STRESZCZENIE

Mimo rozwoju medycyny śmiertelność z powodu ostrego uszkodzenia nerek pozostaje na nieakceptowalnie wysokim poziomie. Większość danych dotyczących AKI pochodzi z oddziałów intensywnej terapii i intensywnej opieki kardiologicznej. W dostępnej literaturze niewiele jest prac analizujących profil pacjentów oraz pobyty szpitalne z powodu AKI w oddziałach nefrologicznych, zwłaszcza tych z najwyższym stopniem referencyjności. Celem przeprowadzonego badania było określenie etiologii oraz przebiegu AKI, w tym śmiertelności wewnątrzszpitalnej i związanej z nią czynników ryzyka u chorych hospitalizowanych w referencyjnym oddziale nefrologicznym.

Poddano retrospektywnej analizie dokumentację medyczną wszystkich pacjentów hospitalizowanych w ciągu roku (1 styczeń - 31 grudzień) w I Klinice Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ USK w Białymstoku, w celu identyfikacji chorych spełniających kryteria rozpoznania ostrego uszkodzenia nerek. AKI rozpoznawano w oparciu o definicję KDIGO. W analizie brano pod uwagę dane demograficzne, współchorobowość, przebieg hospitalizacji z uwzględnieniem śmiertelności wewnątrzszpitalnej oraz wyniki badań laboratoryjnych.

Spośród 1255 hospitalizacji wyodrębniono 253 przypadki spełniające kryteria rozpoznania AKI. W znaczącej większości było to pozaszpitalne AKI na tle przednerkowym. Chorzy najczęściej byli przyjmowani do Kliniki w zaawansowanym stadium AKI (3 stopień). Wyjątkową populację stanowili pacjenci po przeszczepieniu nerki, u których najczęściej obserwowano postać nerkową AKI, a choroba była rozpoznawana we wczesnym, 1 stopniu. Ponad połowa hospitalizacji z powodu AKI dotyczyła chorych z wywiadem przewlekłej choroby nerek.

Śmiertelność wewnątrzszpitalna wśród pacjentów z AKI wynosiła 12%. W jednoczynnikowej analizie ryzyko zgonu było wyższe u osób w podeszłym wieku (p=0,002), z przewlekłą niewydolnością serca (p <0,001), z chorobą sercowo-naczyniową (p <0,001), z aktywną chorobą nowotworową (p=0,03), ze wzrastającym stężeniem mocznika (p=0,004), niższym pH (p=0,03), leukocytozą (p=0,02), hipoalbuminemią (p=0,04) oraz wymagających leczenia nerkozastępczego (p=0,02). W analizie wieloczynnikowej niezależnymi czynnikami ryzyka zgonu w trakcie hospitalizacji były: choroba sercowo-naczyniowa oraz aktywny proces nowotworowy, odpowiednio 20-krotnie (95%, CI 3,37-123,75) i 8-krotnie (95%, CI 2,03-

28,72) większe ryzyko zgonu. Również zaawansowany wiek, leukocytoza i hipoalbuminemia wiązały się z większym ryzykiem zgonu.

Po raz pierwszy wykazano, że choroba sercowo-naczyniowa jest głównym czynnikiem ryzyka zgonu u pacjentów z AKI hospitalizowanych w referencyjnym ośrodku nefrologicznym. W świetle uzyskanych wyników konieczne wydają się wzmożona czujność diagnostyczna dotycząca choroby sercowo-naczyniowej w tej populacji oraz działania terapeutyczne mające na celu poprawę rokowania w grupach o zwiększonym ryzyku zgonu w przebiegu ostrego uszkodzenia nerek.