

ADENOMUL DE PROSTATĂ

Marcel Balagura - medic chirurg-urolog,

**Centrul Consultativ de Diagnostică, Policlinica centrală,
Asociația medicală teritorială Buiucani, Chișinău R. Moldova**
ma.bal@mail.ru, mob. 69368454

Rezumat

Adenomul de prostată este o patologie a tractului urogenital care ocupă un loc important în patologia umană. Diagnosticul la timp va duce la reducerea frecvenței malignizării adenomului – fapt ce va contribui la sporirea eficacității activităților medicilor de familie și a urologilor. Studiul în cauză s-a efectuat asupra a 847 de pacienți care s-au adresat la urolog și la medicul de familie în oficiile medicilor de familie. La 113 bolnavi dintre cei 847 de bărbați examinați s-a diagnosticat adenomul de prostată. Rezultatele studiului au arătat că la baza diagnosticului este anamneza, examenul obiectiv, investigațiile de laborator și imagistice precum și consultațiile altor specialiști.

Summary. Prostate adenom

BPH is a disease of the urogenital tract plays an important role in human pathology. Timely diagnosis will reduce the frequency malignancies adenoma - which will serve to increase the effectiveness of family physicians and urologists. The present study was performed on 847 patients who appealed to the urologist and medical family in family doctors' offices. In 113 of the 847 patients examined men diagnosed prostate adenoma. The study results showed that the diagnosis is based on data anamnesis, physical examination, laboratory and imaging investigations and consultations of other specialists.

Резюме. Аденом простаты

ДГПЖ это заболевание мочеполовых путей, играет важную роль в патологии человека. Своевременная диагностика аденомы позволит снизить заболевание злокачественных опухолей, которые будут способствовать повышению эффективности работы семейных врачей и урологов. Настоящее исследование было выполнено на 847 пациентов, которые обратились к семейным врачам и урологам. У 113 из 847 обследованных больных мужчин был поставлен диагноз аденомы простаты. Результаты исследования показали, что диагноз основывается на анамнез, физическое обследование, лабораторные анализы и исследования и консультации других специалистов.

Actualitatea studiului

Adenomul de prostată sau hiperplazia prostatei reprezintă o tumoare benignă cea mai frecventă a umanității și alături de cancerul de prostată, la fel de frecvent întâlnit, reprezintă un important capitol de patologie urologică [19,20,26,27]. Hiperplazia prostatică benignă [H.P.B] sau adenomul de prostată și cancerul de prostată [C.P.] sunt cauzele principale de disurie și prezintă afecțiuni tipice gerontologice în urologie, care mereu tind spre o răspândire tot mai largă [3,14,20].

Adenomul de prostată are o prevalență sporită la bărbații vârstnici; prevalența lui crește de la 5% la

bărbați cu vârstă de 40 de ani, cu 30% la bărbații cu vârstă de 60 de ani și mai mult, de 50% la bărbați de vârstă 80 ani [27]. În structura morbidității populației din mediul rural adenomul de prostată ocupă locul 3, după pielonefrite și cistite [7]. Hiperplazia prostatică benignă prin consecințele sale afectează calitatea vieții pacienților și, totodată constituie un pericol real al vieții [27,29]. În pofida eforturilor depuse de specialiștii din domeniul științelor medico-biologice, clinice și practice - unele aspecte ale acestei probleme rămân și până astăzi nesoluționate definitiv [2,4,20]. Adenomul de prostată prezintă o problemă socio-economică prin faptul pierderii capacității de muncă

a pacienților afectați de această maladie, precum și prin alocări financiare substanțiale pentru îngrijirea bolnavilor [1,5,9,10].

Diagnosticul adenomului de prostată este dificil, mai ales, în stadiile timpurii de dezvoltare a patologiei date din cauza că pacienții nu la timp se adresează la medic [11,16,27]. În unele cazuri adenomul de prostată are o evoluție clinică asimptomatică [15,20,23,25]. Majoritatea simptomelor subiective, obiective și paraclinice nu totdeauna se întâlnesc numai la pacienții cu adenom de prostată. Ele se stabilesc și la altele afecțiuni a tractului urogenital [27,31]. Tratamentul adenomului de prostată atât cel conservator, cât și cel chirurgical are multe rezerve și nu totdeauna este acel care îl așteaptă pacientul și pe care îl dorește medicul [10,13,16,17,18].

- Profilaxia hiperplaziei prostatice la momentul actual nu este eficientă din motivul lipsei metodelor de profilaxie primară [8, 12, 21].

Problemele majore care stau astăzi în fața medicinei primare în ceea ce privește diagnosticarea la timp a adenomului de prostată conform studiilor [21,22,24,28,30] sunt: morbiditatea înaltă a populației prin maladii premorbide și oncologice; Gradul înalt de invaliditate și pierderea capacității de muncă prin boli oncologice la vârsta productivă; depistarea majorității bolnavilor oncologici în stadiul tardiv.

Strategia principală a medicilor de familie este de a depista la timp factorii de risc a maladiilor oncologice [28,30].

La momentul actual, în Republica Moldova lipsesc date contemporane despre incidența și diagnosticul de adenom de prostată în rândul populației de la sate. Deasemenea, lipsesc lucrări științifico-practice care ar aborda problema adenomului de prostată de pe pozițiile medicinei autohtone prin activitățile medicilor din medicina primară.

În pofida acestor fapte ne-am pus ca scop; De a studia incidența și diagnosticul adenomului de prostată la persoanele locuitoare în mediul rural. Pentru a realiza acest scop au fost trasate următoarele sarcini:

- Efectuarea examenului general și a celui special, urogenital la 1125 de persoane locuitoare în satele Republicii MOLDOVA.
- Stabilirea rolului anamnezii în diagnosticul adenomului de prostată de către medicul de familie și de către urolog.
- Aprecierea valorii examenului obiectiv și paraclinic în diagnosticul de adenom de prostată.
- Descrierea morbidității populației rurale prin adenom de prostată după mai multe criterii: vârstă, sex și altele.
- Elaborarea algoritmului de diagnostic pre-

ventiv a adenomului de prostată de către medicul de familie.

