

- 16.20: Μικρολευκματοουρία σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (μη νουλινοξερρώμενο).
Π. Κοντέσης, Ν. Συμβουλίδου, Α. Κοφίνης, Β. Καραμάνος.
(Β' Παθολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών και Νεφρολογικό Τμήμα Ιπποκράτειου Γ.Ν. Αθηνών).
- 16.30: Πολυκυστική νόσος των νεφρών σε ενήλικες (επιδημιολογική μελέτη στην Κύπρο).
Α. Νουσκά και Α. Πιερίδης.
(Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Λευκωσίας).
- 16.40-16.55: ΣΥΖΗΤΗΣΗ
16.55-17.00: ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

VI: ΣΥΝΕΔΡΙΑ: ΚΛ. ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ

Πρόεδρος: Ν. Παπαδόδημας

- 17.00: Σημερινές δυνατότητες στην αντιμετώπιση της νεφρολιθίασης.
Κ. Δημόπουλος.
(Ουρολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών)
- 17.05: 950 περιπτώσεις εξωοματικής λιθωρίας.
Α. Καραγιάννης, Α. Κωστόπουλος, Ε. Καραγιώτης και Δ. Δελακάς.
(Ουρολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών)
- 17.10: 50 περιπτώσεις δερματικής λιθωρίας.
Φ. Σαφράς, Ι. Καστριώτης, Δ. Μπουγάς και Δ. Ματζουράτος.
(Ουρολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών)
- 17.20: Εφεδρική νεφρική λειτουργία στην νεφρική ανεπάρκεια.
Γ. Βαγιωνάς, Κ. Μαυροματιδής, Α. Παπαϊωάννου - Τζελέπογλου, Ε. Μπεζάζη - Παπακωνσταντίνου, Σ. Φαλατής.
(Νεφρολογικό Τμήμα - Παθολογική Κλινικής Β' Νοσοκ. ΙΚΑ Θεσ/νίκης).
- 17.30-17.40: ΣΥΖΗΤΗΣΗ
17.40-17.45: ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

VII: ΣΥΝΕΔΡΙΑ: ΔΙΑΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Πρόεδρος: Ν. Ντόμπρος

- 17.45: Θανατηφόρος οξεία παγκρεατίτις σε ασθενείς υποβαλλόμενους σε ΣΦΔΚ.
Δ. Μουτζούρης, Μ. Σιακωτός, Γ. Παπαδάκης, Τ. Κακαβούλης, Ν. Νικολοπούλου, Μ. Τσιμναδή, Δ. Γαλάνης, Γ. Πατρίης, Α. Μπίλλης.
(Νεφρολογική Κλινική Θεραπευτηρίου «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»).

- 17.55: Αντιμετώπιση με ΔΚ της οξείας φαρμακευτικής δηλητηρίασης με Λίθο, Αλοπεριδίνη και Χλωροπρομαζίνη σε άσπιο με σχιζοσυναισθηματική ψύχωση.
Κ. Βιρβιδάκης, Γ. Σιδεράς, Χ. Κουρούσης, Ε. Παπαδάκης.
(Μ.Τ.Ν. Νοσοκομείο Χανίων).
- 18.05: Υπολογιστική τομογραφία στη διάγνωση της διαρροής περιτοναϊκού υγρού στον υποδόριο ιστό.
Ν. Καλλιβερέτακης, Α. Καρπιτζόγλου, Ι. Κακάβας, Ν. Ζερεφός, Θ. Μουντοκαλάκης.
(Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών).
- 18.15: Οξεία περιτοναϊκή διάλυση - Εμπειρία 20 χρόνων.
Γ. Τσουρουκτσόγλου, Μ. Πυρπασόπουλος, Μ. Σιών, Δ. Τσακίρης, Σ. Καπούλας, Δ. Δερβενιώτης, Σ. Αγακίδης, Ν. Τοπαλίδης, Π. Βολονάκης και Αικ. Παπαγιάννη.
(Α' Πρακτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.)
- 18.25-18.35: ΣΥΖΗΤΗΣΗ
18.35-19.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 19.00: Διάλεξη στη μνήμη Δημ. Βολλή από τον Dr. Giancarlo Viberti με θέμα: «Diabetic Nephropathy, Prediction and Prevention»
Πρόεδρος: Β. Χατζηκωνσταντίνου.

ΣΑΒΒΑΤΟ 29-11-1986

3ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ

Συντονιστής: Α. Δημητριάδης

- 9.00: Α' ΜΕΡΟΣ: Η ΔΙΑΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ
Α. Δημητριάδης: Εισαγωγικά στοιχεία
Α. Καρπιτζόγλου: Το περιτόναιο: Η ζωντανή μεμβράνη στην διαπεριτοναϊκή κάθαρση (Δ.Κ.)
Α. Αγραφιώτης: Οι Μέθοδοι εφαρμογής της Δ.Κ.
Βάγια Κοντού: Η προετοιμασία του αρρώστου και η νοσηλευτική φροντίδα στην εφαρμογή της οξείας Δ.Κ.
- 10.30-11.00: ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 11.00: Β' ΜΕΡΟΣ: ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΟΡΗΤΗ ΔΙΑΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ - (ΣΦΔΚ)
Α. Δημητριάδης: Η ΣΦΔΚ στην αντιμετώπιση της ουραιμικού αρρώστου.
Β. Βαργεμέζης: Οι τεχνικές εφαρμογές της ΣΦΔΚ.
Μαγ. Καστενίδου: Η νοσηλευτική φροντίδα του νεφροπαθούς πριν και μετά την τοποθέτηση του μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα.
Π. Ζηρογιάννης: Επιπλοκές της ΣΦΔΚ.
Μάρθα Μουστάκα: Εκπαίδευση, παρακολούθηση και επανεκπαίδευση αρρώστων σε ΣΦΔΚ.
Ν. Ντόμπρος: Πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα, και προοπτικές της ΣΦΔΚ.



32^η

ΚΟΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΜΕ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 27-28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1986
ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

3ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1986

Ιη ΣΥΝΕΔΡΙΑ: ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Πρόεδρος: Γ. Βαγιωνάς

- 16.00:** Προδιορισμός της επανακυκλοφορίας του αίματος των αιμοδιλυζόμενων αρρώστων.
Γ. Κυριακόπουλος, Ι. Φαδέλα, Κ. Κοντογιάννη - Λιτοάκη, Χρ. Πλιάκας και Β. Ζαρκηνός
(Τμήμα Τεχνητού Νεφρού - Γ.Ν. Λαρίσης)
- 16.10:** Λανθάνουσα Καρδιακή ανεπάρκεια σε ουραιμικούς ασθενείς σε Χ.Π.Α.
Χ. Ραϊδης, Μ. Παπαδημητρίου, Σ. Γιουτίκας, Β. Κιλίτζης και Π. Μεταξάς
(Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.)
- 16.20:** Προσωρινή αγγειακή προσέλιση με υποκλειθίο καθετήρα για αιμοκάθαρση
Ν. Νικολοπούλου, Μ. Σιακωτός, Μ. Haddad, Γ. Παπαδάκης, Ι. Κακαβάς, Α. Δρούζας, Α. Μπίλλης
(Νεφρ. Κλινική Θεραπευτηρίου «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»)
- 16.30:** Επίδραση της συγκεντρώσεως του ψευδαργύρου στο υγρό της αιμοκάθαρσης, στα επίπεδα ψευδαργύρου στο πλάσμα και στις τρίχες.
Γ. Σιδεράς, Κ. Βιρβιδάκης, Ε. Παπαδάκης, Σ. Βουδικλάρη, Κ. Μαραβέλλας, Α. Πούλος, Θ. Μουντοκαλάκης και Α. Κουτσαελίνης
(Μ.Τ.Ν. Νοσοκομείο Χανίων, Μ.Τ.Ν. Ιπποκράτειο Γεν. Νοσοκ. Αθηνών και Εργαστήριο Τοξικολογίας Παν/μίου Αθηνών).
- 16.40:** Παράγοντες που καθορίζουν το κόστος της αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα.
Γ. Σακελλαρίου, Β. Κιλίτζης, Π. Κουκμίσση, Κ. Δερμετζοπούλου, Μ. Παπαδημητρίου.
(Β' Προπαιδευτική Παθολ. Κλινική Α.Π.Θ.)
- 16.50-17.10: ΣΥΖΗΤΗΣΗ**
17.10-17.15: ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

ΙΙη ΣΥΝΕΔΡΙΑ: ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Πρόεδρος: Γ. Παπαδάκης

- 17.15:** Επίδραση της Μεταβολής της θερμοκρασίας (Τ°) στην έκλυση ανοφιλατολίνης κατά την αιμοκάθαρση (in vitro μελέτη).
Α. Αγραφιώτης, Ε. Δάφνης, Δ. Σταματιάδης, Ι. Μητρούσκα.
(Νεφρολογική Κλινική Γ. Λαϊκού Νοσοκ. Αθηνών).
- 17.25:** Σύγκριση της ισχύος της επηρεαζομένης δερμοαντιδράσεως στο DNCB Ελλήνων και Βρετανών αιμοκαθαρομένων ασθενών.
Α. Διαμαντόπουλος, Π. Θεοδωρόπουλος, Ε. Χήναρη, Γ. Τριανταφύλλου.
(Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Κ.Ν. Πατρών)
- 17.35:** Συγκριτική Αξιολόγηση της κλασσικής αιμοκάθαρσης και της αιμοδιήθησης σε προβληματικούς ασθενείς.
Γ. Σακελλαρίου, Ε. Αλεξόπουλος, Χ. Χατζηδημητρίου, Β. Κιλίτζης, Π. Κονημίσση, Μ. Παπαδημητρίου.
(Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.)

17.45: Μελέτη Νεκροτομικών ευρημάτων από 38 ουραιμικούς που υποβάλλονταν σε Χ.Π.Α.
Γ. Διγενής, Ν. Καλλιβρετάκης, Π. Κοντέσης, Ι. Κακαβάς, Ν. Ζερεφός.
(Loyola Univ. Hospital, Veterans Administr. Hospital, και Νεφρ. Τμήμα Ιπποκρατείου Γ.Ν.Α.)

17.55-18.10: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

18.10-18.30: ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

- 18.30:** Προσφώνηση του Προέδρου της ΕΛ. ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ προς τον Καθ. Δ. Λαζαρίδη.
- 18.35:** Προσφώνηση του Προέδρου της ΕΛ. ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ προς τον Καθ. Δ. Λαζαρίδη.
- 18.40:** Απονομή τμηματικής διάκρισης στον Καθ. Δ. Λαζαρίδη.
- 18.45:** Διάλεξη του Καθ. Δ. Λαζαρίδη με τίτλο: «Προοπτικές μεταμοσχεύσεως οργάνων και ιστών» Πρόεδρος: Καθ. Α. Τουρκαντώνης

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 28-11-1986

ΙΙΙη ΣΥΝΕΔΡΙΑ: ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Πρόεδρος: Μ. Σιακωτός

- 9.00:** Αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν την επιβίωση του μοσχεύματος.
Γ. Σακελλαρίου, Ε. Αλεξόπουλος, Μ. Δανηλίδης, Σ. Πολυμενίδης, Χ. Χατζηδημητρίου, Β. Κιλίτζης, Μ. Παπαδημητρίου.
(Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.)
- 9.10:** Νεφρική μεταμόσχευση και κωκλοσπρίνη.
Σ. Καπούλας, Μ. Καραμούζης, Β. Δερβενιώτης, Αικ. Παπαγιάννη, Μ. Πυρπασόπουλος.
(Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας Α.Π.Θ.)
- 9.20:** Συγκριτική μελέτη δύο περιόδων Νεφρικών Μεταμοσχεύσεων στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
Π. Σπανός, Β. Φίστας, Μ. Πυρπασόπουλος, Δ. Γρέκας, Ζ. Γιαννόπουλος, Στ. Καπούλας, Γ. Μουγιούκας, Ι. Μάρος, Μ. Τούμπουρας, Α. Τουρκαντώνης, Δ. Λαζαρίδης.
(Α' Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ.)
- 9.30:** Η εφαρμογή μεθόδων μικροαγγειακής χειρουργικής στη Νεφρική Μεταμόσχευση.
Π. Σπανός, Γ. Μπουγιούκας, Μ. Τούμπουρας.
(Καρδιοχειρουργική Κλινική Α.Π.Θ. Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ).

