

Depistarea AgHBs la numai o persoană (asistentă medicală) sau la 3,4% din cei 29 lucrători ai acestei secții investigați, deasemeni nu reflectă situația reală, dat fiind faptul că la 19 din ei (65,5%) a fost determinat anti-HBc total, ce denotă contractarea virusului HVB în trecut. Prezintă o mare îngrijorare și faptul că practic fiecare al 5-lea lucrător din această secție este pozitiv la anticorpii anti-HCV, în special în cadrul asistentelor medicale. Nivelul înalt de depistare a anticorpilor anti-HBs (75,9%) probabil se datorează parțial (circa 10,4%) și vaccinării contra HVB.

La înaltul nivel de contaminare a pacienților și personalul secției de hemodializă în mare măsură contribuie factorii și condițiile de activitate profesională specifice acestor secții, cum ar fi: frecvențele manipulațiilor parenterale (operații în special) invazive, dificultăți în obținerea sterilizării garantate a aparatului pentru hemodialize, cantități mari de sânge și plasma utilizată pentru tratamentul bolnavilor, contactul frecvent cu sângele în procesul efectuării hemodializei și alte multe manipulații.

### Concluzii și recomandări

1. Pacienții secției de hemodializă pe parcursul tratamentului sunt înalt contaminați cu virusul HVC (81,3%) și virusul HVB (84,8%), din ei 16,3% rămân purtători cronici ai AgHBs. La o mare parte din ei (65%) are loc contaminarea mixtă (HVBĂHVC).
2. Lucrătorii secției de hemodializă pe parcursul activității profesionale deasemeni destul de frecvent se infectează cu virusul HVC (20,7%) și virusul HVB (65,5%).
3. În scopul prevenirii infectării cu virusul HVB se recomandă vaccinarea pacienților și lucrătorilor neimuni contra acestei infecții.
4. Pentru prevenirea infecției cu virusul HVC se recomandă respectarea strictă a măsurilor preventive nespecifice.
5. Se recomandă testarea bolnavilor la debutul tratamentului hemodialitic pentru determinarea ponderei contractării infectării cu virusurile hepatitelor virale B și C până la tratamentul în secție.

## REZULTATELE TRATAMENTULUI PACIENȚILOR CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ ACUTĂ

*D. Visterniceanu, A. Tanase*

*Centrul de Hemodializă și Transplant Renal, Spitalul Clinic Republican,  
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "N. Testemițanu"*

### Summary

*A study was performed in the department of Hemodialysis and Renal Transplant of Republican Clinical Hospital, Chișinău to analyse the ethiopathogenesis, different protocols of treatment and complications in the patients with ARF. The study was performed by extensively analysing the data of 417 patients, 260 males (61,77%) and 157 females (38,23%), who were admitted in the RCH over a period of 21 years (from 1979 to 2002). After the study it was found that the incidence of ARF the most common etiology was found to be polyetiologic shock (16,79%), exogenic intoxication (15,35%) and obstetric and gynecologic complications (12,23%). Mortality rate was found to be 22.2%. Out of 417 patients with ARF, 10 patients progressed to CRF. 307 (73,62%) patients, out of the 417 were treated successfully.*

### Actualitatea

Insuficiența Renală Acută (IRA) este o stare critică, cauzată de pierderea parțială sau totală a funcțiilor renale, ca rezultat al necrozei epitelului renal. Survine aceasta stare cel mai frecvent pe un parenchim sănătos și numai rareori pe o veche nefropatie, cu etiologie multiplă, având drept substrat morfologic în majoritatea cazurilor o nefrită tubulo-interstițială acută. IRA se caracterizează prin scăderea bruscă a filtrației glomerulare, iar clinic prin oligo-anurie. Se apreciază o creștere rapidă a produșilor de retenție azotată (uree, creatinină, acid uric), tulburări ale echilibrului hidro-electrolitic și acido-bazic. Factorii principali declanșatori ai IRA sînt: diminuarea considerabilă a perfuziei renale, factorii endo- și exotoxici, stările de șoc, dereglarea echilibrului acido-bazic și hidro-electrolitic (N. Ursea, 1994). IRA poate persista și în stările critice de insuficiență poliorganică, evoluînd astfel cu mult mai greu (G. Schreiner, 1994).

