

hemodializați cronic sau cu transplant renal. Polichistoza renală trebuie deosebită de rinichiul multichistic, care este o anomalie congenitală unilaterală, cu prognostic diferit de cel al polichistozei renale. Afecțiunea se asociază deseori cu interesarea altor organe - ficat, pancreas, tiroidă, sistemul cardiovascular, etc.

### Obiective

Studiul de față își propune o apreciere a particularităților clinico-biochimice, evolutive și de tratament ale polichistozei renale.

### Material și metode

Lotul examinat a fost alcătuit din 35 de pacienți cu polichistoză renală, spitalizați în secția Nefrologie a SCM "Sfânta Treime». Din ei, 69,6% -femei și 30,4% -bărbați, cu o vârstă medie de 49,5 ani și vechimea bolii de la 2 la 18 ani. S-au folosit metode clinice, probe paraclinice de laborator și investigații instrumentale pentru elucidarea rinichiului polichistic.

### Rezultate și discuții

La majoritatea pacienților (77%) polichistoza renală a fost diagnosticată în decada a treia sau a patra de viață prin ecografie renală și urografie intravenoasă, manifestându-se prin nefromegalie, chisturi multipli dispuși difuz. La 4 pacienți au fost depistate chisturi și în ficat. Anamneza ereditară a fost confirmată în 75% cazuri. Debutul bolii la pacienții cu polichistoză renală s-a manifestat prin lombalgii vagi sau spontane în 72%, colici renale prin eliminare de calculi sau cheaguri de sânge în 9%, hipertensiune arterială în 14%, infecție acută urinară în 5%. În lotul studiat simptomele clinice au fost reprezentate de durere sau disconfort cu sediul lombar, în flanc sau abdominal constatate în 77% cazuri, infecție urinară asociată - în 58%, astenie și fatigabilitate înregistrate la mai bine de jumătate de pacienți (51,6%), cefalee - în 61,2%, vertije - în 25,8%, febră (>38°) însoțită de frisoane și transpirații nocturne - în 12%, anorexie și vomă - în 9%, anxietate și depresie - în 3%, nefromegalie - în 94,5%. Prezența calculilor renali a fost depistată - în 5%, hipertensiune arterială în 71%, reprezentând semnul de debut al bolii în 14% cazuri. Poliuria și nicturia a fost înfîlinită în 77%. Anemia a fost semnalată în 45%, leucocitoza moderată (9,6- 10,0) - în 13%, VSH accelerat - în 83% cazuri. Examenul sumar de urină a indicat valori scăzute ale densității urinare relative cu limite între 1002 și 1010 în 54,8%, pH acid - în 83%, proteinurie sub 2g/24 ore în 77%, leucociturie - în 32%, microhematurie - în 25,8%, diateză urică - în 48% cazuri. Clearance-ul creatininei a fost scăzut în momentul diagnosticării bolii în 35%, ureea sangvină și creatinina serică crescute în 45% de cazuri. Din cele 27 uroculturi efectuate, 18 au fost pozitive. Etiologia infecției urinare a fost reprezentată de E.coli - în 44,4%, Kl.pneumoniae - în 27,7%, St.epidermidis - în 16,6%, Proteus - în 11,3% cazuri.

Tratamentul medical a constat din tratamentul hipertensiunii arteriale, al infecțiilor urinare și al complicațiilor. Toate stadiile de insuficiența renală cronică (45,1%) au fost reprezentate relativ uniform între bolnavii cuprinși în studiu, 14,3% dintre aceștea fiind incluși în programul de hemodializă iterativă.

### Bibliografie

- 1.Gardner K.D. Cystic Diseases of the Kidney in Textbook of Nephrologie, v.I London, 1983
- 2.Kissane J.M. La maladie polykistique de l'adulte in Nephrologie, t.2, Paris, 1983
- 3.N.Ursea Tratat de Nefrologie, v.2, București, 1994
- 4.N.Ursea Actualități în nefrologie, București, 2000
- 5.И.Е.Тареева Нefрология, Москва, Медицина, 2000

## METODELE EXTRACORPOREALE ÎN TRATAMENTUL SEPSISULUI CHIRURGICAL ASOCIAT CU INSUFICIENȚA RENALĂ ACUTĂ (IRA)

A. Vasiliev, D. Mastak, A. Axentii

Centrul Practico Științific în Domeniul Medicinii de Urgență

Centrul Municipal de Dializă, Chișinău

### Summary

Hemofiltration and related continuous renal replacement techniques have demonstrated their efficacy and their better hemodynamic tolerance as compared to hemodialysis techniques, while allowing easy adjustment of body fluids balance. These features provide arguments which strong enough to favor hemofiltration techniques in severely septic patients.

