



---

**ΣΑΒΒΑΤΟ 12-3-88 ώρα 10.00 π.μ.**

---

**6ο ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ**

**ΘΕΜΑ: «Η υπόταση της Αιμοκάθαρσης»**

**Συντονιστής : Ν. ΠΑΠΑΓΑΛΛΑΝΗΣ**

**Εισηγητές:**

- X. ΖΑΜΠΟΥΛΗΣ
- E. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ
- K. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
- M. ΣΙΑΚΩΤΟΣ
- Γ. ΠΟΥΛΙΑΣΗ
- A. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ-ΣΤΥΛΙΑΝΟΠΟΥΛΟΥ



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**

---

**35<sup>η</sup>**

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ**

---

**ΑΘΗΝΑ 11 & 12 ΜΑΡΤΙΟΥ 1988**  
**ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.**

---

---



## ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 11-3-88

### ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

#### I. Πρόεδρος: Ν. Παπαδόδημας

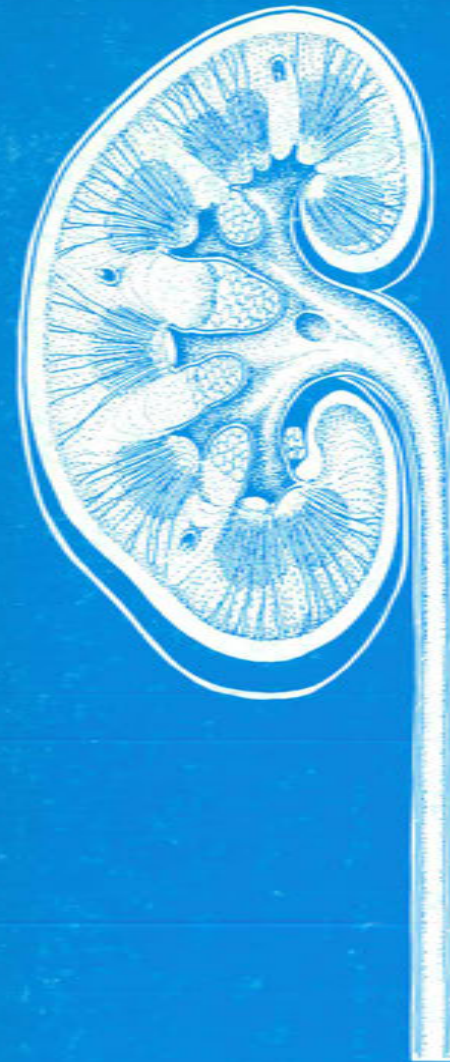
- 16.50-17.00: Νεφρική κρίση σκληροδέρματος.**  
*Δ. Τσακίρης, Κ. Καραμήτσος, Α. Καρακόλια, Δ. Παπαδοπούλου, Μ. Λεονταίνη και Γ. Σακελαρίου.*  
(Νεφρ. Τμήμα Ιπποκρ. Νοσ. Θεσ/νίκης)
- 17.00-17.10: Ενδιαφέρουσα περίπτωση «Προφυρίας αιμοκάθαρσης».**  
*Β. Δερβενιώτης, Φ. Χρυσομάλης, Κ. Παπαγιάννη, Α. Αλιβάνης, Δ. Γρέκας και Μ. Πυρπασόπουλος.*  
(Νεφρ. Τμήμα Νοσ. ΑΧΕΠΑ Θεσ/νίκης)
- 17.10-17.20: Περίπτωση Βαρείας Οξείας Ιατρογενούς Υπερνατριάμιας.**  
*Κ. Σιαμόπουλος, Ε. Ελισάφ, Χ. Λήτου, Κ. Μπουραντάς*  
(Νεφρ. Τμήμα & Α' Παθ. Κλιν. Γ.Ν. Ιωαννίνων)
- 17.20-17.30: Μη παραγωγικός βήχας από την χρησιμοποίηση των αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου.**  
*Κ. Μαυροματίδης, Σ. Σπαΐα, Σ. Σιδέρη, Ε. Καραγιάννη, Γ. Βαγιωνάς.*  
(Νεφρ. Τμήμα Β' Νοσ. ΙΚΑ Θεσ/νίκης)
- 17.30-17.45: Συζήτηση**