Material și metode

Studiul în cauză a demarat în satele țării noastre în 2008 și se prelungește până astăzi. Au fost examinate 1125 de persoane din următoarele regiuni din Republică: nordul, centrul și sudul.

Examinarea generală și urogenitală s-a efectuat în oficiile medicilor de familie de către medicul urolog. La baza diagnosticului de adenom de prostată au stat: anamneza, examenul obiectiv și paraclinic, consultațiile altor specialiști. Sursele de informație suplimentară au fost: Foile medicale din policlinici și din centrele medicale consultative de ambulator, foile de observații a bolnavilor tratați în secțiile urogenitale spitalicești raionale municipale și republicane. Rezultatele consultațiilor altor specialiști, alte surse și examinări de laborator și paraclinice instrumentale.

Programul de examinare a cuprins

- Studiarea și analiza datelor anamnestice
- Examenul general și special urologic
- Examenul de laborator și instrumental
- Analiza rezultatelor consultațiilor altor specialiști.

Rezultate și discuții

Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelele și figurile respective.

Tabelul 1

Reprezentarea satelor și a raioanelor unde au fost examinate persoanele care prezentau plângeri caracteristice bolilor urogenitale

Nr.	Satul	Raionul	Numărul de persoane	Procentul
1	Cărbuna	Ialoveni	26	2,3
2	Chirca	Anenii Noi	29	2,6
3	Carahașani	Stefan Vodă	28	2,5
4	Caplan	Ștefan Vodă	29	2,6
5	Morești	Ialoveni	26	2,3
6	Măgdăcești	Criuleni	25	2,2
7	Gura Bîcului	Anenii Noi	27	2,4
8	Ulmu	Ialoveni	28	2,5
9	Lopatnic	Edineț	27	2,4
10	Unțești	Ungheni	31	2,8
11	Chiliceni	Telenești	29	2,6
12	Mășcăuți	Criuleni	30	2,7
13	Cornești	Hâncești	28	2,5
14	Petricani	Călărași	31	2,8
15	Mărăndeni	Fălești	29	2,6
16	Drăgănești	Sângerei	26	2,3
17	Dubăsarii Vechi	Criuleni	27	2,4
18	Bălăbănești	Nisporeni	30	2,7
19	Cărpineni	Hîncești	31	2,8
20	Răuțal	Fălești	32	2,8

21	Mălăieşti	Orhei	29	2,6
22	Vorniceni	Străşeni	25	2,2
23	Nicolaenco	Orhei	32	2,8
24	Sudarca	Donduşeni	30	2,7
25	Tătărauca Veche	Soroca	29	2,6
26	Slobozia Duşca	Criuleni	29	2,6
27	Măgureni	Ungheni	28	2,5
28	Drăsliceni	Criuleni	27	2,4
29	Hîrbovăţul Vechi	Anenii Noi	25	2,2
30	Boşcana	Criuleni	24	2,1
31	Zaicana	Criuleni	26	2,3
32	Malovata Nouă	Dubăsari	29	2,6
33	Coşerniţa	Criuleni	28	2,5
34	Işnovăţ	Criuleni	26	2,3
35	Ineşti	Teleneşti	30	2,7
36	Hârtopul Mare	Criuleni	29	2,6
37	Cimişeni	Criuleni	28	2,5
38	Truşeni	Chişinău	27	2,4

39	Grătieşti	Chişinău	26	2,3
40	Hulboaca	Chişinău	29	2,6
	Total	40 localităţi	1125	100,0

După datele prezentate în tab.1 putem conchide că:

- Cele 1125 de persoane examinate au cuprins 40 de sate, comune din 16 raioane ale Republicii Moldova.
- Persoanele examinate prezentau toate zonele geografice ale Republicii Moldova.
- Numărul persoanelor examinate în fiecare zi de lucru au fost de la 24 şi până la 31 de persoane ce constituie în mijlociu câte 28 ± 3 bolnavi pe zi, fapt ce a permis medicului să culegă bine anamneza şi să discute cu bolnavul asupra etiologiei şi a semiologiei îmbolnăvirii precum şi a tratamentului.

Rezultatele prezentate în tab. 2 au stabilit că 90% dintre cei examinaţi aveau vârsta între 21-70 ani, iar 52,8% de persoane examinate aveau vârsta între 41-60 de ani. Bărbaţi au fost 847 [75,3%] femei 278 [24,7%].

Tabelul 2

Repartizarea persoanelor examinate după vârstă şi sex

Nr.	Vârsta (ani)	Numărul de persoane	%	SEX			
				B		F	
				Nr. de pers.	%	Nr. de pers.	%
1	0-10	3	0,3	2	0,2	1	0,4
2	11-20	5	0,4	3	0,4	2	0,7
3	21-30	121	10,8	79	9,3	42	15,1
4	31-40	185	16,4	98	11,6	87	31,3
5	41-50	354	31,5	295	34,8	59	21,2
6	51-60	241	21,4	209	24,7	32	11,5
7	61-70	187	16,6	137	16,2	50	18,0
8	71-80	21	1,9	18	2,1	3	1,1
9	Peste 80 ani	8	0,7	6	0,7	2	0,7
		1125	100	847	100	278	100

