

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

40^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

**ΕΟΡΤΑΣΜΟΣ
ΕΙΚΟΣΑΕΤΙΑΣ 1970-1990**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
8-9 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1990

Υπό την αιγίδα
του Υπουργείου Μακεδονίας-Θράκης
Με τη συνεργασία της
Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 8 Νοεμβρίου 1990

- 16.00-18.30** Ελεύθερες Ανακοινώσεις
18.30-19.00 Διάλειμμα - Καφές
19.00-21.00 Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας
21.30 Δεξίωση

Παρασκευή 9 Νοεμβρίου 1990

- 09.00-10.30** Ελεύθερες Ανακοινώσεις
10.30-11.00 Διάλειμμα - Καφές
11.00-14.00 Έκτακτη Γενική και Συντακτική Συνέλευση Ε.Ν.Ε.
14.15-15.00 Συνεδρίαση Επιτροπής Υποτροφίας Ε.Ν.Ε.
17.00-18.30 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
18.30-19.00 Διάλειμμα - Καφές
19.00-21.00 Εορτασμός 20ετίας Ε.Ν.Ε.
19.00 Ομιλία Ξένου Ομιλητή σε Μνήμη Δ. Βαλιτή
20.00 Ομιλία Προέδρου Δ.Σ.
20.30 Απονομή Μεταλλίων στα Ιδρυτικά Μέλη της Εταιρείας
22.00 Δείπνο

.00

16.00-18.30 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **Εμ. Παπαδάκης**
Δ. Τσακίρης

16.00-16.08 (1) Ο ρόλος των μονοκυττάρων-μακροφάγων και της έκφρασης HLA-DR αντιγόνων στην οξεία απόρριψη νεφρικών μοσχεύματων: Μελέτη με μονοκλωνικά αντισώματα

Ε. Αλεξόπουλος, Ε. Σιδηρά, Π. Βακιάνης, Μ. Παπαδημητρίου

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

16.08-16.16 (2) Μεταμόσχευση νεφρού σε ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ)

Γρ. Βοσνίδης, Ι. Μπολέτης, Χ. Σταθάκης, Δ. Γούμενος, Ε. Παπαστάθη, Α. Λαγγουράνης, Σ. Κυριακίδης, Σ. Γαρμπής, Μ. Παππάς, Γ. Ζαβός, Α. Κωστάκης

Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμοσχεύσεως Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, Αθήνα

16.16-16.24 (3) Θεραπεία λοιμώξεων από μεγαλοκυτταροϊό (CMV) με Ganciclovir (DHPG) σε μεταμοσχευμένους ασθενείς

Γ. Βέργουλας, Α. Αντωνιάδης, Α. Παπαγιάννης, Λ. Ψωμογερίδου, Β. Παπανικολάου, Δ. Τακούδας

Χειρουργική Κλινική Μεταμόσχευσης Οργάνων, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Π. Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

16.24-16.32 Συζήτηση

16.32-16.40 (4) Η επίδραση της αντιγοναιμίας HBsAg στη νεφρική μεταμόσχευση

Χ. Ντιούδης, Δ. Γρέκας, Π. Αληθάνης, Π. Μανδραβέλης, Β. Δερβενιώτης, Σ. Βασιλείου, Ι. Ντούτσος, Σ. Αλεξίου, Αχ. Τουρκαντώνης

Νεφρολογικό Τμήμα Α' Παθολογικής Κλινικής
Α.Π.Θ., Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Μικροβιολογικό Εργαστήριο
Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

16.40-16.48 (5) Αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας C (αντι-HCV) σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού

Π. Αληβάνης, Χ. Ντιούδης, Δ. Γρέκας, Π. Μανδραβέλη*, Β. Δερβινιώτης, Σ. Βασιλείου, Ι. Ντούτσας*, Αχ. Τουρκαντώνης

Νεφρολογικό Τμήμα Α' Παθολογικής Κλινικής
ΑΠΘ, ΓΝ ΑΧΕΠΑ, Εργαστήριο Μικροβιολογίας ΑΠΘ*,
Θεσσαλονίκη

16.48-16.55 Συζήτηση

16.55-17.03 (6) Αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας C (αντι-HCV) σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς

Β. Δερβενιώτης, Χ. Ντιούδης, Π. Αληβάνης, Π. Μανδραβέλη*, Δ. Γρέκας, Α. Σιούλης, Σ. Βασιλείου, Ι. Ντούτσας*, Αχ. Τουρκαντώνης

Νεφρολογικό Τμήμα Α' Παθολογικής Κλινικής
Α.Π.Θ., Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Εργαστήριο Μικροβιολογίας
Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

17.03-17.11 (7) Δείκτες ηπατίτιδας Β και ηπατίτιδας C σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση και συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση

Δ. Τσακίρης, Α. Κελεσιδής, Γρ. Μυσερλής, Ι. Γεωργακοπούλου, Ι. Λιάτσας, Μ. Ραπτοπούλου, Μ. Παπαδημητρίου

Νεφρολογικό Τμήμα, Β2 Παθολογική Κλινική και
Μικροβιολογικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

17.11-17.17 Συζήτηση

17.17-17.25 (8) Αυξημένα επίπεδα ενδογενούς ερυθροποιητινης σε μονοθέφρους

Σ. Σπταία, Φ. Χριστίδου, Π. Παγκίδης, Κ. Δημητράκοπουλος, Δ. Βαλκούμα, Γ. Βαγιωνάς

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

17.25-17.33 (9) Ενδοφλέβια μηνιαία χορήγηση κυκλοφωσφαιδης στη θεραπεία της μικροσκοπικής μορφής πολυαρτηρίτιδας (ΜΜΠ) με νεφρική συμμετοχή

Δ. Χατζηγιαννάκος, Ν. Νικολοπούλου, Γ. Μεταξάτος, Α.Γ. Μπίλλης

Νεφρολογικό Τμήμα Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

17.33-17.39 Συζήτηση

17.39-17.47 (10) Αναστολή της σύνθεσης της θρομβοξάνης και νεφρική λειτουργία σε ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια

Π.Σ. Κοντέσης, Α.Ε. Hayward, S. Borrow*, J. Ritter*, G.C. Viberti

Unit for Metabolic Medicine and Clinical Pharmacology*, UMDS, Guy's Hospital, London, U.K.

17.47-17.55 (11) Η συμμετοχή του νεφρού στην αποικοδόμηση του παράγοντα ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων (PAF). Μελέτη σε ανθρώπους

Χ. Ιατρού¹, Κ.Α. Δημόπουλος², Σ. Αντωνοπούλου², Γ.Θ. Τσανγκάρης², Σ. Μουτάφης¹, Π. Ζηρογιάννης¹

Νεφρολογικό Τμήμα Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών¹, Τμήμα Χημείας Πανεπιστημίου Αθηνών²

17.55-18.00 Συζήτηση

18.00-18.08 (12) Λυσοζυμωρία και νεφρική απώλεια καλίου, σε ασθενείς με οξεία μυελογενή λευχαιμία

Π. Λαθούρης, Θ. Μαγιοπούλου-Συμβουλίδου, Γ. Στεργίου, Α. Παπασπύρου-Ζώνα, Θ. Μουντοκαλάκης

Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

18.08-18.16 (13) Παρουσίαση τριών περιπτώσεων δηλητηρίασης με μανιτάρια του γένους Amanita Phalloides

Ι. Τζανάκης, Ν. Καλλιθρετάκης, Κ. Ποταμίτης, Ι. Κακάθας, Μάκρω Σονικιάν, Σόνια Βουδικλάρη
Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Νεφρολογικό Τμήμα, Αθήνα

18.16-18.24 (14) Προοπτική μελέτη εκτίμησης της νεφροτοξικής δράσης διαφόρων σκιαγραφικών μετά ενδοφλέβια και νεφραγγειακή χορήγηση

Δ. Κουτσίκος¹, Ειρήνη Κωνσταντινίδου¹, Β. Αγγρογιάννης¹, Δ. Ρίζος², Δ. Μουρίκης³, Ε. Τζανάτου-Εξάρχου¹, Α. Καπετανάκη¹, Α. Βλάχος³
Νεφρολογικό Κέντρο¹, Ορμονολογικό Εργαστήριο² και Έδρα Ακτινολογίας³ Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

18.24-18.30 Συζήτηση

18.30-19.00 Διάλειμμα - Καφές

19.00-21.00 Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας:
«Εξελίξεις στη Νεφρολογία»

Συντονιστής: **Σ. Βαφειάδης**

Εισηγητές: **Α. Μπίλλης** - Έρευνα
Α. Συμβουλίδης - Πρόληψη
Ν. Παπαδογιαννάκης - Θεραπευτικές Εξελίξεις
Μ. Παπαδημητρίου - Μεταμόσχευση
Αχ. Τουρκαντώνης - Εκπαίδευση

21.30 Δεξίωση στο «Ηλέκτρα Παλάς» από τον Υπουργό Μακεδονίας-Θράκης κ. **Γ.Τζιτζικώστα** προς τιμήν των Μελών της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας

09.00-10.30 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **Σ. Βουδικλάρη**
Α. Διαμαντόπουλος

09.00-09.10 (15) Σύγκριση δύο προφυλακτικών σχημάτων στο μόνιμο καθετηριασμό της κύστης (ΜΚΚ)

Α. Μπετροσιάν, Γ. Θεοδοσιάδης, Γ. Στεργίου, Α. Βατόπουλος, Θ. Μουντοκαλάκης
Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

09.10-09.20 (16) Τροποποίηση της συμπεριφοράς του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τον μόνιμο καθετηριασμό της κύστεως (ΜΚΚ) μετά από πρόγραμμα παρεμβάσεων

Γ. Θεοδοσιάδης, Γ. Στεργίου, Α. Βατόπουλος, Θ. Μουντοκαλάκης
Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

09.20-09.25 Συζήτηση

09.25-09.35 (17) Η προγνωστική αξία καλλιέργειών του σημείου εξόδου του καθετήρα στην πρόληψη περιτονίτιδας

Σ. Αντωνίου, Α. Δημητριάδης, Ε. Μαλακά, Δ. Συρεγγέλας, Φ. Παστόρα
Μονάδα ΣΦΠΚ, Α' Παθολογική Κλινική, Ν.Γ.Ν. «Ο Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

09.35-09.45 (18) Περιτονίτιδα από Salmonella Enteritidis στη συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ)

Ι. Τζανάκης, Μαρίνα Τούτουζα-Γιώτσα, Βάσω Μαρινσπούλου, Α. Κατριτζόγλου
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Ιπποκρατείου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, Αθήνα

09.45-09.50 Συζήτηση

- 09.50-10.00 (19) Σηψαιμία από την αγγειακή προσπέλαση σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς: Θεραπευτική προσέγγιση**
Χ. Σταθάκης, Σ. Μιχαήλ, Δ. Γούμενος, Α. Αγραφιώτης, Δ. Σταματιάδης, Α. Κατσαρού, Ι. Τσούρας, Α. Λαγγουράνης, Κ. Δηλές, Γ. Σωτήρχος, Α. Κωστάκης, Γρ. Βοσνίδης
Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μετάμοσχεύσεων Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, Αθήνα
- 10.00-10.10 (20) Χρήση υποκλειδίου καθετήρα για επείγουσα αιμοκάθαρση σε επαρχιακή Μονάδα**
Π. Κουρέτα-Κοτσιάνη, Ηλ. Πελεκάνος, Αντ. Μπούρας, Αν. Βενέτη, Αλ. Κοτσιάνης, Γκρ. Σπυροπούλου, Μ. Παπαδοπούλου
Νεφρολογικό Τμήμα και Μικροβιολογικό Εργαστήριο Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης, Τρίπολη
- 10.10-10.20 (21) Δέκα χρόνια λειτουργίας της Μονάδος Τεχνητού Νεφρού του Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης**
Ν. Γεωργιλιάς, Μ. Μπουκουβάλα, Π. Λεβαντάκης
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης «Μαμάτσειο», Κοζάνη
- 10.20-10.30** Συζήτηση
- 10.30-11.00** Διάλειμμα - Καφές
- 11.00-14.00** Έκτακτη και Συντακτική Γενική Συνέλευση Ε.Ν.Ε.
- 14.15-15.00** Συνεδρίαση Επιτροπής Υποτροφίας Ε.Ν.Ε.
- 17.00-18.30** Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: **Ν. Παπαδόδημας**
Α. Λαζαρίδης
- 17.00-17.08 (22) Μεταβολές της νεφρικής λειτουργίας σε θεραπευόμενη ιδιοπαθή υπέρταση**
Α. Ευστρατόπουλος, Μ. Μείκοπουλος, Α. Σωτήρχος, Σπ. Σερλεμές
Υπερτασιολογικό Ιατρείο και Γ' Παθολογική Κλινική Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, Αθήνα

