

36η
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

υπό την αιγίδα
της Διεθνούς Νεφρολογικής Εταιρείας

ΚΟΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ
ΜΕ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Θεσσαλονίκη, 17, 18 και 19 Νοεμβρίου 1988

Αίθουσα Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Οδός Δημοσθένους 4

36η
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

υπό την αιγίδα
της Διεθνούς Νεφρολογικής Εταιρείας

ΚΟΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ
ΜΕ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Θεσσαλονίκη, 17, 18 και 19 Νοεμβρίου 1988

Αίθουσα Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Οδός Δημοσθένους 4

Θεσσαλονίκη, 25 Οκτωβρίου 1988

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Από μέρους του Δ.Σ. της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας και της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης σας προσκαλούμε να έλθετε στη Θεσσαλονίκη για να συμμετάσχετε στην 36η Επιστημονική Συγκέντρωση της ΕΝΕ. Η Συγκέντρωση αυτή συμπίπτει με τη συμπλήρωση 15 χρόνων από τότε που έφυγε ο αείμνηστος Δ. Ι. Βαλτής, ο πρώτος Πρόεδρος της ΕΝΕ, από τους εμπνευστές της ίδρυσης της Εταιρείας που είχε μάλιστα διατελέσει και Πρόεδρος της Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης. Συγχρόνως όμως υπάρχει και άλλη επέτειος, αυτή των 20 χρόνων από την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού στην Ελλάδα που πάλι χάρη στην ουσιαστική συμβολή του πραγματοποιήθηκε τον Ιούλιο του 1968 στη Θεσσαλονίκη. Τα γεγονότα αυτά επιβάλλουν προσεκτική ανασκόπηση του τι έγινε από εμάς έως σήμερα με σκοπό να προσδιορισθεί η μελλοντική πορεία και να χαραχθούν οι προοπτικές της νέας γενιάς των συναδέλφων που σίγουρα δικφούν για μάθηση και πρόοδο.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
Χ. Σμπαρούνης - Μ. Παπαδημητρίου

ΠΕΜΠΤΗ 17 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1988

Πρωινή Συνεδρίαση

Προεδρείο: Π. Ζηρογιάννης, Μ. Σιών

- 09.00-09.10 Η χρήση του καθετήρα Pig-tail στη φυματίωση του ουροποιητικού συστήματος.
Κ. Βακαλόπουλος, Α. Πτωχός, Ε. Τυροθουλάκης, Ι. Γκολέμης, Χ. Αηδονόπουλος, Α. Παπανικολάου
Ουρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Άγιος Δημήτριος, Θεσσαλονίκη
- 09.10-09.20 Στάθμη διγοξίνης σε ουραιμία, σύγκριση δύο μεθόδων
Κ. Περάκης, Α. Ηλιοπούλου, Δ. Τσούτσος, Μ. Χριστοφοράκη, Π. Ζηρογιάννης, Σπ. Μουλόπουλος
Θεραπευτική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα
- 09.20-09.30 Επιτυχής αντιμετώπιση ασθενούς με θερμοπληξία που παρουσίαζε διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, ηπατική προσβολή και διαταραχές νεφρικής λειτουργίας και οξεο-
βασικής ισορροπίας
Μ. Ελισάφ, Χ. Λήτου, Ε. Λεμονιάτου, Κ. Σιαμόπουλος
Παθολογικός Τομέας Γεν. Νοσοκομείου Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα
- 09.30-09.40 Συζήτηση

- 09.40-09.50 Η βελτίωση της πρόγνωσης της ΟΝΑ ενηλίκων με πρώιμη χορήγηση διουρητικών
Α. Δημητριάδης, Σ. Αντωνίου, Γ. Τζατζάγου, Π. Τσακμάκας, Π. Μάρας, Σ. Ντουλγκέρης
Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Άγιος Δημήτριος, Θεσσαλονίκη
- 09.50-10.00 Νεφροτοξικότητα από φάρμακα σε νοσοκομειακούς ασθενείς
Δ. Κοντογιάννης, Α. Ηλιοπούλου, Μ. Μαυρικάκης, Π. Ζηρογιάννης, Σ. Μουλόπουλος
Θεραπευτική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα
- 10.00-10.10 Οξεία νεφρική ανεπάρκεια από πρωτοπαθή οξάλωση σε ενήλικα
Γρ. Βοσνίδης, Χ. Σταθάκης, Ι. Πολέμης, Α. Παπαδογιαννάκης, Σ. Μιχαήλ, Α. Κωστάκης, Η. Κουλεντιανός, Χ. Δεληβελιώτης, Α. Νακοπούλου
Νεφρολογικό Τμήμα Γεν. Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών και Ουρολογικό Τμήμα Παν/μίου Αθηνών
- 10.10-10.20 Συζήτηση
- 10.20-10.30 Τα αλλουβιακά εδάφη. Ένας άγνωστος παράγοντας υπεύθυνος για τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια στην Ελλάδα
Θ. Γκαλέας, Δ. Μυλωνάς, Π. Φούντα, Σ. Βενέτη
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

- 10.30-10.40 Θεραπεία σηψαιμίας σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Ο ρόλος των επιδημιολογικών δεδομένων του νοσοκομείου
Χ. Σταθάκης, Σ. Μιχαήλ, Α. Αγραφιώτης, Γ. Μπριστογιάννης, Κ. Κατωπόδης, Α. Λαγγουράνης, Ι. Τσούρας, Δ. Γούμενος, Α. Αυλάμη, Γ. Βοσνίδης
Νεφρολογικό Τμήμα και Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα
- 10.40-10.50 Η εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στην πολυκυστική νεφροπάθεια των ενηλίκων
Σ. Βαφειάδης, Ι.Τ. Παπαδάκης, Α. Πατρικαρέα, Κ. Παπακώστας
Νεφρολογικό Τμήμα Νοσηλευτικού Ιδρύματος Μ.Τ.Σ., Αθήνα
- 10.50-11.00 Συζήτηση
- 11.00-11.10 Αναστρέψιμη επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας μετά από χορήγηση ανασταλτών του μετατρεπτικού ενζύμου σε αρρώστους με νεφροπαρεγχυματική βλάβη
Δ. Τσακίρης, Δ. Παπαδοπούλου, Γ. Κούρτογλου, Α. Καρακόλιος, Ν. Καρατζάς, Μ. Παπαδημητρίου
Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γενικό Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη
- 11.10-11.20 Η επίδραση της καπτοπρίλης στη λευκοματουρία αρρώστων με διαβητική νεφροπάθεια και υπέρταση
Μ. Σιών, Γ. Ζιούτας, Μ. Πυρπασόπουλος, Γ. Τσουρουτσόγλου
Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσ/νίκη

11.20-11.30 Ο ρόλος του συμπαθητικού νευρικού συστήματος στη νεφραγγειακή υπέρταση

Α. Καραγιάννης, Χ. Ζαμπούλης, Σ. Δούμα, Κ. Βογιατζής, Α. Βυζαντιάδης, Μ. Παπαδημητρίου, Ν. Βουγιουκλής, Σ. Εφραιμίδης

Β' Προπ. Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. και Ακτινολογικό Τμήμα Γεν. Περιφ. Ιπποκρατείου Νοσοκομείου, Θεσσαλονίκη

11.30-11.40 Συζήτηση

11.40-11.50 Η χρήση της πλασμαφαίρεσης στο σύνδρομο LYELL

Ζ. Παπαδοπούλου-Κουλουμπή, Γ. Σακελλαρίου, Δ. Γάκης

Τμήμα Παιδιατρικής Νεφρολογικού Τμήματος, Γεν. Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

11.50-12.00 Πρόδρομα αποτελέσματα πλασμαφαίρεσης και ανοσοκαταστολής σε μικροσκοπική αγγειίτιδα νεφρού (περιγραφή 2 ασθενών)

Π. Ζηρογιάννης, Κ. Πλατσάκης, Φ. Σώτσιου, Α. Καραγιάννης, Ι. Αυθεντόπουλος

Νεφρολογικό Τμήμα Περιφ. Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Νοσοκομείου Ευαγγελισμός, Αθήνα

12.00-12.05 Συζήτηση

12.05-12.15 Διάλειμμα

12.15 Γενική Συνέλευση της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας

Προεδρείο: Μ. Παπαδημητρίου, Δ. Μέμμος

ΠΕΜΠΤΗ 17 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1988

Απογευματινή Συνεδρίαση

Προεδρείο: Α. Μπίλλης, Ν. Παπαδογιαννάκης

16.45-16.55 Νεφρωσικό σύνδρομο ανθεκτικό στα κορτικοειδή. Κυκλοφωσφαμίδη ή κυκλοσπορίνη-Α;

Δ. Γρέκας, Χ. Καλέκου, Π. Αληβάνης, Β. Δερβενιώτης, Α. Παπαγιάννη, Μ. Πυρπασόπουλος

Α' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσ/νίκη

16.55-17.05 Κυκλοσπορίνη-Α σε παιδιά με νεφρωσικό σύνδρομο μη ανταποκρινόμενο στα κορτικοστεροειδή

Δ. Σιαπέρα, Κ. Στεφανίδης, Α. Νακοπούλου, Β. Αλεβίζου, Κ. Μιχέλης

Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδων Π. και Α. Κυριακού, Αθήνα

17.05-17.15 Νεφρωσικό σύνδρομο σε ασθενείς με λέμφωμα

Α. Μπίλλης, Ν. Νικολοπούλου, Μ. Παραράς, Χ. Χριστοδουλίδου, Μ. Νικηφοράκης, Φ. Σώτσιου, Αικ. Στεφανουδάκη, Δ. Γαλάνης, Μ. Σιακωτός, Α. Πουλόπουλος, Σ. Κουρκουνάκη

Νεφρολογικό, Αιματολογικό, Γ' Παθολογικό Τμήμα και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Θεραπευτήριο Ευαγγελισμός, Αθήνα

17.15-17.25 Συζήτηση

17.25-17.35 Σύστημα μεταφοράς νατρίου-λιθίου στα ερυθρά αιμοσφαίρια ασθενών με IgA νεφροπάθεια

Π. Κοντέσης, Σ. Αλεξόπουλος, D.G. Williams, G.C. Viberti

Unit for Metabolic Medicine και Renal Unit, Guy's Hospital, London

17.25-17.35 Πρωτοπαθής νεφρική αμυλοείδωση. Παρατηρήσεις με την ευκαιρία 15 περιπτώσεων

Ε. Αλεξόπουλος, P.B. Hartley, C.S. Ogg, D.G. Williams, J.S. Cameron

Renal Unit, Guy's Hospital, London

17.45-17.50 Συζήτηση

17.50-18.00 Διάλειμμα

18.00-20.00 Στρογγύλη Τράπεζα: Recent Progress in Glomerulonephritis

Συντονιστής: Prof. J.P. Grunfeld (*Hôpital Necker*)

D. Droz: *Primary IgA nephropathy (Berger's Disease)*

J.P. Grunfeld: *Alport's syndrome and other inherited glomerular diseases*

G. Sakellariou: *Lupus nephropathy*

L.H. Noel: *Recurrent glomerulonephritis after kidney transplantation*

20.00-20.15 Διάλειμμα

20.15-21.00 Διάλεξη

Προεδρείο: Μ. Πυρπασόπουλος, Γ. Βοσνίδης

Prof. A.C. Kennedy (*Glasgow*): *M.R.C. Trials in Glomerulonephritis*

10.00 *ph* Δεξίωση (Electra Palace)

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 18 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1988

Πρωινή Συνεδρίαση

Προεδρείο: Α. Τουρκαντώνης, Μ. Σιακωτός

09.00-09.10 Η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση στην αντιμετώπιση του τελικού σταδίου της ΧΝΑ από διαβητική νεφροπάθεια

Β. Βαργεμέζης, Π. Κουκούδης, Ε. Κοκολίνα, Α.Μ. Μπελεγρά, Π. Ανάσης, Δ. Παπαδοπούλου, Κ. Καραμήτσος, Π. Πασαδάκης, Η. Θώδης, Μ. Παπαδημητρίου

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γενικό Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και Νεφρολογικό Τμήμα Δημοκρίτειου Παν/μίου Θράκης

09.10-09.20 Αντιμετώπιση του πρώτου επεισοδίου περιτονίτιδας με κεφορανίδη, σε ασθενείς υπό συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση

Π. Κουκούδης, Κ. Καραμήτσος, Π. Ανάσης, Ρ. Αντωνιάδου, Χ. Κροκίδου, Μ. Παπαδημητρίου

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ. και Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γεν. Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

09.20-09.30 Περιτονίτιδα από διφθεροειδή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση

Γ. Μαργαρίτη, Μ. Σιακωτός, Β. Μαργέλλος, Αικ. Τζαννίνη, Ν. Νικολοπούλου, Α. Δρούζας, Ι. Μαλέ-

γκος, Μ. Ζαβρός, Ο. Πανιάρα, Α. Μπίλλης
*Νεφρολογικό Τμήμα και Μικροβιολογικό Εργαστήριο
 Θεραπευτηρίου Ευαγγελισμός, Αθήνα*

09.30-09.40 Συζήτηση

09.40-09.50 Η εφαρμογή της Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κά-
 θαρσης σε παιδιά κάτω των 16 Kg στην Ελλάδα

Z. Παπαδοπούλου-Κουλουμπή

*Τμήμα Παιδιατρικής Νεφρολογικού Τμήματος, Γεν.
 Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονί-
 κη*

09.50-10.00 Συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση σε παιδιά με τε-
 λικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας

Κ. Στεφανίδης, Δ. Σιαπέρα, Θ. Αϊβάζογλου, Κ. Μιχέ-
 λης

*Νεφρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδων Π. και
 Α. Κυριακού, Αθήνα*

10.00-10.10 Αξιολόγηση μονού-διπλού συστήματος στη συνεχή φο-
 ρητή περιτοναϊκή κάθαρση

Π. Κουκούδης, Β. Βαργεμέζης, Ε. Κοκολίνα, Π. Ανά-
 σης, Γ. Βέργουλας, Α.Μ. Μπελεχρή, Κ. Καραμήτ-
 τος, Π. Πασαδάκης, Η. Θώδης, Μ. Παπαδημη-
 τρίου

*Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γενικό Περιφ. Ιππο-
 κράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης και Νεφρολογι-
 κό Τμήμα Δημοκρίτειου Παν/μίου Θράκης*

10.10-10.20 Συζήτηση

10.20-10.30 Η χρησιμότητα της fistula στους ασθενείς που εντάσ-
 σονται σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση

Γ. Μεταξάτος, Ι. Μαλέγκος, Ν. Τσιάνας, Β. Μαργέ-
 λλος, Μ. Ζαβρός, Μ. Ραμπάμπα, Δ. Χατζηγιαννακός,
 Γ. Σταυγιανουδάκης, Μ. Τζιάμαλης, Α. Μπίλλης

*Νεφρολογικό Τμήμα Θεραπευτηρίου «Ευαγγελι-
 σμός», Αθήνα*

10.30-10.40 Ιστική αντίδραση στη σιλικόνη και στο dactron του χρό-
 νιου περιτοναϊκού καθετήρα

Σ. Αντωνίου, Θ. Τόλιου, Α. Δημητριάδης, Π. Μάρας

*Μονάδα Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρ-
 σης, Α' Παθολογική Κλινική και Παθολογοανατομι-
 κό Εργαστήριο Γεν. Νοσοκομείου Άγιος Δημήτριος,
 Θεσσαλονίκη*

10.40-10.50 Η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση στη θεραπευ-
 τική αντιμετώπιση ασθενών σε τελικό στάδιο Χ.Ν.Α.
 Κλινική πείρα επί 230 διαδοχικών περιπτώσεων (Δε-
 κέμβριος 1981 - Οκτώβριος 1988)

Ε. Κοκολίνα-Σίμογλου, Π. Κουκούδης, Β. Βαργεμέ-
 ζης, Τ. Νάτσε, Α.Μ. Μπελεχρή, Κ. Καραμήττος, Δ.
 Παπαδοπούλου, Δ. Γάκης, Ι. Ίμβριος, Ρ. Αντωνιά-
 δου, Μ. Παπαδημητρίου

*Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφερειακό Ιπ-
 ποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη*

10.50-11.00 Συζήτηση

11.00-11.15 Διάλειμμα

Προεδρείο: Β. Χατζηκωνσταντίνου, Σ. Βαφειάδης

- 11.15-11.25 Μεταβολές των λεμφοκυτταρικών υποπληθυσμών πριν και μετά την αιμοκάθαρση
Μ. Δανιηλίδης, Γ. Σακελλαρίου, Ζ. Πολυμενίδης, Γ. Μυσερλής, Ελ. Ψωμογερίδου-Παπακυριαζή, Μ. Παπαδημητρίου
Τμήμα Ανοσολογίας και Εθν. Περιφ. Εργ. Ιστοσυμβατότητας και Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- 11.25-11.35 Κλινικές, μεταβολικές και ορμονολογικές διαταραχές ουραιμικών ασθενών σε θεραπεία με αιμοκάθαρση και αιμοδιήθηση
Δ. Γρέκας, Π. Αληβάνης, Μ. Καραμούζης, Α. Μπαλλά, Σ.Χ. Αντωνίου, Μ. Πυρπασόπουλος
Α' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- 11.35-11.45 Συγκριτική αξιολόγηση της κλασσικής αιμοκάθαρσης, της αιμοδιαδιήθησης και της αιμοδιήθησης σε χρόνιους ουραιμικούς ασθενείς
Γ. Σακελλαρίου, Γ. Μυσερλής, Τ. Νάτσε, Ε. Κοκολίνα, Θ. Παπαδοπούλου, Μ. Παπαδημητρίου
Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφερ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- 11.45-11.55 Συζήτηση
- 11.55-12.05 Αλλεργικές αντιδράσεις σε χρόνιους αιμοκαθαζόμενους ασθενείς. Μελέτη του ρόλου του αιθυλενοξειδίου και της φορμόλης
Γ. Σακελλαρίου, Τ. Νάτσε, Π. Μαργάρη, Ε. Αλεξό-

πούλος, Β. Παστουρματζή, Μ. Παπαδημητρίου
Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφερ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

- 12.05-12.15 Μembrάνες διαφορετικής βιοσυμβατότητας έχουν διαφορετικές ιδιότητες απομάκρυνσης των φλεγμονωδών παραγόντων
Δ. Σταματιάδης, Α. Αγραφιώτης, Μ. Βάρλα, Γ. Μπριστογιάννης, Σ. Μιχαήλ, Α. Κατσαρού, Κ. Κατωπόδης, Ε. Νεοφωτίστου, Α. Σταυροπούλου και Γ. Βοσνίδης
Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου και Ανοσολογικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου, Αθήνα
- 12.15-12.25 Μεταβολές της β₂-μικροσφαιρίνης στην αιμοκάθαρση. Σύγκριση μεμβρανών-μεθόδων
Γ. Σακελλαρίου, Ε. Κοκολίνα, Π. Μαργάρη, Β. Παστουρματζή, Μ. Παπαδημητρίου
Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- 12.25-12.35 Συζήτηση
- 12.35-12.45 Μεταβολές κλινικών και βιολογικών παραμέτρων μετά χορήγηση α-Αν ΕΠΟ σε βαρείς αναιμικούς αρρώστους υπό χρόνια αιμοκάθαρση
Β. Αγρογιάννης, Γ. Διγενής, Γ. Γρίβας, Δ. Κουτσίκος, Δ. Τζανάτου-Εξάρχου, Α. Βάρσου-Παπαδημητρίου, Ωρ. Τραυλού, Αρ. Φερτάκης, Ιπ. Γιατζίδης
Νεφρολογικό Κέντρο Ιατρικού Τμήματος Παν/μίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

12.45-12.55 Ανασταλτική επίδραση του ιοντικού ασβεστίου του ορού στην αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων κατά την υπόταση και την υποβολαιμική υπέρταση της αιμοκάθαρσης

Ν. Παπαγαλάνης, Λ. Δούμας, Ε. Κουλουρίδης, Ι. Μπουτόπουλος, Ε. Πετμεζάκη, Λ. Βέλλου-Ξανθάκη, Β. Χατζηκων/νου

Νεφρολογική Κλινική και Βιοχημικό Εργαστήριο Νοσοκομείου Τσαγκάρη, Νεφρολογική Κλινική και Βιοχημικό Εργαστήριο Του Θεραπευτηρίου Ι.Κ.Α., Αθήνα

12.55-13.05 Φυσιολογική λειτουργία του άξονα ρενίνης - αγγειοτασίνης σε αρρώστους με υπόταση της αιμοκάθαρσης. Η σημασία του ιοντικού ασβεστίου του ορού

Ν. Παπαγαλάνης, Γ. Τσουφάκης, Φ. Σταθουλοπούλου, Α. Καραμπάτσος, Γ. Κωστόγιαννη, Γ. Μουστάκας, Ν. Αφεντάκης, Α. Λιώση

Νεφρολογικό Τμήμα και Ορμονολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

13.05-13.15 Οι επιστημονικές εργασίες των ευρωπαϊκών χωρών στα συνέδρια του EDTA κατά τη δεκαετία 1979-1988