#### II. Πρόεδρος: Β. Χατζηκωνσταντίνου

- 17.45-17.55: Ο χρόνος νοσηλείας για τις επιπλοκές των αιμοκαθαιρομένων στη διάρκεια του έτους 1987 (συγκριτική μελέτη).**  
*Ν. Ζουμπαρίδης, Φ. Χριστίδου, Γ. Βαγιωνάς*  
(Νεφρ. Τμήμα Β' Νοσοκ. ΙΚΑ Θεσ/νίκης)
- 17.55-18.05: Η ενεργός οστεοκαλσίνη και η οστική πυκνότητα ως πρώιμοι δείκτες της νεφρικής οστεοδυστροφίας.**  
*Β. Δερβενιώτης, Μ. Καραμούζης, Κ. Παπαγιάννη, Α. Αλιβάνης, Δ. Γρέκας και Π. Πυρπασόπουλος.*  
(Νεφρ. Τμήμα Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ Θεσ/νίκης)
- 18.05-18.15: Ασβεστιουρία, Νεφρογενής κυκλική Μονοφωσφορική Αδενοσίνη ούρων και Παραθορμόνη του ορού στην ιδιοπαθή υπέρταση.**  
*Ν. Παπαγαλάνης, Δ. Σκοπελίτης, Ε. Βέβε, Γ. Κωστόγιαννη, Α. Καραμπάτσος, Ν. Αφεντάκης, Α. Φλώρος, Ν. Παπανικολάου και Θ. Μουντοκαλάκης.*  
(Β' Παθ. Κλιν. Παν/μίου Αθηνών, Β' Παθ. Κλιν. ΓΝΑ και Βιοχημικό & Ορμονολογικό Εργ. Πολυκλινικής Αθηνών)
- 18.15-18.30: Συζήτηση**
- 18.30-19.00: Διάλειμμα**
- 19.00 : ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ**

**ΠΡΑΚΤΙΚΑ**

**35η  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ  
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ  
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ  
ΕΤΑΙΡΙΑΣ**



**ΑΘΗΝΑ**

**11 & 12 ΜΑΡΤΙΟΥ 1988**

**ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ  
Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.**



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ**



**ΠΡΑΚΤΙΚΑ**

**35η  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ  
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ**

**ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ  
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ  
ΕΤΑΙΡΙΑΣ**

**ΑΘΗΝΑ**

**11 & 12 ΜΑΡΤΙΟΥ 1988**

**ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ  
Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.**

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ**





ΕΛΛΗΝΙΚΗ  
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ  
ΕΤΑΙΡΙΑ

<b>Ο ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΕΤΟΥΣ 1987 (ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ)</b>	
N. Ζουμπάριδης, Φ. Χριστίδου, Γ. Βαγιωνάς .....	7
<b>ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΒΑΡΕΙΑΣ ΟΞΕΙΑΣ «ΙΑΤΡΟΓΕΝΟΥΣ» ΥΠΕΡΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ</b>	
K.X. Σιαμόπουλος, Μ. Ελισάφ, Χ. Λήτου, Κ. Μπουραντάς .....	9
<b>ΜΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΒΗΧΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΕΠΤΙΚΟΥ ΕΝΖΥΜΟΥ</b>	
K. Μαυροματίδης, Σ. Σπαΐα, Σ. Σιδέρη, Ε. Καραγιάννη, Γ. Βαγιωνάς .....	10
<b>ΝΕΦΡΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑΤΟΣ (ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΚΑΙΡΙΑ 3 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ)</b>	
Δ. Τσακίρης, Κ. Καραμήτσος, Α. Καρακόλιος, Δ. Παπαδοπούλου, Μ. Λεονταΐνη, Γ. Σακελλαρίου .....	11
<b>ΑΣΒΕΣΤΙΟΥΡΙΑ ΚΥΚΛΙΚΗ ΜΟΝΟΦΩΣΦΟΡΙΚΗ ΑΔΕΝΟΣΙΝΗ ΟΥΡΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ</b>	
N. Παπαγαλάνης, Δ. Σκοπελίτης, Γ. Κωστόγιαννη, Ε. Βέβε, Α. Καραμπάτσος, Ν. Αφεντάκης, Λ. Φλώρος, Ν. Παπανικολάου Θ. Μουντοκαλάκης .....	12
<b>Η ΕΝΕΡΓΟΣ ΟΣΤΕΟΚΑΛΣΙΝΗ ΚΑΙ Η ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΡΩΙΜΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑΣ</b>	
B. Δερβενιώτης, Μ. Καραμούζης, Α. Παπαγιάννη, Ν. Καρατζάς, Π. Αληβάνης, Δ. Γρέκας, Μ. Πυρπασόπουλος .....	14
<b>ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΡΦΥΡΙΑΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ</b>	
B. Δερβενιώτης, Φ. Χρυσομάλλης, Α. Παπαγιάννη, Π. Αληβάνης, Δ. Γρέκας, Μ. Πυρπασόπουλος .....	16