9.40-9.55: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

9.55-10.00: ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

ΙVη ΣΥΝΕΔΡΙΑ: ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Πρόεδρος: Α. Κωστάκης

- 10.00:** Παραγωγή Κυτταροτοξικών αντισωμάτων και ομάδες αίματος ABO σε ασθενείς υποψηφίους για νεφρική μεταμόσχευση.
Μ. Δανηλίδης, Γ. Σακελλαρίου, Ζ. Πολυμενίδης, Ε. Ψωμογερίδου, Π. Μοργγάρη, Β. Ποστουρματζή.
(Τμήμα Ανοσολογ. και Ιστοσυμβατότητας Ιπποκρατείου Γ.ΝΘ και Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.)
- 10.10:** Νεφρική μεταμόσχευση από συγγενείς δότες ηλικίας 66-75 χρονών.
Δ. Γρέκας, Π. Αληβάνης, Σ. Βασιλείου, Ζ. Γιαννόπουλος, Π. Σπανός, Β. Φίστας, Δ. Λαζαρίδης, Α. Τουρκαντώνης.
(Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.)
- 10.20:** Δημοσκόπηση δεγμάτων πληθυσμού της θεοήλικης σχετικά με το πρόβλημα της εξεύρεσης δότη οργάνων για μεταμόσχευση.
Μ. Παπαδημητρίου, Α. Παπαδόλη, Α. Μπουμπάρα, Ε. Παπακόστα - Βαρλάμη, Γ. Σακελλαρίου και Π. Μεταξάς.
(Β' Προπ. Παθολ. Κλινική Α.Π.Θ. σε συνεργασία με την Ένωση Δωρητών Οργάνων Σώματος Ανθρώπου).

10.30-10.40: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

10.40-11.00: ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

- 11.00: ΣΥΜΠΟΣΙΟ: ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ (Δ.Ν.)**
Πρόεδρος: Καθ. Α. Τουρκαντώνης
Εισηγητές: Δ. Γρέκας: Παράγοντες που επηρεάζουν την Πρόγνωση της Δ.Ν.
Σύτσιοι: Ιστοπαθολογία της Δ.Ν.
Ν. Παπαγαλάνης: Διαβήτης και Υπέρταση
Σ. Βαφειάδης: Αιμοκάθαρση επί Διαβητικών
Ν. Ντόμπρος: Χ.Φ.Δ.Κ. επί Διαβητικών
Π. Σπανός: Μεταμόσχευση επί Διαβητικών
- 14.30: ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΕΝΕ - Ανακοίνωση της απόφασης επιτροπής Υποτροφίας ΕΝΕ για το έτος 1986-1987 και απονομή ειδικού απόβλου δραστηριότητας σε αρχηγική Μ.Τ.Ν.**

V: ΣΥΝΕΔΡΙΑ: ΚΛ. ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ

Πρόεδρος: Ν. Παπαγαλάνης

- 16.00:** Χαρήγηση ενδοαρτηρίας σαν μονοθεραπεία στην ιδιοπαθή υπέρταση.
Ν. Παπαγαλάνης, Ν. Αφεντάκης, Γ. Κωστογιάννη - Παπαγαλάνη, Γ. Τσουφάκης, Κ. Χριστοδουλίδου, Α. Καραμπάτσος, Ε. Καραμπελλιά, Α. Καραγιάννης, Γ. Μουστάκας, Κ. Σκανδάλης, Α. Μπλέτα και Ν. Παπαδογιαννάκης.
(Νεφρολογική Κλινική Γ.Ν.Α.)
- 16.10:** Επίδραση αντιεπιπρεσσικών φαρμάκων στα λιπίδια του ορού.
Γ. Βαγιωνάς, Κ. Μαυροματίδης, Κ. Δημητρόπουλος.
(Παθολογική Κλινική - Νεφρολογικό Τμήμα - Β' Νοσοκ. Θεσσαλονίκης).

ΠΡΑΚΤΙΚΑ

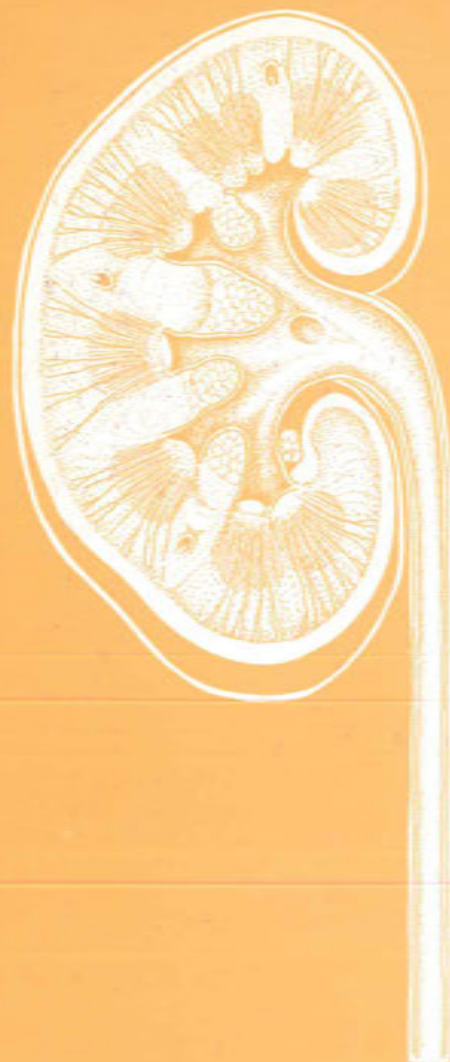
ΚΟΙΝΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΙΑΣ

ΜΕ ΤΗΝ

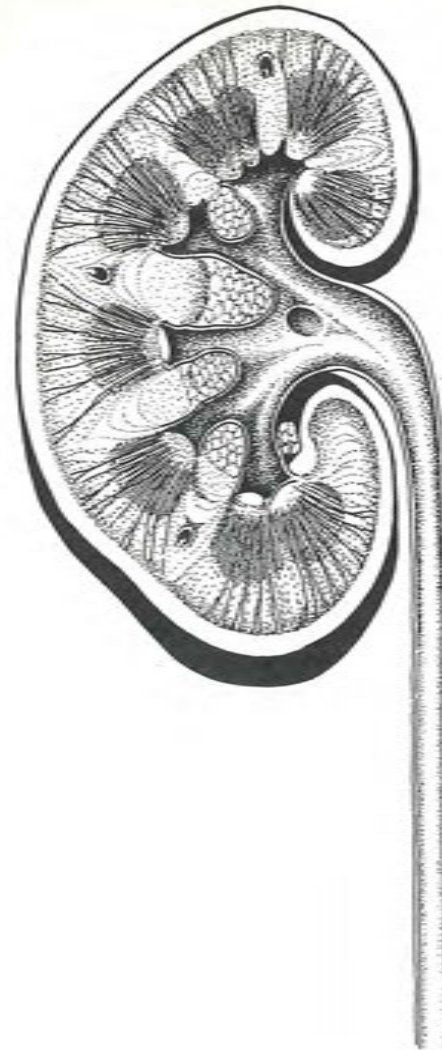
ΕΤΑΙΡΙΑ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
27-28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1986
ΑΙΘΟΥΣΑ
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ





ΠΡΑΚΤΙΚΑ

ΚΟΙΝΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΙΑΣ

ΜΕ ΤΗΝ

ΕΤΑΙΡΙΑ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ
27-28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1986
ΑΙΘΟΥΣΑ:
ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ





**ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΙΑ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 27-28 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1986
ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

	Σελ.
Ο ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΔΙΥΛΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. ΕΝΑΣ ΧΡΗΣΙΜΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ Γ. Κυριακόπουλος, Ι. Φαρδέλας, Κ. Κοντογιάννη-Λιτσάκου, Χρ. Πλιακά και Β. Ζαρκηνός	13
ΛΑΘΑΝΟΥΣΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ Χ. Ραϊδης, Μ. Παπαδημητρίου, Σ. Γιουτίκας, Β. Κιλιντζης και Π. Μεταξάς	14
ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΜΕ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ Νικολοπούλου Ν., Σιακωτός Μ., Haddad Μ., Παπαδάκης Γ., Κακάβας Ι., Δρούζας Α., Μπίλλης Α.....	15
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΥ (Zn) ΣΤΟ ΥΓΡΟ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΕΩΣ (ΥΑΚ) ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ Zn ΣΤΟ ΠΛΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΤΡΙΧΕΣ Γ. Σιδεράς, Κ. Βιρβιδάκης, Ε. Παπαδάκης, Σ. Βουδικλάρη, Κ. Μαραβέλιας, Α. Πούλος, Θ. Μουντοκαλάκης και Α. Κουτσελίνης	16
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Γ. Σακελλαρίου, Β. Κιλιντζης, Π. Κουκμίσση, Κ. Δερμετζοπούλου, Μ. Παπαδημητρίου	17
ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ (Τ*) ΣΤΗΝ ΕΚΛΥΣΗ ΑΝΑΦΥΛΑΤΟΞΙΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΜΚ) Α. Αγραφιώτης, Ε. Δάφνης, Δ. Σταματιάδης, Ι. Μητρούσκα	18
ΣΥΓΚΡΙΣΙΣ ΤΗΣ ΙΣΧΥΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΔΥΝΟΜΕΝΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΣ ΣΤΟ DNCB ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΒΡΕΤΤΑΝΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ Διαμαντόπουλος Α., Θεοδωρόπουλος Π., Χήναρη Ε. και Τριανταφύλλου Γ.....	19
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΑΣΣΙΚΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΗΘΗΣΗΣ ΣΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ Γ. Σακελλαρίου, Ε. Αλεξόπουλος, Χ. Χατζηδημητρίου, Β. Κιλιντζης, Π. Κουκμίσση, Μ. Παπαδημητρίου	21
ΜΕΛΕΤΗ ΝΕΚΡΟΤΟΜΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ 28 ΟΥΡΑΙΜΙΚΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ Διγενής Γ.Ε., Καλλιβρετάκης Ν., Κοντέσης Π., Κακαβάς Ι. και Ζερέφος Ν.....	23

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
ΤΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ**

Γ. Σακελλαρίου, Ε. Αλεξόπουλος, Μ. Δανηλίδης, Ζ. Πολυμενίδης,
Χ. Χατζηδημητρίου, Β. Κιλίντζης, Μ. Παπαδημητρίου 25

ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ

Σ. Καπούλας, Μ. Καραμούζης, Β. Δερβενιώτης, Αικ. Παπαγιάννη,
Μ. Πυρπασόπουλος 26

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΟΔΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ
ΣΤΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ**

Π.Κ. Σπανός, Β. Φίστας, Μ. Πυρπασόπουλος, Δ. Γρέκας, Ζ. Γιαννόπουλος,
Στ. Καπούλας, Γ. Μπουγιούκας, Ι. Μώρος, Μ. Τούμπουρας, Α. Τουρκαντώνης και
Δ.Π. Λαζαρίδης 27

**Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΣΤΗΝ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ**

Π.Κ. Σπανός, Γ. Μπουγιούκας και Μ. Τούμπουρας 28

**ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΥΤΤΑΡΟΤΟΞΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ
ΑΒΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ ΓΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ**

Μ. Δανηλίδης, Γ. Σακελλαρίου, Ζ. Πολυμενίδης, Ε. Ψωμογερίδου,
Π. Μοργόρη, Β. Ποστουρματζή 29

**ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΠΟ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΔΟΤΕΣ
ΗΛΙΚΙΑΣ 66-75 ΧΡΟΝΩΝ**

Δ. Γρέκας, Π. Αληβάνης, Σ. Βασιλείου, Ζ. Γιαννόπουλος, Π. Σπανός,
Β. Φίστας, Δ. Λαζαρίδης, Α. Τουρκαντώνης 30

**ΔΗΜΟΣΚΟΠΗΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΕΞΕΥΡΕΣΗΣ ΔΟΤΗ ΟΡΓΑΝΩΝ
ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ**

Μ. Παπαδημητρίου, Α. Παπαδούλης, Α. Μπουμπάρα, Ε. Παπακώστα-Βαρλάμη,
Γ. Σακελλαρίου και Π. Μεταξάς 31

**ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΝΑΛΑΠΡΙΝΗΣ ΣΑΝ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ
ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Ν. Παπαγαλάνης, Ν. Αφεντάκης, Γ. Κωστογιάννη-Παπαγαλάνη, Γ. Τσουφάκης,
Κ. Χριστοδουλίδου, Α. Καραμπάτσος, Ε. Καραμπελιά, Α. Καραγιάννης,
Γ. Μουστάκας, Κ. Σκανδάλης, Α. Μπλέτα και Ν. Παπαδογιαννάκης 33

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΤΑ ΛΙΠΙΔΙΑ ΤΟΥ ΟΡΓΟΥ

Γ. Βαγιωνάς, Κ. Μαυροματίδης, Κ. Δημητρακόπουλος 34

**ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ II
(ΜΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΣ)**

Π. Κοντέσης, Ντ. Συμβουλίδου, Α. Κοφίνης και Β. Καραμάνος 36

**ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΝΕΦΡΩΝ (Π.Ν.Ν.) ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ.
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**

Δρ. Άννα Νουσκά και Δρ. Άλκη Πιερίδη 38

ΕΦΕΔΡΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Γ. Βαγιωνάς, Κ. Μαυροματίδης, Α. Παπαϊωάννου-Τζελεπόγλου,
Ε. Μπεζάζη-Παπακωνσταντίνου, Σ. Φαλτσής 39

**ΘΑΝΑΤΟΦΟΡΟΣ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥΣ
ΣΕ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ)**

Δ. Μουτζούρης, Μ. Σιακωτός, Γ. Παπαδάκης, Τ. Κακαβούλης,
Ν. Νικολοπούλου, Μ. Τιμναδή, Δ. Γαλάνης, Γ. Πατρής, Α.Γ. Μπίλλης 40

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΔΙΑΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**ΟΞΕΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ ΜΕ ΛΙΘΙΟ, ΑΛΟΠΕΡΙΔΙΝΗ,
ΚΑΙ ΧΛΩΡΟΠΡΟΜΑΖΙΝΗ ΣΕ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ**

Βιρβιδάκης Κ., Σιδεράς Γ., Κουρούσης Χ., Παπαδάκης Ε. 41

**Η ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΡΡΟΗΣ
ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΣΤΟΝ ΥΠΟΔΟΡΙΟ ΙΣΤΟ**

Ν. Καλλιβρετάκης, Α. Καπιρτζόγλου, Ι. Κακάβας, Ν. Ζερεφός και
Θ. Μουντοκαλάκης 42

ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΔΙΥΛΙΣΗ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ 20 ΧΡΟΝΩΝ

Γ. Τσουρουτσόγλου, Μ. Πυρπασόπουλος, Μ. Σιών, Δ. Τσακίρης,
Σ. Καπούλας, Δ. Δερβενιώτης, Σ. Αγακίδης, Ν. Τοπαλίδης,
Π. Βολονάκης και Αικ. Παπαγιάννη 43

ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ ΚΑΙ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

**Ο ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΔΙΥΛΙΖΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.
ΕΝΑΣ ΧΡΗΣΙΜΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ**

Από τους
Γ. Κυριακόπουλο, Ι. Φαρδέλα, Κ. Κοντογιάννη - Λιτσάκου,
Χρ. Πλιακά και Β. Ζαρκηνό

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε 29 αιμοδιυλιζόμενους ασθενείς μας εκτιμήθηκε η επανακυκλοφορία του αίματος στις παρακεντήσεις των αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών. Η επανακυκλοφορία (E) προσδιορίζεται από τον τύπο:

$$E \% = \frac{\Pi - A}{\Pi - \Phi} \times 100,$$

όπου Π είναι η συγκέντρωση της ουσίας (ουρίας ή κρεατινίνης) στο περιφερικό αίμα, A είναι η συγκέντρωση της ουσίας στο αίμα της αρτηριακής γραμμής και Φ είναι η συγκέντρωση της ουσίας στο αίμα της φλεβικής γραμμής.

Η μέση τιμή της επανακυκλοφορίας των ασθενών μας είναι 8.5%. Αναλυτικά σε 20 ασθενείς η επανακυκλοφορία ήταν μικρότερη του 10%, σε 6 ασθενείς μεταξύ του 10% και 20% και σε τρεις ασθενείς η επανακυκλοφορία ήταν άνω του 20%. Στις δύο από τις τρεις τελευταίες περιπτώσεις η επανακυκλοφορία διορθώθηκε, σε επίπεδα κάτω του 10%, με την αλλαγή στην τοποθέτηση των βελονών. Η μεγάλη επανακυκλοφορία ήταν η αιτία της ανεπαρκούς διύλισης των. Συμπερασματικά οι κλινικοί παράγοντες που προδικάζουν υψηλού βαθμού επανακυκλοφορία είναι:

- α) η χρησιμοποίηση από τις αδελφές ελαστικών επιδέσμων (tourniquet) για να επιτύχουν επαρκή παροχή αίματος,
- β) η κακή τοποθέτηση των βελονών και
- γ) η διενέργεια αιμοδιύλισης με σύστημα μονής βελόνης.

Τέλος δεν υπήρχε διαφορά στη φλεβική πίεση των ασθενών που είχαν μικρή ή μεγάλη επανακυκλοφορία.

ΛΑΝΘΑΝΟΥΣΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
ΣΕ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Χ. Ραϊδης, Μ. Παπαδημητρίου, Σ. Γιουτίκας, Β. Κιλίντζης και Π. Μεταξάς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι γνωστό ότι ως πρώτη αιτία θανάτου στους χρόνιους ουραιμικούς ασθενείς παραμένουν τα καρδιαγγειακά αίτια. Για να ελεγχθούν οι παράγοντες που επιβαρύνουν την καρδιαγγειακή λειτουργικότητα στους ουραιμικούς ασθενείς σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση (ΧΠΑ) μελετήθηκαν 31 σταθεροποιημένοι και ασυμπτωματικοί άρρωστοι με Ηχοκαρδιογραφία M-MODE και σύγχρονη καταγραφή φωνο- και καρωτιδογραφήματος. Τα ευρήματα συγκρίθηκαν με εκείνα 13 φυσιολογικών μαρτύρων.

Διαχωρίστηκαν 2 ομάδες (N) ασθενών. Η N₁ (n=12) με παθολογικό ποσοστό βράχυνσης της μικρής διαμέτρου της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) ($\Delta D < 30\%$) και η N₂ (n=19) με φυσιολογικό $\Delta D > (30\%)$. Οι ασθενείς της N₁ είχαν πιά αυξημένη μάζα (M) της ΑΚ (M N₁= 248 ± 14gr, M N₂= 238 ± 17gr, p < 0,05), χαμηλότερο καρδιακό δείκτη (ΚΔ N₁= 4063 ± 396ml/min. M², ΚΔ N₂= 5088 ± 427 ml/min. M², p < 0,05) και υψηλότερες περιφερικές αντιστάσεις (ΠΑ N₁= 2458 ± 470 dynes, ΠΑ N₂= 1981 ± 168 dynes, p < 0,05). Ο χρόνος ισομετρικής διαστολής (IRT) ήταν παρατεταμένος στην N₁ (IRT N₁= 75 ± 4 msec, IRT N₂= 68 ± 3 msec, p < 0,005).

Από τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται ότι οι ασθενείς της N₁ εμφάνιζαν σημεία παθολογικής συσταλτικότητας και διατασιμότητας της ΑΚ. Σύγκριση της ηλικίας (Η), του χρόνου στο πρόγραμμα ΧΠΑ (Τ) και της βιοχημικής ρύθμισης των τελευταίων 2 ετών έδειξε ότι οι ασθενείς της N₁ ήταν πιά ηλικιωμένοι (Η N₁= 47 ± 2,9 έτη, Η N₂= 39 ± 2,1 έτη, p < 0,05), είχαν μεγαλύτερο Τ (Τ N₁= 63,2 ± 2,5 μήνες, Τ N₂= 34,5 ± 1,3 μήνες p < 0,05) και εμφάνιζαν περισσότερη αναιμία και υψηλότερες τιμές ουρίας και Κ⁺ στον ορό (Hb N₁= 6,6 ± 0,4 N₂= 7,7 ± 0,3 gr/100ml, p < 0,005, ΟΥΡΙΑ N₁= 200 ± 5, N₂= 183 ± 3mg/100ml, p < 0,005 και Κ⁺ N₁= 5,8 ± 0,1, N₂= 5,3 ± 0,1 mEq/L, p < 0,05).

Συμπεραίνεται ότι η προσαρμογή του καρδιαγγειακού συστήματος των ουραιμικών ασθενών σε χρόνια αιμοκάθαρση με φίλτρα κουπροφάνης εξαρτάται από την ηλικία, το χρονικό διάστημα στο πρόγραμμα ΧΠΑ και την βιοχημική ρύθμιση του αρρώστου.

ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ
ΜΕ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΓΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Νικολοπούλου Ν., Σιακωτός Μ., Haddad Μ., Παπαδάκης Γ.,
Κακάβας Ι., Δρούζας Α., Μπίλλης Α.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από τον Ιανουάριο 1985 μέχρι τον Οκτώβριο 1986 υποβλήθηκαν σε αιμοκάθαρση με υποκλειδίο καθετήρα 76 ασθενείς, ηλικίας 16-82 ετών, με οξεία (22) ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (52) ή φαρμακευτική δηλητηρίαση (2). Η εισαγωγή του καθετήρα (που ήταν ακτινοσκοπικός και από σιλκόνη) γινόταν με παρακέντηση της υποκλειδίου, η δε αιμοκάθαρση με μονή βελόνη και χρονοδιακόπητη. Η διάρκεια παραμονής του καθετήρα κυμάνθηκε από 2 μέχρι 45 μέρες, ο δε αριθμός των συνεδρίων (που ανήλθε συνολικά σε 500) από 1 έως 20 ανά ασθενή.

Δεν υπήρξαν άμεσες επιπλοκές. Σε 5 ασθενείς (6,3%) παρατηρήθηκε υψηλός πυρετός και μικροβιαμία (στους 3 κατά το πρώτο τρίμηνο της μελέτης) που υποχώρησε με την αφαίρεση του καθετήρα και τη χορήγηση αντιβιοτικών και σε 1 ασθενή θρόμβωση του καθετήρα.

Πιστεύουμε ότι η τοποθέτηση υποκλειδίου καθετήρα αποτελεί μια γρήγορη, εύχρηστη και σε έμπειρα χέρια ακίνδυνη μέθοδο αγγειακής προσπέλασης για αιμοκάθαρση, που δεν καταστρέφει τα περιφερικά αγγεία και επιτρέπει γρήγορη κινητοποίηση των ασθενών. Η κυριώτερη επιπλοκή της είναι η μικροβιαμία, αλλά η συχνότητά της μπορεί να μειωθεί δραστικά με την αυστηρή τήρηση των κανόνων ασηψίας.

ΜΟΝΑΔΕΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ
ΝΟΣΟΚ. ΧΑΝΙΩΝ &
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚ. ΑΘΗΝΩΝ &
ΕΡΓ. ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΩΣ ΤΟΥ ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΥ
(Zn) ΣΤΟ ΥΓΡΟ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΕΩΣ (ΥΑΚ)
ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ Zn ΣΤΟ ΠΛΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΤΡΙΧΕΣ

Γ. Σιδεράς, Κ. Βιρβιδάκης, Ε. Παπαδάκης, Σ. Βουδικλάρη,
Κ. Μαραβέλιας, Λ. Πούλος, Θ. Μουντοκαλάκης και Α. Κουτσελίνη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με σκοπό την εκτίμηση της επιδράσεως της συγκεντρώσεως του Zn στο ΥΑΚ στην ένδεια Zn της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ) προσδιορίστηκε ο Zn του πλάσματος και των τριχών σε 29 ασθενείς σε χρόνια αιμοκάθαρση (ΧΑΚ) που προήρχοντο από δύο διαφορετικές μονάδες. Στη μονάδα Α υπήρχε σύστημα επεξεργασίας του νερού από 5ετίας, ενώ στη μονάδα Β για την παρασκευή του ΥΑΚ χρησιμοποιείτο το νερό της βρύσης με περιεκτικότητα σε Zn 400-500 µg/l. Οι ασθενείς της μονάδας Α ήταν 14 (10 άνδρες και 4 γυναίκες μέσης (\pm SEM) ηλικίας $44,0 \pm 3,6$ ετών) και είχαν υποβληθεί σε ΧΑΚ επί $34,11 \pm 9,12$ μήνες.

Οι ασθενείς της μονάδας Β ήταν 15 (7 άνδρες και 8 γυναίκες ηλικίας $55,9 \pm 3,0$ ετών) και είχαν υποβληθεί σε ΧΑΚ επί $45,0 \pm 8,13$ μήνες (από τους οποίους οι $23,67 \pm 6,82$ (3-90 μήνες) στο κέντρο Β.) Ο Zn πλάσματος στους ασθενείς της μονάδας Α ($84,54 \pm 4,24$ µg/dl) ήταν σημαντικά ($p < 0,001$) υψηλότερος από όσο στους ασθενείς της μονάδας Β ($55,79 \pm 6,11$ µg/dl). Ο Zn των τριχών δεν διέφερε σημαντικά ανάμεσα στις δύο μονάδες (Α= $198,79 \pm 16,07$ µg/g και Β= $164,40 \pm 11,86$ µg/g).

Η υψηλότερη τιμή Zn πλάσματος στους ασθενείς της μονάδας Α μπορεί να αποδοθεί στις υψηλότερες τιμές λευκωματίνης ορού.

Πράγματι, υπήρχε σημαντική ($r=0,690$, $p < 0,01$) θετική συσχέτιση μεταξύ λευκωματίνης και Zn πλάσματος στο σύνολο των ασθενών. Συμπερασματικά ο Zn του ΥΑΚ δεν φαίνεται να επηρεάζει την υποψευδαργυραιμία της ΧΝΑ.

Β' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Α.Π.Θ.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ
ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Γ. Σακελλαρίου, Β. Κιλίντζης, Π. Κουκμίσση, Κ. Δερμετζοπούλου,
Μ. Παπαδημητρίου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια η ραγδαία τεχνολογική ανάπτυξη και οι νέες μέθοδοι θεραπείας του ουραιμικού ασθενή αύξησαν σημαντικά το κόστος της ενδοοσοκομειακής αιμοκάθαρσης. Επειδή είναι γνωστό ότι ο γιατρός δεν αρκεί μόνο να θεραπεύει αλλά απαιτείται να γνωρίζει και το κόστος της θεραπείας συγκρινόμενο πάντα με τα αποτελέσματα, θεωρήσαμε σκόπιμη την πραγματοποίηση αυτής της οικονομικής μελέτης με σκοπό τον καθορισμό του σημερινού κόστους της αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα. Βάση για τη μελέτη αυτή αποτέλεσαν οι 80 ασθενείς της μονάδας ΤΝ της Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής. Για τον υπολογισμό του κόστους μελετήθηκαν οι εξής παράγοντες:

- 1) Τεχνολογικός εξοπλισμός,
- 2) Βασικά υλικά που χρησιμοποιούνται για κάθε αιμοκάθαρση,
- 3) Αμοιβές νοσηλευτικού, ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού,
- 4) Φάρμακα και
- 5) Παρακλινικές εξετάσεις.

Αποτελέσματα: Οι 80 ασθενείς ετησίως συνολικά υποβλήθηκαν σε 12480 συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Από αυτούς 64 ασθενείς (80%) υποβλήθηκαν σε 9.984 συνεδρίες κλασσικής αιμοκάθαρσης, 8 ασθενείς (10%) σε 1248 συνεδρίες αιμοκάθαρσης με διττανθρακικά και 8 ασθενείς (10%) σε 1248 συνεδρίες με αιμοδιαδιήθηση.

Σε ετήσια βάση το κόστος ήταν της τάξης των 153.218.208 δραχμών. Από το ποσό αυτό το 46,4% αντιπροσωπεύει την αξία αγοράς φίλτρων και αρτηριοφλεβικών γραμμών, το 17,6% αμοιβές προσωπικού, το 14,8% αναλώσιμο υλικό, το 9,46% παρακλινικές εξετάσεις, το 6,7% έξοδα συντήρησης μηχανημάτων και απόσβεσης κεφαλαίου και το υπόλοιπο 5,64% φάρμακα, κατανάλωση νερού κ.α.

Συζητώνται οι παράγοντες που διαμορφώνουν το κόστος αναλυτικά, τα πλεονεκτήματα κάθε είδους αιμοκάθαρσης και οι τρόποι μείωσης του κόστους.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ
(T°) ΣΤΗΝ ΕΚΛΥΣΗ ΑΝΑΦΥΛΑΤΟΞΙΝΗΣ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΜΚ)

Α. Αγραφιώτης, Ε. Δάφνης, Δ. Σταματιάδης, Ι. Μητρούσκα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην ΑΜΚ, έχει βρεθεί αυξημένη διέγερση της εναλλακτικής οδού ενεργοποίησης του συμπληρώματος (C) με αποτέλεσμα απελευθέρωση αναφυλατοξίνης (C_{3a} - C_{5a}).

Η ενεργοποίηση του C είναι γνωστό ότι περιορίζεται με την ελάττωση της T°.

Μελετήσαμε in vitro την σχέση T° και επιπέδου αναφυλατοξίνης παρουσία μεμβρανών ΑΜΚ διαφορετικού τύπου.

Πλάσμα υγιών ατόμων επώασθη για 15' παρουσία μεμβράνης Cuprophane (Cu), Cellulose Acetate (CA) και Polyacrylonitrile (AN-69) σε θερμοκρασία 37, 32 και 30°C.

Η στάθμη των C_{3a} και C_{5a} προσδιορίσθηκε με RIA (Urhojn).

Η απελευθέρωση αναφυλατοξίνης και για τους 3 τύπους μεμβράνης παρουσίασε στατιστικά (p < 0.01) σημαντική μείωση με την ελάττωση της T°.

Για την μελέτη του φαινομένου σε συνθήκες ΑΜΚ, έγινε κάθαρση με TN πλάσματος υγιών ατόμων χρησιμοποιώντας φίλτρα μεμβράνης Cu, CA και AN-69 σε T° φίλτρου 27° και 37°C. Η απελευθέρωση αναφυλατοξίνης στα 15' ήταν στατιστικά (p < 0.01) μικρότερη στους 27°C. Συμπεραίνεται ότι, ανεξάρτητα από τον τύπο της μεμβράνης ΑΜΚ, η διεγερσιμότητα της εναλλακτικής οδού ενεργοποίησης του C μπορεί να μειωθεί με ελάττωση της T° του φίλτρου.

ΣΥΓΚΡΙΣΙΣ ΤΗΣ ΙΣΧΥΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΟΜΕΝΗΣ
ΔΕΡΜΑΤΟΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΣ ΣΤΟ DNCB ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ
ΒΡΕΤΤΑΝΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Διαμαντόπουλος Α., Θεοδωρόπουλος Π., Χήναρη Ε. και
Τριανταφύλλου Γ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι γνωστό ότι η κυτταρική ανοσία (Κ.Α.) είναι κατεσταλμένη σε αιμοκαθαρομένους ασθενείς (Α.Α.). Μια ακαλή μέθοδος του ελέγχου της καταστολής της Κ.Α. είναι η επιβραδυνόμενη δερματοαντίδρασις με Διιπτροχλωροβενζένιο (DNCB).

Στην παρούσα εργασία ελέγχθησαν με την ανωτέρω μέθοδο 71 Α.Α. εξ ων 40 αιμοκαθαίροντο σε ιδιωτική κλινική των Πατρών (ΟΜΑΔΑ Α), 31 στο Γ.Κ.Ν. Πατρών (ΟΜΑΔΑ Β).

Σαν μάρτυρες εχρησιμοποιήθησαν αφ' ενός μία ομάδα 16 υγιών ατόμων (ΟΜΑΔΑ Γ) και μία άλλη ομάδα 52 Βρεττανών Α.Α. (ΟΜΑΔΑ Δ).

Η ισχύς της θερμοαντιδράσεως εμετρήθει βάσει μιας υποκειμενικής κλίμακας από 0 έως 15.

Τα αποτελέσματά μας φαίνονται στον επόμενο πίνακα:

ΟΜΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΙΣΧΥΣ ΔΕΡΜΟΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΣ
A αρ.	25	5,68
A θήλ.	15	4,26
B αρ.	19	3,57
B θήλ.	12	2,50
Γ αρ.	7	9,2
Γ θήλ.	9	8,3
Δ αρ.	32	1,8
Δ θήλ.	20	0,15

Συμπεραίνεται ότι:

- A)** Υπήρξε στατιστικός σημαντική καταστολή της Δερμοαντιδράσεως σε όλες τις ομάδες των Α.Α., εν συγκρίσει με τους υγιείς μάρτυρες.
- B)** Η ισχύς της δερμοαντιδράσεως ήταν ισχυρότερη στους Έλληνες απ' ότι στους Βρεττανούς Α.Α.
- Γ)** Σε όλες τις ομάδες των Α.Α. οι άρρενες είχαν ισχυρότερη δερμοαντίδραση από τους θήλεις.
- Δ)** Η Κ.Α. ήταν ανεξάρτητη του χρόνου ενάρξεως Α.Κ.
- Ε)** Το σημαντικότερο εύρημα ήταν ότι οι μισοί περίπου Έλληνες Α.Α. έφθασαν την αιχμή της ανοσοβιολογικής δερμοαντιδράσεως την 6η ημέρα από την επαφή με το αντιγόνο (DNCS) ενώ οι Βρεττανοί Α.Α. την 2η ημέρα. Η σπουδαιότητα του ευρήματος αυτού, συζητάται.

**Β' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ.**

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΓΗ ΤΗΣ ΚΛΑΣΣΙΚΗΣ
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΗΘΗΣΗΣ
ΣΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**Γ. Σακελλαρίου, Ε. Αλεξόπουλος, Χ. Χατζηδημητρίου, Β. Κιλίντζης,
Π. Κουκμίαση, Μ. Παπαδημητρίου**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια η έρευνα και τεχνολογία στον τομέα της αιμοκάθαρσης προσέφερε νέες μεθόδους με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ουραιμικών ασθενών και την αντιμετώπιση των μειονεκτημάτων της κλασσικής αιμοκάθαρσης (ΚΑ). Μία απ' αυτές τις μεθόδους είναι η αιμοδιαδιήθηση (Α) δηλαδή ο συνδυασμός ΚΑ και αιμοδιήθησης (ΑΔ).

Σκοπός της εργασίας ήταν η σύγκριση της ΚΑ και της Α σε προβληματικούς ασθενείς και ιδιαίτερα σε ασθενείς με μεγάλη αστάθεια του καρδιαγγειακού συστήματος. Γι' αυτό το σκοπό επιλέγησαν 13 ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία με ΚΑ για χρονικό διάστημα > 3 χρόνια και παρουσίαζαν τόσο στη διάρκεια όσο και στο τέλος της αιμοκάθαρσης ιδιαίτερα προβλήματα όπως συμπτωματική υπόταση, δύσπνοια, ναυτία εμέτους μυϊκές συνολκές μη ρυθμιζόμενη αρτηριακή υπέρταση κ.ά.