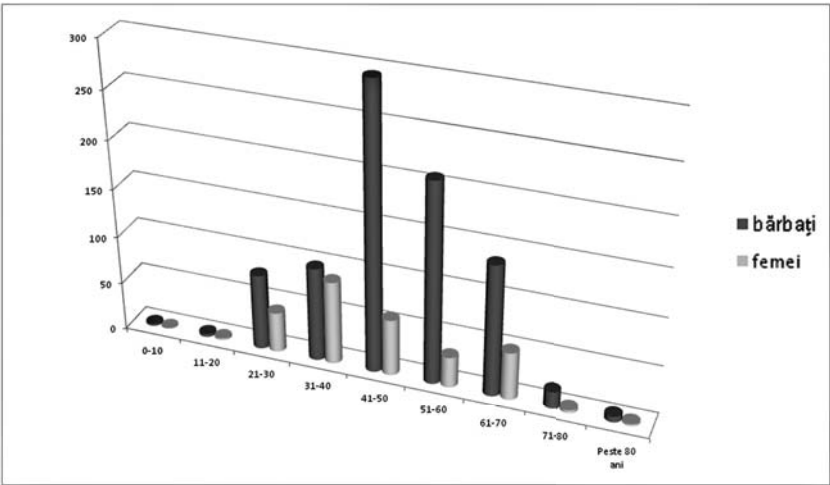


Fig. 1. Repartizarea persoanelor examinate după vârstă şi sex

O importanță deosebită în afecțiunile tractului urogenital îl au mai mulți factori. Vom analiza pe rând acești factori.

Din numărul total de 1125 persoane examinate, repartizarea lor după profesie au fost următoarele:

- Pe primul loc cu 40,2% se situează muncitorii de la fabrici, uzine, agricultură și alte întreprinderi.
- Pe locul doi sunt pensionarii-25%.
- Pe locul trei cu 15,2% se situează funcționarii din instituțiile de stat și cele private.

Din datele prezentate în tab. 4 reiese că 952 de persoane examinate ce constituie 84,6% aveau un stagiul de muncă peste 3 ani și numai 173 dintre ei

constituie 15,4% aveau un stagiul de muncă până la 3 ani, fapt ce ne arată că pacienții tardivi se adresează la medic fig. 3.

Majoritatea absolută a pacienților 1035 ce constituie 92,0% aveau condiții de trai bune și satisfăcătoare, iar 85 [7,6%] aveau condiții nesatisfăcătoare și 5 persoane ce constituie 0,4% nu aveau loc de trai.

Cei mai frecvenți factori ai mediului care au putut influența asupra stării sănătății persoanelor examinate au fost praful, temperatura scăzută, curenții de aer, schimbări de temperatură [rece, cald], substanțe chimice.

Tabelul 3

Repartizarea persoanelor examinate după profesie și sex

Nr.	Profesie	Cifre absolute		Bărbați		Femei	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	Muncitori la fabrici, uzine	70	6,2	49	5,8	21	7,6
2	Muncitori în agricultură	180	16,0	111	13,1	69	24,8
3	Muncitori la alte întreprinderi	230	20,4	187	22,1	43	15,5
4	Pensionari	287	25,5	198	23,4	89	32,0
5	Funcționari din instituțiile de stat și private	171	15,2	153	18,1	18	6,5
6	Profesori	16	1,4	11	1,3	5	1,8
7	Șomeri	35	3,1	31	3,7	4	1,4
8	Studenti	18	1,6	11	1,3	7	2,5
9	Elevi	5	0,4	4	0,5	1	0,4
10	Invalizi	4	0,4	2	0,2	2	0,7
11	Lucrători medicali	6	0,5	3	0,4	3	1,1
12	Alte profesii	103	9,2	87	10,3	16	5,8
	Total	1125	100	847	100	278	100

Tabelul 4

Repartizarea persoanelor examinate după stagiul de muncă și sex

Nr.	Stagiul de muncă	Total		Sex			
				Bărbați		Femei	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	Până la 1 an	80	7,1	52	6,1	28	10,1
2	De la 1 la 3 ani	93	8,3	74	8,7	19	6,8
3	De la 3 la 5 ani	214	19,0	181	21,4	33	11,9
4	De la 5 la 10 ani	315	28,0	282	33,3	131	47,1
5	Mai mult de 10 ani	423	37,6	258	30,5	67	24,1
	Total	1125	100	847	100	278	100

Tabelul 5

Repartizarea persoanelor examinate după condițiile de trai și sex

Nr.	Condiții de trai	Total		Sex			
				Bărbați		Femei	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	Bune și foarte bune	183	16,3	86	10,2	97	34,9
2	Satisfăcătoare	852	75,7	679	80,2	173	62,2
3	Nesatisfăcătoare	85	7,6	77	9,1	8	2,9
4	Nu are apartament sau casă	5	0,4	5	0,6	0	0,0
	Total	1125	100	847	100	278	100

