

этом удается получить хороший косметический и функциональный результат.

Заключение. Таким образом, ретроперитонеоскопическая донорская нефрэктомия является безопасным и воспроизводимым методом. Выполнение операций таким доступом не сопровождается дополнительными техническими трудностями, не приводит к увеличению продолжительности тепловой ишемии и обладает не худшим косметическим эффектом по сравнению с лапароскопическими вмешательствами. В то же время

ретроперитонеоскопический метод имеет три основных преимущества: отсутствие контакта с органами брюшной полости, более безопасный доступ к почечным артериям и отсутствие выраженного повышения внутрибрюшинного давления. Все это позволяет считать ретроперитонеоскопическую нефрэктомию методом выбора для пожилых доноров, пациентов с ранее выполнявшимися операциями на органах брюшной полости, а также в случаях раннего деления почечной артерии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Alcaraz A, Rosales A, et al. Early experience of a living donor kidney transplant program. *Eur. Urol.* 2006; 50:542–8.
2. Bachmann A, Wolff T, Ruzata R, et al. Retroperitoneoscopic donor nephrectomy: a retrospective, non-randomized comparison of early complications, donor and recipient outcome with the standard open approach. *Eur. Urol.* 2005; 48:90–6.
3. Breda A, Bui MH, et al. Incidence of ureteral strictures after laparoscopic donor nephrectomy. *J Urol* 2006;176: 1065–8.
4. El-Galley R, Hood N, Young CJ, Deierhoi M, Urban DA. Donor nephrectomy: a comparison of techniques and results of open, hand-assisted and full laparoscopic nephrectomy. *J Urol* 2004;171:40–3.
5. Fisher PC, Montgomery JS, et al. 200 consecutive hand assisted laparoscopic donor nephrectomies: evolution of operative technique and outcomes. *J Urol* 2006;175:1439–43.
6. Greco F, Hoda MR., Alcaraz A., et al. Laparoscopic Living-Donor Nephrectomy: Analysis of the Existing Literature. *Eur. Urol.* 2010;58:498–509.
7. Kok NF, Lind MY, Hansson BM, et al. Comparison of laparoscopic and mini incision open donor nephrectomy; single blind, randomised controlled clinical trial. *BMJ* 2006;33:221–6.
8. Oyen O, Andersen M, Mathisen L, et al. Laparoscopic versus open living-donor nephrectomy: experiences from a prospective, randomized, single-center study focusing on donor safety. *Transplantation* 2005;79:1236–40.
9. Power RE, Preston JM, et al. Laparoscopic vs open living donor nephrectomy: a contemporary series from one centre. *BJU* 2006;98:133–6.
10. Ratner L. E., Ciseck L. J., Moore R. G. et al: Laparoscopic live donor nephrectomy. *Transplantation*, 60: 1047, 1995.
11. Ruzat R, Sulser T, Dickenmann M, et al. Retroperitoneoscopic donor nephrectomy: donor outcome and complication rate in comparison with three different techniques. *World J Urol* 2006;24:113–7.
12. Simforoosh N, Basiri A, et al. Comparison of laparoscopic and open donor nephrectomy: a randomized controlled trial. *BJU* 2005;95:851–5.
13. Sulser T, Gurke L, et al. Retroperitoneoscopic living donor nephrectomy: First clinical experiences after 19 operations. *J Endourol* 2004;18:257–62.
14. Suzuki K, Ishikawa A, Ushiyama T, Fujita K. Retroperitoneoscopic living donor nephrectomy without gas insufflation: five years Hamamatsu University Experience. *Transplant Proc* 2002;34:720–1.
15. Troppmann C, Perez RV, McBride M. Similar long-term outcomes for laparoscopic versus open live-donor nephrectomy kidney grafts: an OPTN database analysis of 5532 adult recipients. *Transplantation* 2008;85: 916–9.
16. Wilson CH, Bhatti AA, Rix DA, Soomro NA. Comparison of laparoscopic and open donor nephrectomy: UK experience. *BJU* 2005; 95:131–5.
17. Yang SC, Lee DH, Rha KH, Park K. Retroperitoneoscopic living donor nephrectomy: two cases. *Transplant Proc.* 1994 Aug; 26 (4): 2409.
18. Yang SC, Ko WJ, Byun YJ, Rha KH. Retroperitoneoscopy assisted live donor nephrectomy: The Yonsei experience. *J Urol* 2001;165: 1099–102.
19. Yuzawa K, Shinoda M, Fukao K. Outcome of laparoscopic living donor nephrectomy in 2007: national survey of transplantation centers in Japan. *Transplant Proc* 2009;41: 85–7.