---

**Ο ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ  
 ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΕΤΟΥΣ 1987  
 (ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ)**

---

**Ν. Ζουμπαρίδης, Φ. Χριστίδου, Γ. Βαγιωνάς**

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

---

70 αιμοκαθαιρόμενοι άρρωστοί νοσηλεύθηκαν στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (Μ.Τ.Ν.) του Νοσοκομείου μας στην διάρκεια του έτους 1987. Οι 40 ήταν μόνιμοι πάσχοντες της Μ.Τ.Ν. με χρόνο παραμονής στη θεραπεία της αιμοκάθαρσης από 12 μέχρι 70 μήνες (Μ.Ο. 40 μήνες). Οι 30 άρρωστοι προέρχονταν από άλλες Μ.Τ.Ν. και εξυπηρετήθηκαν από μας για διάφορους λόγους. Κανείς από τους αιμοκαθαιρόμενους δεν έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη.

Από τους μόνιμους άρρώστους νοσηλεύθηκαν στην κλινική, για κάποια επιπλοκή, οι 23, ενώ από τους υπόλοιπους οι 7. Τα κυριότερα αίτια νοσηλείας κατά σειρά συχνότητας ήταν:

- α) Καρδιαγγειακά για 14 ασθενείς (20%) με 117 ημέρες νοσηλείας.
- β) Επιπλοκές από την αγγειακή προσπέλαση 8 ασθενείς (11,4%) με 73 ημέρες νοσηλείας.
- γ) Λοιμώξεις 6 ασθενείς (8,5%) με 30 ημέρες νοσηλείας.
- δ) Υπερκαλιαιμία 5 ασθενείς (7,1%) για 5 ημέρες.
- ε) Ασκίτης 2 ασθενείς (2,8%) για 23 ημέρες.
- στ) Νεοπλασίες 2 ασθενείς (2,8%) για 5 ημέρες.
- ζ) Περικαρδίτιδα 1 ασθενής (1,4%) για 15 ημέρες.
- η) Διάφορα αίτια 5 ασθενείς για 57 ημέρες.

Έτσι για το έτος 1987 χρειάστηκαν 325 ημέρες νοσηλείας για 60 εισαγωγές, με Μ.Ο. ημερών ανά εισαγωγή 8,4 και Μ.Ο. ημερών ανά ασθενή 10,8.

**Συμπεράσματα:**

1. Ο αριθμός των εισαγωγών περιορίστηκε σημαντικά και ο αριθμός των ημερών νοσηλείας, ανά ασθενή, από 24 ημέρες που ήταν στην πενταετία 1977-81 μειώθηκε σε 11 ημέρες το 1987.
2. Για το έτος 1987 χρειάστηκε περίπου ένα (0,89) νοσοκομειακό κρεβάτι την ημέρα για την νοσηλεία των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών.
3. Η μείωση του αριθμού των εισαγωγών και η σαφής ελάττωση των ημερών νοσηλείας των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών οφείλεται στο δραστικό περιορισμό των επιπλοκών και κυρίως της περικαρδίτιδας.
4. Τα ευεργετικά αυτά αποτελέσματα για τους αρρώστους και την πολιτεία, οφείλονται κυρίως σε δύο παραγώγους: τη θεραπεία του νερού αιμοκάθαρσης και την εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού.

ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ  
& Α' ΠΑΘΟΛ. ΚΛΙΝ.  
ΓΕΝ. ΝΟΣΟΚ. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
«Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»

---

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΒΑΡΕΙΑΣ ΟΞΕΙΑΣ «ΙΑΤΡΟΓΕΝΟΥΣ»  
ΥΠΕΡΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ**

---

**Κ.Χ. Σιαμόπουλος, Μ. Ελισάφ, Χ. Λήτου, Κ. Μπουραντάς**

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Βαρεία υπερνατρίαμια λόγω αύξησης του Νατρίου του οργανισμού είναι συνήθως ιατρογενής. Η θνητότητα στους ενήλικες ασθενείς με Νάτριο ορού > 160 mEq/L ξεπερνάει το 60% και εξαρτάται μερικώς τόσο από την οξύτητα της εγκατάστασης όσο και από τη βαρύτητα. Οι ασθενείς που επιζούν έχουν συνήθως μόνιμες βλάβες από το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση μιας λεχωίδας, 24 ετών, η οποία επέζησε χωρίς νευρολογικές διαταραχές μετά από οξεία βαρεία υπερνατρίαμια (νάτριο ορού 178 mEq/L) λόγω χορήγησης υπέρτονου χλωριονατριούχου ορού (15%).

Ο ορός είχε τοποθετηθεί κατά λάθος κατά την έναρξη του τοκετού. Τριάντα λεπτά μετά τον τοκετό, η ασθενής παραπονέθηκε για βαρεία κεφαλαλγία που ακολουθήθηκε αργότερα από γενικευμένους σπασμούς και κόμα.

Στην κλινική εξέταση η ασθενής φαινόταν καλά ενυδατωμένη. Η θερμοκρασία ήταν 39°C, οι σφύξεις 160/min, οι αναπνοές 33/min και η αρτηριακή πίεση 170/100 mmHg.

Τότε διαπιστώθηκε η ενδοφλέβια χορήγηση του υπέρτονου χλωριονατριούχου ορού, ο οποίος αντικαταστάθηκε με διάλυμα γλυκόζης (5%). Η πιθανή διάγνωση της υπερνατρίαμιας επιβεβαιώθηκε με τον βιοχημικό έλεγχο του αίματος.

Στις επόμενες δώδεκα ώρες και μετά από συνολική χορήγηση 6 λίτρων ορού γλυκόζης (5%), η κλινική και βιοχημική εικόνα της ασθενούς βελτιώθηκε σημαντικά, ενώ 24 ώρες μετά τη διάγνωση η ασθενής ήταν τελείως καλά χωρίς συμπτώματα ή σημεία νευρολογικής βλάβης.

Από όσο γνωρίζουμε, βιβλιογραφικά, υπάρχει μία ακόμη περίπτωση ασθενή με βαρεία ιατρογενή υπερνατρίαμια (Νάτριο ορού 175 mEq/L) μετά από έγχυση με υπέρτονο χλωριούχο νάτριο μιας υδατίδας ηπατικής κύστης που επέζησε χωρίς νευρολογικά επακόλουθα.



---

**ΜΗ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΣ ΒΗΧΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ  
ΤΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΕΠΤΙΚΟΥ ΕΝΖΥΜΟΥ**

---

Κ. Μαυροματίδης, Σ. Σπαΐα, Σ. Σιδέρη, Ε. Καραγιάννη, Γ. Βαγιωνάς

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

---

Παρουσιάζονται δύο περιπτώσεις υπερτασικών γυναικών ηλικία 42 και 69 ετών που έπαιρναν μόνον αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου (ACE) και παρουσίαζαν ξηρό μη παραγωγικό βήχα που υποχώρησε με την διακοπή του φαρμάκου και επανεμφανίστηκε με την επαναχρησιμοποίησή του.

Στην πρώτη περίπτωση ο βήχας παρουσιάστηκε και μετά από αλλαγή του είδους του ACE, εναλαπρίλη αντί καπτοπρίλης. Η δεύτερη άρρωστη αρνήθηκε να πάρει εναλαπρίλη.

Παρουσιάζουμε τις δύο αυτές περιπτώσεις για να κάνουμε γνωστή την ενδιαφέρουσα αλλά σπανιώτατη αυτή επιπλοκή των αναστολέων του ACE. Οι περιπτώσεις είναι οι πρώτες που ανακοινώνονται στον Ελληνικό χώρο, ενώ τα περιστατικά της διεθνούς βιβλιογραφίας είναι περιορισμένα.

