

Bibliografie

1. United States Renal Data System (USRDS): Annual Data Report V. Patient mortality and survival. *Am J Kidney Dis* 1998; 32 (Suppl 1): S69 - S80
2. Raine AEG, Margreiter R, Brunner FP *et al.* Report on management of renal failure in Europe XII. *Nephrol Dial Transplant* 1992; 7 (Suppl 2): 7-35
3. Barrett BJ, Parfrey PS, Morgan J *et al.* Prediction of early death in end-stage renal disease patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 1997; 29: 214-222
4. Levin A, Singer J, Thompson CR, Ross H, Lewis M. Prevalent left ventricular hypertrophy in the pre-dialysis population: identifying opportunities for intervention. *Am J Kidney Dis* 1996; 27: 347-354
5. London GM, Parfrey PS. Cardiac disease in chronic uremia: pathogenesis. *Adv Renal Replace Ther* 1997; 4: 194-211
6. Grossman W. Cardiac hypertrophy: useful adaptation or pathological process? *Am J Med* 1980; 69: 576-584
7. Mall G, Huther W, Schneider J, Lundin P, Ritz E. Diffuse intermyocardiocytic fibrosis in uraemic patients. *Nephrol Dial Transplant* 1990; 5: 39-44
8. London G, Guerin A, Pannier B, Marchais S, Benetos A, Safar M. Increased systolic pressure in chronic uremia: role of arterial wave reflections. *Hypertension* 1992; 20: 10-19

ASOCIEREA TUBERCULOZEI LA PACIENȚII TRATAȚI CU HEMODIALIZĂ ȘI DUPĂ TRANSPLANTAREA RENALĂ

V.Reaboi, L.Evdochimova, A.Tanase, I.Codreanu
Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, SCR

Summary

The increased prevalence of tuberculosis (TB) in the high-risk groups of immunocompromized individuals such as patients after transplantation or with uremic immunodeficiency urges for good screening and analysis. This study was performed with the aim to analyse the incidence and type of TB treated in the Hemodialysis and Kidney Transplantation Center during the last 20 years (1982-2002). The patients were divided in 2 groups: 100 patients on haemodialysis treatment and 250 patients after Kidney Transplantation. Our study confirms previous observations on higher prevalence of TB among the patients on hemodialysis and after kidney transplantation.

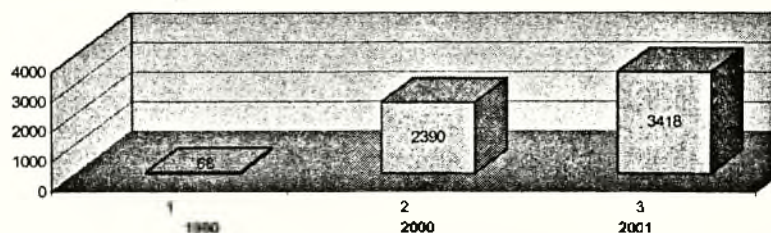
Actualitatea

Studierea aspectelor bacteriologice în timpul tratamentului cu hemodializă programată este necesară și actuală din următoarele considerente:

1. Geneza infecțioasă a unor patologii ce contribuie la dezvoltarea Insuficienței Renale Cronice (IRC).
2. Diminuarea reactivității organismului la bolnavii tratați cu hemodializă.
3. Administrarea preparatelor imunosupresive pacienților supuși operației transplant renal.

În ultimii ani, paralel cu incidența și prevalența crescută a tuberculozei (TBC) în R.Moldova, se atestă o sporire considerabilă a acestei patologii specifice și la pacienții cu IRC, aflați la tratament cu hemodializă programată. Datele epidemiologice, privind incidența TBC în R.Moldova sunt următoarele: în anul 2001 au fost înregistrate 3820 cazuri (89,4 la 100 000 populație), inclusiv depistați primar 3418 cazuri (80 la 100000) și recidivanți 402 (10,5%). Incidența patologiei a crescut comparativ cu anul 2000 cu 30,1% și cu 98% în comparație cu anul 1990 (Tabela 1).

Incidența Tuberculozei în Republica Moldova pe parcursul anilor 1990-2001



Numai în ultimile 6 luni ai anului 2002 au fost înregistrate 1726 noi cazuri de TBC, sau cu 323 mai multe de cât în aceeași perioadă a anului 2001. Din ei: 1448 cazuri noi înregistrate și 278 recidive, ce constituie o creștere de 14,5% și 101,4%, respectiv.

