

28η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

16 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1984

ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣΙΘΕΝΟΥΣ 4 - ΠΛΑΤΕΙΑ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Εμπειρία τριών χρόνων συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης

Β. ΒΑΡΓΕΜΕΖΗΣ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Α. Μ. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Ο. ΛΙΑΜΟΣ, Θ. ΤΣΟΜΠΑΝΕΛΛΗΣ, Η. ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ, Κ. ΜΕΤΣΙΚΑ, Χ. Χ΄ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Από το Νοέμβριο του 1981 έως τον Οκτώβριο του 1984, 112 ασθενείς (63 άνδρες) εκπαιδεύθηκαν και εντάχθηκαν σε πρόγραμμα Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρσης. Τα πρώτα 2 1/2 χρόνια η εκπαίδευση των ασθενών γινόταν από τους γιατρούς του τμήματος (1 επιμελητή και 2 βοηθούς) και μόνο το τελευταίο 4μηνο από 1 εκπαιδευόμενη διπλωματούχο αδελφή. Η παρακολούθηση των ασθενών κλινικά και εργαστηριακά γινόταν 1 φορά το μήνα στα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής. Η αντιμετώπιση των μικροπροβλημάτων γινόταν με τηλεφωνική επικοινωνία των ασθενών με τους γιατρούς του τμήματος σ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου.

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 51 χρόνια με διακύμανση από 13 έως 85 χρόνια. 45 ασθενείς (40,2%) ήταν μεταξύ 40 και 60 ετών, 35 ασθενείς (28,6%) ήταν μεγαλύτεροι από 60 ετών και 32 ασθενείς (28,6%) μικρότεροι από 40 ετών. Το πρωτοπαθές νεφρικό νόσημα σε 43 ασθενείς (38,4%) ήταν ΧΣΝ, 21 (18,8%) είχαν διαθητική νεφροπάθεια, 17 (15,2%) Χ.Π.Ν., 10 (8,9%) πολυκυστική νόσο, 6 (5,4%) κακοήγη νεφροσκληρωσία, 5 είχαν νεφροπάθεια αποφρακτικού τύπου, 3 κακοήγη νεοπλασμάτα, 2 αγγειίτιδα, 2 αμυλοείδωση, 1 πρωτοπαθή οξάλωση και 1 πολλαπλό μυέλωμα. 98 από τους 112 ασθενείς (87,5%) εντάχθηκαν στο πρόγραμμα λόγω έλλειψης θέσης στο τμήμα Τεχνητού Νεφρού, ή είχαν ειδικές ενδείξεις για ΣΦΟΠ (π.χ. καρδιαγγειακά προβλήματα) ενώ οι υπόλοιποι 14 (12,5%) μεταφέρθηκαν από το τμήμα τεχνητού νεφρού κυρίως λόγω προβλημάτων με την αρτηριοφλεβική τους επικοινωνία (Fistula).

Ο μέσος όρος παρακολούθησης των ασθενών ήταν $11,5 \pm 7,0$ μήνες με διακύμανση από 1–28 μήνες. Στο χρονικό αυτό διάστημα 91 ασθενείς παρουσίασαν 134 επεισόδια περιτονίτιδας με συχνότητα 1 επεισόδιο/9,6 μήνες ανά ασθενή. 50,8 από τις καλλιέργειες του περιτοναϊκού διαλύματος έδειξαν Gram θετικά μικρόβια, 17,7% Gram αρνητικά, 11,9% μύκητες και 20,1% ήταν αρνητικά. Ο θιοχημικός έλεγχος των ασθενών ήταν σταθερός, με σημαντική αύξηση του αιματοκρίτη εκτός από 6 ασθενείς που χρειαζόνταν μεταγγίσεις. 12 από τους 112 ασθενείς (10,7%) μεταφέρθηκαν σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης με T.N. λόγω υποτροπιάζουσας περιτονίτιδας (6 με μυκητιασική περιτονίτιδα), 4 λόγω κακής λειτουργίας του καθετήρα και 1 από προσωπική επιθυμία. 9 ασθενείς (8,4%) πέθαναν, 3 από έμφραγμα μυοκαρδίου, 4 από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και 2 από σήψη.

Το μεγαλύτερο ποσοστό drop out και θανάτων συνέβη στην μεγαλύτερη των 60 χρόνων ομάδα των ασθενών. Αξίζει να τονισθεί ότι σε σχέση με την πρωτοπαθή νόσο η ομάδα των διαθητικών (21 ασθενείς) ήταν η περισσότερο προβληματική κυρίως λόγω γαστρεντερικών προβλημάτων, αυξημένης συχνότητας περιτονίτιδας και προβλημάτων περιφερικών αγγείων (γάγγραινα, διαλείπουσα χλωρότητα) γεγονός που είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών.

Συμπερασματικά: η ΣΦΟΠ αποτελεί μια εναλλακτική μέθοδο θεραπείας του τελικού σταδίου της ΧΝΑ, αλλά η εμπειρία έδειξε ότι το πρόγραμμα επιβαρύνεται από ασθενείς με αναπηρίες ή υποψήφιους για αναπηρίες, όπως είναι οι διαθητικοί και οι πολύ ηλικιωμένοι.

Το κύμα F του ΗΜΓραφήματος στην εκτίμηση της ουραιμικής πολυνευροπάθειας. Πρώιμες μεταβολές μετά έναρξη περιτοναϊκής κάθαρσης

Σ. ΧΑΡΜΟΥΣΗ – ΠΕΪΟΓΛΟΥ, Α. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Σ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ
Φ. ΝΟΪΤΣΗ, Ι. ΜΥΛΩΝΑΣ

Το πρόβλημα της αντικειμενικής εκτίμησης της ουραιμικής πολυνευροπάθειας και των μεταβολών της σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς παραμένει αμφιλεγόμενο. Στο τμήμα συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης (CAPD) της Α΄ Παθολογικής Κλινικής μελετήθηκε προοπτικά η εξέλιξη της πολυνευροπάθειας σε 8 ασθενείς με τελικό στάδιο ΧΝΑ αμέσως πριν και 10 μέρες μετά την έναρξη CAPD.

Χρησιμοποιήθηκαν νεώτερες παράμετροι του κύματος F (ελάχιστο-μέγιστο χρονοδιασπορά, συχνότητα εμφάνισης, εύρος, επαναληπτικότητα) μαζί με τις κλασσικές μεθόδους (κινητικές-αισθητικές, ταχύτητες αγωγής, προκλητά δυναμικά, λανθάνοντες χρόνοι) σε νεύρα και μύς άνω και κάτω άκρων.

