

13. Martin X, Rouviere O. Radiologic evaluations affecting surgical technique in ureteropelvic junction obstruction. *Curr Opin Urol* 2001;11:193–6.
14. Mitterberger M, Pinggera G, Neururer R, et al. Comparison of Contrast-Enhanced Color Doppler Imaging (CDI), Computed Tomography (CT), and Magnetic Resonance Imaging (MRI) for the Detection of Crossing Vessels in Patients with Ureteropelvic Junction Obstruction (UPJO) *European Urology* 53 (2008) 1254–1262
15. Zeltser IS, Liu JB, and Bagley DH: The incidence of crossing vessels in patients with normal ureteropelvic junction examined with endoluminal ultrasound. *J Urol* 172: 2304–2307, 2004.
16. Карпенко В.С. Причина гидронефроза и выбор метода оперативного лечения. // Урология. 2002 № 3. - С.43 – 46
17. Richstone L., Seideman C.A., Reggio E. et al. Pathologic findings in patients with ureteropelvic junction obstruction and crossing vessels. // *Urology*. - 2009- Vol. 73(4). - P.716 - 719.
18. Резниченко А.А. Стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента при нефролитиазе (диагностика и лечение). // Диссертация канд. мед. наук. М., 1992.
19. Ioannis M. Varkarakis, Sam B. Bhayani, Mohamad E. et al. Management of secondary ureteropelvic junction obstruction after failed primary laparoscopic pyeloplasty. *The journal of urology*. Vol. 172, 180–182, July 2004
20. Patel T., Kellner C. P., Katsumi H., Gupta M. Efficacy of endopyelotomy in patients with secondary ureteropelvic junction obstruction. // *J. Endourol.* - 2011. - Vol. 25 (4). - P. 587 - 591.
21. Wagner K.R., Jarrett T.W. Secondary ureteropelvic junction obstruction and renal calculus after failed open pyeloplasty: laparoscopic management. // *J. Endourol.* - 2008. - Vol. 22 (9). - P. 1901 - 1903.

STRICTURILE JONȚIUNII PIELO-URETERALE PRIN MECANISM EXTRINSEC

Alexandru Piterschi¹, Adrian Tănase²

¹ IMSP Institutul Oncologic

² IP USMF "N.Testemițanu"

Rezumat

Vasele supranumerare (aberante, accesorii) reprezintă cea mai frecventă cauză a stricturilor joncțiunii pieloureterale (SJPU) prin mecanism extrinsec, ele provoacă conflict vaso-ureteral cu obstrucția fluxului urinar. În mod prospectiv au fost analizate 48 cazuri de SJPU prin mecanism extrinsec provocat de prezența vaselor supranumerare, tratate chirurgical în Clinica de Urologie a IMSP Spitalul Clinic Republican între anii 2008 și 2013. Rezecția vasului supranumerar cu sau fără ureteroliză a fost efectuată în 35,4%, pieloplastii antevasale – 20,83%, pieloplastii cu rezecția vasului supranumerar – 27,1%, nefrectomii – 16,66%. Tratamentul chirurgical de elecție este pieloplastia cu sau fără rezecția vasului polar. Acest tip de intervenție este corect din punct de vedere al impactului morfologic realizat de compresia vasului supranumerar pe segmentul pieloureteral.

Summary

Extrinsic ureteropelvic junction obstruction

Crossing Vessels (CV) are the most frequent cause of extrinsic ureteropelvic junction obstruction (UPJO), they cause vaso-ureteral conflict and obstruction of urinary flow. We analyzed prospectively 48 cases with extrinsic UPJO, caused by the presence of crossing vessels treated in the Department of Urology, Republican Clinical Hospital between 2008 and 2013. Resection of crossing vessel with or without ureterolysis was performed in 35,4%, antevasal pyeloplasty in 20,83% pyeloplasty with resection of crossing vessel in 27,1%, nephrectomy in 16,66%. Pyeloplasty with or without resection of the crossing vessel is the surgical method of choice for patients with extrinsic UPJO. This type of surgery is correctly in terms of morphological impact of the compression made by crossing vessel on UPJ.

