

de pacienți – 38,57%) sau de la 100 cm<sup>2</sup> până la 200 cm<sup>2</sup> (132 de pacienți – 47,14%). Mai mică a fost ponderea pacienților cu suprafața de 200-300 cm<sup>2</sup> – 29 (10,36%) bolnavi. Suprafața chisturilor peste 300 cm<sup>2</sup> este rară și s-a întâlnit la numai la 11 (3,92%) pacienților (Figura 8).

Suprafața chisturilor renale simple a corelat direct cu vârsta pacienților ( $p < 0,01$ ) (Figura 9). De asemenea, pentru sublotul pacienților cu dimensiunile chisturilor între 3 și 7 cm (189 de pacienți) a fost caracteristică corelația între suprafața chistului și gradul HTA: 89,47±3,28 cm<sup>2</sup> la pacienții fără HTA (79 de bolnavi), 95,42±3,64 cm<sup>2</sup> la pacienții cu HTA gr. I (78 de bolnavi), 101,15±8,05 cm<sup>2</sup> la pacienții cu HTA gr. II (21 de bolnavi) și 112,05±7,28 cm<sup>2</sup> la pacienții cu HTA gr. II (8 bolnavi) (Figura 10).

## Concluzii

Volumul și în special suprafața chistului reprezintă indicii cei mai importanți în evaluarea ecografică a chistului renal simplu. Progresul chisturilor este confirmat prin existența unei corelații statistice veridice între suprafața chistului și vârsta pacientului. Nu a fost determinată nici o corelație între dimensiunile chistului și stadiul bolii cronice de rinichi precum și astfel de complicații a ei ca anemia. Analiza statistică efectuată a determinat că există o corelație directă între tensiunea arterială și suprafața chistului în intervalul de la 60 cm<sup>2</sup> până la 130 cm<sup>2</sup>, ceea ce corespunde diametrului chistic între 4,3 și 6,4 cm. Aceste dimensiuni ale chistului și sunt recomandate ca optime pentru exercitarea intervenției chirurgicale de corecție.

---

## Bibliografie

1. CHANG C., KUO J., CHAN W., CHEN K., CHANG L., Prevalence and clinical characteristics of simple renal cyst // J. Chin. Med. Assoc., 2007 Nov;70(11):486-91.
  2. MURSHIDI M., SUWAN Z., Simple renal cysts // Arch. Esp. Urol., 1997 Oct;50(8):928-31.
  3. NAHM A., RITZ E., The simple renal cyst // Nephrol. Dial. Transplant. 2000 Oct;15(10):1702-4.
  4. MADRID GARCÍA F., SERRANO I., RIVAS ESCUDERO J. ET AL., Multilocational cystic nephroma. Review of a case with reference to echographically observed changes // Arch. Esp. Urol., 1998 Jun;51(5):493-8.
  5. MARTINO P., PALAZZO S., CRUDELE V. ET AL., Echoguided treatment of simple renal cysts: our experience from 1995 to 2010 // Arch. Ital. Urol. Androl., 2010 Dec;82(4):284-6.
  6. CONSONNI P., NAVA L., SCATTONI V. ET AL., Percutaneous echo-guided drainage and sclerotherapy of symptomatic renal cysts: critical comparison with laparoscopic treatment // Arch. Ital. Urol. Androl., 1996 Dec;68(5 Suppl):27-30.
- 

## ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

### TREATMENT OF UROGENITAL DISORDERS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

### TRATAMENTUL DEREGLĂRILOR UROGENITALE ALE FEMEILOR ÎN POSTMENOPAUZĂ

**А.М.Чернявый, Н.Ю.Марина**

Отделение урологии ГУ «Рыбницкая центральная районная больница»  
Рыбница, Молдова

## Summary

The authors conducted a comparative study with different treatment clinical groups in chronic urinary tract dysfunction in post climacteric period. Complex therapy is the most effective one, where local estrogen treatment is administered together with M-cholinolitic and  $\alpha$ -adrenoblokera medication.

## Rezumat

Autorii au realizat un studiu comparativ în grupuri de tratament clinice diferite la pacientele cu disfuncție cronică a tractului urinar în perioada post climaterică. Terapia complexă este cea mai eficientă, în care tratamentul local cu estrogeni este administrat împreună cu medicamente M-cholinolitice și  $\alpha$ -adrenoblocante.

