

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

42η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΑΙΘΟΥΣΑ ΔΙΑΛΕΞΕΩΝ

28-29 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1991

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 28 Νοεμβρίου 1991

10.00-13.00 Έκτακτη Γενική Συνέλευση Ε.Ν.Ε.

17.00-18.45 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

18.45-19.15 Διάλειμμα – Καφές

19.15-20.30 Ομιλία Ξένου Ομιλητή σε Μνήμη Δ. Βαλτή

22.00 Δείπνο στο Ναυτικό Όμιλο Θεσσαλονίκης

Παρασκευή 29 Νοεμβρίου 1991

09.00-10.45 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

10.45-11.00 Διάλειμμα – Καφές

11.00-14.00 Συντακτική Γενική Συνέλευση Ε.Ν.Ε.

16.30-17.15 Διάλεξη Υποτρόφου

17.15-18.30 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

18.30-19.00 Διάλειμμα – Καφές

19.00-20.30 Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας

17.00- 18.45 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Προεδρείο: Γ. Βαγιωνάς
Γ. Διγενής

17.00- 17.10 (1) **Νεφροπάθεια και κύηση: Επίδραση στη νεφρική λειτουργία, την αρτηριακή πίεση και την έκβαση της κύησης**

Α. Παπαντωνίου, Ρ. Rappini, Π. Κοντέσης, Γ. Διγενής, Ι. Παπαγεωργίου*, Π. Καραϊσκάκης*, Ν. Ζερεφός
Νεφρολογικό Τμήμα και Α' Πανεπιστημιακή Γυναικολογική* Κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, Αθήνα

17.10- 17.20 (2) **Η περινδοπρίλη (Π) στη θεραπεία της υπέρτασης**

Π. Κουρέτα, Φ. Αγγελέλη, Αλ. Κοτσιάνης, Β. Πασιπάτη, Ηρ. Γεωργιάδη, Β. Οικονομάκη
Νεφρολογικό Τμήμα Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης, Τρίπολη

17.20- 17.30 (3) **Εξέλιξη της οστεοδυστροφίας σε ασθενείς με ήπια και μέσης βαρύτητας χρόνια νεφρική ανεπάρκεια**

Α. Γεράκης, Ι. Μαλέγκος, Γ. Μεταξάτος, Ν. Νικολοπούλου, Θ. Αποστόλου, Μ. Σιακωτός, Α. Μπίλλης
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

17.30- 17.40 (4) **Λειτουργία και ανάπτυξη νεφρολογικού τμήματος στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βέροιας (Εμπειρία της πρώτης τριετίας)**

Π. Ευαγγέλου, Χ. Κατσίνης, Κ. Χατζηκωνσταντίνου, Χ. Γιουσέφ, Ν. Κοτζαδάμης, Ν. Γεωργιλιάς
Νεφρολογικό Τμήμα Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βέροιας, Βέροια

17.40- 17.50 Συζήτηση

17.50-18.00 (5) Δύο χρόνια λειτουργίας του Εξωτερικού Νεφρολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Υπέρτασης του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κοζάνης

Ν. Γεωργιάς, Π. Λεβαντάκης, Μ. Μπουκουβάλα, Μ.Β. Βάρη-Χατζηκωνσταντίνου*, Μ. Καρούτσου
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Μικροβιολογικό Εργαστήριο* Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης, Κοζάνη

18.00-18.10 (6) Ανασκόπηση της πείρας ενός Νεφρολογικού Κέντρου στη νεφρική μεταμόσχευση (1968-1991)

Μ. Παπαδημητρίου, Γ. Σακελλαρίου, Δ. Μέμμος, Ε. Αλεξόπουλος, Π. Κουκούδης, Α.Μ. Μπελεχρή, Ε. Κοκολίνα, Χρ. Συργάνης, Δ. Τσακίρης, Δ. Παπαδοπούλου, Γρ. Μυσερλής, Α. Κελεσιδής, Κ. Αδάμ, Π. Μαργάρη, Ζ. Πολυμενίδης, Α. Αντωνιάδης
Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Εργαστήριο Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας Α.Π.Θ., Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων Α.Π.Θ., Γενικό Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

18.10-18.20 (7) Εγκεφαλική τοξοπλάσρωση σε ασθενή με μεταμόσχευση νεφρού και σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)

Γ. Μπολέτης, Χ. Σταθάκης, Δ. Γούμενος, Λ. Παπαστάθη, Κ. Δηλές, Θ. Κορδώσης, Α. Κωστάκης, Γρ. Βοσνίδης
Νεφρολογικό Τμήμα και Τμήμα Μεταμοσχεύσεων Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου, Αθήνα

18.20-18.30 (8) Η χρήση αδρεναλίνης σε αιμοδυναμικά ασταθείς πτωματικούς δότες

Γ. Βεργούλας, Α. Αντωνιάδης, Δ. Τακούδας, Β. Παπανικολάου, Α. Παπαγιάννης, Δ. Γάκης, Γ. Φούζας, Φ. Σολωνάκη, Γ. Κυριακόπουλος
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

18.30-18.45 Συζήτηση

18.45-19.15 Διάλειμμα – Καφές

19.15-20.30 Ομιλία σε Μνήμη Δ. Βαλτή

Προεδρείο: Μ. Σιακωτός
Ομιλητής: Καθηγητής Ν.Ρ. Mallick
Θέμα: **Glomerular Disease Revisited**

22.00 Δείπνο στο Ναυτικό Όμιλο Θεσσαλονίκης

09.00-10.45 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **Γ. Κυριακόπουλος**
Π. Ευαγγέλου

09.00-09.10 (9) Αντιμετώπιση της νεφρικής αναιμίας σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση με ανασυνδυασμένη ανθρώπινη ερυθροποιητίνη (hEPO)

Ν. Γεωργιάς, Π. Λεβαντάκης, Μ. Μπουκουβάλα, Μ. Καρούτσου
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης, Κοζάνη

09.10-09.20 (10) Θεραπεία της υπερλιπιδαιμίας ασθενών υπό χρόνια αιμοκάθαρση με Acipimox

Ε. Τζανάτου-Εξάρχου, Β. Αγρογιάννης, Α. Καπετανάκη, Δ. Τσούτσος, Ε. Κωνσταντινίδου, Π. Φούντα, Γ. Τσερκέζης, Κ. Χονδρός, Δ. Κουτσίκος
Νεφρολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

09.20-09.30 (11) Μεταβολές της συστολικής και διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας κατά την αιμοκάθαρση με διάλυμα διττανθρακικών ή οξεικών

Δ.Γ. Μεντζικώφ*, Δ.Α. Βλασόπουλος*, Χ.Β. Νούσιος*, Ι.Ι. Ζαρίφης**, Ι.Α. Μανώλης, Α.Α. Δεληγιάννης**, Β.Ε. Χατζηκωνσταντίνου*
Νεφρολογικό* και Α' Καρδιολογικό** Τμήμα Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Μελισσιών «Α. Φλέμινγκ», Αθήνα