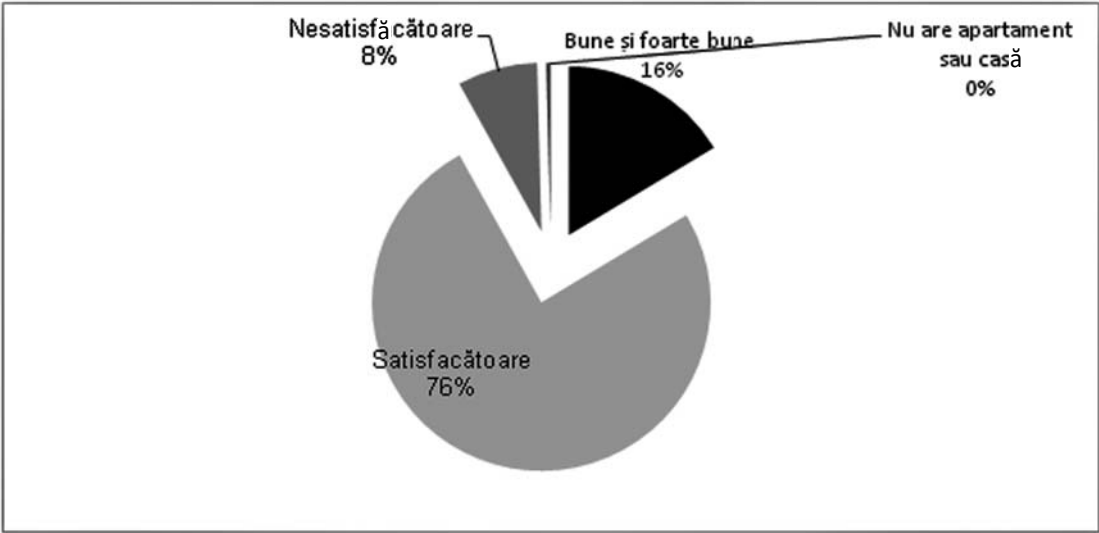


Fig. 2. Condiții de trai

Tabelul 6

Repartizarea persoanelor examinate după prezența la locul de muncă a noxelor profesionale și sex

Nr.	Noxe profesionale	Sex					
		Total		Bărbați		Femei	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	Temperatură ridicată	81	7,2	73	8,6	8	2,9
2	Temperatură scăzută	154	13,7	116	13,7	38	13,7
3	Umeditatea	87	7,7	69	8,1	18	6,5
4	Curenți de aer	132	11,7	95	11,2	37	13,3
5	Praf	281	25,0	205	24,2	76	27,3
6	Zgomot	97	8,6	68	8,0	29	10,4
7	Substanțe chimice	128	11,4	101	11,9	27	9,7
8	Alcool	62	5,5	36	4,3	26	9,4
9	Fumatul	53	4,7	48	5,7	5	1,8
10	Altele	50	4,4	36	4,3	14	5,0
	Total	1125	100	847	100	278	100

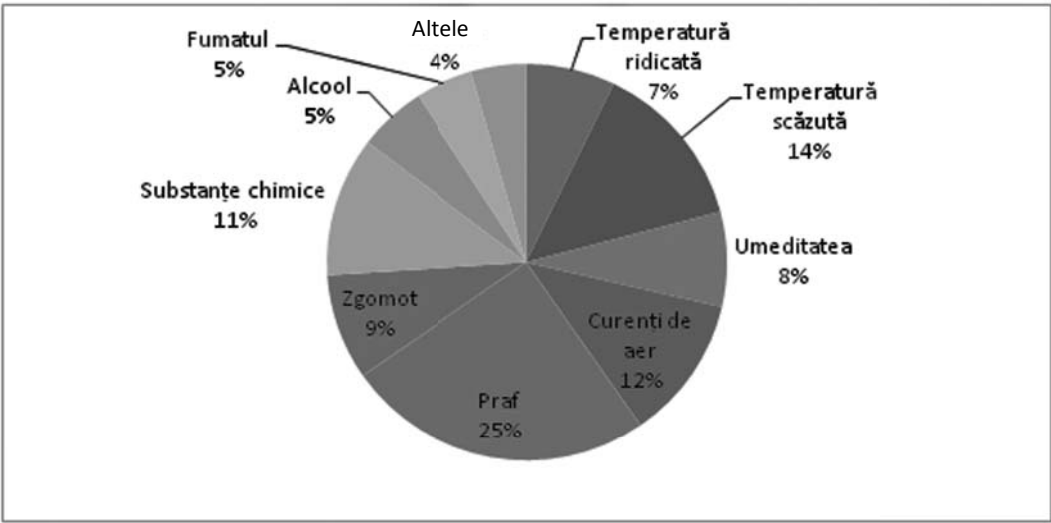


Fig. 3. Repartizarea persoanelor examinate după prezența la locul de muncă a noxelor profesionale și sex

Tabelul 7

Repartizarea persoanelor examinate după timpul în care ei suportă simptomele afecțiunilor urogenitale și sex

Nr.	Perioada în care persistă simptome ale afecțiunilor urogenitale	Total		Bărbați		Femei	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
1	1- 3 ani	272	24,2	209	24,7	63	22,7
2	4-5 ani	284	25,2	208	24,6	76	27,3
3	6-7 ani	178	15,8	125	14,8	53	19,1
4	8-10 ani	203	18,0	154	18,2	49	17,6
5	mai mult de 10 ani	188	16,7	151	17,8	37	13,3
	Total	1125	100	847	100	278	100

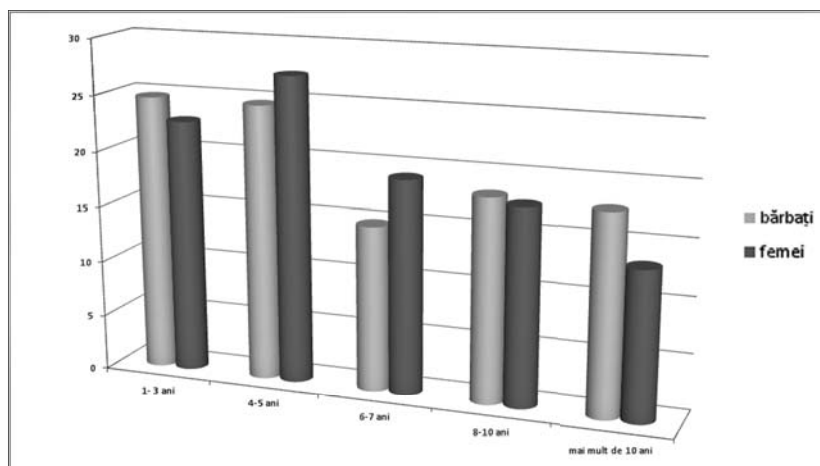


Fig. 4. Timp în care persoanele examinate prezentau acuze

Tabelul 8

Repartizarea persoanelor examinate după caracterul plângerilor cu adresarea la medic