IRA constituie o manifestare frecventă a insuficienței poliorganice la pacienții septici. Această categorie de pacienți suferă de afectarea organelor și sistemelor, manifestându-se prin șoc, insuficiență respiratorie, encefalopatie, edem cerebral și debit cardiac scăzut. Concentrația înaltă de endotoxine la pacienții septici provoacă dereglări hemodinamice, ce diminuează simțitor fluxul renal și filtrația glomerulară. Reșind din necesitatea înlăturării substanțelor toxice din circulația sangvină la pacienții septici, metodele extracorporeale de detoxicare sunt metode de tratament patogenic a IRA și insuficienței poliorganice.(3)

Folosirea hemodializei clasice este puțin efektivă din cauza clirensului scăzut al moleculelor medii (moleculele endotoxemiei). Metoda de hemofiltrare (HF) continuă cu debit redus este metoda cea mai preferabilă. Această metodă permite de a înlătura efectiv surplusul de lichid, molecule medii, iar clirensul scăzut de uree și creatinină este compensat prin timpul îndelungat al procedurii (24-72 ore)(1). HF continuă datorită fluxului sanguin redus, ultrafiltrației, volum de contur mic, exclude dereglări hemodinamice vădite. Una din avantajele importante ale HF este capacitatea de eliminare și adeziune a endotoxinelor (din contul convecției și absorbției)(2). HF continuă este metodă de hemocorecție, ce se bazează pe filtrare îndelungată și convecție prin membrana semipermeabilă (hemofiltru) a substanțelor cu masa moleculară medie și mică.

În Centrul Municipal de Dializa al Centrului Național Practico-Științific în Domeniul Medicinii de Urgență a apărut posibilitatea de a efectua proceduri de hemofiltrare continuă veno-venoasă și arterio-venoasă (CVVH și CAVH) prin intermediul monitorului de dializă acută ADM 08 + ABM (Fresenius, Germania). În timpul de față la pacienții cu sepsis chirurgical, asociat cu IRA noi folosim CVVH. Abordul vascular s-a efectuat prin caterizarea venei subclaviculare cu cateter biluminal, aplicarea șuntului arterio-venos Scribner (pentru CAVH). Durata tratamentului este de 24-48 ore în mod continuu. HF a fost efectuată cu ajutorul filtrului AV-600S - membrană polisulfon, suprafața 1,4 m, coeficientul ultrafiltrației 2500 ml/oră. Volumul substituatului a variat între 20-40 litri. Exfuzia ultrafiltratului a constituit în mediu 14-25 litri. În calitate de substituent s-au folosit soluții electrolitice HF 23 (Fresenius).

În lucrare este expusă experiența de tratament a 4 pacienți cu sepsis chirurgical asociat cu IRA (3 pacienți cu pancreonecroză purulent-necrotică, 1 pacient după suturarea ulcerului duodenal perforat pe fon de peritonită purulentă difuză). La toți pacienții au fost folosite metodele extracorporeale de suplire renală. Criteriul de întrerupere a procedurii a constituit normalizarea dereglărilor hidroelectrolitice și stabilizarea hemodinamicii.

HF continuă este o procedura bine tolerată, indicată în tratamentul hiperhidratării rezistente la diuretice și în șoc cardiogen. IRA și complicațiile adiționale ca șocul, plămînul de șoc, insuficiența organică multiplă, instabilitatea circulatorie, insuficiența cardiacă severă sunt indicațiile speciale pentru tratamentul CVVH. În condițiile catabolice extreme este posibilă o detoxicare și deshidratare suficientă. HF veno-venoasă este posibilă chiar și la pacienți în stare severă de șoc (2).

HF continuă este contraindicată la pacienții cu sîngerări sau cu risc mare de hemorație, hipotensiunea TJA<90/40 mm Hg (cotraindicație relativă)

### Concluzii

În pofidă experienței modeste de detoxicare extracorporeală a sepsisului chirurgical, asociat cu IRA, considerăm că:

- 1.CVVH este o metodă efektivă în tratamentul bolnavilor critici cu IRA și insuficiență poliorganică pe fon de sepsis chirurgical.
- 2.Fluxul sangvin scăzut prin hemofiltru se compensează fără dereglări vădite a indicilor hemodinamici.
- 3.CVVH și HF sunt metode de elecție în tratamentul IRA la categoria dată de bolnavi.

### Bibliografia

- 1.Bellomo R, Tiping P, Boyci N.: Continues veno-venous hemofiltration with dialyses removes cytokines from the circulation of septic patients. 1999. 522-526.
- 2.C. Rönco, M. Zanella, A. Brendolan, R. Bellomo: Management of acute renal failure in critically ill patients. 2001.
- 3.N. Ursea: Rinichiul artificial. Romania 1997.
- 4.А.Ю. Лужников, Ю.С Гольдфраб, С.Г Мусселиус: Детоксикационная терапия. Санкт-Петербург 2000.