PARTICULARITĂȚILE TRATAMENTULUI SCLEROZEI DE PROSTATĂ

Vitalii Ghicavii

Catedra de urologie și nefrologie chirurgicală
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Tratamentul sclerozei prostatei prezintă o problemă extrem de importantă a urologiei contemporane în legătură cu răspândirea mare a acestei afecțiuni, în deosebi la bărbații de vârstă înaintată și senilă. Până nu demult majorității pacienților li se exercita tratamentul prin rezecția „deschisă” a acesteia. În prezent un standard recunoscut totalmente în tratamentul sclerozei prostatei este rezecția transuretrală (TUR) a prostatei. În lucrare s-a convenit la o analiză mai profundă și completă a metodelor chirurgicale de tratament, utilizate în obstrucțiile infravezicale, provocate de scleroza prostatei, cu determinarea posibilităților de optimizare a acestora.

Astfel, rezultatele observației dinamice efectuate asupra bolnavilor din acest grup au confirmat în măsura respectivă eficiența clinică a rezecției transuretrale a prostatei în tratamentul bolnavilor cu scleroza prostatei.

Summary**Treatment particularities of prostate sclerosis**

Treatment of prostate sclerosis represents a major issue of contemporan urology due to the large spread of this disease, especially in older and senile men. Until recently, most patients were treated by "open" resection. Currently a recognized standard in the treatment of prostate sclerosis is transurethral prostatic resection (TUR). In this work was agreed at a deeper and complete analysis of surgical methods of treatment used in infravesical obstruction caused by the prostate sclerosis, which determining their optimization possibilities.

The results of dynamic observation made on the patients of this group confirmed the clinical efficacy of transurethral resection of prostate in the treatment of patients with prostate sclerosis.

Introducere

Scleroza prostatei prezintă una din etapele finale ale procesului inflamator din prostată (prostatita cronică) [1,5,8]. Această etapă se caracterizează, de regulă, prin micșorarea activității procesului inflamator și totodată organul în mare măsură se substituie cu țesut conjunctival cicatricial [2,6]. Totodată scleroza prostatei este și complicație a perioadei tardive la pacienții care au suportat adenomectomie sau TUR a prostatei din motivul HBP. La un șir de pacienți scleroza prostatei provoacă obstrucția infravezicală [1,3,12].

Actualmente pentru înlăturarea obstrucției infravezicale mai eficientă metodă de tratare se consideră rezecția transuretrală a prostatei (TUR P). În tratamentul sclerozei prostatei principala sarcină este reducerea complicațiilor intraoperatorii, precoce și tardive postoperatorii, micșorarea letalității [4,7,9]. Pentru a obține acest scop este necesar de a micșora numărul intervențiilor deschise și a majora metodele endoscopice de tratare și în special TUR. Dar necătând la rezultatele benefice și eficacitatea înaltă a TUR, aceste intervenții deasemenea nu sunt lipsite de complicații, care în unele cazuri provoacă rezultate nebenefice. Letalitatea, deși este mai mică decât la intervențiile deschise, ea totuși se mai întâlnește, ceea ce este destul de important deoarece predomină pacienți de vârstă înaintată și senilă [1,8,10,11].

Pentru determinarea eficacității clinice a rezecției transuretrale și „deschise” s-a realizat o analiză comparativă a modificărilor parametrilor medii ale vitezei maxime a jetului urinar, parametrilor simptomatice scalei dereglărilor micțiunii și calității vieții, volumului urinei reziduale și prostatei până și la 1,3,6 și 12 luni după efectuarea intervenției chirurgicale, s-a apreciat importanța devierilor acestor parametri dintre loturi în termenii stabiliți de supraveghere a perioadei postoperatorii [5,7,9,12].

Material și metode

În secția endourologică a SCR, în perioada 2007-2014, după selecția preventivă, în conformitate cu criteriile de includere în cercetare, au fost formate două grupe clinice similare după parametrii de bază, supuse ulterior tratamentului chirurgical fie prin rezecția „deschisă” (n=12) sau rezecția transuretrală (n=71) a sclerozei prostatei.

Rezultatele examinării preoperatorii a pacienților sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Rezultatele examinării preoperatorii a bolnavilor (n=83) cu scleroza prostatei (valorile medii).