Από την μελέτη των αποτελεσμάτων μας διαπιστώσαμε τις ακόλουθες οξείες μεταβολές:

1. Βελτίωση της περιφερικής ταχύτητας κινητικής αγωγής, σημαντική μόνο στο μέσο νεύρο ($p < 0,01$)
2. Σημαντική βελτίωση του λανθάνοντος χρόνου της κινητικής αγωγής στο μέσο ($p < 0,01$), περονιαίο ($p < 0,02$) και το ωλένιο ($p < 0,05$).
3. Η αισθητική ταχύτητα αγωγής βελτιώθηκε μόνο στο ωλένιο νεύρο.
4. Το ελάχιστο και μέγιστο του F κύματος βελτιώθηκε μερικά στο ωλένιο (6/8), στο μέσο (5/8), στο κνημιαίο (4/8) και στο περονιαίο (3/8).
5. Η συχνότητα εμφάνισης του F κύματος δεν παρουσίασε διαφορές πριν και μετά την CAPD.

Συμπερασματικά, ή μετά την έναρξη της CAPD σημαντική βελτίωση της κλινικής συμπτωματολογίας και των βιοχημικών δεδομένων δεν ακολουθείται πάντα από άμεσα σημαντικές βελτιώσεις των ηλεκτροφυσιολογικών παραμέτρων της υποκείμενης νευροπάθειας. Η παραπέρα παρακολούθηση των πολλαπλών χαρακτηριστικών του F κύματος μαζί με τις κλασσικές μεθόδους φαίνεται ότι συμβάλλει στην πληρέστερη εκτίμηση της ουραιμικής νευροπάθειας.

Χάσμα ωσμωτικότητας πλάσματος σε νεφροπαθείς (N) της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης (Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ) και της αιμοκάθαρσης (ΑΜΚ)

Α. ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Ι. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ
και Δ. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Η διαφορά Μετρημένης – Υπολογισμένης Ωσμωτικής Πίεσης (ΩΠ) Πλάσματος ονομάζεται Χάσμα Ωσμωτικότητας (ΧΩ).

Μελετήσαμε το ΧΩ 6 Φυσιολογικών Ατόμων (ΦΑ), 14N της Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ. (1,5%, 4 αλλαγές 2L/24h), 17N της ΑΜΚ (4h3/ε8δ) στην αρχή της συνεδρίας TN και 2N της Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ. με περιτονίτιδα στην 3η ημέρα αντιμετώπισής τους με «Cycler» (32L/24h). Η επιλογή N έγινε έτσι ώστε να μην υπάρχει σημαντική διαφορά χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων πλάσματος μεταξύ ομάδων Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ και ΑΜΚ.

Η ΩΠ μετρήθηκε με κρυσκοπικό ωσμόμετρο και υπολογίστηκε από τον τύπο: $2(\text{Na} + \text{K}) + 16(\text{ουρία g/L}) + 5,5(\text{σάκχαρο g/L})$.

Το ΧΩ των N της Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ. ($15,2 \pm 1,5$) θρέθηκε σημαντικά μεγαλύτερο από εκείνο των N της ΑΜΚ ($10,2 \pm 1,1$ $P < 0,01$) και των ΦΑ ($9,8 \pm 0,7$ $P < 0,01$), ενώ δεν σημειώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ N της ΑΜΚ, ΦΑ και N της Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ. με αγωγή «Cycler» ($10,1 \pm 1,2$).

Συμπεραίνεται ότι:

1. Η τρισεβδομαδιαία ΑΜΚ διατηρεί ακόμα και μετά 48h από την συνεδρία TN φυσιολογικό ΧΩ.
2. Αποκλείοντας την επίπτωση χοληστερίνης – τριγλυκεριδίων, η αύξηση του ΧΩ στη Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ. πρέπει να αποδοθεί στην μικρότερη κάθαρση μικρομοριακών ουσιών με αυτή τη μέθοδο σε σύγκριση με την ΑΜΚ.
3. Η απαιτούμενη αύξηση του όγκου εναλλαγής για διόρθωση του ΧΩ στη Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ. είναι χωρίς πρακτικό ενδιαφέρον ($> 32\text{L}/24\text{h}$).
4. Η κλινική σημασία του υψηλού ΧΩ της Σ.ΦΟ.ΠΕ.Κ. μένει προς διερεύνηση.

Ψευδής εικόνα περιτονίτιδας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ.)

Α. ΚΑΤΙΡΤΖΟΓΛΟΥ, ΑΙΚ. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΗ, Β. ΚΑΤΣΕΛΑΚΗ, Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ
και Α. ΣΥΜΒΟΥΛΙΔΗΣ

Η περιτονίτιδα παραμένει το βασικό μειονέκτημα της Σ.Φ.Π.Κ. Η ανάγκη άμεσης, ειδικής και έντονης θεραπείας της επιπλοκής αυτής έχει αναγνωριστεί και αφορά ακόμη και τις περιπτώσεις άσηπτης περιτονίτιδας. Ωστόσο, είναι ενδεχόμενο ότι υπάρχουν ορισμένοι ασθενείς που εμφανίζουν ψευδή εικόνα περιτονίτιδας με συνέπεια να υποβάλλονται άσκοπα σε θεραπεία που δεν είναι απαλλαγμένη παρενεργειών.

Είχαμε την ευκαιρία να παρατηρήσουμε 13 επεισόδια ψευδούς περιτονίτιδας σε ασθενείς με Σ.Φ.Π.Κ. Σ' όλες τις περιπτώσεις τα περιτοναϊκά υγρά ήταν θολά, τα κύτταρα κυμαίνονταν από 100 μέχρι 200/κ.κ.χ., υπήρχε κοιλιακός πόνος, χωρίς υψηλή πυρετική κίνηση και οι καλλιέργειες ήταν αρνητικές.

Στα 7 από τα 13 επεισόδια, εφαρμόστηκε αμέσως το καθιερωμένο στη μονάδα θεραπευτικό σχήμα αντιμετώπισης της περιτονίτιδας και οι εκδηλώσεις που έμοιαζαν με περιτονίτιδα υποχώρησαν πολύ ταχύτερα από όσο θα δικαιολογούσε η θεραπεία. Με σκοπό τον αποκλεισμό του ενδεχόμενου της άσηπτης περιτονίτιδας στα υπόλοιπα 6 επεισόδια δεν χορηγήθηκε θεραπεία με αντιβιοτικά και οι εκδηλώσεις υποχώρησαν με την προσθήκη ηπαρίνης μέσα σε δύο μέρες ή λιγότερο από την εμφάνισή τους. Ως πιθανά αίτια της εικόνας αυτής επισημάνθηκαν η αλλαγή των περιτοναϊκών διαλυμάτων από γαλακτικά σε οξείκα ανιόντα (6 περιπτώσεις), η οδική μετακίνηση των ασθενών σε απόσταση μεγαλύτερη από 200 km ή σε θαλάσσια ταξίδια (4 περιπτώσεις) και η υπερβολική κόπωση με ταυτόχρονη έκθεση στον ήλιο (3 περιπτώσεις).

