

fost studiate peste 150 articole din literatura de specialitate privind managementul IRA.

Rezultate și discuții. Din 24 pacienți: 14 femei (58,3%) și 10 bărbați (41,7%) cu vârsta cuprinsă între 18-82 ani (50,46±16,17 ani). 11 pacienți au fost internați în Secția Reanimare în stare extrem de gravă. Factorii etiopatogenetici implicați în dezvoltarea IRA au fost: intoxicația exogenă însoțită de sindromul hepatorenal - 8 cazuri, glomerulonefrită acută - 7 cazuri, IRA hemodinamică - 5, glomerulonefrită subacută - 1, glomerulonefrită cronică - 1, nefrită tubulo-interstițială acută - 1 și IRA obstructivă 1 caz. Letalitatea a constituit 20,8% (80% a fost determinată de intoxicație exogenă și a fost însoțită de afectare poliorganică). Tratamentul urmat a fost simptomatic, de susținere a funcțiilor vitale.

Multitudinea mecanismelor patogenetice implicate în dezvoltarea IRA, persistența mortalității înaltă în continuare impune elaborarea unor metode și a unor tactici noi de tratament.

Agenții vasoactivi: blocanții canalelor de Ca, peptidul Na uretic atrial sporesc volumul diurezei în cazul IRA oligurice (prin creșterea ratei filtrației glomerulare (RFG) în urma dilatării a. aferente, constricția celei eferente, inhibiția reabsorbției sodiului intratubular). Fenomenele ischemice prin disfuncție endotelială rezultă în disbalanța între endotelină și oxidul nitric (NO), eliberarea citokinelor, migrarea celulelor proinflamatorii și infiltrația țesutului renal. Are loc sinteza

substanțelor biologice active, a radicalilor oxizi cu progresarea dereglării funcției renale. În acest context se administrează L-arginină precursor al NO. Migrarea neutrofilelor în țesutul ischemic este limitată de activatorul plasminogenic tisular, fiind o acțiune independentă de activitatea plasminică, producția citokinelor și activarea complementului. O acțiune nefroprotectoare o are administrarea lipopolizaharidelor, ce preîntâmpină infiltrarea țesuturilor cu leucocite și induce cross-toleranța la ischemie, probabil prin majorarea TNF- α și IL6mRNA. Alte medicamente ce ameliorează recuperarea funcției renale sunt eritropoetina (EPO), factorul de creștere 1 insulin-like (IGF1), inhibitorul II1- β -convertazei, hormonul α -melanocite stimulant (α -MSH).

Concluzii

1. Mortalitatea în urma IRA rămâne înaltă față de alte nosologii ($e^{50\%}$), fără tendință de diminuare în ultimii ani. Aceasta poate fi explicat prin morbiditatea asociată dezvoltării IRA. În prezent IRA se întâlnește mai frecvent la pacienții în vârstă, fiind asociată cu insuficiența poliorganică.
2. Prezența unui număr mare de verigi etiopatogenetice în dezvoltarea IRA necesită o abordare complexă multilaterală.
3. Implimentarea unor medicamente noi în tratamentul IRA (peptidul Na-uretic, L-argininei, IGF 1, EPO, lipopolizaharide etc.) este posibilă după efectuarea unor studii randomizate pentru demonstrarea eficacității lor.

PATOLOGIA VÂRSTNICILOR DIALIZAȚI: EVALUAREA ASPECTELOR CLINICE ȘI PARACLINICE

Lilia Vlasov

Secția Nefrologie, IMSP SCM „Sfânta Treime”, Chișinău, Spitalul „Barmherzigen Bruder”, Graz, Austria

Summary

The pathology of old age haemodialyzed patients is an actual problem, the performed study have the aim to evaluate nutritional status, bone system disturbances, treatment of renal anemia, efficiency of haemodialysis. The findings obtained justify the necessity to include this category of old age patients in renal replacement techniques.