09.30-09.40 (12) Συγκριτική μελέτη επίδρασης κλασικής ηπαρίνης και χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνης (ΧΜΒΗ) στα λιπίδια αιμοκαθαιρομένων ασθενών

Σ. Σπάτσα, Π. Παγκίδης, Ε. Κακκόλου, Μ. Παζαρόλογλου, Α. Βακαλούδη, Ι. Αμοιρίδης, Ε. Μπεζάζη-Παπακωνσταντίνου, Γ. Βαγιωνάς
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

09.40-09.50 Συζήτηση

09.50-10.00 (13) Εκτίμηση αξονικής και υπερηχοτομογραφίας παραθυρεοειδών σε αιμοκαθαιρομένους ασθενείς: Συσχέτιση με κλινικο-εργαστηριακά ευρήματα

Φ. Χριστίδου, Σ. Σπάτσα, Π. Παγκίδης, Α. Μοσχίδου-Πολυζώη, Ε. Χατζηκρανιώτης, Γ. Βαγιωνάς
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

10.00-10.10 (14) Η χρησιμότητα του προσδιορισμού της Fructosamine (FR) και της HbA1 σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Χ. Χατζηδημητρίου, Φ. Παπουλίδου, Θ. Πλιακογιάννης, Θ. Τσαλκίδου, Χ. Κεναλίδου, Κ. Καλαϊτζίδης
Νεφρολογικό Τμήμα Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας, Καβάλα

10.10-10.20 (15) Η χρησιμότητα της Fructosamine (FR), HbA1 και PE-TEST σε ασθενείς υπό συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (CAPD)

Χ. Χατζηδημητρίου, Θ. Πλιακογιάννης, Φ. Παπουλίδου, Θ. Τσαλκίδου, Χ. Κεναλίδου, Κ. Καλαϊτζίδης
Νεφρολογικό Τμήμα Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας, Καβάλα

10.20-10.30 (16) Δέκα χρόνια εμπειρία με συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση

Δ. Τσακίρης, Γρ. Μυσερλής, Α. Κελεσιδής, Μ. Παπαδημητρίου
Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

10.30-10.45 Συζήτηση

10.45-11.00 Διάλειμμα – Καφές

11.00-14.00 Συντακτική Γενική Συνέλευση Ε.Ν.Ε.

16.30- 17.15 Διάλεξη Υποτρόφου

Προεδρείο: **A. Δημητριάδης**

Ομιλητής: **Χρ. Συργκάνης**

Θέμα: **Ο Ρόλος και η Διαγνωστική Αξία των Αντιουδετεροφίλων Κυτταροπλασματικών Αντιγόνων (ANCA)**

17.15- 18.30 Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Προεδρείο: **B. Αγρογιάννης**

K. Στεφανίδης

17.15- 17.25 (17) Έλεγχος αντισωμάτων έναντι του ιού της ηπατίτιδας C στο νοσηλευτικό προσωπικό της νεφρολογικής κλινικής, στους ασθενείς και στο περιβάλλον των ασθενών της μονάδας τεχνητού νεφρού

Σ. Σπαΐα, Π. Παγκίδης, Δ. Κανετίδης, Φ. Χριστίδου, Χ. Τσομπανάκης, Π. Ακτσαλή-Αλεξάκου, Ρ. Ζαχαράκη, Γ. Βαγιωνάς
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

17.25- 17.35 (18) Συχνότητα αντισωμάτων έναντι του ιού της ηπατίτιδας C σε μονάδα τεχνητού νεφρού

A. Γεράκης, I. Μαλέγκος, Γ. Μεταξάτος, Β. Μαργέλλος, I. Παρασύρης, Γ. Χατζηδημητρίου
Μ.Τ.Ν. Θεραπευτικής Κλινικής, Τμήμα Αιμοδοσίας Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

17.35- 17.45 (19) Δυσερμήνευτη διαφορά συχνότητας αντισωμάτων έναντι του ιού της ηπατίτιδας C σε δύο μονάδες αιμοκάθαρσης

A. Γεράκης, Γ. Μεταξάτος, Ε. Καπασούρη, Χρ. Χριστοδουλίδου, Μ. Τζιάμαλης, Α. Μπίλλης
Νεφρολογικό Τμήμα και Τμήμα Αιμοδοσίας Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Μονάδα Τεχνητού Νεφρού «Θεραπευτικής Κλινικής», Αθήνα

17.45- 17.50 Συζήτηση

17.50- 18.00 (20) Ο χρόνος νοσηλείας για τις επιπλοκές των αιμοκαθαρομένων στην τριετία 1989-1991. (Συγκριτική μελέτη)

Π. Ευαγγέλου, Χ. Κάτσινας, Κ. Χατζηκωνσταντίνου, Χ. Γιουσέφ, Ν. Γεωργιάς, Ν. Κοτζαδάμης
Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βέροιας, Βέροια

18.00- 18.10 (21) Φλεβικοί καθετήρες βραχείας και μακράς διάρκειας και αιμοκάθαρση

Π. Ευαγγέλου, Χ. Κάτσινας, Τ. Χατζηθαθανασίου, I. Γεναρίδης, Α. Ιωάννου, Ν. Κοτζαδάμης, Χ. Γιουσέφ
Νεφρολογικό Τμήμα Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βέροιας, Βέροια

18.10- 18.20 (22) Μεμονωμένη υπερδιήθηση για την αντιμετώπιση ανθεκτικού οιδήματος σε ασθενείς με βαρύ νεφρωσικό σύνδρομο

Ν. Νικολοπούλου, Γ. Μεταξάτος, Δ. Σταυριανάκη, Α. Μπίλλης
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

18.20- 18.30 Συζήτηση

18.30- 19.00 Διάλειμμα – Καφές

19.00- 20.30 Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας

Θέμα: **Παράγοντες που Επηρεάζουν την Εξέλιξη της Νεφρικής Βλάβης**

Συντονιστής: **Π. Ζηρογιάννης**

Εισηγητές: **Δ. Εμμανουήλ**
Χ. Ιατρού
I. Παπαδάκης
Γ. Σακελλαρίου
Μ. Σιών

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ, ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΕΩΣ

Α. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ, Ρ. ΡΑΠΠΙΝΙ, Π. ΚΟΝΤΕΣΗΣ, Γ. ΔΙΓΓΕΝΗΣ, Ι. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ*, Π. ΚΑΡΑΪΣΚΑΚΗΣ*, Ν. ΖΕΡΕΦΟΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Α΄ Πανεπιστημιακή Γυναικολογική* Κλινική Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, Αθήνα