- 17.08-17.16 (23) Σύστημα αντιμεταφοράς νατρίου/λιθίου (Na⁺/Li⁺ CT) σε διαβητικούς ασθενείς με φυσιολογική αρτηριακή πίεση και φυσιολογική λευκωματινουρία**
Π.Σ. Κοντέσης, R. Friedman, J.B. Lopes De Faria, C. Hill, G.C. Viberti
Unit for Metabolic Medicine, UMDS, Guy's Hospital, London, U.K.
- 17.16-17.24 (24) Επίδραση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (NSAID) στην αρτηριακή πίεση (ΑΠ) και τη νεφρική απέκκριση νατρίου**
Δ. Γκέλης, Γ. Στεργίου, Ν. Μαγιοπούλου-Συμβουλίδου, Α. Ανδριανάκος, Θ. Μουντοκαλάκης
Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική - Ρευματολογικό Ιατρείο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αθήνα
- 17.24-17.32** Συζήτηση
- 17.32-17.40 (25) Ιδιοπαθές οίδημα σε άνδρα**
Μ. Ελισάφ, Μ. Βουλγαρέλης, Ν. Παπαγαλάνης*, Κ.Χ. Σιαμόπουλος
Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Νεφρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Ε.Ε.Σ., Αθήνα
- 17.40-17.48 (26) Μεταβολές της οστικής πυκνότητας σε παιδιά με κορτικοεξαρτώμενο νεφρωσικό σύνδρομο**
Κ. Στεφανίδης, Ε. Βοσκάκη, Α. Καντρέ, Α. Μητσιώνη, Δ. Σιαπέρα, Κ. Μιχέλης
Νεφρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδών «Π. και Α. Κυριακού» και Τμήμα Μεταβολισμού Μετάλλων Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, Αθήνα
- 17.48-17.56 (27) Θεραπεία της υπερλιπιδαιμίας του νεφρωσικού συνδρόμου με λοβαστατίνη**
Θ. Αποστόλου, Γ. Μεταξάτος, Μ. Σιακωτός, Ν. Παπαγεωργιάκης, Α. Κυρίου, Α. Μελπίδου, Μ. Τζιάμαλης, Α. Αναγνώστου, Α. Μπίλλης
Νεφρολογικό Τμήμα και Βιοχημικό Εργαστήριο Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

17.56- 18.06 Συζήτηση

18.06- 18.14 (28) Αξιολόγηση της υπερηχογραφικής μελέτης σε συγγενείς πασχόντων από πολυκυστική νόσο νεφρών τύπου ενήλικα

Δ. Παπαδοπούλου, Γ. Αναστασίου, Κ. Καραμήτσος, Μ. Φουσκής, Π. Κουκούδης, Δ. Μέμμος, Μ. Παπαδημητρίου

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

18.14- 18.22 (29) Περίπτωση ασθενούς με μελαγχρωματική αμφιβληστροειδοπάθεια, ανεπάρκεια της αορτής και πολυκυστική νόσο των νεφρών

Κ. Μαυροματίδης, Ι. Πανίδου-Κυριακίδου, Ν. Ζουμπαρίδης, Τ. Νάτσε, Γ. Χατζηκώστας, Κ. Σόμπολος ΜΤΝ Γ.Π.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

18.22- 18.30 Συζήτηση

18.30- 19.00 Διάλειμμα - Καφές

19.00-21.00 ΕΟΡΤΑΣΜΟΣ 20ΕΤΙΑΣ

Προεδρείο: Π. Μεταξάς

19.00 Ομιλία Καθηγητού C. Giordano σε μνήμη Δ. Βαλτή, με θέμα: «Διαπα στη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια»

20.00 Ομιλία Προέδρου Δ.Σ.: «Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία: 20 χρόνια επιστημονικής δράσης και κοινωνικής προσφοράς»

20.30 Απονομή Μεταλλίων στα Ιδρυτικά Μέλη της Εταιρείας

22.00 Δείπνο στον Ναυτικό Όμιλο Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΟΝΟΚΥΤΤΑΡΩΝ-ΜΑΚΡΟΦΑΓΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ HLA-DR ΑΝΤΙΓΟΝΩΝ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ: ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ
 Ε. ΑΛΞΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΣΙΔΗΡΑ, Π. ΒΑΚΙΑΝΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
 Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Μελετήθηκαν οι υποπληθυσμοί των μονοκυττάρων-μακροφάγων (ΜΜ) και η έκφραση HLA-DR αντιγόνων σε 10 βιοψίες νεφρικών μοσχευμάτων με αποδεδειγμένη οξεία απόρριψη (ΟΑ). Ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 5 βιοψίες μοσχευμάτων με οξεία σωληναριακή νέκρωση (ΟΣΝ) και 7 με νεφροτοξικότητα από CyA (CyAN). Ο αριθμός των ΜΜ ήταν σημαντικά υψηλότερος στις βιοψίες με ΟΑ σε σύγκριση με αυτές με ΟΣΝ ή CyAN ($p < 0,001$ και $p < 0,01$ αντίστοιχα) και ήταν αντιστρόφως ανάλογος του χρόνου της βιοψίας με περισσότερα κύτταρα στις αψιμότερες φάσεις της απόρριψης. Σε 9/10 βιοψίες με ΟΑ παρατηρήθηκε άμεση επαφή ή διήθηση των σωληναριακών κυττάρων από ΜΜ, γεγονός που δεν παρατηρήθηκε σε καμία από τις βιοψίες ελέγχου. Η έκφραση HLA-DR από τα κύτταρα δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, αλλά η παρουσία HLA-DR θετικών σωληναριακών κυττάρων ήταν συχνότερη στην ΟΑ. Επιπλέον, υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των και των HLA-DR θετικών κυττάρων στην ΟΑ, αλλά όχι στις βιοψίες ελέγχου.

Συμπερασματικά, η παρουσία μεγάλου αριθμού ενεργοποιημένων ΜΜ συνηγορεί για το σημαντικό ρόλο των κυττάρων αυτών στο μηχανισμό της ΟΑ και σε αψιμότερη φάση τους. Η δράση τους ασκείται πιθανώς με άμεση επαφή τους με τα σωληναριακά κύτταρα. Η έκφραση αντιγόνων HLA-DR από τα σωληναριακά κύτταρα αποτελεί πιθανώς σημαντικό ερέθισμα για τη συσσώρευση των μακροφάγων στις θέσεις αυτές.

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ (ΣΕΛ)

Γρ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ, Ι. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Δ. ΓΟΥΜΕΝΟΣ, Ε. ΠΑΠΑΣΤΑΘΗ, Α. ΛΑΓΓΟΥΡΑΝΗΣ, Σ. ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ, Σ. ΓΑΡΜΠΗΣ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ, Γ. ΖΑΒΟΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμόσχευσης Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, Αθήνα

Τα αποτελέσματα της μεταμόσχευσης νεφρού σε ασθενείς με ΣΕΛ είναι αντιφατικά (1, 2, 3). Στην παρούσα μελέτη αναλύονται τα αποτελέσματα των μεταμοσχεύσεων νεφρού σε ασθενείς με νεφροπάθεια του ΣΕΛ που έγιναν στο Λαϊκό Νοσοκομείο, μεταξύ Ιανουαρίου '85 και Σεπτεμβρίου '90. Κατά τη χρονική αυτή περίοδο, υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού 10 θήλειες ασθενείς με ΣΕΛ, ηλικίας $35,0 \pm 8,7$ (23-46) ετών, που έλαβαν 10 μοσχεύματα από πτωματικό (7) ή ζώντα συγγενή δότη (3). Πριν από τη μεταμόσχευση, οι ασθενείς υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση επί $36,7 \pm 35,6$ (11-110) μήνες και δεν εμφάνιζαν εξωνεφρικές εκδηλώσεις ή εργαστηριακές ενδείξεις δραστηριότητας της νόσου. Η μεταξύ δότη-λήπτη ασυμβατότητα στα HLA αντιγόνα ήταν: 0 (1 ασθενής), 2 (1 ασθενής) και 3 (8 ασθενείς). Όλοι οι ασθενείς είχαν συμβατότητα προς το δότη σε 1 τουλάχιστον DR αντιγόνο. Σε 9 ασθενείς χορηγήθηκε τριπλή (κορτικοειδή + αζαθειοπρίνη + κυκλοσπορίνη) και σε 1 διπλή (κορτικοειδή + κυκλοσπορίνη) ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών μετά τη μεταμόσχευση ήταν $15,3 \pm 19,16$ (1-64) μήνες. Μέχρι σήμερα (30.9.90): 1) Η επιβίωση των ασθενών και του μοσχεύματος είναι 100% και 90% αντίστοιχα. 2) Απώλεια του μοσχεύματος παρατηρήθηκε σε 1 μόνο ασθενή που εμφάνισε μη αναστρέψιμη οξεία αγγειακή απόρριψη την 25η ημέρα. 3) Από τις υπόλοιπες 9 ασθενείς, μία μόνο εμφάνισε επεισόδιο οξείας απόρριψης που ανεστράφη με μεθυλ-πρεδνιζολόνη. 4) Οκτώ από τις ασθενείς εμφανίζουν λίαν ικανοποιητική λειτουργία του μοσχεύματος (κρεατινίνη ορού: $0,9-1,7$ mg%), $14,8 \pm 20,4$ (2-64) μήνες μετά τη μεταμόσχευση, ενώ μία ασθενής έχει κρεατινίνη ορού $4,3$ mg%, 34 μήνες μετά τη μεταμόσχευση. 5) Υπέρταση μετά τη μεταμόσχευση διαπιστώθηκε σε 1 μόνο ασθενή. 6) Επτά από τις 10 ασθενείς εμφάνισαν ένα ή περισσότερα επεισόδια βακτηριακών (6 ασθενείς), ιογενών (4 ασθενείς) και πρωτοζωικών (1 ασθενής) λοιμώξεων, η θεραπεία των οποίων δεν παρουσίασε ιδιαίτερα προβλήματα. 7) Εξωνεφρικές εκδηλώσεις ή ενδείξεις υποτροπής της νόσου στο μόσχευμα δεν εμφανίζει καμία ασθενής. Παρά τον μικρό αριθμό ασθενών και τον σχετικά περιορισμένο χρόνο παρακολούθησης, από τα αποτελέσμα-

τα της παρούσας μελέτης, προκύπτουν ενδείξεις ότι η μεταμόσχευση νεφρού σε ασθενείς με ΣΕΛ έχει ικανοποιητική έκβαση.

1. C.P. Zata, et al (1989): *Transp. Proc.* 21, 1984.
2. Γ. Σακελλαρίου και συν. (1990): 6ο Παν. Συν. Νεφρολ., Ιωάννινα, (Τόμος Περιλ. σελ. 26).
3. I. Blohme, et al (1990): *Int. Cong. Transpl., San Franc.* (Abstr. p. 408).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΠΟ ΜΕΓΑΛΟΚΥΤΤΑΡΟΪΟ (CMV) ΜΕ GANCICLOVIR (DHPC) ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Λ. ΨΩΜΟΓΕΡΙΔΟΥ, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ

Χειρουργική Κλινική Μεταμόσχευσης Οργάνων, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γ.Π.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

Τα τελευταία χρόνια το DHPC απεδείχθη αποτελεσματικό στη θεραπεία των λοιμώξεων από CMV στους ασθενείς με AIDS.

Χορηγήσαμε DHPC σε 4 μεταμοσχευμένους που είχαν πάρει τετραπλή ανοσοκαταστολή (αζαθειοπρίνη, κυκλοσπορίνη, μεθυλοπρεδνιζολόνη και αντιλεμφοκυτταρικό ορό) με κλινική εικόνα CMV.

Ο πρώτος ασθενής, ηλικίας 31 ετών, με υψηλό πυρετό, πνευμονίτιδα και γαστρορραγία, απάντησε στη θεραπεία και είχε ομαλή πορεία. Η δεύτερη ασθενής, ηλικίας 48 ετών, με υψηλό πυρετό και πνευμονίτιδα, απάντησε, αρχικά στη θεραπεία, υποτροπίασε και πήρε για δεύτερη φορά DHPC, με αποτέλεσμα βαριά λευκοπενία (1000 κκχ) και θρομβοπενία (20.000 αιμοπετάλια κκχ). Η τρίτη ασθενής, ηλικίας 52 ετών, με υψηλό πυρετό και πνευμονίτιδα, πήρε DHPC μόνο 7 ημέρες λόγω λευκοπενίας (1500 κκχ). Η τέταρτη ασθενής, που είχε πάρει νεφρό και πάγκρεας, ηλικίας 47 ετών, με υψηλό πυρετό και σημεία από το γαστρεντερικό (έμετοι, διάρροιες) δεν απάντησε στη θεραπεία.