Σημειώνουμε την 8χρονη εμπειρία της κλινικής μας. 312 υπερτασικοί ρυθμίστηκαν με αναστολείς του ACE, κυρίως καπτοπρίλη, με μικρές δόσεις (25-100 mg/24ωρο) είτε ως μονοθεραπεία, είτε σε συνδυασμό με άλλα αντιυπερτασικά φάρμακα.

---

**ΝΕΦΡΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑΤΟΣ  
(ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΚΑΙΡΙΑ 3 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ)**

---

Δ. Τσακίρης, Κ. Καραμήτσος, Α. Καρακόλιος, Δ. Παπαδοπούλου,  
Μ. Λεοντοίνη, Γ. Σακελλαρίου

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

---

Η πρόγνωση του σκληροδέρματος με νεφρική συμμετοχή έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια λόγω «επιθετικής» αντιμετώπισης με έγκαιρη αντιυπερτασική αγωγή και αιμοκάθαρση.

Περιγράφουμε τρεις περιπτώσεις σκληροδέρματος με νεφρική προσβολή διαπιστωμένη με νεφρική βιοψία, που παρουσιάστηκαν σαν ταχέως εξελισσόμενη νεφρική ανεπάρκεια.

Συγχρόνως εμφάνιζαν υψηλή αρτηριακή πίεση και χρειάστηκαν θεραπεία υποκατάστασης με αιμοκάθαρση ή συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση.

Ένας από τους αρρώστους με διάχυτο σκληρόδερμα είχε συγχρόνως συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και κατέληξε ύστερα από τρεις μήνες θεραπεία υποκατάστασης.

Στους άλλους δύο ασθενείς με καλύτερης πρόγνωσης ιστολογική εικόνα στη βιοψία ύστερα από θεραπεία με αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου, αιμοκάθαρση και πλασμαφαίρεση, η αρτηριακή πίεση ελέγχθηκε ικανοποιητικά και η νεφρική τους λειτουργία βελτιώθηκε.

Τέλος, συζητούνται τα προβλήματα των αρρώστων όσον αφορά την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία σε σύγκριση με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

Β' ΠΑΘΟΛ. ΚΛΙΝ.  
ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ  
Β' ΠΑΘΟΛ. ΚΛΙΝ. Γ.Ν.Α.  
& ΒΙΟΧΗΜ. & ΟΡΜΟΝ. ΕΡΓ.  
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΘΗΝΩΝ

---

**ΑΣΒΕΣΤΙΟΥΡΙΑ ΚΥΚΛΙΚΗ ΜΟΝΟΦΩΣΦΟΡΙΚΗ ΑΔΕΝΟΣΙΝΗ  
ΟΥΡΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ  
ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

---

Ν. Παπαγαλάνης, Δ. Σκοπελίτης, Γ. Κωστόγιαννη, Ε. Βέβε,  
Α. Καραμπάτσος, Ν. Αφεντάκης, Λ. Φλώρος, Ν. Παπανικολάου  
και Θ. Μουντοκαλάκης

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

---

Σε 8 άτομα με πρόσφατα διαγνωσθήσα ιδιοπαθή υπέρταση και σε 8 φυσιολογικά άτομα της ίδιας ηλικίας και φύλου, προσδιορίστηκαν τα αποβαλλόμενα με τα ούρα Αβέσπιο ( $U_{Ca^{++}}$ ), Νάτριο ( $U_{Na^{+}}$ ), και το νεφρογενές κλάσμα της κυκλικής μονοφωσφορικής Αδενοσίνης (NcAMP), και η παραθορμόνη του ορού (PTH).

Οι υπερτασικοί απέβαλαν μεν περισσότερο  $Ca^{++}$  ( $196,4 \pm 20,4$  έναντι  $160,75 \pm 17,7$  mg/24h) και NcAMP ( $2,33 \pm 0,28$  έναντι  $1,91 \pm 0,23$  pmol/100 GF) πλην όμως η διαφοράς αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Οι υπερτασικοί επίσης, είχαν υψηλότερη στάθμη, PTH στον ορό ( $1,33 \pm 0,13$  έναντι  $1,21 \pm 0,08$  ng/ml) αλλά και πάλι η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Το ποσόν του αποβαλλόμενου  $Ca^{++}$  εξαρτώνταν σημαντικά από το ποσόν του αποβαλλόμενου Νατρίου τόσο στους υπερτασικούς ( $r = 0,73$ ,  $p < 0,05$ ) όσο και στους νορμοτασικούς ( $r = 0,78$ ,  $p < 0,05$ ), αλλά η διαφορά στην αποβολή  $Ca^{++}$  για το αυτό ποσόν Νατρίου στις δύο ομάδες δεν ήταν σημαντική.