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 52,5 χρόνια (διακύμανση από 41-69 χρόνια). Οι ασθενείς μελετήθηκαν επί 3 μήνες στη ΚΑ και 3 μήνες στην Α. Η συχνότητα και η διάρκεια τόσο της ΚΑ όσο και της Α ήταν ίδια δηλαδή 12 ώρες την εβδομάδα. Ο μέσος όγκος υγρών που αφαιρούνταν/συνεδρία ήταν 10,5L (8-13L). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε πλήρη αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο/μήνα και έλεγχο σε κάθε συνεδρία.

Η στατιστική αξιολόγηση έγινε με το t-test για ζεύγη. Στο βιοχημικό και αιματολογικό έλεγχο δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στις 2 μεθόδους με εξαίρεση το φωσφόρο που ήταν σημαντικά χαμηλότερος ($p < 0.05$ με τη μέθοδο της Α. Αντίθετα όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν σαφή βελτίωση των κλινικών εκδηλώσεων με την αιμοδιαδιήθηση. Ανά συνεδρία TN η συμπτωματική υπόταση μειώθηκε κατά 86%, η ναυτία-έμετοι κατά 80%, η κεφαλαλγία κατά 90% και οι μυϊκές συνολκές κατά 82%. Επίσης σημειώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της συστολικής και διαστολικής πίεσης ($p < 0.001$) με αποτέλεσμα 8/13 ασθενείς να μην έχουν ανάγκη αντιυπερτασικής θεραπείας. Τέλος, ενώ στην ΚΑ οι 13 ασθενείς είχαν μέσο όρο ενδονοσοκομειακής νοσηλείας/έτος 10 μέρες με την αιμοδιαδιήθηση μειώθηκε σε 1,46 μέρες/έτος.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι η αιμοδιαδιήθηση αποτελεί μέθοδο εκλογής στην αντιμετώπιση της συμπτωματικής υπότασης και της μη ελεγχόμενης αρτηριακής υπέρτασης ιδιαίτερα σε άτομα μεγάλης ηλικίας με καρδιαγγειακά προβλήματα.

LOYOLA UNIVERSITY HOSPITAL
VETERANS ADMINISTRATION HOSPITAL &
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚ. ΑΘΗΝΩΝ

**ΜΕΛΕΤΗ ΝΕΚΡΟΤΟΜΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ
ΑΠΟ 38 ΟΥΡΑΙΜΙΚΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΝ
ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

**Διγενής Γ.Ε., Καλλιβρετάκης Ν., Κοντέσης Π. Κακαβάς Ι. και
Ζερέφος Ν.**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αναλύονται τα ευρήματα των εκθέσεων νεκροτομής 38 χρόνιων ουραιμικών ανδρών (27 λευκών, 48 ± 7 ετών και 11 μαύρων, 45 ± 8 ετών) που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση για χρονικό διάστημα 21 ± 16 (1-84) μηνών.

Βαρείες καρδιοαναπνευστικές αλλοιώσεις αποτέλεσαν την άμεση αιτία θανάτου στο 85,2% των λευκών και στο 63,6% των μαύρων. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις συνυπήρχαν καρδιακή υπερτροφία και μετρίου έως μεγάλου βαθμού αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις των στεφανιαίων αγγείων.

Διαφορά μεταξύ της κλινικής διαγνώσεως της πρωτοπαθούς νεφρικής νόσου και των αντίστοιχων παθολογοανατομικών ευρημάτων διαπιστώθηκε σε 5 περιπτώσεις.

Στα ευρήματα από τους νεφρούς, ενδιαφέρον παρουσιάζουν 6 περιπτώσεις (15,8%) στις οποίες ανευρέθησαν καλοήγη νεοπλάσματα (μικρά αδενώματα) στον φλοιό, και 6 άλλες περιπτώσεις στις οποίες είχαν αναπτυχθεί πολλαπλές μικρές κύστες και στους δύο νεφρούς.

Εξωαγγειακές ασβεστώσεις στο μυοκάρδιο, τους πνεύμονες και τους νεφρούς, διαπιστώθηκαν σε 7 περιπτώσεις (18,4%) στις οποίες συνυπήρχε υπερπλασία ή αδένωμα των παραθυρεοειδών.

Από τη μελέτη των ενδοκρινών αδένων βρέθηκαν:

- Υπερπλασία των παραθυρεοειδών στο 85% των περιπτώσεων
- Αδένωμα του θυρεοειδούς στο 8% και
- Ατροφία των όρχεων στο 5,5%.

Συμπεραίνεται ότι:

- α. Το συνηθέστερο αίτιο θανάτου των ουραιμικών που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση είναι η καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια.
- β. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει δυσαρμονία μεταξύ κλινικής και παθολογοανατομικής διαγνώσεως της πρωτοπαθούς νεφρικής νόσου.
- γ. Σε σημαντικό ποσοστό αναπτύσσονται καλοήγη νεοπλάσματα και κύστες του νεφρικού παρεγχύματος, η εξέλιξη των οποίων παραμένει εισέτι σκοτεινή.

**Β' ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ.**

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ
ΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ**

**Γ. Σακελλαρίου, Ε. Αλεξόπουλος, Μ. Δανηλίδης, Ζ. Πολυμενίδης,
Χ. Χατζηδημητρίου, Β. Κιλίντζης, Μ. Παπαδημητρίου**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας ήταν η ανάλυση διαφόρων παραγόντων που άμεσα ή έμμεσα επηρεάζουν την επιβίωση του μοσχεύματος στις μεταμοσχεύσεις νεφρού. Μελετήθηκαν 220 ασθενείς οι οποίοι από το 1968 μέχρι σήμερα υποβλήθηκαν σε 232 μεταμοσχεύσεις (181 συγγενής ζωντανός δότης, 49 πτωματικός δότης, 2 ζωντανός μη συγγενής δότης). Οι παράγοντες που αναλύθηκαν ήταν:

- 1) Προέλευση του μοσχεύματος,
- 2) Ηλικία του λήπτη,
- 3) Ηλικία του δότη,
- 4) Το φύλο του λήπτη,
- 5) Η ύπαρξη ή μη του HbsAg και
- 6) Οι ομάδες αίματος.

Η αθροιστική επιβίωση του μοσχεύματος υπολογίστηκε με τη μέθοδο Actuarial στο 1ο και 5ο έτος. Η επιβίωση των μοσχευμάτων από συγγενή ζωντανό δότη ήταν 76% και 60% ενώ στα πτωματικά μοσχεύματα 62% και 43% αντίστοιχα ($p < 0.01$). Η επιβίωση του μοσχεύματος στους άνδρες ήταν 88% και 62,5% και στις γυναίκες 76% και 50% αντίστοιχα ($p < 0.05$). Οι χρόνιοι φορείς του αυστραλιανού αντιγόνου είχαν στατιστικά σημαντικά καλύτερη επιβίωση τον πρώτο χρόνο ($p < 0.05$) ενώ στο 5ο χρόνο είχαν χειρότερη. Αντίθετα δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά όσον αφορά την ηλικία του δότη και λήπτη. Τέλος οι ομάδες αίματος επηρέαζαν την επιβίωση του μοσχεύματος όχι όμως σημαντικά.

Συζητούνται τα αποτελέσματα σε σχέση με νεώτερα βιβλιογραφικά δεδομένα και προτείνονται διάφορες εναλλακτικές λύσεις με σκοπό τη βελτίωση των μακροχρόνιων αποτελεσμάτων.

* Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ
ΠΡΟΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
** ΕΡΓ. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΧΗΜΕΙΑΣ
ΤΟΥ Α.Π.Θ.

ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ

Σ. Καπούλας,* Μ. Καραμούζης,* Β. Δερβενιώτης,* Αικ. Παπαγιάννη,*
Μ. Πυρπασόπουλος*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε 6 από 12 νεφρικές μεταμοσχεύσεις (3 από πτωματικό δότη), που πραγματοποιήθηκαν από το Φεβρουάριο 1985 μέχρι το Σεπτέμβριο 1986, χορηγήθηκε κυκλοσπορίνη σε συνδυασμό με αζαθειοπρίνη και μεθυλπρεδνιζολόνη, στις 5 από την αρχή, ως αρχική ανοσοκατασταλτική θεραπεία, και στη 1 ένα μήνα μετά τη μεταμόσχευση, για την αντιμετώπιση οξείας απόρριψης ανθεκτικής σε υψηλές δόσεις μεθυλπρεδνιζολόνης.

Ως αρχική θεραπεία χορηγήθηκε με το ακόλουθο σχήμα:

- α. **Κυκλοσπορίνη.** Per os 14 mg/kg Β.Σ. την ημέρα, με προοδευτική ελάττωσή της περίπου κάθε 15 ημέρες, μέχρι τη δόση συντήρησης (\leq 5-6 mg/kg Β.Σ.), η οποία γινόταν με κριτήρια τη λειτουργία του μοσχεύματος και τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα.
- β. **Μεθυλπρεδνιζολόνη.** Στην αρχή ενδοφλεβίως 20 mg/12 ώρες, για τις δύο πρώτες εβδομάδες, στη συνέχεια per os 32 mg την ημέρα, για 6 ακόμη εβδομάδες και ακολούθως 8 mg την ημέρα μέχρι 6 μήνες, οπότε και διακοπτόταν τελείως.
- γ. **Αζαθειοπρίνη.** Per os για δύο μόνο εβδομάδες, την πρώτη εβδομάδα 2 mg/kg Β.Σ. και τη δεύτερη 1 mg/kg Β.Σ.

Ως αντιαρροριπτικό φάρμακο δόθηκε per os σε δόση 8 mg/kg Β.Σ., ενώ ο άρρωστος έπαιρνε συστηματικά πρεδνιζολόνη 0,7 mg/kg Β.Σ. και αζαθειοπρίνη 1,3 mg/kg Β.Σ. την ημέρα.

Τα αποτελέσματά μας ήταν πολύ ικανοποιητικά. Τα επίπεδα της κυκλοσπορίνης στο αίμα κυμάνθηκαν σε επιθυμητά όρια και οι 5 άρρωστοι που πήραν από την αρχή κυκλοσπορίνη, είναι σε άριστη κλινική κατάσταση 2-18 μήνες από τη μεταμόσχευση, με κρεατινίνη ορού 1,8-2,3 mg%. Στον 6ο άρρωστο η οξεία απόρριψη αντιμετωπίστηκε με επιτυχία με την κυκλοσπορίνη, ο άρρωστος όμως απεβίωσε 1¹/₂ μήνα αργότερα από βαριά λοίμωξη των πνευμόνων

Α. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ &
ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΟΔΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ

Π.Κ. Σπανός, Β. Φίσιτας, Μ. Πυρπασόπουλος, Δ. Γρέκας,
Ζ. Γιαννόπουλος, Στ. Καπούλας, Γ. Μπουγιούκας, Ι. Μώρος,
Μ. Τούμπουρας, Α. Τουρκαντώνης και Δ.Π. Λαζαρίδης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από τον Φεβρουάριο του 1970 μέχρι και το Δεκέμβριο του 1985 στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ διενεργήθηκαν 212 μεταμοσχεύσεις νεφρών σε 203 ασθενείς. Οι ασθενείς αυτοί χωρίστηκαν σε δυο ομάδες Α και Β.