Η διάγνωση της λοίμωξης από CMV αρχικά έγινε με κλινικά κριτήρια και επιβεβαιώθηκε ορολογικά (η διάγνωση της τρίτης ασθενούς αμφίβολη). Το DHPC χορηγήθηκε σε δόση 5 mg/kg, που τροποποιήθηκε ανάλογα με την κάθαρση της κρεατινίνης, ανά 12ωρο με IV. έγχυση για 14 ημέρες. Η συμβατική ανοσοκαταστολή ελαττώθηκε σημαντικά ή διεκόπη κατά τη διάρκεια της θεραπείας και οι αιματολογικές και ηπατικές παράμετροι ελέγχονταν καθημερινά. Από τους ασθενείς, κανένας δεν πέθανε. Τα δεδομένα μας, δείχνουν ότι το DHPC είναι χρήσιμο στην αντιμετώπιση βαρειών λοιμώξεων των μεταμοσχευμένων από CVM, απαιτείται όμως προσοχή διότι μπορεί να προκληθεί καταστολή του μυελού των οστών.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΓΟΝΑΙΜΙΑΣ HBsAg ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Χ. ΝΤΙΟΥΔΗΣ, Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ, Π. ΜΑΝΔΡΑΒΕΛΗ*, Β. ΔΕΡΒΙΝΙΩΤΗΣ, Σ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ι. ΝΤΟΥΤΣΟΣ*, Σ. ΑΛΕΙΟΥ*, Αχ. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Α' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Μικροβιολογικό Εργαστήριο Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι: α) η επίδραση της HBsAg αντιγοναιμίας στην επιβίωση των νεφρικών μοσχευμάτων και ασθενών και β) η εξέλιξη κλινική και ορολογική της HBV λοίμωξης μετά την μεταμόσχευση (Τχ).

Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 14 ασυμπτωματικοί ασθενείς θετικοί για HBsAg κατά τον χρόνο της Τχ (ομάδα Α) και στην ομάδα ελέγχου (ομάδα Β) 14 ασθενείς αρνητικοί για HBsAg.

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $41,3 \pm 8,3$ και $41,8 \pm 10,7$ για την ομάδα Α και Β αντίστοιχα. Και στις δύο ομάδες ασθενών, 4 ασθενείς πήραν μόσχευμα από ζωντανό και 10 από πτωματικό δόση. Η ανοσοκατασταλτική αγωγή ήταν ίδια. Οκτώ από τους 14 ασθενείς της ομάδας Α παρουσίασαν χρόνια ηπατική βλάβη, ενώ στην ομάδα Β δεν βρέθηκε κανένας άρρωστος να έχει ηπατική δυσλειτουργία ($p < 0,01$). Η συχνότητα των επεισοδίων οξείας απόρριψης ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα Β ($p < 0,05$). Η επιβίωση των μοσχευμάτων ενώ ήταν ίδια στον 1ο χρόνο από την επέμβαση και στις δύο ομάδες ασθενών παρουσιάστηκε σημαντικά μικρότερη στην ομάδα Β τον 5ο χρόνο της παρακολούθησης ($p < 0,001$). Τέλος, η επιβίωση των ασθενών παρουσίασε σημαντική ελάττωση στην ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β ($p < 0,05$ και $p < 0,001$) στον 1ο και 5ο χρόνο από την επέμβαση αντίστοιχα.

Επτά από τους 8 ασθενείς της ομάδας Α, που σήμερα ζουν, εξακολουθούν να έχουν HBsAg (+), ενώ ένας αρνητικοποιήθηκε. Επίσης, ανιχνεύθηκαν σε 2 ασθενείς κάθε ομάδας αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας C και σε έναν ασθενή της ομάδας Β ανιχνεύθηκαν και αντιγόνο δ και αντισώμα αντι-δ.

Το DNA της HBV ανιχνεύθηκε μόνο σε 4 ασθενείς της ομάδας Α. Από τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι η αντιγοναιμία Β σχετίζεται με την επιβίωση τόσο των μοσχευμάτων όσο και των ασθενών.

ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C (αντι-HCV) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ, Χ. ΝΤΙΟΥΔΗΣ, Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Π. ΜΑΝΔΡΑΒΕΛΗ*, Β. ΔΕΡΒΙΝΙΩΤΗΣ, Σ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ι. ΝΤΟΥΤΣΟΣ*, ΑΧ. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Α' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, ΓΝ ΑΧΕΠΑ, Εργαστήριο Μικροβιολογίας ΑΠΘ*, Θεσσαλονίκη

Στην αναδρομική αυτή μελέτη, διερευνήθηκε η συχνότητα, η κλινική επίπτωση και τα πιθανά αίτια της ηπατίτιδας C σε 43 ασθενείς που υπεβλήθησαν από δμήνου τουλάχιστον σε νεφρική μεταμόσχευση.

Προσδιορίστηκαν τα αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας C (αντι-HCV) με ανοσοενζυμική μέθοδο (Elisa).

Οκτώ από τους 43 ασθενείς (18,6%) βρέθηκε να έχουν αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας C.

Η παρουσία του αντι-HCV βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά ($p < 0,05$) με προηγούμενη ή μη μετάγγιση αίματος. Αντίθετα, δεν βρέθηκε να υπάρχει σημαντική συσχέτιση με το συνολικό αριθμό μεταγγίσεων αίματος, τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και της μεταμόσχευσης και τη συχνότητα των επεισοδίων οξείας απόρριψης.

Ενώ οι δύο ομάδες ήταν ομοιογενείς όσον αφορά το σχήμα της ανοσοκατασταλτικής αγωγής και την παρουσία HbsAg (+), η ομάδα των ασθενών με αντι-HCV (+) βρέθηκε να έχει σημαντικά αυξημένη ($p < 0,05$) συχνότητα χρόνιας ηπατικής βλάβης.

Συμπεραίνεται, ότι η ηπατίτιδα C είναι συχνή επιπλοκή στους μεταμοσχευμένους ασθενείς και η παρουσία της μπορεί να προκαλέσει χρόνια ηπατική βλάβη.

ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C (αντι-HCV) ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Β. ΔΕΡΒΕΝΙΩΤΗΣ, Χ. ΝΤΙΟΥΔΗΣ, Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ, Π. ΜΑΝΔΡΑΒΕΛΗ*, Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Α. ΣΙΟΥΛΗΣ, Σ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ι. ΝΤΟΥΤΣΟΣ*, Α.Χ. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Α' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Εργαστήριο Μικροβιολογίας Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Σύμφωνα με την επικρατούσα άποψη, ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται με τρόπους παρόμοιους με εκείνους που μεταδίδεται και ο ιός της ηπατίτιδας Β. Επειδή, ενδεχομένως, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση να παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από ηπατίτιδα C, μελετήθηκε η συχνότητα παρουσίας αντι-HCV αντισωμάτων και η κλινική σημασία τους στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς της Κλινικής μας.

Ο προσδιορισμός των αντι-HCV αντισωμάτων έγινε με ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA) και στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 66 ασθενείς, 45 άνδρες και 21 γυναίκες, ηλικίας από 21 μέχρι 67 ετών.

Διαπιστώθηκε, ότι 6 από τους 66 ασθενείς (9%) βρέθηκε να έχουν αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας C. Η παρουσία των αντι-HCV αντισωμάτων δεν βρέθηκε να σχετίζεται με το χρόνο αιμοκάθαρσης, τον αριθμό των μεταγγίσεων, την πρωτοπαθή νόσο, την ταυτόχρονη παρουσία HbsAg και την επιβίωση των ασθενών. Αντίθετα, στους ασθενείς αυτούς είναι σημαντικά αυξημένη η συχνότητα της χρόνιας ηπατικής βλάβης ($p < 0,001$).

Συμπεραίνεται, ότι η ηπατίτιδα C είναι συχνή επιπλοκή στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς και μπορεί να προκαλέσει χρόνια ηπατική βλάβη.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΚΑΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ, Α. ΚΕΛΕΣΙΔΗΣ, Γρ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ, Ι. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Ι. ΛΙΑΤΣΗΣ, Μ. ΡΑΠΤΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα, Β2 Παθολογική Κλινική και Μικροβιολογικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Μελετήσαμε τη συχνότητα δεικτών ηπατίτιδας Β (HBV) και ηπατίτιδας C (HCV) σε 84 και 79 ασθενείς αντίστοιχα, που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση (ΧΑΚ) και σε 65 και 53 ασθενείς αντίστοιχα που υποβάλλονται σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ). Οι δείκτες που προσδιορίστηκαν με ανοσοενζυμική μέθοδο ήταν: HBsAg, HBeAg, anti-HBc (IgG και IgM), anti-HBe, anti-HBs και anti-HCV. Σκοπός της μελέτης ήταν να δούμε αν υπάρχουν διαφορές στη συχνότητα των δεικτών ηπατίτιδας μεταξύ ΧΑΚ και ΣΦΠΚ.

Τα αποτελέσματα σχετικά με την HCV έδειξαν ότι υψηλότερο ποσοστό ασθενών στη ΧΑΚ είχε anti-HCV συγκριτικά με τη ΣΦΠΚ (13/79, 16% vs 3/53, 6%). Όσον αφορά τους δείκτες για την HBV στη ΧΑΚ βρέθηκαν θετικοί, HBsAg σε 8/84 (10%), HBeAg σε 1/84 (1%), anti-HBc (IgM) σε 0/84, anti-HBc (IgG) σε 62/84 (74%), anti-HBe σε 34/84 (40%) και anti-HBs σε 61/84 (72%). Στη ΣΦΠΚ τα αντίστοιχα αποτελέσματα ήταν: HBsAg σε 6/65 (9%), HBeAg σε 3/65 (5%), anti-HBc (IgM) σε 0/65, anti-HBc (IgG) σε 39/65 (60%), anti-HBe σε 13/65 (20%) και anti-HBs σε 36/65 (55%). Σε μια προσπάθεια να κατατάξουμε τους ασθενείς σε σχέση με την παρουσία περισσότερων του ενός δεικτών, διακρίναμε τους τυπικούς φορείς HBV που ήταν στη ΧΑΚ και στη ΣΦΠΚ (8/84, 10% και 6/65, 9%), σε ασθενείς με ανοσία έναντι του HBV (60/84, 71% και 35/65, 54% $p < 0,05$), σε ασθενείς με αρνητικούς όλους τους δείκτες (12/84, 14% vs 21/65, 32%, $p < 0,025$). Ένα ποσοστό 5% τόσο στη ΧΑΚ όσο και στη ΣΦΠΚ ήταν αδύνατο να χαρακτηριστεί με μια μόνο μέτρηση που επιχειρήσαμε.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι το ποσοστό ασθενών με δείκτες ενδεικτικούς για HBV και HBC ηπατίτιδα στη ΧΑΚ είναι υψηλότερο συγκριτικά με τη ΣΦΠΚ.

ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΕΝΔΟΓΕΝΟΥΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΣΕ ΜΟΝΟ-ΝΕΦΡΟΥΣ

Σ. ΣΠΑΙΑ, Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Κ. ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΒΑΛΚΟΥΜΑ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
 Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Προσδιορίσαμε την ενδογενή ερυθροποιητίνη ορού (EPO) σε 20 μονονέφρους και 20 φυσιολογικούς μάρτυρες. Την ομάδα των μονονέφρων αποτελούσαν 12 γυναίκες και 8 άνδρες, με ηλικία κατά Μ.Ο. 47 έτη. Δύο από αυτούς ήταν εκ γενετής μονόνεφροι, ενώ οι υπόλοιποι 18 επίκτητοι, από 2ετίας τουλάχιστον. Οι φυσιολογικοί μάρτυρες ήταν 11 γυναίκες και 9 άνδρες με ηλικία κατά Μ.Ο. 45 έτη. Και οι δύο ομάδες είχαν φυσιολογική νεφρική λειτουργία και δεν είχαν αναιμία ή ηπατική νόσο.

Συγκρίναμε τις δύο ομάδες ως προς τα επίπεδα της EPO, της Hb, φερριτίνης, κρεατινίνης, ουρίας και ως προς το μέγεθος των νεφρών και την ύπαρξη κύστεων. Η EPO προσδιορίστηκε με μέθοδο ανοσο-ενζυμική και kit της εταιρείας S CL CLINICAL RESEARCH CORPORATION.

Τα επίπεδα της ενδογενούς EPO του ορού βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα στην ομάδα των μονονέφρων ($p < 0,001$), ενώ δεν υπήρχε διαφορά ως προς τις υπόλοιπες παραμέτρους.

Συμπέρασμα: Υποθέτουμε ότι τα αυξημένα επίπεδα EPO στους μονονέφρους οφείλονται σε συνθήκες υποξίας στο νεφρικό φλοιό των μονονέφρων, εξαιτίας της υπερδιήθησης.

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΜΗΝΙΑΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΥΚΛΟΦΩΣΦΑΜΙΔΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΜΟΡΦΗΣ ΠΟΛΥΑΡΤΗΡΪΤΙΔΑΣ (ΜΜΠ) ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Δ. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΟΣ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Α.Γ. ΜΠΙΛΛΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Η θεραπευτική δράση και οι παρενέργειες της ενδοφλέβιας κατά ώσεις, σε σύγκριση με την από του στόματος χορήγηση κυκλοφωσφαμιδης, μελετήθηκαν αναδρομικά σε 17 ασθενείς (9 άνδρες, 8 γυναίκες), ηλικίας 30-77 ετών με ΜΜΠ και νεφρική συμμετοχή.