Το ίδιο συνέβαινε όταν το ποσόν του αποβαλλόμενου  $Ca^{++}$  σε σχέση με το αποβαλλόμενο Νάτριο υπολογιζόταν για το αυτό επίπεδο καθάρσεως ενδογενούς κρεατινίνης.

Παρά ταύτα η στάθμη της PTH του ορού η οποία εξαρτώνταν θετικά από τον λόγο  $U_{Na^{+}}/U_{Ca^{++}}$  και στις δύο ομάδες ( $r = 0,86$ ,  $p < 0,01$  για τους υπερτασικούς, και  $r = 0,76$ ,  $p < 0,05$  για τους νορμοτασικούς) ήταν υψηλότερη στους υπερτασικούς ( $p < 0,01$ ). Η NcAMP εξαρτώνταν θετικά και στις δύο ομάδες τόσο από την PTH του ορού ( $r = 0,8$ ,  $p < 0,05$  και  $r = 0,83$ ,  $p < 0,01$  για τους

υπερτασικούς και τους νορμοτασικούς αντίστοιχα) όσο και από την Clcr ( $r = 0,78$ ,  $p < 0,05$  και  $r = 0,73$ ;  $p < 0,05$  για τους υπερτασικούς και νορμοτασικούς αντίστοιχα).

Εν τούτοις οι επιμέρους συντελεστές εξάρτησης της NcAMP από την PTH του ορού και την Clcr δείχνουν ότι στους υπερτασικούς αρρώστους η NcAMP των ούρων εξαρτάται κατά το ίδιο ποσοστό από την PTH ( $r = 0,65$ ) και την Clcr ( $r = 0,61$ ), ενώ στους νορμοτασικούς περισσότερο από την PTH ( $r = 0,69$ ) και λιγότερο από την Clcr ( $r = 0,48$ ).

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι στους υπερτασικούς που μελετήθηκαν η PTH του ορού είναι υψηλότερη για το αυτό επίπεδο νατριούρησης και Clcr.

**Η ΕΝΕΡΓΟΣ ΟΣΤΕΟΚΑΛΣΙΝΗ ΚΑΙ Η ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ  
ΩΣ ΠΡΩΙΜΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑΣ**B. Δερβενιώτης, M. Καραμούζης, A. Παπαγιάννη, N. Καρατζάς,  
Π. Αληβάνης, Δ. Γρέκας, M. Πυρπασόπουλος**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Μελετήσαμε 40 χρονίως αιμοκαθαιρόμενους ουραιμικούς ασθενείς, 20 (12 άνδρες και 8 γυναίκες) με κλινικές και/ή εργαστηριακές εκδηλώσεις νεφρικής οστεοδυστροφίας (ομάδα A) και 20 (15 άνδρες και 5 γυναίκες) χωρίς (ομάδα B).

Ως μάρτυρες χρησιμοποιήθηκαν 20 φυσιολογικά άτομα (ομάδα ΦΑ). Η μέση ηλικία των ασθενών στις δύο ομάδες ήταν  $54,2 \pm 11,3$  και  $45,0 \pm 16,8$  χρόνια και η μέση διάρκεια αιμοκάθαρσης  $67,2 \pm 43,9$  και  $15,4 \pm 14,0$  μήνες αντίστοιχα.

Σ' όλα τα παραπάνω άτομα προσδιορίστηκαν το ασβέστιο (Ca), ο φωσφόρος (Pi), η αλκαλική φωσφατάση (ΑΦ), η άθικτη παραθορμόνη (I-PTH) και η οστεοκαλσίνη (BGP).

Επιπρόσθετα, στις δύο ομάδες των ασθενών μετρήθηκε η οστική πυκνότητα με διπλή φωτονιακή απορρόφηση.

