
19.05: *Νεφρίτις Henoch-Schoenlein: Προγνωστικοί παράγοντες στην Κλινική πορεία.*

**Π. Ζέης, Ι. Νακοπούλου, Θ. Τσουκάτου,
Χ. Σταυρινάδης.**

(Β' Παιδιατρική Κλινική και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Παν. Αθηνών)

19.15-19.30: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΣΑΒΒΑΤΟ 21 ΜΑΡΤΙΟΥ 1987

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ

ΘΕΜΑ: «Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ»

Συντονιστής: Παπαδόδημας Ν.

**Εισηγητές: Παπαδάκης Γεώργιος
Παπαδάκης Γαβριήλ
Σταθάκης Χαράλαμπος
Ουζουνίδου Αικατερίνη**



**33η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ**

ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.

ΑΘΗΝΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 20 ΜΑΡΤΙΟΥ 1987

ΠΡΩΪΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ:

10.00: Υποτροπιάζον νεφρωσικό σύνδρομο. Θεραπευτική αντιμετώπιση με κυκλοσπορίνη Α.
Γ. Κυριακόπουλος, Κ. Κοντογιάννη και Χρ. Πλιάκα
(Τμήμα Τ.Ν. Γ.Ν. Λάρισσας)

10.10: Βουτυροχολινεστεράση και νεφρική μεταμόσχευση.
Μαρία Μυρωνίδου - Τζουβελέκη, Σ. Καπούλας,
Αικατερίνη Παπαγιάννη, Μ. Πυρπασόπουλος.
(Εργαστήριο Πειραματικής Φαρμακολογίας και Α' Π.Π. Κλινική Α.Π.Θ.)

10.20: Το Ακυλονίγ στη θεραπεία του απλού έρπητα, και έρπητα ζώστηρα στη Νεφρική Μεταμόσχευση.
Σ. Κυριακίδης, Θ. Βλάσσης, Κ. Μεγαλοκονόμος,
Γ. Ζαβός, Σ. Κοντοστόλης, Ε. Παμαρέλου,
Α. Κωστάκης και Ι. Χωματάς.
(Μεταμοσχευτικό Κέντρο Γ. Λαϊκού Νοσοκ. Αθηνών).

10.30-10.45: ΣΥΖΥΤΗΣΗ

10.45: Μεταμόσχευση Νεφρού σε ασθενείς με συστηματικά νοσήματα.
Γ. Σακελλαρίου, Ε. Αλεξόπουλος, Π. Κουκούδης,
Τ. Νάτσε, Χ. Χατζηδημητρίου
και Μ. Παπαδημητρίου.
(Νεφρ. Μονάδα Ιπποκρ. Ν.Θ., Α.Π.Θ.)

10.55: *Versinia Sp.* σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.
Γ. Βαγιωνάς, Μ. Αρβανιτίδου - Βαγιωνά,
Κ. Χατζηκωνσταντίνου, Β. Δανηλίδη
και Σ. Φαλιτός.
(Τμήμα Παθ.Κλινικής Β' Ν. ΙΚΑ Θεσ/νίκης και Εργαστήριο Μικροβιολογίας Ν. Ειδικών Παθ. Θεσ/νίκης)

11.05: Οικογενές ουραιμικό αιμολυτικό σύνδρομο.
Μ. Παπαδημητρίου, Γ. Βέργουλας, Ε. Αλεξόπουλος,
Π. Ανάσης, Κ. Τοαταλάς.
(Β' ΠΠ Κλινική Α.Π.Θ.)

11.15-11.30: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

11.30-11.45: ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11.45: Κλινικο-παθολογοανατομική εικόνα και πορεία της σπειραματονεφρίτιδας στο σύνδρομο Sjögren.
Κ. Χ. Σιαμόπουλος, Κ. Παπαδημητρίου, Φ. Σώτσιου και
Χ. Μ. Μουτσόπουλος.
(Νεφρ. Τμήμα Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκόστα»).

11.55: Ανίχνευση αντισωμάτων HTLV-III σε ουραιμικούς υπό αιμοκάθαρση.
Ι. Ευστρατόπουλος, Π. Τζοβλά, Α. Γιαλεράκη,
Ν. Κωτσάνης, Ι. Βέργος, Α. Παπαδάμ, Π. Φωκάς.
(Μ.Τ.Ν. Αθηναικής Κλινικής και Αιματ. Εργαστήριο Γ.Λαϊκού Ν. Αθηνών)

12.05: Ογκοειδείς επασβεστώσεις σε αιμοδιύλιζομένους ασθενείς. Θεραπευτική αντιμετώπιση με θειοθειικό νάτριο.
Γ. Κυριακόπουλος, Χρ. Πλιάκας, Κ. Κοντογιάννη,
Ε. Πατσιδίδη, Ο. Μανωλάκη
(Τμήμα Τ.Ν. Γ.Ν. Λάρισσας)

11.15-13.00: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

16.00: ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ Ε.Ν.Ε.

ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

18.00: Η σημασία του προσδιορισμού της οστεοκαλσιτονίνης (BGP) του ορού στην προχωρημένη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.
Μ. Καραμούζης, Μ. Πυρπασόπουλος, Χ. Μοσχονάς,
Σ. Καπούλας, Κ. Παπαγιάννη, Α. Τρακατέλλης.
(Εργ. Βιολ. Χημείας ΑΠΘ και Α' ΠΠ Κλινική ΑΠΘ)

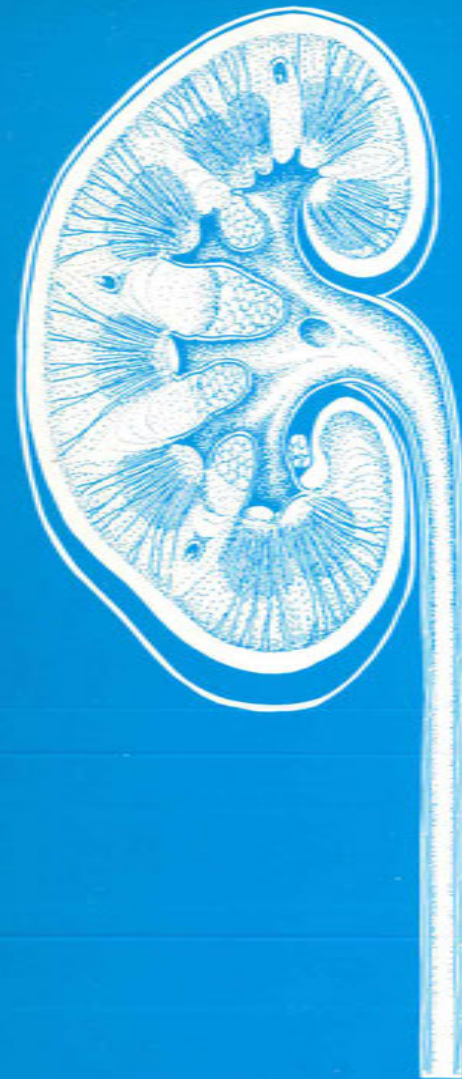
18.10: Αυξημένη Νατριούρηση από την προσθήκη ασβεστίου στη διαίτα στην ιδιοπαθή υπέρταση.
Α.Ν. Λαζαρίδης, Χ.Ν. Καΐσης, Κ.Ι. Ζανανίρι,
Χ.Δ. Συργκάνης, Α.Α. Τουρκαντώνης.
(Α' Π. Κλινική ΑΠΘ)