Κ. Σόμπολος, Ν. Ντόμπρος

13.15-13.30 Συζήτηση

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 18 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1988

Απογευματινή Συνεδρίαση

Προεδρείο: Θ. Μουντοκαλάκης, Α. Αγραφιώτης

17.00-17.10 Η χρησιμοποίηση διπλού φίλτρου αιμοδιήθησης-αιμοκάθαρσης χωρίς συμπληρωματική συσκευή (monitor)

Γ. Κυριακόπουλος, Κ. Κοντογιάννη-Λιτσάκου

Τμήμα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Λάρισσας

17.10-17.20 Διερεύνηση περιφερικής αρτηριακής απόφραξης με αναιμακτες τεχνικές σε ασυμπτωματικούς αρρώστους υπό χρόνια αιμοκάθαρση

Γ. Παπαδάκης, Ε. Χέλμης, Δ. Καββαδίας, Α. Τσεργής, Σ. Γιαμαλής, Κ. Βρανάκης, Ν. Παπαδόδημας

Νεφρολογικό Τμήμα και Αγγειολογικό Εργαστήριο, Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

17.20-17.25 Συζήτηση

17.25-17.35 Επιπλαγγχνική λείσημανίαση σε ασθενή που υποβάλλεται σε χρόνια αιμοκάθαρση. Θεραπευτική πρόκληση

Κ. Πλατσάκης, Ν. Αφεντάκης, Χ. Ιατρού, Γ. Τσουφάκης, Α. Καραγιάννης, Α. Τασιοπούλου, Π. Ζηρογιάννης

Νεφρολογικό Τμήμα Περιφ. Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών

- 17.35-17.45 Φυματώδης αρθρίτιδα σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς
Γ. Σφαιρόπουλος, Α. Μπερής, Π. Παππάς, Κ. Σιαμόπουλος
Νεφρολογικό Τμήμα και Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, Γεν. Νοσοκομείο Γ. Χατζηκώστα, Ιωάννινα
- 17.45-17.50 Συζήτηση
- 17.50-18.00 Επίδραση τροποποιημένης αιμοκάθαρσης στο ασβέστιο νεφρού
Κ. Περάνης, Ι. Καρλή, Α. Πιστεύος, Π. Χαριτωνίδης, Π. Ζηρογιάννης, Ι. Δαρσινός
Θεραπευτική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα
- 18.00-18.10 Μεταβολές του ενδοκυττάριου και εξωκυττάριου ασβεστίου κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης
Χ. Συργάνης, Γ. Βέργουλας, Ε. Κεχαλάκη, Π. Νικολαΐδης, Δ. Γρέκας, Α. Λαζαρίδης, Α. Τουρκαττώνης
Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- 18.10-18.15 Συζήτηση
- 18.15-18.25 Η χρησιμοποίηση της απλής οφθαλμολογικής εξέτασης στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση για την αξιολόγηση των διαταραχών του γινομένου $\text{Ca} \times \text{PO}_4$ και της οστεοδυστροφίας
Π. Κουρέτα, Α. Τσούκας, Β. Οικονομάκη, Κ. Κα-

- ντζάβελος, Χ. Παπαδοπούλου, Α. Βενέτη
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης
- 18.25-18.35 Η σημασία της βιοψίας οστού στη διάγνωση της οστικής βλάβης σε ενήλικες ασθενείς με οξάλωση που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση
Δ. Μέμμος, Α.Μ. Μπελεχρή, Ε. Πετροπούλου, Μ. Παπαδημητρίου
Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- 18.35-18.45 Υποτροπή του υπερπαραθυρεοειδισμού στο εμφύτευμα μετά από ολική παραθυρεοειδεκτομή, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε περιοδική αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό ή C.A.P.D.
Δ. Μέμμος, Α. Μπελεχρή, Δ. Γάκης, Μ. Λεοντσίνη, Α. Βυζαντιάδης, Α. Αντωνιάδης, Μ. Παπαδημητρίου
Νεφρολογικό Τμήμα και Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων Α.Π.Θ., Γεν. Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- 18.45-18.55 Συζήτηση
- 18.55-19.05 Κυκλοσπορίνη και καταρράκτης
Π. Αληβάνης, Α. Παπαγιάννη, Α. Αλεξανδρίδης, Δ. Γρέκας, Β. Δερβενιώτης, Σ. Καπούλας, Μ. Πυρπασόπουλος
Α' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

- 19.05-19.15 Έναρξη και εξέλιξη της λειτουργίας του νεφρικού μοσχεύματος με κλασική ανοσοκαταστολή ή/και με κυκλοσπορίνη
Π. Αληβάνης, Α. Παπαγιάννη, Δ. Γρέκας, Σ. Καπούλας, Β. Δερβενιώτης, Μ. Καραμούζης, Μ. Πυρπασόπουλος
Α΄ Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- 19.15-19.25 Σάρκωμα Karosi σε ασθενή με νεφρική μεταμόσχευση
Β. Δερβενιώτης, Α. Παπαγιάννη, Π. Αληβάνης, Σ. Καπούλας, Δ. Γρέκας, Μ. Πυρπασόπουλος
Α΄ Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- 19.25-19.35 Κλινική αξιολόγηση 260 διαδοχικών νεφρικών μεταμοσχεύσεων (Ιούλιος 1968 - Δεκέμβριος 1987)
Ε. Αλεξόπουλος, Γ. Σακελλαρίου, Δ. Μέμμος, Ζ. Πολυμενίδης, Μ. Δανιηλίδης, Δ. Λαζαρίδης, Α. Αντωνιάδης, Ι. Γαγανάκης, Τ. Νάτσε, Π. Μεταξάς, Μ. Παπαδημητρίου
Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γενικό Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- 19.35-19.50 Συζήτηση
- 19.50-20.00 Διάλειμμα
- 20.00-20.45 Διάλεξη στη μνήμη Δ.Ι. Βαλτή
Προεδρείο: Χ. Σμπαρούνης, Μ. Παπαδημητρίου
B.M. Brenner (Boston): Why kidneys fail
- 20.45-21.00 Τελετή απονομής τιμητικών βραβείσεων
- 22.00 **Banquet** (Ρέμβη)

ΣΑΒΒΑΤΟ 19 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1988

**7ο ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ**

Προεδρείο: Δ. Μέμμος, Μ. Σιακωτός

Νεφρική μεταμόσχευση

- | | |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Δ. Μέμμος | <i>Επιλογή δότη-λήπτη</i> |
| Μ. Δανιηλίδης | <i>Ανοσοβιολογικός έλεγχος</i> |
| Σ. Μπαρκονίκου | <i>Προεγχειρητική Νοσηλεία</i> |
| Α. Κωστάκης | <i>Εγχειρητική μεταμόσχευσης-Χειρουργικά Προβλήματα</i> |
| Ο. Λιακοπούλου | <i>Μετεγχειρητική νοσηλεία</i> |
| Μ. Σιακωτός | <i>Μετεγχειρητική παρακολούθηση
Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα</i> |
| Ε. Αλεξόπουλος | <i>Επιλοκές μεταμόσχευσης νεφρού</i> |
| Φ. Σιώτσιου | <i>Ιστολογικά ευρήματα</i> |
| Α. Αγραφιώτης | <i>Αποτελέσματα μεταμοσχεύσεων.
Οργάνωση προγράμματος πτωματικών μεταμοσχεύσεων</i> |

36η
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

υπό την αιγίδα
της Διεθνούς Νεφρολογικής Εταιρείας

ΚΟΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ
ΜΕ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

Θεσσαλονίκη, 17, 18 και 19 Νοεμβρίου 1988

Αίθουσα Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Οδός Δημοσθένους 4

36η
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

υπό την αιγίδα
της Διεθνούς Νεφρολογικής Εταιρείας

ΚΟΙΝΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ
ΜΕ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

Θεσσαλονίκη, 17, 18 και 19 Νοεμβρίου 1988

Αίθουσα Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης
Οδός Δημοσθένους 4

**Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ RIG-TAIL ΣΤΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ
ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

**Κ. ΒΑΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΠΤΩΧΟΣ, Ε. ΤΥΡΟΘΟΥΛΑΚΗΣ,
Ι. ΓΚΟΛΕΜΗΣ, Χ. ΑΗΔΟΝΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ**

Ουρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Άγιος Δημήτριος, Θεσσαλονίκη

Οι μόνιμοι ουρητηρικοί καθετήρες τύπου Rig-tail (double-J) προσφέρουν μεγάλη βοήθεια σε ένα πλήθος ουρολογικών παθήσεων που αφορούν αποφράξεις ανώτερου ουροποιητικού συστήματος. Η τοποθέτηση και η αφαίρεση ή αλλαγή τους γίνεται εύκολα ενδοσκοπικά με ή χωρίς τοπική αναισθησία και οι επιπλοκές είναι σπάνιες.

Ανακοινώνουμε 3 περιστατικά TBC ουροποιητικού με μεγάλο βαθμού απόφραξη ή σιγή που αντιμετωπίσαμε επιτυχώς με αντι-TBC συντηρητική αγωγή και σύγχρονη τοποθέτηση καθετήρος τύπου Rig-tail. Γίνεται αναφορά στην διεθνή βιβλιογραφία των ενδείξεων της τεχνικής τοποθέτησας, των επιπλοκών και των αποτελεσμάτων της χρήσεως του καθετήρος αυτού.

ΣΤΑΘΜΗ ΔΙΓΟΞΙΝΗΣ ΣΕ ΟΥΡΑΙΜΙΑ,
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΥΟ ΜΕΘΟΔΩΝ

Κ. ΠΕΡΑΚΗΣ, Α. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. ΤΣΟΥΤΣΟΣ,
Μ. ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΑΚΗ, Π. ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, ΣΠ. ΜΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ

Θεραπευτική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

Σε 45 ασθενείς με Χ.Ν.Α. (20 σε Χ.Α., 19 σε ΣΦΠΚ) και 33 ασθενείς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία (ομάς ελέγχου), προσδιορίστηκαν με δύο μεθόδους (ανοσοφθορισμού και ραδιοανοσομετρικής) οι συγκεντρώσεις διγοξίνης ορού προ και 5-6 ώρες μετά μία εφ' άπαξ χορήγηση διγοξίνης IV ή per os.

Στους 45 ουραιμικούς ασθενείς οι ευρεθείσες ώρες τιμές δεν διέφεραν σε συσχέτισμό μεταξύ των δύο μεθόδων ($r \geq 0,89$) και οι μέσες τιμές των κυμάνθηκαν μεταξύ $0,68 \pm 0,51$ ng/ml.

Στους 33 ασθενείς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία οι αντίστοιχες συγκεντρώσεις ομοίως δεν διέφεραν σε συσχέτισμό μεταξύ των δύο μεθόδων ($r \geq 0,99$) ενώ οι μέσες τιμές κυμάνθηκαν μεταξύ $0,88 \pm 1,68$ και $0,93 \pm 1,66$ ng/ml.

Το ποσοστό των ασθενών με Χ.Ν.Α. που είχαν μετρήσιμη συγκέντρωση διγοξίνης χωρίς να παίρνουν το φάρμακο ήταν αμελητέο και με τις 2 μεθόδους.

Συμπέρασμα: Ο συσχέτισμός των 2 μεθόδων, όσον αφορά τις κλινικά χρήσιμες ώρες στάθμες σε αμφότερες τις ομάδες ήταν καλός. Η ανεύρεση αμελητέου ποσοστού μετρήσιμης διγοξίνης σε ασθενείς που δεν ήταν υπό αγωγή, δείχνει την αξιοπιστία των μεθόδων για κλινική χρήση και την έλλειψη ευαισθησίας αμφοτέρων για ανίχνευση ενδογενών ουσιών προσομοιαζουσών με τη διγοξίνη.

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ
ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΕ ΔΙΑΧΥΤΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΗΞΗ, ΗΠΙΑΤΙΚΗ
ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ

Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Χ. ΛΗΤΟΥ, Ε. ΛΕΜΟΝΙΑΤΟΥ, Κ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Παθολογικός Τομέας Γεν. Νοσοκομείου Γ. Χατζηκόστα, Ιωάννινα

Γυναίκα ηλικίας 52 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό, νοσηλεύτηκε στην κλινική μας για θερμοπληξία που εμφανίστηκε ύστερα από πολύωρη παραμονή στον ήλιο κατά τις ημέρες του καύσωνα.

Η ασθενής μας είχε τρία βασικά κλινικά συμπτώματα της θερμοπληξίας: Διαταραχές επιπέδου συνειδήσεως, υπερπυρεξία και ζεστό, ξηρό δέρμα. Επί πλέον εμφάνισε δερματικές αιμορραγίες ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος πήξης ήταν συμβατός με διάχυτη ενδαγγειακή πήξη. Η ασθενής είχε εργαστηριακά ευρήματα: μικρού βαθμού υποογκαιμία (ουρία/κρεατινίνη = 55), επίπεδα καλίου στα κατώτερα φυσιολογικά όρια, υποφωσφαταιμία, μικρού βαθμού υπασβεστιαμία και αύξηση των μυικών ενζύμων (CPK, αλδολάση) λόγω μυικής βλάβης. Ο έλεγχος των αερίων αίματος έδειξε αναπνευστική αλκάλωση καθώς και ήπια μεταβολική (γαλακτική) οξέωση.

Την τρίτη ημέρα της νοσηλείας η ασθενής παρουσίασε ηπατική προσβολή με ίκτερο και αύξηση των τρανσαμινασών, που διήρκεσε 7 ημέρες. Το ΗΚΓ έδειξε μη ειδικές διαταραχές επαναπόλωσης.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας η ασθενής παρουσίασε σημαντική πολυουρία (μέχρι 9L/24ωρο) με αυξημένη απέκκριση Na^+ και ωσμωτική πυκνότητα ούρων 350 mOsm/Kg. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε επιτυχώς αφ' ενός μεν, με κρύα επιθέματα και αντιπυρετικά για την υποχώρηση της υπερπυρεξίας, αφ' ετέρου δε, με σχολαστική τήρηση του ισοζυγίου ύδατος ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας. Ένα μήνα μετά την έξοδό της από το Νοσοκομείο η ασθενής ήταν κλινικά υγιής με φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο.

Η ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΟΝΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕ ΠΡΩΙΜΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΩΝ

Α. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Σ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Γ. ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ,
Π. ΤΣΑΚΜΑΚΑΣ, Π. ΜΑΡΑΣ, Σ. ΝΤΟΥΛΓΚΕΡΗΣ

Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Άγιος Δημήτριος, Θεσσαλονίκη

Παρά τη βελτίωση της διαγνωστικής μεθοδολογίας και των θεραπευτικών δυνατοτήτων η πρόγνωση της Ο.Ν.Α. παραμένει αμετάβλητη. Αντιφατικά δεδομένα υπάρχουν για την επίδραση των διουρητικών στην μεταβολή της πρόγνωσης της Ο.Ν.Α.

Κατά τη διάρκεια 4 ετών νοσηλεύσαμε 124 περιπτώσεις ΟΝΑ (συχνότης 2,6%). Από 101 περιπτώσεις με επαρκή δεδομένα (52 άνδρες, 49 γυναίκες, μέσης ηλικίας 68 ετών), 55 είχαν ολιγουρική (Ο) και 46 μη ολιγουρική (Μ.Ο.) ΟΝΑ. Αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας επιτεύχθηκε στο 67,4% της Μ.Ο. έναντι 34,5% της Ο. ($p = 0,025$). Η θνητότητα ήταν 21,7% στη Μ.Ο. και 54,5% στην Ο. ($p = 0,001$) και διύλιση χρειάστηκε σε 0% της Μ.Ο. έναντι 18% της Ο. ($p = 0,001$).

Από τις 51 περιπτώσεις της Ο. ΟΝΑ που πήραν διουρητικά (φουροσεμίδα) στις 34 (ομάς Α) χορηγήθηκαν σε λιγότερο από 24 h μετά την έναρξη της ΟΝΑ και στις 17 (ομάς Β) αργότερα. Στην ομάδα Α οι 15 (46%) μετέπεσαν σε Μ.Ο. ενώ κανένας στην ομάδα Β ($p = 0,005$). Στην ομάδα Α από εκείνους που μετέπεσαν σε Μ.Ο. το 93% αποκατέστησαν την νεφρική λειτουργία έναντι 47,4% από τους μη απαντήσαντες ($p = 0,001$). Στην ομάδα Β όλοι παρέμειναν ολιγουρικοί. Η θνητότητα ήταν 29,4% στην ομάδα Α και 58,8% στην ομάδα Β ($p = 0,001$). Διύλιση χρειάστηκε σε 5/34 στην ομάδα Α ενώ στην ομάδα Β σε 8/17 ($p = 0,01$).

Από αυτά μπορεί να υποστηριχθεί ότι η έγκαιρη χορήγηση διουρητικών μπορεί να μεταβάλλει σημαντικά την πρόγνωση της ΟΝΑ των ηλικιωμένων μετατρέποντας την ολιγουρική μορφή σε μη ολιγουρική, βελτιώνοντας το ποσοστό ίασης και μειώνοντας τη θνησιμότητα.

ΝΕΦΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ (ΝΦ) ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ΝΑ)

Δ. ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗΣ, Α. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΜΑΥΡΙΚΑΚΗΣ,
Π. ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, Σ. ΜΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ

Θεραπευτική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

Κατά τα τελευταία 4,5 έτη συνεχίζεται εφαρμοζόμενο το πρόγραμμα της καταγραφής των ανεπιθυμητών ενεργειών των φαρμάκων (ΑΕ-Φ) σε ΝΑ σύμφωνα με τα ακόλουθα κριτήρια: 1) χρονική συσχέτιση της ΑΕ-Φ με τη λήψη του φαρμάκου, 2) βελτίωση ή εμφάνιση της ΑΕ-Φ με τη διακοπή του φαρμάκου, 3) υψηλά επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα, 4) σύμφωνη γνώμη του υπεύθυνου γιατρού, 5) προκειμένου για ΝΦ αύξηση της ουρίας άνω των 80 mg%. Επί 17.020 ΝΑ ηλικίας $63 \pm 11,1$ ($X \pm SD$) παρατηρήθηκαν 1005 ΑΕ-Φ (5,9%) εκ των οποίων 563 (3,3%) απεδόθησαν σε ενδοноσοκομειακή αγωγή (ΕΝΔ) και 442 (2,6%) σε εξωνοσοκομειακή αγωγή (ΕΞΝ). Οι ΑΕΦ εκδηλώθηκαν σαν διαταραχές: 1) σακχάρου 12,2%, 2) ηλεκτρολυτών 12%, 3) γαστρεντερικού 11,4%, 4) δερματικές 9,1%, 5) νεφροτοξικότητα 6,9%. Οι 69 περιπτώσεις ΝΦ είχαν τα εξής χαρακτηριστικά: ηλικία $68 \pm 13,7$ έτη ($\bar{X} \pm SD$) (εύρος 21-93 ετών), άνδρες 42 γυναίκες 27, ΕΝΔ 4,3 και ΕΞΝ 26. Η προξυμένη ουρία απεδόθη στα φάρμακα: α) αντιβιοτικά 25 (γενταμικίνη 9, νετιλμικίνη 6, κεφοξιτίνη 2, γενταμικίνη-κεφαλεξίνη 3 και από 1 φορά σισομικίνη, τοβραμικίνη, αμικασίνη, βανκομικίνη, σουλφισοξαζόλη-τριμεθοπρίμη), β) διουρητικά 36 (αμιλορίδη, θειαζίδη 16, σπιρονολακτόνη 7, φουροσεμίδα 5, σπιρονολακτόνη-φουροσεμίδα 4, χλωροθαλιδόνη 3, χλωροθαλιδόνη-εναλαπρίλη 1), γ) αντιφλεγμονώδη 5 (κορτικοστεροειδή 3, ινδομεθακίνη 1, πιροξικάμη 1), δ) κυτταροστατικά 3. Σημειώτεον ότι η εκ πιροξικάμης ΝΦ απέβη θανατηφόρος.

Σημπεράσματα: 1) Κατά την χρήση φαρμάκων πάντοτε πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η νεφρική λειτουργία σε όλους τους ασθενείς αφού η ΝΦ εμφανίζεται καθ' υπεροχή στις συναφείς ηλικίες αλλά και σε ευρύ φάσμα ηλικιών (21-93), 2) η ΝΦ είναι συχνή εκδήλωση ΑΕ-Φ, αφού αποτελεί το 6,9% του συνόλου των ΑΕ-Φ.

**ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΟΞΑΛΩΣΗ
ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ**

ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Ι. ΠΟΛΕΜΗΣ,
Α. ΠΑΠΑΔΟΓΙΑΝΝΑΚΗΣ, Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ,
Η. ΚΟΥΛΕΝΤΙΑΝΟΣ, Χ. ΔΕΛΗΒΕΛΙΩΤΗΣ, Α. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Γεν. Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών
και Ουρολογικό Τμήμα Παν/μίου Αθηνών

Η πρωτοπαθής υπεροξαλουρία εκδηλώνεται κατά κανόνα στην πρώιμη παιδική ηλικία, η δε νεφροπάθεια που τη συνοδεύει έχει τους χαρακτήρες της βαθμιαίως εξελισσόμενης χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Περιγράφεται περίπτωση πρωτοπαθούς υπεροξαλουρίας που εκδηλώθηκε σε ενήλικα σαν οξεία μη αναστρέψιμη νεφρική ανεπάρκεια.