Στην ομάδα Α με 155 μεταμοσχεύσεις από τις οποίες 10 ή 6.5% ήταν πτωματικές περιλήφθηκαν οι ασθενείς που μεταμοσχεύθηκαν μέχρι το 1981. Στη Β, περίοδο 1982-85 ανήκουν 57 μεταμοσχευθέντες από τους οποίους 11 ή 12.6% έλαβαν πτωματικό μόσχευμα. Στην ομάδα Α μετεγχειρητικές επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε 9/143 δότες (6.3%) μια από τις οποίες ήταν θανατηφόρα (0.7%). Στην ομάδα Β οι επιπλοκές του δότη μειώθηκαν σε 2/46 (4.3%) και δεν υπήρξε κανείς θάνατος.

Άμεσοι μετεγχειρητικοί θάνατοι λήπτη στην ομάδα Α παρατηρήθηκαν σε 7/146 ασθενείς (4.8%) ενώ στην ομάδα Β σε 1/57 (1.7%).

Τα αίτια έκπτωσης της λειτουργίας του μοσχεύματος στην ομάδα Α ήταν ποικίλα από τα οποία το 13,8% συνδέονταν με την τεχνική της εγχειρήσεως ενώ στην Β ομάδα μόνο αίτιο υπήρξε η χρόνια απόρριψη.

Συμπερασματικά μπορούμε να τονίσουμε ότι:

- 1) Στην ομάδα Β παρατηρήθηκε αύξηση των πτωματικών μεταμοσχεύσεων.
- 2) Ελάττωση των προβλημάτων του δότη και
- 3) Βελτίωση των άμεσων και απώτερων αποτελεσμάτων τόσο από την άποψη επιβίωσης του λήπτη όσο και από την άποψη της λειτουργικότητας του μοσχεύματος.

Αφιερώνεται
εις τον Καθ. Δ.Π. Λαζαρίδη

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΘΟΔΩΝ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΗΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Π. Κ. Σπανός, Γ. Μπουγιούκας και Μ. Τούμπουρας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εφαρμογή τεχνικών από μία χειρουργική ειδικότητα σε άλλη οδηγεί συνήθως σε βελτίωση των χειρουργικών αποτελεσμάτων.

Κατά την περίοδο Ιανουαρίου 1985 - Οκτωβρίου 1986 στην καρδιοχειρουργική κλινική του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ έγιναν 27 νεφρικές μεταμοσχεύσεις. Σε 12 από τους ασθενείς αυτούς δεν ήταν δυνατή η χρησιμοποίηση της έσω λαγόνιας αρτηρίας ή είχαν δεύτερη, τρίτη νεφρική αρτηρία ή πυλικό αγγείο. Στους ασθενείς αυτούς για την διενέργεια των αγγειακών αναστομών εφαρμόσαμε μεθόδους που χρησιμοποιούνται στην χειρουργική των στεφανιαίων αγγείων. Οι μέθοδοι αυτές συνίστανται:

- 1ον: Στην χρησιμοποίηση μεγεθυντικών φακών 1x3 για την συρραφή των αγγείων και
- 2ον: ειδικού εργαλείου (puncher) για την ομαλή εκτομή τοιχώματος της κοινής λαγόνιας αρτηρίας διαμέτρου 4 ή 5 χιλ. για την διενέργεια τελικοπλάγιας λαγονεφρικής αναστομώσεως.

Η επιτυχία των μεθόδων αυτών κρίνεται από τα άριστα αποτελέσματα στους παραπάνω ασθενείς σε κανέναν από τους οποίους δεν απολινώθηκαν πολικά αγγεία ή επικουρικά φλέβες.

Επίσης με την ομαλότητα και συμμετρικότητα της τελικοπλάγιας αναστομώσεως δημιουργούμε όλες της προϋποθέσεις για την αποφυγή οποιασδήποτε μορφής στενώσεως.

Β' ΠΡΟΠ. ΠΑΘΟΛ. ΚΛΙΝ.
ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟΥ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΥΤΤΑΡΟΤΟΞΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ
ΟΜΑΔΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΒΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ
ΓΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Μ. Δανηλίδης, Γ. Σακελλαρίου, Ζ. Πολυμενίδης, Ε. Ψωμογερίδου,
Π. Μοργόρη, Β. Ποστουρματζή

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σημασία των Ομάδων Αίματος ΑΒΟ και του ποσοστού προευσθητοποιήσεως στην επιβίωση νεφρικών ομοιομοσχευμάτων, έχει γίνει σήμερα καθολικά αποδεκτή.

Σκοπός της μελέτης μας είναι η διαπίστωση τυχόν συσχέτισης μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων σε ασθενείς που είναι υποψήφιοι για λήψη πτωματικού νεφρικού μοσχεύματος.

Συνολικά μελετήθηκαν αναδρομικά 111 ασθενείς σε τελικό στάδιο ΧΝΑ, ενταγμένοι στο Πρόγραμμα Πτωματικής Μεταμόσχευσης 1ο: ως προς τις Ομάδες Αίματος ΑΒΟ και 2ο: ως προς το % ποσοστό ευαισθητοποίησης. (Δοκιμασία έμμεσης κυτταροτοξικότητας - PANNEL). Το υλικό χωρίστηκε σε 4 ομάδες: 1) Ασθενείς με αρνητικό PANNEL, 2) με χαμηλή ευαισθητοποίηση (PANNEL από 1-25%), 3) με μέτρια ευαισθητοποίηση (PANNEL από 26-50%), και 4) με υψηλή ευαισθητοποίηση (PANNEL > 51%).

Στην τελευταία κατηγορία, 48% των ασθενών ήταν Α Ομάδος και 30% Β, ενώ από τους αρνητικούς 50% ήταν 0 και 25% Α. Οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p < 0,2$). Από τα παραπάνω ευρήματα, φαίνεται πως οι Ομάδες Αίματος του συστήματος ΑΒΟ ενδέχεται να παίζουν ρόλο στην διαδικασία της δημιουργίας κυτταροτοξικών αντισωμάτων. Στη μελέτη μας η οποία συνεχίζεται, λαμβάνονται υπόψιν και αναλύονται και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την Ανοσιακή Απάντηση σε αυτό το επίπεδο.

Τα ευρήματά μας συγκρίνονται με ανάλογα της Διεθνούς Βιβλιογραφίας.

ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΠΟ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΔΟΤΕΣ
 ΗΛΙΚΙΑΣ 66-75 ΧΡΟΝΩΝ

Δ. Γρέκας, Π. Αληβάνης, Σ. Βασιλείου, Ζ. Γιαννόπουλος, Π. Σπανός,
 Β. Φίσιτας, Δ. Λαζαρίδης, Αχ. Τουρκαντώνης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επίδραση της ηλικίας του δότη στην επιβίωση του νεφρικού μοσχεύματος είναι ένα θέμα αμφιλεγόμενο με πολλές αντικρουόμενες απόψεις. Στη χώρα μας που κατά κανόνα γίνεται ζωντανή νεφρική μεταμόσχευση έχουμε πολλές φορές το πρόβλημα αν θα χρησιμοποιήσουμε τον νεφρό δότη ηλικίας άνω των 65 χρόνων.

Στην αναδρομική αυτή μελέτη αναλύουμε τα δεδομένα 25 νεφρικών μεταμοσχεύσεων από ζωντανό δότη ηλικίας 66-75 χρονών (ομάδα Γ) και συγκρίνουμε τα αποτελέσματα με τα αντίστοιχα δύο άλλων ομάδων αρρώστων, μιας ομάδας (Β) από 23 αρρώστους που πήραν νεφρικό μόσχευμα από δότες ηλικίας 50-65 χρονών και μιας ομάδας (Α) που πήραν νεφρικό μόσχευμα από δότες ηλικίας κάτω των 50 χρόνων. Η επιβίωση του μοσχεύματος ήταν 100%, 80% και 83% στον 1ο χρόνο μετά τη μεταμόσχευση και 75%, 73%, 77% στον 2ο χρόνο μετά τη μεταμόσχευση αντίστοιχα για την Α, Β και Γ ομάδα. Παράμετροι όπως η ηλικία του λήπτη, οι μεταγγίσεις αίματος, ο βαθμός ιστοσυμβατότητας, η διάρκεια αιμοκαθάρσεως, το αυστραλιανό αντιγόνο και οι προεγχειρητικές επιπλοκές δεν βρέθηκε να σχετίζονται με την επιβίωση του μοσχεύματος.

Επίσης η κάθαρση κρεατινίνης και η επιβίωση των ασθενών τον 1ο και 2ο χρόνο μετά τη νεφρική μεταμόσχευση δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους.

Συμπέρασμα: Η μεγάλη ηλικία των δοτών ζωντανών νεφρικών μοσχευμάτων δεν επηρεάζει ούτε την επιβίωση, ούτε τη νεφρική λειτουργία αυτών στον 1ο και 2ο χρόνο μετά τη νεφρική μεταμόσχευση.

ΔΗΜΟΣΚΟΠΗΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
 ΤΗΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ
 ΤΗΣ ΕΞΕΥΡΕΣΗΣ ΔΟΤΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Μ. Παπαδημητρίου, Α. Παπαδούλης, Α. Μπουμπάρα,
 Ε. Παπακώστα-Βαρλάμη, Γ. Σακελλαρίου και Π. Μεταξάς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα προβλήματα στην εξεύρεση πτωματικών δοτών στην Ελλάδα είναι γνωστά από καιρό και δεν φαίνεται να βρίσκουν λύση παράλληλη τη σχετική νομοθεσία. Αποφασίστηκε λοιπόν η έρευνα του θέματος σε δείγματα ομάδων πληθυσμού της Θεσσαλονίκης. Έτσι, από ομάδα εργασίας σε συνολικό αριθμό 2.167 κατοίκων τέθηκε ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε τα παρακάτω στοιχεία: ηλικία, φύλο, επάγγελμα και ερωτήσεις, όπως:

1. α. είστε υπέρ των μεταμοσχεύσεων
 β. θα θέλατε να γραφτείτε αιμοδότης
2. α. θα δίνετε νεφρό σε στενό συγγενή σας αν χρειαζονταν
 β. θα δεχόσασταν να γίνετε δωρητής σώματος
3. Τι πρέπει να γίνει, κατά τη γνώμη σας στην Ελλάδα για την ανάπτυξη των πτωματικών μεταμοσχεύσεων (αριθμήστε κατά σειρά σπουδαιότητας):
 - α. Καθημερινή ενημέρωση του κοινού
 - β. Ενίσχυση των Κέντρων με προσωπικό και όργανα
 - γ. Νόμοι για την υποχρεωτική λήψη οργάνων μετά θάνατο
 - δ. Άλλες προτάσεις

Οι ομάδες που ρωτήθηκαν ήταν 176 γιατροί, 276 αδελφές νοσοκόμοι, 236 υπάλληλοι κρατικών νοσοκομείων, 117 φοιτητές Ιατρικές και 206 άλλων τμημάτων, 80 εκπαιδευτικοί, 136 επιστήμονες άλλης εξειδίκευσης, 424 υπάλληλοι, 204 ελεύθεροι επαγγελματίες, 202 νοικοκυρές και τέλος 124 εργάτες ή εργάτριες.

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι:

- α. Υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ της θεωρητικής παραδοχής της ιδέας περί μεταμοσχεύσεων και της εφαρμοσμένης πραγματικότητας περί δωρεάς μοσχευμάτων.
- β. Υπήρχε σημαντική διαφορά στην έκφραση άποψης ανάλογα με την ηλικία. Έτσι, στους νέους υπήρχε η τάση για δωρεά οργάνων μετά θάνατο σε σύγκριση με τις μεγάλες ηλικίες όπου υπήρχε προτίμηση στη δωρεά οργάνων σε στενό συγγενή λήπτη (ιδιαίτερα από μητέρα σε παιδί).
- γ. Στην καταγραφή των δωρητών σώματος μετά θάνατο βρέθηκε ότι παίζει σημαντικό ρόλο το επίπεδο μόρφωσης και ενημέρωσης του υποψήφιου δότη.
- δ. Η καθημερινή ενημέρωση του κοινού κρίθηκε σε ψηλό ποσοστό αναγκαία, ενώ στην υποχρεωτική (νομοθετικά) λήψη μοσχευμάτων μετά θάνατο υπήρχε ένας σημαντικός αριθμός ατόμων που ήταν αντίθετος.