Σε μελέτη 11 νεφροπαθών εγκύων γυναικών, ηλικίας (μέση τιμή \pm SD) $27 \pm 6,3$ έτη, εκτιμήθηκε η επίδραση της νεφροπάθειας στη νεφρική λειτουργία της μητέρας και στην έκβαση του κυήματος. Κατά τη διάρκεια της κύησης υπήρχε μία σταθερή αύξηση της αρτηριακής πίεσεως ($p < 0,001$) και της πρωτεϊνουρίας ($p < 0,001$), με νεφρωσικό σύνδρομο ($> 3,0$ gr λευκωματουρία την ημέρα) σε 4 ασθενείς (36%). Μετά τον τοκετό η πρωτεϊνουρία επανήλθε σε επίπεδα παρόμοια της αρχής της κύησης ($0,7 \pm 0,2$ gr/ημέρα). Σημαντική επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας παρατηρήθηκε σε 3 από τις γυναίκες, οι οποίες στην αρχή της κύησης παρουσίαζαν ήδη εκσεσημασμένη νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη ορού $> 3,0$ mg/dl). Μία από αυτές, αμέσως μετά τον τοκετό, εντάχθηκε σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης. Τέσσερις από τις κύσεις (36%), υπερέβησαν την 36η εβδομάδα, ενώ η πλειονότητα των τοκετών έγινε με καισαρική τομή (81%). Παρατηρήθηκε ένας ενδομήτριος θάνατος εμβρύου, ενώ το βάρος εμβρύου παρουσίαζε καλή συσχέτιση με την ηλικία κύησης ($r = 0,60$, $p = 0,02$) και την κρεατινίνη ορού ($r = -0,45$, $p = 0,009$). Επιπλοκές των νεογνών περιελάμβαναν οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια (25,4%), ίκτερο (30%) και συγγενείς ανωμαλίες (18%). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στην έκβαση του κυήματος στις γυναίκες που ευρίσκοντο σε αντιυπερτασική αγωγή πριν την εγκυμοσύνη.

Συμπερασματικά, από τη μικρή αυτή ομάδα ασθενών, υπάρχουν ενδείξεις ότι κάτω από σύγχρονες διαγνωστικές μεθόδους και κατάλληλη θεραπεία, οι κίνδυνοι τόσο για έγκυες νεφροπαθείς, όσο και για το κύημα, μπορούν να περιορισθούν σημαντικά.

Η ΠΕΡΙΝΔΟΠΡΙΛΗ (Π) ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Π. ΚΟΥΡΕΤΑ, Φ. ΑΓΓΕΛΗ, ΑΛ. ΚΟΤΣΙΑΝΗΣ, Β. ΠΑΣΠΑΤΗ, Ηρ. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ, Β. ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΗ

Νεφρολογικό Τμήμα Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης, Τρίπολη

Αξιολογήθηκε η αντιυπερτασική δράση, οι παρενέργειες και το δοσολογικό σχήμα της περινδοπρίλης (Π), αναστολέα του συνενζύμου Α, σε 38 άτομα, 6 ασθενείς του Τεχνητού Νεφρού και 32 υπερτασικά άτομα με φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

Στην ομάδα των υπερτασικών με φυσιολογική νεφρική λειτουργία, μελετήθηκαν για διάστημα 2 έως 12 μηνών, 12 άνδρες και 15 γυναίκες μέσης ηλικίας 53,6 ετών, με ήπια, μέτρια και σοβαρού βαθμού υπέρταση. Σε 23 άτομα (70%), έγινε παράλληλα χορήγηση διουρητικών και επετεύχθη η ρύθμιση της ΑΠ σε ποσοστό 81%.

Η μέση ποσότητα της ουσίας ήταν 5,2 mg 1 φορά το 24ωρο. Σε 1 άτομο παρουσιάστηκε αλλεργική αντίδραση. Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν είχε αλλαγές προ και μετά τη χορήγηση της Π, όλο αυτό το διάστημα.

Στην ομάδα των νεφροπαθών του Τεχνητού Νεφρού, μελετήθηκαν 4 άνδρες και 2 γυναίκες, για διάστημα 3 έως 12,5 μηνών μετά τη χορήγηση της Π. Σε ένα άτομο χρειάστηκε ταυτόχρονη χορήγηση αναστολέα των καναλιών του ασβεστίου για την πλήρη ρύθμιση της ΑΠ. Η αρχική δόση της Π ήταν 8 mg μία φορά το 24ωρο για τα 5 άτομα και 4 mg για το ένα. Μετά από 6 μήνες κατά μέσο όρο, η δόση χρειάστηκε να ελαττωθεί στα 4 mg και μετά από 2 μήνες κατά μέσο όρο, στα 3 άτομα, η δόση τροποποιήθηκε σε 4 mg κάθε δεύτερη ημέρα, ενώ στο ένα διεκόπη ο αναστολέας των καναλιών του Ca.

Οι παρατηρήσεις μας αυτές, είναι ενδεικτικές του ότι η Π είναι αποτελεσματική αντιυπερτασική ουσία, της οποίας η δράση ενισχύεται με την ταυτόχρονη χορήγηση διουρητικών. Έχει καλή ανοχή. Η 24ωρη δράση της στον υπερτασικό, με φυσιολογική νεφρική λειτουργία και η ανά 48ωρο χορήγηση στο νεφροπαθή του Τεχνητού Νεφρού, αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό.