18.20: Η αντιμετώπιση των υπερτασικών κρίσεων με «Captopril».
Α. Ευστρατόπουλος, Π. Τζοβλά, Ι. Βέργος.
(Β' Π. Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών)

18.30-18.45: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

18.45: Μετατροπή κυκλοσπορίνης Α σε Αζαθειοπρίνη και αντίθετα στη νεφρική μεταμόσχευση.
Θ. Βλάσσης, Ι. Παπαθεοφάνης, Σ. Κυριακίδης,
Κ. Μεγαλοκονόμος, Ι. Καραβασίλης, Χαρ. Σταθάκη,
Α. Αγραφιώτης, Ι. Χωματάς.
(Μεταμοσχευτικό Κέντρο Γ.Λαϊκού Ν.Αθηνών)

18.55: Λεϊσμανιάση σε νεφρική μεταμόσχευση.
Κ. Μεγαλοκονόμος, Θ. Βλάσσης, Σ. Κυριακίδης,
Γ. Ζαβός, Σ. Κοντοστόλης, Μ. Ξεφτέρη, Α. Κωστάκης,
Ι. Χωματάς.
(Μεταμοσχευτικό Κέντρο Γ.Λαϊκού Ν.Αθηνών)



ΠΡΑΚΤΙΚΑ

**33η
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ**

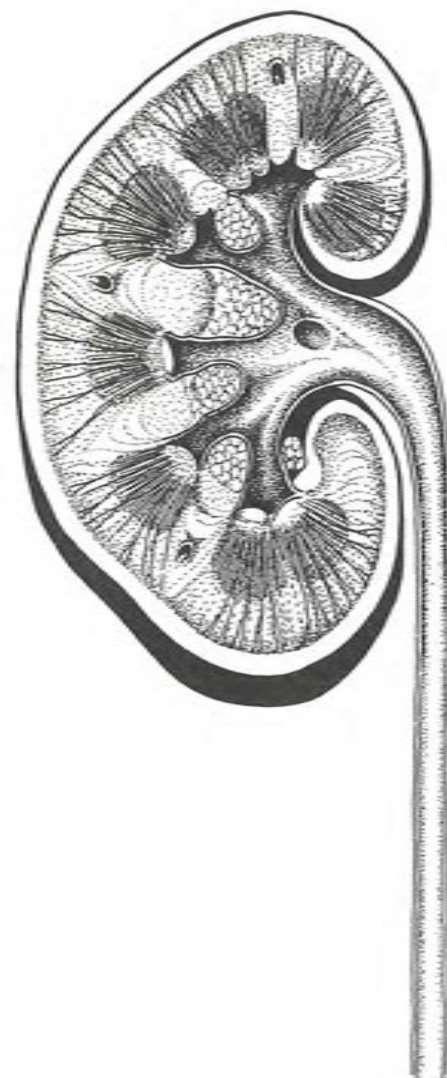
**ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΙΑΣ**

**ΑΘΗΝΑ
20 ΜΑΡΤΙΟΥ 1987**

**ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ
Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ



ΠΡΑΚΤΙΚΑ

33η
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
20 ΜΑΡΤΙΟΥ 1987

ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ
Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ





**ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΙΑ**

**ΑΘΗΝΑ 20 ΜΑΡΤΙΟΥ 1987
ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.**

	Σελ.
ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ Α. Γ. Κυριακόπουλος, Κ. Κοντογιάννη και Χρ. Πλιάκας.....	7
ΒΟΥΤΥΡΥΛΟΧΟΛΙΝΕΣΤΕΡΑΣΗ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ Μαρία Μυρωνίδου-Τζουβελέκη, Σ. Καπούλας, Αικατερίνη Παπαγιάννη και Μ. Πυρπασόπουλος	8
ΤΟ ΑΣΥΣΛΟΝΙΡ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΠΛΟΥ ΕΡΠΗΤΑ ΚΑΙ ΕΡΠΗΤΑ ΖΩΣΤΗΡΑ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ Σ. Κυριακίδης, Θ. Βλάσσης, Κ. Μεγαλοκονόμος, Γ. Ζαββός, Σ. Κοντοστόλης, Ε. Γιαμαρέλλου, Α. Κωστάκης, Ι. Χωματάς	9
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ Γ. Σακελλαρίου, Ε. Αλεξόπουλος, Π. Κουκούδης, Τ. Νάτσε, Χ. Χατζηδημητρίου, Μ. Παπαδημητρίου.....	10
YERSINIA SP. ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ Γ. Βαγιωνάς, Μ. Αρβαντιδου-Βαγιωνά, Κ. Χατζηκωνσταντίνου, Β. Δανιηλίδης και Σ. Φαλτσής.....	11
ΟΙΚΟΓΕΝΕΣ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (ΟΑΣ) Μ. Παπαδημητρίου, Γ. Βέργουλας, Ε. Αλεξόπουλος, Π. Ανάσης και Κ. Τσαταλάς.....	12
ΚΛΙΝΙΚΟ-ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOUREN Κ. Χ. Σιαμόπουλος, Κ. Παπαδημητρίου, Φ. Σώτσιου και Χ.Μ. Μουτσόπουλος.....	13
ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ HTLV-III ΣΕ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟΥΣ ΥΠΟ ΑΙΜΑΤΟΚΑΘΑΡΣΗ Α. Ευστρατόπουλος, Π. Τζοβλά, Α. Γιαλεράκη, Ν. Κωστάκης, Ι. Βέργος, Α. Παπαδάμ και Π. Φωκάς.....	14
ΟΓΚΟΕΙΔΕΙΣ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΔΙΪΛΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΘΕΙΟΘΕΪΚΟ ΝΑΤΡΙΟ Γ. Κυριακόπουλος, Χρ. Πλιάκας, Κ. Κοντογιάννη, Ε. Παταΐδης και Ο. Μανωλάκης.....	15
Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΚΑΛΤΣΙΝΗΣ (BGP) ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΧΝΑ) Μ. Καραμούζης, Μ. Πυρπασόπουλος, Χ. Μοσχονάς, Σ. Καπούλας, Κ. Παπαγιάννη, Α. Τρακατέλλης.....	16
ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΝΑΤΡΙΟΥΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΣΤΗΝ ΔΙΑΙΤΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ Α.Ν. Λαζαρίδης, Χ.Ν. Καΐσης, Κ.Ι. Ζανάνι, Χ.Δ. Συργκάνης, Α.Α. Τουρκαντάνης.....	17