Επίδραση της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης (Σ.Φ.Π.Κ.) στην αναπνευστική λειτουργία

Μ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Π. ΚΟΝΤΕΣΗΣ, Α. ΚΑΤΙΡΤΖΟΓΛΟΥ, Δ. ΣΠΥΡΙΔΑΚΗ
και Α. ΣΥΜΒΟΥΛΙΔΗΣ

Η εφαρμογή της Σ.Φ.Π.Κ. σε ασθενείς με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας επιβάλλει να μελετηθούν οι επιδράσεις της μεθόδου στα διάφορα όργανικά συστήματα.

Οι πιθανές επιπτώσεις της Σ.Φ.Π.Κ. στην αναπνευστική λειτουργία δεν έχουν απόλυτα διευκρινισθεί.

Έτσι σε 17 ασθενείς (11 άνδρες και 6 γυναίκες) ηλικίας 20 έως 76 ετών που υποβάλλονται σε Σ.Φ.Π.Κ. από 3 έως 30 μήνες ($11,6 \pm 7,2$ Σ.Α.) μελετήσαμε την αναπνευστική λειτουργία εφαρμόζοντας τις εξής παραμέτρους: βασική σπειρομέτρηση και διάγραμμα ρου-όγκου, προσδιορισμό του υπολειπομένου όγκου (RV), λειτουργική υπολειπομένη χωρητικότητα (FRC), ολική πνευμονική χωρητικότητα (TLC) και διαχυτική ικανότητα των πνευμόνων (DLCO). Ο έλεγχος των ασθενών έγινε σε τρεις διαφορετικές φάσεις. Καταρχήν σε όρθια θέση με τα περιτοναϊκά διαλύματα εντός της κοιλίας, και σε κατακεκλιμένη θέση με και χωρίς τα περιτοναϊκά διαλύματα στην κοιλία.

Τέσσερεις από τους 17 ασθενείς παρουσίαζαν κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα χρόνιας αποφρακτικής βρογχίτιδας.

Δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σ' όλες τις παραμέτρους και στις διάφορες φάσεις ακόμη και στην ομάδα των ασθενών με χρόνια αποφρακτική βρογχίτιδα.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι η συνεχής παραμονή περιτοναϊκών διαλυμάτων στην περιτοναϊκή κοιλότητα δεν επιβαρύνει την αναπνευστική λειτουργία των ασθενών που υποβάλλονται σε Σ.Φ.Π.Κ.

Από την Β' Παθολογική Κλινική – Τμήμα Τεχνητού Νεφρού
του Γ. Ν. Λάρισας Δ/ντης: Γ. Κυριακόπουλος

Η επίδραση των β-αναστολέων επί του καλίου του ορού των αιμοκαθαιρομένων ασθενών

Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, ΕΛΕΝΗ ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΥ-ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ
ΚΑΙ Ε. ΠΑΤΣΙΔΗΣ

Μελετήθηκε η επίδραση των β-αναστολέων στα επίπεδα του καλίου του ορού δέκα αιμοκαθαιρομένων ασθενών που βρίσκονταν σε σταθερή δίαιτα καλίου. Στην αρχή χορηγήθηκε προπρανολόλη και μετά ατενολόλη για δέκα ημέρες αντιστοίχως. Η προπρανολόλη σε δόση 60 mg ημερησίως προκαλούσε μια σημαντική άνοδο των προ της καθάρσεως επιπέδων του καλίου (από $5,2 \pm 0,1$ σε $6,1 \pm 0,2$ mEq/L, $p < 0,001$). Αντίθετα η ατενολόλη σε δόση 50 mg ημερησίως δεν προκαλούσε καμία διαφορά.

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι θα πρέπει να προτιμάται η χορήγηση των β₁ εκλεκτικών αναστολέων διότι σε μικρές δόσεις δεν μεταβάλουν τα επίπεδα του καλίου.

Από την Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Νοσοκομείο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» Διευθυντής: Καθ. Π. Μεταξάς

Κλινική εμπειρία από την εφαρμογή της αιμοκάθαρσης με διττανθρακικά

Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Σ. ΔΟΥΜΑ, Σ. ΚΑΛΠΑΚΟΓΛΟΥ,
Γ. ΕΥΣΤΡΑΤΙΑΔΗΣ, Κ. ΜΠΑΡΜΠΟΥΤΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Είναι γνωστό ότι ορισμένοι από τους αρρώστους με ΧΝΑ που κάνουν αιμοκάθαρση παρουσιάζουν προβλήματα (ορθοστική υπόταση, ναυτία, έμετοι κλπ).

Το τελευταίο εξάμηνο 8 ασθενείς με ΧΝΑ τελικού σταδίου που υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση (ΧΠΑ) με διάλυμα οξεικού Na (Ο.Δ) εντάχθηκαν σε πρόγραμμα ΧΠΑ με διάλυμα διττανθρακικού Na (Δ.Δ). Τα κριτήρια επιλογής ήταν: Συμπτωματική υπόταση στη διάρκεια της συνεδρίας με ΟΔ, μεγάλη ηλικία, και καρδιακή ανεπάρκεια. Το πρωτόκολλο μελέτης περιλάμβανε 3 μήνες αιμοκάθαρση με ΔΔ και στη συνέχεια για μια μόνο φορά (οξέως) ένταξη σε αιμοκάθαρση με ΟΔ. Στη διάρκεια της μελέτης αξιολογήθηκαν τα υποκειμενικά συμπτώματα και τα αντικειμενικά συμπτώματα των αρρώστων (μέση αρτηριακή πίεση = ΜΑΠ, σφύξεις, ΗΚΓ). Ταυτόχρονα έγινε πλήρης βιοχημικός και αιματολογικός έλεγχος καθώς και μέτρηση των παραγόντων του συμπληρώματος (C_3 , C_4 , C_{1q} , CH_{50} , B) στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και μετά το τέλος της. Τα υποκειμενικά ενοχλήματα υποχώρησαν πλήρως στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης με ΔΔ και εμφανίσθηκαν ξανά με την ίδια ένταση στην εμβόλιμη συνεδρία της αιμοκάθαρσης με ΟΔ. Από τα αντικειμενικά ευρήματα η ΜΑΠ ήταν σημαντικά μικρότερη όταν οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση με ΟΔ ($P < 0,01$) κατά τα τελευταία 60'. Αντίθετα δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβολές των βιοχημικών παραμέτρων και του συμπληρώματος.