Κατά την έναρξη της θεραπείας, όλοι οι ασθενείς είχαν εξω-νεφρικές κλινικές εκδηλώσεις και οι 15 εμφάνιζαν έκπτωσηση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη ορού 1,7-12,4 mg%). Έντεκα ασθενείς πήραν κυκλοφωσφαμιδη από το στόμα σε δόση 1,5-2,0 mg/kg βάρους σώματος ημερησίως (ομάδα I), ενώ οι υπόλοιποι 6 πήραν το φάρμακο σε ενδοφλέβια έγχυση 0,75-1,0 g/μήνα (ομάδα II). Οι ασθενείς και των δύο ομάδων πήραν επίσης κορτικοειδή από το στόμα σε συγκρίσιμη δοσολογία, 12 δε από αυτούς (8 από την ομάδα I και 4 από την ομάδα II), πήραν αρχικά και ενδοφλέβιες ώσεις μεθυλ-πρεδνιζολόνης. Από την ομάδα I, 2 ασθενείς πέθαναν στην οξεία φάση της νόσου, οι δε υπόλοιποι 9 πήραν κυκλοφωσφαμιδη επί 3-32 μήνες και παρουσίασαν ύφεση της νόσου. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, 4 ασθενείς (44%) εμφάνισαν λευκοπενία, η οποία σε έναν συνοδεύτηκε από βαριά λοίμωξη του αναπνευστικού.

Από την ομάδα II, ένας ασθενής εντάχθηκε σε αιμοκάθαρση στην οξεία φάση της νόσου, οι δε υπόλοιποι 5 πήραν κυκλοφωσφαμιδη επί 12-17 μήνες, με αποτέλεσμα ύφεση της νόσου. Δεν παρατηρήθηκαν λευκοπενία ή άλλες σημαντικές παρενέργειες κατά τη διάρκεια της θεραπείας, εκτός από μικρή αύξηση των τρανσαμινασών σε έναν ασθενή. Δύο ασθενείς από την ομάδα I που υποτροπίασαν μετά τη διακοπή της κυκλοφωσφαμιδης, υποβλήθηκαν σε μηνιαίες ενδοφλέβιες εγχύσεις του φαρμάκου επί 3 και 5 μήνες αντίστοιχα, με κανοποιητική ανταπόκριση.

Οι παρατηρήσεις αυτές υποδηλώνουν ότι η ενδοφλέβια μηνιαία έγχυση κυκλοφωσφαμιδης σε ασθενείς με ΜΜΠ και νεφρική συμμετοχή είναι αποτελεσματική και ασφαλής.

ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΘΡΟΜΒΟΞΑΝΗΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Π.Σ. ΚΟΝΤΕΣΗΣ, Α.Ε. ΗΑΥΥΑΡΔ, S. ΒΑΡΡΟΨ, J. ΡΙΤΤΕΡ*, G.C. ΒΙΒΕΡΤΙ
Unit for Metabolic Medicine and Clinical Pharmacology*, UMDS, Guy's
Hospital, London, U.K.

Μελέτες σε διάφορες σπειραματοπάθειες (πειραματικές και μη) έχουν δείξει ότι η θρομβοξάνη (TxA₂) παίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένειά τους. Ο ρόλος της TxA₂ στη διαβητική νεφροπάθεια δεν είναι διευκρινισμένος.

Σε προσπτική διπλή-τυφή μελέτη, διάρκειας μιας εβδομάδος, χορηγήθηκε σε 22 ισουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς (ΙΕΣΔ) με νεφροπάθεια, αναστολέας της σύνθεσης της TxA₂ (FCE - 22178, 800 mg/ημέρα ή 1200 mg/ημέρα) ή placebo. Μετά το τέλος της θεραπείας έγινε προσδιορισμός προσταγλανδινών ούρων (GC/MS), σπειραματικής διηθήσεως (GFR, Clearance ισουλίνης), νεφρικής ροής πλάσματος (RPF, Clearance PAH), κλασματικής κάθαρσης αλβουμίνης (ΘAlb) και ρυθμού επαναρρόφησης της β₂-μικροσφαιρίνης (β₂-m). Σε 7 άλλους ΙΕΣΔ ασθενείς η δράση του αναστολέα της TxA₂ 800 mg/ημέρα συνεκρίθη με αυτήν της δόσεως 1200 mg/ημέρα. GFR (52 ± 2,8 έναντι 52,6 ± 3,5 ml/min/1,73 m², RPF (306 ± 28 έναντι 293 ± 25 ml/min/1,73 m² και νεφρική αγγειακή αντίσταση (RVR) (224 ± 38 έναντι 222 ± 26 mmHg/min/l) ήσαν παρόμοιες μετά τη θεραπεία με αναστολέα της TxA₂ ή placebo αντίστοιχα. Η ΘAlb θρέθηκε σημαντικά μικρότερη μετά την ενεργό θεραπεία (5,6 ± 1,3 έναντι 4,0 ± 1,1 × 10⁻⁴, p = 0,02), ενώ η επαναρρόφηση της β₂-m παρέμεινε αμετάβλητη (0,7 ± 11,8 έναντι 104 ± 24,7 μg/min). Φρουκτοζαμίνη πλάσματος και μέση αρτηριακή πίεση παρέμειναν αμετάβλητες μετά τη θεραπεία με αναστολέα της TxA₂. Η αυξημένη δόση του αναστολέα της TxA₂ (1200 mg/ημέρα) είχε σαν αποτέλεσμα μικρότερη ΘAlb σε σχέση με τη δόση των 800 mg/ημέρα (3,98 ± 1,14 έναντι 2,89 ± 1,15 × 10⁻⁴ p = 0,04), ενώ GFR, RPF και RVR παρέμειναν αμετάβλητοι.

Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η χορήγηση αναστολέα της σύνθεσης TxA₂ ελαττώνει την αλβουμινουρία χωρίς να διαταράσσει τη νεφρική αιμοδυναμική. Η αντιπρωτεϊνουρική δράση του αναστολέα της TxA₂ φαίνεται ότι είναι δοσοεξαρτώμενη.

Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΣΤΗΝ ΑΠΟΙΚΟΔΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ (PAF). ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ

Χ. ΙΑΤΡΟΥ¹, Κ.Α. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ², Γ. ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ¹, Σ. ΑΝΤΩΝΟΠΟΥ-
ΛΟΥ², Γ.Θ. ΤΣΑΝΚΑΡΗΣ², Σ. ΜΟΥΤΑΦΗΣ¹, Π. ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ¹
Νεφρολογικό Τμήμα Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών¹,
Τμήμα Χημείας Πανεπιστημίου Αθηνών²

Ο παράγοντας ενεργοποίησης των αιμοπεταλίων (Platelet activating factor, PAF) είναι ένα φωσφολιπιδόμοιο με μια ποικιλία βιολογικών δράσεων, που αναστέλλονται ή περιορίζονται από ένα ειδικό αποικοδομητικό ένζυμο, την ακετυλοϋδρολάση (PAF-AΥ). Στην εργασία αυτή προσδιορίσαμε αφενός μεν την ειδική δραστηριότητα της PAF-AΥ με τη μέθοδο των Pinckard et al (Fed. Proc. 45:858, 1986), στον ορό (Ο), νεφρικό μυελό (Μ) και νεφρικό φλοιό (Φ), 6 νεφρεκτομηθέντων αρρώστων και αφετέρου δε μετά από απομόνωση και καθαρισμό του ενζύμου μελετήσαμε τις ιδιότητες αυτού.

Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι: 1) Η PAF-AΥ ανευρίσκεται και στο νεφρικό ιστό (Φ και Μ) των ανθρώπων, 2) το ένζυμο που προσδιορίστηκε στον Φ και Μ έχει κάποιες κοινές ιδιότητες με την PAF-AΥ του Ο, 3) η μελέτη της τοπολογίας του ενζύμου έδειξε ότι η PAF-AΥ δεν ανευρίσκεται μόνο στις κυτταρικές μεμβράνες, αλλά και στα μικροσωματικά τμήματα, 4) υπάρχουν διαφορετικά ισοένζυμα της PAF-AΥ στο Φ, Μ και Ο όπως φαίνεται από: α) το διαφορετικό ΚΜ, β) την καμπύλη εκλούσεως των δραστικών κλασμάτων μετά το διαχωρισμό με Sephadex-100 χρωματογραφία και γ) τη μορφή της ηλεκτροφόρησης σε γέλη.

Συμπερασματικά, με τη μελέτη αυτή, δείξαμε ότι ο PAF αποικοδομείται στο επίπεδο του ανθρώπινου νεφρικού ιστού, αφού διαπιστώσαμε την ύπαρξη του αποικοδομητικού ενζύμου αυτού στο νεφρό. Φαίνεται, επίσης, ότι υπάρχουν τρία διαφορετικά ισοένζυμα της PAF-AΥ στο Φ, Μ και ορό στον άνθρωπο.

ΛΥΣΟΖΥΜΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΑΛΙΟΥ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΜΥΕΛΟΓΕΝΗ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ

Π. ΛΑΘΟΥΡΗΣ, Θ. ΜΑΠΙΟΠΟΥΛΟΥ-ΣΥΜΒΟΥΛΙΔΟΥ, Γ. ΣΤΕΡΓΙΟΥ, Α. ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ-ΖΩΝΑ, Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ

Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Υποκαλιμία και υπταμαγνησιαμία, ως αποτέλεσμα νεφροσωληναριακής βλάβης, έχει περιγραφεί σε ασθενείς με οξεία μυελογενή λευχαιμία, σε συνδυασμό με αυξημένα επίπεδα λυσοζύμης στον ορό και στα ούρα. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό, αν η λυσοζυμουρία σ' αυτούς τους ασθενείς είναι το αίτιο ή το αποτέλεσμα της σωληναριακής βλάβης.

Στην παρούσα εργασία τα επίπεδα στον ορό και η κλασματική κάθαρση της λυσοζύμης, του καλίου και του μαγνησίου, προσδιορίστηκαν σε 23 συνολικά ασθενείς, 12 άνδρες και 11 γυναίκες, ηλικίας 18 έως 82 ετών, με οξεία μυελογενή λευχαιμία. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 3 ομάδες: Στην ομάδα Α περιλήφθηκαν 15 ασθενείς που δεν είχαν υποβληθεί σε θεραπεία, στην ομάδα Β 14 ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ένα θεραπευτικό σχήμα και στην ομάδα Γ 8 ασθενείς, που είχαν υποβληθεί σε περισσότερα από ένα θεραπευτικά σχήματα (ορισμένοι ασθενείς μελετήθηκαν σε διαδοχικές φάσεις και έτσι περιλαμβάνονται σε περισσότερες από μία ομάδες). Η μέση (\pm SD) κλασματική κάθαρση του καλίου ήταν $7,96 \pm 3,33$ στην ομάδα Α, $15,35 \pm 10,92$ στην ομάδα Β και $11,21 \pm 10,8$ στην ομάδα Γ. Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,01$) μεταξύ Α και Β ομάδας. Η μέση (\pm SD) κλασματική κάθαρση του μαγνησίου ήταν $1,82 \pm 1,02$ στην ομάδα Α, $2,11 \pm 0,73$ στην ομάδα Β και $2,15 \pm 2,54$ στην ομάδα Γ. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις 3 ομάδες. Σε 6 ασθενείς, η εφαρμογή του πρώτου θεραπευτικού σχήματος οδήγησε σε μηδενισμό της λυσοζυμουρίας. Οι ασθενείς αυτοί δεν φαίνονται να διαφοροποιούνται ως προς την απώλεια καλίου ή μαγνησίου.

Συμπεραίνεται δε, ότι η υποκαλιμία που μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς με οξεία μυελογενή λευχαιμία οφείλεται σε σωληναριακή βλάβη στην πρόκληση της οποίας πιθανότατα συμμετέχουν και άλλοι παράγοντες πλην της λυσοζυμουρίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ ΜΕ ΜΑΝΙΤΑΡΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΟΥΣ AMANITA PHALOIDES

Ι. ΤΖΑΝΑΚΗΣ, Ν. ΚΑΛΛΙΒΡΕΤΑΚΗΣ, Κ. ΠΟΤΑΜΙΤΗΣ, Ι. ΚΑΚΑΒΑΣ, ΜΑΚΡΩ ΣΟΝΙΚΙΑΝ, ΣΟΝΙΑ ΒΟΥΔΙΚΛΑΡΗ

Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών, Νεφρολογικό Τμήμα, Αθήνα

Περιγράφονται τρεις περιπτώσεις δηλητηρίασης με αυτοφυή μανιτάρια. Ο χρόνος εκδήλωσης των συμπτωμάτων, καθώς και η κλινική εικόνα συνηγορούν υπέρ του ότι τα μανιτάρια ανήκαν στην οικογένεια Amanita phalloides. Και στις τρεις περιπτώσεις, η δηλητηρίαση αντιμετωπίστηκε με συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και εξωνεφρικής κάθαρσης-αιμοπροσρόφησης. Και οι τρεις ασθενείς επέζησαν, αν και είχαν προσέλθει στο Νοσοκομείο τρία εικοσιτετράωρα μετά τη βρώση των μανιταριών, η δε διαταραχή της ηπατικής τους λειτουργίας, που κυριαρχούσε της κλινικής εικόνας, απεκαταστάθη πλήρως.