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ ΜΕ CAPTOPRIL	
A. Ευστρατόπουλος, Π. Τζοβλά, Ι. Βέργος	18
ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗΣ Α (CYA) ΣΕ ΑΖΑΘΙΟΠΡΙΝΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΘΕΤΑ ΣΤΗΝ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ	
Θ. Βλάσσης, Ι. Παπαθεοφάνης, Σ. Κυριακίδης, Κ. Μεγαλοκονόμος, Ι. Καραβασιλής, Χαρ. Σταθάκης, Α. Αγραφιώτης, Ι. Χωματάς	19
ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗ ΣΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ	
Κ. Μεγαλοκονόμος, Θ. Βλάσσης, Σ. Κυριακίδης, Γ. Ζαββός, Σ. Κοντοστόλης, Μ. Ξεφτέρη, Α. Κωστάκης, Ι. Χωματάς	20
ΝΕΦΡΙΤΙΣ ΗΕΝΟΧ-SCHOENLEIN: ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ	
Π. Ζέης, Λ. Νακοπούλου, Θ. Τσουκάτου, Χ. Σταυρινάδης	21

**ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ.
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ Α**

Γ. Κυριακόπουλος, Κ. Κοντογιάννη και Χρ. Πλιάκας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Γυναίκα ηλικίας 48 ετών, κάτοικος Μονάχου, προ διαίτας παρουσίασε νεφρωσικό σύνδρομο. Διαπιστώθηκε σπειραματονεφρίτιδα μετά ελαχίστων αλλοιώσεων και τέθηκε σε αγωγή κατ' αρχάς με κορτιζόνη 100 mg ημερησίως και κυκλοφωσφαμίδη 100 mg και εν συνεχεία με αζαθειοπρίνη 100 mg ημερησίως και 60 mg παρ' ημέρα κορτιζόνη.

Επειδή παρουσίασε λευκοπενία διακόπηκε η αζαθειοπρίνη και έκτοτε η ασθενής ευρίσκονταν με βαθμιαίως ελαττωμένη δόση κορτιζόνης.

Μετά ένα έτος και ενώ η ασθενής ελάμβανε 20 mg κορτιζόνης ημ. υποτροπίασε η λευκωματουρία. Όταν εξετάσθηκε στο εξωτερικό μας ιατρείο ελάμβανε 75 mg κορτιζόνης ημ., υπήρχαν οιδήματα στα κάτω άκρα και παραπονείτο δι' έντονα οστικά άλγη.

Χορηγήσαμε κυκλοσπορίνη Α (CyA) κατ' αρχάς 75 mg δύο φορές ημ. και μετά 20/ήμερον 100 mg δύο φορές ημερησίως. Η κορτιζόνη ελαττώθηκε ανά 10ήμερο από 75 mg σε 50 mg και εν συνεχεία σε 37,5 mg. Μετά 40 ημέρες ελάμβανε 20 mg κορτιζόνης και με σαφώς βελτιωμένη την κλινική και εργαστηριακή της εικόνα επέστρεψε στο Μόναχο.

Τρεις μήνες από της ενάρξεως της αγωγής με CyA ελάμβανε μόνο 5 mg κορτιζόνης και 140 mg Χ2 CyA και μετά δίμηνο (5 μήνες από της ενάρξεως με CyA) διακόπηκε τελείως η κορτιζόνη. Το ερώτημα είναι πότε θα διακοπεί η CyA.

ΒΟΥΤΥΡΥΛΟΧΟΛΙΝΕΣΤΕΡΑΣΗ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Μαρία Μυρωνίδου - Τζουβελέκη, Σ. Καπούλας,
Αικατερίνη Παπαγιάννη και Μ. Πυρπασόπουλος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με σκοπό την ενδεχόμενη επίδραση της «νεφρικής μεταμόσχευσης» στην δραστηριότητα της βουτυρυλοχολινεστεράσης (BuChE) του πλάσματος, έγινε ο προσδιορισμός του ενζύμου στο πλάσμα 10 αιμοκαθαρόμενων ουραιμικών ασθενών που υποβλήθηκαν σε επιτυχή νεφρική μεταμόσχευση.

Οι προσδιορισμοί έγιναν την προηγούμενη μέρα της μεταμόσχευσης, μία εβδομάδα, δύο εβδομάδες, ένα μήνα και δύο μήνες μετά τη μεταμόσχευση.

Τα αποτελέσματα των προσδιορισμών είναι τα ακόλουθα:

Μέσες τιμές BuChE (U.1⁻¹)
πλάσματος

πριν την μεταμόσχευση	1 εβδομάδα μετά	2 εβδομάδες μετά	1 μήνα μετά	2 μήνες μετά
6392,00	4516,50	4280,50	4691,50	5806,50
± 2095,53	± 1107,22	± 999,48	± 1034,04	± 1220,75

Συμπέρασμα: Η δραστηριότητα της BuChE του πλάσματος των ασθενών μετά τη μεταμόσχευση ελαττώνεται, και επανέρχεται στις προς της μεταμόσχευσης τιμές ύστερα από 2 μήνες περίπου.

ΤΟ ΑCYCLOVIR ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΑΠΛΟΥ ΕΡΠΗΤΑ ΚΑΙ ΕΡΠΗΤΑ ΖΩΣΤΗΡΑ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Σ. Κυριακίδης, Θ. Βλάσσης, Κ. Μεγαλοκόνομος, Γ. Ζαββός,
Σ. Κοντοστόλης, Ε. Γιαμαρέλλου, Α. Κωστάκης, Ι. Χωματάς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Acyclovir (9-(2 hydroxyethoxymethyl) guanine, Acycloguanosine) είναι ένα χημικό συνθετικό με αντιϊκή δράση κατά της ομάδας ιών του έρπητα. Το φάρμακο χορηγήθηκε σε 11 ανοσοκατασταλαμένους ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού.

Από αυτούς οι 8 ασθενείς έπαιρναν CY-A με κορτικοειδή, οι 2 AZ και κορτικοειδή και ένας τριπλό σχήμα (AZA - CYA - ΚΟΡΤΙΖΟΝΗ).

Οι επτά ασθενείς είχαν Έρπητα Ζωστήρα (2 γεννητικών οργάνων, ένας αρ. άνω άκρου και 4 θωρακικού τοιχώματος).

Τρεις είχαν απλό Έρπητα που δεν ανταποκρίθηκε στη θεραπεία με Ισοχουρίδινη 5%. Ένας ασθενής είχε Ερπητική βλεννογονίτιδα (οισοφάγου - στομάχου).

Η δόση σε ασθενείς με φυσιολογική κάθαρση κρεατινίνης ήταν 5mg/kg* κάθε 8 ώρες. Παρόλο που το φάρμακο αποβάλλεται με τη σπειραματική διήθηση πιθανό να γίνεται και λειτουργικά αποβολή αυτού από τα νεφρικά σωληνάκια.

Έτσι σε ασθενείς με κάθαρση κρεατινίνης μικρότερης των 30ml/sec το φάρμακο εδόθη σε δόση μικρότερη των 5mg/kg* ημερησίως και σε ασθενείς με κάθαρση κρεατινίνης μεταξύ 20 και 80ml/sec σε δόση 5mg/kg* ημερησίως.