Συμπερασματικά η αιμοκάθαρση με ΔΔ αποτελεί εναλλακτική μέθοδο στην θεραπευτική αντιμετώπιση προβλημάτων αρρώστων ιδιαίτερα μεγάλης ηλικίας με προβλήματα συμπτωματικής υπότασης. Συζητούνται οι πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί.

Εκτίμηση της αιμοκάθαρσης με οδηγό την κινητική της ουρίας

Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ, Φ. ΝΑΚΟΥ, Ν. ΝΤΟΜΠΡΟΣ, ΑΧ. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ

Με οδηγό την κινητική της ουρίας, που υπολογίστηκε με την τεχνική της άμεσης ποσοτικής μέτρησης της αιμοκάθαρσης, εκτιμήθηκε η απόδοση της επιτελούμενης θεραπείας σε δώδεκα (12) χρόνια αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς οι οποίοι βρίσκονταν σε σταθερή κατάσταση. Ο ρυθμός πρωτεϊνικού καταβολισμού (PCR), ο ρυθμός παραγωγής της ουρίας (G) και η κάθαρση του χρησιμοποιούμενου φίλτρου (K_t) για κάθε ασθενή υπολογίστηκαν με μαθηματικές εξισώσεις μετά από μέτρηση της συγκέντρωσης της ουρίας στο αίμα, τα ούρα και το υγρό αιμοκάθαρσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για τους περισσότερους ασθενείς η επιτελούμενη θεραπεία ήταν ικανοποιητική. Ωστόσο σε τέσσερις (4) περιπτώσεις, για την καλύτερη απόδοση της θεραπείας, κρίθηκε επιβλημένη η αλλαγή στη διαίτα και τις συνθήκες διενέργειας των συνεδριών.

Συμπεραίνεται ότι ο υπολογισμός της κινητικής της ουρίας με τη τεχνική της άμεσης ποσοτικής μέτρησης της αιμοκάθαρσης αποτελεί ικανοποιητικό οδηγό στην εκτίμηση της απόδοσης της θεραπείας με αιμοκάθαρση.

Η επίδραση της παραθυρεοειδεκτομής στην καρδιακή λειτουργία ασθενών σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση

Α. ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Α. ΚΟΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΜΠΑΡΜΠΟΥΤΗΣ,
Β. ΚΥΑΙΝΤΣΗΣ, Β. ΒΑΡΓΕΜΕΖΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Έχει περιγραφεί η δράση της παραθορμόνης, σαν ουραιμική τοξίνη, στους διάφορους ιστούς και ιδιαίτερα στο μυοκάρδιο. Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η εκτίμηση των μεταβολών της λειτουργικότητας και της μορφολογίας της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) με υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη πριν και 6 μήνες μετά επιτυχή υφολική παραθυρεοειδεκτομή σε 14 ασθενείς με ΧΝΑ και δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό. Όκτώ ήταν άνδρες και 6 γυναίκες, μέσης ηλικίας 45 έτη (διακύμανση 24-60). Οι 12 ήταν σε αιμοκάθαρση με TN και οι 2 σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση. Αποκλείστηκαν ασθενείς με σοβαρά καρδιαγγειακά προβλήματα ή άλλα συστηματικά νοσήματα. Σε 6 ασθενείς διαπιστώθηκε επασθέστωση του μιτροειδικού δακτυλίου και σε 2 της αορτικής βαλβίδας. Μετά την παραθυρεοειδεκτομή παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση της συστολικής και διαστολικής διαμέτρου της ΑΚ (κατά 10%), το πάχος του οπίσθιου τοιχώματος της ΑΚ (κατά 10%), η μάζα και το τελοδιαστολικός όγκος της ΑΚ (κατά 21 και 17% αντίστοιχα), ο όγκος παλμού και ο ΚΛΟΑ (κατά 17 και 21% αντίστοιχα). Από τα αποτελέσματα συμπεραίνεται ότι σε ασθενείς με ΧΝΑ και επίσημο δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό προκαλείται σημαντική ελάττωση της αυξημένης μάζας και του όγκου της αριστερής κοιλίας και βελτίωση της λειτουργικότητας της (ελάττωση του παθολογικά αυξημένου ΚΛΟΑ) μετά από επιτυχή παραθυρεοειδεκτομή.

Από την Νεφρολογική Κλινική του Γεν. Λαϊκού Νοσοκ. Αθηνών

Υπερδιήθηση (ΥΔ) και επανέγχυση ασκίτικου υγρού (ΑΥ) σε νεφροπαθή (Ν) του τεχνητού νεφρού (ΤΝ)

Α. ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ, Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ

Στην διάρκεια συνεδρίας ΤΝ σε Ν με μη κακοήγη ιδιοπαθή ασκίτη επιχειρήσαμε επανέγχυση του ΑΥ (Λεύκωμα 22 gr%) μετά συμπίκνωσή του ΥΔ (Λεύκωμα 55 gr%). Αυτό επιτεύχθηκε προσθέτοντας στο κύριο εξωσωματικό κύκλωμα του ΤΝ ένα παράλληλο κύκλωμα που επέτρεπε «ξηρά κάθαρση» (ΞΚ) του ΑΥ μέσω ενός δεύτερου φίλτρου με υψηλό συντελεστή ΥΔ. Εκτός από κλασσική αιμοκάθαρση και ΥΔ του ΑΥ η συνδεσμολογία Ν-ΤΝ-κυκλώματος ΞΚ επέτρεπε συνεχή έλεγχο του ρυθμού παροχέτευσης της περιτοναϊκής κοιλότητας, όπως και της επανέγχυσης του συμπυκνωμένου ΑΥ (ΣΑΥ) στην αρτηριακή γραμμή του κυκλώματος του ΤΝ. Συνεχής ρύθμιση παροχέτευσης ΑΥ και επανέγχυσης του ανάλογα με τον βαθμό πραγματικής αφυδάτωσης του Ν, επέτρεψε σε τετράωρη συνεδρία παροχέτευση 5,4 L ΑΥ από τα οποία 2,1 L επανεγχύθηκαν σαν ΣΑΥ (συνολική περιεκτικότητα λευκώματος 116 gr) χωρίς να προκληθή σημαντική υπερογκαιμία.

Η μέθοδος επιτρέπει την παροχέτευση ασκίτη Ν χωρίς απώλεια λευκώματος ή επικίνδυνη διαταραχή του ενδαγγειακού όγκου.