În conformitate cu datele statistice ale Asociației Europene de Dializă și Transplant (EDTA), incidența IRA pe teritoriul Europei este de 29 pacienți la un milion de populație. Odata cu creșterea

vârstei crește la fel și morbiditatea IRA (E.N. Wardle, 1994). Conform studiilor efectuate de mai mulți autori în diferite perioade de timp și pe diferite loturi de pacienți, structura etiologică a IRA este apreciată în felul următor (Tabela 1):

**Tabela 1**

**Incidența IRA după etiologie (F.Cantarovich, 1998)**

Autorii	Perioada	Nr	Chirurgicale %	Post-traumatice %	Medicale %	Obstetrice %	Dializa %	Letalitatea %
Beamam, 1987	1981-1984	250	47	0	50	3	85	44
Maher, 1989	1985-1988	90	42	0	55	3	100	76
Turney, 1991	1980-1988	398	41	3	55	1	-	51
Kleiknecht, 1990	1980-1986	493	25	3	70	2	55	44
Biesenbach, 1992	1975-1989	710	31	12	57	0	100	56
Stevens & Rainford, 1992	3 ani	1852	53	8	38	1	-	52
Liano, 1993	1985-1988	100	27	0	73	0	46	46
Chertow, 1995	1991-1993	132	64	0	35	1	100	70
Brivet, 1996	1991	360	22	0	78	0	48	58

**Scopul lucrării**

Studierea rezultatelor tratamentului pacienților cu IRA, spitalizați în Centrul de Hemodializă a Spitalului Clinic Republican în perioada anilor 1979 și 2001.

**Materiale și metode**

S-a efectuat un studiu a 417 fișe de observație a pacienților cu IRA. Au fost analizați următorii indici: numărul pacienților internați anual, repartizarea după sex și vârstă, structura etiologică a IRA, letalitatea și structura decedaților, complicațiile înregistrate. Deasemenea au fost analizate durata fazelor IRA, metodele de tratament aplicat.

**Rezultate**

Din 417 pacienți studiați, bărbați - 260 (62,35%) și 157 femei (37,65%). Repartizarea bolnavilor în conformitate cu vârsta este prezentată în Tabela 2.

**Tabela 2**

**Repartizarea pacienților conform vârstei**

< 20 ani	21 - 30 ani	31 - 40 ani	41 - 50 ani	51 - 60 ani	> 60 ani
46 (11,19%)	97(23,08%)	90(21,45%)	92 (21,91%)	56 (13,52%)	40 (9,79%)

Vârsta medie a pacienților a constituit  $35,7 \pm 21,8$  ani, fapt ce confirmă agresivitatea patologiei față de persoanele cu reactivitate mărită (77,63% din bolnavii spitalizați - de la 21 până la 60 de ani). 96 pacienți (22,38%) au fost spitalizați în mod urgent, pe linia AVIASAN. În Tabela 3 sunt prezentați indicii principali ai activității Centrului de Hemodializă (spitalizarea anuală, letalitatea):

**Tabela 3**

**Indicii principali de activitate**

Anii	N pacienți	Letalitatea	
		Nr	%
1979	28	8	28,6
1980	31	5	16,1
1981	27	7	25,9
1982	34	6	17,6

1983	22	8	36,4
1984	28	11	39,3
1985	26	7	26,9
1986	16	5	31,2
1987	20	5	25,0
1988	9	4	44,4
1989	25	9	36,0
1990	17	9	52,0
1991	18	3	16,6
1992	14	3	21,4
1993	15	2	13,3
1994	9	1	11,1
1995	13	1	7,7
1996	10	0	0
1997	10	0	0
1998	12	3	25,0
1999	12	1	8,3
2000	10	2	22,5
2001	11	3	27,3
<b>În total:</b>	<b>417</b>	<b>103</b>	<b>24,7</b>

Conform indicilor prezentați, letalitatea pacienților cu IRA rămâne înaltă și diferă de la an la an. În mediu, în decursul perioadei de studiu letalitatea a constituit 24,7%, variațiile fiind de la 0 pînă la 52%.

În structura etiologică a IRA (tabela 4), cele mai principale au fost șocul de etiologie diversă (16,79%), intoxicațiile exogene (15,35%), patologia obstetrică-ginecologică (12,23%) și diselectrolite-miile (10,79%), care au constituit mai mult de 50% cazuri. În ultimii ani sau majorat cazurile de IRA în urma nefritelor interstițiale (medicamente), a proceselor acute inflamatorii (sepsis, peritonite).