Τέλος η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με χ^2 και ακολούθησε σύγκριση προς ανάλογα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚ. ΑΘΗΝΩΝ

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΝΑΛΑΠΡΙΝΗΣ ΣΑΝ ΜΟΝΟΘΕΡΕΠΕΙΑ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

**Ν. Παπαγαλάνης, Ν. Αφεντάκης,* Γ. Κωστογιάννη - Παπαγαλάνη,
Γ. Τσουφάκης, Κ. Χριστοδουλίδου, Α. Καραμπάτσος, Ε. Καραμπελιά,
Α. Καραγιάννης, Γ. Μουστάκας, Κ. Σκανδάλης, Α. Μπλέτα και
Ν. Παπαδογιαννάκης**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε 15 αρρώστους με μέτριας βαρύτητας ιδιοπαθή υπέρταση, που για ποικίλους λόγους διέκοψαν τη μέχρι τότε αγωγή (παρενέργειες, μειωμένη compliance), χορηγήθηκε εναλαπρίλη 20mg την ημέρα. Οι αρρώστοι παρακολούθηθηκαν για διάστημα $15 \pm 1,54$ (7-22) εβδομάδων στα εξωτερικά ιατρεία. Μέτρηση της ΑΠ γινόταν μια φορά την εβδομάδα.

Μετά 8 ημέρες αγωγής, 7 από τους 11 αρρώστους παρουσίασαν ικανοποιητική ελάττωση της συστολικής ΑΠ (ΣΑΠ) κατά $34,28 \pm 3,5$ mmHg ($M \pm SE$) και της διαστολικής ΑΠ (ΔΑΠ) κατά $21 \pm 2,10$ mmHg. Στους 5 από αυτούς τους αρρώστους η ΑΠ παρέμεινε σε ικανοποιητικά επίπεδα για 3 εβδομάδες και στους υπόλοιπους 2 για 5 εβδομάδες.

Στο σημείο αυτό παρατηρήθηκε εκ νέου άνοδος της ΑΠ και απαιτήθηκε προσθήκη 50-100mg χλωροθαλιδόνης ανά 48ωρο για την ικανοποιητική ρύθμισή της.

Οι απαντήσαντες στη θεραπεία είχαν υψηλότερη PRA από τους μη απαντήσαντες ($3,46 \pm 1,19$ έναντι $0,4 \pm 0,092$ ng.ml.h⁻¹, $p < 0,05$), υψηλότερο UNa⁺ ($153,25 \pm 6,63$ έναντι $125,2 \pm 3,74$ mEq/24ωρο, $p < 0,01$), χαμηλότερο UK⁺ ($17,85 \pm 3,02$ έναντι $21,5 \pm 2,29$ mEq/24ωρο) και ήταν νεότεροι σε ηλικία ($37,4 \pm 27$ έναντι $57,75 \pm 2,39$ χρόνια). Το μέγεθος της αρχικής ελάττωσης της ΣΑΠ και της ΔΑΠ βρέθηκε ότι συσχετίζεται θετικά με την PRA ($r = 0,78$, $p < 0,01$ και $r = 0,78$, $p < 0,05$ για τη ΣΑΠ και ΔΑΠ αντίστοιχα) και αρνητικά με την ηλικία των αρρώστων ($r = -0,87$, και $r = 0,95$, $p < 0,001$ για τη ΣΑΠ και ΔΑΠ αντίστοιχα).

Συμπεραίνεται ότι η μονοθεραπεία με εναλαπρίλη δεν ήταν επαρκής για τη ρύθμιση της ΑΠ των αρρώστων μας, ενώ σαν δεύτερης βαθμίδας φάρμακο (μαζί με διουρητικό) έδωσε πολύ καλά αποτελέσματα ιδίως, στους νέους αρρώστους με φυσιολογική ή αυξημένη PRA.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΣΤΑ ΛΙΠΙΔΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ

Γ. Βαγιωνάς, Κ. Μαυροματίδης, Κ. Δημητρακόπουλος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μετρήθηκαν τα λιπίδια του ορού (ολική χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, LDL και HDL-χοληστερόλη) σε 82 υπερτασικούς αρρώστους με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Είκοσι απ' αυτούς δεν έπαιρναν καμία φαρμακευτική αγωγή και αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου (Ομάδα Δ). Οι υπόλοιποι άρρωστοι χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Η Α περιελάμβανε την Α₁ υποομάδα με 10 υπερτασικούς που έπαιρναν νανδολόλη (40-80 mg ημερησίως) για 8 έως 36 μήνες, μέση τιμή 18 μήνες και την Α₂ υποομάδα με 20 αρρώστους που έπαιρναν νανδολόλη (40-80 mg ημερησίως και χλωρθαλιδόνη (25-50 mg το 48ωρο) για 2 έως 48 μήνες. Οι άρρωστοι της ομάδας Β χωρίστηκαν σε δύο υποομάδες, την Β₁ με 13 αρρώστους που έπαιρναν μεθυλντόπα (250-500 mg ημερησίως) για 3 έως 96 μήνες, μέση τιμή 21 μήνες και την Β₂ με 9 αρρώστους που έπαιρναν μεθυλντόπα (250-500 mg ημερησίως) και χλωρθαλιδόνη (25-50 mg το 48ωρο) για 3 έως 60 μήνες, μέση τιμή 26 μήνες. Την ομάδα Γ αποτέλεσαν 10 άρρωστοι που έπαιρναν καπτοπρίλη (25-75 mg ημερησίως) για 2 έως 36 μήνες, μέση τιμή 6 μήνες.

Ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης ήταν το ίδιο ικανοποιητικός σ' όλες τις ομάδες των αρρώστων (συστολική πίεση μικρότερη από 150 mmHg και διαστολική μικρότερη από 90 mmHg). Οι παρενέργειες της αντιυπερτασικής αγωγής ήταν σπάνιες (δύο άρρωστοι που έπαιρναν νανδολόλη παραπονέθηκαν για ψυχρότητα άκρων και ένας για μείωση της Libido).

Στα αποτελέσματά μας διαπιστώθηκε για την ομάδα Α και Β μικρή αύξηση της ολικής χοληστερόλης και της LDL-χοληστερόλης και πτώση της HDL-χοληστερόλης. οι τιμές των τριγλυκεριδίων παρουσίασαν μικρή αύξηση για την ομάδα Α και μικρή μείωση για την ομάδα Β. Στους αρρώστους που έπαιρναν καπτοπρίλη (ομάδα Γ) σημειώθηκε μείωση των τιμών των λιπιδίων πλην της HDL-χοληστερόλης που παρουσίασε αριθμητική αύξηση (18,5%). Όλες οι παραπάνω μεταβολές ήταν μη στατιστικά σημαντικές. Γενικότερα λοιπόν διαπιστώθηκε ότι η νανδολόλη,

η μεθυλντόπα και η χλωρθαλιδόνη τείνουν να επιδεινώσουν το λιπιδόγραμμα ενώ η καπτοπρίλη ασκεί αντίθετη επίδραση. Έτσι η γνωστή σχέση, αθηρωμάτωση - λιπίδια - υπέρταση, μας κάνει να πιστεύουμε πως η αντιλιπιδική δράση της καπτοπρίλης, όταν χορηγείται σε μικρές δόσεις, ενισχύει την προτίμηση της σαν φάρμακο πρώτης εκλογής στη θεραπεία της υπέρτασης.

ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΤΥΠΟΥ II (ΜΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΣ)

Π. Κοντέσης, Ντ. Συμβουλίδου, Α. Κοφίνης και Βασ. Καραμάνος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μελετήσαμε την μικρολευκωματινουρία στα ούρα 41 ασθενών (23 άνδρες και 18 γυναίκες) πασχόντων από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (μη ινσουλινοεξαρτώμενο) με μέση ηλικία $62,4 \pm 1,43$ SEM και μέση διάρκεια νόσου 9 έτη ± 1 SEM. Παρόμοιος έλεγχος έγινε και σε ομάδα 29 φυσιολογικών ατόμων (21 άνδρες και 8 γυναίκες) με μέση ηλικία $61,4 \pm 2,1$ SEM.

Ο προσδιορισμός έγινε σε ούρα 24ώρου που είχαν συλλεγεί υπό φυσιολογικές συνθήκες, με ανοσοχημική μέθοδο, ταυτόχρονα δε, προσδιορίστηκε και η κάθαρση κρεατινίνης. Αποκλείστηκαν ασθενείς με στοιχεία ουρολοιμώξεως, η κλινική λευκωματουρία στον έλεγχο με Albustix καθώς και ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια.

Τα επίπεδα της μικρολευκωματινουρίας των διαβητικών ήσαν σημαντικά υψηλότερα ($12,16 \mu\text{g}/\text{min} \pm 2,23$ SEM) από αυτά των φυσιολογικών μαρτύρων ($6,4 \mu\text{g}/\text{min} \pm 0,87$ SEM) ($p < 0,05$). Από την ομάδα των διαβητικών 22% είχαν τιμή μικρολευκωματινουρίας πάνω από $15,8 \mu\text{g}/\text{min}$ (είναι η μέση τιμή των φυσιολογικών ± 2 SD).

Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του διαβήτη και του βαθμού της μικρολευκατινουρίας όπως επίσης μεταξύ του επιπέδου του σακχάρου του αίματος (2 ώρες μετά το πρόγευμα) και του βαθμού της μικρολευκωματινουρίας.

Από τους εξετασθέντες διαβητικούς 41,6% είχαν διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια υποστρώματος που συνοδεύταν από αύξηση της μικρολευκωματινουρίας ($18,4 \mu\text{g}/\text{min} \pm 6,12$ SEM) σε αντίθεση με αυτούς που δεν είχαν διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η μικρολευκωματινουρία των οποίων ήταν $12,1 \mu\text{g}/\text{min} \pm 4,2$ SEM.

Στο σύνολο των ασθενών φάνηκε η ύπαρξη ασθενούς θετικής συσχέτισης μεταξύ συστολικής αρτηριακής πίεσης και μικρολευκωματινουρίας, ενώ δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών και της μικρολευκωματινουρίας.

Συμπεραίνεται: α) ότι στον διαβήτη τύπου II υπάρχει μικρολευκωματινουρία β) ότι η μικρολευκωματινουρία συσχετίζεται με την συστολική αρτηριακή πίεση και τα επίπεδα του σακχάρου αίματος και γ) φαίνεται ότι η μικρολευκωματινουρία εξελίσσεται παράλληλα με την διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΝΕΦΡΩΝ (Π.Ν.Ν.)
ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗ ΚΥΠΡΟ

Υπό
Δρ. Άννα Νουσκά και Δρ. Άλκη Πιερίδη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μελέτη αυτή, έγινε ως αποτέλεσμα της διαπίστωσης ενός σημαντικού αριθμού ασθενών με Π.Ν.Ν. (18%), στο πρόγραμμα χρόνιας αιμοκάθαρσης στη Κύπρο.

Αρχίζοντας με ασθενείς στην αιμοκάθαρση ή σε συντηρητική θεραπεία, καταγράφησαν 229 οικογένειες με 1089 μέλη, που τελικά ανήκουν σε 43 μεγάλα οικογενειακά δέντρα. Με ερωτηματολόγια, φυσική εξέταση, ακτινογραφίες, ηχογραφήματα νεφρών και αναλύσεις αίματος και ούρων, μελετήθηκαν ως τώρα 131 οικογένειες. 87 οικογένειες απεδείχθησαν θετικές με τουλάχιστον ένα γονιό επηρεασμένο από την Π.Ν.Ν. 44 οικογένειες ήσαν αρνητικές. Στις 87 θετικές οικογένειες καταγράφησαν 225 παιδιά - απόγονοι, ηλικίας 1-60 ετών. 48 παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών δεν μελετήθηκαν. Από τους 209 ενήλικες απογόνους, μελετήθηκαν 112 και 39 (35%) έχουν κληρονομήσει την Π.Ν.Ν. Από αυτούς οι 29 ήταν τελείως ασυμπτωματικοί, 6 παρουσίασαν υπέρταση με φυσιολογική νεφρική λειτουργία και 4 ελαφριά νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη 2mg%) με υπέρταση.

