

TRATAMENTUL LITIAZEI VEZICII URINARE PRIN LITOTRIȚIE ENDOSCOPICĂ MECANICĂ

I.Dumbraveanu, V.Ghicavîi, 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 allow 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 calcului. 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