Din numărul total de cazuri înregistrate în anul 2001, 2481 (72,5%) au fost bărbați și 937 (27%) femei. Se observă creșterea numărului de bolnavi cu forme destructive (21,7%), și celor cu eliminări de bacili (43,3% în 2001). Aceiași tendință se observă și în prima jumătate a anului 2002. Numărul bolnavilor cu eliminări de bacili în 2001 a constituit 2719 (63,6 la 100000 populație) sau 1 bolnav bacilifer la 1571 populație, ceea ce este de 647 ori mai mare decât criteriul OMS, care prevede ca TBC să nu prezinte pericol pentru sănătatea publică. Mortalitatea prin TBC în a.2001 s-a micșorat cu 8,7% comparativ cu a.2000, iar față de a.1990 a crescut de 3,7 ori. În ce privește bolnavii cu IRC, tratați prin hemodializă și transplantare de rinichi, conform datelor Universității din Washington, TBC poate fi cauză a desesului la circa 1% din bolnavii tratați prin hemodializă (J. Maher, 1989) și 1,3-1,7% la bolnavii supuși transplantului renal (M.Wane Flye, 1989).

Deseori TBC se depistează doar la autopsie. Dificultățile în diagnosticarea ei sînt condiționate de o serie de factori, cum ar fi:

- imunitatea scăzută;
- nespecificitatea simptomelor, așa ca febra, anorexia, pierderea din greutate;
- tendința spre dezvoltarea formelor extrapulmonare;
- probe de diagnostic de rutină (bacteriologice și cutanate), care deseori prezintă rezultate negative.

Scopul lucrării

Studierea incidenței și a formelor clinice de tuberculoză la pacienții tratați în Centrul de Hemodializă și Transplant Renal al SCR în decurs de 20 ani (1982-2002).

Materiale și metodă

Au fost studiate 2 loturi de pacienți: I-lot - 1000 pacienți cu IRC terminală care sau aflat la tratament prin hemodializă programată și lotul II - 250 pacienți cu Transplant Renal. Au fost analizate formele clinice de TBC, durata tratamentului cu dializă sau medicamente imunosupresive, timpul de asociere a infecției specifice, rezultatele tratamentului.

Rezultate și discuții

În total au fost diagnosticați 25 pacienți cu diferite forme de TBC, inclusiv 12 pacienți care sau tratat numai cu hemodializă iterativă și 13 bolnavi cu Transplant Renal. În Tabela 1 sunt expuse cazurile de TBC la pacienții cu TR.

Din 13 pacienți, la care a fost depistată TBC după transplantarea renală, 10 - bărbați și 3 - femei, vîrsta medie 28,6 ani. Diagnoza de bază care a contribuit la dezvoltarea IRC a fost: glomerulonefrita cronică - 8 cazuri, pielonefrita cronică - 3 cazuri și în 2 cazuri sindromul Alport. La 7 din pacienți TBC a fost diagnosticată între 2 și 10 ani după transplantare, iar în 6 cazuri, între 2 luni și 1an după operație, preponderent la autopsie. Aplicarea tratamentului imunosupresiv a complicat mult diagnosticarea la timp a patologiei și a permis de a prelungi viața de la 4 la 12 luni. Astfel, în majoritatea cazurilor de TBC diseminantă, diagnosticul a fost confirmat, preponderent doar la necropsie. În momentul de față un singur pacient cu transplant renal și TBC asociată supraviețuiește 2 ani.

Tabela 1

Cazurile de TBC la pacienții cu Transplant Renal

Nr	Cazul, vîrstă (ani), sexul (b/f)	Diagnoza de bază	Peste cît timp TBC după operație	Forma tuberculozei	Diagnostic vital (V), post-mortem (Pm)
1	B., 26 ani, b	sA	10 ani	Pulmonară infiltrativă	V
2	B., 30 ani, f	PC	4 ani	Pulmonară infiltrativă	V
3	V., 23 ani, f	sA	4 ani	Pulmonară infiltrativă	V
4	L., 33 ani, b	GC	4,5 ani	Pulmonară infiltrativă	V
5	A., 22 ani, b	GC	1an	Diseminantă generalizată	Pm
6	A., 24 ani, b	GC	4 luni	Diseminantă generalizată	V