Συζητούνται η κλινική εικόνα και η θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών σε σύγκριση με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα.

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΟΤΟΞΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΩΝ ΜΕΤΑ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΚΑΙ ΝΕΦΡΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ

Δ. ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ¹, ΒΡΗΝΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ¹, Β. ΑΓΡΟΠΙΑΝΝΗΣ¹, Δ. ΡΙΖΟΣ², Δ. ΜΟΥΡΙΚΗΣ³, Ε. ΤΖΑΝΑΤΟΥ-ΕΞΑΡΧΟΥ¹, Α. ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗ¹, Λ. ΒΛΑΧΟΣ³

Νεφρολογικό Κέντρο¹, Ορμονολογικό Εργαστήριο² και Έδρα Ακτινολογίας³ Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε η επίδραση επί της νεφρικής λειτουργίας τριών διαφορετικών σκιαγραφικών μέσων, ενός ιονικού υψηλής ωσμωτικότητας (Diatrizoate), ενός ιονικού χαμηλής ωσμωτικότητας (Ioxaglate) και ενός μη ιονικού (Iohexol) μετά από ενδοφλέβια και νεφραγγειακή χορήγηση κατά τη μελέτη των αρρώστων με ψηφιακή αγγειογραφία.

Μελετήθηκαν συνολικά 84 ασθενείς, μη διαβητικοί, με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Το σκιαγραφικό μέσο χορηγήθηκε ενδοφλέβια σε 60 ασθενείς (20 ασθενείς για κάθε σκιαγραφικό και στην έκφυση των νεφρικών αρτηριών σε 24 ασθενείς - 8 ασθενείς για κάθε σκιαγραφικό).

Η επίδραση επί της νεφρικής λειτουργίας εκτιμήθηκε με τη σύγκριση της κρεατινίνης, της β₂-μικροσφαιρίνης και του ουρικού οξέος του ορού και των ούρων από 24ωρη συλλογή, της πρωτεϊνουρίας και της κάθαρσης ουρικού οξέος και ενδογενούς κρεατινίνης, προ και 24 ώρες μετά τη χορήγηση του σκιαγραφικού μέσου. Η στατιστική εκτίμηση των αποτελεσμάτων έγινε με τη δοκιμασία Student's «t» κατά ζεύγη, εκτός από τη β₂-μικροσφαιρίνη του ορού και των ούρων για την οποία χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Wilcoxon κατά ζεύγη λόγω των μεγάλων ατομικών διαφορών.

Τα ευρήματά μας συνοψίζονται στους πίνακες που ακολουθούν. Από τα αποτελέσματά μας, συμπεραίνουμε, ότι σε μη διαβητικούς, με φυσιολογική νεφρική λειτουργία ασθενείς, η ενδοφλέβια ή νεφραγγειακή χορήγηση των διαφόρων σκιαγραφικών, έχει ελάχιστη, ισοδύναμη και παρόμοια επίδραση επί της νεφρικής λειτουργίας και εξ αυτού φαίνεται λογικό, η επιλογή του σκιαγραφικού να πρέπει να είναι ανεξάρτητη από την επίδρασή του επί της νεφρικής λειτουργίας.

Το υψηλό κόστος των νεότερων σκιαγραφικών, ιονικών, χαμηλής ωσμωτικότητας και μη ιονικών, πρέπει κατά την άποψή μας, να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη όταν πρόκειται για ασθενείς μη διαβητικούς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

Α. ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ

		DIATRIZOATE	IOXAGLATE	IOHEXOL
ΟΡΟΣ	Κρεατινίνη (μmol/L)	Π 90.17±3.79 Μ 93.82±4.59	88.53±4.72 96.64±6.33	82.58±2.96 82.75±3.95
	β ₂ Μικροσφαιρίνη (mg/L)	Π 1.71±0.08 Μ 1.68±0.09	2.13±0.18 2.31±0.22	1.87±0.10 1.79±0.11
	Ουρικό οξύ (μmol/L)	Π 269.78±13.15 Μ 260.57±13.94	249.00±11.99 253.43±11.64	266.57±17.08 233.61±15.24
ΟΥΡΑ	β ₂ Μικροσφαιρίνη (μg/24 hrs)	Π 126.72±15.42 Μ 149.37±17.19	151.92±16.15 147.00±15.19	127.33±11.63 114.36±12.47
	Πρωτεΐνες (g/24 hrs)	Π 0.13±0.02 Μ 0.14±0.02	0.09±0.01 0.15±0.02 ^α	0.06±0.01 0.11±0.01 ^γ
	Όγκος ούρων (mL/24 hrs)	Π 1495.88±112.23 Μ 1702.35±125.48	1630.55±116.19 1700.67±139.61	1606.25±101.64 1648.82±131.62
ΚΑΘΑΡΣΕΙΣ	Κρεατινίνη (mL/min/1.73 m ²)	Π 90.46±4.75 Μ 84.35±4.82	89.20±6.85 83.61±7.06	89.45±7.15 81.72±4.12
	Ουρικό οξύ (mL/min/1.73 m ²)	Π 8.11±0.36 Μ 7.78±0.45	7.11±0.41 7.31±0.53	6.43±0.42 6.57±0.45

Β. ΝΕΦΡΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ

		DIATRIZOATE	IOXAGLATE	IOHEXOL
ΟΡΟΣ	Κρεατινίνη (μmol/L)	Π 76.20±6.45 Μ 83.20±4.73	76.00±8.88 86.50±8.25	68.78±4.10 78.70±7.14
	β ₂ Μικροσφαιρίνη (mg/L)	Π 1.41±0.23 Μ 1.38±0.21	1.35±0.18 2.04±0.15 ^β	1.15±0.08 1.80±0.20 ³
	Ουρικό οξύ (μmol/L)	Π 194.60±24.20 Μ 175.80±21.62	324.00±26.50 290.33±36.67	179.67±12.07 217.22±19.75
ΟΥΡΑ	β ₂ Μικροσφαιρίνη (μg/24 hrs)	Π 76.25±16.48 Μ 141.67±22.63 ^α	155.00±17.04 147.20±13.84	111.25±17.11 96.37±14.58
	Πρωτεΐνες (g/24 hrs)	Π 0.08±0.02 Μ 0.10±0.01	0.06±0.01 0.09±0.01	0.05±0.01 0.04±0.01
	Όγκος ούρων (mL/24 hrs)	Π 1210.00± 88.74 Μ 1762.50±284.08	2425.00±437.50 2890.00±346.05	1744.17±203.62 1616.92±246.90
ΚΑΘΑΡΣΕΙΣ	Κρεατινίνη (mL/min/1.73 m ²)	Π 112.52±12.47 Μ 100.86± 6.79	112.30±6.47 108.26±8.91	114.31±8.35 92.92±7.66
	Ουρικό οξύ (mL/min/1.73 m ²)	Π 11.35±1.93 Μ 14.57±1.19	5.94±0.41 7.33±0.53	11.47±1.97 11.58±1.64

Π: Προ της χορήγησης, Μ: Μετά τη χορήγηση, ^αP<0,05, ^βP<0,01, ^γP<0,001

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΥΟ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΜΟΝΙΜΟ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟ ΤΗΣ ΚΥΣΤΗΣ (ΜΚΚ)

Α. ΜΠΕΤΡΟΣΙΑΝ, Γ. ΘΕΟΔΟΣΙΑΔΗΣ, Γ. ΣΤΕΡΓΙΟΥ, Α. ΒΑΤΟΠΟΥΛΟΣ, Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΛΑΧΗΣ

Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Σε προηγούμενη μελέτη είχαμε δείξει ότι η βραχεία προφύλαξη με αμπικιλίνη (ΑΜΠ), (1g 1h πριν, 1g κατά την εισαγωγή και 1g 1h μετά την εισαγωγή του καθετήρα), πλεονεκτεί έναντι της συνεχούς προφύλαξης τόσο ως προς τη διάρκεια προφύλαξης, όσο και ως προς την πρόληψη της ανάπτυξης πολυανθεκτικών στελεχών σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΜΚΚ. Στην παρούσα εργασία, το προφυλακτικό αυτό σχήμα συγκρίθηκε με σχήμα βραχείας προφύλαξης από 2g κεφουρανίδης (ΚΕΦ), im., εφάπαξ 2h πριν από τον καθετηριασμό. Μελετήθηκαν συνολικά 53 ασθενείς, 21 γυναίκες και 32 άνδρες, 58-90 ετών (μέση ηλικία 74 ετών), που υποβλήθηκαν σε ΜΚΚ. Από αυτούς, οι 20 έμειναν χωρίς προφυλακτική αγωγή, οι 19 υποβλήθηκαν στο σχήμα ΚΕΦ και οι 14 στο σχήμα ΑΜΠ. Μέχρι και την 6η μέρα για την ομάδα της ΚΕΦ και μέχρι την 7η μέρα για την ομάδα της ΑΜΠ, το ποσοστό ασθενών με σημαντική μικροβιουρία ήταν σημαντικά μικρότερο από όσο στην ομάδα ελέγχου ($\chi^2 = 3,95$, $p < 0,05$ και $\chi^2 = 7,22$, $p < 0,01$, αντιστοίχως). Πολυανθεκτικά στελέχη αναπτύχθηκαν: 1 στην ομάδα ελέγχου, 7 στην ομάδα ΚΕΦ και 4 στην ομάδα ΑΜΠ. Τη 10η μέρα, το σύνολο σχεδόν των ασθενών και των 3 ομάδων είχε αναπτύξει σημαντική μικροβιουρία.

Συμπεραίνεται, ότι η προφύλαξη στο ΜΚΚ καλύπτει λίγα μόνο 24ωρα και συνεπάγεται τον κίνδυνο ανάπτυξης πολυανθεκτικών στελεχών. Κάτω από τις συνθήκες με τις οποίες έγινε η παρούσα μελέτη, η βραχεία προφύλαξη με ΑΜΠ φαίνεται ότι πλεονεκτεί έναντι της βραχείας προφύλαξης με ΚΕΦ.

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΜΟΝΙΜΟ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟ ΤΗΣ ΚΥΣΤΕΩΣ (ΜΚΚ) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΣ Γ. ΘΕΟΔΟΣΙΑΔΗΣ, Γ. ΣΤΕΡΓΙΟΥ, Α. ΒΑΤΟΠΟΥΛΟΣ, Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΛΑΧΗΣ

Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Ο ΜΚΚ αποτελεί τον κυριότερο προδιαθεσικό παράγοντα της συχνότερης μορφής ενδοσοκομειακής λοιμώξεως, ενώ από μελέτη στο Νοσοκομείο μας είχε δείχθει, ότι αφενός μεν γίνεται κατάχρηση του ΜΚΚ για λόγους που συνδέονται κυρίως με την ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού, αφετέρου δε ακολουθείται αλόγιστη τακτική σχετικά με τη χορήγηση αντιμικροβιακών φαρμάκων. Με σκοπό τη μεταβολή αυτής της συμπεριφοράς, εφαρμόσαμε από το 1978 σε 2 Παθολογικές Κλινικές (ΠΚ), 1 Χειρουργική Κλινική (ΧΚ) και 1 Ουρολογική Κλινική (ΟΚ), πρόγραμμα παρεμβάσεως (προφορική ενημέρωση, διανομή οδηγιών κ.λπ.) και καταγράψαμε σε 2 φάσεις (πριν και μετά το πρόγραμμα), τα στοιχεία που καθορίζουν τη συμπεριφορά του προσωπικού σε σχέση με τον ΜΚΚ. Από την ανάλυση αυτών των στοιχείων προκύπτει στατιστικά σημαντική μείωση του επιπολασμού του ΜΚΚ στις γυναίκες στο σύνολο των Κλινικών (από 26,8% σε 13,7% $p < 0,05$) και ειδικά στις ΠΚ (από 24,3% σε 11,6%, $p < 0,05$) και των μετεγχειρητικών ημερών παραμονής του καθετήρα στις ΧΚ και ΟΚ (από 7,47 ημέρες σε 3,71 ημέρες, $p < 0,05$), καθώς και στατιστικά σημαντική μείωση του ποσοστού των ασθενών που ελάμβαναν χημειοθεραπευτικά φάρμακα για προφύλαξη στο σύνολο των ασθενών (από 26,02% σε 7,46%, $p < 0,01$) και ειδικά στις ΠΚ (από 40,6% σε 4%, $p < 0,01$) μεταξύ 1987 και 1990. Τέλος, στις ΠΚ παρατηρήθηκε, στο ίδιο χρονικό διάστημα, στατιστικά σημαντική αύξηση του ποσοστού των καθετηριασμένων ασθενών, οι οποίοι ελάμβαναν αντιβίωση βάσει του αποτελέσματος καλλιέργειας ούρων (από 3,12% σε 20%, $p < 0,05$).