Introducere

În dependență de mecanismul de producere, stricturile joncțiunii pieloureterale (SJPU) pot fi intrinseci sau extrinseci. [1] Cercetările histogice, au demonstrat că în SJPU intrinseci obstrucția este provocată de către un segment aperistaltic cu un conținut anormal de fibre musculare și collagen. Dintre cauzele extrinseci al SJPU, în literatura de specialitate, cel mai frecvent se descrie prezența vaselor supranumerare (aberante, accesorii) ce provoacă conflict vaso-ureteral cu obstrucția fluxului în pînă 11 – 87%. [2,3,4,5] Această discrepanță este probabil datorată diferențelor în definirea vaselor supranumerare, dar existența acestor vase în populația adultă cu SJPU este mult mai mare decît în populația generală. [6] Pentru prima dată ele au fost menționate de Hellstrom în 1949. [7] Ele comprimă joncțiunea jucînd rol iritativ mecanic, responsabil de spasm și tulburări dinamice – ulterior organice, ce produc disfuncția joncțională și disectazia pielocaliceală. Aceste vase își au originea anormală în aorta abdominală sau iliaca primitivă ori pot fi ramificații

anormale ale arterei renale. Au mai fost descrise vene anormale sau bride conjunctivale avasculare cu acțiune similară la nivelul joncțiunii. Rolul vaselor supranumerare ca factori etiologici al SJPU este controversat. Conform datelor literaturii, ele pot fi identificate la 19% persoane sănatoase. [8] După părerea multor urologi, prezența vaselor supranumerare nu este suficientă pentru apariția SJPU, pentru că la o parte din persoane cu această anomalie nu apar dereglări ale fluxului urinar. [9] Dar prezența procesului aderențial în regiunea segmentului pieloureteral și rezultatele pozitive ale probei Foley, după efectuarea ureterolizei și transpoziției vasului, ne sugerează faptul că vasele supranumerare pot fi factori etiologici ai SJPU. [10]

Scop: De a identifica particularitățile clinice, paraclinice și de tratament a pacienților cu SJPU extrinseci.

Material și metode

Au fost analizate prospectiv 48 cazuri de SJPU prin mecanism

extrinsec provocat de prezența vaselor supranumerare, tratat chirurgical în Clinica de Urologie, Dializă și Transplant Renal al IMSP Spitalul Clinic Republican între anii 2008 și 2013. Au fost analizate următoarele aspecte: date epidemiologice, particularitățile tabloului clinic, paraclinic și rezultatele perioperatorii.

Rezultate

Vârsta pacienților incluși în studiu a variat între 19 și 62 ani, avînd o medie de 37 ani, iar grupa de vîrstă cea mai frecventă este 21-40 de ani (52,1%). Distribuția pe sexe a pacienților indică o ușoară predominanță la sexul masculin (52%) (datele epidemiologice sunt prezentate în Tabelul 1).

Tabelul 1

Date epidemiologice

Variabile	Grupe de vîrstă									
	Sub 20		21 – 40		41 – 60		Peste 60		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bărbați	3	12	12	48	8	32	2	8	25	52
Femei	2	8,7	13	56,5	8	34,8	0	0	23	48
Total	5	10,4	25	52,1	16	33,3	2	4,2	48	100

Din semnele clinice de afectare a sistemului urinar, cel mai frecvent a fost prezent sindromul algic exprimat prin lombalgie cu caracter surd în 95,8 % cazuri, mai frecvent ea a apărut pe stînga (52,1%), dar în 10,9% ea a fost bilaterală. Tulburări digestive au apărut la 12,5% pacienți. Dereglări de micțiune la 18,75%. 39,6% dintre pacienții incluși în studiu, în anamnezic au suportat infecții febrile ale tractului urinar (ITU). La 6,25% palpator, în flanc, se aprecia o formațiune de volum. Durata medie a simptomelor în acest grup de adulți a fost de 3,2 ani. (particularitățile tabloului clinic sunt prezentate în Tabelul nr.2)

Din patologii concomitente cel mai frecvent a apărut hipertensiunea arterială, ce a fost diagnosticată la 8 (16,66%) pacienți, dintre care în 3 (37,5%) cazuri ea a afectat persoane cu vîrsta sub 40 ani . Pielonefrita cronică a fost identificată în 12,5%, urolitiază în 4,17%, nefroptoza în 2,1%.

Tabelul 2

Tabloul clinic

Semne clinice	n	%
Lombalgie	46	95,8
dreapta	17	37
stînga	24	52,1
bilateral	5	10,9
Tulburări digestive	6	12,5
Dereglări de micțiune	9	18,75
ITU	19	39,6
Tumoare palpabilă	3	6,25

Microhematuria a fost identificată în analiza de urină a 8 (16,66%) pacienți, leucocituria la 11 (22,9%), bacteriuria la 5 (10,42%).