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΙΑ ΚΑΙ ΜΕΣΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Ι. ΜΑΛΕΓΚΟΣ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Μ. ΣΙΑΚΩΤΟΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Η εξέλιξη της νεφρικής οστεοδυστροφίας (ΝΟ) μελετήθηκε σε 12 ασθενείς (11 άνδρες, 1 γυναίκα), ηλικίας 34-71 ετών, με ήπια και μέσης βαρύτητας χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη ορού 2-6 mg%, κάθαρση κρεατινίνης 16-56 ml/min). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν αρχικά σε κλινική εξέταση και μελέτη των βιοχημικών, ορμονικών και ακτινολογικών παραμέτρων της ΝΟ, καθώς και σε βιοψία οστού. Στη συνέχεια παρακολούθηθηκαν κλινικο-εργαστηριακά επί 12-15 μήνες και μετά το τέλος της μελέτης, οι 10 από αυτούς υποβλήθηκαν σε νέα βιοψία οστού. Στο χρονικό αυτό διάστημα, κατά το οποίο οι ασθενείς έπαιρναν μόνο δευσεμειτικά του φωσφόρου, δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες μεταβολές του ασβεστίου, του φωσφόρου και της βιταμίνης D (25(OH)D3) του ορού, ο δε οστικός ακτινολογικός έλεγχος και το υπερηχογράφημα των παραθυρεοειδών δεν έδειξαν παθολογικά ευρήματα. Οι τιμές της αλκαλικής φωσφατάσης, της οστεοκαλσίνης και της παραθορμόνης του ορού παρουσίασαν μικρή, αλλά στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) αύξηση. Η αρχική οστική βιοψία έδειξε σε 10 ασθενείς ευρήματα δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού (ΔΥΠΘ), σε 1 ασθενή μικτή οστική νόσο (ΜΟΝ) και σε 1 ασθενή εικόνα φυσιολογικού οστού. Στην επαναληπτική οστική βιοψία, 4 από τους 10 ασθενείς εμφάνισαν εικόνα ΜΟΝ, σ' αυτούς δεν περιλαμβάνονται 2 ασθενείς που είχαν αρχικά αλλοιώσεις ΔΥΠΘ και ο ασθενής που είχε εικόνα φυσιολογικού οστού, ενώ στους υπόλοιπους 6 παρέμεινε η εικόνα του ΔΥΠΘ. Οι μεταβολές των ιστομορφομετρικών δεκτών μεταξύ της πρώτης και δεύτερης βιοψίας στο σύνολο των ασθενών δεν ήταν στατιστικά σημαντικές και παρατηρήθηκαν κυρίως στους ασθενείς που εμφάνισαν μεταβολή της οστικής νόσου. Η παραθορμόνη του ορού έδειξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με ορισμένους ιστομορφομετρικούς δείκτες του ΔΥΠΘ, δηλαδή με την ποσοστιαία επιφάνεια του οστεοειδούς ($r = 0,65, p < 0,05$) και της απορρόφησης του σπογγώδους οστού ($r = 0,6, p < 0,05$) της πρώτης βιοψίας (όχι όμως και με τους αντίστοιχους δείκτες της επαναληπτικής βιοψίας), καθώς και με τον αριθμό των οστεοκλαστών της πρώτης ($r = 0,81, p < 0,001$) και της επαναληπτικής ($r = 0,8, p < 0,01$) βιοψίας.

Συμπερασματικά, παρά το μικρό χρόνο παρακολούθησης των ασθενών μας, παρατηρήθηκε τάση μετάπτωσης των αρχικών ιστολογικών ευρημάτων σε ΜΟΝ, σ' αυτό δε συνηγορεί και η έλλειψη θετικής συσχέτισης της παραθορμόνης με τους ιστομορφομετρικούς δείκτες του ΔΥΠΘ στην επαναληπτική βιοψία οστού.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΡΟΙΑΣ (ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΤΡΙΕΤΙΑΣ)

Π. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Κ. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Χ. ΠΟΥΣΣΕΦ, Ν. ΚΟΤΖΑΔΑΜΗΣ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βέροιας, Βέροια

Στο Νοσοκομείο Βέροιας, το Νοέμβριο του 1987 λειτούργησε Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, η οποία το Σεπτέμβριο του 1988 αναβαθμίσθηκε με τροποποίηση του Οργανισμού του Νοσοκομείου σε Νεφρολογικό Τμήμα και το Μάιο του 1990 αναπτύχθηκε Μονάδα Περιτοναϊκών Πλύσεων.

Η σημερινή του σύνθεση σε ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί είναι: 1 Διευθυντής, 1 Επιμελητής Β' και 3 Εδিকেυόμενοι στη Νεφρολογία για 2 χρόνια.

Σας παρουσιάζουμε στατιστικά στοιχεία από τη λειτουργία του Τμήματός μας για την πρώτη τριετία της λειτουργίας του.

Σκοπός της παρουσιάσής μας, είναι να καταδείξουμε το υλικό με το οποίο ασχολείται, την προσφορά του στον τομέα της κλινικής νεφρολογίας, τις ανάγκες του σε νοσηλευτικά κρεβάτια και σε ιατρικό προσωπικό.

Κατά το έτος 1989 έγιναν 139 εισαγωγές ασθενών στο Τμήμα μας, με 1.612 ημέρες νοσηλείας. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ανά εισαγωγή ήταν 12 ημέρες. Οι 117 εισαγωγές αφορούσαν περιστατικά με νεφρολογικά προβλήματα και οι 22 αφορούσαν επιπλοκές ασθενών υπό αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό.

Κατά το έτος 1990 έγιναν 167 εισαγωγές ασθενών, με 1.795 ημέρες νοσηλείας και μέσο χρόνο νοσηλείας ανά εισαγωγή 11 ημέρες. Από τις εισαγωγές, οι 122 αφορούσαν ασθενείς με νεφρολογικά προβλήματα, οι 41 επιπλοκές ασθενών του τεχνητού νεφρού και οι 4 επιπλοκές ασθενών των περιτοναϊκών πλύσεων.

Τέλος, κατά το 1991 (9 μήνες), έγιναν 219 εισαγωγές ασθενών στο Τμήμα μας, με 1.534 ημέρες νοσηλείας και μέσο χρόνο νοσηλείας ανά εισαγωγή 7 ημέρες. Από τις εισαγωγές, οι 135 αφορούσαν περιστατικά με νεφρολογικά προβλήματα, οι 62 επιπλοκές ασθενών του τεχνητού νεφρού και οι 22 επιπλοκές ασθενών των περιτοναϊκών πλύσεων.

Οι αιτίες για τις οποίες έγιναν οι εισαγωγές, ανά έτος είναι:

Αιτίες Εισαγωγής	Αριθμός Εισαγωγών		
	1989	1990	1991
1. Επιπλοκή ασθενών Τ.Ν.	22	41	62
2. Επιπλοκή ασθενών ΣΦΠΚ	-	4	22
3. ΧΝΑ - Διενέργεια Fistula - Ένταξη	9	7	6
4. ΧΝΑ - Περιτοναϊκός καθετ. - Ένταξη	-	4	6
5. ΧΝΑ - Συντηρητική αγωγή	44	53	74
6. ΟΝΑ	1	8	6
7. Υπέρταση	33	27	21
8. Διάφορα νεφρολογικά προβλήματα	30	23	22

Συμπεράσματα: 1) Παρατηρούμε αύξηση του αριθμού των εισαγωγών κατά 20% το 1990, σε σχέση με το 1989 και 31% για το 9μηνο του 1991, σε σχέση με το 1990. 2) Τα νοσηλευτικά κρεβάτια που απαιτήθηκαν για τη νοσηλεία αυτών των εισαγωγών ήταν 5 για το 1989 και 1990 και 6 για το 1991 με πληρότητα 100% σε ετήσια βάση. 3) Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ανά εισαγωγή μειώθηκε από 12 ημέρες το 1989, σε 11 το 1990 και 7 το 1991. 4) Η μείωση του μέσου χρόνου νοσηλείας ανά εισαγωγή οφείλεται στη σύνθεση του ιατρικού προσωπικού που επιτεύχθηκε το 1991 και επέτρεψε την αύξηση του αριθμού των εισαγωγών με σταθερές νοσηλευτικές κλίνες. 5) Οι ανάγκες του Τμήματος σε νοσηλευτικές κλίνες με τα υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία, είναι πάνω από 10, αφού αναμένεται πλήρης ανάπτυξη της Μονάδας ΣΦΠΚ και ο μέσος χρόνος νοσηλείας δεν έχει περιθώρια βελτίωσης. 6) Η απόψή μας, είναι ότι η ιατρική σύνθεση πρέπει να είναι: 1 Διευθυντής, 1 Επιμελητής Α', 2 Επιμελητές Β' και τουλάχιστον, 3 Εδিকেυόμενοι.