Συμπεραίνεται, ότι η σωστή ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να μεταβάλει θετικά τη στάση του απέναντι στον ΜΚΚ.

Η ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΤΟΥ ΣΗΜΕΙΟΥ ΕΞΟΔΟΥ ΤΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ

Σ. ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Α. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ, Ε. ΜΑΛΑΚΑ, Δ. ΣΥΡΕΓΓΕΛΑΣ, Φ. ΠΟΣΤΟΡΑ

Μονάδα ΣΦΠΚ, Α' Παθολογική Κλινική, ΝΓΝ, «Ο Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

Η λοίμωξη του σημείου εξόδου του καθετήρα (ΣΕΚ) στη συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ) θεωρείται μια από τις κύριες αιτίες περιτονίτιδας. Η γνώση της μικροβιακής χλωρίδας του ΣΕΚ με την τακτική λήψη καλλιέργειών θα μπορούσε ίσως να βοηθήσει στην πρόληψη ή αντιμετώπιση επεισοδίων περιτονιτιδών.

Για το λόγο αυτό, από το 1987 έγιναν συνολικά 147 καλλιέργειες υλικού από το ΣΕΚ-Tenckhoff με μονό εν τω βάθει cuff-22 ασθενών υπό ΣΦΠΚ χωρίς σημεία τοπικής φλεγμονής ή περιτονίτιδας. Συνολικά 50 καλλιέργειες (34%) ήταν θετικές με *St. Epiid* (60%), *St. Aur* (18%) και άλλους μικροοργανισμούς (22%).

Θετικές καλλιέργειες (ΟΜΑ) βρέθηκαν σε 15 ασθενείς (> 6 σε 4 ασθενείς), ενώ 7 ασθενείς (ΟΜΒ) είχαν πάντοτε αρνητικές. Στο ίδιο χρονικό διάστημα διαπιστώθηκαν 30 επεισόδια περιτονίτιδας, 17 σε 10 ασθενείς της ΟΜ Α (1,7 επεισ./ασθ.) και 13 σε 6 ασθενείς της ΟΜ Β (2,1 επεισ./ασθ.). Μόνο 3 περιτονίτιδες εκδηλώθηκαν στο δίμηνο μετά από θετική καλλιέργεια στο ΣΕΚ. Στην ΟΜ Α, 9 επεισόδια περιτονίτιδας εκδηλώθηκαν σε 4 ασθενείς με > 6 θετικές καλλιέργειες (2,25 επεισ./ασθ.) και 8 επεισόδια σε 6 ασθενείς με λιγότερες θετικές καλλιέργειες (1,3 επεισ./ασθ.). Οι ασθενείς της ΟΜ Α είχαν 1 καλλ./3,4 μήνες και εκείνοι της ΟΜ Β 1 καλλ./6 μήνες.

Η παρουσία μικροβιακής χλωρίδας σε μη φλεγμιαίνον ΣΕΚ δεν φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με περιτονίτιδες. Έτσι, η χρησιμότητα των καλλιέργειών ρουτίνας -λαμβάνομένου υπόψη και του κόστους- θα μπορούσε να είναι αμφισβητήσιμη.

ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ SALMONELA ENTERITIDIS ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΑΣΗ (ΣΦΠΚ)

Ι. ΤΖΑΝΑΚΗΣ, ΜΑΡΙΝΑ ΤΟΥΤΟΥΖΑ-ΠΙΩΤΣΑ, ΒΑΣΩ ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΚΑΤΙΡΤΖΟΓΛΟΥ

Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Ιπποκρατείου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, Αθήνα

Περιγράφεται ασυνήθιστη περίπτωση περιτονίτιδας από *Salmonella Enteritidis* σε άρρωστο που υποβάλλονταν σε ΣΦΠΚ. Του επεισοδίου της περιτονίτιδας προηγήθηκε κλινική εικόνα τυφικής εντερίτιδας με ήπια συμπτωματολογία. Η απομόνωση του ίδιου στελέχους του μικροβίου σε αιμοκαλλιέργειες, κοπρανοκαλλιέργειες και καλλιέργειες περιτοναϊκού υγρού, επιβεβαίωσε τη συστηματική νόσο. Παρά την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση με κεφοταξιμη, νετελμικίνη και χλωραμφενικόλη ενδοπεριτοναϊκώς, σε συνδυασμό με ενδοφλέβια χορήγηση κοτριμοξαζόλης, η γενική κατάσταση του αρρώστου δεν βελτιώθηκε. Για την αντιμετώπιση της περιτονίτιδας αφαιρέθηκε ο μόνιμος περιτοναϊκός καθετήρας και ακολούθησαν αιμοκαθάρσεις. Ο άρρωστος κατέληξε με εικόνα σηψαιμίας.

ΣΗΨΑΙΜΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Δ. ΓΟΥΜΕΝΟΣ, Α. ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Α. ΚΑΤΣΑΡΟΥ, Ι. ΤΣΟΥΡΑΣ, Α. ΛΑΓΤΟΥΡΑΝΗΣ, Κ. ΔΗΛΕΣ, Γ. ΣΩΤΗΡΧΟΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, Γρ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, Αθήνα

Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγησή της, με επιδημιολογικά κριτήρια, χορήγησης συνδυασμένης αντιμ. χημειοθεραπείας σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με σηψαιμία, εστία της οποίας ήταν η αγγειακή προσπέλαση. Γι' αυτό μελετήθηκαν αναδρομικά 48 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς (20 άνδρες, 28 γυναίκες), ηλικίας 27-83 ετών, με μικροβιολογικά επιβεβαιωμένη σηψαιμία, εστία της οποίας ήταν η εσωτερική Α-Φ επικοινωνία (30), ο υποκλειδός καθετήρας (12) και το αγγειακό μόσχευμα (6).

Σε όλους τους ασθενείς η διάγνωση έγινε με κλινικά μόνο κριτήρια και η θεραπεία άρχισε 4-7 ημέρες πριν γίνουν γνωστά τα αποτελέσματα των αιμοκαλλιέργειών.

Με κύριο στόχο την ταυτόχρονη κάλυψη σταφυλοκόκκων και εντεροβακτηριακών (κύρια παθογόνα της σηψαιμίας των αιμοκαθαιρόμενων) και με γνώμονα τα επιδημιολογικά δεδομένα του Νοσοκομείου, οι ασθενείς έλαβαν το συνδυασμό κεφοταζιμη + νετιλμικίνη + γλυνδαμικίνη, με ή χωρίς θανκομυκίνη, επί 21-28 ημέρες.

Στις αιμοκαλλιέργειες απομονώθηκαν σταφυλόκοκκοι (71%), εντεροβακτηριακά (27%) και στρεπτόκοκκοι κοπράνων (2%). 75% των μικροβίων ήταν πολυανθεκτικά. Ιάθηκαν 39 ασθενείς (81%), ενώ αλλαγή της θεραπείας απαιτήθηκε σε 9, από τους οποίους 2 ιάθηκαν και 7 απεβίωσαν. Στους ασθενείς που απεβίωσαν, επίπτωση στην έκβαση είχε ο χρόνος διάγνωσης (> 72 ώρες) και όχι ο τύπος της αγγειακής προσπέλασης ή το είδος του παθογόνου. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν, ότι στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με σηψαιμία από αγγειακή προσπέλαση, η πριν από τη μικροβιολογική επιβεβαίωση της σηψαιμίας χορήγηση αντιμ. χημειοθεραπείας θα πρέπει: 1) Να είναι συνδυασμένη έναντι των σταφυλοκόκκων και των εντεροβακτηριακών και 2) Να βασίζεται στα επιδημιολογικά δεδομένα του Νοσοκομείου. Επιπλέον, στη θνητότητα των ασθενών επίπτωση έχει ο χρόνος έναρξης της συνδυασμένης θεραπείας και όχι το είδος του μικροβίου ή ο τύπος της αγγειακής προσπέλασης.

ΧΡΗΣΗ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΓΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ

Π. ΚΟΥΡΕΤΑ-ΚΟΤΣΙΑΝΗ, ΗΛ. ΠΕΛΕΚΑΝΟΣ, Αντ. ΜΠΟΥΡΑΣ, Αν. ΒΕΝΕΤΗ, ΑΛ. ΚΟΤΣΙΑΝΗΣ, Γκρ. ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα και Μικροβιολογικό Εργαστήριο Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης, Τρίπολη

Στη Μονάδα μας, μέσα στα τελευταία δύο χρόνια, τοποθετήθηκαν 64 υποκλειδίοι καθετήρες διπλού αυλού σε 45 άτομα για επείγουσα αιμοκάθαρση. Τα άτομα ήταν 35-82 ετών και ο καθετήρας διατηρήθηκε 2-85 μέρες. Σε 19 από τα άτομα αυτά, ο λόγος της τοποθέτησης υποκλειδίου, ήταν η μη λειτουργία της ήδη υπάρχουσας αρτηριοφλεβικής (ΑΦ) επικοινωνίας, ενώ 5 άτομα είχαν οξεία νεφρική ανεπάρκεια και τα υπόλοιπα ευρίσκοντο σε τελικό στάδιο ΧΝΑ.

Οι επιπλοκές που παρατηρήθηκαν κατά την τοποθέτηση ήταν πνευμονοθώρακας και αιμοθώρακας σε 1 άτομο, αιμάτωμα της περιοχής σε 1 άλλο, μη σωστή κατεύθυνση του καθετήρα σε 4 άτομα, ενώ σε 13 άτομα χρειάστηκε να γίνει επανατοποθέτηση υποκλειδίου λόγω θρόμβωσης.

Σε 24 από αυτά τα άτομα έγινε καλλιέργεια του καθετήρα με την αφαίρεσή του και 11 από αυτές ήταν θετικές, 6 ανέπτυξαν σταφυλόκοκκο, 2 ψευδομονάδα, 2 E. coli και 1 Citrobacter. Κανείς από τους ασθενείς δεν παρουσίασε σηψαιμία.

Συμπέρασμα: Η τοποθέτηση υποκλειδίου είναι εύκολη και ασφαλής λύση για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών ή ατόμων με προβλήματα στην ΑΦ επικοινωνία και αυτό βοηθά την καλή λειτουργία των επαρχιακών μονάδων γνωστού όντος του προβλήματος περί την δημιουργία ΑΦ επικοινωνίας (shunt, fistula, μόσχευμα, αντιμετώπιση ανευρύσματος) στα επαρχιακά Νοσοκομεία.

Η ανάπτυξη μικροβίων στους καθετήρες αυτούς είναι συχνή γι' αυτό η αφαίρεσή τους πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν συντομότερα.

ΔΕΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΟΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΤΟΥ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ

Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΔΑΣ, Μ. ΜΠΟΥΚΟΥΒΑΛΑ, Π. ΛΕΒΑΝΤΑΚΗΣ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης «Μαμάτσειο», Κοζάνη

Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή και παρουσίαση των πεπραγμένων μιας απομακρυσμένης επαρχιακής Μονάδος Τεχνητού Νεφρού μετά 10 χρόνια λειτουργίας.

Για το λόγο αυτό, ανατρέξαμε στα αρχεία της Μονάδος μας (μητρώο ασθενών, φύλλα νοσηλείας, κλινικοεργαστηριακά δεδομένα).

Από 24.4.1980 μέχρι 31.7.1990 εντάχθηκαν 59 ασθενείς (39 άνδρες, 20 γυναίκες) ηλικίας 16-80 ετών (μέση ηλικία $55,05 \pm 13,1$).

Τα αποτελέσματα θα παρουσιασθούν σε αναλυτικούς πίνακες και αφορούν: την πρωτοπαθή νεφρική νόσο, τις συνθήκες αιμοκάθαρσης, την έκβαση των ασθενών, την αθροιστική επιβίωση, τα αίτια θανάτου, τη φαρμακευτική αγωγή, τη συχνότητα των μεταγγίσεων, τις επιπλοκές από τη ΧΠΑ, τους αιματολογικούς και βιοχημικούς δείκτες.