Η χορήγηση έγινε ενδοφλέβια και σε χρονικό διάστημα 2 λεπτών ή από το στόμα. Το φάρμακο βρέθηκε αποτελεσματικό σε όλες τις περιπτώσεις. Σ' αυτές τις δόσεις δεν διαπιστώθηκε τοξικότητα στον μυελό των οστών, αντίθετα δε, σε μία περίπτωση με λευκοπενία που χορηγήθηκε, η λευκή σειρά επανήλθε σχεδόν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Δεν υπήρξε σημαντική επίδραση του φαρμάκου στην ηπατική βιολογία των ασθενών ή επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας τους.

ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ
 ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΝΟΣ/ΜΕΙΟΥ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
 ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝ/ΜΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
 Δ/ΝΤΗΣ: ΑΝ. ΚΑΘ. Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Γ. Σακελλαρίου, Ε. Αλεξόπουλος, Π. Κουκούδης, Τ. Νάτσε,
 Χ. Χατζηδημητρίου, Μ. Παπαδημητρίου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από το 1981 μέχρι το Γενάρη του 1987, 224 ασθενείς με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας υποβλήθηκαν σε 237 μεταμοσχεύσεις νεφρού. Σε 12 από 224 ασθενείς η αιτία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας ήταν συστηματικό νόσημα. Αναλυτικά 8/12 ασθενείς είχαν σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι και διαβητική νεφροπάθεια (Ομάδα Α) (6 άνδρες Μ ηλικία 37 χρόνια). Επτά από 8 ασθενείς έλαβαν μόσχευμα από συγγενή ζωντανό δότη και 1 από πτωματικό δότη. Από τους υπόλοιπους 4 ασθενείς 3 είχαν συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο (Μ ηλικία 27 χρόνια) και 1 μεσογειακό πυρετό (ομάδα Β).

Οι 4 αυτοί ασθενείς υποβλήθηκαν σε 6 μεταμοσχεύσεις από τις οποίες 4 από συγγενή ζωντανό δότη και 2 από πτωματικό δότη. Το πρωτόκολλο ανοσοκαταστολής περιλάμβανε συνδυασμό μεθυλοπρεδνιζολόνης αζαθειοπρίνης και μετά το 1983 προστέθηκε κυκλοσπορίνη. Στην ομάδα Α ο μέσος χρόνος λειτουργίας του μοσχεύματος ήταν 34 μήνες (Διακύμανση από 2-106 μήνες). Τρεις από τους 8 πέθαναν (1 έμφραγμα μυοκαρδίου, 1 υπογλυκαιμικό κώμα, 1 σήψη) από τους οποίους μόνο 1 απέρριψε το μόσχευμα ενώ οι 2 είχαν στοιχεία χρόνιας απόρριψης με τιμές κρεατινίνης 2,8 και 4,3 mg/dl. Ένας ασθενής απέρριψε και επανήλθε σε πρόγραμμα χρόνιας αιμοκάθαρσης μετά 12 μήνες. Οι υπόλοιποι 4 ασθενείς έχουν φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

Από την ομάδα Β 2/3 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε 4 μεταμοσχεύσεις απέρριψαν τα μοσχεύματα σε διάστημα από 9 μέχρι 16 μήνες. Μία ασθενής επανήλθε σε φορητή διαπεριτοναϊκή κάθαρση ενώ η δεύτερη ασθενής πέθανε από ηπατικό κώμα λόγω προϋπάρχουσας χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας. Οι υπόλοιποι 2 ασθενείς συνεχίζουν να ζουν με φυσιολογική νεφρική λειτουργία 6 και 56 μήνες αντίστοιχα.

Συζητούνται τα προβλήματα των ασθενών και ιδιαίτερα το θέμα της ανοσοκαταστολής σε σύγκριση με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
 Β' ΝΟΣ/ΜΕΙΟ ΙΚΑ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
 Δ/ΝΤΗΣ: ΑΜ. ΕΠ. ΚΑΘ. Σ. ΦΑΛΤΣΗΣ
 &
 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΝΟΣ/ΜΕΙΟΥ
 ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
 Δ/ΝΤΗΣ Dr. Β. ΔΑΝΙΗΛΙΔΗΣ

YERSINIA SP. ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Γ. Βαγιωνάς, Μ. Αρβαντιδου-Βαγιωνά, Κ. Χατζηκωνσταντίνου,
 Β. Δανηλίδης και Σ. Φαλτσής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Με την ευκαιρία δύο μεμονωμένων κρουσμάτων γαστρεντερίτιδος στην μονάδα τεχνητού νεφρού του Βου Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσ/νίκης, ξεκίνησε μία προγραμματισμένη μελέτη για να καθοριστεί η συχνότητα απομονώσεως και ο τίτλος αντισωμάτων έναντι της *Yersinia Sp.*

Εξήντα εννέα δείγματα κοπράνων ελέγχθηκαν για *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Aeromonas* και *Cryptosporidia*, σε διάστημα δύο έως τριών εβδομάδων από 38 ασθενείς, 22 άνδρες ηλικίας 30-75 χρόνων (ΜΟ: 57) και 16 γυναίκες ηλικίας 18-70 χρόνων (ΜΟ: 51), που βρισκόταν σε πρόγραμμα χρόνιας αιμοκαθάρσεως από 4-102 μήνες (ΜΟ: 38).

Σε δύο από τους 38 ασθενείς απομονώθηκε *Yersinia enterocolitica*, ορότυπος 0:5, Βιότυπος 1, φαγότυπος ΧΖ και σε έναν *Yersinia frederiksenii*, ορότυπος 0:16, φαγότυπος ΧΖ. Όλα τα στελέχη της *Yersinia* ήταν ευαίσθητα στην coltrimoxazole, tetracycline, chloramphenicol, sulfadiazine, και cefalothine. Κανείς άλλος μικροοργανισμός από αυτούς που ελέγχθηκαν, δεν απομονώθηκε από τα δείγματα των κοπράνων.

Στο ορό είκοσι ασθενών με μέση τιμή αιματοκρίτου και σιδήρου όρου 24,1% (21-40%) και 208γ% (88-379γ%) αντίστοιχα, βρέθηκε τίτλος αντισωμάτων από 1/80 έως 1/640. Οι άρρωστοι αυτοί έπαιρναν κατά μέσον όρο μία μονάδα αίματος κάθε 52 ημέρες.

