

cu dializă peritoneală 33 pacienți (7,91%), cu hemosorbție 84 pacienți (20,14%). Din alte metode utilizate: plasmafereză - 8 (1,92%), hemofiltrare - 14 (3,36%), iradiere cu raze ultraviolete - 32 pacienți (7,67%), drenarea ductului limfatic toracic - 2 (0,47%), baroterapie - 6 (1,44%), diverse intervenții chirurgicale în 30 (7,19%) cazuri. Pe parcursul tratamentului la o parte din pacienți a survenit o serie de complicații provocate atât de etiopatogeneza IRA cât și de asocierea infecției, persistența uremiei, oligoanuriei și diminuarea stării imune a organismului.

Concluzii

1. IRA este o patologie extrem de gravă, afectează preponderent persoanele tinere și apte de muncă (77,6 % de vîrsta 21-60 ani), mai frecvent înregistrată la bărbați (62,35%).
2. Cele mai frecvente patologii, care provoacă IRA sunt intoxicațiile exogene de etiologie diversă, patologia obstetrico-ginecologică, șocul polietologic, diselectrolitemia și nefritele interstițiale medicamentoase (până la 60 %).
3. Aplicarea metodelor extracorporale de tratament (hemodializă, dializă peritoneală și hemosorbția) a contribuit la însănătoșirea și reabilitarea a 75,3% din pacienții spitalizați cu IRA în Centrul de Hemodializă a SCR în decurs de 22 ani.
4. Tratamentul complex a IRA nu exclude persistența și asocierea diverselor complicații, incidentă a căror rămîne destul de înaltă (hepatite, hemoragii, sepsis, etc.). Decurgerea clinică a patologiei, de rînd cu complicațiile survenite au contribuit în consecință la decesul a 24,3% cazuri din bolnavi.
5. Dacă la internare șocul polietologic, intoxicațiile exogene, patologia obstetrică-ginecologică și diselectrolitemiile au fost cauza IRA la 55% din pacienții tratați, atunci în structura decedaților aceste cauze au constituit 75%.
6. IRA necesită a fi tratată numai în instituții curative specializate, ce dispun de secții de reanimare-terapie intensivă și metode extracorporale de epurare a organismului.

Bibliografie

1. Ursea N., Tratat de nefrologie, București, 1994.
2. Cantarovich F., Progress in acute renal failure, USA, 1998.
3. Schrier R.W., New Aspects in pathogenesis of acute renal failure - Nephrology Dialysis Transplantation, Volume 9, Supplement 4, (1994) International symposium on Acute Renal Failure, pag 9-14.
4. Wardle E.N., Acute renal failure and multiorgan failure, - Nephrology Dialysis Transplantation, Volume 9, Supplement 4, (1994) International symposium on Acute Renal Failure, pag 104-108.
5. Schreiner G.E., Acute renal failure: the dawn of dialysis and the roaring '50s - Nephrology Dialysis Transplantation, Volume 9, Supplement 4, (1994), International symposium on Acute Renal Failure, pag 1-8.

TRATAMENTUL INSUFICIENȚEI RENALE CRONICE (IRC) TERMINALE ÎN CENTRUL DE HEMODIALIZĂ AL SCR

S. Gaibu, A. Tănase, I. Codreanu

Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgică, USMF «N. Testemițanu»,
Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, Spitalul Clinic Republican, Chișinău

Summary

Thanks to the changes that occurred during the last years in the fitting out with the equipment of Hemodialysis service in R. Moldova the treatment of the patients on dialysis improved essentially. The numbers of the primary dialyzed patients decreased dramatically do to the improvement of the dialysis, decreasing of the lethality, increasing of the survival rate on dialysis and the few numbers of kidney transplants.

Actualitatea

În ultimile 4 decenii științele medicale s-au dezvoltat vertiginos, fapt ce a contribuit la implementarea în practică a metodelor noi de diagnostic și tratament. În majoritatea domeniilor au fost înregistrate progrese remarcabile, inclusiv și în nefrologie, începînd cu procesele histochimice și fiziologice în rinichi și terminînd cu descrierea multor semne și sindroame, necunoscute pînă în trecutul apropiat. Dar cea mai mare realizare a fost implementarea «rinichiului artificial» și a metodelor

de tratament prin hemodializă (HD). Apariția acestui procedeu a permis de a salva viața a mii de pacienți cu IRC, care anterior erau condamnați la moarte. Datorită HD astăzi supraviețuiesc peste 520000 de bolnavi, care nu numai că sunt reabilitați medical, dar sînt reintegrați în viața familială și în activitatea socială.