Nr.	Plângerile	Numărul de persoane examinate	Cifre abs.	%
1	Durerea în regiunea lombară	1125	1030	91,6
2	Durerea în regiunea lombară acută	1125	340	30,2
3	Durerea în regiunea lombară surdă	1125	690	61,3
4	Durerea în regiunea lombară permanentă	1125	140	12,4
5	Durerea în regiunea lombară la efort	1125	517	46,0
6	Durerea în regiunea lombară la repaos	1125	99	8,8
7	Durerea în regiunea lombară periodică	1125	274	24,4
8	Deregări de micțiune	1125	857	76,2
9	Slăbiciune generală	1125	1025	91,1
10	Greață	1125	254	22,6
11	Cefălee	1125	363	32,3
12	Febră	1125	417	37,1
13	Vărsături	1125	181	16,1
14	Pierderea capacității de muncă	1125	14	1,2
15	Pierderea capacității de muncă temporară	1125	13	1,2
16	Pierderea capacității de muncă permanentă	1125	1	0,1
17	Discomfort	1125	43	3,8
18	Transpirații	1125	67	6,0
19	Microhematuria	1125	54	4,8
20	Macrohematuria	1125	17	1,5
21	Aspectul urinei tulbure	1125	418	37,2
22	Retenții de urină	1125	28	2,5
23	Incontinență de urină	1125	12	1,1
24	Senzații de prurit în regiunea suprapubiană	1125	23	2,0
25	Senzații de apăsări în regiunea suprapubiană	1125	14	1,2
26	Altele (edeme și altele)	1125	182	16,2
	Total	1125	7073	

Numai 50,0% din cei examinați se adresează la medic în primii 5 ani de la îmbolnăvire fapt confirmat și în alte tabele și figuri. De aceste date trebuie să se conducă medicul de familie în activitatea sa și să

întreprindă acțiuni în ameliorarea situației la acest capitol.

Din datele prezentate în tab. 8 și în figura 6 putem concluda că cele mai dese plângeri pe care le prezintă bolnavii cu patologie a tractului urogenital sunt:

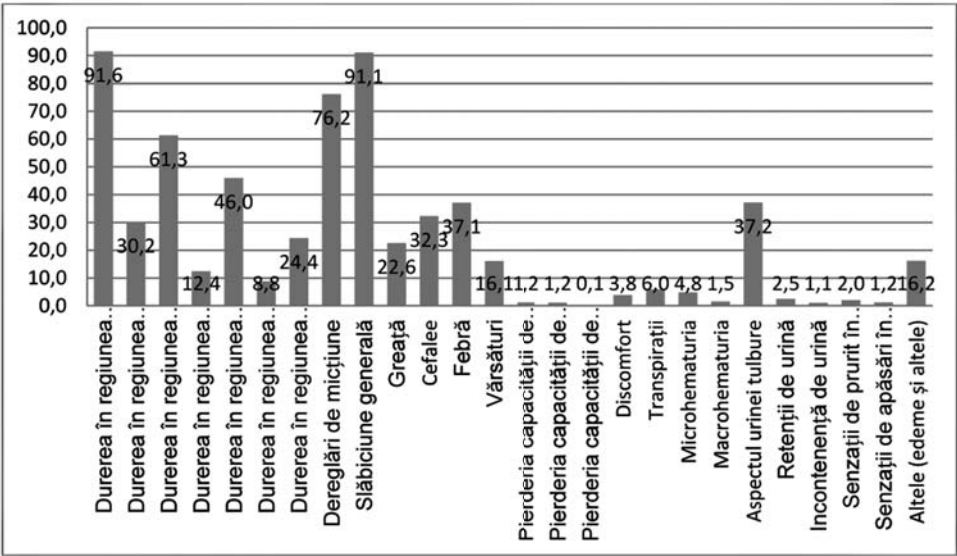


Figura 5. Plângerile persoanelor examinate așa dar

- Durerea în regiunea lombară
- Dereglări în micțiuni
- Aspectul tulbure a urinei
- Simptome cu caracter general. Aceste date subiective pot sta la baza diagnosticului preventiv efectuat de medical de familie.

Tabelul 9

Repartizarea pacienților după caracterul durerii

Nr.	Durerea și caracterul	DUREREA			
	Denumirea durerii	Acută		Surdă	
		cifre abs.	%	cifre abs.	%
1	Permanentă	22	6,47	118	17,1
2	Periodică	62	18,24	212	30,72
3	În repaos	29	8,53	70	10,15
4	La efort	227	66,76	290	42,03
	Total	340	100	690	100

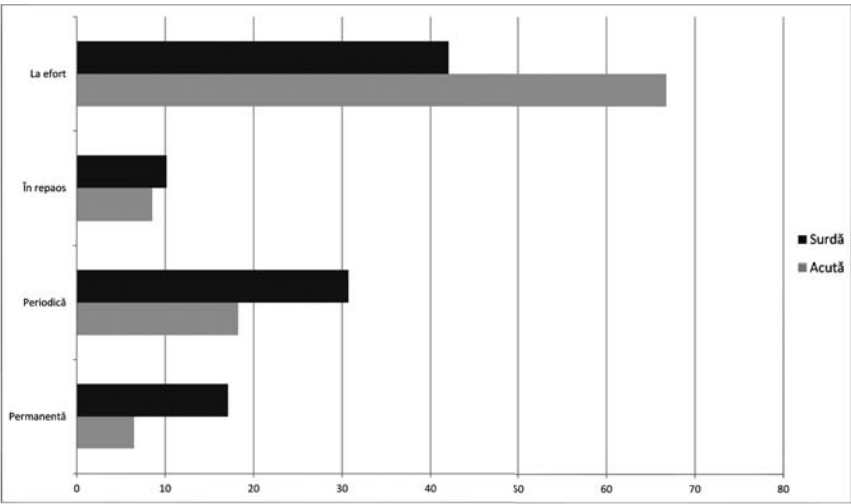


Figura 6. Caracteristica durerii

Tabelul 10

Repartizarea pacienților după localizarea durerii și după caracterul ei

Nr.	Caracterul durerii	DUREREA			
	Localizarea durerii	Acută		Surdă	
		cifre abs.	%	cifre abs.	%
1	Lombară	167	49,12	293	42,47
2	Inghinală	128	37,64	207	30,00
3	Perinială	45	13,24	190	27,53
	Total	340	100	690	100