---

## Введение

Доказано, что эстрогенный дефицит - основная причина урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе. По данному вопросу опубликовано большое количество научных исследований, однако по прежнему ведутся споры о механизме развития, способах лечения, а также о возможностях альтернативных методов лечения заболевания.

По данным популяционных исследований проводимых в Европейских странах: Германии, Испании, Швеции, Великобритании и США симптомы урогенитальных расстройств отмечаются у 17% населения старше 40 лет, из них 56% - женщины. С возрастом, частота симптомов возрастает до 30% у лиц старше 65 лет, и до 50% у лиц старше 70 лет. Подавляющее большинство женщин указывают, что начало заболевания совпадает с наступлением менопаузы, причем распространенность этого симптомокомплекса зависит от длительности постменопаузы и увеличивается с 15% при постменопаузе до 5 лет до 71,4% при длительности постменопаузы более 20 лет, что связано с нарастанием эстрогенного дефицита.

Как следствие этого развивается атрофия слизистой оболочки мочевого пузыря и влагалища, уменьшается концентрация во влагалище лактобактерий. Кроме этого повышается значение pH отделяемого и увеличивается количество грамотрицательной микрофлоры (H.Strassel et al 2000). Важную роль в антибактериальной защите играет образование слоя мукополисахаридов, покрывающего в норме эпителий мочевого пузыря. Формирование слоя мукополисахаридов считается гормонально зависимым процессом, эстрогены влияют на его синтез, прогестерон на его выделение эпителиальными клетками.

Применение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) ведет к пролиферации влагалищного эпителия, улучшает кровоснабжение, восстанавливая трансудацию и эластичность стенок мочевого пузыря и влагалища. Указанный процесс увеличивает синтез гликогена, восстанавливает популяцию лактобактерий во влагалище, нормализует pH.

## Цель

Целью нашего исследования являлось проведение сравнительного изучения эффективности лечения ЗГТ в комбинации с М-холинолитиками и α-адреноблокаторами при урогенитальных расстройствах в постменопаузе.

## Материал и методы

В 2006-2010 годах в урологическом отделении ЦРБ г. Рыбница проведено лечение 68 больным с урогенитальными расстройствами в постменопаузе.

Клинически это проявлялось различными расстройствами:

- поллакиурия - 28%
- никтурия - 62%
- цисталгия - 36%
- зуд и сухость половых органов - 32%
- рецидивирующий цистит - 42%

В основе рецидивирующего цистита лежало не инфекционное поражение, а цистоскопически доказанная атрофия слизистой мочевого пузыря.

Началу лечения предшествовало комплексное обследование больных включающее:

- консультация гинеколога
- мазок из влагалища
- общий анализ крови и мочи
- посев мочи на стерильность
- УЗИ органов малого таза
- цистоскопия

В анализах и посевах мочи патологии выявлено не было. У 36% больных в мазках из влагалища обнаружен рост грибка типа *Candida*.

Больные были распределены на три клинические группы:

I группа (17 больных) получали эстриол перорально 2 мг 2 раза в день 8 недель в поликлинике и в стационаре, витамины группы С, В, РР, симптоматическую терапию;

II группа (25 больных) эстриол локально в свечах 0,5 мг 1 раз в день до 8 недель, витамины группы С, В, РР, симптоматическую терапию;

III группа (26 больных) комплексное лечение эстриол локально в свечах до 4-х недель, М-холинолитик - Дриптан 5 мг 2 раза в день 4 недели, α-адреноблокатор Тамсол 4 мг 1 раз в день 4 недели.

Сопоставляя объективные данные (динамику поллакиурии, болевой синдром, динамику никтурии), а также субъективную оценку лечения врачом и пациентом можно сделать выводы, что наиболее быстрый и стойкий положительный эффект наблюдался у больных III клинической группы. В этой группе у 20 больных (80%) отмечено стихание процесса, и у 60% из них отмечена стойкая ремиссия более 6 месяцев.

У больных II группы положительная динамика наблюдалась в 42% случаев, а в течении 3-х месяцев у 35% из них отмечено обострение процесса.

У больных I группы клинический эффект был достигнут у 40% а у 45% из них отмечалась манифестация симптомов заболевания через 3-4 месяца.

## Обсуждение и выводы

Таким образом, в настоящее время в виду отсутствия альтернативы гормональной терапии, наиболее эффективным и безопасным методом является применение локальных форм эстрогенов в сочетании с М-холинолитиками и α-адреноблокаторами.

