

INSUFICIENȚA RENALĂ ACUTĂ

Definiție: este o suferință renală gravă, caracterizată prin suprimarea bruscă a funcțiilor renale (excretoare, metabolice, umorale), exprimată clinic prin hiperazotemie, oligurie sau anurie, cu evoluție către coma uremică.

Etiopatogenie: cauzele sunt multiple și localizate prerenal (stări de șoc, insuficiență cardiacă acută, mari deshidratări, supradozaj de catecolamine presoare), renal (necroze tubulare acute, accidente hemolitice, intoxicații acute cu tetraclorură de carbon, pesticide, parathion, sulfamide, fenilbutazonă, salicilați, antibiotice, glomerulonefrite sau pielonefrite acute) și postrenal (litiază biliară, tumori prostatice, tumori stenozante).

Tabloul clinic

Primul stadiu, preanuric(latent) cu durata 3-5 zile, predomină simptomele afecțiunii cauzale, este urmat de faza oligo-anurică (8-10 zile). Semnele clinice în stadiul doi sunt: oboseală, anorexie, vărsături, halenă amoniacală, diaree, respirație Kussmaul sau Cheyne-Stokes, diateză hemoragică, somnolență, convulsii, agitație sau comă. Apoi, ultima fază, faza de reluare a diurezei(se produce după 12-14 zile de anurie), însoțită la început de poliurie(3000-3500 ml/24h).

Explorările paraclinice:

1. Examenul sumar de urină
2. Determinarea ureei, creatininei, acid uric
3. Determinarea sodiu, potasiu, clor, magneziu, calciu.
4. EKG pentru tulburările cardiovasculare

Prognosticul depinde de durata insuficienței renale. Dacă funcția renală se restabilește către a 5-a sau a 6-a zi, bolnavul se vindecă. Dacă funcția renală nu se restabilește rapid, apar tulburările biologice prezentate. Aplicate la timp, metodele moderne de epurare extrarenală permit vindecare definitivă, rinichii recuperându-și în întregime funcțiile.

Tratamentul

Se adresează la început cauzei (șocul hipovolemic, hemoragiile, deshidratările, înlăturarea agenților toxici). În perioada oligo-anurică se combate retenția azotată printr-un regim gluco-lipidic, cu aport redus de apă (500 - 700 ml/zi), cu sare și potasiu în cantitate redusă. În cazurile foarte grave se recurge la hemodializă. Se combate acidoza administrând alcaline sub formă de lactat de sodiu, bicarbonat de sodiu sau citrat de sodiu. Se combate anuria cu perfuzii de Manitol 20%, dar în speical cu Furosemid (2 g/24 de ore, la intervale de 3 ore), pentru forțarea diurezei. Când este cazul, antibiotice cu toxicitate renală redusă (Penicilină,

Ampicilina, Oxacilină, Eritromicină), masă eritromicitară sau sânge integral proaspăt, Plegomazin 25 mg i.m. (combaterea grețurilor și a vărsăturilor), sedative.

INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ

Definiție: este o scădere progresivă a capacității funcționale renale, cu reținerea în organism a substanțelor toxice rezultate din metabolism și cu evoluție către uremie terminală.

Etiologie: insuficiență renală cronică reprezintă etapa finală a bolilor renale bilaterale, în special a glomerulonefritelor cronice, a glomerulonefrozilor și a pielonefritelor cronice, a hipertensiunii arteriale maligne, a obstrucțiilor căilor urinare.

Simptome: în **stadiul compensat**, care poate dura ani de zile, starea generală este relativ bună. Diagnosticul se precizează prin explorarea funcțiilor renale, are arată scăderea capacității de concentrare și reducerea filtrării glomerulare. Pot apărea unele semne clinice ca astenie, cefalee, scăderea poftei de mâncare. Cel mai important semn este poliuria, care se însoțește la început de hipostenurie, iar mai târziu de izostenurie.