ΔΥΟ ΧΡΟΝΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ

Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Π. ΛΕΒΑΝΤΑΚΗΣ, Μ. ΜΠΟΥΚΟΥΒΑΛΑ, Μ.Β. ΒΑΡΗ-ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ*, Μ. ΚΑΡΟΥΤΣΟΥ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Μικροβιολογικό Εργαστήριο* Νομαρ-
χιακού Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης, Κοζάνη

Η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Νοσοκομείου Κοζάνης, λειτουργεί εδώ και έντεκα χρόνια, καλύπτοντας τις ανάγκες της Δυτικής Μακε-
δονίας. Κατά το διάστημα αυτό παρατηρήσαμε, ότι:

α) Ασθενείς της περιοχής μας με μακροχρόνια παρακολούθηση από κεντρικά νοσοκομεία εμφανίζονταν στο νοσοκομείο μας μόνον όταν έπρεπε πλέον να ζητήσουν ένταξη σε πρόγραμμα αιμοκάθαρ-
σης και

β) Συχνή προσέλευση ασθενών με παραμελημένες υπερτάσεις.

Με τη λειτουργία λοιπόν του εξωτερικού ιατρείου, αποσκοπούσα-
με στο να λάβουμε γνώση της συχνότητας των νεφροπαθειών στην
περιοχή μας και στον απώτερο προγραμματισμό της Μονάδας,
καθώς και την παρακολούθηση υπερτασικών ασθενών προς απο-
φυγή επιπλοκών.

Ξεκινήσαμε λοιπόν τον Φεβρουάριο του 1990, δίνοντας ανακοίνωση
σε τοπικό τύπο και ραδιόφωνα και ενημερώνοντας τα Κέντρα Υγείας
και τα Αγροτικά Ιατρεία για τη λειτουργία του μία φορά την εβδο-
μάδα.

Σήμερα υπάρχουν στο αρχείο μας οι κάρτες παρακολουθήσεως
309 ασθενών, από τους οποίους, οι 292 πάσχουν από υπέρταση και
οι 17 από νεφροπάθεια.

Από αυτούς, το 43% ήταν άνδρες με μέση ηλικία $58,2 \pm 8,1$ ετών και
το 56% γυναίκες με μέση ηλικία $64,3 \pm 10,2$ ετών.

Κάτοικοι αγροτικών περιοχών ήταν το 78,6%, ενώ το 70,9% δεν είχε
απολυτήριο λυκείου. Πρόβλημα υπέρτασης αντιμετωπίζουν για
πρώτη φορά 85 ασθενείς και 206 ασθενείς ήταν υπό αγωγή υπέρ-
τασης μη ρυθμιζομένης για διάφορους λόγους. Ως μόνο πρόβλημα
υγείας την υπέρταση είχαν 121 ασθενείς, ενώ 171 ασθενείς έπασχαν
και από συνοδό νόσημα.

Κατά την πρώτη προσέλευση εκάστου ασθενούς μετά τη λήψη
λεπτομερούς ιστορικού, υποβαλόταν σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό
έλεγχο ρουτίνας. Σε δεύτερο χρόνο και εφόσον το κρίναμε απαι-
τητό, προχωρούσαμε σε πυελογραφία και υπερηχογράφημα νε-
φρών. Εξετάσεις, όπως νεφρόγραμμα - νεφραγγειογραφία - ρενίνη -
κορτιζόλη - κατεχολαμίνες - αλδοστερόνη, δεν ήταν δυνατόν να
γίνουν και για το λόγο αυτό 17 παραπέμφθηκαν σε κεντρικά νοσο-
κομεία για έλεγχο.

Σήμερα, 183 ασθενείς συνεχίζουν να προσέρχονται για έλεγχο στα

καθορισμένα από μας τακτά χρονικά διαστήματα και 87 δεν έχουν
προσέλθει το τελευταίο εξάμηνο.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε:

- α) Τη μηδαμινή σχεδόν προσέλευση ασθενών που πάσχουν από
νεφροπάθεια.
- β) Προσέλευση υπερτασικών ασθενών, κατά κανόνα μεγάλης ηλι-
κίας και χαμηλής κοινωνικοοικονομικής στάθμης.
- γ) Πλημελή στελέχωση του νοσοκομείου μας σε ιατρικό προσωπικό.
- δ) Καλή γενική κατάσταση και ΑΠ όσων ασθενών ακολούθησαν τις
οδηγίες μας.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΙΡΑΣ ΕΝΟΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΣΤΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (1968-1991)

Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Α.Μ. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ, Χρ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ, Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ, Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Γρ. ΜΥΣΕΡΑΝΗΣ, Α. ΚΕΛΕΣΙΔΗΣ, Κ. ΑΔΑΜ, Π. ΜΑΡΓΑΡΗ, Ζ. ΠΟΛΥΜΕΝΙΔΗΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Εργαστήριο Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας Α.Π.Θ., Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων Α.Π.Θ., Γενικό Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

Από τον Ιούλιο του 1968 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 1991, 377 ασθενείς (259 άνδρες) με ΧΝΑ τελικού σταδίου υποβλήθηκαν σε 405 μεταμοσχεύσεις νεφρού (28 ασθενείς υποβλήθηκαν και σε 2η μεταμόσχευση, ενώ 3 και σε μεταμόσχευση παγκρέατος). Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 2,5 έως 59 χρονών ($M \pm SD: 35 \pm 11$ χρόνια). Προσδιορίζονταν όλα τα γνωστά Α, Β, C και DR αντιγόνα, επίσης ο λόγος CD4:CD8, και γίνονταν η άμεση (CROSS-MATCH) και η έμμεση (PANEL) δοκιμασία διασταύρωσης, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάστηκε να γίνει επιπλέον μικτή καλλιέργεια λεμφοκυττάρων (MLC). Το πρωτόκολλο ανοσοκαταστολής περιλάμβανε αζαθειοπρίνη και πρεδνιζολόνη, ενώ μετά το 1983 εφαρμόζονταν στο πλείστον των περιπτώσεων το τριπλό (+CyA) ή τετραπλό (+ALG) σχήμα. Το μόσχευμα σε 121 μεταμοσχεύσεις (29,9%) προερχόταν από πτωματικό και σε 284 (70,1%) από ζώντα συγγενή δότη. Ο δότης σε 176 (62%) περιπτώσεις ήταν μητέρα, σε 76 (26,7%) πατέρας, σε 30 (10,6%) αδελφός/ή (14 με πλήρη ταυτότητα) και σε 2 (0,7%) θεία. Από τους 377 ασθενείς, οι 91 (24,1%) απέρριψαν τελικά το μόσχευμα και υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης (τεχνητός νεφρός - CAPD). Υπεροξεία απόρριψη παρουσίασαν 3 ασθενείς, επιταχυνόμενη 8, ενώ σε 4 περιπτώσεις τα μόσχευμα δεν λειτουργήσαν εξαρχής.