Σ' αυτή τη φάση είναι υπό παρακολούθηση 39+87= 126 ενήλικα άτομα με την Π.Ν.Ν. 48 ευρέθησαν ως αποτέλεσμα της μελέτης αυτής. 47 παρουσιάσθηκαν με αυξημένη κρεατινίνη και Χ.Ν.Α., 18 διεγνώσθησαν μετά από έρευνα για υπέρταση, 4 μετά από αιματοουρία και 9 στα πλαίσια έρευνας για διάφορα άλλα ενοχλήματα.

Η μελέτη επιβεβαιώνει την ύπαρξη ενός σημαντικού αριθμού Κυπρίων με την Π.Ν.Ν. και ενημέρωση με ορθό οικογενειακό προγραμματισμό για μικρές οικογένειες είναι αναγκαία. Πιστεύεται επίσης ότι έγκαιρη διάγνωση με ορθή διαίτα, αντιυπερτασική θεραπεία και ορθή θεραπεία ουρολοιμώξεων μπορεί να παρατείνει την νεφρική λειτουργία και να ελαττώσει την νοσηρότητα της ασθένειας αυτής.

ΕΦΕΔΡΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Γ. Βαγιώνας, Κ. Μαυροματιδης, Α. Παπαϊωάννου - Τζελεπόγλου,
Ε. Μπεζάζη - Παπακωνσταντίνου, Σ. Φαλτσής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μελετήθηκαν 22 ουραιμικοί άρρωστοι και 10 φυσιολογικά άτομα για την εκτίμηση της εφεδρικής νεφρικής λειτουργίας. Η έρευνα έγινε με φόρτιση λευκώματος, 1,5 γρ. ανά kg. Β.Σ., σε 24ωρη βάση.

Το πρώτο δείγμα αίματος πάρθηκε μετά από 12ωρη νηστεία για προσδιορισμό ουρίας και κρεατινίνης του ορού. Μετά χορηγήθηκε λευκώμα ωού σε 10 έως 20 λεπτά και έγινε λήψη άλλων πέντε δειγμάτων αίματος ανά ώρα, ενώ το έβδομο δείγμα πάρθηκε μετά 24 ώρες από τη χορήγηση του λευκώματος.

Ως δείκτης για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας χρησιμοποιήθηκε ο λόγος της ουρίας προς την κρεατινίνη του ορού. Τα 10 φυσιολογικά άτομα αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Οι 22 ουραιμικοί άρρωστοι χωρίσθηκαν σε τρεις ομάδες. Η α' ομάδα είχε οκτώ αρρώστους με κρεατινίνη ορού 1,8 - 3mg% (φυσιολογικές τιμές μέχρι 1,7mg%) η β' ομάδα, επτά αρρώστους με κρεατινίνη ορού 3,1 - 6mg% και η γ' ομάδα, επτά αρρώστους με κρεατινίνη ορού 6,1 - 8mg%.

Στα φυσιολογικά άτομα η τιμή του δείκτη αυξήθηκε σημαντικά την τέταρτη ώρα από τη χορήγηση του λευκώματος, δηλαδή στο πέμπτο δείγμα (p 0,05). Για τους αρρώστους της α' ομάδας υπήρξε σχετική αύξηση του ίδιου δείγματος, μη σημαντική, ενώ για τους ουραιμικούς ασθενείς της β' και γ' ομάδας δεν υπήρξε καμιά μεταβολή του δείκτη.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων συμπεραίνεται πως με τον δείκτη επιβεβαιώνεται ότι τα φυσιολογικά άτομα έχουν σημαντική εφεδρική νεφρική λειτουργία, διαπιστώνεται όμως ότι οι ασθενείς με ήπια νεφρική ανεπάρκεια (α' ομάδα) δ διαθέτουν ένα βαθμό εφεδρικής νεφρικής λειτουργίας, της οποίας στερούνται οι άρρωστοι με μέτριο (β' ομάδα) και σοβαρό (γ' ομάδα) βαθμό νεφρικής ανεπάρκειας.

**ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΣ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΣΥΝΕΧΗ
ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ)**

Δ. Μουτζούρης, Μ. Σιακωτός, Γ. Παπαδάκης, Τ. Κακαβούλης,
Ν. Νικολοπούλου, Μ. Τσιμναδή, Δ. Γαλάνης, Γ. Πατρής, Α. Γ. Μπίλλης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Περιγράφονται δύο περιπτώσεις θανατηφόρου οξείας παγκρεατίτιδος σε ασθενείς υποβαλλόμενους σε ΣΦΠΚ. Η πρώτη περίπτωση αφορούσε γυναίκα 28 ετών η οποία, τον 3ο μήνα της ΣΦΠΚ, εμφάνισε ισχυρό επιγαστρικό πόνο με αντανάκλαση στη ράχη, επίμονους εμέτους και έντονη ευαισθησία στο επιγάστριο χωρίς κλινικές ή μικροβιακές ενδείξεις περιτονίτιδας.

Επειδή διαγνώστηκε χολολιθίαση, η ασθενής υποβλήθηκε σε εγχείρηση κατά την οποία διαπιστώθηκε ύδρωπας της χοληδόχου κύστεως και εικόνα οξείας παγκρεατίτιδος. Έγινε χολοκυστεκτομή, αλλά μετεγχειρητικώς τα παραπάνω συμπτώματα συνεχίστηκαν με αποτέλεσμα προοδευτική καχεξία και τον θάνατο της ασθενούς.

Η δεύτερη περίπτωση αφορούσε άντρα 48 ετών ο οποίος, μετά τον 10ο μήνα της ΣΦΠΚ, εμφάνισε παρόμοια συμπτωματολογία που κατέληξε στο θάνατό του 3 μήνες αργότερα, νεκροτομικώς δε, διαπιστώθηκε οξεία αιμορραγική παγκρεατίτις.

Και στους δύο ασθενείς έγιναν επανειλημμένες προσπάθειες εντάξεώς τους σε αιμοκάθαρση που απέτυχαν όμως λόγω σοβαρών υποτασικών επεισοδίων.

Οι περιπτώσεις αυτές ενισχύουν πρόσφατες παρατηρήσεις ότι η οξεία παγκρεατίτις είναι ίσως πιο συχνή στους ασθενείς που υποβάλλονται σε ΣΦΠΚ.

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΔΙΑΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ
ΟΞΕΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ ΜΕ ΛΙΘΙΟ,
ΑΛΟΠΕΡΙΔΙΝΗ, ΚΑΙ ΧΛΩΡΟΠΡΟΜΑΖΙΝΗ ΣΕ ΑΤΟΜΟ
ΜΕ ΣΧΙΖΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ**

Βιρβιδάκης Κ., Σιδεράς Γ., Κουρούσης Χ., Παπαδάκης Ε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Μ.Β. άνδρας ηλικίας 27 ετών με σχιζοσυναισθηματική ψύχωση έκανε απόπειρα αυτοκτονίας με λίθιο, Αλοπεριδίνη και Χλωροπρομαζίνη. Μετεφέρθει σε ημικωματώδη κατάσταση στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων. Η στάθμη στον ορό του αίματος του Λιθίου ήταν 2,25 mEq/L. Η δηλητηρίαση χαρακτηρίστηκε βαρεία. Ο άρρωστος ετέθει σε διαπεριτοναϊκή κάθαρση. Ανέκτησε πλήρη επαφή με το περιβάλλον του σε 6 ώρες και ανατάχθηκε πλήρως μετά από τέσσερα 24ωρα περιτοναϊκών καθάρσεων. Συζητείται η θεραπευτική τακτική και η πορεία του αρρώστου.

**Η ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΤΗΣ ΔΙΑΡΡΟΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΥΓΡΟΥ
ΣΤΟΝ ΥΠΟΔΟΡΙΟ ΙΣΤΟ**

**Ν. Καλλιβρετάκης, Α. Κατιρτζόγλου, Ι. Κακάβας, Ν. Ζερεφός και
Θ. Μουντοκαλάκης**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στους ασθενείς που αντιμετωπίζονται με συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ) η διαρροή περιτοναϊκού υγρού αποτελεί επιπλοκή που εύκολα γίνεται αντιληπτή όταν το υγρό εξωτερικεύεται από το στόμιο εξόδου του περιτοναϊκού καθετήρα.

Σπανιότερα συμβαίνει διαρροή στον υποδόριο ιστό, οπότε η διάγνωση δυσχεραίνεται ή σημαντικά καθυστερεί με δυσμενείς επιπτώσεις στην αντιμετώπισή της.

Σε τρεις ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ΣΦΠΚ από 10 έως 36 μήνες εμφανίστηκε ξαφνικά μείωση της ποσότητας των αποβαλλομένων περιτοναϊκών υγρών και παράλληλα οίδημα στην περιοχή της κάτω κοιλίας.

Η άμεση διενέργεια υπολογιστικής τομογραφίας, χωρίς έγχυση σκιαγραφικού υλικού, αποκάλυψε διαρροή στον υποδόριο ιστό και ευκρινώς καθόρισε το σημείο της βλάβης του κοιλιακού τοιχώματος.

Στις περιπτώσεις όπου η κλινική διάγνωση της διαρροής του περιτοναϊκού υγρού είναι δυσχερής, η υπολογιστική τομογραφία προσφέρει σημαντική βοήθεια στην έγκαιρη εντόπιση και αντιμετώπισή της.

**ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΔΙΥΛΙΣΗ
ΕΜΠΕΙΡΙΑ 20 ΧΡΟΝΩΝ**

**Γ. Τσουρουτσόγλου, Μ. Πυρπασόπουλος, Μ. Σιών,* Δ. Τσακίρης,
Σ. Καπούλας, Δ. Δερβενιώτης, Σ. Αγακίδης, Ν. Τοπαλίδης,
Π. Βολονάκης και Αικ. Παπαγιάννη**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η περιτοναϊκή διύλιση που εφαρμόζεται με καθετήρα μιας χρήσης (οξεία περιτοναϊκή διύλιση, ΟΠΔ), είναι μέθοδος θεραπείας της βαριάς νεφρικής ανεπάρκειας και άλλων νοσηρών καταστάσεων. Είναι απλή, εύχρηστη και αποτελεσματική, αλλά παρουσιάζει και ορισμένα μικρά ή μεγάλα προβλήματα.

Στην κλινική μας, σε διάστημα 20 και πλέον χρόνων (Μάιος 1965 - Δεκέμβριος 1985), εφαρμόσαμε 2804 ΟΠΔ σε 432 αρρώστους, 76 από τους οποίους έπασχαν από οξεία νεφρική ανεπάρκεια, 322 από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (κυρίως παρόξυνση), 13 από οίδημα «ανθεκτικό» στη συνήθη διουρητική θεραπεία, 12 από ηπατικό κώμα οφειλόμενο σε οξεία ηπατίτιδα από ιό και 9 από οξεία φαρμακευτική δηλητηρίαση.

Ο τρόπος με τον οποίο εφαρμόσαμε στις διάφορες περιόδους την ΟΠΔ, η απόδοσή της ανάλογα με το χρόνο παραμονής του διαλύματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα, και τα πιο σημαντικά από τα προβλήματα που παρατηρήθηκαν με την εφαρμογή της, περιγράφονται αναλυτικά.

Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε είναι ότι η ΟΠΔ παραμένει μία εύχρηστη, ασφαλής και αποδοτική μέθοδος θεραπείας ιδιαίτερα της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, της παρόξυνσης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, του «ανθεκτικού» οιδήματος και της οξείας φαρμακευτικής δηλητηρίασης.