7	K., 31 ani, b	GC	3 luni.	Diseminantă generalizată	Pm
8	S., 58 ani, b	GC	5 luni.	Diseminantă generalizată	V
9	S., 23 ani, f	PC	2 luni.	Diseminantă generalizată	Pm
10	G., 21 ani, b	GC	4 luni.	Linfadenită tuberculoasă	Pm
11	G., 31 ani, b	PC	4 ani	Pulmonară infiltrativă	V
12	M., 22 ani, b	GC	2 ani.	Pulmonară infiltrativă	V
13	S., 33 ani, b	GC	1 an.	Bronhoadenită tuberculoasă	V

Notă: GC - glomerulonefrită cronică; PC - pielonefrită cronică; sA - sindromul Alport;

La pacienții tratați numai prin hemodializă, TBC a fost depistată la 12 (5 femei și 7 bărbați) cu durata de tratament între 6 luni și 11ani. 3 din ei la diferite etape de tratament au fost supuși transplantării renale și, respectiv, au primit cure de tratament imunosupresiv de la o lună pînă la 5 ani. În Tabela 2 sunt prezentate cazurile de TBC asociate la pacienții aflați în tratament cu hemodializă iterativă.

Din tabelele 1 și 2 se observă, că în perioada anilor 1982-1999 numărul pacienților afectați de TBC a constituit 11, (10 după alotransplantarea renală și 1 tratat numai prin hemodializă), pe cînd în ultimii 3 ani 14 bolnavi au fost diagnosticați cu TBC (3 după transplantare de rinichi și 11 aflați la tratament exclusiv prin hemodializă). Dacă în primii ani de activitate au predominat formele pulmonare de TBC, în ultimii ani tot mai frecvent apar forme extrapulmonare, inclusiv cu afectarea oaselor. Structura formelor de afectare a TBC la loturile de pacienți examinați a fost următoarea:

FORMELE PREDOMINANTE DE TUBERCULOZĂ

1. Tuberculoza pulmonară infiltrativă—5
2. Tuberculoza pulmonară hematogen- diseminantă -7
3. Pleurezie tuberculoasă -3
4. Bronhadenita tuberculoasă—5
5. Spondilita tuberculoasă și altele forme de afectare osoasă - 5

Tabela 2

Cazurile de tuberculoză la pacienții cu IRC tratați prin hemodializă

nr	Cazul, vîrsta, sexul	Diagnoza de bază	Durata tratament HD	Asocierea TBC (peste cît timp)	Forma tuberculozelor	Diagnostic V/Pm	Terapia	Rezultatul Pozitiv (Ă) Deces (D)
1	C., 37, f	PC	4 ani	3ani (08. 02)	Bronhoadenită pe dreapta	V	7 luni	Ă
2	C., 44, f	PC	5 ani	3,5ani (05.02)	Pleurezie, trochanterită destructivă	V	8 luni	Ă
3	M., 48, b	GC	2,5 ani	1an (05.02)	Spondilită, abces "rece"	V	7 luni, operație	Ă
4	C., 42, b	GC	11 ani	9ani (05.00)	Bronhoadenită, pleurezie	V	6 luni	Ă
5	N., 39, f	GC, SR	10 ani	9 ani (06.00) TR	Infiltrativă diseminantă	V	-	D
6	C., 51, f	GC	11 ani	10ani (10.99) TR	Infiltrativă diseminantă	Pm	-	D
7	M., 36, b	GC	5 ani	4ani (04.01)	Articulație talocrurală pe sînga	V	4 luni	D
8	I., 30, b	GC	6 luni	6 luni	limfadenită	Pm	-	D
9	H., 44, f	PC	4 ani	3,5 ani (06.02) TR	Pleurezie	V	3 luni	Ă

10	M., 23, b	GC	2 ani	1 an (05,02)	Pleurezie	V	4 luni	Ä
11	L., 49, b	GC, SR	10 ani	10ani (09,02)	Tbc osteoarticu- lară	V	1 lună, intervenții chirurgicale	Ä
12	U., 39, b.	PC	6ani	6ani	Bronhoadenita	Pm	-	D

Notă: GC – glomerulonefrită cronică; PC – pielonefrită cronică; SR – stare renoprivă;

Dificultățile în diagnosticarea TBC la bolnavii cu IRC aflați la tratament prin hemodializă sau supuși transplantului renal sunt condiționate de specificul acestor maladii, la care se asociază diverse complicații ale organelor și sistemelor pe un fundal stabil de imunitate scăzută. Au fost folosite diferite metode de diagnosticare a TBC: radiologice, bacteriologice, endoscopice, histologice, etc., care însă în măsură rutinei lor, ca investigații de studiu, nu permiteau întotdeauna o depistare perfectă a procesului tuberculos. Ca exemple de afectare TBC a bolnavilor aflați la tratament prin hemodializă și transplantare renală, servesc următoarele cazuri:

1. Bolnavul M. 48 ani, a fost staționat în Centrul de hemodializă și transplant renal al SCR cu 2,5 ani în urmă, cu diagnoza de "Glomerulonefrită Cronică Difuză, IRC faza terminală". Pe parcursul ultimului an de tratament s-au observat puseuri de febră pînă la 38-39°, dureri lombare pronunțate, cu iradiație în femur, stăbiciuni. Investigațiile primar efectuate, inclusiv radiologice (tomografia computerizată), ecografice, rezonanța magnetică, hemoculturi, urograme și hemograme repetate nu au evidențiat o afectare specifică a coloanei vertebrale. Schimbările patologice au fost apreciate ca o discopatie vertebrală cu modificări profunde în coloana, ceea ce nici într-un fel nu explică persistența febrei. Lumbalgia pronunțată a impus o intervenție chirurgicală la coloana vertebrală, la nivelul L₂-L₃ unde s-a depistat un abces paravertebral localizat posterior discurilor afectate. Lipsa remisiiei clinice așteptate, agravarea și accentuarea sindromului algic, persistența febrei în continuare și rezultatele investigațiilor nou efectuate au permis suspectarea unui proces tuberculos. Bolnavul este supus unei noi intervenții chirurgicale, care se termină cu deschiderea și drenarea unui « abces rece » paravertebral anterior localizat și înlăturarea sechestrelor osoase. Postoperator a fost aplicată terapie antituberculoasă tricomponentă (isoniazida 0,15, 2 ori pe zi, Rifampicina 0,3, 2 ori pe zi, pirazinamida 0,5, 2ori pe zi) cu program de hemodializă 3-4 ori pe săptămîna pe parcursul a 7 luni consecutive. În procesul tratamentului starea pacientului treptat s-a ameliorat. Radiografiile efectuate în dinamică au demonstrat organizarea procesului tuberculos.
2. Bolnavul C. 42 ani, s-a aflat la tratament în secția hemodializă a SCR mai mult de 10 ani. În ultima jumătate de an manifestă stăbiciune avansată, a apărut febră pînă la 39°, tuse, dispnee. Investigațiile de laborator și instrumentale efectuate n-au pus în evidență un proces tuberculos, și numai studiul histologic a permis diagnosticarea unei bronhoadenite și pleurezii tuberculoase. Terapia tricomponentă antituberculoasă (isoniazida, rifampicina, pirazinamida) în doze ajustate, cu un program de hemodializă 3-4 ori pe săptămîna în decurs de 6 luni au permis de a obține rezultate pozitive cu înșănătoșire.

Analizarea materialului expus ne demonstrează o creștere evidentă a numărului de pacienți afectați de diverse forme de TBC. Stabilirea procesului specific la contingentul de bolnavi cu IRC sau după transplantare renală a fost posibilă doar cu implicarea diverselor metode de diagnostic și, adesea, în decurs de cîteva luni.

La etapa actuală, în pofida riscului major de diseminare a TBC în procesul hemodializei, a imunității scăzute, toxicității și cumulării crescute a preparatelor antituberculoase, la o parte din bolnavii tratați pot fi obținute rezultate satisfăcătoare de ameliorare a procesului specific.

Concluzii

1. Pacienții cu IRC și după transplantarea renală sunt predispuși la infectare cu tuberculoză pe toată durata efectuării tratamentului.
2. Factorii epidemiologici de creștere a TBC în R.Moldova în ultimii ani au influențat în mod direct asupra incidenței crescute a patologiei la pacienții cu IRC și cu transplant renal.
3. Incidența TBC în Centrul de Hemodializă și Transplant Renal al SCR în decurs de 20 ani a constituit: la pacienții dializați – 1,2%, iar la pacienții cu transplant renal – 5,2%.
4. În ultimii ani se atestă diverse forme de TBC la pacienții cu IRC, inclusiv cele osteo-articulare.
5. Modificarea formelor de TBC la contingentul pacienților studiați influențează asupra duratei de diagnosticare și necesită aplicarea celor mai avansate metode de diagnostic (tomografia computerizată, rezonanța magnetică, biopsia, etc.).