Πρόκειται για ασθενή ηλικίας 30 ετών ο οποίος από ηλικίας 18 ετών είχε επανειλημμένα επεισόδια ουρολιθιάσεως. Μετά από πρόσφατα επεισόδια κωλικών διαπιστώθηκε αμφοτερόπλευρη ουρολιθίαση για την οποία υποβλήθηκε σε εξωσωματική λιθοτριψία. Στη συνέχεια εγκατέστησε οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Με τη βιοψία νεφρού διαπιστώθηκαν εκτεταμένες εναποθέσεις οξαλικών ο δε υπόλοιπος παρακλινικός έλεγχος έδειξε ότι πρόκειται περί πρωτοπαθούς υπεροξαλουρίας τύπου I.

**ΤΑ ΑΛΛΟΥΒΙΑΚΑ ΕΔΑΦΗ. ΕΝΑΣ ΑΓΝΩΣΤΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Θ. ΓΚΑΛΕΑΣ, Δ. ΜΥΛΩΝΑΣ, Π. ΦΟΥΝΤΑ, Σ. ΒΕΝΕΤΗ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

Η επίδραση του είδους του εδάφους στην υγεία έχει παρατηρηθεί από την αρχαιότητα. Τα περισσότερα διαμερίσματα της Ελλάδας προσφέρονται για τη μελέτη της επίδρασης του εδάφους στην υγεία, γιατί έχουν δύο είδη πετρωμάτων, αλλουβιακά (ολόκαινα) και μη αλλουβιακά.

Σ' αυτή την εργασία ερευνάται αν το είδος του εδάφους επηρεάζει την επίπτωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στα περισσότερα διαμερίσματα της χώρας. Υλικό της μελέτης είναι 854 νεφροπαθείς που βρίσκονται υπό αιματοκάθαρση από το 1981 σε διάφορες μονάδες τεχνητού νεφρού των υπό έρευνα περιοχών. Έχοντας υπόψη τη γεωχημική σύσταση του εδάφους που μελετήσαμε από κατάλληλους χάρτες, και τον τόπο γεννήσεως ή κατοικίας τους τα τελευταία 20 χρόνια κατατάξαμε τους ασθενείς σε δύο κατηγορίες: α) ασθενείς που ζουν σε αλλουβιακά εδάφη και β) ασθενείς που ζουν σε μη αλλουβιακά εδάφη.

Με τη μέθοδο χ^2 βρέθηκε ότι η επίπτωση ήταν στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 24, 28 \ 864 \ P < 0,001$) υψηλότερη στα αλλουβιακά εδάφη (8,59%-734 ασθενείς) παρά στα μη αλλουβιακά (1,19%-102 ασθενείς).

Συμπερασματικά τα αλλουβιακά εδάφη στα περισσότερα διαμερίσματα της Ελλάδας έχουν σημαντική σχέση με την επίπτωση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Η σχέση αυτή φαίνεται να είναι άμεση, να μην εξαρτάται δηλαδή από την πυκνότητα του πληθυσμού.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΗΨΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΧΝΑ). Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Α. ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ,
Γ. ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Α. ΛΑΓΤΟΥΡΑΝΗΣ,
Ι. ΤΣΟΥΡΑΣ, Δ. ΓΟΥΜΕΝΟΣ, Α. ΑΥΛΑΜΗ, Γ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Μικροβιολογικό Εργαστήριο,
Γενικό Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η εκτίμηση της χορήγησης συνδυασμένης αντιμικροβιακής χημειοθεραπείας με επιδημιολογικά κριτήρια, σε ασθενείς με ΧΝΑ και σηψαιμία. Γι' αυτό, μελετήθηκαν αναδρομικά 25 ασθενείς, ηλικίας 34-73 ετών, με ΧΝΑ και μικροβιολογικά επιβεβαιωμένη σηψαιμία, στους οποίους, με κύριο στόχο την οπωσδήποτε κάλυψη των εντεροβακτηριακών και του χρυσίζοντα σταφυλοκόκκου (που θεωρούνται οι κύριοι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί σε ασθενείς με ΧΝΑ και σηψαιμία) και με γνώμονα τα επιδημιολογικά δεδομένα αντοχής των μικροβίων του Νοσοκομείου μας, χορηγήθηκε ο συνδυασμός Κεφοταξίμης, Νετιλμικίνης και Κλινδαμυκίνης. Σε όλους τους ασθενείς η διάγνωση της σηψαιμίας έγινε με κλινικά μόνο κριτήρια και η έναρξη της θεραπείας έγινε 4-7 μέρες πριν από τη μικροβιολογική επιβεβαίωση με θετικές καλλιέργειες αίματος. Δεκαοκτώ από τους ασθενείς υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση και 7 είχαν κρεατινίνη ορού 2.8-6.8 mg%. Εστία της σηψαιμίας ήταν λοιμώξεις της Α-Φ επικοινωνίας σε 13, ο υποκλείδιος καθετήρας σε 2, πνευμονία σε 3, οξεία πυελονεφρίτιδα σε 2, επιμολυσμένες νεφρικές κύστες σε 3, και οξεία χολοκυστίτιδα σε 2 ασθενείς. Η καλλιέργεια αίματος έδειξε staph. aureus σε 14, E. Coli σε 4, pseudomonas aer. σε 5 και Enterob. cloaca σε 2 ασθενείς. 76% των μικροοργανισμών ήταν πολυανθεκτικοί. Η διάρκεια της θεραπείας ήταν 21-28 μέρες.

Πλήρης ίαση παρατηρήθηκε σε 21 από τους ασθενείς (84%) ενώ αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος απαιτήθηκε στους υπόλοιπους 4 από τους οποίους 3 απεβίωσαν και 1 ιάθηκε.

Τα αποτελέσματα αυτά, που θεωρούνται ικανοποιητικά σε σύγκριση με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα, επιβεβαιώνουν ότι, σε ασθενείς με ΧΝΑ και σηψαιμία η αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία θα πρέπει: 1) Να αρχίζει όσο το δυνατόν πρωϊμότερα, με κλινικά μόνο κριτήρια, πριν από την μικροβιολογική επιβεβαίωση. 2) Να είναι συνδυασμένη. 3) Να βασίζεται στα επιδημιολογικά δεδομένα του Νοσοκομείου και 4) Να καλύπτει ταυτόχρονα τον χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και τα εντεροβακτηριακά.

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ΧΝΑ)
ΣΤΗΝ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ (ΠΝΕ)

Σ. ΒΑΦΕΙΑΔΗΣ, Ι.Τ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Α. ΠΑΤΡΙΚΑΡΕΑ,
Κ. ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Νοσηλευτικού Ιδρύματος Μ.Τ.Σ., Αθήνα

Η χρονική έναρξη και η εξέλιξη της ΧΝΑ στην ΠΝΕ ποικίλλουν σημαντικά. Σκοπός της εργασίας είναι η διαχρονική μελέτη 29 ασθενών (Α = 13, Γ = 16) σε σχέση με επιδημιολογικά στοιχεία και κλινικές εκδηλώσεις της ΠΝΕ. Η μέση ηλικία εμφάνισης συμπτωμάτων από το ουροποιητικό σ. (κωλικοί, αιματοουρία, ουρολοιμώξη) ήταν στις Γ = $35,5 \pm 7,9$ και στους Α = $36,1 \pm 9,4$ έτη. Η μέση ηλικία διάγνωσης της αρτηριακής υπέρτασης ήταν αντίστοιχα $43,2 \pm 8,7$ και $42,6 \pm 8,4$ έτη. Τα παραπάνω συμπτώματα συχνά οδήγησαν και στη διάγνωση της ΠΝΕ.

Η μέση ηλικία διάγνωσης της έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας ήταν σε 10 Γ = 46,0 (26-64) έτη και σε 13 Α = 45,6 (23-68) έτη. Από το σύνολο των ασθενών με ΧΝΑ, 13 κατέληξαν στο τελικό στάδιο, οι μεν Γ σε $6,0 \pm 4,3$, οι δε Α σε $8,0 \pm 3,5$ έτη. Δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στο χρόνο που μεσολάβησε από τη διάγνωση της έκπτωσης νεφρικής λειτουργίας μέχρι το τελικό στάδιο ΧΝΑ, μεταξύ υπερτασικών ($8,0 \pm 4,6$ έτη) και νορμοτασικών ασθενών ($7,6 \pm 2,0$ έτη). Επίσης δεν διαπιστώθηκε διαφορά στη μέση ηλικία τελικού σταδίου ΧΝΑ μεταξύ των δύο φύλων (Γ = $55,6 \pm 16,7$, Α = $51,5 \pm 11,3$ έτη). Χαρακτηριστική υπήρξε στον καθένα από 11 ασθενείς με ΧΝΑ και μακροχρόνια συχνή εργαστηριακή παρακολούθηση, η θετική συσχέτιση της επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας του με το χρόνο.

Συμπεραίνεται ότι στην ΠΝΕ:

- Η νεφρική λειτουργία παραμένει επί μακρόν φυσιολογική, όταν δε εκδηλωθεί έκπτωσή της, η ΧΝΑ εξελίσσεται σχετικά ταχέως και συχνά εμφανίζει θετική γραμμική συσχέτιση με το χρόνο.
- Το φύλο και αρτηριακή υπέρταση δεν επηρεάζουν την εκδήλωση ούτε την εξέλιξη της ΧΝΑ, στην πολυκυστική νεφροπάθεια.

ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΠΤΟΥΡΓΙΑΣ
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΑΛΤΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΕΠΤΙΚΟΥ
ΕΝΖΥΜΟΥ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΝΕΦΡΟΠΑΡΕΓΧΥΜΑΤΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ, Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΚΟΥΡΤΟΓΛΟΥ,
Α. ΚΑΡΑΚΟΛΙΟΣ, Ν. ΚΑΡΑΤΖΑΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γενικό Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο,
Θεσσαλονίκη

Είναι γνωστό ότι η χορήγηση αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου (ΑΜΕ) σε ασθενείς με αμφοτερόπλευρη στένωση των νεφρικών αρτηριών ή στένωση της νεφρικής αρτηρίας σε μονόνεφρους και νεφρικά μοσχεύματα προκαλεί αναστρέψιμη οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Περιγράφουμε πέντε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) και υπέρταση που πήραν ΑΜΕ και παρουσίασαν επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας που αναστράφηκε μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Μία ασθενής είχε διαπιστωμένη αμφοτερόπλευρη στένωση των νεφρικών αρτηριών, μία ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη (μονόνεφρος) με πιθανή νεφραγγειακή υπέρταση, μία ασθενής με χρόνια πυελονεφρίτιδα είχε διαπιστωμένη βλάβη των μικρών αγγείων των νεφρών και δύο ασθενείς είχαν σακχαρώδη διαβήτη πιθανόν χωρίς νεφραγγειακή στένωση. Παρόλο τον πρόδρομο χαρακτήρα της ανακοίνωσης αυτής, η κλινική εντύπωση είναι ότι οι ΑΜΕ δυνατόν να επιδεινώσουν προϋπάρχουσα ΧΝΑ που οφείλεται σε νεφροπαρεγχυματική βλάβη, λόγω παρεμβολής των ΑΜΕ στους αυτορρυθμιστικούς μηχανισμούς αιμάτωσης και πειραματικής διήθησης των νεφρών που εξαρτώνται από τη δράση του συστήματος ρενίνης - αγγειοτενσίνης.

Η ΕΠΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΠΤΟΠΡΙΛΗΣ ΣΤΗ ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ
ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Μ. ΣΙΩΝ, Γ. ΖΙΟΥΤΑΣ, Μ. ΠΥΡΡΙΑΣΟΠΟΥΛΟΣ,
Γ. ΤΣΟΥΡΟΥΤΣΟΓΛΟΥ

Α' Προπ. Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσ/νίκη

Μελετήθηκαν 31 άρρωστοι, 17 άνδρες και 14 γυναίκες που δεν είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο φύλο, στην ηλικία και στα χρόνια που έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη ή υπέρταση. Στους αρρώστους χορηγήθηκε καπτοπρίλη μόνη ή σε συνδυασμό με διουρητικά (10 συνολικά άρρωστοι) και καταγράφηκαν οι μεταβολές της λευκωματουρίας, της ΑΠ της γλυκόζης και της κρεατινίνης του ορού πριν από την έναρξη της θεραπείας και 7, 14, 30 και 60 ημέρες μετά.

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων της λευκωματουρίας από τη 14η ημέρα που εξακολούθησε να γίνεται μέχρι το τέλος του χρόνου μελέτης. Η μείωση αυτή δεν συσχετιζόταν σημαντικά με τις μεταβολές της ΑΠ, της κρεατινίνης και της γλυκόζης.

Με βάση τα ευρήματα αυτά μπορούμε να πούμε ότι η καπτοπρίλη είναι ίσως το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία των αρρώστων με υπέρταση και διαβητική νεφροπάθεια καθώς μειώνει τα επίπεδα του αποβαλλόμενου με τα ούρα λευκάματος, τουλάχιστον στους 2 μήνες που διάρκεσε η μελέτη αυτή.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΑΓΓΕΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ, Χ. ΖΑΜΠΟΥΛΗΣ, Σ. ΔΟΥΜΑ, Κ. ΒΟΓΙΑΤΖΗΣ,
Α. ΒΥΖΑΝΤΙΑΔΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Ν. ΒΟΥΓΙΟΥΚΛΗΣ,
Σ. ΕΦΡΑΙΜΙΔΗΣ

Β' Προπ. Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. και Ακτινολογικό Τμήμα Γεν. Περιφ.
Ιπποκρατείου Νοσοκομείου, Θεσσαλονίκη

Μελετήθηκαν 10 υπερτασικοί ασθενείς με ετερόπλευρη νεφραγγειακή βλάβη, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε επιτυχή διαδερμική αγγειοπλαστική (ΔΑ) της στενωμένης νεφρικής αρτηρίας. Η εκτίμηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ) έγινε με τον προσδιορισμό της νοραδρεναλίνης πλάσματος (ΝΑ) στις νεφρικές φλέβες (ΝΦ) των δύο νεφρών, στην κάτω κοίλη φλέβα (ΚΚΦ) σε ύψος κάτω από στόμια εκβολής των νεφρικών φλεβών και στο περιφερικό αίμα πριν και 30 min μετά από τη ΔΑ. Παράλληλα, μελετήθηκε και το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης με τον προσδιορισμό της δραστηκότητας ρενίνης πλάσματος (ΡΡΑ) στις παραπάνω θέσεις και τον υπολογισμό των λόγων V_1/V_2 , V_1-IVC/IVC και V_2-IVC/IVC , όπου: $V_1 = PRA$ και τη ΝΦ ισχαιμου νεφρού, $V_2 = PRA$ από τη ΝΦ του υγιούς νεφρού και $IVC = PRA$ από την ΚΚΦ. Πριν από την ΔΑ, η μέση τιμή της αρτηριακής πίεσης ($m \pm SEM$) ήταν $185,3 \pm 7,8/123,2 \pm 5,1$ mmHg, η ΡΡΑ στο περιφερικό αίμα ήταν $8,63 \pm 2,27$ ngAI/ml/h, ο λόγος V_1/V_2 ήταν $2,15 \pm 0,27$, ο λόγος V_1-IVC/IVC $1,00 \pm 0,23$ και ο λόγος V_2-IVC/IVC $0,04 \pm 0,02$. 30 min μετά από την επιτυχή ΔΑ οι αντίστοιχες τιμές ήταν: $144,2 \pm 6,7/98,2 \pm 3,1$ mmHg ($p < 0,01$), $8,13 \pm 2,21$ ngAI/ml/h ($p < 0,005$), $1,79 \pm 0,19$ ($p < 0,01$), $0,68 \pm 0,18$ ($p < 0,001$) και $0,06 \pm 0,02$ ($p < 0,005$). Πριν από τη ΔΑ, τα επίπεδα της ΝΑ στο περιφερικό αίμα ήταν $0,694 \pm 0,058$ ng/ml, στη ΝΦ του ισχαιμου νεφρού $0,962 \pm 0,108$ ng/ml, στη ΝΦ του υγιούς νεφρού $0,759 \pm 0,092$ ng/ml και στην ΚΚΦ $0,701 \pm 0,061$ ng/ml. 30 min μετά από τη επιτυχή ΔΑ οι αντίστοιχες τιμές ήταν: $0,518 \pm 0,055$ ng/ml ($p < 0,01$), $0,681 \pm 0,078$ ng/ml ($p < 0,05$), $0,510 \pm 0,063$ ng/ml ($p < 0,005$) και $0,506 \pm 0,037$ ng/ml ($p < 0,005$). Συμπερασματικά, φαίνεται ότι οι παράλληλες μεταβολές του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης και του ΣΝΣ, μετά από την αποκατάσταση της αιμάτωσης του ισχαιμου νεφρού, αποδεικνύουν τη λειτουργική σύνδεση που υπάρχει μεταξύ τους και η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από την επίδραση, με ποικίλους τρόπους, της αγγειοτενσίνης II στο ΣΝΣ, με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση της δραστηριότητάς του.

ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΣΕ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΓΓΕΙΠΤΙΔΑ ΝΕΦΡΟΥ (ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 2 ΑΣΘΕΝΩΝ)

Π. ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, Κ. ΠΛΑΤΣΑΚΗΣ, Φ. ΣΩΤΣΙΟΥ,
Α. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ, Ι. ΑΥΘΕΝΤΟΠΟΥΛΟΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Περιφ. Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών
και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Νοσοκομείου Ευαγγελισμός, Αθήνα

Η καλή ανταπόκριση στην θεραπευτική αγωγή ιστολογικά διαπιστωμένης μικροσκοπικής αγγειίτιδας (Μ.Α.) νεφρού, εξαρτάται από το ποσοστό και την ποιότητα των μηννοειδών σχηματισμών (Μ.Σ.) που συνοδεύουν τις νεκρωτικές βλάβες των σπειραμάτων και την κλινική εικόνα (διούρηση > 500 ml/24ωρο και Κρεατινίνη ορού $\leq 6,5$ mg%).

Δύο ασθενείς μας με τμηματική εστιακή νεκρωτική και εξωτριχοειδική σπειραματονεφρίτιδα και νεκρωτική αγγειίτιδα μικρών νεφρικών αγγείων, αντιμετωπίστηκαν με ανοσοκαταστολή και πλασμαφαίρεση. Κλινικά και Ιστολογικά στοιχεία των ασθενών αναγράφονται στον πίνακα:

	Ηλικία	Συστημ. εκδηλώσεις	Διάρκεια Συμπτωμ.	ΗΤ %	ΤΚΕ mm/h	Cr (mg%)	Διούρηση (ml/24h)	Μ.Σ. Παλ. Νέου	Μ.Α.
A ♂	58	+	90 ημέρες	25%	110	9	< 500	40% + 50%	+
B ♂	58	+	55 ημέρες	26%	98	11	< 500	50% + 30%	+

Οι ασθενείς μας εξήλθαν 5 και 4 εβδομάδες μετά την έναρξη της αγωγής με Κρεατινίνη 2,2 mg και 2,9 mg αντίστοιχα, και έχουν καλώς για διάστημα 8 μηνών (ο Α, Cr: 1,6 mg%) και 2 μηνών (ο Β, Cr: 3,1 mg%). Πιστεύουμε ότι η χορηγηθείσα αγωγή συνέβαλε στην καλύτερη και ταχύτερη ανταπόκριση των ασθενών με νεφρική μικροσκοπική αγγειίτιδα.

ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟ ΣΤΑ ΚΟΡΤΙΚΟΕΙΔΗ.
ΚΥΚΛΟΦΩΣΦΑΜΙΔΗ Ή ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ-Α;

Δ. ΓΚΡΕΚΑΣ, Χ. ΚΑΛΕΚΟΥ, Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ, Β. ΔΕΡΒΕΝΙΩΤΗΣ,
Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, Μ. ΠΥΡΡΙΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

Α' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσ/νίκη

Πολλές και αντικρουόμενες απόψεις υπάρχουν όσον αφορά τη θεραπεία του νεφρωσικού συνδρόμου με κορτικοειδή και ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν 9 άρρωστοι με νεφρωσικό σύνδρομο (3 με εστιακή και τμηματική σπειραματοσκλήρυνση, 2 με ελάχιστες αλλοιώσεις και 4 με μεμβρανώδη σπειραματοπάθεια). Όλοι οι άρρωστοι πήραν 1-2 mg/kg ημερησίως μεθυλπρεδνιζολόνη για 2 μήνες και 1/3 (εστιακή σπειραματοσκλήρυνση) πήρε επίσης 3 ενδοφλέβιες ώσεις μεθυλπρεδνιζολόνης. Επειδή δεν υπήρξε θεραπευτικό αποτέλεσμα αποφασίστηκε η ενδοφλέβια χορήγηση κυκλοφωσφαμίδης σε δοσολογία 1 g/μήνα (σύνολο ώσεων: 2-12). 4 άρρωστοι (12 με τμηματική σπειραματοσκλήρυνση, 2 με μεμβρανώδη σπειραματοπάθεια) παρουσίασαν πλήρη κλινική και εργαστηριακή ύφεση, 4 (2 με ελάχιστες αλλοιώσεις, 2 με μεμβρανώδη σπειραματοπάθεια) μερική ύφεση και 1 με τμηματική σπειραματοσκλήρυνση και ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας δεν απάντησε στη θεραπεία. Οι 4 άρρωστοι που εμφάνισαν μερική ύφεση του νεφρωσικού συνδρόμου μετά θεραπεία με i.v. ώσεις κυκλοφωσφαμίδης πήραν στη συνέχεια 6 mg/kg κυκλοσπορίνη-Α για 3 μήνες. Όλοι οι παραπάνω άρρωστοι παρουσίασαν εντυπωσιακή και ταχεία ελάττωση της πρωτεϊνουρίας σε φυσιολογικά επίπεδα. Μετά τη διακοπή της θεραπείας με κυκλοσπορίνη-Α ένας ασθενής παρουσίασε υποτροπή της πρωτεϊνουρίας. Ανεπιθύμητες ενέργειες από την κυκλοφωσφαμίδη και την κυκλοσπορίνη-Α δεν παρατηρήθηκαν. Παρότι ο αριθμός των αρρώστων που μελετήθηκαν δεν είναι αρκετά μεγάλος, τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα κρίνονται πολύ ικανοποιητικά.

ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ-Α ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
ΜΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΜΕΝΟ ΣΤΑ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ

Δ. ΣΙΑΠΕΡΑ, Κ. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ, Α. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Β. ΑΛΕΒΙΖΟΥ,
Κ. ΜΙΧΕΛΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών Π. και Α. Κυριακού, Αθήνα

Η κυκλοσπορίνη Α (Κ) έχει χορηγηθεί με ενθαρρυντικά αποτελέσματα σε ενήλικες με νεφρωσικό σύνδρομο (ΝΣ). Όμως είναι περιορισμένα τα στοιχεία από τη χρήση της σε παιδιά. Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της δράσης της σε παιδιά με ΝΣ, που δεν ανταποκρίθηκαν στη χορήγηση κορτικοστεροειδών. Μελετήθηκαν 4 παιδιά 2-11 χρονών με ιστολογικά ευρήματα μεσαγγειοϋπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδας. Ο ανοσοφθορισμός ήταν θετικός για c_3 σε δύο παιδιά και για IgM σε ένα. Η Κ δόθηκε σε δόση 6 mg/kg/24ωρο για 7-16 ($11,5 \pm 3$) μήνες. Συγχρόνως χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη (1 mg/kg/48ωρο), που προδευτικά ελαττώθηκε σε 0,3-0,4 mg/kg/48ωρο μετά από δύο μήνες.

Όλοι οι ασθενείς διατήρησαν επιθυμητά επίπεδα Κ αίματος (100-150 ng/ml) στους προσδιορισμούς Κ που γινόταν κάθε 2 εβδομάδες. Στο τέλος του πρώτου μήνα θεραπείας ελαττώθηκαν σημαντικά το λεύκωμα ούρων 24ώρου και το λεύκωμα/κρεατινίνη ούρων (κατά 69% και 68% αντίστοιχα). Επίσης αυξήθηκε σημαντικά η λευκωματινή ορού από $1,7 \pm 0,3$ g/dl σε $2,6 \pm 0,5$ g/dl. 3/4 παιδιά παρουσίασαν ύφεση μετά από 7,5-14 ($11,1 \pm 2,7$) μήνες, όμως το ένα υποτροπίασε. Στο τέταρτο παιδί έγινε διακοπή της Κ, επειδή παρουσίασε νεφροτοξικότητα, που ήταν αντιστρέψιμη. Μετά 5 μήνες από τη διακοπή της Κ η ασθενής αυτή συνεχίζει να έχει σημαντική ελάττωση της λευκωματουρίας της. Δύο παιδιά παρουσίασαν υπερτριχωση, που υποχώρησε μετά τη διακοπή της Κ.

Η κυκλοσπορίνη Α ήταν αποτελεσματική στην αντιμετώπιση παιδιών με ΝΣ, που δεν ανταποκρίθηκαν στα κορτικοστεροειδή και δεν διαπιστώθηκαν σοβαρές επιπλοκές. Όμως απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός ασθενών και μακρύτερος χρόνος παρακολούθησης για την αξιολόγηση της μακρόχρονης δράσης της.

ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΛΕΜΦΩΜΑ

Α. ΜΠΙΛΛΗΣ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΠΑΡΑΡΑΣ,
Χ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ, Μ. ΝΙΚΗΦΟΡΑΚΗΣ, Φ. ΣΩΤΣΙΟΥ,
ΑΙΚ. ΣΤΕΦΑΝΟΥΔΑΚΗ, Δ. ΓΑΛΑΝΗΣ, Μ. ΣΙΑΚΩΤΟΣ,
Α. ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΚΟΥΡΚΟΥΝΑΚΗ

Νεφρολογικό, Αιματολογικό, Γ' Παθολογικό Τμήμα και
Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Θεραπευτήριο Ευαγγελισμός, Αθήνα

Περιγράφονται 4 ασθενείς, ηλικίας 16-75 ετών, με νεφρωσικό σύνδρομο (ΝΣ) και λέμφωμα (Hodgkin 2, μη-Hodgkin 2) που νοσηλεύθηκαν κατά τη τελευταία τριετία. Στους δύο ασθενείς με νόσο του Hodgkin και φυσιολογική νεφρική λειτουργία, το ΝΣ οφειλόταν σε νόσο των ελαχίστων αλλοιώσεων και αρχόμενη αμυλοείδωση, αντίστοιχα. Στους άλλους δύο ασθενείς με μη-Hodgkin λέμφωμα και μειωμένη νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη ορού 1,6 mg% και 4,5 mg% αντίστοιχα), το ΝΣ οφειλόταν σε ενδοτριχοειδική σπειραματονεφρίτιδα. Σε τρεις ασθενείς η εκδήλωση του νεφρωσικού συνδρόμου προηγήθηκε του λεμφώματος κατά 3-12 μήνες, ενώ σε έναν η διάγνωση του λεμφώματος έγινε 14 μήνες πριν από την εμφάνιση του ΝΣ. Όλοι οι ασθενείς πήραν κορτικοειδή και κυτταροστατικά με αποτέλεσμα πλήρη ύφεση του λεμφώματος και του ΝΣ, καθώς και αποκατάσταση της μειωμένης νεφρικής λειτουργίας που παρουσίαζαν οι δύο απ' αυτούς. Στους 3 ασθενείς με σπειραματονεφρίτιδα, η ύφεση του ΝΣ και του λεμφώματος διατηρήθηκε μέχρι το τέλος της περιόδου παρακολούθησής (13-30 μήνες), ενώ ο ασθενής με αμυλοείδωση παρουσίασε μετά 14 μήνες υποτροπή του ΝΣ και του λεμφώματος και ταχεία εγκατάσταση χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Οι παρατηρήσεις αυτές υποδηλώνουν ότι η παρουσία ΝΣ σε ασθενείς με λέμφωμα δεν είναι τόσο ασυνήθης όσο πιστεύεται. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τη δυνατότητα ύφεσης των δύο παθήσεων που προσφέρει η έγκαιρη χορήγηση κορτικοειδών-κυτταροστατικών, πιστεύουμε ότι επιβάλλει την πλήρη μελέτη των ασθενών για πιθανό λέμφωμα.

ΣΥΣΤΗΜΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΝΑΤΡΙΟΥ-ΛΙΘΙΟΥ ΣΤΑ ΕΡΥΘΡΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Π. ΚΟΝΤΕΣΗΣ, Σ. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, D.G. WILLIAMS, G.C. VIBERTI

Unit for Metabolic Medicine και Renal Unit, Guy's Hospital, London

Η πρωτοπαθής IgA νεφροπάθεια σε ορισμένες χώρες θεωρείται η πιο συχνή σπειραματοπάθεια. Είναι γνωστό ότι 10-20% από τους ασθενείς με IgA νεφροπάθεια καταλήγουν σε νεφρική ανεπάρκεια και 50% απ' αυτούς γίνονται υπερτασικοί. Η ευαισθησία προς χρόνια νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να σχετίζεται με μια προδιάθεση στην αρτηριακή υπέρταση.

Μελετήσαμε την δραστηριότητα του συστήματος αντιμεταφοράς νατρίου-λιθίου (Na/Li) στα ερυθρά αιμοσφαίρια, ενός δείκτη κινδύνου για ιδιοπαθή αρτηριακή υπέρταση πιθανόν γενετικά προσδιοριζόμενου, σε λευκούς ενήλικες με IgA νεφροπάθεια (n = 8) και σε ασθενείς με άλλες σπειραματοπάθειες εκτός IgA (n = 8).

Μία ομάδα 8 φυσιολογικών ατόμων χρησίμευσε σαν ομάδα ελέγχου. Ο βαθμός της επιβάρυνσης της νεφρικής λειτουργίας ήταν παρόμοιος τόσο στην ομάδα της IgA νεφροπάθειας (GFR: $59 \pm 0,5$ ml/min/1,73 m²) όσο και στην ομάδα των εκτός IgA σπειραματοπαθειών (GFR: $68 \pm 6,1$ ml/min/1,73 m²). Στην ομάδα ελέγχου η GFR ήταν 111 ± 10 ml/min/1,73 m². Η Α.Π., η συγκέντρωση καλίου πλάσματος και ο δείκτης της σωματικής μάζας (B.M.I.) ήταν παρόμοιοι και στις δύο ομάδες των ασθενών.

Η ταχύτητα του συστήματος αντιμεταφοράς Na/Li στα ερυθρά αιμοσφαίρια των ασθενών με IgA νεφροπάθεια ήταν σημαντικά υψηλότερη ($0,406 \pm 0,05$ mmol λιθίου/lt ερυθρών αιμοσφαιρίων/ώρα) σε σχέση με αυτήν των ασθενών με τις λοιπές σπειραματοπάθειες ($0,239 \pm 0,04$ · p < 0,05) και των φυσιολογικών μαρτύρων ($0,225 \pm 0,008$ · p < 0,05). Ο κίνδυνος για την εγκατάσταση νεφρικής ανεπάρκειας σε ασθενείς με IgA νεφροπάθεια πιθανόν να σχετίζεται με μία γενετική προδιάθεση για αρτηριακή υπέρταση μέσω του συστήματος αντιμεταφοράς Na/Li των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

**ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΚΑΙΡΙΑ 15 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

E. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, P.B. HARTLEY, C.S. OGG, D.G. WILLIAMS,
J.S. CAMERON

Renal Unit, Guy's Hospital, London

Από τον Ιανουάριο 1980 μέχρι τον Δεκέμβριο 1986 σε 15 ασθενείς (7 άνδρες) διαγνώστηκε πρωτοπαθής νεφρική αμυλοείδωση. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 60 χρόνια (46-72 χρόνια). Η λευκαταιουρία ήταν το συχνότερο εργαστηριακό εύρημα (93%) ενώ το νεφρωτικό σύνδρομο (47%), η καρδιοπάθεια (44%) και η περιφερική νευροπάθεια (33%) αποτέλεσαν τα συχνότερα κλινικά ευρήματα. Η ηλεκτροφόρηση του ορού έδειξε την ύπαρξη παρακρωτεΐνης σε 6 από 11 ασθενείς (55%) ενώ σε 3 ασθενείς (20%) διαγνώστηκε πολλαπλό μυέλωμα. Η διάγνωση της νόσου έγινε πριν από το θάνατο σε 13 ασθενείς (86%). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης μετά την ιστολογική επιβεβαίωση της νόσου ήταν 13 μήνες (0-52 μήνες). Στο διάστημα αυτό 6 ασθενείς (40%) πέθαναν και η αθροιστική επιβίωση των ασθενών ήταν 60% στο τέλος του πρώτου χρόνου. Τα κυριότερα αίτια θανάτου ήταν η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή σοβαρές αρρυθμίες, η ουραιμία και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια. Η θεραπεία με κορτικοστεροειδή και μεφλαλίνη με ή χωρίς κολχικίνη παρέτεινε την επιβίωση ασθενών με πολλαπλό μυέλωμα ενώ δεν είχε καμμία επίδραση στις άλλες περιπτώσεις.

Συμπερασματικά, η πρωτοπαθής νεφρική αμυλοείδωση δεν είναι συχνή νόσος, παρατηρείται σε μεγάλες ηλικίες και η πρόγνωσή της είναι πτωχή. Η θεραπευτική αγωγή δεν έχει ευνοϊκά αποτελέσματα αλλά θα πρέπει να επιχειρείται πρώτως και ιδιαίτερα σε ασθενείς με πλασματοκυτταρικές δυσκρασίες.

**Η ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ)
ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΤΗΣ ΧΝΑ
ΑΠΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ**

B. ΒΑΡΓΕΜΕΖΗΣ, Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ,
Α.Μ. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Π. ΑΝΑΣΗΣ, Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ,
Κ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ, Π. ΠΑΣΑΔΑΚΗΣ, Η. ΘΩΔΗΣ,
Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γενικό Περιφ. Ιεποκράτειο Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης και Νεφρολογικό Τμήμα Δημοκρίτειου Παν/μίου Θράκης

36 διαβητικοί ασθενείς σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας αντιμετωπίστηκαν με συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ.) για περισσότερο από 3 χρόνια.

Έγινε σύγκριση της επιβίωσης ασθενών και μεθόδου, της αποτελεσματικότητας της μεθόδου και της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών με 128 μη διαβητικούς ασθενείς με Σ.Φ.Π.Κ. κατά την ίδια χρονική περίοδο.

Όλοι οι διαβητικοί εφάρμοσαν σωστά την μέθοδο κατ' οίκον μόνοι ή με την βοήθεια συγγενούς όταν είχαν βαρεια άμφιβληστροειδοπάθεια. Η επιβίωση των ασθενών κατά τον πρώτο χρόνο ήταν 75% για τους διαβητικούς και 93% για τους μη διαβητικούς. Η συχνότερη αιτία θανάτου στους διαβητικούς ήταν οι επιπλοκές από την γεκαυμένη αγγειοπάθεια. Η συχνότητα περιτονιτίδων ήταν ίδια και στις δύο ομάδες. Η χρήση της ινσουλίνης ενδοπεριτοναϊκά είχε σαν αποτέλεσμα την καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα. Η επιδείνωση της διαβητικής άμφιβληστροειδοπάθειας ήταν σπάνια σε αντίθεση με τους διαβητικούς σε αιμοκάθαρση.

Η Σ.Φ.Π.Κ. είναι μέθοδος εκλογής για διαβητικούς ασθενείς σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας. Τα αποτελέσματα της μεθόδου στους διαβητικούς είναι παρόμοια με εκείνα των μη διαβητικών σε Σ.Φ.Π.Κ.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ
ΜΕ ΚΕΦΟΡΑΝΙΔΗ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ
ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Κ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ, Π. ΑΝΑΣΗΣ, Ρ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΟΥ,
Χ. ΚΡΟΚΙΔΟΥ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ. και Μικροβιολογικό Εργαστήριο,
Γεν. Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Κύρια επιπλοκή της Σ.Φ.Π.Κ. είναι η περιτονίτιδα που ευθύνεται σ' ένα μεγάλο ποσοστό για την πρόωρη εγκατάλειψη της μεθόδου. Επί πλέον οι κίνδυνοι για τον ασθενή αυξάνονται από τις παρενέργειες των αντιβιοτικών που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπισή της.

Περιγράφουμε την εμπειρία μας στην αντιμετώπιση της επιπλοκής αυτής από την χρήση της κεφορανίδης μιας κεφαλοσπορίνης II γενιάς. Σε μια περίοδο 7 μηνών 38 ασθενείς με περιτονίτιδα αντιμετωπίστηκαν με κεφορανίδη. Το φάρμακο χορηγήθηκε ενδοπεριτοναϊκώς σε δόση εφόδου 1 gr και δόση συντηρήσεως 250 mg ανά δέλιτρο σάκκο για 10 μέρες. Οι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν ήταν χρυσίζων σταφυλόκοκκος 5, λευκός σταφυλόκοκκος 16 κοκκοβακτηρίδιο 2, στρεπτόκοκκος 2, κολοβακτηρίδιο 2, σερράτια 1, κλεμπσιέλλα 1, Acinetobacter 1 και αρνητική καλλιέργεια είχαμε στους 8. Η απάντηση στην κεφορανίδη ήταν στα Gram (+) (16/25) 64%, στα Gram (-) (2/5) 40% και συνολικά (22/38) 57%. Συμπερασματικά η κεφορανίδη αποτελεί ένα απλό, αποτελεσματικό και άριστα ανεκτό αντιβιοτικό κατάλληλο για την αντιμετώπιση της χωρίς επιπλοκές περιτονίτιδας στην Σ.Φ.Π.Κ., ιδιαίτερα σε εξωτερικούς ασθενείς μέχρι την απάντηση του αντιβιογράμματος.

ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΔΙΦΘΕΡΟΕΙΔΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Γ. ΜΑΡΓΑΡΙΤΗ, Μ. ΣΙΑΚΩΤΟΣ, Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ, ΑΙΚ. ΤΖΑΝΝΙΝΗ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΔΡΟΥΖΑΣ, Ι. ΜΑΛΕΓΚΟΣ, Μ. ΖΑΒΡΟΣ,
Ο. ΠΑΝΙΑΡΑ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Μικροβιολογικό Εργαστήριο Θεραπευτηρίου
Ευαγγελισμός, Αθήνα

Τα διφθεροειδή είναι ευκαιριακά παθογόνα τα οποία έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία διότι: α) τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζονται συχνότερα σαν αιτία περιτονίτιδας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση και β) για την απομόνωσή τους απαιτούν μακρά επώαση.

Περιγράφονται 4 ασθενείς (3 άντρες, 1 γυναίκα), 26-59 ετών, που παρουσίασαν βαρεία περιτονίτιδα από διφθεροειδή ενώ υποβάλλονταν σε περιτοναϊκή κάθαρση, οξεία (3) και συνεχή φορητή (1) με καθετήρα Tenckhoff. Η απομόνωση του διφθεροειδούς επιτεύχθηκε ύστερα από επώαση 7-12 ημερών και αφού είχαν προηγηθεί αρνητικές καλλιέργειες του περιτοναϊκού υγρού (3-5 ανά ασθενή). Σε δύο περιπτώσεις τα στελέχη ανήκαν στην ομάδα «JK» και ήταν πολυανθεκτικά. Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκε βανκομυκίνη για 12-14 μέρες, αλλά σε δύο απ' αυτούς, η περιτονίτιδα υποχώρησε μόνο μετά την αφαίρεση του καθετήρα.

Οι παρατηρήσεις αυτές υποδηλώνουν ότι σε περιπτώσεις επιμένουσας περιτονίτιδας και ιδιαίτερα όταν οι καλλιέργειες του περιτοναϊκού υγρού είναι αρνητικές, θα πρέπει να αναζητούνται με επιμονή τα διφθεροειδή, διότι μπορούν να οδηγήσουν σε αφαίρεση του καθετήρα.

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 16 Kg ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Z. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ-ΚΟΥΛΟΥΜΠΗ

Τμήμα Παιδιατρικής Νεφρολογικού Τμήματος, Γεν. Περιφερειακό
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Η συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ) θεωρείται η πιο ικανοποιητική μέθοδος στη θεραπευτική αντιμετώπιση του τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στα πολύ μικρά παιδιά (Β.Σ. < 15 Kg), ωστόσο υποβληθούν σε μεταμόσχευση νεφρού. Στη μελέτη αυτή αναλύεται η αποτελεσματικότητα σε 3 παιδιά ηλικίας 1,7-7,6 χρονών (μέσος όρος $4,5 \pm 2,4$ χρονών) και με Β.Σ. 7,8-14,0 Kg (μέσος όρος $10,6 \pm 2,6$ Kg) και συγκρίνεται με τα δεδομένα που έχουν δημοσιευθεί σε διάφορες πολυκεντρικές μελέτες.