Preoperator, tuturor pacienților le-a fost efectuată scintigrafie dinamică a rinichilor. Prin urografie invtravenoasă au fost diagnosticați 40 pacienți (83,33%), prin Tomografie computerizată (CT) cu contrast 8 (16,7%). De menționat că în

toate cazurile cînd a fost utilizată CT, diagnosticul preoperator a coincis cu rezultatele intraoperatorii. Pacienții supuși tratamentului chirurgical în 59% cazuri au avut hidronefroza de gradul III, în 17,95% de gradul II, în 10,25% gradul IV și în 12,8% gradul V (vezi Figura 1).

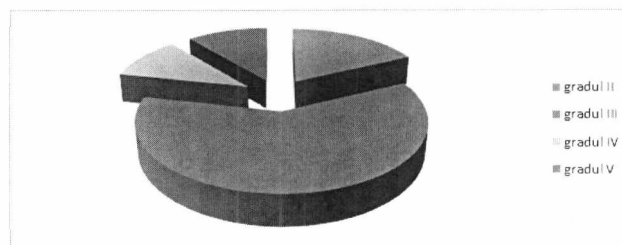


Figura 1. Gradul hidronefrozei

Din numărul total de pacienți 6,25% în anamnezic au suportat diverse metode de tratament al SPU, dintre care la 1 pacient a fost efectuată pieloplastie antevazală, la altul rezecția vasului aberant și ureteroliză, în alt caz a fost instalat stent ureteral.

Tratamentul chirurgical a subiecților incluși în studiu, a fost efectuat în dependență de gradul hidronefrozei și gradul de alterare a funcției renale. Rezecția vasului supranumerar cu sau fără ureteroliză a fost efectuată la 17 pacienți (35,4%). Pieloplastii antevasale au fost efectuate la 10 pacienți (20,83%). Pieloplastii cu rezecția vasului supranumerar au fost efectuate la 13 pacienți (27,1%). Nefrectomiile la 8 pacienți (16,66%). (vezi Tabelul 3).

Tabelul 3

Particularitățile tratamentului chirurgical

	Intervenția chirurgicală			
	Pieloplastie antevazală	Pieloplastie cu rezecția vasului supranumerar	Rezecția vasului supranumerar	Nefrectomie
Durata medie a spitalizării postoperatorii (zile)	14,2	12,6	8,14	8,62
Durata medie a intervenției chirurgicale (min)	102,2	102,7	63,75	98,75
Modalitatea de drenaj urinar				
drenaj intern	2 (20%)	6 (46,15%)	-	-
drenaj extern	8 (80%)	7 (53,85%)		
Modalitatea de suturare a căilor urinare				
fire separate	4 (40%)	5 (38,5%)	-	-
fir continuu	6 (60%)	8 (61,5%)		
Complicații postoperatorii				
pielonefrita acută	20%	38,5%	23,5%	-
stenozarea JPU	2 (100%)	2 (40%)	-	-
poliurie	-	1 (20%)	4 (100%)	-
tromboflebita membrului inferior	-	1 (20%)	-	-

Din 17 pacienți (35,4%) la care a fost efectuată rezecția vasului polar supranumerar, la 7 (41,2%) concomitent a fost efectuată și ureteroliză. Durata medie a intervenției chirurgicale a fost de 63,75 min, spitalizarea postoperatorie medie 8,14 zile. La o evaluare pînă la 12 luni postoperator, la 4 pacienți (23,5%) din acest grup a survenit restenozarea JPU ce a necesitat corecție chirurgicală, dintre ei la 2 au fost efectuate nefrectomiile, la 1 pieloplastie Hynes-Anderson și în un caz a fost efectuată ureteroliză.

Din 10 pacienți (20,83%) la care au fost efectuate pieloplastii antevasale, la unul concomitent a fost efectuată litextracție. Durata medie a intervenției chirurgicale a fost de 102,2 minute fiind cuprinsă între 60 și 130 minute, durata spitalizării postoperatorii a constituit în mediu 14,2 zile. Complicații postoperatorii au survenit la 2 pacienți (20%). După înlăturarea stentului în un caz și după înlăturarea nefrostomei în alt caz, au reapărut semnele obstrucției JPU cu apariția pielonefritei acute și a hidronefrozei. În ambele cazuri a fost montat stent ureteral.