Από την όλη εμπειρία, διακρίνονται τρία στάδια του προγράμματος. Στο πρώτο στάδιο (1968-1978) παρατηρείται μια σημαντική επίπτωση στην επιβίωση των αρρώστων από το πρόβλημα της Β-ηπατίτιδας και των επιπλοκών της αιμορραγίας από το πεπτικό σύστημα. Αυτά αντιμετωπίστηκαν με τον ενδεδειγμένο έλεγχο και την κατά το δυνατόν αποφυγή μεταγγίσεων αίματος και από την άλλη πλευρά με τη χορήγηση ανασταλτών των Η2-υποδοχέων.

Το δεύτερο στάδιο (1978-1983) χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια ανάπτυξης των ανοσολογικών παραμέτρων, όπως τον προσδιορισμό όσο το δυνατόν περισσότερων αντιγόνων ιστοσυμβατότητας, τον τακτικό έλεγχο για τίτλους λεμφοκυτταροτοξικότητας και, τέλος, την τελειοποίηση των μεθόδων αιμοκάθαρσης.

Το τρίτο στάδιο (1983-1991) χαρακτηρίζεται από την εφαρμογή νέων μεθόδων ανοσοκαταστολής (κυκλοσπορίνη-Α, αντιλεμφοκυτταρική και αντιθυμική σφαιρίνη, πλασμαφαίρεση), την προοδευτική ανά-

πτυξη των πτωματικών μεταμοσχεύσεων και την πραγματικά αξιοθαύμαστη τελειοποίηση των μεθόδων αιμοκάθαρσης (ΣΦΠΚ, Τεχνητός Νεφρός). Αξίζει να σημειωθεί, ότι η εμφάνιση σε αυτό το στάδιο περιστατικών C ηπατίτιδας και CMV λοιμώξεων, σε αυξημένο ποσοστό, δημιουργεί νέους προβληματισμούς για το άμεσο μέλλον των μεταμοσχεύσεων.

Συμπερασματικά, 209 λήπτες ζουν με λειτουργούν μόσχευμα και 91 υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης με τεχνητό νεφρό ή ΣΦΠΚ, δηλαδή συνολικά 300 αρρώστοι (ποσοστό περίπου 80%). Επομένως, η κάλυψη του αρρώστου με άλλες θεραπείες υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας είναι απαραίτητη σε ένα νεφρολογικό κέντρο, γεγονός που οδηγεί στη σημαντικά καλύτερη επιβίωση των ληπτών νεφρικών μοσχευμάτων σε σύγκριση με τις μεταμοσχεύσεις άλλων οργάνων.

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (AIDS)

Γ. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Δ. ΓΟΥΜΕΝΟΣ, Λ. ΠΑΠΑΣΤΑΘΗ, Κ. ΔΗΛΕΣ, Θ. ΚΟΡΔΩΣΗΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, Γρ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Τμήμα Μεταμοσχεύσεων Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, Αθήνα

Η κλινική διάγνωση του AIDS στους μεταμοσχευμένους ασθενείς εμφανίζει αρκετές δυσκολίες, διότι και στις δύο καταστάσεις αφενός υπάρχει αυξημένη προδιάθεση προς ευκαιριακές λοιμώξεις και νεοπλασίες και αφετέρου παρατηρούνται παρεμφερείς μεταβολές των δεικτών της ανοσολογικής λειτουργίας.

Περιγράφεται περίπτωση θήλεος ασθενούς, 21 ετών, με νεφροπάθεια της κυστεοουρητηρικής παλινδρόμησης, λόγω της οποίας, σε ηλικία 13 ετών (11/83) εντάχθηκε σε πρόγραμμα ΧΠΑ και σε ηλικία 14 ετών (7/84), υποβλήθηκε σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού που έλαβε από τον πατέρα της. Πριν τη μεταμόσχευση είχε μεταγγισθεί με 10 τουλάχιστον μονάδες αίματος και μέχρι σήμερα η ασθενής δεν έχει σεξουαλική δραστηριότητα. Ο δότης απεβίωσε τον Ιούνιο του '89 από ρήξη εγκεφαλικού ανeurύσματος. Μέχρι το τέλος του '90, η ασθενής ουδέποτε νοσηλεύθηκε διότι τόσο η κλινική της κατάσταση, όσο και η λειτουργία του μοσχεύματος ήταν αρίστη (κρεατινίνη ορού 1,2 mg%). Η ανοσοκατασταλτική θεραπεία συνίστατο σε πρεδνιζολόνη (17,5 mg μέρα παρά μέρα) και αζαθειοπρίνη (50 και 25 mg εναλλάξ ημερησίως). Τον Ιανουάριο του '91 (6,5 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση), η ασθενής εισήχθη στο Νοσοκομείο με συμπτώματα και σημεία εγκεφαλίτιδας, ο δε παρακλινικός έλεγχος (αντισώματα έναντι του τοξοπλάσματος στον ορό και ENY και ευρήματα από τη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου) έδειξε ότι επρόκειτο περί εγκεφαλικής τοξοπλάσμωσης. Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με πυριμεθαμίνη και σουλφαδιαζίνη που εξακολουθεί να λαμβάνει μέχρι σήμερα, η δε αζαθειοπρίνη αντικαταστάθηκε από κυκλοσπορίνη. Επειδή η εγκεφαλική τοξοπλάσμωση θεωρήθηκε σαν λιαν ασυνήθης απώτερη λοίμωξη σε ασθενή με μεταμόσχευση νεφρού, προσδιορίστηκαν οι λεμφοκυτταρικοί υποπληθυσμοί και βρέθηκαν να είναι $CD4/CD8 = 0,33$ με απόλυτο αριθμό $CD4$ 51 κυττ./μλ, καθώς και το HIV αντίσωμα που ήταν θετικό (Elisa και Western blot). Γι' αυτό, στην ασθενή χορηγήθηκε Zidovudine και μέχρι σήμερα παραμένει ασυμπτωματική και με ικανοποιητική λειτουργία του μοσχεύματος (κρεατινίνη ορού 1,6 mg%).