Από το Εργαστήριο Πειραματικής Φαρμακολογίας του Α.Π.Θ.
Δ/ντής: Καθηγητής Α.Γ. Παραδέλλης
και από την Α' Παθολογική Προπαιδευτική Κλινική του Α.Π.Θ.
Δ/ντής: Καθηγητής Γ. Τσουρουτούγλου

Μεταβολές της δραστηριότητας της βουτυρυλοχολινεστεράσης του πλάσματος σε χρόνιους ουραιμικούς και σε αιμοκαθαρόμενους ασθενείς

Μ. ΜΥΡΩΝΙΔΟΥ, Μ. ΠΥΡΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΚΑΠΟΥΛΑΣ, Γ. ΤΣΟΥΡΟΥΤΣΟΓΛΟΥ
ΚΑΙ Α.Γ. ΠΑΡΑΔΕΛΗΣ

Στην εργασία αυτή εξετάστηκε η δραστηριότητα της βουτυρυλοχολινεστεράσης (BuChE) του πλάσματος σε 45 άτομα (30 άνδρες και 15 γυναίκες) που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Ο προσδιορισμός της δραστηριότητας του ενζύμου έγινε πριν, αμέσως μετά και 48 ώρες ύστερα από την αιμοκάθαρση.

Βρέθηκε ότι αμέσως ύστερα από το πέρας της αιμοκάθαρσης η δραστηριότητα του ενζύμου ελαττώνεται και επανέρχεται στην πριν από την αιμοκάθαρση δραστηριότητα ύστερα από 48 ώρες. Η ελάττωση της δραστηριότητας της BuChE του πλάσματος που παρατηρείται αμέσως ύστερα από την αιμοκάθαρση αποκτά μεγάλη κλινική σημασία μόνο για τα άτομα εκείνα που έχουν τιμές δραστηριότητας του ενζύμου μικρότερες από 3.000 U.l⁻¹. Αυτές οι περιπτώσεις είναι εκείνες που τα άτομα γενετικά ή εξαιτίας ηπατικής θλάβης ή λήψης φαρμάκων έχουν ελαττωμένη δραστηριότητα της BuChE του πλάσματος.

Οι μέσες τιμές της δραστηριότητας της BuChE του πλάσματος σε χρόνιους ουραιμικούς ασθενείς βρέθηκαν να είναι μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες φυσιολογικών ατόμων, αλλά το εύρημα αυτό δε μπορεί να αξιολογηθεί γιατί ο αριθμός των ασθενών είναι μικρός (20 άτομα).

Η θρόμβωση των νεφρικών φλεβών σε νεφρωσικό σύνδρομο. Αίτιο ή αποτέλεσμα;

Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ, Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ-ΣΙΜΟΓΛΟΥ, Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ και Σ. ΦΑΛΤΣΗΣ

Με την ευκαιρία μιας περίπτωσης θρόμβωσης και των δύο νεφρικών φλεβών επανερχόμεθα επί ενός θέματος που πρόσφατα φάνηκε πως βρήκε τη λύση του. Μέχρι προ μερικών ετών (10ετίας) επιστεύετο ότι η θρόμβωση της νεφρικής φλέβας αποτελεί μία από τις αιτίες του νεφρωσικού συνδρόμου. Την τελευταία πενταετία όμως η άποψη ότι η θρόμβωση της νεφρικής φλέβας αποτελεί επιπλοκή του νεφρωσικού συνδρόμου φαίνεται επικρατέστερη και αναφέρουμε τους λόγους υπέρ της άποψης αυτής.

Στην περίπτωση μας η θρόμβωση και των δύο νεφρικών φλεβών, μας κάνει διστακτικούς για πλήρη αποδοχή της άποψης αυτής. Πιστεύουμε ότι η αμφοτερόπλευρη θρόμβωση των νεφρικών φλεβών αποτέλεσε την αιτία της μαζικής λευκωματουρίας η οποία μάλιστα συνεχίστηκε με την ίδια ένταση, μέχρι και του τελικού σταδίου της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (Χ.Ν.Α.) στο οποίο κατέληξε η άρρωστη.

Νεφρική προσβολή στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο (Σ.Ε.Λ.)

Κ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΔΡΟΣΟΣ, Φ. ΣΟΤΣΙΟΥ, Κ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Χ. Μ. ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ

Από τον Ιανουάριο του 1980 μέχρι και τον Ιούνιο του 1984 διαγνώστηκαν και/ή παρακολουθούνται στο Ρευματολογικό Ιατρείο της Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής 36 ασθενείς (6 άνδρες, 30 γυναίκες) με Σ.Ε.Λ. Η διάγνωση έγινε με τα κριτήρια της Αμερικανικής Ρευματολογικής Εταιρείας (ΑΡΕ) 1982. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $36,8 \pm 17,4$ χρόνια με διάρκεια νόσου $5,6 \pm 5,6$ χρόνια. Με βάση τα κριτήρια της ΑΡΕ, 15 ασθενείς (41,6%) είχαν κλινική νεφρική προσβολή. Δώδεκα από τους ασθενείς αυτούς υποβλήθηκαν σε διαδερμική βιοψία νεφρού καθώς επίσης και 6 από τους 21 ασθενείς χωρίς κλινική νεφρική προσβολή δέχτηκαν την παραπάνω επέμβαση. Τα αποτελέσματα από τις βιοψίες φαίνονται στον πίνακα.

Ασθενείς	Αριθμός ασθενών	Νεφρική ΕΑ/ΜΕΣ	Ιστολογική εικόνα		ΔΥ
			Μ	ΕΥ	
Με ΚΝΠ	12	1	3	1	7
Χωρίς ΚΝΠ	6	5	0	1	0

ΕΑ/ΜΕΣ ελάχιστες αλλοιώσεις/Μεσαγγειακή ΣΝ

/ Μ = Μεμβρανώδης ΣΝ

ΕΥ = Εστιακή υπερπλαστική ΣΝ

ΔΥ = Διάχυτη υπερπλαστική ΣΝ

ΚΝΠ = Κλινική Νεφρική Προσβολή

Συμπερασματικά φαίνεται ότι σε Έλληνες ασθενείς με ΣΕΛ και κλινική νεφρική προσβολή επικρατεί η διάχυτη υπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα, ενώ αντίθετα σ' αυτούς χωρίς κλινική νεφρική προσβολή επικρατούν οι ελάχιστες αλλοιώσεις

Εξέλιξη ιστολογικών αλλοιώσεων ιδιοπαθούς μεμβρανώδους σπειραματοπάθειας υπό ανοσοκατασταλτική αγωγή

Σ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΑΚΗΣ, Φ. ΣΟΤΣΙΟΥ, Ε. ΚΛΑΥΔΙΑΝΟΣ, Ε. ΒΑΜΒΑΣΑΚΗΣ,
Σ. ΒΑΦΕΙΑΔΗΣ

Μελετήθηκαν τα κλινικοεργαστηριακά στοιχεία, σε συσχέτισμό με τις ιστολογικές αλλοιώσεις επτά ασθενών, ηλικίας $50,8 \pm 11$ ετών, οι οποίοι έπασχαν από νεφρωσικό σύνδρομο (Ν.Σ.) χρονολογούμενο από $7,5 \pm 5,6$ μήνες. Το Ν.Σ. είχε σαν αιτία την ιδιοπαθή μεμβρανώδη σπειραματοπάθεια (Ι.Μ.Σ.), για την οποία οι ασθενείς υποβλήθηκαν έκτοτε σε ανοσοκατασταλτική θεραπεία.