Introducere. Vârsta în sine nu constituie o contraindicație pentru terapia de substituție extrarenală, media de debut în Europa în anul 1999 fiind de 62 ani, iar odată cu accelerarea nivelului de trai continuă să crească. Astfel patologia vârstnicilor dializați prezintă interes de perspectivă, necesitând o studiere continuă.

Obiective. Evaluarea ponderii maladiilor renale preexistente dializei, stării de nutriție, valorilor hemoglobinei pe fundal de tratament cu eritropoetină, analiza tulburărilor fosfocalcice la pacienții vârstnici dializați, estimarea eficacității hemodializei.

Materiale și metode. Au fost selectați 31 de bolnavi vârstnici, dializați pe o perioadă medie de 1,8 ani în Secția de Hemodializă a spitalului „Barmherzigen Bruder”, or.Graz,

Austria și au fost evaluate valorile următorilor indici: parathormonul (PTH) în ser - (norma-15-65ng/dl), fosforul seric - (norma-2,3-5,0mg/dl), calciul seric - (2,0-2,6 mmol/l), hemoglobina (Hb) serică - (norma-12,0-15,0 g/dl), creatinina serică - norma-(0,08 mmol/l), albumina serică - (norma 3,5 g/dl). Eficiența hemodializei a fost apreciată cu ajutorul indicelui ratei de reducere a ureei - RRU (norma - $e^{65\%}$).

Rezultate. La pacienții aflați în studiu - 18 bărbați și 13 femei, vârsta medie constituind 68,3 ani, durata medie a tratamentului cu hemodializă cronică a constituit 1,8 ani. Patologia renală s-a repartizat la vârstnici în felul următor - Pielonefrita cronică în 28,6%, nefropatia diabetică DZ tip 2-la 23,8%, boala ischemică renală aterosclerotică în 14,3%, nefropatia analgetică în 9,5%, glomerulonefrita focală segmentară în 9,5%, IgA nefropatia în 4,8%, urmate de aceeași frecvență - 4,8% pentru nefrolitiază, miloidoză renală, polichistoză renală. Valoarea PTH s-a situat pe parcursul unui an între 1,7 și 3137,0 ng.dl, în medie constituind 270,69 ng/dl. Nivelul seric al calciului a fost cuprins între 1,2 și 3,2 mmol/l, în medie-2,33 mmol/l. Valorile fosforului seric au

constituit 1,9-12,8 mg/dl, în medie-5,99 mg/dl. Valoarea medie a calciemiei a constituit 2,25 mmol/l, iar a PTH-88,8%. Nivelul seric al albuminei a fost cuprins între 1,1g/dl și 5,0g/dl, în medie-4,04g/dl. La 2 pacienți cu vârsta între 78 și 80 ani, valorile albuminuriei s-au aflat sub limita inferioară a normei-3,4g/dl. Valorile Hb serice au variat între 8,8 și 16,5g/dl. La 8 bolnavi dializați Hb s-a situat, în medie, sub 12,0 g/dl. Eficiența hemodializei, apreciată după rata de reducere a ureei - RRU a constituit în medie 72,5%. Diagnosticul de osteoporoză a fost stabilit în 95,2% cazuri, fiind confirmat radiologic prin prezența sindromului de osteopenie.

Concluzii:

1. La pacienții vârstnici, incluși în tratament cu hemodializă iterativă, maladia de bază, generatoare de IRC,

a fost pielonefrita cronică -28,6%, urmată de nefropatia diabetică -23,8%, nefropatia analgetică-9,6%, nefrolitiază -4,8%; glomerulonefrita cronică, evident având o pondere mică -4,8%.

2. Hiperfosfatemia e decelată în 71,4%, îndepărtarea toxinelor uremice contribuind la menținerea PTH majorat în ser, fapt confirmat și în literatura de specialitate.

3. Valorile medii normale ale calciului seric, ale hemoglobinei serice denotă un răspuns bun la vârstnicii dializați în rezultatul tratamentului cu preparate de calciu, fier, eritropoetină.