Σε 14 ασθενείς που έπαιρναν κατά μέσο όρο μία μονάδα αίματος κάθε 16 μήνες και είχαν μέση τιμή αιματοκρίτου και σιδήρου ορού 25,6% (18-37%) και 73γ% (14-185γ%) αντίστοιχα δεν βρέθηκαν αντισώματα, ενώ στους υπόλοιπους τέσσερις άρρωστους δεν έγινε προσδιορισμός τίτλου αντισωμάτων έναντι της *Yersinia sp.*

Οι αιμοκαθαιρόμενοι ως «πολυμεταγγιζόμενοι» προσελκύουν την *Yersinia*, το «χαρισματικό» αυτό μικροοργανισμό, που προκαλεί πολύ συχνά ευκαιριακή λοίμωξη, συνήθως ασυμπτωματική και σπάνια βαριά σηψαιμία.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΣ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟ ΑΙΜΟΛΥΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (ΟΑΣ)

Μ. Παπαδημητρίου, Γ. Βέργουλας, Ε. Αλεξόπουλος, Π. Ανάσης
και Κ. Τσαταλάς.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από τους 5 ασθενείς με ΟΑΣ που νοσηλεύτηκαν στην Κλινική μας την περίοδο 1977-1987 περιγράφονται δύο αδελφές με ΟΑΣ. Η πρώτη αδελφή (Π.Μ., 20 ετών) προσήλθε δύο μήνες μετά από αυτόματη αποβολή και απόξεση, με έντονη ωχρότητα, οίδημα προσώπου, πυρετό 38,5°C, δύσπνοια, καρδιασμό, ολιγουρία και υπέρταση. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε κρεατινίνη ορού (κρ): 11,0 mg%, ουρία αίματος: 204 mg%, Ht 24%, αιμοπετάλια: 70.000/mm³, FDP: 1/32+, σχιστοκύτταρα στο περιφερικό αίμα και μέγεθος νεφρών φυσιολογικό. Η ασθενής εντάχθηκε σε πρόγραμμα συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης (ΣΦΠΚ) και είχε 16 πλασμαφαϊρέσεις χωρίς αποτέλεσμα. Έξι μήνες αργότερα υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση νεφρού μετά τρεις μήνες το μόσχευμα δεν λειτουργούσε ικανοποιητικά και σήμερα ευρίσκεται σε χρόνια πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Η δεύτερη αδελφή (Α.Β. 20 ετών) προσήλθε δύο χρόνια αργότερα με ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών από 16 μήνες, με ουραιμική συνδρομή, πυρετό 38,5°C από 25 ημέρες, κρ: 4 mg% ουρία: 130 mg%, Ht: 21%, σχιστοκύτταρα: 1/32+, αιμοπετάλια: 100.000/mm³, ούρα 24ώρου: 1500ml και φυσιολογικό μέγεθος νεφρών. Αμέσως χορήγησε πλάσμα και η άρρωστη 48 ώρες αργότερα άρχισε ΣΦΚΠ λόγω ταχείας επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας (κρ: 9,5 mg%, ουρία: 195 mg%, ολιγουρία). Η βιοψία του νεφρού έδειξε υπερπλασία του ενδοθηλίου των μικρών αρτηριολίων και ισχαιμικές αλλοιώσεις στα σπειραματικά μερικά από τα οποία παρουσιάζουν διπλή παρυφή στη βασική τους μεμβράνη. Η θεραπεία συνεχίστηκε με πλασμαφαϊρέση, χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων και ηπαρίνης.

Μετά από 35 ημέρες, η Α.Β. έχει συνεχή βελτίωση της νεφρικής της λειτουργίας (κρ: 3,2 mg%) και απουσία στοιχείων αιμόλυσης και ενδαγγειακής πήξης. Συζητούνται οι προδιαθετικοί παράγοντες του συνδρόμου τα αποτελέσματα της έγκαιρης έναρξης της θεραπείας αρρώστων με ΟΑΣ και γίνεται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

ΚΛΙΝΙΚΟ-ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN

Κ.Χ. Σιαμόπουλος, Κ. Παπαδημητρίου, Φ. Σώτσιου και
Χ.Μ. Μουτσόπουλος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε αντίθεση με την διάμετρη νεφρίτιδα, η Σπειραματονεφρίτιδα δεν αποτελεί συχνή εκδήλωση του συνδρόμου Sjogren αφού σποραδικές μόνο περιπτώσεις αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Στη παρούσα μελέτη περιγράφουμε την κλινικοπαθολογοανατομική εικόνα καθώς και την πορεία της Σπειραματονεφρίτιδας σε 3 γυναίκες με σύνδρομο Sjogren's που παρακολούθηθηκαν για 6,32 και 36 μήνες αντίστοιχα μετά την βιοψία νεφρού. Οι ιστολογικές διαγνώσεις της νόσου ήταν: διάχυτη υπερπλαστική, μεμβρανοϋπερπλαστική και μεμβρανώδης σπειραματονεφρίτιδα, με κυριώτερο λοινό κλινικοεργαστηριακό εύρημα την μέτρια μέχρι βαρεία λευκωματουρία.

Η χορήγηση κορτικοειδών σε συνδυασμό με κυκλοσπορίνη -Α ή κυκλοφωσφamide είχαν σαν αποτέλεσμα την μείωση ή εξαφάνιση της λευκωματουρίας καθώς και την βελτίωση ή αποκατάσταση της μειωμένης νεφρικής λειτουργίας.

Συμπερασματικά: Η σπειραματονεφρίτιδα του συνδρόμου Sjogren που εκδηλώνεται συνήθως με ποικίλου βαθμού λευκωματουρία έχει μια ποικιλία ιστολογικών αλλοιώσεων αλλά ανταποκρίνεται με επιτυχία και για μακρύ χρονικό διάστημα σε θεραπευτική αγωγή με ανοσοκασταλτικά φάρμακα.

ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ
«ΑΘΗΝΑΪΚΗΣ» ΚΛΙΝΙΚΗΣ
Δ/ΝΤΗΣ: Α. ΕΥΣΤΡΑΤΟΠΟΥΛΟΣ &

ΑΙΜΑΤ. ΕΡΓ. ΛΑΪΚΟΥ ΝΟΣΙΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
Δ/ΝΤΗΣ: Τ. ΜΑΝΔΑΛΑΚΗ

**«ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ HTLV-III
ΣΕ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟΥΣ ΥΠΟ ΑΙΜΑΤΟΚΑΘΑΡΣΗ»**

Α. Ευστράτοπουλος, Π. Τζοβλά, Α. Γιαλεράκη, Ν. Κωστάκης,
Ι. Βέργος, Α. Παπαδάμ και Π. Φωκάς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιματοκάθαρση χρειάζονται συχνά μεταγγίσεις αίματος και είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι σε ιογενείς νόσους όπως η ηπατίτιδα-Β και η μη-Α μη-Β ηπατίτιδα. Επειδή από πρόσφατες περιγραφές σε Δυτικοευρωπαϊκές Χώρες έχει βρεθεί ότι μικρό ποσοστό (2-8%) αιμοδιυλιζομένων και περισσότερο μεταμοσχευθέντων νεφροπαθών είναι φορείς αντισωμάτων έναντι του HTLV-III (του ιού AIDS), ελέγξαμε τους ασθενείς της Μονάδας μας για αντισώματα προς τον HTLV-III.

Οι ορροί 99 ασθενών που υποβάλλονται σε αιματοκάθαρση ελέγχθηκαν για αντισώματα HTLV-III με την μέθοδο ELISA (VIRONOSTIKA, ORGANON). Από τους 99 ασθενείς (ηλικίας 22-28 ετών) οι 58 ήταν άνδρες και οι 41 γυναίκες, και ο χρόνος που υποβάλλονταν σε αιματοκάθαρση κυμαινόταν από 2 μήνες ως 12 έτη. Οκτώ απ' αυτούς είναι φορείς του ιού της ηπατίτιδας-Β, ενώ 6 είχαν υποβληθεί κατά το παρελθόν σε ανεπιτυχή μεταμόσχευση νεφρού. Ουδέννας από τους ορρούς που εξετάστηκαν βρέθηκε να έχει αντισώματα για τον ιό HTLV-III.