Διαπιστώθηκε σημαντική μετά 6 μήνες ($p < 0.05$) και πολύ σημαντική μετά 1 έτος ($p < 0.01$) βελτίωση του Ν.Σ., η οποία διατηρήθηκε και 18 μήνες τουλάχιστο μετά την έναρξη της θεραπείας. Κανείς από τους ασθενείς δεν παρουσίασε νεφρική ανεπάρκεια ή/και αρτηριακή υπέρταση σε όλη τη διάρκεια της παρακολούθησής τους. Αντίθετα, σε έξι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επαναληπτική νεφρική βιοψία μετά από 1 έτος θεραπείας, διαπιστώθηκε μετάπτωση στο επόμενο στάδιο της νόσου, με βάση τα ιστολογικά κριτήρια κατά Churg, (Στάδια I έως IV).

Τα αποτελέσματα συνηγορούν για μια ανεξάρτητη εξέλιξη μεταξύ κλινικοεργαστηριακού Ν.Σ. και ιστολογικών αλλοιώσεων της Ι.Μ.Σ. σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε συνεχή ανοσοκατασταλτική αγωγή.

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια σαν πρώτη εκδήλωση υπερασβεστιαμίας

Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ, Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ – ΣΙΜΟΓΛΟΥ και Σ. ΦΑΛΤΣΗΣ

Μελετήθηκαν δύο άρρωστοι με υπερασβεστιαμία που είχαν σαν πρώτη κλινική εκδήλωση οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Ο.Ν.Α.). Οι άρρωστοι νοσηλεύτηκαν στο Νεφρολογικό Τμήμα του Β' Νοσοκομείου Ι.Κ.Α. Θεσ/νίκης όπου και διαπιστώθηκε από τις πρώτες συνήθειες εξετάσεις σοβαρή υπερασβεστιαμία που ήταν και η αιτία της Ο.Ν.Α.

Η πρώτη περίπτωση που ήταν έκδηλη παρόξυνση χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (κρεατινίνη ορού από 2,2 mg% σε 5,0 mg%) παρατηρήθηκε σε άρρωστο 63 χρονών που μπήκε στην κλινική για πολλούς εμέτους, κεφαλαλγία και διάχυτα οστικά άλγη από θημέρου. Το ασθέσιο του ορού ήταν 18 mg% (αδένωμα παραθυροειδούς). Η νεφρική λειτουργία του αρρώστου επανήλθε στα προηγούμενα επίπεδα (κρεατινίνη: 2,0 mg%) με την πτώση του ασβεστίου του ορού (11 mg%) και αποκαταστάθηκε πλήρως μετά από προστατευτομή.

Η δεύτερη περίπτωση αφορούσε άρρωστο 32 χρονών, με ελεύθερο ιστορικό, που μπήκε στην κλινική για εμέτους, συγχυτική κατάσταση, πνευροδυνία δεξιά από 10ημέρου, με κρεατινίνη ορού 14,4 mg% και ασθέσιο 15,5 mg% (πρωτοπαθές δικτυοσάρκωμα των οστών). Η νεφρική λειτουργία του αρρώστου δεν αποκαταστάθηκε παρά την πτώση του Ca του ορού (10,1 mg%).

Με την ευκαιρία των δύο περιπτώσεων κάναμε ανασκόπηση στη βιβλιογραφία και συζητάμε τον παθογενετικό μηχανισμό, τη διάγνωση και τη θεραπεία της Ο.Ν.Α. από υπερασβεστιαμία.

Χρωμοσωματικός έλεγχος αρρώστων με πολυκυστική νόσο των νεφρών (Π.Κ.Ν.)

Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ, Ι. ΓΕΩΡΓΟΥΛΗΣ, Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ – ΣΙΜΟΓΛΟΥ
και Σ. ΦΑΛΤΣΗΣ

Μελετήθηκαν 10 άρρωστοι, 5 άνδρες και 5 γυναίκες, ηλικίας 22 μέχρι 50 χρόνων (Μ.Ο. 36) με Π.Κ.Ν. Οι άρρωστοι ανήκαν σε τρεις οικογένειες με τέσσερα, τέσσερα και δύο μέλη αντίστοιχα.

Η διάγνωση της νόσου μπηκε κλινικά, ακτινολογικά και υπερηχοτομογραφικά. Η νεφρική λειτουργία ήταν φυσιολογική εκτός από έναν άρρωστο που θριακόταν σε προτελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Σκοπός της μελέτης ήταν η διαπίστωση ύπαρξης ή όχι χρωμοσωματικής ανωμαλίας στους αρρώστους με Π.Κ.Ν.

Τα χρωμοσώματα μελετήθηκαν από καλλιέργειες λεμφοκυττάρων περιφερικού αίματος με την τεχνική G-Banding.

Αποτελέσματα – Συμπεράσματα: Δεν παρατηρήθηκε καμιά αριθμητική, μορφολογική ή δομική χρωμοσωματική ανωμαλία. Σε τέσσερα αδέλφια παρατηρήθηκε μια εκτεταμένη δευτερογενής περίσφιξη στο χρωμόσωμα 9 που αποδόθηκε στην ύπαρξη ετεροχρωματίνης στα μακρά σκέλη του χρωμοσώματος, κοντά στο κεντρομερίδιο.

Η μη ανεύρεση χρωμοσωματικών ανωμαλιών στην Π.Κ.Ν. δεν αποκλείει την ύπαρξη θλάθης σε γονιδιακό επίπεδο.

Η Κυτταρική ανοσία σε «απαντητές» και μη «απαντητές»

Μ. ΔΑΝΙΗΛΙΔΗΣ, Ζ. ΠΟΛΥΜΕΝΙΔΗΣ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ,
Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Φ. ΒΟΡΕΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Η σημασία της ανοσολογικής κατάστασης του λήπτη πριν την νεφρική μεταμόσχευση είναι γνωστή και οι άρρωστοι χωρίζονται σε «απαντητές» και μη «απαντητές» με βάση τον τίτλο των κυτταροτοξικών αντισωμάτων. Η χρησιμοποίηση μεθόδων ελέγχου κυτταρικής ανοσίας σ' αυτόν τον χωρισμό ίσως έχει ιδιαίτερη σημασία.