	Vârsta (ani)	Volumul prostatei (cm ³)	IPSS/QoL (puncte)	Qmax (ml/s)	V rezidual (ml)
Valorile medii a parametrilor preoperatorii	72	23,2	18,1/4,4	8,4	198

TUR prostatei în scleroza acesteia s-a efectuat la 71 pacienți în vârstă de 43-91 ani (vârsta medie – 72 ani). Printre ei până la 59 ani 11 (15,4%), 60-69 ani – 22 (30,9%), 70-79 ani 21 (29,5%), peste 80 ani – 17 (23,9%) pacienți. La 10 pacienți (14%) scleroza prostatei a fost consecința efectuării adenomectomiei, la 22 (30,9%) – rezultat al TUR prostatei, la 39 (54,9%) ca consecință a prostatitei cronice. Conform datelor de supraveghere dinamică a bolnavilor operați prin rezecția transuretrală în termenii stabiliți (1,3,6 și 12 luni) s-a constatat o ameliorare statistic semnificativă a parametrilor studiați. E de menționat, că hemoragia intraoperatorie practic în toate cazurile a fost minimă și nu împiedica vizualizării endoscopice a câmpului operator.

Rezultate

Timpul pentru efectuarea intervenției chirurgicale (din momentul introducerii instrumentului în uretră până la instalarea cateterului uretral) pentru rezecția transuretrală în medie constituie 28,5 minute (cu variații de la 15 până la 46 minute) la volumul mediu de 23,2 cm³ al prostatei anterior operației.

Dinamica modificărilor simptomelor pacienților (IPSS și QoL) și parametrilor obiectivi (Qmax, V prostată, V rez.) după efectuarea rezecției transuretrale a prostatei sclerozate sunt prezentate în tabelul 2 și figura 1.

Tabelul 2

Valorile medii ale parametrilor de control preoperatorii și în diverse intervale postoperatorii la pacienții supuși rezecției transuretrale (n=71) și transvezicale (n=12) a prostatei sclerozate.

Parametrii	Tipul intervenției	Preoperator	Postoperator			
			1 lună	3 luni	6 luni	12 luni
IPSS, puncte	TURP	18,1	6,3	5,8	5,3	5,5
	p	-	< 0,001			
	Transvezical	18,0	6,1	5,2	4,6	4,5
	p	-	< 0,001			
QoL, puncte	TURP	4,3	3,4	3,4	2,6	2,9
	p	-	< 0,05			
	Transvezical	4,6	3,8	3,8	3,7	3,9
	p	-	0,004	< 0,001	< 0,002	< 0,001
V prostata, cm ³	TURP	23,1	16,2	15,7	13,7	13,7
	p	-	< 0,001			
	Transvezical	23,4	19,9	19,8	19,1	19,2
	p	-	p > 0,05	< 0,05		
Qmax, ml/s	TURP	8,8	17,6	18,7	19,9	18,9
	p	-	< 0,05			
	Transvezical	8,1	19,6	20,9	20,4	19,0
	p	-	< 0,01			

V rezidual, ml	TURP	204	49,1	22,4	23,5	26,1
	P	-	< 0,01			
	Transvezical	192	47,9	29,2	21,2	21,2
	P	-	< 0,01			

Notă: analizei statistice au fost supuse rezultatele tratamentului a 71 pacienți după intervenția transuretrală și 12 pacienți supuși intervenției „deschise”, rămași sub supraveghere și examinați în termenii stabiliți pe parcursul a 12 luni după operație.

Toți pacienții au constatat ameliorarea micțiunii – micșorarea punctelor IPSS și QoL. Viteza medie a jetului urinar s-a majorat de la 8,8 ml/s până la 18,9 ml/s și volumul rezidual s-a micșorat de la 204±37,6 până la 26,1±21,5 ml după intervenția chirurgicală.

După efectuarea TUR în scleroza prostatei la 2 (2,8%) pacienți a apărut retenție acută de urină, cărora li s-a executat cistostomia troacară.

Analiza rezultatelor operației și ameliorarea ulterioară a rezultatelor urodinamice au demonstrat, că TUR în scleroza prostatei este o metodă eficientă de tratare a obstrucției infravezicale și contribuie la restabilirea micțiunii, îndeosebi la pacienții de vârstă înaintată și senilă, mai cu seamă îmbunătățind calitatea vieții. Rezultate mult mai prielnice referitor la ameliorarea simptomatică după tratamentul chirurgical al sclerozei prostatei se constată la pacienții cu predominarea simptomatice obstrucției a afecțiunii asupra celei iritative.