Συμπερασματικά: Η αθροιστική επιβίωση στα 5 και 10 χρόνια είναι $58,08 \pm 10,04$ και $43,14 \pm 13,5$. Τα καρδιαγγειακά επεισόδια αποτέλεσαν την κυριότερη αιτία θανάτου των ασθενών (90%). Η φυσική αποκατάσταση ήταν ικανοποιητική, αφού το 71,42% των ασθενών θεωρήθηκαν καινούριοι προς εργασία.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. ΕΥΣΤΡΑΤΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΜΕΓΚΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΣΩΤΗΡΧΟΣ, ΣΠ. ΣΕΡ-ΛΕΜΕΣ

Υπερτασιολογικό Ιατρείο και Γ' Παθολογική Κλινική Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, Αθήνα

Υπάρχουν περιορισμένες πληροφορίες αναφορικά με την εξέλιξη της νεφρικής λειτουργίας σε θεραπευόμενη ιδιοπαθή υπέρταση. Οι μεγάλες θεραπευτικές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στις επιπλοκές της υπέρτασης από την καρδιά και το ΚΝΣ, αλλά έδωσαν λίγα στοιχεία πάνω στις μεταβολές της νεφρικής λειτουργίας, ενώ μικρότερες μελέτες παρουσίασαν αντικρουόμενα στοιχεία.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να μελετήσει τις μεταβολές της νεφρικής λειτουργίας σε ασθενείς με θεραπευόμενη ιδιοπαθή υπέρταση και φυσιολογική αρχική νεφρική λειτουργία και να εκτιμήσει τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτές τις μεταβολές.

Για το σκοπό αυτό μελετήσαμε προδρομικά 42 ασθενείς (23 γυναίκες και 19 άνδρες, ηλικίας 32-82 ετών) με θεραπευόμενη νεφρική υπέρταση, εκτιμώντας σε τακτά χρονικά διαστήματα τη νεφρική λειτουργία με προσδιορισμό της GFR (Ccr, ml/min $1,73 \text{ m}^2$, καθώς και εκείνους με μειωμένη νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη ορού $> 123 \text{ } \mu\text{mol/L}$ ή $\pm 1,4 \text{ mg\%}$), ουδείς ασθενής παρακολούθηθηκε για χρόνο μικρότερο των 12 μηνών (εύρος 12-25 μήνες).

Αποτελέσματα: Η αρχική ΑΠ του συνόλου των ασθενών (προ θεραπείας) ήταν $176 + 3,3/102 + 1,7 \text{ mmHg}$ (M + SEM), ενώ κατά τη διάρκεια της θεραπείας η ΑΠ διαμορφώθηκε στα επίπεδα $142 + 1,4/82 + 1,0 \text{ mmHg}$.

Οι άρρωστοι ταξινομήθηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με τη μεταβολή της νεφρικής λειτουργίας: α) Ομάδα με βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας: 14 ασθενείς (33,3%) βελτίωσαν τη νεφρική τους λειτουργία. Η Ccr αυξήθηκε από $73,4 + 2,56$ σε $103,3 + 5,3 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (M + SEM), $p < 0,01$. β) Ομάδα με επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας: 20 ασθενείς (47,6%) επιδείνωσαν τη νεφρική τους λειτουργία. Η Ccr μειώθηκε από $99 + 3,9$ σε $81 + 3,4 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, $p < 0,02$, παρά τον καλό έλεγχο της ΑΠ, και γ) Ομάδα με σταθερή νεφρική λειτουργία: 8 ασθενείς διέτηρησαν σταθερή νεφρική λειτουργία (19,1%). Η Ccr από $91 + 2,8$ σε $89,3 + 3,0 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ P:NS.

Η επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας πιο συχνά συνδυαζόταν με μονοθεραπεία με διουρητικά φάρμακα, ενώ η θεραπεία με τους αναστολείς του ενζύμου μετατροπής της αγγειοτασίνης (ACEI) σε μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα, οδηγούσε σε δια-

τήρηση ή και βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας μακροχρονίως στο 63,6% των υπερτασικών ασθενών.

Συμπεραίνουμε ότι υπό κανονποιητικό έλεγχο της ΑΠ η νεφρική λειτουργία σε ασθενείς με θεραπευόμενη ιδιοπαθή υπέρταση παραμένει αμετάβλητη σε ποσοστό 19,1%, επιδεινούται στο 47,6% των ασθενών ή και βελτιώνεται στο 33,3% των αρρώστων. Φαίνεται, ότι η μακροχρόνια θεραπεία με διουρητικά (συνήθως θειαζιδικά), είναι επιβλαβής για το νεφρό, ενώ τα ACEI προστατεύουν -μακροχρονίως- τη νεφρική λειτουργία.

ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΤΙΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΝΑΤΡΙΟΥ/ΛΙΘΙΟΥ (Na⁺/Li⁺ CT) ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ

Π.Σ. ΚΟΝΤΕΣΗΣ, R. FRIEDMAN, JB. LOPES De FARIA, C. HILL, G.C. VIBERTI
Unit for Metabolic Medicine, UMDS, Guy's Hospital, London, U.K.

Αυξημένη δραστηριότητα του Na⁺/Li⁺ CT σε ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς (ΙΕΣΔ) ασθενείς συνοδεύεται από λευκωματινουρία. Η επίπτωση του Na⁺/Li⁺ CT σε 70 (41 Α:29 Γ) ΙΕΣΔ ασθενείς με φυσιολογική λευκωματινουρία (5,6,5,3-5,9 μg/min) με διαστολική αρτηριακή πίεση < 95 mmHg. Εννέα (9) ασθενείς (12,9%) είχαν Na⁺/Li⁺ CT υπεράνω των ανωτέρων φυσιολογικών ορίων (> 0,41 mmol/L RBC/h). Η συστολική (ΣΑΠ) και διαστολική (ΔΑΠ) αρτηριακή πίεση ήσαν υψηλότερες στην ομάδα των ασθενών με υψηλό Na⁺/Li⁺ CT (ΣΑΠ 126 ± 15 έναντι 120 ± 16, ΔΑΠ 79 ± 9 έναντι 75 ± 9 mmHg), όπως και ο δείκτης σωματικής μάζας (BMI) (26 ± 3 έναντι 24 ± 3 kg/m²). Δεν υπήρχαν διαφορές στην ηλικία (34 ± 8 έναντι 34 ± 10 έτη), διάρκεια σακχαρώδους διαβήτη (13 ± 8 έναντι 14 ± 9 έτη), δόση ινσουλίνης (0,69 ± 0,22 έναντι 0,65 ± 0,22 U/kg/ημέρα), φρουκτοζαμίνη και λευκωματινουρία (γεωμετρική μέση τιμή 5,3 έναντι 5,0 μg/min) μεταξύ των δύο ομάδων. Αυξημένη δραστηριότητα του Na⁺/Li⁺ CT διαπιστώθηκε στο 12% των ασθενών με διάρκεια της νόσου < 10 έτη, 17% σε ασθενείς με διάρκεια νόσου 11-12 έτη και 11% σε ασθενείς με διάρκεια νόσου > 20 έτη.

Τα ευρήματά μας δείχνουν ότι σε ΙΕΣΔ ασθενείς με φυσιολογική λευκωματινουρία, η δραστηριότητα του Na⁺/Li⁺ CT συνοδεύεται με οριακή αύξηση της ΑΠ και BMI, ανεξάρτητα από τον έλεγχο του σακχαρώδους διαβήτη και τη διάρκειά του.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (NSAID) ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ (ΑΠ) ΚΑΙ ΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΠΕΚΚΡΙΣΗ ΝΑΤΡΙΟΥ

Δ. ΓΚΕΛΗΣ, Γ. ΣΤΕΡΓΙΟΥ, Ν. ΜΑΓΙΟΠΟΥΛΟΥ-ΣΥΜΒΟΥΛΙΔΟΥ, Α. ΑΝΔΡΙΑΝΑΚΟΣ, Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ

B' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική - Ρευματολογικό Ιατρείο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης των NSAID στην ΑΠ και τη νεφρική απέκκριση νατρίου μελετήθηκαν 16 ασθενείς, 7 άνδρες και 9 γυναίκες, ηλικίας 28-72 ετών, με ποικίλα ρευματικά νοσήματα, χωρίς νεφρική νόσο και με φυσιολογική κάθαρση κρεατινίνης (Ccr), που είχαν προγραμματισθεί για μακροχρόνια θεραπεία με NSAID.

Η μέση τιμή (SD), πριν από την έναρξη της θεραπείας, της ΑΠ (\pm SD) ήταν $119,5 \pm 18,1$ / $79,1 \pm 8,9$ σε ύπτια και $113,0 \pm 20,0$ / $76,7 \pm 9,5$ σε όρθια θέση και η μέση κλασματική κάθαρση νατρίου ($FC_{Na} = \frac{C_{Na}}{C_{Cr}} \times 100$, όπου C_{Na} = κάθαρση νατρίου), ήταν $0,45 \pm 0,14$.

Δύο εβδομάδες μετά από θεραπεία με ναπροξένη (500-1000 mg ημερησίως), η ινδομεθακίνη (μία περίπτωση, 75 mg ημερησίως), η μέση τιμή της ΑΠ (μέγιστη-max και ελάχιστη-min σε ύπτια και όρθια θέση) αυξήθηκε σημαντικά (max $127,8 \pm 19,3$, $p < 0,01$, σε ύπτια και $121,3 \pm 21,9$, $p < 0,01$ σε όρθια θέση και min $82,8 \pm 8,8$, $p < 0,05$ σε ύπτια και $81,9 \pm 9,3$, $p < 0,05$ σε όρθια θέση). Στο ίδιο διάστημα, παρατηρήθηκε και σημαντική ελάττωση της μέσης FC_{Na} ($0,39 \pm 0,13$, $p < 0,05$), ενώ η μέση Ccr (ml/min) δεν μεταβλήθηκε σημαντικά ($122,4 \pm 33,0$ πριν και $118,1 \pm 23,6$ μετά τη θεραπεία).

Συμπεραίνεται, ότι η θεραπεία με NSAID προκαλεί αύξηση της ΑΠ μέσω κατακράτησης νατρίου, που προφανώς συνδέεται με την αναστολή σύνθεσης των νατριουρητικών νεφρικών προσταγλανδινών.

ΙΔΙΟΠΑΘΕΣ ΟΙΔΗΜΑ ΣΕ ΑΝΔΡΑ

Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Μ. ΒΟΥΛΓΑΡΕΛΗΣ, Ν. ΠΑΠΑΓΑΛΑΝΗΣ*, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Νεφρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Ε.Ε.Σ., Αθήνα

Το ιδιοπαθές οίδημα είναι μια σχετικά συχνή διαταραχή, η οποία αφορά κυρίως νέες γυναίκες και χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα οιδήματα στα άκρα, τα οποία επιδεινώνονται σε όρθια θέση. Τα άτομα αυτά, έχουν συνήθως, συναισθηματικά προβλήματα και αυξημένο σωματικό βάρος. Η εμφάνιση ιδιοπαθούς οιδήματος σε άνδρα είναι εξαιρετικά σπάνια.

Περιγράψουμε περίπτωση άνδρα, ηλικίας 43 ετών, με ιδιοπαθές οίδημα. Ήταν συναισθηματικά ασταθές άτομο και εμφάνιζε υποτροπιάζοντα επεισόδια οιδήματος στα άκρα. Αποκλείστηκαν όλα τα αίτια κατακράτησης Na^+ και H_2O , όπως: καρδιακή ανεπάρκεια, ηπατική κίρρωση, νεφρωσικό σύνδρομο, αγγειονευρωτικό οίδημα, μυζοιδήμα, προδιαβήτης, υπερπρολακτιναιμία, φλεβική ή λεμφική απόφραξη, ή λήψη φαρμάκων. Η μεταβολή βάρους κατά τη διάρκεια της ημέρας ήταν επανειλημμένα $> 1,5$ kg (μέσος όρος: 1,8 kg), ενώ σε 6 φυσιολογικά άτομα (ομάδα ελέγχου), ήταν < 1 kg. Μετά φόρτιση με H_2O (20 ml/kg βάρους σώματος), υπήρχε μειωμένη απέκκριση H_2O στην όρθια σε σχέση με την κατακεκλιμένη θέση (41% vs 80%) σε διάστημα 4 ωρών. Αντίθετα, στην ομάδα ελέγχου, η απέκκριση H_2O σε όρθια και σε κατακεκλιμένη θέση ήταν 80% και 90% αντίστοιχα.

Μετά χορήγηση φορτίου H_2O per os (300 ml), ο ασθενής σε διάστημα 3 ωρών παρουσίασε σημαντική μείωση του όγκου των ούρων, της κάθαρσης ελεύθερου ηλεκτρολυτών H_2O , της νατριούρησης, της καλιουρίας, της FE_{Na^+} και της μέσης συστολικής αρτηριακής πίεσης και σημαντική αύξηση των αφύξεων και της δραστηριότητας ρενίνης πλάσματος (PRA) στην όρθια σε σχέση με την κατακεκλιμένη θέση. Αντίθετα, στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις παραπάνω παραμέτρους μεταξύ της όρθιας και της κατακεκλιμένης θέσης.

Χορήγηση καπτοπρίλης, προκάλεσε σημαντική αύξηση του όγκου των ούρων, της κάθαρσης ελεύθερου ηλεκτρολυτών H_2O , της νατριούρησης, της FE_{Na^+} και της δραστηριότητας ρενίνης πλάσματος στην όρθια θέση. Οι αντίστοιχες μεταβολές ήταν σχετικά μικρές στην ομάδα ελέγχου.

