (weight 50 gr). The endoscopic control revealed a tumour covered with normal urothelium, localised on the left lateral bladder wall near neck. The macroscopic aspect of the tumour was like the adenomatous tissue of the prostate in man. The histopathological finding (hematoxilin eosin staining, immunohistochemical ex.) revealed leiomyoma of the bladder (no signs of malignancy). The patient had no bladder obstruction after the endoscopic procedure. Bladder leiomyoma is a very rare, benign tumour. The one presented is an endovezical one causing bladder obstruction. The endoscopy procedure solved the case, the 3 month follow up revealed a normal bladder.

Introducere. Leiomiomul vezicii urinare este o tumoră benignă mezenchimală cu incidență scăzută sub 0,43%, în literatura de specialitate raportându-se aproximativ 200 de cazuri. Localizarea leiomiomului poate fi endovezicală, intramurală și extravezicală.

Materiale și metode. Prezentăm cazul unei bolnave U.V. în vârstă de 70 ani, internată în clinica noastră între 15.11.-21.11.2005 pentru acuze urinare de tip obstructiv (disurie,

polakiurie). Examinările paraclinice (ecografie, urografie în faza cistografică, cistoscopie) pun în evidență o formațiune tumorală de 5/5 cm situată în vecinătatea colului vezical atașat peretelui stg al vezicii urinare. Investigațiile efectuate sugerau existența unei tumori bine delimitate, cu structură omogenă și cu caracter obstructiv tip clapetă pe colul vezical, pacienta având un reziduu urinar de 150 ml. Sunt prezentate imagini radiologice, ecografice, endoscopice și histologice ale tumorii vezicale benigne. Bolnava a fost supusă unei intervenții transuretrale cu rezecția în totalitate a tumorii, în greutate de 50 gr.

Rezultate și discuții. Intervenția endoscopică a pus în evidență formațiunea tumorală descrisă, acoperită de un uroteliu normal, având baza de inserție pe peretele stg în imediata vecinătate a colului, cu caracterele obstructive amintite. Rezecția transuretrală a dus la îndepărtarea tumorii în totalitate. Aspectul macroscopic al țesutului rezecat fiind asemănător cu cel al adenomului de prostată de la bărbat. Ex. histopatologic (colorațiile hematoxilină eozină, imunohistochemice) pun diagnosticul de leiomiom al vezicii urinare fără elemente atipice. După îndepărtarea sondei uretrovezicale, fenomenele obstructive semnalate de pacientă au dispărut.

Concluzii. Leiomiomul vezical este o tumoră benignă extrem de rară. Forma prezentată în poster este endovezicală obstructivă. Intervenția endoscopică a dus la îndepărtarea tumorii în totalitate, cu dispariția simptomatologiei. Controlul endoscopic la 3 luni a relevat o vezică urinară normală.

EVALUAREA ULTRASONOGRAFICĂ A PATOLOGIEI SCROTALE (studii preliminare)

V. Platon¹, I. Ghețiu², Iu. Bîrsan¹

¹*Secția Urologie IMSP Spitalul Clinic Republican*

²*IMSP Centrul de Diagnosticare Medicală Chișinău*

Summary

Ultrasonography of the scrotal pathology (USG SP) is significant and sensitive method for clinical diagnosis of this pathology. During the period of 3 years (2003-2005) 79 patients with scrotal pathology (SP) were examined ultrasonographically (USG). The rates of scrotal pathology was the following: left-side varicocele – 21 (26,6%); bilateral varicocele – 1 (13%); spermatocele – 17 (21,5%), hydrocele – 22 (27,8%); epididymitis – 12 (15,1%); tumor of testicle – 4 (5,1%); torsion of testicle – 1 (1,3%); hypoplasia of testicle – 1 (1,3%). USG SP evaluation must become obligatory when examining patients with SP.

Introducere. Patologia scrotală (PS) are o frecvență considerabilă în sfera maladiilor urologice. Ultrasonografia patologiei scrotale (USG) demonstrează o semnificație și o sensibilitate majoră clinică (98-99%) în diagnoza anomaliilor,

tulburărilor scrotale, în diferențierea leziunilor scrotale și paratesticulare. Principala indicație a USG PS o constituie evaluarea simptoamelor scrotului acut (durere sau mărire în volum), îndeosebi în diagnosticul torsiunii și al tumorilor testiculare.

Obiective. Ne-am propus să studiem ultrasonografic un lot de pacienți asimptomatici și cu simptome scrotale (durere și/sau mărire în volum).

Materiale și metode. În perioada 01.01.2003–31.12.2005 au fost examinați ultrasonografic 79 pacienți cu PS. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 15 și 73 ani. Vârsta medie a pacienților a constituit 40,9±0,7 ani. PS extratesticulară au avut 73 (92,4%), vs PS intratesticulară 6 (7,6%) pacienți.

Rezultate. În lotul studiat (n=79) PS unilaterală s-a depistat în 66 (83,5%) cazuri, vs PS bilaterală - 13 (16,5%) cazuri. PS pe stânga a fost atestată la 47 (59,5%) pacienți, vs - 19 (24,0%) pe dreapta. Pondere PS depistate a fost următoarea: varicocele pe stânga - 21 (26,6%) cazuri; varicocele bilateral - 1 (13%); spermatocele - 17 (21,5%); hidrocele - 22 (27,8%); epididimită - 12 (15,1%); tumoră testiculară - 4 (5,1%); torsiune testiculară - 1 (1,3%); hipoplazie testiculară - 1 (1,3%) cazuri.