Doisprezece pacienți cu vârste cuprinse între 45 și 91 de ani (vârsta medie de 72 ani) au fost supuși rezecției „deschise” a prostatei sclerozate. La executarea intervenției destul de frecvent s-a înregistrat o hemoragie intraoperatorie pronunțată, care îngreunează vizualizarea și impune aplicarea suturilor hemostatice în zona de extirpare a țesuturilor. După încheierea intervenției chirurgicale, pentru asigurarea unei hemostaze mai sigure, practic, la toți bolnavii a apărut necesitatea de a fixa un cateter uretral cu balon hemostatic în stare de întindere pentru 24 de ore. În perioada postoperatorie s-a efectuat terapia antibacteriană și antiinflamatoare standard, descrisă mai sus.

Intervenția chirurgicală a durat în medie 70,2 minute, volumul mediu al prostatei anterior intervenției chirurgicale fiind de 23,2 cm³. Datele privind durata intervenției sunt prezentate în tabelul 3.

Tabelul 3

Durata intervenției chirurgicale de rezecție transvezicală a prostatei.

Tempul intervenției, min.	Numărul pacienților	%
Sub 60	3	25,0
61-90	9	75,0
Total	12	100

Durata drenării vezicii urinare cu cateterul uretral în perioada postoperatorie a constituit în medie 88,0 ore. După stoparea hematuriei și în condițiile lipsei hipertermiei la pacienți s-a înlăturat tubul de drenaj cistostomic. După cicatrizarea fistulei cateterul uretral s-a înlăturat și s-a restabilit micțiunea sinestătătoare.

În ziua a 10-a după intervenția chirurgicală s-au înlăturat suturile și pacienții au fost externati din staționar. După intervenția „deschisă” bolnavii s-au aflat în staționar în medie 13,0 zile (zile-pat postoperatorii). Datele privind termenele de spitalizare a pacienților cărora le-a fost efectuată intervenția „deschisă” sunt prezentate în tabelul 4.

Tabelul 4

Durata de spitalizare a pacienților supuși rezecției deschise a prostatei sclerozate.

Durata de spitalizare, zile	Numărul de bolnavi	%
Sub 10	0	0
11-20	4	33,3
21-25	6	50,0
Peste 25	2	16,7
Total	12	100

Dinamica modificărilor simptomelor pacienților (IPSS și QoL) și parametrilor obiectivi (Qmax, V prostatei, V rezidual) după efectuarea rezecției transvezicale a prostatei sclerozate sunt prezentate în tabelul 2.

Așa dar, rezecția transuretrală și cea „deschisă” a fost tolerată destul de bine de pacienți, iar perioada postoperatorie imediată a evoluat relativ favorabil. În supravegherea dinamică pe parcursul unui an majoritatea pacienților din ambele grupe au înregistrat o ameliorare pronunțată a indicatorilor studiați, care caracterizează calitatea micțiunii și starea căilor urinare inferioare.

Indicatorul IPSS după tratamentul chirurgical efectuat a avut o dinamică pozitivă pronunțată și s-a deosebit esențial de valoarea inițială în grupul pacienților cu scleroza prostatei (tabelul 2), tratați prin ambele metode chirurgicale.

Pe parcursul primei jumătăți de an de după intervenția chirurgicală tendințele de modificare a sumei de puncte după scara IPSS în ambele grupuri clinice nu se deosebesc esențial ($p < 0,001$).

În mod analogic s-a modificat și indicatorul calității vieții (QoL). În ambele grupuri clinice s-a atestat o dinamică pozitivă considerabilă cu scăderea acestui parametru (în raport cu valorile inițiale) în medie pe toată perioada de observație cu 2,1 puncte ($p < 0,001$) în grupul de bolnavi după intervenția transuretrală și cu 1,3 puncte ($p < 0,001$) în grupul de bolnavi după rezecția deschisă a sclerozei prostatei.