6. Administrarea la timp a preparatelor antituberculoase pe fundalul intensificării programului de dializă permite în mare măsură asanarea procesului tuberculos și însănătoșirea pacienților.
7. Incidența crescută a TBC la pacienții cu IRC și transplant renal impune o profilaxie permanentă a focarelor de infecție și un protocol strict de investigații de laborator și instrumentale.

Bibliografia

1. Țimbalari G., Vangeli I., Burinschi V., Situația epidemiologică în Republica Moldova – a.a. 2000-2002 // Actualități în diagnostică și tratamentul tuberculozei și a bolnavilor pulmonare nespecifice // Chișinău, 2002, pag. 72 –78.
2. Elașcu N., Rotari G., Procopciuc V. și alții. Situația epidemiologică a Tuberculozei extraratoric în Republica Moldova, perioada a.1991-2000 // Actualități în diagnostică și tratament tuberculozei și bolnavilor pulmonare nespecifice // Chișinău, 2002, pag. 45-49.
3. Tănase A., Diagnosticul afecțiunilor precoce și tardive după transplantarea renală. / Teza de d.h.ș.m., Chișinău, 1996, pag.83-85.
4. Flye M.W., Principles of organ transplantation, USA, 1989.
5. Maher J., Replacement of renal function by dialysis., USA, 1989.

SERVICIUL NEFROLOGIC PENTRU MATURI ÎN REPUBLICA MOLDOVA (2000-2001)

B. Sasu, Nina Munteanu, O. Mocialov, Rodica Negru
USMF "N. Testemițanu», Ministerul Sănătății al R.Moldova

Summary

Nephrological medical service of adult population in Republic of Moldova (2000 -2001) A review of nephrological medical service in adult population was carried out. There is a great awareness due to the increasing in incidence of the renal diseases in Republic of Moldova. In our professional view substantial recommendations to determine the changes that must be made in the field of nephrological service were suggested.

Sarcina principală a nefrologiei, un compartiment important al medicinei interne, constă în diagnosticul precoce și tratamentul adecvat al patologiei renale, printre care un loc major îl ocupă afecțiunile ce duc la pierderea funcției renale-insuficiența renală cronică (IRC). De asemenea, aceste patologii sunt însoțite de dereglări grave ale altor organe și sisteme, ce pot provoca de sinistător decesul bolnavilor. Particularitățile evolutive (deseori patologia renală parenhimațoasă primară decurge asimptomatic) uneori cauzează depistarea tardivă a afecțiunii, concomitent cu apariția complicațiilor.

Luând în considerație cheltuielile enorme pentru tratamentul de substituție a IRC (hemodializa, dializa peritoneală, transplantul renal), incidența destul de înaltă a maladiilor progresive renale, preponderent la persoane de vârstă tânără (nefrite, pielonefrite), este importantă studiarea și cunoașterea de către medicii a simptomelor incipiente și tratamentul rațional al afecțiunilor nefrologice. În primul rând acestea sunt nefritele, pielonefritele, nefrolitiază. Însă rinichii se includ secundar și în cadrul multor altor patologii: vasculite de sistem, dereglări metabolice, endocrine etc., când schimbările depistate au o importanță considerabilă pentru sesizarea corectă a nefropatiei în cauză. Deseori o serie de boli sistemice debutează cu "măști nefritice», frecvent unica manifestare a patologiei oncologice incipiente este nefropatia paraneoplazică, nu sunt rare cazurile dezvoltării nefropatiei ca consecință a administrării diferitor substanțe medicamentoase.

Una din direcțiile principale în organizarea asistenței medicale pacienților nefrologici este elaborarea regimului optimal de diagnostic și tratament al maladiilor renale.

Conform estimărilor statistice republicane al serviciului nefrologic, pe parcursul ultimilor ani se determină, că starea asistenței medicale specializate la moment lasă mult de dorit. În prezent în R.Moldova ajutorul spitalicesc nefrologic pentru maturi este acordat în 3 secții de nefrologie: municipiul Chișinău - 20 paturi în SCM "Sfânta Treime» și 30 paturi în SCR; municipiul Bălți - 20 paturi. În or. Rîșcani (Județul Bălți) sunt desfășurate 7 paturi și 5 paturi în Briceni (Județul Edineț). În secțiile nominalizate activează 10 medici-nefrologi cu diferite categorii de atestare. În majoritatea județelor bolnavii nefrologici sunt tratați în secțiile de terapie și urologie de către medicii de specialitatea respectivă.

Consultațiile prespitalicești pentru maturi sunt efectuate de către medicii nefrologi în municipiul