

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

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

Concluzii

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

Bibliografie

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

CATEVA CONSIDERATII CLINICE SI TERAPEUTICE IN PIONEFROZE

V. Odobescu*, A. Oprea**

*Clinica de urologie, Spitalul Judetean Brasov

**Clinica urologie SR ACSR CS RM.

Summary

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

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

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

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

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

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

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

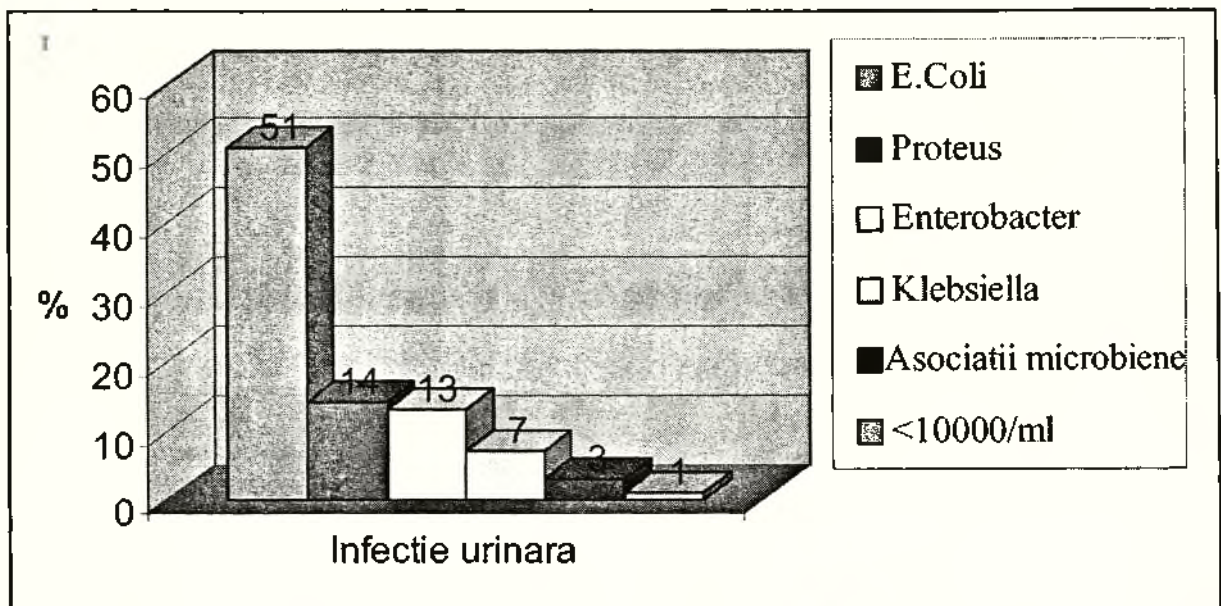


Fig.1 Infecție urinară în pionefroză

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

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

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

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

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

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

Concluzii

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

CLINDAMYCINA IN TRATAMENTUL PROSTATITEI URETROGENE (rezultate preliminare)

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

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

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

Summary.

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

Actualitatea

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

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

Obiective

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

Material și metode

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

Rezultate

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

Concluzie

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