

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

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

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

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

Concluzii

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

Bibliografie

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

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

Summary

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

Actualitatea

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

Material și metode

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

Rezultate și discuții

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

Tabela 1

Rezultatele examinării microbiologice a urinei

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

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

Tabela 2

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

Tabela 3

Sensibilitatea microflorei izolate la preparatele antimicrobiene (SRC Camenca)

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

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

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

Concluzii

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

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

Bibliografie

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

GANGRENA FOURNIER (caz clinic)

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

Clinica de Urologie a Spitalului Municipal de Urgență, Chișinău

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

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

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

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

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

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

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

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