Ο μέσος όρος παρακολούθησης των ασθενών ήταν $6 \pm 1,4$ μήνες. Ο βιοχημικός έλεγχος παρέμεινε σταθερός και τα αυξημένα επίπεδα ουρίας και φωσφόρου που παρατηρήθηκαν θεωρείται ότι οφείλονται στην αύξηση της σωματικής ανάπτυξης λόγω καλύτερης διατροφής. Η συχνότητα εμφάνισης περιτονίτιδας ήταν 1 επεισόδιο / 4,5 μήνες και είναι σημαντικά μεγαλύτερη από αυτή που παρατηρείται στα μεγαλύτερα παιδιά και στους ενήλικες. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στη σωματική ανάπτυξη χρησιμοποιώντας ως κριτήριο το βαθμό της σταθερής απόκλισης (standard deviation score) για το Β.Σ. και το ύψος, καθώς και τον δείκτη ταχύτητας της ανάπτυξης (growth velocity index). Σε 1/3 παιδιά με δύσκολα ελεγχόμενη υπέρταση διακόπηκαν τα αντιυπερτασικά φάρμακα μετά την ένταξη σε ΣΦΠΚ. Η αποκατάσταση των παιδιών ήταν ικανοποιητική και 2/3 παιδιά παρακολουθούν τακτικά το σχολείο.

ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ) ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ΤΣΝΑ)

K. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ, Δ. ΣΙΑΠΕΡΑ, Θ. ΑΪΒΑΖΟΓΛΟΥ, Κ. ΜΙΧΕΛΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδών Π. και Α. Κυριακού, Αθήνα

Η ΣΦΠΚ έχει καθιερωθεί σα μέθοδος εξωνεφρικής κάθαρσης για παιδιά με ΤΣΝΑ, γιατί είναι απλή, ασφαλής και αποτελεσματική. Όμως η περιτονίτιδα συνεχίζει να είναι η πιο σοβαρή επιπλοκή. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος του διπλού σάκκου σε παιδιά.

Από τον Μάρτιο 1985 ως τον Σεπτέμβριο 1988 εντάχθηκαν στο πρόγραμμα ΣΦΠΚ 15 παιδιά ηλικίας 8 μηνών ως 16 χρονών. 7 ασθενείς ήταν < 3 χρονών και είχαν βάρος < 11 Kg και δεν ήταν δυνατό να αντιμετωπισθούν με αιμοκάθαρση. 6/8 μεγαλύτερα παιδιά μέναν σε μεγάλη απόσταση από μονάδα αιμοκάθαρσης. Η τοποθέτηση του καθετήρα (τύπου Tenckhoff με ένα περίβλημα) έγινε από χειρουργό με γενική νάρκωση. Αμέσως μετεγχειρητικά δόθηκαν μικροί όγκοι διαλύματος, που αυξήθηκαν προοδευτικά σε 1,2-1,5 L/m²/αλλαγή. Με το σύστημα διπλού σάκκου ήταν δυνατή η χορήγηση διαφόρων ποσοτήτων διαλύματος.

Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με ΣΦΠΚ για 2 ως 25 ($11,7 \pm 7$) μήνες και είχαν ικανοποιητικές βιοχημικές παραμέτρους. Οι δείκτες αύξησης των 12 παιδιών ήταν ικανοποιητικοί, ενώ των 3 μέτρια επηρεασμένοι. Ανορεξία παρουσίασαν 3 μικροί ασθενείς (< 3 χρονών) και δόθηκε ρινογαστρική σίτιση για τη κάλυψη των θερμιδικών τους αναγκών. 4 παιδιά εμφάνισαν κήλες, 3 φλεγμονή σημείου εξόδου και 3 κοκκίωμα στο σημείο εξόδου. Η συχνότητα περιτονίτιδας ήταν ένα επεισόδιο/17,6 μήνες, που θεωρείται χαμηλή σε σχέση με τα αποτελέσματα άλλων κέντρων ΣΦΠΚ για παιδιά. 8 παιδιά έχουν μεταμοσχευθεί μετά από 6-25 ($14,2 \pm 6,7$) μήνες ΣΦΠΚ.

Η ΣΦΠΚ με το σύστημα διπλού σάκκου ήταν μια εύχρηστη και ασφαλής τεχνική αντιμετώπισης παιδιών με ΤΣΝΑ.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΟΝΟΥ-ΔΙΠΛΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Β. ΒΑΡΓΕΜΕΖΗΣ, Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ, Π. ΑΝΑΣΗΣ,
Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Α.Μ. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Κ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ,
Π. ΠΑΣΑΔΑΚΗΣ, Η. ΘΩΔΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γενικό Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης και Νεφρολογικό Τμήμα Δημοκρίτειου Παν/μίου Θράκης

Μελετήθηκε αναδρομικά η επίδραση των συστημάτων περιτοναϊκής καθαρσης, μονού και διπλού συστήματος, στη συχνότητα της περιτονίτιδας σε 273 ασθενείς (147 άνδρες, 126 γυναίκες με μέση ηλικία 50,7 έτη, διακύμανση 2-83 έτη) με τελικό στάδιο ΧΝΑ υπό ΣΦΠΚ.

Η μέση διάρκεια παρακολούθησης των ασθενών ήταν $24,3 \pm 26,2$ μήνες με συχνότητα περιτονίτιδας $0,115 \pm 0,125$ επεισόδια ανά μήνα.

Σε 153 ασθενείς εφαρμόστηκαν συστήματα μονού σάκκου και σε άλλους 120 συστήματα διπλού σάκκου. Η συχνότητα της περιτονίτιδας ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που χρησιμοποίησαν συστήματα μονού σάκκου ($0,133 \pm 0,147$ ανά μήνα) σε σύγκριση με αυτούς του διπλού συστήματος ($0,093 \pm 0,091$ ανά μήνα) ($p = 0,01$). Η διαφορά αυτή ήταν εμφανέστερη στους μη διαβητικούς ασθενείς όπου η συχνότητα περιτονίτιδας στο διπλό σύστημα ήταν $0,082 \pm 0,073$ ενώ στο μονό σύστημα ήταν $0,129 \pm 0,151$ ($p < 0,005$). Δεν διεπιστώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο συστημάτων στους διαβητικούς ασθενείς ($p = 0,83$). Επίσης δεν διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο συστημάτων στους ηλικιωμένους ασθενείς (> 60) και νεαρούς ασθενείς (< 40) ενώ στην ομάδα των ασθενών μεταξύ 40 και 60 ετών η συχνότητα της περιτονίτιδας στο μονό σάκκο ήταν $0,139 \pm 0,138$ και στο διπλό σάκκο $0,091 \pm 0,090$ ($p = 0,03$).

Σε 28 από τους 153 ασθενείς με μονό σάκκο (18%) εγκατελείφθη η μέθοδος λόγω υποτροπιάζουσας περιτονίτιδας ενώ αυτό συνέβη σε 9/120 ασθενείς με διπλό σάκκο (7,5%).

Από τη μελέτη αυτή προκύπτει ότι το διπλό σύστημα πλεονεκτεί του μονού σε σχέση με τον αριθμό των περιτονιτιδων σε ασθενείς υπό ΣΦΠΚ. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τις παρατηρήσεις που τελευταία ανακοινώθηκαν από κέντρα των ΗΠΑ που για μακρό χρονικό διάστημα χρησιμοποιούσαν αποκλειστικά το μονό σύστημα.

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ FISTULA ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΝΤΑΣΣΟΝΤΑΙ ΣΕ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ)

Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Ι. ΜΑΛΕΓΚΟΣ, Ν. ΤΣΙΑΝΑΣ, Β. ΜΑΡΤΕΛΛΟΣ,
Μ. ΖΑΒΡΟΣ, Μ. ΡΑΜΠΑΜΠΑ, Δ. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΟΣ,
Γ. ΣΤΑΥΓΙΑΝΟΥΔΑΚΗΣ, Μ. ΤΖΙΑΜΑΛΗΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Θεραπευτηρίου Ευαγγελισμός, Αθήνα

Η δημιουργία fistula στους ασθενείς που εντάσσονται σε ΣΦΠΚ θεωρείται συνήθως σκόπιμη, αλλά η αναγκαιότητά της έχει πρόσφατα αμφισβητηθεί. Μελετήσαμε το πρόβλημα αυτό σε 49 ασθενείς, ηλικίας 21-82 ετών, που εντάχθηκαν κατευθείαν σε ΣΦΠΚ κατά την τελευταία πενταετία και υποβλήθηκαν στη θεραπεία αυτή επί χρονικό διάστημα 6-60 μηνών (κατά μέσον όρο 26,3 μήνες). Κατά την έναρξή τους σε ΣΦΠΚ, 19 από τους 49 ασθενείς είχαν fistula η οποία όμως δεν είχε χρησιμοποιηθεί. Μέχρι το τέλος της περιόδου παρακολούθησης, 5 ασθενείς (10,2% του συνόλου) χρειάστηκε να υποβληθούν σε προσωρινή (3) ή μόνιμη (2) αιμοκάθαρση. Οι 4 από τους ασθενείς αυτούς είχαν fistula, ενώ στον ένα που δεν είχε αγγειακή προσπέλαση τοποθετήθηκε αποκλειδός καθετήρας.

Οι παρατηρήσεις αυτές ενισχύουν την άποψη ότι δεν είναι απαραίτητη η δημιουργία fistula στους ασθενείς που εντάσσονται σε ΣΦΠΚ.

ΙΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΣΙΛΙΚΟΝΗ ΚΑΙ ΣΤΟ DACRON ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ

Σ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Θ. ΤΟΛΙΟΥ, Α. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Π. ΜΑΡΑΣ

Μονάδα Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρσης,
Α΄ Παθολογική Κλινική και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο
Γεν. Νοσοκομείου Άγιος Δημήτριος, Θεσσαλονίκη

Στη συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση υπάρχει ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον για την ανθεκτικότητα του περιτοναϊκού καθετήρα στα μικροβιακά ένζυμα, αντισηπτικά, κ.ά., ενώ έχει διαπιστωθεί προσκόλληση μικροοργανισμών στο εσωτερικό τοίχωμά του. Ποιά όμως είναι η επίδραση στο εξωτερικό του καθετήρα των κυτταρικών στοιχείων του κοιλιακού τοιχώματος ή ακόμη και του περιτοναϊκού περιβάλλοντος;

Μελετήσαμε με το κοινό μικροσκόπιο και με αντίθεση φάσεων την ιστική αντίδραση στη σιλικόνη και στο dacron σε 5 περιπτώσεις καθετήρων που αφαιρέθηκαν ύστερα από 5½ έως 37 μήνες λειτουργίας (οι 2 για φλεγμονή της σήραγγας). Σ' όλες τις περιπτώσεις διαπιστώθηκε γιγαντοκυτταρική αντίδραση του τύπου ξένων σωμάτων. Κύριο εύρημα αποτελεί η έντονη φαγοκυττάρωση που εμφανίζεται υπό τύπον μεγάλων εγκλείστων που καταλαμβάνουν σημαντικό μέρος του κυτταροπλάσματος και που είναι δειλοπλαστικά. Ακόμη παρόμοιο υλικό περιβάλλεται και απομονώνεται από γιγαντοκύτταρα. Από τη συγκριτική μελέτη σε αυτούσια υλικά διαπιστώθηκε ότι πρόκειται για υλικό του dacron, όχι της σιλικόνης. Ο βαθμός της αντίδρασης δεν συσχετιζόταν με το χρόνο λειτουργίας του καθετήρα. Σε 3 περιπτώσεις συνυπήρχαν εστίες με μικροαποστήματα γύρω από το dacron. Σε 2 περιπτώσεις βρέθηκε μη ειδική χρόνια φλεγμονή χωρίς αποστήματα.

Η σιλικόνη φαίνεται ότι συμπεριφέρεται ουδέτερα και δεν διεγείρει φαγοκυτταρική αντίδραση που οφείλεται πιθανότατα μόνο στο dacron. Στα ερωτηματικά, α) αν μπορεί να εξαιρεθεί πλήρως η ερειστική ικανότητα του dacron σε απώτερο στάδιο και β) αν υπάρχει πιθανότητα αλλοιώσεων της εξωτερικής επιφάνειας του καθετήρα, απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

Η ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ Χ.Ν.Α. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΙΡΑ ΕΠΙ 230 ΔΙΑΔΟΧΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ (Δεκέμβριος 1981 - Οκτώβριος 1988)

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Από τον Δεκέμβριο του 1981 έως τον Οκτώβριο του 1988 230 ασθενείς σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας υποβλήθηκαν σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ.). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 50 χρόνια. (2-83 χρόνια). Οι 69 ήταν > 60 χρόνων (ποσοστό 30%) ενώ οι 35 από τους 230 ήταν διαβητικοί (15%). Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών ήταν $23,8 \pm 18,6$ μήνες (1-72 μήνες). Η πρωτοπαθής νόσος ήταν ΧΣΝ στους 90 (39%), διαμεσοσωληνιαρική νεφροπάθεια στους 48 (21%), διαβητική Νεφροπάθεια στους 35 (15%), Π.Κ.Ν. στους 24 (10,43%) και νεφροσκλήρωση σε 8 (3,5%) περιπτώσεις. Πρέπει να σημειωθεί ότι ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα εντάσσονταν κατά προτίμηση σε ΣΦΠΚ.

Η επιβίωση των ασθενών τον πρώτο, δεύτερο και έκτο χρόνο ήταν 92%, 86% και 76% αντίστοιχα, ενώ η επιβίωση της μεθόδου για ίδια χρονική διάρκεια ήταν 93%, 89,5% και 81%. Η επιβίωση των ασθενών και της μεθόδου ήταν σαφώς υψηλότερη στους ασθενείς < 60 χρόνων.

Συχνότερη αιτία θανάτου ήταν από καρδιαγγειακά προβλήματα ενώ η συχνότερη αιτία αλλαγής μεθόδου υποκατάστασης οι επανειλημμένες περιτονίτιδες με σύγχρονη αδυναμία συνεργασίας του ασθενούς.

Κατά την διάρκεια της Σ.Φ.Π.Κ. η υπάρχουσα υπέρταση των ασθενών ρυθμίστηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα ενώ ένα μικρό ποσοστό εξακολούθησαν να εμφανίζουν σημαντικό βαθμό αναιμίας. Ο υπόλοιπος βιοχημικός ανά μήνα έλεγχος των ασθενών ήταν σε ικανοποιητικά επίπεδα και οι ασθενείς αποκαταστάθηκαν πλήρως ή μερικώς σε ποσοστό 85% των περιπτώσεων.

Προβλήματα που προέκυψαν κατά την εφαρμογή της μεθόδου κατά κύριο λόγο ήταν οι περιτονίτιδες με ή όχι φλεγμονή αντιστομίου και υποδορίου σήραγγας, η εμφάνιση ή επίταση προϋπάρχουσας κοιλιοκήλης, η υγροκήλη στο σημείο εμφύτευσης του καθετήρα και η υπολευκωματιναιμία.

Συμπερασματικά η Σ.Φ.Π.Κ. παραμένει αποτελεσματική μέθοδος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Είναι απαραίτητο να αναπτυχθεί σε χώρες όπως η Ελλάδα όπου υπάρχει έλλειψη επαρκούς νοσηλευτικού προσωπικού και επιπλέον η «κατ' οίκον» αιμοκάθαρση προσφέρει ανεξαρτησία από το νοσοκομειακό περιβάλλον.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΛΕΜΦΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΥΠΟΠΛΗΘΥΣΜΩΝ
ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Μ. ΔΑΝΙΗΛΙΔΗΣ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Ζ. ΠΟΛΥΜΕΝΙΔΗΣ,
Γ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ, ΕΛ. ΨΩΜΟΓΕΡΙΔΟΥ-ΠΑΠΑΚΥΡΙΑΖΗ,
Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Τμήμα Ανοσολογίας και Εθν. Περιφ. Εργ. Ιστοσυμβατότητας και
Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης

Οι *in vitro* και *in vivo* ανοσολογικές διαταραχές που έχουν περιγραφεί σε ουραιμικούς ασθενείς, είναι πολυάριθμες. Ιδιαίτερα στους ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνο πρόγραμμα αιμοδιύλισης, ποικίλοι παράγοντες φαίνεται πως επηρεάζουν σημαντικούς κυτταρικούς ανοσορυθμιστικούς μηχανισμούς.

Μελετήσαμε τις μεταβολές της % αναλογίας των λεμφοκυτταρικών υποπληθυσμών στο περιφερικό αίμα 17 ασθενών (13 άνδρες - 4 γυναίκες) πριν και μετά την αιμοκάθαρση, καθώς επίσης και 15 υγιών εθελοντών. Χρησιμοποιήθηκαν τα μονοκλωνικά αντισώματα Leu2, Leu3, Leu4, Leu7 και Ok1a1.

Η μέση τιμή της % αναλογίας, πριν και μετά την αιμοκάθαρση ήταν: $64 \pm 9\%$ και $66 \pm 8\%$ για τα Leu⁴⁺ λεμφοκύτταρα, $34 \pm 4\%$ και $38 \pm 5\%$ για τα Leu³⁺ (βοηθητικά-επαγωγικά), $32 \pm 3\%$ και $29 \pm 4\%$ για τα Leu²⁺ (κατασταλτικά-κυτταροτοξικά), $16 \pm 7\%$ και $13 \pm 5\%$ για τα Leu⁷⁺ (φυσικά κυτταροκτόνα) $20 \pm 4\%$ και $21 \pm 5\%$ για τα Ok1a1 (B λεμφοκύτταρα και ενεργοποιημένα T). Οι αντίστοιχες τιμές στην ομάδα ελέγχου ήταν: Leu⁴⁺ = $74 \pm 9\%$, Leu³⁺ = $46 \pm 6\%$, Leu²⁺ = $28 \pm 4\%$, Leu⁷⁺ = $21 \pm 3\%$, και Ok1a1 = $18 \pm 5\%$. Η μέση τιμή του λόγου Leu³/Leu² πριν και μετά την αιμοκάθαρση ήταν 1.06 ± 0.38 και 1.31 ± 0.34 αντίστοιχα, ενώ στην ομάδα ελέγχου 1.64 ± 0.42 . Οι παραπάνω διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές μόνο για τον λόγο βοηθητικά/κατασταλτικά (Leu³/Leu²) ($p < 0.01$).

Από τα ευρήματα της μελέτης μας φαίνεται πως οι παράγοντες οι οποίοι προκαλούν την μείωση των T λεμφοκυττάρων στους ουραιμικούς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση, ενδέχεται να έχουν ειδική επίδραση σε ορισμένους υποπληθυσμούς, μεταβάλλοντας ανάλογα την ανοσιακή απάντηση αυτών των ασθενών.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
ΟΥΡΑΙΜΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
ΚΑΙ ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗ

Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ, Μ. ΚΑΡΑΜΟΥΖΗΣ, Α. ΜΠΑΛΛΑ,
Σ. ΧΑΤΖΗΑΝΤΩΝΙΟΥ, Μ. ΠΥΡΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

Α' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Είναι γνωστό ότι η αιμοδιήθηση έχει μεγαλύτερη κάθαρση για ουσίες μέσου μοριακού βάρους από την αιμοκάθαρση και επομένως έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να διερευνηθεί αν στην αιμοδιήθηση συμβαίνει ελάττωση των επιπέδων διαφόρων ορμονών που συσσωρεύονται στους ουραιμικούς ασθενείς. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 10 άρρωστοι, 5 άνδρες και 5 γυναίκες, ηλικίας από 32-70 χρόνων, που υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση από 0.5-7 χρόνια. Κάθε άρρωστος υποβάλλονταν διαδοχικά σε αιμοκάθαρση και αιμοδιήθηση για 4 εβδομάδες. Η αιμοκάθαρση γίνονταν με φίλτρο τριχοειδές από κουπροφάνη επιφάνειας 1,2 m² και η αιμοδιήθηση με φίλτρο τριχοειδές από πολυαμίδη (FH 77 Gambro). Δείγματα αίματος παίρνονταν από την αρτηριακή γραμμή προ και μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης ή αιμοδιήθησης και στο τέλος της 4ης εβδομάδας από την έναρξη της θεραπείας. Οι ορμόνες που προσδιορίστηκαν ραδιοανοσολογικά ήταν η ρενίνη, αλδοστερόνη, παραθορμόνη, T₃, T₄ και κορτιζόλη πλάσματος. Επίσης στα ίδια χρονικά διαστήματα προσδιορίστηκαν το ασβέστιο, ο φωσφόρος, η ουρία, η κρεατινίνη και το ουρικό οξύ και καταμετρήθηκε η συχνότητα κλινικών επιπλοκών που συμβαίνουν κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης ή αιμοδιήθησης.

Παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση των υποτασικών επεισοδίων ($p < 0,05$), των επιπέδων της PTH ($p < 0,01$) και της κορτιζόλης πλάσματος ($p < 0,05$) στην αιμοδιήθηση σε σύγκριση με την αιμοκάθαρση. Μεταβολικοί παράγοντες που μελετήθηκαν δεν βρέθηκε να παρουσιάζουν διαφορά μεταξύ των δύο μεθόδων θεραπείας.