Συμπεραίνεται ότι ο κίνδυνος εμφάνισης συνδρόμου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιματοκάθαρση είναι μηδενικός, τουλάχιστον στον Ελληνικό χώρο.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ
Δ/ΝΤΗΣ: Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

**ΟΓΚΟΕΙΔΕΙΣ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΣΕΙΣ
ΣΕ ΑΙΜΟΔΙΪΛΙΖΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΜΕ ΘΕΙΟΘΕΪΙΚΟ ΝΑΤΡΙΟ**

Γ. Κυριακόπουλος, Χρ. Πλιάκας, Κ. Κοντογιάννη,
Ε. Πατσιδη και Ο. Μανωλάκη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Περιγράφομε τρεις περιπτώσεις ασθενών μας που η κλινική τους εικόνα είναι ομοία της ογκοειδούς επασβεστώσεως. Όλοι έχουν φυσιολογικά επίπεδα ασβεστίου και υπερφωσφαταιμία λόγω ανεπαρκούς λήψεως υδροξειδίου του αλουμινίου. Ο πρώτος παρουσιάζει διόγκωση από εναποθέσεις του ασβεστίου στην περιοχή της μετακαρποφαλαγγικής αρθρώσεως του 2ου δακτύλου της δεξιάς χειρός, στους ώμους και στους αγκώνες. Η εξέλιξη των αποπιτανώσεων ήταν βραδεία και προοδευτική διόγκωση των ιστών με αποτέλεσμα άλγος, δυσμορφία και λειτουργική ανεπάρκεια του δείκτη. Χειρουργικώς εξαιρέθηκε ένα τμήμα της αποπιτανωμένης μάζας αλλά μετά έτος υποτροπιάσε και σήμερα χρειάζεται νέα επέμβαση. Ο ασθενής από 6/μήνου λαμβάνει στο τέλος κάθε διυλήσεως 5 g θειοθειικό νάτριο. Το μόνο ευεργητικό αποτέλεσμα αυτής της αγωγής είναι η εξαφάνιση της διογκώσεως του αριστερού ώμου. Ο δεύτερος ασθενής παρουσίασε αποπιτανώσεις και διόγκωση του αριστερού ώμου. Μετά 6/μηνο χορήγηση θειοθειικού νατρίου είχαμε βελτίωση. Η τρίτη ασθενής παρουσίασε αποπιτανώσεις μεταξύ της 2ας και 3ης φάλαγγας του δείκτη και στην περιοχή της 2ας φάλαγγας του μεγάλου δακτύλου της δεξιάς χειρός. Μετά 4/μηνο λήψη παρουσιάσθηκε βελτίωση της καταστάσεώς της.

Συμπερασματικά η εξαμήνος χορήγηση του θειοθειικού νατρίου είχε σαν αποτέλεσμα μερική βελτίωση των ογκοειδών επασβεστώσεων.

ΕΡΓ. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΧΗΜΕΙΑΣ Α.Π.Θ.
Δ/ΝΤΗΣ: ΚΑΘ. Α. ΤΡΑΚΑΤΕΛΛΗΣ
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΠ. ΚΛΙΝ. Α.Π.Θ.
Δ/ΝΤΗΣ: ΚΑΘ. Γ. ΤΣΟΥΡΟΥΤΣΟΓΛΟΥ

**Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ
ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΚΑΛΤΣΙΝΗΣ (BGP) ΤΟΥ ΟΡΟΥ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΧΝΑ)**

Μ. Καραμούζης, Μ. Πυρπασόπουλος, Χ. Μοσχονάς, Σ. Καπούλας,
Κ. Παπαγιάννη και Α. Τρακατέλλη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η εκτίμηση της αξίας του προσδιορισμού της μη κολλαγονικής πρωτεΐνης της θεμέλιας ουσίας των οστών BGP, ως δείκτη του οστικού μεταβολισμού στη προχωρημένη ΧΝΑ.

Η μελέτη έγινε σε 65 άτομα τα οποία χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες, την ομάδα των φυσιολογικών ατόμων (Φ.Α., 10 άνδρες + 10 γυναίκες), την ομάδα των αιμοδιυλιζομένων (Τ.Ν., 16 άνδρες + 14 γυναίκες) και την ομάδα ΧΝΑ. (κάθαρση κρεατινίνης 20-5ml/min, 8 άνδρες + 7 γυναίκες).

Στα παραπάνω άτομα προσδιορίστηκαν με σύγχρονες βιοχημικές μεθόδους, το Ca⁺⁺, ο Ρi, η κάθαρση κρεατινίνης, η αλκαλική φωσφατάση (Α.Φ.), το οστικό ισοένζυμο της Α.Φ. (με θερμική αδρανοποίηση) και η BGP και I-PTH με RIA μεθόδους. Τα αποτελέσματά μας φαίνονται στον πίνακα.

Ομάδα	Ηλικία, Χρόνια	Κάθαρ. κρεατ., ml/min	Ca ⁺⁺ MEq/l	Ρi, Mg%	Α.Φ. U/l (37°C)	Οστ.Ισοένζ* U/l (37°C)	BGP** ng/ml	I-PTH Pg/ml
Φυσιολογική (20)	50 (24-70)	107,6 ± 12,9	2,42 ± 0,14	3,5 ± 0,6	18,0 ± 15,0	14,0 ± 6,9	5,5 ± 1,7	48,2 ± 25,9
TN (30)	51,8 (26-67)	=0	2,09 ± 0,49	6,8 ± 1,8	44,2 ± 17,3	24,5 ± 11,8	24,3 ± 14,4	328,7 ± 238,9
% αυξημ. τιμών					14%	60%	89,3%	89,3%
ΧΝΑ. (15)	58 (27-72)	20,5 (12,4 ± 5,7)	1,86 ± 0,18	8,4 ± 4,7	36,8 ± 10,1	22,8 ± 8,7	18,7 ± 12,4	219,0 ± 118,0
% αυξημ. τιμών					13%	40%	73%	80%

* Οστ. ισοένζ. Α.Φ. (x)

** BGP (x)

ΦΑ/TN, p < 0,001 - ΦΑ/ΧΝΑ, p < 0,05

ΦΑ/TN, p < 0,001 - ΦΑ/ΧΝΑ, p < 0,001

Συμπέρασμα: Από τα παραπάνω προκύπτει ότι: Ο προσδιορισμός της BGP του ορού είναι ένας καλός βιοχημικός δείκτης του αυξημένου οστικού μεταβολισμού στη προχωρημένη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, καλύτερος από το οστικό ισοένζυμο της Α.Φ.

Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ.,
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΧΕΠΑ, ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

**ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΝΑΤΡΙΟΥΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΣΘΗΚΗ
ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΣΤΗΝ ΔΙΑΙΤΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Α.Ν. Λαζαρίδης, Χ.Ν. Καϊσής, Κ.Ι. Ζανανίρι, Χ.Δ. Συργκάνης,
Α.Α. Τουρκαντώνης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υποστηρίζεται ότι η προσθήκη ασβεστίου (Ca) στη διαίτα ελαττώνει την αρτηριακή πίεση σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση. Επειδή υπάρχουν κοινοί μηχανισμοί μεταφοράς του Na και Ca στα νεφρικά σωληνάρια ερευνήσαμε για πιθανή διουρητική και νατριουρητική δράση της αυξημένης per os πρόσληψης Ca σε 18 ασθενείς (10 άνδρες, 8 θήλειες μέσης ηλικίας 47,5 ± 2,7 ετών mean ± SEM) με ήπια ως μέτρια ιδιοπαθή υπέρταση. Οι ασθενείς, τρεις εβδομάδες τουλάχιστον χωρίς θεραπεία, με την είσοδο στο νοσοκομείο άρχισαν σταθερή διαίτα με ημερήσια πρόσληψη 120 mmol Na και 1gr περίπου Ca. Μετά 4 ημέρες περίοδο εξισορρόπησης χορηγήθηκε τυχαία στους μισούς 1gr στοιχειακού Ca per os επί πλέον ημερησίως και στους υπόλοιπους placebo για 5 ημέρες.

Μετά 3 ημέρες απομάκρυνσης του φαρμάκου στην ομάδα του placebo χορηγήθηκε 1gr Ca και το αντίθετο για άλλες 5 ημέρες. Σε 15 από τους ασθενείς 2 l ισοτόνου διαλύματος NaCl χορηγήθηκε I.V. σε 4h την τελευταία ημέρα κάθε περιόδου της μελέτης.

Η προσθήκη Ca στη διαίτα ανέβασε ελαφρά αλλά στατιστικά σημαντικά το ολικό, ιονισμένο Ca πλάσματος και το Ca ούρων. Επίσης στη περίοδο χορήγησης Ca ελαττώθηκε το σωματικό βάρος (από 76,0 ± 2,1 σε 75,1 ± 2,0 kg p < 0,01) η συστολική πίεση (από 149,3 ± 3,2 σε 143,6 ± 2,8 mmHg p < 0,05) και αυξήθηκε η κλασματική απέκκριση Na% (από 0,61 ± 0,09 σε 1,36 ± 0,16, p < 0,01).

Η αθροιστική απέκκριση Na στα ούρα (5 ημέρες) αυξήθηκε κατά 400 mmol περίπου σε κάθε ασθενή. Κατά την έγχυση NaCl υπό προσθήκη Ca η ωριαία αποβολή ούρων αυξήθηκε (από 112 ± 80 σε 178 ± 30 pl p < 0,01). Το ίδιο παρατηρήθηκε στην αποβολή Na (από 20,4 ± 3,7 σε 41,2 ± 6,9 mmol/h, p < 0,01), στη σχέση Na/κρεατινίνη ούρων (από 0,32 ± 0,5 σε 0,65 ± 0,1 mmol/mg, p < 0,01) και στη κάθαρση ωσμολίων (από 3,0 ± 0,3 σε 4,5 ± 0,4 ml/min, p < 0,01).

Η δραστηριότητα ρενίνης και η αλδοστερόνη πλάσματος αυξήθηκαν ελαφρά (p > 0,05). Συμπερασματικά η προσθήκη Ca στη διαίτα προκαλεί αυξημένη νατριούρηση που πιθανόν συμμετέχει στις παρατηρούμενες μεταβολές της αρτηριακής πίεσης.

Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ ΜΕ CAPTOPRIL

Α. Ευστρατόπουλος, Π. Τζοβλά, Ι. Βέργος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Δοκιμάστηκε η χρήση CAPTOPRIL στην σταθερή δόση των 25 MG (υπογλώσσια ή σε καταπινόμενο δισκίο) στην αντιμετώπιση υπερτασικών κρίσεων.

Στην μελέτη έλαβαν μέρος 40 ασθενείς, 30 άνδρες και 10 γυναίκες ηλικίας 17-76 ετών. Από αυτούς οι 19 έπασχαν από ιδιοπαθή υπέρταση, οι 12 από νεφραγγειακή υπέρταση και 9 από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (οι 5 υπό αιμοκάθαρση). Στο σύνολο των 40 ασθενών το CAPTOPRIL μείωσε σημαντικά τόσο την συστολική όσο και την διαστολική ΑΠ (από $178 \pm 29/110 \pm 18$ σε $138 \pm 20/88 \pm 19$ MM. Hg., $MT \pm SD$, $p < 0,001$) χωρίς αξιόλογη μεταβολή της καρδιακής συχνότητας. Η έναρξη δράσεως άρχιζε μετά από 10-30', ενώ το μέγιστο της πτώσεως της ΑΠ παρατηρήθηκε 30-180' μετά την λήψη του φαρμάκου (κάπως συντομώτερα μετά την υπογλώσσια λήψη)· το υποτασικό αποτέλεσμα διαρκούσε από 2 ως 6 ώρες.

Η πτώση της υψηλής ΑΠ, τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής, ήταν περίπου εξ ίσου σημαντική και για τις 3 ομάδες των υπερτασικών (κάπως πιο έντονη βέβαια στην ομάδα με την νεφραγγειακή υπέρταση). Παρά την μη σημαντική διαφοροποίηση του υποτασικού αποτελέσματος μεταξύ των 3 ομάδων, υπήρξε -εν τούτοις- σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των βασικών τιμών (προ της χορηγήσεως του CAPTOPRIL) της δραστηριότητας της ρενίνης του πλάσματος και της μεγίστης μείωσεως της μέσης ΑΠ (Δ_{MAP}) ($r = 0,784$, $p < 0,001$).

Συμπεραίνεται ότι το CAPTOPRIL είναι πολύ αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση υπερτασικών κρίσεων, ανεξερτήτως αιτιολογίας υπερτάσεως· συνιστάται πάντως περισσότερη προσοχή κατά την πρώτη χορήγηση σε γνωστή νεφραγγειακή υπέρταση.

ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗΣ Α (CYA) ΣΕ ΑΖΑΘΙΑΠΡΙΝΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΘΕΤΑ ΣΤΗΝ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Θ. Βλάσσης, Ι. Παπαθεοφάνης, Σ. Κυριακίδης,
Κ. Μεγαλοκονόμος, Ι. Καραβασίλης, Χαρ. Σταθάκης, Α. Αγραφιώτης,
Ι. Χωματάς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

58 άρρωστοι έκαναν μεταμόσχευση νεφρού την διετία Σεπτ. 1984-Σεπτ. 1986 (33 πτωματικά, 25 συγγενικά). 47 άρρωστοι (26 πτωμ. + 21 συγγεν.) έλαβαν CYA + κορτιζόνη σαν ανακαταστολή και 11 άρρωστοι (7 πτωμ. + 5 συγγ.) Αζαθαπρίνη + κορτιζόνη. Η αρχική δράση της CYA ήταν 10 mg / kg τον πρώτο μήνα και μετά μειώνετο ανάλογα με τις στάθμες και την κλινική πορεία του αρρώστου.

11 άρρωστοι στην ομάδα CYA (5 πτωμ.+6 συγγ.) άλλαξαν σε AZA, δύο ακόμα διέκοψαν την CYA και είναι μόνο με κορτιζόνη και 3 στην ομάδα της AZA άλλαξαν σε CYA.