Η περίπτωση αυτή υποδηλώνει, ότι σε ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού η εμφάνιση μη αναμενόμενων, από άποψη είδους και χρόνου, λοιμώξεων και έντονων διαταραχών των ανοσολογικών δεικτών θα πρέπει να δημιουργούν υποψίες για λοι-

μωξη με HIV. Ενισχυτικό παράγοντα αποτελεί η ύπαρξη ιστορικού μεταγγίσεων, κυρίως προ του 1986. Τα παραπάνω ισχύουν ακόμα και όταν ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ HIV μόλυνσης και εμφάνισης AIDS είναι ασυνήθιστα μεγάλος.

Η ΧΡΗΣΗ ΑΔΡΕΝΑΛΙΝΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΑ ΑΣΤΑΘΕΙΣ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΔΟΤΕΣ

Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Γ. ΦΟΥΖΑΣ, Φ. ΣΟΛΩΝΑΚΗ, Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

Νεφροί από πτωματικούς δότες με παρατεταμένα υποτασικά επεισόδια έχουν αυξημένο κίνδυνο ΟΣΝ ή μη λειτουργίας μετά τη μεταμόσχευση συγκρινόμενοι με νεφρούς που προέρχονται από σταθερούς αιμοδυναμικά δότες. Σε δύο υποψηφίους πτωματικούς δότες, ηλικίας 40 και 28 ετών αντίστοιχα, χορηγήθηκε αδρεναλίνη σε συνεχή έγχυση (0,052 γ/Kg/min και 0,047 γ/Kg/min αντίστοιχα), επειδή παρουσίασαν υπόταση (συστολική ΑΠ: 50-60 mmHg) και ανουρία παρά την ενυδάτωση και τις υψηλές δόσεις ντοπαμίνης (> 20 γ/Kg/min).

Μετά την αποκατάσταση της ΑΠ (100-110 mmHg) και διούρησης (50 ml/min και > 100 ml/min αντίστοιχα), οι νεφροί μεταμοσχεύθηκαν σε 4 ασθενείς. Η διούρηση του πρώτου 24ώρου, η μετεγχειρητική ημέρα (ΜΗ) αποκατάστασης φυσιολογικής νεφρικής λειτουργίας (Scr < 1,6 mg), η ύπαρξη ΟΣΝ και οι συνεδρίες αιμοκάθαρσης που απαιτήθηκαν στους 4 ασθενείς μετά τη μεταμόσχευση, φαίνονται στον πίνακα:

Ον/μο	Δ/ση 1 ΜΗ	Απ/ση Φυσ. Κρεατ.	ΟΣΝ	Συνεδρίες ΤΝ
ΜΚ	32 ml	18 ΜΗ (1,5 mg%)	Ναι	6
ΤΑ	24 ml	17 ΜΗ (1,4 mg%)	Ναι	6
ΚΑ	1940 ml	3 ΜΗ (1,2 mg%)	Όχι	0
ΓΣ	5370 ml	3 ΜΗ (1,0 mg%)	Όχι	0

Συμπερασματικά, η χορήγηση αδρεναλίνης στους αιμοδυναμικά ασταθείς πτωματικούς δότες, που δεν ήταν δυνατόν να αναταχθούν με υγρά και ντοπαμίνη, κατέστησε δυνατή τη λήψη 4 νεφρικών μοσχευμάτων, που όλα αποκατέστησαν φυσιολογική νεφρική λειτουργία μετά τη μεταμόσχευση.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΑΝΑΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ (rhEPO)

Ν. ΓΕΩΡΓΙΛΑΣ, Π. ΛΕΒΕΝΤΑΚΗΣ, Μ. ΜΠΟΥΚΟΥΒΑΛΑ, Μ. ΚΑΡΟΥΤΣΟΥ
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης, Κοζάνη

Η rhEPO είναι μια καινούργια κλινική εφαρμογή στην αντιμετώπιση της αναιμίας κατά το τελικό στάδιο της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και εφαρμόζεται στην Ελλάδα τα τελευταία δύο χρόνια περίπου.

Στην παρούσα εργασία γίνεται καταγραφή της εμπειρίας μιας απομακρυσμένης Μονάδας Τεχνητού Νεφρού.

Χορηγήσαμε rhEPO σε 9 ασθενείς (4 άνδρες και 5 γυναίκες, ηλικίας από 16-72 ετών [μέση ηλικία 53,33 ± 21,86]), σε δασολογία, αρχικά 50U/Kg βάρους σώματος και για χρονικό διάστημα 3 μηνών. Κριτήρια χορήγησης ήταν ο αιματοκρίτης, η αιμοσφαιρίνη και η συμπτωματολογία της νεφρικής αναιμίας. Αν ο αιματοκρίτης έφθανε στα επίπεδα 30-35% πριν την παρέλευση του τριμήνου, η δόση μειωνόταν κατά το ήμισυ, διαφορετικά η δόση τροποποιούνταν μετά το πέρας του τριμήνου. Κατά το διάστημα αυτό, όλοι οι ασθενείς λάμβαναν σκευάσματα σιδήρου από το στόμα.

Εργαστηριακός έλεγχος γινόταν πριν από τη χορήγηση του σκευάσματος και καθόλη τη διάρκεια της χορηγήσεως και περιελάμβανε: Αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνη, λευκά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια, δικτυοερυθροκύτταρα, φερριτίνη ορού, σίδηρο ορού, λευκάματα ορού, χρόνο προθρομβίνης, τρανσαμινάσες, κάλιο, νάτριο, ασβέστιο, φώσφορο, ουρία και κρεατινίνη.

Κατά τη δεύτερη εβδομάδα χορήγησης αναγκαστήκαμε να διακόψουμε τη χορήγηση σε μία ασθενή λόγω επιδείνωσης προϋπάρχουσας υπέρτασης.

Σε όλους τους υπόλοιπους ασθενείς διαπιστώθηκε αύξηση του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης, στατιστικά σημαντική, ενώ σε έναν ασθενή, μετά την παρέλευση του τριμήνου, τροποποιήσαμε τη δασολογία σε 75U/Kg βάρους σώματος.

Από τις υπόλοιπες μελετηθείσες εργαστηριακές παραμέτρους, παρατηρήθηκε πτώση της φερριτίνης ορού και του σιδήρου ορού.

Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες δεν παρατηρήθηκαν, ενώ είναι αξιοσημείωτη η βελτίωση της ποιότητας ζωής που παρατηρήθηκε στους ασθενείς μας.