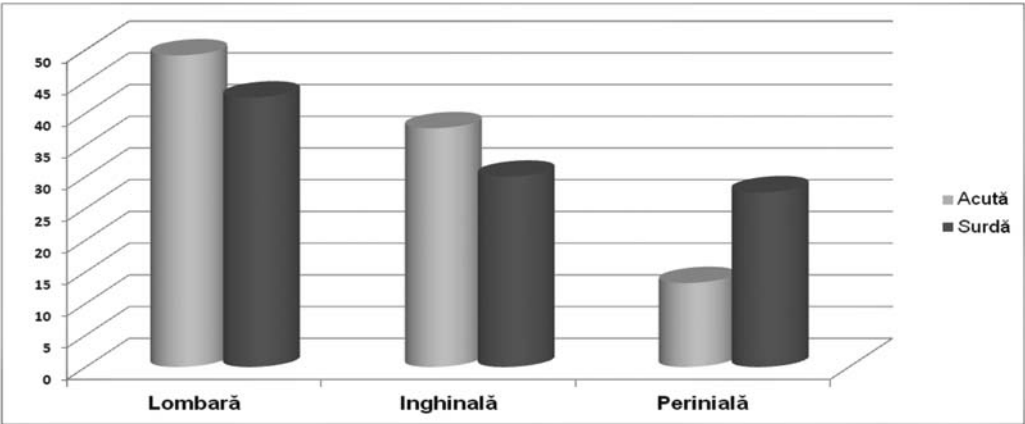


Fig. 7. Localizarea durerii

Tabelul 11

Rezultatul examenului obiectiv la pacienții cu patologie urogenitală

Nr.	Semne obiective la pacienții examinați	Cifre abs.	%
1	Edem periorbital și a membrilor inferioare	182	16,17
2	Fistule	28	2,48
3	Procedeul Obrășov-Stragescu	36	3,2
4	Simptomul Pasternatchii	975	86,66
5	Manevra Giordani	860	76,44
6	Palpația bimanuală a vizicii urinare	327	29,06
7	Palpația bimanuală a prostatei	463	41,15
8	Percuția vizicii urinare	526	46,75
9	Reacția pacientului la palparea superficială a ureterului	320	28,44
10	Reacția pacientului la palparea profundă a ureterului	185	16,44

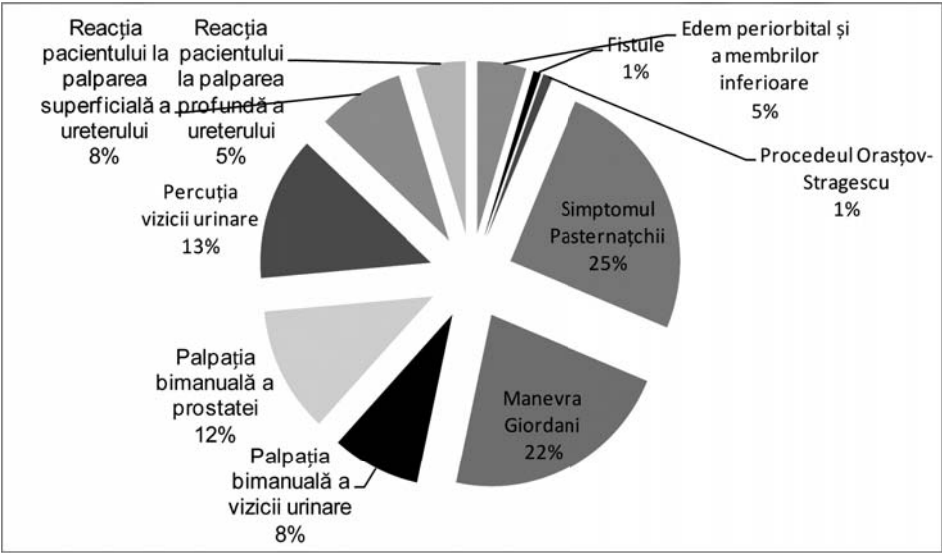


Fig. 8. Datele obiective

Tabelul 12

Repartizarea pacienților cu Adenom de prostată după nivelul și caracterul plângerilor

Nr.	Denumirea plângerilor bolnavilor cu Adenoma de prostată	Cifre absolute	%
1	Tulburări urinare nocturne	101	89,38
2	Dișuria	97	85,84
3	Nicturia	89	78,77
4	Polachiuria diurnă	86	76,11
5	Diminuarea jetului urinar	78	69,03
6	Microhematuria	35	4,13
7	Macrohematuria	13	1,53
8	Erecții nocturne	26	3,07
9	Poluții nocturne	27	3,2
10	Senzații de corp strein în rect	67	7,9
	Polachiuria nocturnă	75	8,85
12	Apatia	48	42,48
13	Somnolența	56	49,56
14	Grețuri	29	25,67
15	Vărsături	17	2,0
16	Edemul membrilor inferioare	39	34,52
17	Poloarea tegumentelor	64	7,55
18	Alte plângeri	21	2,5
	Total	968	

Din datele prezentate în tabelul 12 putem concluziona că cele frecvente și specifice plângeri la bolnavii cu adenom de prostată sunt: Tulburări urinare nocturne, disuria, nicturia, polachiuria, diminuarea getului urinar.

