

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 orhoepididemitele 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 prostatic, 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 testiculului, 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 atrofii

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 testiculului, hidatidei, infarctul testicular, încarcerarea testiculului 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.