Συμπερασματικά, ο ασθενής μας πληρούσε τα κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια για τη διάγνωση του ιδιοπαθούς οιδήματος. Η σε όρθια θέση σημαντική κατακράτηση Na^+ και H_2O , που οφείλεται κυρίως σε ενεργοποίηση του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης, φαίνεται ότι αποτελεί το κυριότερο αίτιο του ιδιοπαθούς οιδήματος.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΚΟΡΤΙΚΟ-ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Κ. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ, Ε. ΒΟΣΚΑΚΗ, Α. ΚΑΝΤΡΕ, Α. ΜΗΤΣΙΩΝΗ, Δ. ΣΙΑΠΕΡΑ, Κ. ΜΙΧΕΛΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Νοσοκομείου Παιδών «Π. και Α. Κυριακού» και Τμήμα Μεταβολισμού Μετάλλων Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, Αθήνα

Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της οστικής πυκνότητας (ΟΠ) και των παραγόντων που επιδρούν στις μεταβολές της σε παιδιά με κορτικοεξαρτώμενο νεφρωσικό σύνδρομο (ΚΕΝΣ). Σε 31 παιδιά (2,4-13,2 χρονών) έγιναν 54 μετρήσεις ΟΠ με την τεχνική της απλής απορρόφησης φωτονίων. Η ΟΠ και το ύψος εκφράστηκαν σαν δείκτης σταθερών αποκλίσεων (SDS: Standart Deviation Score), που είναι ο αριθμός των σταθερών αποκλίσεων, που διέφερε η παράμετρος του αρρώστου από τη μέση τιμή φυσιολογικών παιδιών της ίδιας ηλικίας και φύλου.

Όλοι οι ασθενείς είχαν αντιμετωπισθεί για > 12 μήνες με κορτικοστεροειδή (7/31 για > 6 χρόνια, 9/31 για 3-6 και 15 για 1-3 χρόνια). Σε 14/31 παιδιά έγινε διαδερμική νεφρική βιοψία. Η ιστολογική εξέταση έδειξε σε 8/14 βλάβες της νόσου των ελαχίστων αλλοιώσεων, σε 4 μεσαγγειοϋπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδας και σε 2 εστιακής τμηματικής μαλπιγγειοσκλήρυνσης.

Σημαντική ελάττωση της ΟΠ (< - 2 SDS) παρουσίασαν 7/31 παιδιά (23%), όμως μόνο 3/31 (10%) είχαν σοβαρή ελάττωση της ΟΠ (< - 3 SDS). Η μέση τιμή της ΟΠ των παιδιών ελαττώθηκε - 0,4 SDS/χρόνο (από - 0,7 ± 0,3 σε 1,1 ± 0,2). Διαπιστώθηκε συσχέτιση της ΟΠ με τη συνολική δόση κορτικοστεροειδών και τη διάρκεια θεραπείας. Επίσης, υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των μεταβολών της ΟΠ με τις μεταβολές του ύψους των ασθενών, που είναι ένδειξη της επίδρασης της οστικής μετάλλωσης στην αύξηση.

Τα συμπεράσματα είναι, ότι η ΟΠ ήταν ελαττωμένη στο 23% των παιδιών, όμως μόνο 10% είχαν σοβαρή ελάττωση. Οι παράγοντες που επιδρούν στις μεταβολές της ΟΠ ήταν η συνολική δόση κορτικοστεροειδών και η διάρκεια θεραπείας. Με την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της ελάττωσης της ΟΠ σε παιδιά με ΚΕΝΣ, πιθανώς να είναι εφικτή η πρόληψη των διαταραχών της ανάπτυξης.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕ ΛΟΒΑΣΤΑΤΙΝΗ

Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Μ. ΣΙΑΚΩΤΟΣ, Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΑΚΗΣ, Α. ΚΥΡΙΟΥ, Α. ΜΕΛΠΙΔΟΥ, Μ. ΤΖΙΑΜΑΛΗΣ, Α. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Βιοχημικό Εργαστήριο Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Η θεραπευτική δράση της λοβαστατίνης στην υπερλιπιδαιμία του νεφρωσικού συνδρόμου (ΝΣ) μελετήθηκε προοπτικά σε 21 ασθενείς (15 άνδρες, 6 γυναίκες), ηλικίας 16-69 ετών, με Ν.Σ. λόγω πρωτοπαθούς σπειραματονεφρίτιδας (μεμβρανώδους 15, νόσου ελαχίστων αλλοιώσεων 2, λοιπών 4). Κατά την ένταξή τους στη μελέτη, όλοι οι ασθενείς είχαν υπερλιπιδαιμία (ολική χοληστερόλη 390 mg%, LDL-χοληστερόλη 301 mg%, HDL-χοληστερόλη 43 mg% και τριγλυκερίδια 246 mg%). Εννέα ασθενείς είχαν μειωμένη νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη ορού 3 mg%) και 6 έπαιρναν μικρές δόσεις κορτικοειδών.

Στους ασθενείς χορηγήθηκε αρχικά διαίτα πτωχή σε χοληστερόλη, επί χρονικό διάστημα 3 μηνών, με αποτέλεσμα στατιστικά σημαντική μείωση της ολικής χοληστερόλης, της LDL-χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων κατά 13,5-17% ($p < 0,01$). Στη συνέχεια πήραν λοβαστατίνη 20 mg ημερησίως επί 3 μήνες, με αποτέλεσμα περαιτέρω μείωση της ολικής χοληστερόλης κατά 11,5% ($p = 0,013$), της LDL-χοληστερόλης κατά 12% ($p = 0,03$) και των τριγλυκεριδίων κατά 10% ($p = 0,67$). Σε 11 ασθενείς, στους οποίους η χορήγηση της λοβαστατίνης συνεχίστηκε επί 3 ακόμη μήνες, στην ίδια δοσολογία, δεν παρατηρήθηκε αξιολογητέα περαιτέρω μείωση των λιπιδίων. Σε κανένα ασθενή δεν παρατηρήθηκαν, κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οφθαλμικές διαταραχές, μυοπάθεια ή άλλες σημαντικές παρενέργειες.

Συμπερασματικά, η χορήγηση 20 mg λοβαστατίνης ημερησίως, σε συνδυασμό με διαίτα πτωχή σε χοληστερόλη σε ασθενείς με Ν.Σ., προκαλέσαν συνολική μείωση της ολικής χοληστερόλης, της LDL-χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων κατά 25-27%, το θεραπευτικό δε αυτό αποτέλεσμα, σημειώθηκε τους πρώτους 3 μήνες της συνδυασμένης θεραπείας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΝΕΦΡΩΝ ΤΥΠΟΥ ΕΝΗΛΙΚΑ

Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ, Κ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ, Μ. ΦΟΥΣΚΗΣ, Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

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

Η πολυκυστική νόσος νεφρών του ενήλικα συχνά εμφανίζει βουβή κλινική πορεία στα αρχικά της στάδια. Από την άλλη πλευρά όμως, αποτελεί το τρίτο στη σειρά αίτιο τελικού σταδίου ΧΝΑ στην Ελλάδα. Με σκοπό τη συλλογή στοιχείων για γενετική μελέτη από τον Φεβρουάριο του 1989 έως τον Οκτώβριο του 1990, ενημερώθηκαν και προσήλθαν στην Κλινική 198 άτομα (106 άνδρες και 92 γυναίκες), για να υποβληθούν σε υπερηχογραφικό έλεγχο νεφρών, ήπατος και παγκρέατος (screening test). Όλα τα άτομα ήταν συγγενείς, μέχρι και τρίτης διαδοχικής γενιάς, ασθενών πασχόντων από διαγνωσμένη πολυκυστική νόσο νεφρών τύπου ενήλικα.

Η μέση ηλικία των εξετασθένων ήταν 31 έτη (διακύμανση 2-68 έτη). Ο έλεγχος έγινε με μηχανήματα υπερήχων τύπου SONO LAYER SSA100A, TOSHIBA και διακριτικής ευχέρειας 0,5 cm. Σε 148 άτομα (74,7%) ο έλεγχος απέβη αρνητικός. Στα υπόλοιπα 50 άτομα (25,3%) διαπιστώθηκαν ευρήματα πολυκυστικής νόσου των νεφρών και, ειδικότερα, σε 3 από αυτά ανευρέθησαν επίσης κύστες στο ήπαρ. Η εμφάνιση της νόσου ήταν κατανεμημένη ισότιμα στα δύο φύλα. Επίσης, η κατανομή της νόσου ανάλογα με την ηλικία ήταν η ακόλουθη: < 20 ετών: 12 άτομα (24%), 20-30 ετών: 22 άτομα (44%), 30-40 ετών: 6 άτομα (12%), 40-50 ετών: 6 άτομα (12%) και > 50 ετών: 4 άτομα (8%).

Κατά τη λήψη του ιστορικού, 6 ασθενείς ανέφεραν επεισόδια υπέρτασης, μακροσκοπικής αιματουρίας ή κολικών νεφρού στο παρελθόν και 1 άτομο επίμονη οσφυαλγία από ενάμιση χρόνο. Ουδέποτε όμως οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε διαγνωστικές εξετάσεις ή θεραπεία, πλην ενός, ο οποίος ελάμβανε τυφλή αντιυπερτασική αγωγή. Κατά τον κλινικοεργαστηριακό έλεγχο που ακολούθησε, σε 9 ασθενείς διαπιστώθηκε ψηλαφητή διόγκωση των νεφρών, σε 1 ασθενή για πρώτη φορά αρτηριακή υπέρταση και συστήθηκε αντιυπερτασική θεραπεία, 2 ασθενείς παρουσίαζαν ίχνη λευκώματος στη γενική εξέταση ούρων και σε 3 ασθενείς διαπιστώθηκε αρχόμενη ΧΝΑ και συστήθηκε διαίτα.

Συμπερασματικά, ο έλεγχος με υπερήχους κρίνεται δικαιολογημένος σε συγγενείς πασχόντων από πολυκυστική νόσο νεφρών τύπου ενήλικα, ακόμα και σε ασυμπτωματικά άτομα. Η πρόωπη διάγνωση της νόσου έχει ιδιαίτερη σημασία για τη σωστή ενημέρωση των πασχόντων με σκοπό την πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών που επιβαρύνουν την εξέλιξη της νόσου.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΕΛΑΓΧΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ, ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΚΑΙ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Ι. ΠΑΝΙΔΟΥ-ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ, Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑΣ, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ
ΜΤΝ Γ.Π.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

Η μελαγχρωματική αμφιβληστροειδοπάθεια (retinitis pigmentosa) που περιγράφεται σπάνια σε ασθενείς με μυελώδη κυστική νόσο των νεφρών και σπανιότερα σε ασθενείς με άλλα κληρονομούμενα νεφρικά νοσήματα, δεν έχει μέχρι σήμερα περιγραφεί σε ασθενείς με πολυκυστική νόσο των νεφρών (ΠΚΝ).

Ο ασθενής μας, ηλικίας 30 χρόνων, με ΠΚΝ, νοσηλεύτηκε πρόσφατα στην Καρδιοχειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου για αντιμετάσταση της αορτικής βαλβίδας.

Από το ατομικό αναμνηστικό του αξίζει να σημειωθεί η ελάττωση της οπτικής οξύτητας και η εμφάνιση νυκταλωπίας που παρουσιάστηκαν κατά την παιδική ηλικία, η διάγνωση ανεπάρκειας της αορτικής βαλβίδας που έγινε σε ηλικία 10 χρόνων και η διάγνωση της ΠΚΝ που έγινε σε ηλικία 21 χρόνων, μετά επεισόδιο κολικού του δεξιού νεφρού. Από το οικογενειακό ιστορικό σημειώνεται, ότι θεία του ασθενή πάσχει από ΠΚΝ και υποβάλλεται σε θεραπεία με χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση.

Κατά την εισαγωγή του επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη ήπιου βαθμού χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (κρεατινίνη ορού 1,8 mg%), η σημαντικού βαθμού ελάττωση της οπτικής οξύτητας και η κλινική σημειολογία ανεπάρκειας της αορτής. Ο ασθενής υποβαλλόταν σε φαρμακευτική αγωγή με διουρητικό, β-ανασταλτή και αλλοπουρινόλη.

Η οφθαλμολογική εξέταση, εκτός από τη μεγάλη μείωση της οπτικής οξύτητας (αριστερός οφθαλμός 1/20, δεξιός 1/40), απέδειξε κατά τη θυθοσκόπηση, την ύπαρξη μελαγχρωματικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε επιτυχή αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας, κατά τη διάρκεια της οποίας δεν διαπιστώθηκαν επασβετώσεις στην πάσχουσα βαλβίδα, που παρουσίαζε μυξωματώδη υφή.

Η περίπτωση αυτή του ασθενούς μας είναι μοναδική, δεδομένου ότι ο συνδυασμός ΠΚΝ και μελαγχρωματικής αμφιβληστροειδοπάθειας, με ή χωρίς ανεπάρκεια της αορτής, δεν έχει περιγραφεί μέχρι σήμερα στη βιβλιογραφία.