Tabelul 13

Morbiditatea populației rurale prin afecțiuni a tractului urogenital în cifre absolute și procente

Nr.	Afecțiuni ale tractului urogenital	Numărul de persoane examinate	cifre abs	%
1	Pielonefrita	1125	331	29,4
2	Cistita	1125	223	19,8
3	Adenom de prostată	847	113	13,3
4	Prostatita	847	93	11,0
5	Litiază renală	1125	90	8,0
6	Traumatism urogenital	1125	49	4,4
7	Hidronefroza	1125	48	4,3
8	Hipertensiune renovasculară	1125	37	3,3
	Tumori benigne	1125	31	2,8
10	Varicocel	847	25	3,0
11	Hidrocel	847	23	2,7
12	Fimoz	847	22	2,6
13	Colica renală	1125	22	2,0
14	Ptoza renală	1125	20	1,8
15	Incontinența de urină	1125	12	1,1
16	Corpi străini urogenitali	1125	11	1,0
17	Parafimoz	847	9	1,1
18	Chist testicular	847	8	0,9
19	Epispadie	847	4	0,5
20	Balanopostit	847	3	0,4
21	Orhiepidimită	847	3	0,4
22	Tumori maligne	1125	2	0,2
23	Criptorhism	1125	1	0,1
24	Alte afecțiuni	1125	27	2,4
	Total		1207	

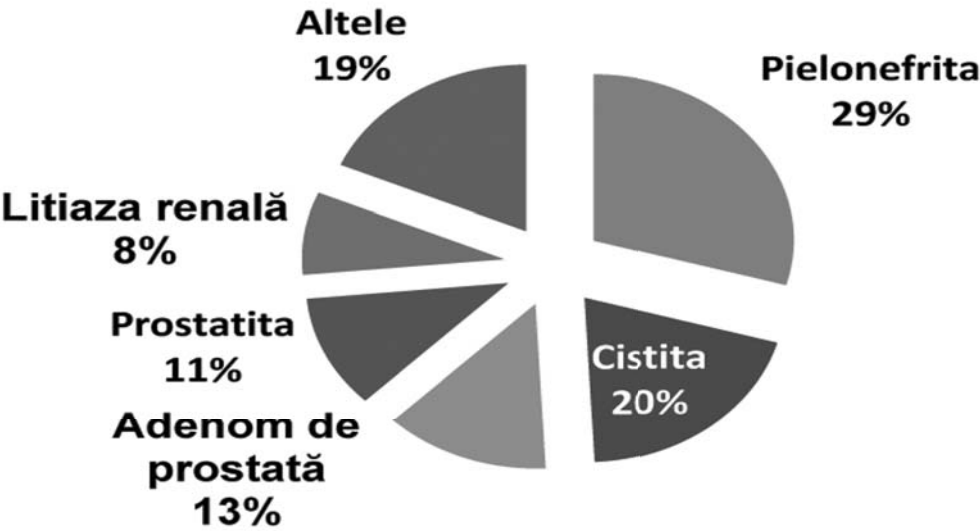


Fig. 9

Primul loc în incidența afecțiunilor urogenitale îl ocupă pielonefrita - 29,4%, locul doi cistita 19,8%, locul 3 adenoma de prostată 13,3%, locul 4 prostatita.

Tabelul 14

Rezultatele examenelor instrumentale și imagistice la bolnavii cu diagnosticul de adenom de prostată N 113

Nr.	Denumirea examenului	Cifre abs.	%
1	Examenul ultrasonor transrectal	91	80,53
2	Puncția prostatei	37	32,74
3	Antigenul specific al prostatei [PSA]	37	32,74
4	Rezonanța magnetică nucleară	47	41,59
5	Analiza generală de urină	99	87,61
6	Urografia excretorică	87	76,99
7	Cistografia	53	46,90

Pentru stabilirea diagnozei este necesar următoarele examinări: analiza generală de urină, examenul ultrasonor transrectal, urografia excretorică R.M.N, PSA și puncția prostatei, au stat la baza diagnosticului diferencial al adenomului de prostate

Concluzii:

1. Adenomul de prosată [H.B.P] este una din cele mai frecvente afecțiuni ale bărbaților la vârsta de 40-60ani. După datele noastre adenomul de prostată a fost diagnosticat la 13,3% dintre cele 847 de persoane care s-au adresat la medicul urolog și medicul de familie.

2. Anamneza personală precum și cea eridocolaterală prezintă pivotal principal în diagnosticarea corectă și timpurie a H.B.P.

3. Caracterul și incidența acuzelor bolnavilor cu adenoma de prostată a fost următoarele.

- Tulburări urinare nocturne au comunicat – 89,38% de pacienți.
- Disurie -85,84%
- Nicturie-78,8%
- Polachiuria diurnal-76,11%
- Diminuarea jetului urinar-69,03%

4. Examenul obiectiv precum și investigațiile de laborator și imagistice au fost utilizate pentru confirmarea adenomului de prostată.

5. Rezultatele acestui studiu ne dă posibilitatea de a afirma că diagnosticul de adenomă de prostată este posibil de a fi stabilit chear de medicul de familie care se va folosi de următorul algoritm de diagnostic.

6. Algoritmul de diagnostic al adenomului de prostată.

- Studierea minuțioasă a anamnezei.
- Analiza și compararea, plângerilor bolnavilor cu semnele obiective a adenomului de prostată.

- Efectuarea analizei de urină, examenul ultrasonor transrectal, urografia excretorică, R.M.N, PSA și puncția prostatei.