**Tabela 4**

**Structura pacienților în dependență de etiologia IRA**

Etiologia IRA	Nr	%
Șoc de etiologie diversă	70	16,79
Intoxicații exogene	64	15,35
Patologie obstetrică-ginecologică	51	12,23
Diselectrolitemii	45	10,79
Nefrite interstițiale	31	7,43
Sepsis, peritonite	29	6,95
Crush – Sindrom (pozițional)	26	6,24
Pielonefrite acute	22	5,28
Leptospiroză	20	4,80
Hipovolemii	17	4,08
Sindrom hepato-renal	9	2,16
Glomerulonefrita acută	7	1,68
Diverse	26	6,24
<b>În total:</b>	<b>417</b>	<b>100,0</b>

Letalitatea înaltă a pacienților cu IRA se datorează și în prezent complicațiilor survenite, care sunt de cele mai multe ori cauzele de deces. Conform studiului efectuat (tabela 5), cele mai frecvente

complicații înregistrate au fost diverse hepatite și insuficiența hepatică (22%), pneumoniile (21%), hemoragiile (16%), sepsisul (7,8%). Destul de des a fost înregistrat sindromul CID (4,1%), edemul pulmonar (4,1%) și insuficiența cardio-vasculară (2,7%). În total la circa 50% din pacienții tratați cu IRA au fost înregistrate diverse complicații, care au influențat asupra rezultatelor tratamentului specializat.

**Tabela 5**

**Structura complicațiilor înregistrate**

Complicații	Nr.	%
Hepatite, Insuficiență hepatică	49	22
Pneumonii	46	21
Hemoragii	34	16
Sepsis	17	7,8
Edem pulmonar	9	4,1
CID sindrom	9	4,1
Insuficiență cardiovasculară	6	2,7
Pericardită uremică	5	2,3
Pielonefrită acută	5	2,3
Peritonită	4	1,8
Arsura stomacului sau esofagului	4	1,8
Comă uremică	3	1,4
Tromboza arterei pulmonare	3	1,4
Alte complicații	25	11
<b>În total:</b>	<b>219</b>	<b>100,0</b>

Similar structurii etiologice a IRA (tabela 4), cele mai frecvente decesuri au fost cauzate de intoxicațiile exogene, șoc, sepsis, peritonite și patologia obstetrică-ginecologică. Aceste patologii au fost cauza decesului în 75% din toate cazurile înregistrate.

**Tabela 6**

**Structura decedațiilor în conformitate cu etiologia IRA**

In urma intoxicațiilor exogene	30	27,03%
In urma șocului	28	25,23%
Sepsis, Peritonite	16	14,41%
Patologie obstetrică-ginecologică	9	8,11%
Leptospiroza	9	8,11%
Nefrita acută cu evoluție malignă	6	5,41%
Hepatite, sindrom hepato-renal	6	5,41%
Hipokalioclorpenie	3	2,70%
Alte cauze	3	2,7%

Rezultatele studiului privind tabloul clinic de decurgere a IRA a permis de a menționa următoarele: durata fazei de oligoanurie la pacienți a fost de la 0 până la 156 zile, în mediu  $11,6 \pm 13,8$  zile. Faza de poliurie a durat maximum 40 zile, în mediu  $12,36 \pm 7,5$  zile. Cantitatea de urină eliminată în 24 de ore în faza de poliurie de la 3000 până la 13500 ml, valoarea medie 4860 ml/24 ore. Este important faptul, că 16 pacienți (3,84%) au avut clinică IRA fără faza de oligoanurie, iar în 10 cazuri (2,4%) s-a finisat cu necroză corticală totală și trecere în Insuficiență Renală Cronică.

Din 417 cazuri examinate, 100 pacienți (23,98%) au fost tratați conservativ, ceilalți 307 (73,62%) prin metode extracorporale și chirurgicale. În total la pacienții cu IRA au fost aplicate 1245 ședințe hemodialize, 242 ședințe dializă peritoneală și 150 hemosorbții (hemocarbo-perfuzii). O parte din pacienți au fost supuși tratamentului îmbinat. Astfel, cu hemodializă s-au tratat 294 pacienți (70,51%).

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 polietiologic, 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 polietiologic, 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