Τα αποτελέσματα μας ήταν τα ακόλουθα:

	Ca, mEq/l	Pi, mg%	ΑΦ, U/l	I-PTH, pg/ml	BGP, ng/ml
Ομάδα ΦΑ:	$4,84 \pm 0,28$	$3,50 \pm 0,60$	$30,20 \pm 8,90$	$42,80 \pm 25,90$	$6,80 \pm 2,70$
Ομάδα A:	$4,41 \pm 0,38$	$6,81 \pm 2,20$	$77,54 \pm 32,54$	$330,31 \pm 167,15$	$68,31 \pm 25,78$
Ομάδα B:	$4,42 \pm 0,30$	$4,84 \pm 1,20$	$32,67 \pm 12,17$	$172,80 \pm 124,80$	$43,40 \pm 25,85$

Όπως φαίνεται, η αλκαλική φωσφατάση, η παραθορμόνη και η οστεοκαλσίνη ήταν έκδηλα αυξημένες και στις δύο ομάδες των ασθενών, με διαφορά στατιστικά σημαντική από τους μάρτυρες ( $p < 0,001$ ).

Επίσης, η ΑΦ, η I-PTH και η BGP ήταν σημαντικά μεγαλύτερες στην ομάδα A σε σχέση με την ομάδα B (A/B  $p < 0,001$ ,  $p < 0,005$  και  $p < 0,001$  αντίστοιχα).

Εξάλλου, η οστική πυκνότητα βρέθηκε παθολογικά ελαττωμένη σ' όλους τους ασθενείς της ομάδας A, αλλά και σε πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών της ομάδας B, που δεν είχαν κλινικά και αρκετοί απ' αυτούς και τα «συνήθη» εργαστηριακά ευρήματα της νεφρικής οστεοδυστροφίας.

**Συμπερασματικά** μπορούμε να πούμε, ότι η οστεοκαλσίνη και η οστική πυκνότητα αποτελούν πρώιμους και ευαίσθητους δείκτες της νεφρικής οστεοδυστροφίας, σε χρονίως αιμοκαθαιρόμενους ουραιμικούς ασθενείς.

---

**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΡΦΥΡΙΑΣ  
ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ**

---

**Β. Δερβενιώτης, Φ. Χρυσομάλλης, Α. Παπαγιάννη, Π. Αληβάνης,  
Δ. Γρέκας, Μ. Πυρπασόπουλος**

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

---

Μεταξύ των ανωμαλιών που εμφανίζουν από τα διάφορα συστήματα οι άρρωστοι του Τεχνητού Νεφρού είναι και οι δερματικές αλλοιώσεις. Μία απ' αυτές είναι η «πορφυρία της αιμοκάθαρσης» (ψευδοπορφυρία).

Στη Μονάδα μας νοσηλεύεται άρρωστη ηλικίας 38 χρόνων, που κάνει αιμοκάθαρση από 5 χρόνια.

Στη διάρκεια του θέρους του 1987 εμφάνισε πομφολυγώδη δερματοπάθεια στα δάκτυλα των χεριών που αποδόθηκε σε λοίμωξη, επειδή στο πομφολυγώδες υγρό βρέθηκε εντερόκοκκος.

Έγινε αντιβιοτική θεραπεία με αποτέλεσμα την εξαφάνιση του εξανθήματος, το οποίο επανεμφανίστηκε πρόσφατα μετά από πολύωρη έκθεσή της στον ήλιο.

Ο βιοχημικός έλεγχος έδειξε φυσιολογικά επίπεδα ψευδαργύρου (Zn), έλλειψη μολύβδου (Pb), περίσσεια σιδήρου (Fe) και φυσιολογικά επίπεδα πορφυρινογόνου στα ούρα 24ώρου.

Η μελέτη με έμεσο ανοσοφθορισμό ιστοτεμαχίου δέρματος από τη ραχιαία επιφάνεια του χεριού έδειξε φθορισμό στα τοιχώματα των αγγείων της θηλώδους στιβάδας του χορίου, τόσο με ολικό αντιγόνο, όσο και με αντιγόνο IgG.

Παρά το γεγονός ότι η αιτιοπαθογένεια της πορφυρίας της αιμοκάθαρσης παραμένει αδιευκρίνιστη, πιστεύουμε ότι στην εμφάνιση της δερματοπάθειας στην περίπτωση μας συντέλεσαν η φωτοευαισθησία και η περίσσεια σιδήρου.