Bibliografie

1. Abrams P. Chapple C. Khoury S et al. J International Scientific Committee.Evaluation and tratment of lower urinary tract symtoms in alder men. J.Urol,2009 Apr.,181[4] :1779. Epub. 2009, Feb.23.
2. Alper B. S., and Curry S. H. Urinary Tract Infection Children, 2005, 72 [12], 2483 -2487.
3. Anderson J., Roehrborn C., Schalken J. et al.The progression of benign prostatic hiperplasia examining the evidence and determining the risk [Eur. Urol. 2001 , 39[4],390-399.
4. Andriole G. Kirby R. Safety and tolerability of the dial 5 alfa Reductase Inhibitor dutasteride în the treatment of benign prostatic hiperplasia [Eur. Urol. 2003, 44, [1] 82-88.
5. AUA practice guideline Committel, AUA guidelines on management of benign practic hiperplasie [American Urological Association Education ond Reseorch, Jnc, j.Urol,2003,170, [2pt 1],530 547 Up dated 2006.
6. Auffenberg G.B. Established medical therapy for benign prostatic hyperplasia –urol clin north Am-November, 2009, 36 [4], 443-459.
7. Balagura Marcel Incidența pielonefritei la persoanele locuitoare în condiții rurale.Info-Med. Drept medical 3 [25] p.29-41.
8. Balanuța Marina, Radu M.Revenco Ninel et al. Factori de risc prenatal și perinatali în infecțiile urogenitale. Buletin de perinatologie, 2-3, 2004, Chișinău, p. 229-230.
9. Barkin J. Guimaraes M. Iacobi G. et al. Alfa-bloker therapy con be withdrann in the majority of men following inițial combination therapy with the dual 5-alfareductasa inhibitor ductosteride [Eur. Urol. 2003, 44 [4] 461-466.
10. Bope Kellerman, Treatment of BP H., Conn s Current Therapy 2014, 1 st ed.
11. Burke N., Whelon j. p. Goeree L. et al. Systematic review and meta-analysis of transurethral resection of the prostatic versus minimally invasive procedures for the treatment of benign prostatic obstrucțion.Urology 2010 May 75[5], 1015-22. Epub 2009 oct. 24.
12. Davidson J.H. Chutka D. S. Benign Prostatic Hiperplasia, treat or wait? J. Fam.Pract. 2008 jul 57 [7] 454-63.
13. De Castro J. Impoving therapeutic outcomes BPH through diagnoses, treatment ond pacient compliance,-Am j Med 01-Aug 2008, 121 [8 suppl 2] 527 -33.
14. De la Rosette J., Aliviyatos G., Modersbacher S. et al. Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia [European Associa'ion of Urology, 2008 p 60.
15. Dedhia R., Mc vany K. [2008] Phytotherapy for lower Urinary Tract simptome secondary to Benign Prostatic Hperplasia. The journal of urology 179 [6], 21-19 doi. 10,10,16 j jurnal 2008 01. 094 PMJD 18423748.
16. Djavan B. Treatment. Monogament Benign Prostatic Hiperplasia Current clinical practice. Prim Care 01-sep-2010, 36 [4] 443-459.

17. Dumbrăveanu Ion. Aspecte contemporane de diagnostic şi tratament a prostatitei cronice .Arta-Medica. Ediție specială al cincelea congres de urologie , dializa şi transplant renal din R.Moldova cu participare Internațională 1-3 iunie 2011 p. 38-41.
18. Fagelman E., Lowe F., Herbal medications in the treatment of benign prostatic hyperplasia [BPH] urol.clin. North Am. 2002, 29 [1], 23-239.
19. Gheoghiu V., Costache C., Radu V. Urologie, 2002, Iaşi,România 138 pag.
20. Ghicavii V. Adenomul de prostată. Concepții noi de diagnostic şi tratament. Info-Med. Drept Medical 3, 2014 p. 41-46.
21. Hartung R., Ley H., Liapi C. et al. Coagulating intermitlent cutling Improved highfreguency surgerg in trnsuretral prostatectomy. Eur urol, 2001. 39 [6], 676-681.
22. Paolone D.R. Diagnosis of Benign prostatic Hyperplasia [includes Tabl]-Clin Geriatr. Med 01-May-2010, 26 [2] 223-39.
23. Ricca do Bartoletti, BPH and Inflammation, A. Satellite Symposium of the 28 th Annual Congres Milan, Italy, 17 March 2013 volum 12, Issue 5, Pages 99-122.
24. Ronald M., Kanner Secrots of the treatment of pain. Moscow, 2006, 400 p.
25. Silva Joaoe b. c, Silva Carlos Martinsa b.c.Cruz, Franciscoc. Curent Medical tratment of lower urinary tract symploms [BHP] do wehove a slandard ? 2014 v.24 Js 1-p.21-28.
26. Tănase Andrian et al. Urologia şi nefrologie chirurgicală Chişinău 2005, 354 p.
27. Tănase Adrian, Ghicavii V., Cepoida P., Adenomul de prostată. Protocol clinic Național [PCN-77], 2008, 44 p.
28. Testemițanu N. A. Scientific substantiation elimination of significon differences in the level of health caz to the urban ond rural population on the experience of the MSSR Author s abstract of the dissertation of the doctor of medical sciences. Riga, 1971, 51 p.
29. Thoner D. A. Signa Symtomes of Benign Prostatic Hiperplasia. Symptomes, symptom scores, and autcome measunes. Urol. Clin North Am-november 2009, 36, [4] 417-429.
30. Țîbîrnă Gheorghe. Ched clinic de oncologie. Chişinău, 2003, 628 p.
31. Wasserman Neil F. [September 2006] „Benign Prostatic Hiperplasia: A. review ultrasoud clasification: Radiologic clinics of North America 44 [5]: 689-710, doi 10.1016/j.rcb 2006, 07,005 PMJD 17030221.