Istoria serviciului de HD din Republica Moldova se începe cu 4 noiembrie 1962, cînd a fost efectuată prima ședință unui pacient cu Insuficiența Renală Acută, cu ajutorul aparatului AIP-60. De asemenea, un eveniment important a avut loc în ianuarie 1981, cînd s-a deschis prima secție de HD din R.Moldova în cadrul SCR, ce a contribuit la apariția posibilității de a include pacienții cu IRC în tratamentul specializat. În primii ani de activitate a secției (1981-1986) erau înregistrate mai multe reacții și complicații, provocate de absența apei purificate și aplicarea dializatoarelor în plăci, de tipul Kill (cardiovasculare - hipo- hipertensiune arterială, accidente vasculare cerebrale, tulburări de ritm și conducere; manifestări hematologice -hemolize, sîngerări în timpul dializei, coagularea singelui în circuitul extracorporeal; manifestări digestive, neurologice, alergice, sindromul apei dure, etc.) Ulterior, pe măsura perfecționării și asigurării serviciului cu aparataj modern și materiale de consum de performanță, calitatea procedurilor sa îmbunătățit esențial. Aceste rezultate se datorează perfecționării dializoarelor (de la cele în plăci, la cele capilare), a membranelor de dializă (de la cele celuloțice la membrane biocompatibile sintetice), a monitoarelor și concentratului de HD.

Scopul lucrării

Scopul lucrării constă în studierea indicilor de activitate a Centrului de Hemodializă a SCR, privind tratamentul prin HD a pacienților cu IRC terminală.

Material și metode

Studiului au fost supuși 1007 pacienți cu IRC terminală, internați în Centrul de Hemodializă al SCR în perioada anilor 1981-2002 (9luni). Au fost analizați următorii indici de activitate: numărul de pacienți tratați în decursul anului, inclusiv internați primar, repartizarea după sex, vîrstă, etiologia IRC, letalitatea și supraviețuirea la HD.

Rezultate și discuții

Indicii principali de activitate a Centrului de Hemodializă sunt prezentați în Tabela 1. În decurs de aproape 21 ani, în tratamentul cu HD programată au fost incluși 1007 pacienți cu IRC terminală. Dacă numărul de pacienți tratați, începînd cu aa.1987-88 este aproape constant - 100-110 bolnavi anual, apoi numărul celor incadrați primar, pe an ce trece descrește. Aceasta se explică prin îmbunătățirea calității dializelor, micșorarea letalității (de la 45-50% la 5-7%) și majorarea supraviețuirii la dializă. Asupra acestor indici influențează și numărul limitat de transplantări renale efectuate în ultimii ani, fapt ce nu permite includerea de noi pacienți la HD. În această perioadă sau efectuat circa 144 500 ședințe HD, care sau majorat anual de la 1251 ședințe în anul 1981, la 9443 în 2001.

Tabela 1

Indicii principali în tratamentul IRC

Anii	În total pacienți	Incluși primar	Decedați n(%)	Ședințe HD
1981	42	39	20 (47,6)	1251
1982	59	41	31 (52,5)	1646
1983	74	48	33 (44,5)	2762
1984	88	68	42 (47,7)	3082
1985	100	70	43 (43,0)	3732
1986	97	67	42 (43,3)	4314
1987	98	52	30 (30,6)	5740
1988	99	42	20 (20,2)	5545
1989	126	68	36 (28,5)	6230
1990	143	76	34 (23,7)	8000
1991	132	51	24 (18,2)	9000
1992	113	41	19 (16,8)	8867
1993	106	40	15 (14,1)	8738

1994	102	38	20 (19,6)	7400
1995	121	47	11 (9,0)	8070
1996	90	33	6 (6,6)	8600
1997	103	38	7 (6,8)	8356
1998	111	38	10 (9,0)	8684
1999	108	24	17 (15,7)	9003
2000	108	23	10 (9,2)	8848
2001	125	41	19 (15,2)	9443
2002 (9 luni)	104	22	6 (5,7)	7184
În total:		1007	495 (22%)	144495

În dependență de sex, repartizarea pacienților la HD este constantă - circa 56,6% constituie bărbații și 44,4% - femeile. Conform cauzei, ce a provocat IRC terminală, repartizarea bolnavilor de asemenea este constantă în ultimii ani. Etiologia IRC la pacienții tratați cu HD în decursul anilor 1997-2002 este prezentată în Tabela 2. Cel mai frecvent IRC a fost consecința glomerulonefritei cronice (53,9%), apoi pielonefrita cronică (24,2%) și polichistoza renală (8,6%).

Tabela 2

Etiologia IRC la pacienții dializați

Diagnoza	1997	1998	1999	2000	2001	2002	În mediu %
Glomerulonefrită cronică	66	58	57	57	66	54	53,9
Pielonefrita cronică	22	27	29	29	26	26	24,2
Polichistoza renală	4	8	9	9	13	13	8,6
Diabetul zaharat	2	5	5	5	6	2	3,9
Sindromul Alport	1	2	1	1	3	2	1,6
Alte cauze	8	11	7	7	11	7	7,8

Repartizarea pacienților la HD în dependență de vîrstă a fost următoarea (%): 15-19 ani - 3,6%; 20-25 ani - 9,9%; 26-30 ani - 7,9%; 31-35 ani - 12,9%; 36-40 ani - 18,6%; 41-45 ani - 13,9%; 46-50 ani - 17,2%; 51-55 ani - 8,2%; 56-60 ani - 4,4%; 61-65 ani - 1,5%; 66-75 ani - 1,9%; Conform datelor prezentate, 88,6% din pacienții aflați la tratament cu HD sunt de vîrsta 20-55 ani, vîrsta productivă și aptă de muncă.