Pieloplastii cu rezecția vasului supranumerar au fost efectuate la 13 pacienți (27,1%), la un pacient din acest grup, concomitent a fost efectuată litextracție și rezecția chistului renal. Cel mai frecvent a fost efectuată pieloplastia după Hynes-Anderson (61,5%), urmată de procedeul Cucera (30,8%) și Djibson (7,7%). Spitalizarea postoperatorie medie a constituit 12,6 zile, durata medie a intervenției chirurgicale 102,7 minute. Stentul ureteral, ca metodă de drenaj urinar intern a fost utilizat la 6 (46,15%) pacienți, la alții 7 (53,85%) au fost utilizate diverse metode de drenaj urinar extern, printre care uretero-pielo-nefrostoma + nefrostoma la 2 pacienți, uretero-pielostoma + nefrostoma la 2 pacienți, uretero-pielo-nefrostoma la 2 pacienți și într-un caz doar uretero-pielostoma. Căile urinare au fost suturate în fir continuu la 8 (61,5%), fire separate au fost aplicate la 5 (38,5%) pacienți. La 5 pacienți (38,5%) în perioada postoperatorie au survenit diverse tipuri de complicații. La 2 pacienți (40%) a apărut pielonefrita acută, la un pacient postoperator a apărut poliurie ce a durat 4 zile, în alt caz a apărut tromboflebita membrelor inferioare. Într-un caz la pacient a apărut restenoza JPU cu agravarea hidronefrozei și a sindromului algic.

La 8 pacienți (16,66%), cu grad avansat de hidronefroză, din cauza alterării semnificative și ireversibile a funcției renale a fost efectuată nefrectomia.

La 5 pacienți care au fost tratați prin pieloplastie cu rezecția vasului supranumerar, a fost efectuată investigația histologică a fragmentului de SJPU ce se afla în contact cu vasul aberant. În 4 (80%) cazuri a fost depistată îngroșarea peretelui în urma proliferării țesutului conjunctiv, semne de fibroză intermusculară și semne de inflamație nespecifică. La un pacient (20%) în țesutul examinat, nu au fost depistate modificări, de menționat că la acest pacient durata hidronefrozei a fost mai mică în comparație cu alți membri ai acestui grup. Examenul histologic al rinichilor înlăturați în urma nefrectomiei a evidențiat semne de pielonefrită cronică și nefroscleroză difuză.

Discuții

Rezultatele acestui studiu confirmă datele cunoscute din punct de vedere al importanței vaselor supranumerare în etiologia SJPU prin mecanism extrinsec. [11] Problema majoră a acestei patologii constă în faptul că cel mai frecvent sunt afectate persoane tinere, 62,5% dintre pacienți au avut vârsta sub 40 ani. SJPU prin mecanism extrinsec nu au semne patognomonice, ele se manifestă prin simptomatologia caracteristică altor maladii urologice. Cel mai frecvent semn clinic la adulți a fost durerea cu caracter surd, localizată în regiunea lombară pe partea afectată

sau bilateral. Durata medie de prezență a simptomelor în acest grup de adulți crespunde cu datele din literatură și constituie 3,2 ani. [12]

Rezultatele obținute ne demonstrează că apariția hipertensiunii arteriale la adultul tânăr trebuie să determine o căutare a originii renale a acesteia, inclusiv a SJPU. Deși tulburările gastro-intestinale apar mai frecvent la copii, în pînă la 12,5% ele pot apărea și la adulți.

Utilizarea CT a permis stabilirea exactă a diagnosticului preoperator la 100% pacienți. Cel mai frecvent, pacienții au fost operați avînd hidronefroză de gradul III (59%). Hidronefroza de gradul IV și V este asociată cu apariția schimbărilor grave în parenchimul renal și mai frecvent impune efectuarea nefrectomiei.

În acest grup, intervenții chirurgicale reconstructive (pieloplastii antevasale și pieloplastii cu rezecția vasului supranumerar) au fost efectuate la 23 pacienți (47,93%). Rezultatul investigațiilor histologice a segmentului pieloureteral a demonstrat prezența schimbărilor ireversibile în pînă la 80% cazuri, ceea ce ne sugerează că intervențiile conservative (rezecția vasului supranumerar cu sau fără ureteroliză) ce au fost efectuate la 17 pacienți (35,4%), urmează a fi evitate în viitor. Datorită adresării tardive, în 16,66% cazuri au fost efectuate nefrectomii.