Отдается предпочтение локальным формам эстрогенов в связи с меньшим количеством противопоказаний и осложнений при их применении. Большое значение в лечении императивных нарушений мочеиспускания имеет правильный выбор селективного модулятора негормональных рецепторов мочевого тракта.

Следует отметить, что благоприятный терапевтический эффект проявляется при максимально раннем начале лечения.

Гормональная терапия в постменопаузе, не только признак медицинского прогресса, она в значительной степени способствует социальной и экономической адаптации женщин данного периода жизни.

## Литература

1. Н.А.ЛОПАТКИН, Т.С.ПЕРЕПАНОВА. Рациональная фармакотерапия в урологии.. Изд. Москва. «Литтерра» 2006г. с.301.
2. БАЛАН В.Е., СМЕТНИК В.П. Урогенитальные расстройства в постменопаузе. Изд. М.1998г. 3-5 с.5
3. ТИХОМИРОВ А.Л., ОЛЕЙНИК Ч.Т. Урогенитальные расстройства в постменопаузе.. Изд. Журнал «Лечащий врач» 2006г.
4. КУЛАКОВ В.И. СМЕТНИК В.П. Руководство по климактерию. Изд.М.2001г. с. 685.

# EXPERIENȚA DE ELABORARE A GHIDURILOR PENTRU PACIENȚI ÎN DOMENIUL UROLOGIEI ȘI NEFROLOGIEI

## PATIENTS' GUIDES IN UROLOGY AND NEPHROLOGY: CURRENT EXPERIENCE IN THE FIELD

**Petru Cepoida, Adrian Tănase**

*Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF „N. Testemițanu”  
Centrul Dializă și Transplant Renal, IMSP Spitalul Clinic Republican*

### Summary

Patients' guides, carried out during the work on Clinical National Protocols are accessible informational sources specially designed for patient's clearer understanding of complex nephrological and urological pathologies. In the same time presented information is sufficient for patient's making decision on different diagnostic, preventive and treatment procedures. Implementation of the „frequently asked questions” „socratic-like” strategy provided higher intelligibility and readability of the prepared informational materials. As well, modern patients' guides promote the development of participative medicine in the Republic of Moldova.

### Introducere

Ghidurile pentru pacienți reprezintă un mijloc important de informare a pacienților, care suferă de patologii concrete, precum și rudelor lor [1]. Un ghid pentru pacienți bine pregătit povestește despre caracteristicile principale ale maladiei, descrie cauzele ei posibile, mecanismul de dezvoltare, metodele de prevenire, diagnostic și de tratament [2]. În același timp obiectivele enumerate pot fi realizate de către autor numai prin crearea unui pliant informațional clar și simplu, ușor accesibil pentru pacienți [1, 2].

### Obiectiv

Analizarea particularităților ghidurilor pentru pacienți elaborate în domeniul urologiei și nefrologiei în cadrul implementării Moldova Governance Threshold Country Program, care a permis elaborarea primelor ghiduri standardizate de diagnostic și tratament, creând astfel baza documentară pentru implementare în practică a medicinei bazate pe dovezi în Republica Moldova.

### Material și metode

Fundamentarea teoretică a acestei lucrări analitice derivă din sursele de literatură relevantă, inclusiv articolele depistate

de baza de date PubMed, care a fost cercetată prin intermediul formulei de căutare „guide AND patient AND (writing OR write)” cu restricția „Title”. În calitate de parte practică am analizat materialul educațional pentru pacienți, prezentat în nouă ghiduri pentru pacienți privind particularitățile ale șapte patologii diferite (pielonefrita cronică, pielonefrita acută, insuficiența renală cronică terminal sub dializă, insuficiența renală acută, adenomul de prostată, urolitiază, traumatismul renal). Acest studiu a fost desfășurat în cadrul implementării practice a astfel de strategii internaționale de sănătate ca educație pentru sănătate.

### Rezultate

Pe parcursul anilor 2008 și 2009 în cadrul elaborării protocoalelor clinice naționale au fost pregătite materialele special destinate școlarizării pacienților. În total au fost elaborate 9 materiale informative pentru pacienți, prezentate ca anexe la 7 Protocoale Clinice Naționale [3-9]. Astfel, pentru fiecare Protocol Clinic Național a fost pregătit câte un ghid pentru pacienți, cu excepția Protocoalelor Clinice Naționale „Insuficiența renală cronică terminală sub dializă” și „Insuficiența renală acută”. Primul protocol a avut un volum de 115 de pagini și a prezentat un număr mare de întrebări diferite, am elaborat 2 ghiduri pentru