Από τα παραπάνω ευρήματα συμπεραίνεται ότι η αιμοδιήθηση απομακρύνει σημαντικές ποσότητες ορισμένων ορμονών και ελαττώνει σημαντικά την αγγειοκινητική αστάθεια που παρατηρείται στην αιμοκάθαρση.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΑΣΣΙΚΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΚΑ), ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΙΑΔΙΘΗΣΗΣ (HDF) ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗΣ (HF) ΣΕ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΟΥΡΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Γ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ, Θ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφερ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων 3 μεθόδων αιμοκάθαρσης της ΚΑ, της HDF και της HF. Η μελέτη ξεκίνησε το Σεπτέμβριο του 1986 και κράτησε 1 χρόνο. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες: Ομάδα α' (ΚΑ). Περιλάμβανε 68 ασθενείς με μέση ηλικία 44,8 χρόνια. Ομάδα β' (HDF). Περιλάμβανε 14 ασθενείς με μέση ηλικία 52 χρόνια. Ομάδα γ' (HF). Περιλάμβανε 7 ασθενείς με μέση ηλικία 49 χρόνια. Όλοι οι ασθενείς είχαν πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο κάθε μήνα. Ορισμένα από τα αποτελέσματα δίνονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ

	Συνολ. μέγν %	Συμπτωτική Υπόταση %	Αρρυθμίες %	Ναυτία Έμετοι %	Ουρία mg/dl	Κρεατινίνη mg/dl
ΚΑ n = 68	55,8	53	37	18	191 ± 43	11,9 ± 2,0
HDF n = 14	28,5	28,5	21	7	217 ± 27,6	13,29 ± 1,2
HF n = 7	28,5	28,4	28,5	0	214 ± 41	11,8 ± 1,4

Από την στατιστική επεξεργασία των στοιχείων προέκυψαν τα εξής: Οι συνολικές μινών, η συμπτωματική υπόταση, οι διαταραχές του καρδιακού ρυθμού και η ναυτία-έμετοι ήταν σημαντικά συχνότερες επιπλοκές στους ασθενείς που έκαναν ΚΑ τόσο σε απόλυτο αριθμό όσο και σε συχνότητα ανά ασθενή/συνεδρία. Αντίθετα οι ασθενείς στην HDF και HF είχαν υψηλότερες τιμές ουρίας αίματος. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στο Ca⁺⁺, P⁺ και στο γινόμενο Ca_xP.

Συμπερασματικά η HDF και η HF προσφέρονται κυρίως για ασθενείς μεγάλης ηλικίας που παρουσιάζουν προβλήματα αστάθειας του καρδιαγγειακού συστήματος. Το μειονέκτημα της υψηλής ουρίας και κρεατινίνης μπορεί να αντιμετωπισθεί αυξάνοντας διάρκεια κάθε συνεδρίας

ΑΛΛΕΡΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΑΙΘΥΛΕΝΟΞΕΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΦΟΡΜΟΛΗΣ

Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Π. ΜΑΡΓΑΡΗ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΠΑΣΤΟΥΡΜΑΤΖΗ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα, Α.Π.Θ., Γεν. Περιφερ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Είναι γνωστό ότι ένας αριθμός χρόνιων αιμοδιυλιζομένων ασθενών παρουσιάζει φαινόμενα υπερευαισθησίας με συνοδό ή μη εωζινοφιλία. Το θέμα αυτό έχει απασχολήσει τους νεφρολόγους τα τελευταία χρόνια και έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες που έχουν σχέση με τα υλικά αιμοκάθαρσης όπως π.χ. το αιθυλανοξείδιο (ΕΤΟ), η φορμόλη, η παρουσία ενδοτοξινών στις μεμβράνες του φίλτρου, τμήματα σιλκόνης κ.ά. Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των φαινομένων υπερευαισθησίας στους ασθενείς της μονάδας τεχνητού νεφρού. Η μελέτη αφορούσε την περίοδο από 1/9/1986 μέχρι 1/9/1987. Το πρωτόκολλο είχε 2 σκέλη, το κλινικό και το εργαστηριακό. Το κλινικό βασίστηκε σ' ένα ερωτηματολόγιο που σκοπό είχε την απομόνωση ομάδων ασθενών που είχαν φαινόμενα υπερευαισθησίας (άσθμα, κνησμό, εκζεματοειδή, δερματίτιδα, ουρτικάρια, δύσπνοια, φρίκια, ρίγος, υπόταση). Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλάμβανε μηνιαία μέτρηση των εωζινοφίλων, έλεγχο της κυτταρικής υπερευαισθησίας με δερματικά test (Multi test-DNCB) και ανίχνευση αντισωμάτων έναντι του ΕΤΟ (τύπου IgE) και της φορμόλης (τύπου Ed). Συνολικά ελέγχθηκαν 74 ασθενείς. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψαν τα εξής: 1) 2/74 (2,7%) ασθενείς ήταν θετικοί στο ΕΤΟ και 1/74 (1,3%) στη φορμόλη. Τα δερματικά test (Multi test και DNCB) σε σχέση με φυσιολογικούς υγείς μάρτυρες έδειξαν μειωμένη κυτταρική απάντηση. 22/74 (29,7%) ασθενείς είχαν αυξημένα εωζινοφίλα τόσο σε απόλυτο αριθμό όσο και επί % αναλογία. Δεν βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση αλλεργικών φαινομένων με ευαισθητοποίηση στο ΕΤΟ και τη φορμόλη. Απεναντίας τα αλλεργικά φαινόμενα ήταν συχνότερα στην ομάδα των ασθενών με αυξημένα εωζινοφίλα. Τέλος η ύπαρξη του κνησμού δεν έδειξε να έχει σχέση με την εωζινοφιλία, το είδος της μεμβράνης και τη μέθοδο αποστείρωσης. Συζητούνται τα αποτελέσματα μας συγκριτικά με τη διεθνή βιβλιογραφία.

ΜΕΜΒΡΑΝΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗΣ ΒΙΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ ΕΧΟΥΝ
ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗΣ
ΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Α. ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ, Μ. ΒΑΡΛΑ,
Γ. ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ, Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Α. ΚΑΤΣΑΡΟΥ,
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Ε. ΝΕΟΦΩΤΙΣΤΟΥ, Α. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΙ
Γ. ΒΟΣΝΙΑΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου
και Ανοσολογικό Εργαστήριο Γενικού Νοσοκομείου, Αθήνα

Με σκοπό να διερευνηθεί κατά πόσο οι μεμβράνες Κουπροφάνη (ΚΟΥ), Οξεική Κυτταρίνη (ΟΚ), Πολυακρυλονιτρίλη (ΠΑΝ) και Πολυσουλφόνη (ΠΣΦ), έχουν διαφορετική δυνατότητα απομάκρυνσης των προϊόντων ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων, με προσρόφηση και/ή κάθαρση, έγινε ραδιοανοσολογικός προσδιορισμός (RIA) της Β-Θρομβοσφαιρίνης (Β-ΘΣΦ) στα εξής πειράματα: Για να προκληθεί ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων και έκλυση Β-ΘΣΦ, 18 πρόσφατες (< 12 ώρες), μη μεταγγίσιμες (HBsAg+) μονάδες αίματος, υποβλήθηκαν σε τρίωρη αιμοκάθαρση με φίλτρο ΚΟΥ. Δείγματα από το «ενεργοποιημένο» αυτό αίμα επωάστηκαν για 15' στους 37° C παρουσία μεμβράνης ΟΚ, ΠΑΝ και ΠΣΦ. Μετά την επώαση με ΟΚ η Β-ΘΣΦ αυξήθηκε ($P < 0.05$), ενώ παρουσία της ΠΑΝ μειώθηκε ($P < 0.05$) και παρουσία της ΠΣΦ παρέμεινε αμετάβλητη. Τα παραπάνω υποδηλώνουν ότι η ΟΚ ενεργοποιεί περαιτέρω τα αιμοπετάλια και ότι η Β-ΘΣΦ προσροφάται από την ΠΑΝ αλλά όχι από την ΠΣΦ. Αιμοκάθαρση για δεύτερη φορά του υπόλοιπου «ενεργοποιημένου» αίματος με φίλτρο ΟΚ ή ΠΑΝ ή ΠΣΦ, είχε σαν αποτέλεσμα αύξηση ($P < 0.05$) της Β-ΘΣΦ στην περίπτωση της ΟΚ και ελάττωσή της στις περιπτώσεις της ΠΑΝ και ΠΣΦ ($P < 0.05$). Η ελάττωση αυτή οφειλόταν τουλάχιστον σε προσρόφηση της Β-ΘΣΦ από την ΠΑΝ και σε κάθαρσή της δια μέσου της ΠΣΦ.

Για να επιβεβαιωθεί η προσροφητική ιδιότητα των μεμβρανών στην ουραιμία, δείγματα αίματος από 10 ασθενείς με ΧΝΑ πριν την ένταξή τους σε εξωνεφρική κάθαρση (κρεατ. ορού 8.1 ± 0.9 mg%), επωάστηκαν αρχικά με ΚΟΥ και επανεπωάστηκαν με ΟΚ, ΠΑΝ και ΠΣΦ. Στις περιπτώσεις αυτές προσδιορίστηκε και η β2-Μικροσφαιρίνη (β2Μ). Ελάττωση της Β-ΘΣΔ και β2Μ παρατηρήθηκε μόνο με την ΠΑΝ.

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης δείχνουν ότι, σ' ότι αφορά την απομάκρυνση των φλεγμονωδών προϊόντων, οι διάφοροι τύποι μεμβρανών έχουν διαφορετικές ιδιότητες (ΚΟΥ και ΟΚ: μη απομάκρυνση, ΠΑΝ: προσρόφηση, ΠΣΦ: κάθαρση). Οι διαφορές τους αυτές, είναι ενδεχόμενο, να συμβάλλουν στη διαφορετική βιοσυμβατότητά τους.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ β₂-ΜΙΚΡΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ (β₂Μ)
ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΜΒΡΑΝΩΝ-ΜΕΘΟΔΩΝ

Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ, Π. ΜΑΡΓΑΡΗ,
Β. ΠΑΣΤΟΥΡΜΑΤΖΗ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν: 1) ο έλεγχος της β₂Μ του πλάσματος πριν και μετά την αιμοκάθαρση χρησιμοποιώντας διάφορες μεμβράνες ή μεθόδους και 2) η κινητική της β₂Μ στη κλασική αιμοκάθαρση, αιμοδιήθηση και αιμοδιαδιήθηση. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν 4 είδη μεμβρανών με την εξής σειρά: κουπροφάνη (GAMBRO Fiber 1,2 m²) πολυσουλφόνιο (FRESSENIUS F40), πολυαμιδη (GAMBRO Fiber Hemofilter 77), πολυακρυλονιτρίλιο (ASAHI PAN 200). Για τον προσδιορισμό της β₂Μ χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Elisa (Pharmacia β₂-Micra test). Η τιμή της β₂Μ μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης διορθώθηκε με βάση την εξίσωση: β₂Μ διορθωμένη = β₂Μ χωρίς διόρθωση / (1 + ΔΒΣ/0.2 Β.Σ. μετά την αιμοκάθαρση). Η μελέτη έγινε σε 8 ασθενείς για την κουπροφάνη, 8 ασθενείς για το πολυσουλφόνιο, 5 ασθενείς για τη πολυαμιδη και 6 ασθενείς για το πολυακρυλονιτρίλιο. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: Στην κουπροφάνη η τιμή της β₂Μ πριν και μετά τη συνεδρία δεν είχε στατιστικά διαφορά ($M \pm SD$ πριν $45,05 \pm 9,0$ μετά $45,63 \pm 3,66$ mg/ml). Στο πολυσουλφόνιο από $34,3 \pm 6,9$ μειώθηκε μετά το πέρας της συνεδρίας σε $21,85 \pm 6,18$ mg/ml ήτοι κατά 36,2% ($p < 0,01$). Στην πολυαμιδη από $45,5 \pm 7,7$ έπεσε στο $25,46 \pm 3,8$ mg/ml ($p < 0,01$) δηλαδή σημειώθηκε μείωση κατά 42%. Τέλος στο πολυακρυλονιτρίλιο η β₂Μ μειώθηκε κατά 6% ήτοι, από $32,49 \pm 7,58$ στο $30,9 \pm 3,5$ ($p = NS$). Ανάλογες μεταβολές παρατηρήθηκαν και στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Επίσης με την αιμοδιήθηση και την αιμοδιαδιήθηση παρατηρήθηκε σημαντική πτώση της β₂Μ.

Συμπερασματικά οι μεταβολές της β₂Μ έχουν απόλυτη σχέση με τη βιοσυμβατότητα της μεμβράνης. Η μείωση των επιπέδων με την αιμοδιαδιήθηση και την αιμοδιήθηση θεωρητικά τουλάχιστον μπορεί να αναστείλει την ανάπτυξη σύνδρομης καρπαίου σιλήνα και της αρθροπάθειας των αιμοδιυλιζομένων.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΜΕΤΑ
ΧΟΡΗΓΗΣΗ α-ΑΝ ΕΠΟ ΣΕ ΒΑΡΕΙΑ ΑΝΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ
ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Β. ΑΓΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, Γ. ΔΙΓΕΝΗΣ, Γ. ΓΡΙΒΑΣ, Δ. ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ,
Δ. ΤΖΑΝΑΤΟΥ-ΞΕΑΡΧΟΥ, Α. ΒΑΡΣΟΥ-ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ,
ΩΡ. ΤΡΑΥΛΟΥ, ΑΡ. ΦΕΡΤΑΚΗΣ, ΠΠ. ΓΙΑΤΖΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Κέντρο Ιατρικού Τμήματος Παν/μίου Αθηνών,
Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Πέντε βαρειαί αναιμικοί άρρωστοί (2 άνδρες και 3 γυναίκες) ηλικίας 21-49 χρόνων υπό χρόνια αιμοκάθαρση διάρκειας 21-108 μηνών (3 x 4 ώρες/εβδομάδα) έλαβαν ενδοφλεβίως το τελευταίο πεντάμηνο 50 U/Kg σωματικού βάρους ανασυνδυασμένης ανθρώπινης ερυθροποιητίνης (α-Αν ΕΠΟ) στο τέλος κάθε αιμοκάθαρσης. Κατά την διάρκεια της μελέτης έγινε λεπτομερής καταγραφή των συμπτωμάτων και αντικειμενικών ευρημάτων, καθώς και των αποτελεσμάτων από την μέτρηση των ακόλουθων βιολογικών παραμέτρων **ανά εβδομάδα**: αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη, λευκά - τύπος, αιμοπετάλια, δικτυοερυθροκύτταρα και **ανά μήνα**: ασβέστιο, νάτριο, κάλιο, φωσφόρος, αλβουμίνη, κρεατινίνη, χολερυθρίνη, τρανσαμινάσες, αλκαλική φωσφατάση, φερριτίνη, σίδηρος, σιδηροφιλίνη, ολική σιδηροδεσμευτική ικανότητα, φυλλικό οξύ, βιταμίνη B₁₂.

Τα αποτελέσματα του πρώτου τριμήνου βεβαιώνουν την καλή ανοχή του φαρμάκου και την έξοχη αποτελεσματικότητά του στην βελτίωση της αναιμίας, ενώ παράλληλα δείχνουν ότι η μέτρηση των δικτυοερυθροκυττάρων, του σιδήρου, της φερριτίνης, του φυλλικού οξέος, της βιταμίνης B₁₂ και του καλίου, καθοδηγεί και εξασφαλίζει την σωστή, ακίνδυνη και αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή.

ΑΝΑΣΤΑΛΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΙΟΝΤΙΚΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ
ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΤΑ
ΤΗΝ ΥΠΟΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΠΟΒΟΛΑΙΜΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Ν. ΠΑΠΑΓΑΛΑΝΗΣ, Λ. ΔΟΥΜΑΣ, Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ,
Ι. ΜΠΟΥΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΠΕΤΜΕΖΑΚΗ, Α. ΒΕΛΛΟΥ-ΞΑΝΘΑΚΗ,
Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝ/ΝΟΥ

Νεφρολογική Κλινική και Βιοχημικό Εργαστήριο Νοσοκομείου Τσαγκάρη, Νεφρολογική Κλινική και Βιοχημικό Εργαστήριο 7ου Θεραπευτηρίου ΙΚ.Α., Αθήνα

Δια την εξακρίβωση της σημασίας του Ιοντικού ασβεστίου του ορού στην τροποποίηση των περιφερικών αντιστάσεων από την ελάττωση του όγκου του αίματος, προσδιορίστηκε η μέση αρτηριακή πίεση, το Ιοντικό Ca⁺⁺, τα HCO₃⁻ το pH και τα λευκώματα του αίματος προ και μετά μια συνεδρία αιμοκάθαρσης, σε 21 αρρώστους υπό ΧΠΑ, με καλή κυκλοφορική προσαρμογή στην υπερδιήθηση.

Σε 9 αρρώστους (Ομάδα Α) η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) ελαττώθηκε κατά 14,7 ± 7,9 mmHg (p < 0,001) μετά πεντάωρη συνεδρία. Σε άλλους 9 (Ομάδα Β) αυξήθηκε κατά 11,6 ± 8,35 mmHg (p < 0,01) και σε τρεις δεν μεταβλήθηκε.

Και στις δύο πρώτες ομάδες το Ιοντικό Ca⁺⁺, τα HCO₃⁻ και το pH αυξήθηκαν σημαντικά μετά την συνεδρία (κατά 0,16 ± 0,08 mmol/l, p < 0,001, το Ca⁺⁺, κατά 2,99 ± 1,5 mmol/l, p < 0,001 τα HCO₃⁻ και κατά 0,12 ± 0,03, p < 0,001 το pH στην ομάδα Α-, κατά 0,2 ± 0,11 mmol/l p < 0,001 το Ca⁺⁺, κατά 3,57 ± 2,4 mmol/l, p < 0,01 τα HCO₃⁻ και κατά 0,09 ± 0,04, p < 0,001 το pH- στην ομάδα Β). Τα λευκώματα στην ομάδα Α δεν αυξήθηκαν σημαντικά (t = 2,18) αντίθετα απ' ότι συνέβη στην ομάδα Β (αύξηση κατά 0,83 ± 0,73 gr%, p < 0,01). Η ελάττωση του ΒΣ στην ομάδα Α ήταν 1,3 ± 0,26 Kg* και στην ομάδα Β 0,7 ± 0,23 Kg* (t = 1,6 N.S.).

Στην ομάδα Α το μέγεθος της ελάττωσης της ΑΠ (Δ_{ΑΠ}) εξαρτώνταν θετικά από την αύξηση του Ca⁺⁺ (Δ_{Ca⁺⁺}), r = 0,76, p < 0,05, και θετικά αλλά μη σημαντικά από την απώλεια βάρους (Δ_{ΒΣ}), r = 0,19. Η ανάλυση όμως της εξάρτησης της ΔΑΠ από τις δύο μεταβλητές ταυτόχρονα (linear with two predictor variable analysis) έδειξαν ότι η Δ_{ΒΣ} (r = 0,84, p < 0,001) και η Δ_{Ca⁺⁺} (r = 0,85, p < 0,001) επηρεάζουν πολύ σημαντικά την ελάττωση της ΑΠ κατά την αιμοκάθαρση.

Στην ομάδα Β η αύξηση της ΑΠ (Δ_{ΑΠ}) εξαρτώνταν αρνητικά από την Δ_{ΒΣ} (r = -0,45) και αρνητικά από την αύξηση του Ca⁺⁺ (r = -0,56, p < 0,05). Και πάλι ταυτόχρονη εισαγωγή των δύο μεταβλητών στην ανάλυση έδειξε ότι η αύξηση της ΑΠ μετά την αιμοκάθαρση εξαρτώνταν αρνητικά από την αύξηση του Ca⁺⁺ (r = -0,63, p < 0,05) και από την Δ_{ΒΣ} (r = -0,55, p < 0,05). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι τόσο κατά τη μη συμπτωματική υπόταση της αιμοκάθαρσης όσο και

στην «ποβολαιμική υπέρταση της αιμοκάθαρσης» η αύξηση του Ιοντικού ασβεστίου του ορού αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ο οποίος και εμποδίζει την αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων.

Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι ασθενείς υπό Χ.Π.Α. με χαμηλή Α.Π. και συχνά υποτασικά επεισόδια εμφανίζουν υψηλές στάθμες ιοντικού ασβεστίου στον ορό, που τους καθιστούν περισσότερο ευάλωτους σε πτώση της Α.Π. κατά την ελάττωση του όγκου του αίματος. Στους ασθενείς αυτούς η κινητοποίηση του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης είναι αντιρροπιστική και όχι πρωτοπαθής διαταραχή όπως είχε υποστηριχθεί.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΞΟΝΑ ΡΕΝΙΝΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΤΑΣΙΝΗΣ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΥΠΟΤΑΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΙΟΝΤΙΚΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΤΟΥ ΟΡΟΥ

Ν. ΠΑΠΑΓΑΛΑΝΗΣ, Γ. ΤΣΟΥΦΑΚΗΣ, Φ. ΣΤΑΘΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ,
Α. ΚΑΡΑΜΠΙΑΤΣΟΣ, Γ. ΚΩΣΤΟΓΙΑΝΝΗ, Γ. ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ,
Ν. ΑΦΕΝΤΑΚΗΣ, Α. ΛΙΩΣΗ

Νεφρολογικό Τμήμα και Ορμονολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα

Με σκοπό τη διαπίστωση της αντιδραστικότητας του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης και της στάθμης του ιοντικού ασβεστίου του ορού στην αρτηριακή πίεση των ασθενών υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση (ΧΠΑ) προσδιορίστηκαν οι μεταβολές των δύο αυτών παραγόντων πριν και μετά τη συνεδρία σε 5 ασθενείς με καλή κυκλοφορική προσαρμογή (ομάδα Β) και σε 4 με συχνά υποτασικά επεισόδια (ομάδα Α). Οι ασθενείς της ομάδας Α είχαν σημαντικά χαμηλότερη μέση αρτηριακή πίεση τόσο πριν ($104,5 \pm 5,33$ έναντι $138,8 \pm 5,59$ mmHg των ασθενών της ομάδας Β, $P < 0,01$) όσο και μετά τη συνεδρία ($86 \pm 7,39$ έναντι $108,6 \pm 4,81$ mmHg, $P < 0,05$), υψηλότερα επίπεδα ιοντικού ασβεστίου στον ορό πριν ($1,17 \pm 0,12$ έναντι $1,03 \pm 0,02$ mmol/l) και μετά τη συνεδρία ($1,42 \pm 0,09$ έναντι $1,27 \pm 0,04$ mmol/l) και χαμηλότερη ρενίνη πλάσματος (PRA) πριν τη συνεδρία ($2,37 \pm 0,86$ έναντι $5,68 \pm 2,7$ ng/ml/h). Η αύξηση του ιοντικού ασβεστίου μετά τη συνεδρία ήταν στατιστικά σημαντική ($P < 0,01$) μόνο στην ομάδα Β. Η αυτή απώλεια βάρους με υπερδιήθηση ($4 \pm 0,87\%$ του βάρους σώματος για την ομάδα Α και $4,35 \pm 0,36\%$ για την ομάδα Β) προκάλεσε αύξηση της PRA κατά $767,45 \pm 553,7\%$ στην ομάδα Α και κατά $176,6 \pm 79,1\%$ στην ομάδα Β ($p < 0,05$). Η σχέση της αύξησης αυτής με την ελάττωση του βάρους σώματος ήταν λογαριθμική και στατιστικά σημαντική μόνο στην ομάδα Α ($\hat{y} = 1,08 \pm 10 \ln x$, $r^2 = 0,64$, $p = 0,05$). Η μέση αρτηριακή πίεση (ΜΑΠ) μετά τη συνεδρία και στις δύο ομάδες σχετιζόταν αρνητικά με τη στάθμη του ιοντικού ασβεστίου, με σημαντική σχέση μόνο για την ομάδα Α ($r^2 = 0,99$, $p < 0,01$, έναντι $r^2 = 0,39$ της ομάδας Β, η καμπύλη εκθετική $\hat{y} = 40,9 e^{0,3x}$). Η ανάλυση της εξάρτησης ΜΑΠ από τις δύο αυτές παραμέτρους ταυτόχρονα κατέδειξε ότι η επίδραση του ιοντικού ασβεστίου εξισορροπείται μερικά από την αύξηση της PRA και στις δύο ομάδες ($r\overline{M}AP$, $Ca^{++} \cdot PRA = -0,77$ στην ομάδα Α και $r\overline{M}AP$, $Ca^{++} \cdot PRA = -0,85$, $p = 0,05$ στην ομάδα Β). Η αύξηση της PRA μετά τη συνεδρία επηρεαζόταν αρνητικά από την αύξηση του ιοντικού ασβεστίου ($\hat{y} = 2,93 - 5,19 \ln x$, $r^2 = 0,02$) στο σύνολο των ασθενών.

ΟΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΧΩΡΩΝ
ΣΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΤΟΥ EDTA ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 1979-1988

Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ, Ν. ΝΤΟΜΠΡΟΣ

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της επιστημονικής παρουσίας των Ευρωπαϊκών χωρών στα Συνέδρια του EDTA στη δεκαετία 1979-1988.

Υλικό - Μέθοδος: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν τα αντίστοιχα 10 βιβλία Περίληψεων (Abstracts) του EDTA. Για κάθε Ευρωπαϊκή χώρα και για κάθε χρονιά, καταμετρήθηκαν και καταχωρήθηκαν όλες οι Περίληψεις Εργασιών που υποβλήθηκαν καθώς και αυτές που παρουσιάστηκαν προφορικά ή με τη μορφή poster. Υπολογίστηκε ακόμα το ποσοστό αποδοχής για παρουσίαση καθώς και η ροπή (trend) εξέλιξης του.

Αποτελέσματα: Στα δέκα τελευταία Συνέδρια του EDTA (1979-1988) υποβλήθηκαν 6486 εργασίες από τις οποίες οι 1643 (25.33%) έγιναν δεκτές για παρουσίαση. Από απόψεως συνολικού αριθμού υποβολής εργασιών την πρώτη θέση καταλαμβάνει η Ιταλία με 1260 (19.42%) εργασίες. Ακολουθούν η Αγγλία (768 ± 11.84%), Δ. Γερμανία (762 ± 11.74%), Γαλλία (564 ± 8.69%), Ισπανία (420 ± 6.47%), Ολλανδία (229 ± 3.53%) κ.ά. Η Ελλάδα καταλαμβάνει την 13η θέση με 109 (1.68%) εργασίες. Από απόψεως συνολικού αριθμού παρουσιάσεων την πρώτη θέση καταλαμβάνει η Αγγλία με 284 (17.28%) παρουσιάσεις. Ακολουθούν η Ιταλία (248 ± 15.09%), Δ. Γερμανία (243 ± 14.79%), Γαλλία (169 ± 10.28%), Ισπανία (91 ± 5.53%), Ολλανδία (87 ± 5.29%) κ.ά. Η Ελλάδα μαζί με την Πολωνία καταλαμβάνουν τη 13η θέση με 18 (1.09%) παρουσιάσεις. Η ροπή εξέλιξης (trend) του συνολικού αριθμού των εργασιών που υποβλήθηκαν και αυτών που παρουσιάστηκαν στα Συνέδρια του EDTA είναι ανοδική για τα τελευταία 10 χρόνια. Περισσότερες πληροφορίες αποδίδονται με γραφικές παραστάσεις κατά την παρουσίαση.

Συμπεράσματα: Απο 27 Ευρωπαϊκές χώρες, έξι (Αγγλία, Ιταλία, Δ. Γερμανία, Γαλλία, Ισπανία και Ολλανδία) κάλυψαν το 61,7% των εργασιών που υποβλήθηκαν και το 68.3% των εργασιών που παρουσιάστηκαν. Η Ελλάδα έχει καλύψει αντίστοιχα το 1.68 και το 1.09% και σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες καταλαμβάνει την 13η θέση.

Η ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΠΛΟΥ ΦΙΛΤΡΟΥ ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗΣ -
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΣΚΕΥΗ (MONITOR)

Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ-ΛΙΤΣΑΚΟΥ

Τμήμα Τεχνητού Νεφρού, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείου Λάρισσας

Η ανάγκη να χρησιμοποιήσουμε διπλό φίλτρο παράλληλης αιμοδιήθησης - αιμοκάθαρσης (Spiraflo SG2) χωρίς την συμπληρωματική συσκευή (PFD 2002) μας οδήγησε στην εφαρμογή τροποποιημένης τεχνικής με την βοήθεια μιας πρόσθετης αντλίας αίματος και ενός κλινοζυγού. Την πρόσθετη αντλία αίματος την πήραμε από ένα εφεδρικό μηχάνημα και τη χρησιμοποιήσαμε για τη χορήγηση υγρών αντικατάστασης. Ο ηλεκτρικός κλινοζυγός της μονάδας χρησιμοποιήθηκε για τον ακριβή έλεγχο του βάρους των ασθενών. Τα υγρά υπερδιήθησης συλλέγονταν μέσα σε ουροσυλλέκτες. Μέχρι στιγμής η τεχνική μας εφαρμόστηκε 30 φορές σε πέντε από τους ασθενείς μας που παρουσίαζαν προβλήματα στην αιμοκάθαρση. Επειδή η υπερδιήθηση δεν ελεγχόταν από αντλία, το πρώτο στη σειρά φίλτρο αιμοδιήθησης παρουσίαζε τη μεγαλύτερη δυνατή υπερδιήθηση που κυμαινόταν από 44,4 μέχρι 51,1 ml/min. Το βάρος του ασθενούς ελεγχόταν κάθε τέταρτο της ώρας και ανάλογα αυξομειωνόταν ο ρυθμός εγχύσεως των υγρών αντικατάστασης (30-40 ml/min). Το σύνολο των υγρών κυμαινόταν από 5.500 ml μέχρι 7.800 ml υγρών αιμοδιήθησης ή Ringer-Lactate και φυσιολογικό ορό σε ίση αναλογία όταν χρησιμοποιούσαμε διττανθρακικά διαλύματα για αιμοκάθαρση. Συνεπώς είναι δυνατή η χρησιμοποίηση του διπλού φίλτρου αιμοδιήθησης - αιμοκάθαρσης χωρίς συμπληρωματική συσκευή εάν υπάρχει μια πρόσθετη αντλία αίματος, ένας κλινοζυγός και προσεκτική παρακολούθηση του ασθενούς.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ ΜΕ ΑΝΑΙΜΑΚΤΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΧΑΜΚ)

Γ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Ε. ΧΕΛΜΗΣ, Δ. ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ, Α. ΤΣΕΡΓΗΣ,
Σ. ΓΙΑΜΑΛΗΣ, Κ. ΒΡΑΝΑΚΗΣ, Ν. ΠΑΠΑΔΟΔΗΜΑΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Αγγειολογικό Εργαστήριο,
Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

Εκτιμήσαμε την κατάσταση των περιφερικών αρτηριών σε 30 ασθενείς ηλικίας 54.3 ± 13.7 ετών (28-76 ετών) που υποβάλλονται σε ΧΑΜΚ επί 41.5 ± 27.1 μήνες (6-98 μήνες), χωρίς διαλείπουσα χαλότητα ή άλλο σύμπτωμα περιφερικής αποφρακτικής αρτηριοπάθειας.

Χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες αναίμακτες τεχνικές καταγραφή καμπυλών ταχύτητας που ελήφθησαν με Doppler συνεχούς εκπομπής σε συχνότητα 8.2 ΜΗΖ, από τις μηριαίες και τις οπίσθιες κνημιαίες αρτηρίες. Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκαν οι ποδοβραχιόνιοι (ΠΒ) δείκτες πίεσης. Δέκα ασθενείς σε καλή κλινική κατάσταση υπεβλήθησαν σε δοκιμασία κοπώσεως και οι υπόλοιποι 20 σε δοκιμασία αντιδραστικής υπεραιμίας.

Ποσοστό 70% των ασθενών είχε φυσιολογικούς ΠΒ δείκτες πίεσης. Το 50% των ατόμων με φυσιολογικούς δείκτες εν ηρεμία έδωσε παθολογικούς μετά κόπωση. Το 40% των αρρώστων που έκαναν δοκιμασία αντιδραστικής υπεραιμίας και με φυσιολογικούς δείκτες ΠΒ εν ηρεμία, είχαν παθολογική δοκιμασία αντιδραστικής υπεραιμίας. Η επεξεργασία και ανάλυση των καμπυλών ταχύτητας έδειξε ότι παθολογικές καμπύλες από 1 μόνο αρτηρία είχε το 30%, από το 23.3%, από 3 το 10% και από 4 το 10% των ασθενών. Σε 14 άτομα υπήρχε δυσαρμονία μεταξύ των δεικτών πίεσεως και των καμπυλών ταχύτητας από αυτά τα 6 παρουσίαζαν ακτινογραφικά αρτηριακές ασβεστώσεις.

Συμπέρασμα: Σε ασθενείς υπό ΧΑΜΚ οι δείκτες πίεσεων εν ηρεμία παρουσιάζονται αυξημένοι και εν πολλοίς μέσα στα φυσιολογικά όρια, μ' όλο που η ανάλυση των καμπυλών είναι ενδεικτική ύπαρξης αποφρακτικών αλλοιώσεων και επομένως η σωστή εκτίμηση προϋποθέτει συνδυασμό εξετάσεων.

ΣΠΛΑΓΧΝΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ (ΣΛ), ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΧΑ), ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ

Κ. ΠΛΑΤΣΑΚΗΣ, Ν. ΑΦΕΝΤΑΚΗΣ, Χ. ΙΑΤΡΟΥ, Γ. ΤΣΟΥΦΑΚΗΣ,
Α. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ, Α. ΤΑΣΙΟΠΟΥΛΟΥ, Π. ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Περιφ. Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών

Στην Ελλάδα η ΣΛ είναι ακόμη ενδημική νόσος, η δε περιοχή της Αττικής παρουσιάζει τους υψηλότερους δείκτες προσβολής.

Οι περιπτώσεις που έχουν περιγραφεί σε νεφροπαθείς είναι ολιγάριθμες, αφορούν δε αποκλειστικά άτομα που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού και στα οποία η έκβαση ήταν κακή. Στην ΧΑ δεν έχει αναφερθεί περίπτωση ΣΛ.

Περιγράφεται επιτυχής αντιμετώπιση ΣΛ σε άνδρα ηλικίας 45 ετών, που υποβάλλεται σε ΧΑ από πενταετία.

Έξι μήνες πριν από την εισαγωγή του παρουσίασε προοδευτική επιδείνωση της αναιμίας του (που αντιμετωπιζόταν με μεταγγίσεις), το δε τελευταίο μήνα προστέθηκε και πυρετός.

Κατά την εισαγωγή του διαπιστώθηκε βαρεία αναιμία (ΗΤ: 16%) λευκοπενία, θρομβοπενία, αύξηση των σφαιρινών του ορού, διόγκωση ήπατος και σπληνός και υψηλός πυρετός. Κατά τον έλεγχο διαπιστώθηκαν η παρουσία τυπικών σωματίων L. Donovanι στα κύτταρα του δικτύου του μυελού και υψηλοί τίτλοι του ειδικού αντισώματος με ορολογικές μεθόδους.

Χορηγήθηκε Amphotericin B ενδοφλέβια σε προοδευτικά αυξανόμενες δόσεις μέχρι συμπλήρωσης του ποσού των 2 g σε χρονικό διάστημα 4 εβδομάδων με προοδευτική αποκατάσταση όλων των κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων. Πέντε μήνες μετά την θεραπεία δεν υπήρχε υποτροπή.

Συμπεραίνεται ότι η Amphotericin B με την γνωστή αντιπρωτοζωϊκή συμπεριφορά της μπορεί να αποτελέσει το φάρμακο εκλογής σε ασθενείς με ΣΛ σε ΧΑ. Έτσι παρακάμπτεται η πολυσυστηματική τοξικότητα των πεντασθενών αντιμωβιούχων και αρωματικών διαμιδινών που στις περιπτώσεις αρρώστων με βαρεία νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να πολλαπλασιαστεί δεδομένης της αποκλειστικής νεφρικής κάθαρσής των.

ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Γ. ΣΦΑΙΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΜΠΕΡΗΣ, Π. ΠΑΠΠΑΣ, Κ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική,
Γεν. Νοσοκομείο Γ. Χατζηκόστα, Ιωάννινα

Η εξωπνευμονική φυματίωση είναι πολύ συχνή σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Στην Ελλάδα αναφέρεται ότι είναι πολύ συχνή και η φυματίωση του σκελετού.

Περιγράψουμε 2 περιπτώσεις ιστολογικά διαπιστωμένης φυματιώδους αρθρίτιδας δεξιού γόνατος σε ασθενείς ηλικίας 61 και 64 ετών, που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση για 6 και 7 χρόνια αντίστοιχα.

Και οι 2 ασθενείς έπασχαν από μακροχρόνια μονοαρθρίτιδα με μικρά μεσοδιαστήματα ύφεσης που οφείλονταν στη χρήση μη-στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.

Επειδή ο επανειλημμένος έλεγχος ρουτίνας (γενική εξέταση και καλλιέργειες του αρθρικού υγρού καθώς και η δια βελόνης βιοψία του αρθρικού υμένα) δεν ήταν διαγνωστικός, αποφασίστηκε εγχειρητική προσπέλαση για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς.

Η βιοψία του αρθρικού υμένα έδειξε βλάβες συμβατές με φυματιώδη αρθρίτιδα και στις 2 περιπτώσεις.

Δύο μήνες μετά την έναρξη αντιΤΒ αγωγής, παρατηρήθηκε σαφής βελτίωση της κλινικής εικόνας στη μια ασθενή. Η δεύτερη ασθενής απεβίωσε 1 μήνα μετά την έναρξη της αντιΤΒ αγωγής από έμφραγμα του μυοκαρδίου και ενώ η μονοαρθρίτιδα ήταν σε σχετική ύφεση.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ
ΣΤΟ ΑΣΒΕΣΤΙΟ ΝΕΦΡΟΥΚ. ΠΕΡΑΝΗΣ, Ι. ΚΑΡΑΗ, Α. ΠΙΣΤΕΥΟΣ, Π. ΧΑΡΙΤΩΝΙΔΗΣ,
Π. ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, Ι. ΔΑΡΣΙΝΟΣ

Θεραπευτική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νοσοκομείο Αλεξάνδρα, Αθήνα

Είναι γνωστή η βλαπτική επίδραση της οξείας υπερασβεστιαμίας στο νεφρό. Σε προηγούμενη μελέτη αποδείχθηκε ότι με τροποποιημένη αιμοκάθαρση (Τ.Α.) χαμηλού Ca στο διάλυμα (Ca: 0.15 mmol.L⁻¹) το Ca του ορού ελαττώνεται κατά 50%.

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε η επίπτωση της υπερασβεστιαμίας με την παραπάνω μέθοδο στο ιστικό Ca του νεφρού.

Σε 7 πειραματόζωα (κύνες) εφαρμόστηκε επί 80 min Τ.Α. χαμηλού Ca: 0.15 mM (ομάδα μελέτης) ενώ σε 6 έγινε αιμοκάθαρση με φυσιολογικό διάλυμα (ομάδα ελέγχου). Βρέθηκε ότι το Ca του νεφρού στην ομάδα μελέτης μειώθηκε σημαντικά ($p < 0.01$) δηλαδή σε mmol.Kg⁻¹ υγρού ιστού, $\bar{x} \pm SD$ 1.15 \pm 0.18 έναντι 2.35 \pm 0.29 της ομάδας ελέγχου.

Παρατηρήθηκε η αυτή ελάττωση (50%) κατά την μέτρηση του Ca σε ξηρο βάρος ιστού (5.9 \pm 0.97 έναντι 12.2 \pm 1.45). Η μεταβολή του ιστικού Ca ήταν ανάλογη της μεταβολής του στοιχείου αυτού στον ορό κατά το τέλος της Τ.Α. τελική τιμή 0.96 \pm 0.17 έναντι 2.25 \pm 0.12 ομάδας μελέτης, ενώ δεν σημειώθηκε σημαντική μεταβολή των K και Na ορού στις δύο ομάδες κατά την διάρκεια του πειράματος.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι με τη μέθοδο της ΤΑ είναι δυνατή, ταχεία και σημαντική η ελάττωση του Ca του νεφρικού ιστού και από την άποψη αυτή μπορεί να εφαρμοστεί η μέθοδος σαν θεραπευτική παρέμβαση.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΚΥΤΤΑΡΙΟΥ ΚΑΙ ΕΞΟΚΥΤΤΑΡΙΟΥ
ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

Χ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ, Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Ε. ΚΕΧΑΛΑΚΗ, Π. ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ, Δ.
ΓΡΕΚΑΣ, Α. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ

Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Γνωρίζοντας ότι η κινητική του Ca στα ερυθρά αιμοσφαίρια ασθενών με ΧΝΑ τελικού σταδίου είναι διαταραγμένη, αποφασίσαμε να μελετήσουμε τη συμπεριφορά του Ca σε ουραιμικούς κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Μετρήθηκαν το Ca του πλάσματος (ολικό και ιοντικό) καθώς και το ενδοκυττάριο Ca (IcCa) των ερυθρών αιμοσφαιρίων σε οκτώ (8) χρόνια αιμοκαθαίρομενους ασθενείς (6 δ, 2 ♀), ηλικίας 47 ετών (διακείμενη 19-62) σε χρόνους, 0', 30', 60', 120', 180', 240' κατά τη διάρκεια αιμοκάθαρσης, ενώ σε 10 (10) φυσιολογικά άτομα ηλικίας 33 ετών (διακείμενη 23-41), μετρήθηκε το (IcCa) των ερυθρών.

Τα αποτελέσματα που φαίνονται στον πίνακα δείχνουν ότι 1) Το IcCa σε χρόνια αιμοκαθαίρομενους ασθενείς είναι αυξημένο σε σχέση με φυσιολογικά άτομα ($p = 0.001$). 2) Τα επίπεδα του IcCa πέφτουν κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης και η πτώση είναι στατιστικά σημαντική από την 1η ώρα. 3) Η άνοδος του ολικού Ca στο πλάσμα γίνεται στατιστικά σημαντική από την 2η ώρα και 4) Η αύξηση του ιοντικού Ca που αρχίζει από την 1η ώρα γίνεται στατιστικά σημαντική στο τέλος της αιμοκάθαρσης.