Γ' αυτό το λόγο μελετήσαμε 12 αρρώστους που υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, τουλάχιστον 2 χρόνια, όσον αφορά την in vitro διέγερση των λεμφοκυττάρων με PHA και συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας με αυτό 12 υγιών εθελοντών.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο ομάδων έδειξε στατιστικά μεγαλύτερη διέγερση στην ομάδα των υγιών ($P < 0,001$). Οι 6 από τους 12 αρρώστους δεν παρουσίασαν κυτταροτοξικά αντισώματα τα τελευταία δύο χρόνια, ενώ οι υπόλοιποι 6 είχαν σταθερά ψηλό τίτλο κυτταροτοξικών αντισωμάτων. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο ομάδων των αρρώστων συζητήθηκε σε σχέση με ξένη ανάλογη βιβλιογραφία.

Η εργασία είναι πρόδρομη και πρόκειται να συνεχιστεί με μεγαλύτερο αριθμό αρρώστων.

Από την Μονάδα Μεταμοσχεύσεων και Χειρουργικής Νεφροπαθών
Γενικό Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών
Δι'ντής: Αμ. Επ. Καθ. Ι. Χωματός

Επεισόδιο ηπατίτιδας σε HBsAg (+) μεταμοσχευμένη

ΕΙΡ. ΒΑΦΕΙΑΔΟΥ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, ΧΑΡ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ και Ι. ΧΩΜΑΤΑΣ

Ασθενής ηλικίας 22 ετών, υποβλήθηκε σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού με δότη τη μητέρα της. Η νεφροπαθής αυτή ασθενής θρυσκόταν για δύο χρόνια σε περιοδική αιμοκάθαρση, κατά την διάρκεια της οποίας διαπιστώθηκε η ύπαρξη θετικού αντιγόνου επιφανείας του ιού ηπατίτιδας Β. Τρεις μήνες μετά την μεταμόσχευση και ενώ η ασθενής λάμβανε ανοσοκατασταλτική αγωγή (Πρεδνιζόνη και αζαθειοπρίνη) παρουσίασε κλινική και εργαστηριακή εικόνα ικτερικής ηπατίτιδας. Η νεφρική λειτουργία της ασθενούς ήταν και παρέμεινε σε φυσιολογικά επίπεδα.

Συζητούνται τα διάφορα-διαγνωστικά προβλήματα, η διαγνωστική προσέλαση, η αντιμετώπιση και η πορεία της ασθενούς.

Από την Μονάδα Μεταμοσχεύσεων και Χειρουργικής Νεφροπαθών
Γενικό Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών
Διευθυντής: Αμ. Επ. Καθ. Ι. Χωματός

Πόσο απαραίτητη είναι η χορήγηση της αζαθειοπρίνης στις νεφρικές μεταμοσχεύσεις;

Ι. ΧΩΜΑΤΑΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, Ν. ΖΕΡΕΦΟΣ, Ι. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ,
Η. ΚΟΥΛΕΤΙΑΝΟΣ, Α. ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ ΚΑΙ ΓΡ. ΣΚΑΛΚΕΑΣ

Παρά τις πρόσφατες εξελίξεις στον τομέα της ανοσοκαταστολής η κορτιζόνη και η αζαθειοπρίνη, εξακολουθούν να αποτελούν βασικά φάρμακα ανοσοκαταστολής στις νεφρικές μεταμοσχεύσεις. Εν τούτοις είναι δυνατόν όπως υποστηρίζεται από μερικούς συγγραφείς σε ειδικές περιπτώσεις να διακοπεί η χορήγησή τους, χωρίς δυσάρεστες επιπτώσεις στη λειτουργία του μοσχεύματος.

Στη μονάδα μας νοσηλεύσαμε 6 ασθενείς στους οποίους διακόπηκε η χορήγηση της αζαθειοπρίνης μετά την μεταμόσχευση και παρέμεινε σαν μόνο φάρμακο ανοσοκαταστολής η κορτιζόνη. Η διακοπή έγινε λόγω ηπατικής δυσπραγίας σε πέντε περιπτώσεις και λόγω ιδιαίτερης ευαισθησίας στο φάρμακο σε μια περίπτωση. Ο χρόνος της διακοπής κυμάνθηκε από 6 μήνες έως 3 χρόνια από την ημέρα της μεταμόσχευσης και δεν παρατηρήθηκε έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας σε καμία περίπτωση. Ανοσολογικός έλεγχος έγινε σε τρεις από τους ασθενείς μας και κρίθηκε ικανοποιητικός με μόνο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο την κορτιζόνη. Οι παρατηρήσεις μας αυτές σε συνδυασμό με τα διεθνή δεδομένα μας αναγκάζουν να διακινδυνεύουμε τη σκέψη ότι πράγματι είναι δυνατή η διακοπή της χορήγησης της αζαθειοπρίνης στις νεφρικές μεταμοσχεύσεις, χωρίς επιπτώσεις στην λειτουργικότητα του μοσχεύματος. Ο καθορισμός όμως του χρόνου και η διάρκεια της διακοπής του φαρμάκου απαιτούν συνεχή ανοσολογικό έλεγχο και περισσότερες κλινικές εμπειρίες για να καθορισθούν.

Από την Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.
Δ/ντής: Καθηγητής Αχ. Τουρκαντώνης

Εφαρμογή των αναστολέων του Ασβεστίου στην Θεραπεία της ιδιοπαθούς υπερτάσεως—μακροχρόνια εμπειρία με την νιτρενδιπίνη