În ambele grupuri cu tratament transuretral sau transvezical în scleroza prostatei s-au constatat tendințe similare de reducere a volumului prostatei comparativ cu valorile preoperatorii. În grupul de bolnavi operați cu aplicarea rezecției transuretrale modificarea medie a volumului prostatei în toată perioada de observație a constituit 13,7 cm³ ($p < 0,001$) față de 23,1 cm³ inițial, în timp ce după rezecția transvezicală a prostatei s-a înregistrat reducerea în medie până la 19,1 cm³ ($p < 0,05$) de la volumul preoperator de 23,4 cm³. S-a raportat o deosebire statistic veridică ($p < 0,05$) între valorile medii, care caracterizează dinamica modificării acestui indicator în ambele grupuri clinice în toată perioada de observație, fapt care arată că în rezecția transuretrală se înlătură un volum de țesut mai mare. Totuși, aceste deosebiri nu au o importanță clinică mare, ținând cont de indicatori precum scăderea simptomatice la scara IPSS, ameliorarea indicatorului calității vieții QoL, creșterea vitezei volumice a micțiunii și micșorarea cantității de urină reziduală după executarea rezecției transvezicale a prostatei. În opinia noastră, acești indicatori pot fi condiționați de o dezvoltare mai mare a țesutului cicatriceal la aplicarea suturilor hemostatice în executarea rezecției transvezicale comparativ cu intervenția executată prin accesul transuretral.

Indicatorul vitezei maxime a jetului urinar (Qmax), atât în primul grup, cât și în cel de al doilea în perioada postoperatorie s-a deosebit esențial de valorile preoperatorii și a prezentat

o dinamică pozitivă pronunțată. Astfel, creșterea medie a Qmax în toată perioada de observație în grupul cu intervenția transuretrală a constituit 11,2 ml/s ($p < 0,05$). Indicatorul analogic în grupul cu intervenția transvezicală a atins 12,3 ml/s ($p < 0,01$). Dinamica creșterii Qmax a avut particularitățile ei la compararea între grupuri în funcție de termenii de observație. Pe parcursul primelor 3 luni după intervenția chirurgicală tendința modificărilor vitezei maxime a fluxului urinar la bolnavii din grupul transuretral și cel transvezical nu se deosebesc esențial ($p < 0,05$), dar în continuare s-a înregistrat creșterea vitezei volumice maxime a micțiunii până la 18,7 și 20,9 ml/s, respectiv. Începând cu luna a treia și pe parcursul unui an aceste modificări au rămas stabile și deosebiri veridice în dinamica modificării indicatorului și la compararea între grupuri nu s-au înregistrat ($p < 0,01$).

În medie, valoarea Qmax pe parcursul primei jumătăți de an de observație după rezecția transuretrală comparativ cu rezecția deschisă este mai mică cu 2 ml/s, fapt care clinic nu are o importanță esențială și denotă lipsa unor deosebiri de principiu în dinamica indicatorului între ambele grupuri.

Modificările cele mai pronunțate în perioada postoperatorie au vizat indicatorul volumului urinei reziduale (V rezidual), ceea ce se vede clar în tab.2. Scăderea medie a acestuia în primul grup după intervenția transuretrală a constituit 154,9 ml ($p < 0,01$). În grupul al doilea transvezical acest indicator a constituit 144,1 ml ($p < 0,01$). La analiza statistică, tendințele de

modificare a indicatorului urinei reziduale, în ambele grupuri nu se deosebesc esențial ($p < 0,01$). În medie, micșorarea volumului urinei reziduale după rezecția transuretrală este mai mică comparativ cu rezecția "deschisă" cu 1,2 ml, fapt care nu are importanță clinică și denotă o dinamică similară a indicatorului în ambele grupuri.

Concluzii

În cadrul studiului nostru pentru executarea rezecției transuretrale și celei "deschise" a prostatei s-a constatat că ambele metode permit eficient tratarea pacienților de obstrucția infravezicală. Dar caracterul traumatizant mai mic, durata mai mică a intervenției chirurgicale și a spitalizării, incidența mai scăzută a complicațiilor și, inclusiv, a recidivelor, fac dovada faptului că în cazurile în care este posibilă efectuarea intervenției transuretrale, executarea acesteia este mai preferabilă în raport cu rezecția deschisă în scleroza prostatei.

Pentru acest motiv indiferent de tabloul clinic al maladii, intervenția transuretrală este mai acceptabilă în scleroza prostatei.

Totodata, s-a constatat că atât intervenția transuretrală, cât și cea transvezicală permit eficient eliberarea pacienților de obstrucția infravezicală, provocată de scleroza prostatei. Rezecția transvezicală trebuie efectuată numai în cazurile imposibilităților tehnice de realizare a rezecției transuretrale a colului vezicii urinare și prostatei.