Οι λόγοι στην CYA ομάδα ήταν:

Από μια περίπτωση με πνευμοκύστη Carinii, υποτρ. ουρολοιμώση, ασταθή νεφρική λειτουργία, βαρεία υπέρταση, TBC πνευμόνων, διάρροια, οξεία απόρριψη και βαρεία ηπατοξοτικότητα σε συνδυασμό θεραπείας με Rifampicin, συνδυασμός αιματοουρίας + ηπατοτοξικότητα + νεφροτοξικότητα και δύο με ηπατοτοξικότητα και δύο με νεφροτοξικότητα.

Τρεις άρρωστοι έκανα οξεία απόρριψη την 7η - 20η ημέρα από την διακοπή της CYA εκ των οποίων οι δύο ανταποκρίθηκαν στην αντιπορριπτική θεραπεία. Η πνευμοκύστη Carinii ανταποκρίθηκε στην ειδική θεραπεία και οι υπόλοιπες περιπτώσεις ανταποκρίθηκαν στην διακοπή της CYA εκτός της μιας υπέρτασης και μιας νεφροτοξικότητας που οδήγησε στην απόρριψη του μοσχεύματος.

Οι 3 περιπτώσεις της AZA ομάδας αφορούσαν επιμένουσες απορρίψεις. Η μια ανταποκρίθηκε καλά, η άλλη επίσης αλλά αργότερα παρουσίασε νεφροτοξικότητα και ξαναγύρισε στην AZA. Η τρίτη δεν ανταποκρίθηκε.

Οι δύο περιπτώσεις διακοπής της CYA και παραμονής στην κορτιζόνη μόνο αφορούσαν ασθενείς με πολυκυστική νόσο, που η βαθμιαία μείωση της CYA δεν έφερε αποτέλεσμα, η δε τελεία διακοπή της CYA επανέφερε την ηπατική λειτουργία στο φυσιολογικό μετά από αρκετό χρονικό διάστημα.

ΛΕΙΣΜΙΝΙΑΣΗ ΣΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Κ. Μεγαλοκονόμος, Θ. Βλάσσης, Σ. Κυριακίδης, Γ. Ζαββός,
Σ. Κοντοστόλης, Μ. Ξεφτέρη, Α. Κωστάκης, Ι. Χωματάς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πνευμονικές λοιμώξεις, ιώσεις και ουρολοιμώξεις αποτελούν συνήθεις αιτίες πυρετού σε Μεταμοσχευμένους ασθενείς.

Στην Μονάδα μας νοσηλεύσαμε πρόσφατα ασθενή ο οποίος είχε προ διατίας υποβληθεί σε Νεφρική Μεταμόσχευση. Άτυπα πυρετικά κύματα χωρίς εμφανή στοιχεία εντοπισμένης ή διαχύτου λοιμώξεως ήταν η αιτία της περιοδικής και βραχείας νοσηλείας του (εξ' εισαγωγής).

Λευκοπενία και μεγαλοσπληνία συνοδά του εμπυρέτου συνδρόμου έθεσαν την υπόνοια λεισημανιάσεως η οποία επεβεβαιώθη με στερνική παρακέντηση η οποία απέδειξε την ύπαρξη αφθώνων λεισημανιών.

Σε ειδική θεραπευτική αγωγή (Glucadime) η νόσος υφέθη προσωρινά για να υποτροπιάσει δύο φορές εν συνεχεία.

Η παρούσα περίπτωση αποτελεί την πρώτη στην Ελλάδα τουλάχιστον σε μεταμοσχευμένη ασθενή, γι' αυτό παρουσιάζεται και συζητούνται οι τρόποι αντιμετώπισεως και οι εξ' αυτής κίνδυνοι.

ΝΕΦΡΙΤΙΣ HENOC-H-SCHOENLEIN: ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ

Π. Ζέης, Λ. Νακοπούλου, Θ. Τσουκάτου, Χ. Σταυρινάδης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύνδρομο Henoch-Schoenlein χαρακτηρίζεται από πορφυρικό εξάνθημα εμφανιζόμενο συνήθως στα κάτω άκρα και τους γλουτούς, αθραλγίες, κοιλιακά άλγη και σε πολλές περιπτώσεις αιμορραγία από το πεπτικό. Σε σημαντικό ποσοστό συνοδεύεται από συμμετοχή των νεφρών.

Παρακολουθήσαμε 21 παιδιά ηλικίας 2,5-13 χρόνων, 12 αγόρια και 9 κορίτσια για χρονικό διάστημα από 2,5 - 6,5 χρόνια. Όλοι οι άρρωστοι κατετάγησαν σε στάδια σύμφωνα με τη σταδιοποίηση Coupanan και συν.

Στάδιο Α. Φυσική εξέταση, αρτηριακή πίεση, γεν. ούρων και νεφρική λειτουργία φυσιολογικά.

Στάδιο Β. Μικρού Βαθμού ευρήματα στα ούρα, φυσιολογική φυσική εξέταση και νεφρική λειτουργία, με μικροσκοπική αιματοουρία ή λευκωματοουρία < 1g/24ωρο.

Στάδιο Γ. Ενεργός νεφρική νόσος, λευκωματοουρία > 1g/24ωρο ή/και υπέρταση με φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

Στάδιο Δ. Νεφρική ανεπάρκεια άλλοτε άλλου βαθμού, με πτώση της νεφρικής σπειραματικής διήθησης < 60ml/1' /1,73m².

Νεφρική βιοψία έγινε σε 10 παιδιά σταδίου Β-Δ. Σε όλες τις περιπτώσεις ο ιστός περιείχε πάνω από 15 σπειράματα και εξετάστηκαν με κοινό μικροσκόπιο και μικροσκόπιο αμεσου ανοσοφθορισμού.

Οι σπειραματικές αλλοιώσεις κατετάγησαν με κοινό μικροσκόπιο βάσει της κατάταξης της διεθνούς μελέτης νεφρικών νοσημάτων για παιδιά (6 στάδια). Όλα τα παιδιά (7) με ιστολογικές αλλοιώσεις I και II σταδίου αποκαταστάθηκαν πλήρως. Στη μελέτη ιστού με μικροσκόπιο ανοσοφθορισμού 8 παιδιά από τα 10 είχαν θετική διάχυτη εναπόθεση IgA στο μεσάγγειο λεπτοκοκκιώδους τύπου και 6 παρόμοια εναπόθεση C₃.

Σε 2 περιπτώσεις συνυπήρχε εναπόθεση IgG και σε μία περίπτωση IgM σφαιρίνης. Καίτοι έχουν ανιχνευθεί κυκλοφορούντα ανοσοσυμπλέγματα περιέχοντα AgA καθώς και εναπόθεση IgA στο μεσάγγειο των σπειραμάτων, τα στεροειδή και η ανοσοκαταστολή γενικά δεν φαίνονται ιδιαίτερα δραστικά. Η πρόγνωση κατά κύριο λόγο εξαρτάται, όπως φαίνεται, από το στάδιο των ιστολογικών αλλοιώσεων.