Α. Ν. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ ΚΑΙ Α. ΣΕΤΤΑΣ

Πενήντα ένας ασθενείς με ήπια ή μέτρια ιδιοπαθή υπέρταση, 22 άνδρες και 29 θήλειες μέσης ηλικίας 50 χρόνων και με όρια 28–65, μελετήθηκαν επί χρονικό διάστημα 13 περίπου μηνών υπό χορήγηση ενός νέου αναστολέα του ασβεστίου της νιτρενδιπίνης. 44 από τους ασθενείς έφθασαν στο τέλος της μελέτης και 38 από αυτούς (74,6%) παρουσίασαν «φυσιολογική» πίεση (διαστολική πίεση ≤ 90). Η μέση συστολική πίεση ελαττώθηκε από $196,0 \pm 12,9$ mm Hg ($\bar{x} \pm SD$) κατά την περίοδο placebo στο $171,2 \pm 9,5$ mm Hg μετά 12μηνιαία θεραπεία (ελάττωση 12,6%, $P < 0,001$). Η διαστολική πίεση όταν αντίστοιχα $109,0 \pm 5,2$ mm Hg και $88,5 \pm 3,6$ mm Hg (ελάττωση 18,8%, $P < 0,001$). Ο καρδιακός ρυθμός επίσης ελαττώθηκε σημαντικά ($P < 0,001$) μετά την 5η εβδομάδα. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές του βάρους και των ηλεκτρολυτών κατά το τέλος της περιόδου παρακολούθησης. Ανεπιθύμητες ενέργειες παρουσιάστηκαν σε 17 ασθενείς, πέντε από τους οποίους αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν την δοκιμασία. Στους υπόλοιπους οι παρενέργειες ήταν κεφαλαλγία, ερυθρότης προσώπου, ζάλη και σπανιότερα οίδημα σφυρών και προκνημιαίο οίδημα. Σε 12 από τους ασθενείς προσδιορίστηκαν η δραστικότητα ρενίνης (PRA) και η αλδοστερόνη πλάσματος κατά την περίοδο placebo. Η ελάττωση της συστολικής πίεσης συσχετίστηκε αρνητικά με την προ της θεραπείας PRA ($r = -0,33$ $P > 0,05$). Επίσης βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της ελάττωσης της συστολικής πίεσης την 5η εβδομάδα και της ηλικίας των ασθενών. ($r = 0,34$, $P < 0,05$).

Συμπεραίνεται ότι η νιτρενδιπίνη είναι ένα ικανοποιητικό και ασφαλές αντιυπερτασικό φάρμακο. Ασθενείς προχωρημένης ηλικίας και χαμηλής δραστικότητας ρενίνης, παρουσιάζουν μια ταχύτερη και καλλίτερη ανταπόκριση στην αγωγή.

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
Από την Α' Παθολογική Προπαιδευτική Κλινική
Δ/ντής: Καθηγητής Γ. Τσουρουτσόγλου
και Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας
Δ/ντής: Καθηγητής Α. Τρακατέλλης

Η μέτρηση του ενζύμου μετατροπής της αγγειοτενσίνης (ACE) και η σχέση του με τη θεραπεία της υπέρτασης

Μ. ΠΥΡΠΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΚΑΡΑΜΟΥΖΗΣ, Σ. ΚΑΠΟΥΛΑΣ
Β. ΔΕΡΒΕΝΙΩΤΗΣ ΚΑΙ Γ. ΤΣΟΥΡΟΥΤΣΟΓΛΟΥ

Μετρήσαμε τη δράση του ενζύμου μετατροπής της αγγειοτενσίνης (ACE) στον ορό του αίματος 15 φυσιολογικών ατόμων και 35 βαριά υπερτασικών (διαστολική πίεση ≥ 120 mm Hg), από τους οποίους 30 ήταν χωρίς αντιυπερτασική θεραπεία και οι 5 έπαιρναν καπτοπρίλη.

Τα αποτελέσματα ήταν τα ακόλουθα:

- Φυσιολογικά άτομα: $32 \pm 6,64$ U/min/l (20–42)
- Υπερτασικοί χωρίς θεραπεία: $51 \pm 31,2$ U/min/l (13–120)
- Υπερτασικοί με καπτοπρίλη: $56 \pm 27,08$ min/l (34–88)

Η μέτρηση της δράσης του ACE ήταν πολύτιμη, αφενός για να αντιμετωπίσουμε ορισμένες περιπτώσεις υπέρτασης με φάρμακα που ανταγωνίζονται τη δράση του (καπτοπρίλη κλπ.), και αφετέρου να καθορίσουμε τη δοσολογία των φαρμάκων αυτών. Κι αυτό γιατί τα φάρμακα αυτά, που ασκούν μεν έντονη αντιυπερτασική δράση, αλλά παρουσιάζουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες που σε μεγάλο βαθμό εξαρτώνται από τη δοσολογία τους, πρέπει να χορηγούνται προσεκτικά.

Βαρεία ορθοστατική υπόταση οφειλομένη σε σύνδρομο BARTTER

Α. Ν. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Β. ΠΙΤΣΑΡΙΩΤΗΣ, Χ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ, Χ. ΓΚΑΤΖΗΣ,
Δ. ΓΡΕΚΑΣ ΚΑΙ Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ

Περιγράφεται περίπτωση μιας γυναίκας 43 ετών, που αιφνίδια και χωρίς εμφανείς αιτιολογικούς παράγοντες, παρουσίασε σοβαρό ορθοστατικό σύνδρομο με ζάλη, αδυναμία, λιποθυμικές προσβολές και ορθοστατική πίεση πολύ χαμηλή ή απροσδιόριστη. Η παραπάνω συμπτωματολογία δεν οφειλόταν σε πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή δυσσαυτονομία. Η ασθενής παρουσίαζε μεταβολική αλκάλωση με σταθερά χαμηλό κάλιο ορού (2,4-3,0 mEq/L) ενώ η απώλεια καλίου και νατρίου στα ούρα ήταν δυσανάλογα υψηλή. Η δραστικότητα ρενίνης πλάσματος (PRA) και η αλδοστερόνη ήταν σαφώς πάνω από τα φυσιολογικά όρια. Έγχυση αγγειοτενσίνης II δεν προκάλεσε άνοδο της αρτηριακής πίεσεως ενώ η χορήγηση ενδομεθακίνης επανέφερε στο φυσιολογικό τις διαταραχές των ηλεκτρολυτών και του άξονα ρενίνης - αλδοστερόνης χωρίς να βελτιώσει την ορθοστατική υπόταση. Προσπάθεια αύξησεως του εξκυττάριου χώρου με χορήγηση διαίτας πλούσιας σε νάτριο και 0,1 mg 9α-φθοριοϋδροκορτιζόνης βελτίωσε της ηλεκτρολυτικές και ορμονικές διαταραχές, αύξησε την ανταπόκριση της αρτηριακής πίεσεως στην έγχυση αγγειοτενσίνης II και εξάλειψε το ορθοστατικό σύνδρομο υποκειμενικό και αντικειμενικό. Ο όγκος του πλάσματος βρέθηκε κατά την φάση χαμηλής χορήγησης νατρίου 32,5 ml/Kgr και κατά την υψηλή χορήγηση νατρίου 38,3 ml/Kgr με φυσιολογικές τιμές της μεθόδου 45 ± 5 ml/Kgr. Η βιοψία νεφρού έδειξε κενοτοπιώδη εκφύλιση των ουροφόρων σωληναρίων και υπερπλασία της παραπειραματικής συσκευής.

Συμπεραίνεται ότι πρόκειται για περίπτωση συνδρόμου Bartter που προκάλεσε σοβαρή συρρίκνωση του εξκυττάριου χώρου με αποτέλεσμα βαρεία ορθοστατική υπόταση.