Bibliografie

1. Ghicavii V. Evaluarea comparativă a inciziei și rezecției transuretrale în cadrul tratamentului endoscopic al sclerozei de col vezical, sclerozei de prostată și hiperplaziei prostatice benigne. MJHS. Modovan Journal of Health Sciences. p. 19-26, vol. 3 1/2015.
2. Lopatkin N., ed. "Urology: national leadership" [article in Russian] – Moscow: "GEOTAR-Media", 2009.
3. Doluoglu O., Gokkaya C., Aktas B., Oztekin C., Bulut S., Memis A., Cetinkaya M. Impact of asymptomatic prostatitis on re-operations due to urethral stricture or bladder neck contracture developed after TURP. Int. Urol. Nephrol, 2012; 44(4): 1085-1090.
4. Hoekstra R., Van Melick H., Kok E., Ruud Bosch J. A 10-year follow-up after transurethral resection of the prostate, contact laser prostatectomy and electrovaporization in men with benign prostatic hyperplasia; long-term results of a randomized controlled trial. BJU Int, 2010; 106(6): 822-826.
5. Nashivochnikova N., Krupin V., Klochay V., Artifeksova A. Pathological and morphological features of bladder neck sclerosis [article in Russian]. Saratov Scientific Medical Journal, 2011; 7(4): 768-771.
6. Moldoveanu C., Geavlete B., Jecu M., Stanescu F., Adou L., Bulai C., Ene C., Geavlete P. Bipolar plasma vaporization versus monopolar TUR and „cold-knife” TUI in secondary bladder neck sclerosis – an evidence based, retrospective critical comparison in a single center clinical setting. Show abstract. Journal of Medicine and Life, 2014; 7(1): 94-99.
7. Pfalzgraf D., Beuke M., Isbarn H., Reiss C., Meyer-Moldenhauer W., Dahlem R., Fisch M. Open retro pubic reanastomosis for highly recurrent and complex bladder neck stenosis. J. Urol, 2011; 186(5): 1944-1947.
8. Ramirez D., Simhan J., Hudak S., Morey A. Standardized approach for the treatment of refractory bladder neck contractures. Urol. Clin. North Am, 2013; 40(3): 371-380.
9. Ramirez D., Zhao L., Bagrodia A., Scott J., Hudak S., Morey A. Deep lateral transurethral incisions for recurrent bladder neck contracture: promising 5-year experience using a standardized approach. Urology, 2013; 82(6): 1430-1435.
10. Spahn M., Kocot A., Loeser A., Kneitz B., Riedmiller H. Last resort in devastated bladder outlet: bladder neck closure and continent vesicostomy – long-term results and comparison of different techniques. Urology, 2010; 75(5): 1185-1192.
11. Tasci A., Ilbey Y., Tugcu V., Cicekler O., Cevik C., Zoroglu F. Transurethral resection of the prostate with monopolar resectoscope: single-surgeon experience and long-term results of after 3589 procedures. Urology, 2011; 78(5): 1151-1155.
12. Tynaliyev M., Onkar V., Myrzaliyev D. Treatment of benign prostatic hyperplasia [article in Russian]. Russian Scientific Society of Urology. Plenum Materials. Kursk, 1993, p. 196-197.
13. European Association of Urology. Guidelines. 2014. <http://www.uroweb.org>
14. Geavlete B., Moldoveanu C., Iacoboae C., Geavlete P. Bipolar plasma vaporization versus standard transurethral resection in secondary bladder neck sclerosis: a prospective, medium-term, randomized comparison. Show abstract. Therapeutic Advances in Urology, 2013; 5(2): 75-83.
15. Geavlete B., Stănescu F., Niță Gh., Jecu M., Moldoveanu C., Geavlete P. Bipolar plasma vaporization in secondary bladder neck sclerosis – initial experience with a new technique. Show abstract. Journal of Medicine and Life, 2012; 5(1): 120-125.
16. Jocius K., Sukys D. Treatment of bladder neck obstruction (sclerosis): personal experience and literature review. [article in Lithuanian] Medicina (Kaunas), 2002, 38(Suppl. 1): 48-55.
17. Martov A., Kornienko S., Gushchin B., Ergakov D., Sazonov O. Intraoperative urological complications in transurethral surgical interventions on the prostate for benign hyperplasia [article in Russian]. Urology, 2005; (4):3-8.
18. Sataa S., Yassine N., Horchani A. Bladder neck sclerosis after surgical or transurethral resection of the prostate: a report of 40 cases. Tunis Med, 2009; 87(12): 810-813.