Din complicațiile postoperatorii imediate, cel mai frecvent a apărut pielonefrita acută (17,4%), de menționat că în toate cazurile ea a apărut la pacienți cărora le-au fost aplicate metode de drenaj urinar extern, acest fapt poate fi explicat prin reacția parenchimului renal la trauma produsă în timpul exteriorizării tubului de nefrostomie. Evitarea acestor complicații poate fi efectuată utilizînd drenajele urinare interne (stenturile ureterale). Din complicațiile îndepărtate, putem menționa restenoza joncțiunii nou formate ce a apărut în 23,53% cazuri unde a fost efectuată rezecția vasului supranumerar și doar în 4,35% din cazuri cînd au fost efectuate intervenții plastice. Aceasta este un argument prompt pentru evitarea ulterioară a acestui tip de intervenții.

Concluzii

Vasele renale supranumerare (aberrante, accesorii) sunt cei mai importanți factori ce produc strictura segmentului pieloureteral prin mecanism extrinsec. Mai frecvent sunt afectați adulții tineri cu vârsta sub 40 ani. Lombalgia este semnul clinic prezent la majoritatea pacienților. Apariția HTA la adultul tânăr obligă excluderea cauzelor renale, inclusiv a SJPU. Tomografia computerizată cu contrast este metoda cea mai sigură de diagnostic a persoanelor cu SJPU. Tratamentul chirurgical de elecție este pieloplastia cu sau fără rezecția vasului polar. Acest tip de intervenție este corect din punct de vedere al impactului morfologic realizat de compresia vasului supranumerar pe segmentul pieloureteral. Rezecția vasului supranumerar cu sau fără ureteroliză este o intervenție cu rezultate postoperatorii nefavorabile și urmează a fi abandonată. Cea mai frecventă complicație postoperatorie, este pielonefrita acută, ea apare mai des în cazul utilizării drenajelor urinare externe.

Bibliografie

1. Hsu TH, Strem SB, Nakada SY. Management of upper urinary tract obstruction, in Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A and Peters C: Campbell-Walsh Urology, Vol. 2. Philadelphia: Saunders, 2007.
2. Nakada S.Y., Pearle M.S. Advanced Endourology. // Totowa., New Jersey: Humana Press, 2006 - 357 p.
3. Boylu U., Lee B., Thomas R. Management of grossing vessels (and other findings) during robotic pyeloplasty. // 27 th congress of World Society Endourology. Abstracts.

- Munich., 2009. - VS. 20 - 09.
4. Michael Grasso III, MD, Robert P. Caruso, MD, Courtney K. Phillips, MD. UPJ Obstruction in the Adult Population: Are Crossing Vessels Significant?. *Rev Urol.* 2001;3(1):42-50, 61
 5. Martin X, Rouviere O. Radiologic evaluations affecting surgical technique in ureteropelvic junction obstruction. *Curr Opin Urol* 2001;11:193-6.
 6. Mitterberger M, Pinggera G, Neururer R, et al. Comparison of Contrast-Enhanced Color Doppler Imaging (CDI), Computed Tomography (CT), and Magnetic Resonance Imaging (MRI) for the Detection of Crossing Vessels in Patients with Ureteropelvic Junction Obstruction (UPJO) *European Urology* 53 (2008) 1254-1262
 7. Hellstrom J, Giertz G, and Lindblom K: [Pathogenesis and treatment of hydronephrosis.] *J Belge Urol* 20: 1-6, 1951.
 8. Zeltser IS, Liu JB, and Bagley DH: The incidence of crossing vessels in patients with normal ureteropelvic junction examined with endoluminal ultrasound. *J Urol* 172: 2304-2307, 2004.
 9. Карпенко В.С. Причина гидронефроза и выбор метода оперативного лечения. // *Урология.* 2002 № 3. - С.43 - 46
 10. Richstone L., Seideman C.A., Reggio E. et al. Pathologic findings in patients with ureteropelvic junction obstruction and crossing vessels. // *Urology.* - 2009- Vol. 73(4). - P.716 - 719.
 11. Stern J., Park S., Anderson K., et al, Functional Assessment of Crossing Vessels as Etiology of Ureteropelvic Junction Obstruction. *Urology* 69: 1022-1024, 2007.
 12. Franklin C.L. Fray F.M Ureteropelvic obstruction in adults *Urology*, April 1984 / Volume XXIII. Number 4. page 333