4. Starea de nutriție bună (albumina în medie-4,04 g/dl), eficiența hemodializei- (URR 72,5%) justifică includerea vârstnicilor în lista celor cu șanse de supraviețuire prin hemodializă.

DIFICULTĂȚI DE INTERPRETARE A MODIFICĂRILOR PULMONARE LA BOLNAVUL UREMIC (caz clinic)

V. Botnaru, A. Gavriliuc, Doina Rusu, Oxana Munteanu, Ludmila Panfil

Catedra de Medicină Internă Nr 2 USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

„Uremic lung” is a spectrum of pulmonary disease in renal failure which ranges from asymptomatic changes in pulmonary capillary membrane permeability to pulmonary edema and finally to uremic pneumonitis. Pulmonary edema in uremic patient caused considerable difficulties of distinction on plain chest X-ray with other pulmonary lesions.

„Plămânul uremic” este definit ca un sindrom clinicoradiologic polimorf, legat patogenetic de uremie și caracterizat histologic prin exsudare intra- sau/și interalveolară, cu reacție histio-monocitară caracteristică și prin răspuns particular al celulelor alveolare mari. Cazul de edem pulmonar la un pacient uremic creează dificultăți de interpretare a modificărilor radiologice.

Retenția de lichid în uremie determină deseori insuficiența cardiacă congestivă și/sau edemul pulmonar. Dar sunt raportate cazuri de edem pulmonar necardiogen (presiunea în artera pulmonară fiind normală), datorat creșterii permeabilității capilarelor pulmonare și transsudării intraalveolare a lichidului bogat în proteine.

Reacția epiteliului alveolar (injuria pneumocitelor) și exsudatul fibrinoid septal sau intraalveolar sunt considerate elementele histologice caracteristice plămânului uremic, dar nu patognomonice.

Mecanismele implicate în patogenia plămânului uremic sunt multiple: retenția hidrică, hipertensiunea arterială, insuficiența cardiacă, toxemia uremică, hipoxemia, anemia, modificările proteinelor plasmatică, mecanismele imunoalergice, însă nu există dovezi sigure pentru a susține vreunul dintre ele. Este posibil ca principalul mecanism să-l constituie modificările cantitative și calitative ale

surfactantului pulmonar, determinate de tulburările hidro-electrolitice, toxice și metabolice din cursul oricărei insuficiențe renale.

Radiologic, apare o opacitate „în aripi de fluture”, de intensitate subcostală, difuză, cu baza la hil și infrahilar. Clinic există o discrepanță între dispnee, semnele radiologice și examenul obiectiv cu date puțin relevante.

Prezentare de caz

Pacientul L., în vârstă de 27 ani, este internat în SATI a spitalului „Sfântul Arhangel Mihail” în stare inconștientă (comă I). Cartela de ambulator absentă; însoțitorii consemnează administrarea unui tratament în staționarul de nefrologie 1 an în urmă; alte date anamnestice – lipsă.

Obiectiv pacientul cașectic, tegumentele palide, tahipneic (FR 30-35/min), respirație tip Cheyne-Stockes cu halenă amoniacală. Semne de edem pulmonar (spută spumoasă, raluri umede difuz bilaterale); anurie (la cateterizare 100 ml urină); TA 120/60 mmHg, FCC 120/min.

La examenul radiologic al cutiei toracice s-au determinat semne de edem pulmonar: opacitate „în aripi de fluture”.

Biologic: hemoglobina 84 g/l, eritrocite $2,8 \times 10^{12}/l$, leucocite $19,2 \times 10^9/l$, nesegmentate-22%, VSH 31 mm/oră. Datele biochimice confirmă insuficiența renală terminală (ureea 49,1mmol/l; creatinina 1360,7mmol/l). Ultrasonografic nu s-a reușit vizualizarea rinichilor.

La un pacient cu antecedente necunoscute prezența modificărilor caracteristice pentru insuficiența renală avansată impune necesitatea diagnosticului diferențial cu sindroamele reno-pulmonare: granulomatoza Wegener, Goodpasture, leptospiroza, uremia.