	0'	30'	60'	120'	180'	240'
Ca πλάσματος (mg%)	9.275 ± 0.933	9.262 ± 0.609 NS	9.712 ± 0.940 NS	9.974 ± 0.582 $p = 0.001$	10.687 ± 0.791 $p = 0.001$	10.925 ± 0.402 $p = 0.001$
Ca ⁺⁺ ιοντικό (m mol/L)	1.065 0.164	1.000 ± 0.069 NS	1.166 ± 0.137 NS	1.251 ± 0.172 NS	1.287 ± 0.158 NS	1.383 ± 0.187 $p = 0.02$
IcCa ερυθρών (mEq/L ερυθρών)	1.071 ± 0.527	0.763 ± 0.490 NS	0.509 ± 0.131 $p = 0.02$	0.540 ± 0.150 $p = 0.02$	0.381 ± 0.077 $p = 0.007$	0.438 ± 0.078 $p = 0.01$
IcCa ερυθρών φυσιολογικών	0.433 ± 0.091 $p = 0.001$					

Τα παραπάνω ευρήματα υποστηρίζουν ότι η αιμοκάθαρση βελτιώνει την λειτουργικότητα των ερυθρών αιμοσφαιρίων όπου αφορά την έξοδο του Ca.

Η ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΛΗΣ ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΟΥ ΓΙΝΟΜΕΝΟΥ $\text{Ca} \times \text{PO}_4$
ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑΣ

Π. ΚΟΥΡΕΤΑ, Α. ΤΣΟΥΚΑΣ, Β. ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΗ, Κ. ΚΑΝΤΖΑΒΕΛΟΣ, Χ.
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΒΕΝΕΤΗ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης

Μελετήθηκαν οι εναποθέσεις Ca στον επιπεφυκότα και κερατοειδή των αρρώστων της MTN και έγινε ιστολογική επιβεβαίωση. Τα ευρήματα αυτά συσχετίστηκαν με τα ακτινολογικά και βιοχημικά ευρήματα.

Σε 45 αρρώστους της MTN, 23 άνδρες και 22 γυναίκες ηλικίας από 19 ως 78 ετών και με χρόνο αιμοκάθαρσης μισό ως 13 έτη, οι εναποθέσεις Ca στον επιπεφυκότα και κερατοειδή (οι οποίες επιβεβαιώθηκαν ιστολογικά) ταξινομήθηκαν σε 3 ομάδες: ομάδα Ο (χωρίς εναποθέσεις), ομάδα Ι (με εναποθέσεις στο επιπεφυκότα), ομάδα ΙΙ (με εναποθέσεις στον επιπεφυκότα και τον κερατοειδή).

Διαπιστώθηκε ότι: Κατά τον έλεγχο με σχισμοειδή λυχνία 5 άρρωστοι ανήκαν στην ομάδα Ο, 35 στην ομάδα Ι και 5 στην ομάδα ΙΙ.

Ακτινολογικά ευρήματα είχαν από την ομάδα Ο, 1 άρρωστος, την ομάδα Ι, 29 άρρωστοι και από την ομάδα ΙΙ και οι 5 άρρωστοι.

Βιοχημικά ευρήματα είχαν οι 3 της ομάδας Ο, 32 της Ι και 2 της ΙΙ.

Συμπέρασμα: Η απλή οφθαλμολογική εξέταση των υπο αιμοκάθαρση νεφροπαθών είναι απαραίτητη γιατί όταν είναι θετική δίνει σε μεγάλο ποσοστό (85%) πληροφορίες, τόσο για την διαταραχή του γινομένου $\text{Ca} \times \text{PO}_4$ όσο και την οστεοδυστροφία της ΧΝΑ.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΟΣΤΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΤΗΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΑΛΩΣΗ
ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Α.Μ. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Ε. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ,
Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γεν. Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης

Περιγράφονται 3 ασθενείς (22-30 ετών) με οξάλωση (πιθανώς πρωτοπαθή) που, ενώ υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, παρουσίασαν βαριές εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό σύστημα (επίμονα οστικά άλγη, αρθραλγίες, επεισόδια οξείας αρθρίτιδας, μυοπάθεια, αυτόματα κατάγματα). Η αλκαλική φωσφατάση ήταν αυξημένη, ενώ η παραθορμόνη ήταν μέτρια αυξημένη σε ένα ασθενή. Ο ακτινολογικός έλεγχος έδειξε περιοχές οστικής αραίωσης, ενώ σε άλλες υπήρχε οστεοσκληρυνση (ιδίως οστεοσκληρυντικές γραμμώσεις στις επιφύσεις, στα μετακάρπια και στα οστά του καρπού) και ασβέστωση μαλακών μορίων. Η ακτινογραφία άκρων χειρών έδειξε αδρές υποπεριοστικές απορροφήσεις στις μέσες και στις τελικές φάλαγγες. Η βιοψία οστού (μη αφαλατωμένες τομές) έδειξε μικρή αύξηση του οστεοειδούς με μείωση του μετώπου ασβέστωσης και της καθήλωσης τετρακυκλίνης. Υπήρχαν αρκετοί οστεοβλάστες και καθόλου ή λίγοι οστεοκλάστες. Σε μία ασθενή βρέθηκε καθήλωση μέτριας ποσότητας αργιλίου. Και στις τρεις βιοψίες, η εξέταση με πολωμένο φως έδειξε μαζικές εναποθέσεις κρυστάλλων οξαλικών αλάτων στο μυελό, αλλά και μέσα στις οστικές δοκίδες, όπου προκαλούσαν διαβρώσεις. Οι κρύσταλλοι αυτοί σε μερικές περιοχές περιβάλλονταν από πολυπύρρνα γιγαντοκύτταρα, ενώ συχνά βρίσκονταν σε άμεση επαφή με περιοχές οστικής απορρόφησης. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης (10 μήνες, 5½ και 2½ χρόνια από τη βιοψία) οι ασθενείς παρουσίασαν δραματική επιδείνωση της κλινικής και της ακτινολογικής εικόνας, παρά την αγωγή που δόθηκε (δεσφεροξαμίνη, 1,25 (OH)₂ βιταμίνη D, πυριδοξίνη).

Συμπεραίνεται ότι η οξάλωση εμφανίζει κλινικές και ακτινολογικές εκδηλώσεις παρόμοιες με αυτές της νεφρικής οστεοδυστροφίας. Η βιοψία οστού είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη διαφορική διάγνωση μεταξύ οστικής προσβολής της οξάλωσης και νεφρικής οστεοδυστροφίας, έτσι ώστε να αποφεύγεται άσκοπη και δυνητικά επιβλαβής θεραπευτική αγωγή (π.χ παραθυροειδεκτομή). Συζητείται ο μηχανισμός της οστικής βλάβης σε ασθενείς με οξάλωση.

ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ ΣΤΟ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑ
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΛΙΚΗ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΕΚΤΟΜΗ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ Ή Σ.Α.Ρ.Δ.

Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Α.Μ. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ,
Α. ΒΥΖΑΝΤΙΑΔΗΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα και Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων Α.Π.Θ.,
Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Γεν. Περιφερειακού Ιπποκράτειου Νοσοκομείου,
Θεσσαλονίκη

Κατά την περίοδο, Νοέμβριος 1980-Οκτώβριος 1988 υποβλήθηκαν σε ολική παραθυροειδεκτομή (ΠΘΕ) 30 ασθενείς που υποβάλλονταν σε χρόνια αιμοκάθαρση και είχαν βαρύ δευτεροπαθή υπερπαραθυροειδισμό (ΔΥΠΘ) μη ελεγχόμενο με συντηρητική αγωγή. Σε 22 από τους 30 ασθενείς έγινε εμφύτευση παραθυροειδικού ιστού στους μύς του αντιβραχίου (1980 - Ιούλιος 1987), ενώ στους υπόλοιπους 8 έγινε εμφύτευση στον υποδόριο λιπώδη ιστό του κοιλιακού τοιχώματος (Σεπτέμβριος 1977 - Οκτώβριος 1988).

Από τους 22 ασθενείς στους οποίους η εμφύτευση έγινε στους μύς του αντιβραχίου, 19 συμπλήρωσαν διάστημα παρακολούθησης μεγαλύτερο από 12 μήνες μετά από την ΠΘΕ (έως 12-81 μήνες). Όλοι παρουσίασαν ενδείξεις επιτυχούς ΠΘΕ (άμεση πτώση του ασβεστίου του ορού και της παραθορμόνης, κλινική βελτίωση, βαθμιαία αποκατάσταση των υποπεριοστικών απορροφήσεων και της αλκαλικής φωσφατάσης). Τέσσερις ασθενείς, μετά από την αρχική βελτίωση, παρουσίασαν υποτροπή του ΔΥΠΘ που δεν ελέγχθηκε με συντηρητική αγωγή και οδήγησε σε ευρεία εκτομή του εμφυτεύματος μαζί με τον μυϊκό ιστό που το περιέβαλε (σε ένα ασθενή 2 εκτομές). Ιστολογικά βρέθηκε οξώδης υπερπλασία που αποτελούνταν από κύρια κύτταρα (chief cells). Επίσης, παρατηρήθηκαν μεμονωμένες νησίδες παραθυροειδικού ιστού μέσα στις γραμμωτές μυϊκές ίνες και στο υποδόριο λίπος, οι οποίες μερικές φορές βρίσκονταν σε στενή σχέση με αιμοφόρα αγγεία. Δύο από τους 4 ασθενείς παρουσίασαν ύφεση του ΔΥΠΘ, ένας δεν παρουσίασε σημαντική βελτίωση, ενώ στον τέταρτο ασθενή, ο χρόνος παρακολούθησης είναι μικρός. Πρέπει να σημειωθεί ότι 3 ακόμη ασθενείς έχουν βιοχημικές ενδείξεις ΔΥΠΘ.

Το μεγάλο ποσοστό υποτροπιών, η διάχυτη ανάπτυξη του εμφυτεύματος που καθιστούσε δυσχερή και τραυματική την αφαίρεση του, σε συνδυασμό με την πιθανότητα μεταστατικής επέκτασης παραθυροειδικών κυττάρων, οδήγησαν σε εγκατάλειψη της μεθόδου. Από έτους περίπου, η εμφύτευση γίνεται στον υποδόριο λιπώδη ιστό του κοιλιακού τοιχώματος.

ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΡΑΚΤΗΣ

Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, Α. ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ, Δ. ΓΚΡΕΚΑΣ, Β. ΔΕΡΒΕΝΙΩΤΗΣ, Σ. ΚΑΠΟΥΛΑΣ, Μ. ΠΥΡΡΙΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

Α' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Είναι από παλιά γνωστό ότι οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς παρουσιάζουν συχνά καταρράκτη εξαιτίας της θεραπείας με κορτιζόνη. Πρόσφατα, αναφέρθηκε η εμφάνιση καταρράκτη σε πειραματόζωα που έπαιρναν υψηλές δόσεις κυκλοσπορίνης δεν αναφέρθηκε ακόμη σε ανθρώπους, γεγονός που μας οδήγησε να διερευνήσουμε το φαινόμενο σε ασθενείς της Κλινικής μας.

Μελετήθηκαν συνολικά 21 μεταμοσχευμένοι ασθενείς χωρισμένοι σε τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα (Α, 6 ασθενείς) έπαιρνε κορτιζόνη και αζαθειοπρίνη σε υψηλές δόσεις, η δεύτερη (Β, 6 ασθενείς) έπαιρνε υψηλές δόσεις κυκλοσπορίνης (10-14 mg/kg BΣ) και μικρές δόσεις κορτιζόνης και η τρίτη (Γ, 9 ασθενείς) έπαιρνε μικρές δόσεις κυκλοσπορίνης (3-4 mg/kg BΣ) σε συνδυασμό με μικρές δόσεις κορτιζόνης και αζαθειοπρίνης.

Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων σ' ότι αφορά το φύλο, την ηλικία και τη διάρκεια της θεραπείας με Τεχνητό Νεφρό, εκτός από την ηλικία των ασθενών της ομάδας Γ, που ήταν σημαντικά μικρότερη από την ηλικία των ασθενών των άλλων ομάδων ($p < 0,05$).

Καταρράκτης παρατηρήθηκε με πολύ μεγάλη συχνότητα και στις τρεις ομάδες των ασθενών (ομάδα Α 5/6, ομάδα Β 5/6 και ομάδα Γ 5/9), χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,05$).

Συμπερασματικά: 1) Ο καταρράκτης είναι συχνή επιπλοκή στους μεταμοσχευμένους ασθενείς ανεξάρτητα από το είδος της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας. 2) Η κυκλοσπορίνη μπορεί να προκαλεί καταρράκτη, όχι όμως συχνότερα απ' ότι η κορτιζόνη και 3) Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε τακτική οφθαλμολογική εξέταση.

ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΜΕ ΚΛΑΣΙΚΗ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΟΛΗ Η/ΚΑΙ ΜΕ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ

Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, Δ. ΓΚΡΕΚΑΣ, Σ. ΚΑΠΟΥΛΑΣ, Β. ΔΕΡΒΕΝΙΩΤΗΣ, Μ. ΚΑΡΑΜΟΥΖΗΣ, Μ. ΠΥΡΡΙΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

Α' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Στην αναδρομική αυτή μελέτη αξιολογήθηκε συγκριτικά, σε δύο ομάδες μεταμοσχευθέντων, η έναρξη και η εξέλιξη της λειτουργίας του μοσχεύματος μετά τη νεφρική μεταμόσχευση.

Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν 20 διαδοχικές νεφρικές μεταμοσχεύσεις από ζώντα συγγενή δότη. Στις πρώτες δέκα (ομάδα Α), που έγιναν στην τριετία 1981-84, η ανοσοκατασταλτική θεραπεία γινόταν με πρεδνιζόνη και αζαθειοπρίνη, ενώ στις υπόλοιπες δέκα (ομάδα Β) (1985-87) δόθηκε και κυκλοσπορίνη Α. Η ηλικία του δότη και του λήπτη, το φύλο, ο αριθμός των μεταγγίσεων αίματος πριν από τη μεταμόσχευση, η πρωτοπαθής νόσος, η διάρκεια της θεραπείας με αιμοκάθαρση, ο βαθμός ιστοσυμβατότητας και οι προεγχειρητικές επιπλοκές δεν παρουσίαζαν σημαντικές διαφορές στις δύο ομάδες ασθενών. Όλοι οι ασθενείς, εκτός από ένα της ομάδας Β, αποκατέστησαν ικανοποιητικό βαθμό διούρησης (≥ 60 ml/h) και νεφρικής λειτουργίας ($Cr \leq 3$ mg%) την πρώτη ημέρα και την πρώτη εβδομάδα μετά τη μεταμόσχευση αντίστοιχα.

Η έναρξη της λειτουργίας του νεφρικού μοσχεύματος καθυστέρησε στην ομάδα Β σε σχέση με την ομάδα Α, η καθυστέρηση όμως αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Η συχνότητα των επεισοδίων οξείας απόρριψης το πρώτο κυρίως τρίμηνο μετά τη μεταμόσχευση ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα Α, η διαφορά όμως αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τη θεραπεία ήταν περισσότερες στην ομάδα Β και μεταξύ αυτών περιλαμβάνονταν και τρεις περιπτώσεις νεφροτοξικότητας από κυκλοσπορίνη για τις οποίες χρειάστηκε να διακοπεί το φάρμακο.

Συμπερασματικά, η χρήση της κυκλοσπορίνης κατά τη νεφρική μεταμόσχευση δεν μετέβαλε σημαντικά κυρίως την έναρξη της λειτουργίας του νεφρικού μοσχεύματος.

**ΣΑΡΚΩΜΑ ΚΑΡΟΣΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ**

Β. ΔΕΡΒΕΝΙΩΤΗΣ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ,
Σ. ΚΑΠΟΥΛΑΣ, Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Μ. ΠΥΡΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ

Α΄ Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Οι μεταμοσχευθέντες ασθενείς λόγω της μακροχρόνιας λήψης ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων αναπτύσσουν σ' ένα ποσοστό υψηλότερο από τον γενικό πληθυσμό νεοπλασίες, κυρίως του δέρματος και του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος. Στις νεοπλασίες αυτές περιλαμβάνεται και το σάρκωμα Καροσί. Το σάρκωμα Καροσί είναι όγκος που προσβάλλει το δέρμα και τον υποδόριο ιστό μολονότι είναι δυνατό να αναπτυχθεί και στα σπλάχνα (πνεύμονες, οισοφάγο, στόμαχο, ουροδόχο κύστη κλπ.).

Άνδρας ηλικίας 62 ετών υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη στις 2.5.1985 και λάμβανε θεραπεία με μεθυλπρεδνιζολόνη και αζαθειοπρίνη σύμφωνα με το πρωτόκολλο που εφαρμόζαμε μέχρι το 1986. Η αιτία της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας ήταν η χρόνια πυελονεφρίτιδα με αμφοτερόπλευρη νεφρολιθίαση. Ο ασθενής υποβαλλόταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση επί 5 χρόνια. Το Νοέμβριο του 1987 παρουσίασε οξείες βλάβες στα άνω και κάτω άκρα, που στη συνέχεια έγιναν πολλαπλές υπό μορφή ογκιδίων. Η βιοψία των ογκιδίων που πάρθηκαν από τη γαστροκνημία έδειξε σαφώς ότι ο ασθενής είχε σάρκωμα Καροσί. Αντισώματα αντι-HIV, έναντι του μεγαλοκυτταρικού ιού και άλλων ιών δεν ανευρέθησαν. Αμέσως έγινε ελάττωση της αζαθειοπρίνης και ο άρρωστος τέθηκε σε στενότερη παρακολούθηση λόγω βαθμιαίας επιδείνωσης της νεφρικής του λειτουργίας. Στην πορεία της παρακολούθησης παρατηρήθηκε επέκταση και επιδείνωση των βλαβών με εξελκώσεις και τοπική αιμορραγία. Συστήθηκε τότε θεραπεία με ιντερφερόνη και τοπική ακτινοβολία που τελικά δεν έγιναν λόγω μη συμμόρφωσης του αρρώστου.

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ 260 ΔΙΑΔΟΧΙΚΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ (ΙΟΥΛΙΟΣ 1968 - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1987)**

Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ,
Ζ. ΠΟΥΛΜΕΝΙΔΗΣ, Μ. ΔΑΝΙΗΛΙΔΗΣ, Δ. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ,
Ι. ΓΑΓΑΝΑΚΗΣ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Π. ΜΕΤΑΞΑΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ. Γενικό Περιφερειακό Ιπποκράτειο
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Από τον Ιούλιο 1968 μέχρι τον Δεκέμβριο 1987 διενεργήθηκαν συνολικά 260 νεφρικές μεταμοσχεύσεις σε 246 ασθενείς (177 άνδρες). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 32 χρόνια (9-58 χρόνια) και η μέση διάρκεια παρακολούθησής τους με λειτουργούν μόσχευμα 50 μήνες (3-216 μήνες). Τα μόσχευμα προέρχονταν από ζωντανό συγγενή δότη σε 204, από πτωματικό σε 54 και από μη συγγενή ζωντανό δότη σε 2 περιπτώσεις. Μετά από 1,5 και 10 χρόνια η ολική αθροιστική επιβίωση των ασθενών στο διάστημα 1980-1987 ήταν σημαντικά καλλίτερη από αυτή των ασθενών της περιόδου 1968-1980 μετά από 1 και 5 χρόνια (97% και 89% έναντι 90% και 70% αντίστοιχα). Η επιβίωση των μοσχευμάτων στα ίδια διαστήματα ήταν επίσης σημαντικά καλλίτερη στη δεύτερη περίοδο μετά 1 και 4 χρόνια (90% και 80% έναντι 79% και 60% αντίστοιχα). Η αποκατάσταση των ασθενών ήταν πλήρης ή μερική στο 87% των περιπτώσεων. Επιπλέον 6 γυναίκες και 5 άνδρες με φυσιολογική νεφρική λειτουργία απέκτησαν 14 φυσιολογικά παιδιά μετά τη μεταμόσχευση. Τα καρδιαγγειακά αίτια (37,7%), η ηπατική βλάβη (24,5%) και οι λοιμώξεις (20,7%) αποτέλεσαν τα κύρια αίτια θανάτου.

Συμπερασματικά, η νεφρική μεταμόσχευση αποτελεί καθιερωμένη μέθοδο θεραπείας ασθενών με ΧΝΑ. Η εμπειρία που αποκτήθηκε, οι σύγχρονες ανοσολογικές εξετάσεις καθώς και η ορθολογιστική χρήση των παλαιότερων και νεότερων μεθόδων ανοσοκαταστολής προλαμβάνουν τις επιπλοκές, αξιάνουν το προσδόκιμο επιβίωσης και προσφέρουν σημαντικά καλλίτερη ποιότητα ζωής από οποιαδήποτε άλλη μέθοδο υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.