Un alt indice important în tratamentul cu HD programată este supraviețuirea pacienților de lungă durată. În Tabela 3 este prezentată supraviețuirea pacienților conform datelor anilor 1997-2002.

Tabela 3

Supraviețuirea pacienților la HD (n)

Durata, ani	1997	1998	1999	2000	2001	2002
< 1 an	35	34	24	19	45	29
1-2 ani	16	14	17	22	19	17
2-3 ani	15	15	13	16	12	10
3-4 ani	10	8	11	10	8	8
4-5 ani	8	10	11	13	13	9
5-6 ani	5	8	10	6	6	8
6-7 ani	7	6	6	7	7	3
7-8 ani	1	4	3	3	6	8
8-9 ani	3	3	4	3	3	3
9-10 ani	2	7	5	3	1	2
10-11 ani	1	-	1	3	2	2

11-12 ani	-	-	-	-	-	1
12-13 ani	-	1	-	-	-	-
13-14 ani	-	-	-	1	1	1
>14 ani	-	1	3	2	2	3

Conform studiului efectuat, în decurs de 5 ani au supraviețuit circa 75% din bolnavii hemodializați, iar în decurs de 10 ani - 21 % din pacienți. În momentul de față 3 pacienți prelungesc tratamentul cu HD mai mult de 14 ani. Acești indici sunt **de facto** relativi, de oarece o parte din pacienți au fost transferați pentru prelungirea tratamentului cu HD în alte secții, iar alții au întrerupt tratamentul după efectuarea operației de transplant renal, astfel modificând datele statistice multianuale.

Cauzele de deces a pacienților cu IRC tratați prin HD programată nu diferă de la an la an și sunt legate preponderent de patologia pacientului dializat: insuficiența cardio-vasculară, accidente vasculare cerebrale, asocierea diferitor infecții, diselectrolitemii (hiperkaliemie), complicații ale metabolismului de Ca, F, acidului uric, ale eritropoezei, etc. În mare măsură, în afară de HD adecvată și calitativă, suportul pacientului cu preparate de Ca, Vit-D, Fe, eritropoetină ș.a. au o influență majoră în apariția complicațiilor și survenirea decesului.

Concluzii

1. În decurs de aproape 21 ani de activitate, în Centrul de Hemodializă a SCR sau tratat 1007 pacienți cu IRC terminală și sau efectuat 144 500 ședințe HD.
2. Letalitatea pacienților dializați sa micșorat de la 45-50% în primii ani de activitate, la 5-7% în prezent.
3. În structura pacienților la dializă predomină bărbații (56,6%), cauzele principale ale IRC fiind în 53,9% - glomerulonefrita cronică, în 24,2% pielonefritele cronice și în 8,6% polichistoza renală.
4. Circa 88,6% din pacienții spitalizați la dializă sunt de vîrsta aptă de muncă - 20-55 ani, fapt ce confirmă agresivitatea patologiei față de persoanele tinere.
5. Calitatea tratamentului aplicat, utilizarea aparatajului și a materialelor de consum performante, protejarea organelor și sistemelor la pacienții cu IRC terminală contribuie la supraviețuirea durabilă a bolnavilor la dializă.

Bibliografia

1. Tanase A., Sapojnikov A., Mastac D. ș.a., Realizările tratamentului cu hemodializă în insuficiență renală cronică // Materialele conferinței practico-științifice, Chișinău, 1997, p.41-43
2. Ursea N., Rinichiul artificial și alte mijloace de epurație extrarenală, București, 1997.
3. Ursea N., Tratat de nefrologie, București, 1994.
4. Nissenson A., Fine R., Dialysis Therapy, USA, 1993.
5. Maher J., Replacement of renal function by dialysis, USA, 1989.

PARTICULARITĂȚI CLINICO-BIOCHIMICE ȘI DE TRATAMENT LA PACIENȚII CU POLICHISTOZĂ RENALĂ

Lealea Chiaburu, Liliana Groppa, B.Sasu, V.Chiaburu, Victoria Dahnovici, Lilia Vlasov

Catedra Medicină Internă nr.1, USMF "N. Testemițanu"

Summary

Clinical and biochemical particularities of polycystic renal disease. A review of 35 hospitalized patients with polycystic renal disease. During the evolution of the disease, hypertension, urinary infection are associated and find out occasionally. This findings prove the necessity of early including in dispensary system the patients with polycystic renal disease.

Actualitatea

Termenul de polichistoza renală sau rinichi polichistic este folosit pentru a desemna o malformație ereditară renală caracterizată prin prezența de chisturi de diferite dimensiuni, care afectează difuz și bilateral rinichii determinând nefromegalie bilaterală și evoluție către insuficiența renală cronică.

Polichistoza renală este cea mai frecventă boală renală ereditară și cauză de morbiditate și mortalitate prin boală polichistică la om. Frecvența ei este apreciată la 1:3000 din bolnavii spitalizați și reprezintă 0,07 - 0,20% din populația adultă. Această afecțiune este a treia cauză la bolnavii