Concluzii:

1. Utilizarea USG PS ne permite o diagnosticare a PS de origine inflamatorie, tumorală, vasculară, traumatică.
2. USG PS prezintă avantaje față de alte investigații

paraclinice prin neinvazitate, facilitate, comoditate, rapiditate, condiții minime de pregătire.

3. US stabilește originea PS într-un procent foarte mare din afecțiunile scrotale.

4. La pacienții asimptomatici, USG a permis diagnosticarea și precizarea PS.

5. USG PS este necesară pentru evaluarea și caracterizarea țesuturilor scrotale lezate, evoluția hidrocelului, varicocelelui, durerii și a măririi în volum a scrotului, diagnosticarea torsiunii testiculare, eestimarea traumei scrotale, a criptorhidiei și a bărbatului infertil.

6. Analiza USG PS ar trebui să intre obligatoriu în protocolul de investigații ale afecțiunilor scrotale.

EFICIENȚA PREPARATULUI “MYCOSYST” ÎN PROFILAXIA ANTIMICOTICĂ

Irina Edu, I.Dumbraveanu, A.Axenti, A.Tanase

Catedra de Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Summary

A study upon the Mycosyst drug, regarding the profilaxy of urological mycosys in 48 patients has been performed. Was constatated that the Mycosyst medicine proved itself as a better drug then Nystatine in the profilaxy of mycosys. The Mycosysts compliance is higher and there are no adverse reactions detected. The drug can be recomanded, as well in the profilaxy of micosys in urology.

Introducere. Micozele reprezintă o grupă mare de boli cauzate de agenți micotici parazitari (ciuperci). Tratamentul și profilaxia micozelor prezintă o importanță majoră în menținerea organismului într-o stare de echilibru fiziologic. În scopul profilaxiei antimicotice se utilizează o serie de preparate din diverse grupe farmaceutice.

Scopul lucrării. Determinarea eficacității unor preparate antimicotice la pacienții internați în Clinica de Urologie prin efectuarea unui studiu comparativ a doua remedii: “Mycosyst” (fluconazol) produs de compania farmaceutică “Ghedeon Rihter” și Nistatină.

Material și metode. În studiu au fost incluși 48 pacienți, selectați pe baza unor criterii bine definite: pacienți supuși timp îndelungat terapiei antimicrobiene masive, pacienți cu micoze în antecedente, pacienți cu patologii concomitente precum diabetul zaharat, tumori maligne, etc. La 24 pacienți ca remediu antimicotic am folosit Mycosyst 100mg, administrat de 2 ori la a 3-a și a 5-a zi de la inițierea tratamentului antibacterian. În lotul martor au fost incluși 24 pacienți la care s-a administrat Nistatina, 1 pastila de 4 ori/zi, timp de 7 - 22 zile. Pe parcursul tratamentului pacienții au fost supravegheați și evaluarea rezultatelor a fost efectuată pe baza protocolului unic.

Rezultate. Complanța Mycosystului a fost înalta, utilizarea preparatului în doză zilnică unică nu a pus probleme

de respectare a intervalului de administrare. Nistatina are o complianță joasă, din cauza necesității de administrare a preparatului de 4 ori pe zi, intervalul recomandat de 6 ore nu este respectat, adeseori utilizarea preparatului fiind de 2 ori pe zi. Din 24 pacienți care au folosit Mycosyst la nici unul nu au apărut manifestări micotice, inclusiv la 5 pacienți (20,8%) cu micoză în antecedente. Din lotul de pacienți care au utilizat Nistatină, la 3 pacienți (12,5%) am constatat simptome micotice a sistemului digestiv și a celui genital. În primul lot nu am observat reacții adverse. La 6 pacienți (25%) care au utilizat Nistatină au apărut reacții adverse manifestate prin grețuri, disconfort abdominal sau cefalee.

Discuții. Mecanismul de acțiune a Mycosystului este bazat pe inhibiția sintezei ergosterolului ce intră în componența membranei celulare a ciupercilor. Mycosystul posedă acțiune specifică înalta asupra fermenților fungici bazați pe citocroma P450. El este activ în cazul *Candida* spp., *Cryptococcus neoformans*, *Histoplasma capsulatum*, *Blastomyces dermatitidis*, *Coccidioides immitis*, *Mycrosporium*. Preparatul se absoarbe practic totalmente la administrarea per os. Biodisponibilitatea Mycosystului depășește 90%. Cmax în plasmă se înregistrează peste 1-2 ore de la primire. Pătrunde în toate țesuturile și umorile organismului. T_{1/2} este de aproximativ de 30 ore. Se elimină prin rinichi: 80% în stare neschimbată; 11% sub formă de metaboliți. În profilaxia candidozei se indică doza de la 50 la 400 mg în priză unică sau multiplă în funcție de gravitatea procesului.

Concluzii: Preparatul “Mycosyst” (fluconazol, Ghedeon Rihter) s-a dovedit a fi mai eficient în profilaxia micozelor, comparativ cu Nistatina. Compleanța Mycosystului este mai înalta, iar reacțiile adverse sunt absente. Preparatul poate fi recomandat ca remediu antimicotic, profilactic în urologie.