În **stadiul de insuficiență renală decompensată**, starea generală se alterează progresiv, apărând numeroase simptome clinice și biologice. Tulburările digestive se accentuează, apărând inapetență, grețuri, vărsături sau diaree. Bolnavul prezintă prurit și o paloare caracteristică (galben-murdar) a tegumentelor și mucoaselor. Apar de asemenea semne nervoase, ca cefalee, amețeli, somnolență sau crize convulsive. Bolnavul este dispneic. Analiza sângelui pune în evidență anemia și unele tulburări hemoragice. Urinile sunt poliurice și palide. Mai târziu apare oliguria terminală. La aceste tulburări se adaugă semnele renale ale afecțiunii cauzale.

Exploarea funcțională a rinichiului arată scăderea totală a capacității de concentrație și diluție, densitatea urinei fixându-se în jurul valorii de 1 010 - 1011 (izostenurie); în pielonefrita cronică pot fi înregistrate valori mai reduse. Apare retenția azotată, interesând ureea, creatinina și acidul uric, ale căror valori cresc în sânge. Tulburările hidroelectrolitice survin târziu, când funcția excretoare e prăbușită. Acidoza este totdeauna prezentă în acest stadiu.

Uremia este stadiul terminal al insuficienței renale cronice. Simptomele pot fi grupate:

- stare generală profund alterată, oboseală fizică și psihică extremă, tegumente palide, prurit, hipotermie, senzație de frig;
- respirator: miros amoniacal al aerului expirat, respirație de tip Kussmaul sau Cheyne-Stokes;
- digestiv: repulsie totală față de alimente, greață și vărsături până la intoleranță gastrică,

hematemeză și, uneori, melenă;

- neurologic: cefalee precoce, continuă și chinuitoare, contracții musculare, somnolență, stări confuzionale, delir, comă;

- retenția azotată, acidoza și tulburările electrolitice completează tabloul clinic.

Evoluția este foarte variabilă, uneori rapidă (în câteva luni), alteori lentă (ani sau decenii). Supravegherea riguroasă, cu menținerea echilibrelor hidroelectrolitic și metabolic, permite o evoluție îndelungată. Complicațiile sunt numeroase, cea mai periculoasă fiind edemul pulmonar sau cerebral, infecțiile etc. În stadiul compensat, prognosticul este relativ bun. În stadiul decompensat, este sumbru.

Tratamentul profilactic vizează evitarea infecțiilor și, dacă acestea au apărut, tratarea lor corectă, depistarea și tratarea în faze incipiente a afecțiunilor renale, în special a celor bilaterale.

Tratamentul curativ: repausul va fi parțial în stadiul compensat (12 - 14 ore pe zi) și total în cel decompensat.

Dieta trebuie să fie normocalorică, moderat hipoproteică, normolipidică și hiperglucidică în faza compensată. În faza decompensată, proteinele vor fi reduse la 20 - 30 g/zi, administrând glucide în exces și mai puțin grăsimi. În acest stadiu se reduce cantitatea de sare la 5 - 6 g/zi sau mai puțin, după caz. Cantitatea de apă permisă este de 1 500 - 2 000 ml în stadiul compensat și de 600 - 700 ml în stadiul decompensat, adăugându-se cantitatea de apă pierdută prin vărsături, diaree și urină.

Tratamentul medicamentos: se combate acidoza administrând alcaline sub formă de lactat de sodiu, bicarbonat de sodiu sau citrat de sodiu; se va avea grijă ca sodiul să nu fie dat în exces. Hipokaliemia se corectează prin aport alimentar (fructe, legume, sucuri) și săruri de potasiu. Anemia implică transfuzii mici (100 - 200 ml sânge). Hipertensiunea arterială și insuficiența cardiacă se tratează ca de obicei. Metodele de epurare extrarenală nu dau rezultate nete (rinichiul artificial este foarte util). Trebuie încercate în faza uremică finală, în care se pot obține unele ameliorări. Transplantul de rinichi pare să dea rezultate bune.

O atenție deosebită trebuie acordată toaletei bolnavilor: igiena gurii (glicerina bora-xată sau apă bicarbonată), prevenirea și tratarea escarelor, igienă generală, deoarece bolnavul pierde uneori urina și fecalele.

Bibliografie:

1. Corneliu Borundel – Manual pentru cadre medii, Editura ALL, București, 1994
2. L.Domnișoru – Compendiu de medicină internă, Editura Științifică, București, 1995