TABLOUL CLINIC AL PACIENȚILOR CU HIDRONEFROZĂ

Sandu Piterschi

IMSP Institutul Oncologic

Rezumat

Hidronefroza este dilatația progresivă de diferite grade a arborelui pielocaliceal, însoțită de leziuni atrofice secundare ale parenchimului renal. Simptomatologia clinică este nerelevantă și de regulă are semne necaracteristice în funcție de stadiul evolutiv al bolii și de apariția complicațiilor. Au fost evaluați în mod prospectiv 123 pacienți cu diagnostic de hidronefroza. Afectare unilaterală a fost la 112 (91%) pacienți, bilaterală la 9 (7,3%) pacienți, hidronefroza unicului rinichi congenital sau chirurgical a fost depistată la 2 (1,6%) pacienți, hidronefroza recidivantă la 12 (9,75%). Rinichiul stâng a fost implicat în 58 (47,15%) cazuri, cel drept în 56 (45,5%) cazuri. Acuze la lombalgie au prezentat 96,75% (119), formațiuni de volum palpabilă a fost diagnosticată la 12 pacienți, hipertensiune arterială în 19 cazuri, tulburări digestive la 12 pacienți. La 17 pacienți au fost depistați calculi renali de diferite dimensiuni. Dintre ei, 13 au suportat în anamneză infecții urinare.

Summary

Clinical features of patients with hydronephrosis

Hydronephrosis is a progressive dilation of different degrees of renal pelvis, accompanied by secondary atrophic lesions of the renal parenchyma. Clinical symptoms are irrelevant and usually have no characteristic signs according to the stage of the disease and to the evolution of complication. During the years 2008 - 2013, in the Clinic of Urology, Dialysis and Renal Transplantation of Republican Clinical Hospital, were prospectively evaluated 123 patients diagnosed with hydronephrosis. Unilateral disease was found in 112 (91%) patients, bilateral 9 (7.3%) patients, solitary kidney was affected in 2 (1.6%) patients, relapsing hydronephrosis - 12 (9, 75%). Left kidney was involved in 58 (47.15%) cases, the right in 56 (45.5%) cases. Back pain was present in 96.75% (119). A palpable mass was revealed in 12 patients. Arterial hypertension was found in 19 cases. Gastrointestinal disorders occurred in 12 patients. Kidney stones were found in 17 patients, in 13 of them had urinary tract infections in anamnesis.

Introducere

Hidronefroza este dilatația progresivă de diferite grade a arborelui pielocaliceal, însoțită de leziuni atrofice secundare ale parenchimului renal. [1] Această afecțiune constă, de fapt, în disfuncția joncțiunii pielo-ureterale de cauze congenitale sau dobândite. La aceiași bolnav pot interveni mai multe cauze, care în final crează obstrucția completă a joncțiunii. [2]

Strictura joncțiunii pielo-ureterale (SJPU) nu reprezintă o singură entitate anatomică, ci mai degrabă un grup de procese obstructive ce rezultă din mulți factori etiologici [3].

Atenția deosebită din partea clinicienilor, față de această patologie se datorează faptului că ea se întâlnește mai frecvent la tineri și în 22,6% este bilaterală sau asociată altor afecțiuni chirurgicale ale rinichiului contralateral[4]. În evoluția sa hidronefroza duce spre alterarea mofu-funcțională a rinichiului, iar în afectări bilaterale sau a unicului rinichi duce la apariția insuficienței renale.

Simptomatologia clinică este nerelevantă și de regulă are semne necaracteristice în funcție de stadiul evolutiv al bolii și de apariția complicațiilor[5].

Ca și în cazul multor altor patologii congenitale, pacienții se

prezintă în stadii avansate ale bolii. Cel mai frecvent simptom este durerea în flanc, care poate fi acută, dar mai frecvent are caracter surd. Alte semne nespecifice includ hematuria și infecțiile urinare. A fost raportată și o varietate largă de simptomatologie gastro-intestinală, ginecologică și musculo-scheletală.

Scopul

De a studia particularitățile tabloului clinic a pacienților adulți cu hidronefroza.

Material și metode

În perioada anilor 2008 - 2013, în Clinica de Urologie, Dializă și Transplant Renal al IMSP Spitalul Clinic Republican, au fost evaluați în mod prospectiv 123 pacienți cu diagnostic de Hidronefroza provocată de SJPU. Vârsta pacienților a variat între 18 și 74 ani cu o medie de 37 ± 3 ani. Repartizarea după sex a fost următoarea: 65 (52,85%) femei și 58 (47,15%) bărbați. Cu proveniență din mediu urban au fost 51 (41,46%) pacienți, din mediu rural 72 (58,54%). Algoritmii de investigație a inclus: colectarea anamnezei cu evidențierea duratei maladiei,