Συμπερασματικά, μπορούμε να αναφέρουμε, ότι τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Σήμερα, η χορήγηση rhEPO συνεχίζεται σε δόση 25U/Kg σε 5 ασθενείς μας, αφού 2 από αυτούς έκαναν μεταμόσχευση και 2 εντάχθηκαν σε άλλη Μονάδα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΑΣΙΡΙΜΟΧ

Ε. ΤΖΑΝΑΤΟΥ-ΞΕΑΡΧΟΥ, Β. ΑΓΡΟΓΙΑΝΝΗΣ, Α. ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗ, Δ. ΤΣΟΥΤΣΟΣ, Ε. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Π. ΦΟΥΝΤΑ, Γ. ΤΣΕΡΚΕΖΗΣ, Κ. ΧΟΝΔΡΟΣ, Δ. ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ

Νεφρολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Οι ασθενείς υπό χρόνια αιμοκάθαρση παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένη επίπτωση στεφανιαίας νόσου και αρτηριοσκληρυντικών νοσημάτων. Οι λιπιδικές διαταραχές, συχνές στους ασθενείς αυτούς, αποτελούν έναν από τους κυριότερους αιτιολογικούς παράγοντες και η θεραπεία τους θα μπορούσε να είναι επωφελής.

Σε 10 μη διαβητικούς ασθενείς (7 άνδρες και 3 γυναίκες), ηλικίας 54 ± 12 χρόνων, υπό χρόνια αιμοκάθαρση για 36 ± 26 μήνες, μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του υπολιπιδαιμικού φαρμάκου Ασίριμοχ, που χορηγήθηκε σε δόση 250 mg ημερησίως για 20 εβδομάδες. Οι τιμές ($\bar{x} \pm SD$) των λιπιδίων και απολιποπρωτεϊνών του ορού, που προσδιορίστηκαν προ και στη διάρκεια της θεραπείας, καταχωρούνται στον παρακάτω πίνακα:

		Υπό θεραπεία με ασίριμοχ (εβδομάδες)				
		προ	2	6	14	20
Χοληστ.	(mg/dl)	218 ± 46	195 ± 26*	176 ± 15*	180 ± 43***	175 ± 40***
Τριγλυκ.	(mg/dl)	206 ± 71	175 ± 73	158 ± 62*	154 ± 51**	146 ± 46**
HDL-X	(mg/dl)	27 ± 6	34 ± 8**	32 ± 6**	33 ± 7**	35 ± 7**
LDL-X	(mg/dl)	149 ± 38	125 ± 19*	112 ± 34**	116 ± 36***	109 ± 34***
VLDL-X	(mg/dl)	41 ± 14	35 ± 19*	31 ± 12*	30 ± 10**	29 ± 9**
Apo-A1	(g/l)	1,0 ± 0,1	0,9 ± 0,1	1,0 ± 0,1	1,0 ± 0,1	0,8 ± 0,2*
Apo-A2	(g/l)	0,3 ± 0,1	0,2 ± 0,1	0,3 ± 0,1	0,2 ± 0,05	0,2 ± 0,16*
Apo-B	(g/l)	1,1 ± 0,3	1,0 ± 0,3	1,3 ± 0,4*	1,0 ± 0,3	0,8 ± 0,3
HDL-X/Apo-A1		0,27 ± 0,005	0,36 ± 0,1**	0,35 ± 0,05*	0,32 ± 0,05*	0,47 ± 0,15**

* P < 0,05, ** P < 0,01, *** P < 0,001 (κατά ζεύγη t-test)

Παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση των τριγλυκεριδίων, της ολικής, της LDL- και της VLDL-χοληστερίνης του ορού, ενώ αυξήθηκε σημαντικά η HDL-χοληστερίνη. Δεν διαπιστώθηκε σημαντική μεταβολή των απολιποπρωτεϊνών του ορού, αλλά η σχέση HDL/Apo-A1 αυξήθηκε σημαντικά. Η CPK (ολική-μυϊκό κλάσμα), η LDH και οι ηπατικοί δείκτες (SGPT, SGOT, γGT, αλκ. φωσφατάση, α-FP) παρέμειναν αμετάβλητοι στη διάρκεια της μελέτης.

Συμπέρασμα: Το ασίριμοχ φαίνεται να είναι αποτελεσματικό στη

θεραπεία των λιπιδικών διαταραχών ασθενών υπό χρόνια αιμοκάθαρση, χωρίς να προκαλεί μυϊκή βλάβη ή διαταραχή της ηπατικής τους λειτουργίας.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΔΙΑΛΥΜΑ ΔΙΤΤΑΝΘΡΑΚΙΚΩΝ Ή ΟΞΕΙΚΩΝ

Δ.Γ. ΜΕΝΤΖΙΚΩΦ⁺, Δ.Α. ΒΛΑΣΟΠΟΥΛΟΣ⁺, Χ.Β. ΝΟΥΣΙΑΣ⁺, Ι. ΖΑΡΙΦΗΣ⁺, Ι.Α. ΜΑΝΩΛΗΣ, Α.Α. ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗΣ⁺, Β.Ε. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ⁺

Νεφρολογικό* και Α' Καρδιολογικό⁺ Τμήμα Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Μελισσιών «Α. Φλέμινγκ», Αθήνα

Με σκοπό την εκτίμηση των μεταβολών της συστολικής και διαστολικής λειτουργίας της αριστερής κοιλίας, μελετήθηκε με παλμικό Doppler, η ταχύτητα ροής δια της μιτροειδούς και αορτικής βαλβίδας, σε 24 ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση (ΑΚ), πριν και μετά από θεραπεία με διάλυμα διττανθρακικών (Δ) και οξεικών (Ο), εναλλάξ σε διπλή-τυφλή μελέτη, με απόλυτα όμοιες τις λοιπές συνθήκες.

Μετρήθηκαν και υπολογίστηκαν δείκτες λειτουργικότητας που ελέγχουν τόσο την ισοογκοτική συστολή και χάλαση, όσο και την περίοδο εξώθησης (ΠΕ) και διαστολικής πλήρωσης της αριστερής κοιλίας.

Αποτελέσματα: Η ΠΕ μειώθηκε κατά την ΑΚ με Δ (-9,6%, P = 0,000008) και περισσότερο κατά την ΑΚ με Ο (-17,1%, P = 0,0000001), διαφορά σημαντική (P = 0,005). Η προεξωθητική περίοδος (ΠΕΠ), δεν μεταβλήθηκε σημαντικά μετά ΑΚ με Ο ή Δ, ενώ το κλάσμα ΠΕΠ/ΠΕ αυξήθηκε λίγο μετά ΑΚ με Δ (14,9%, P = NS) και περισσότερο μετά ΑΚ με Ο (21,7%, P = 0,05). Δεν διαπιστώθηκε μεταβολή στην ισοογκοτική χάλαση (ΙΣΧ) προ και μετά ΑΚ με Ο ή Δ (P = NS). Το πηλίκο της ΙΣΧ προς τη διαστολική περίοδο (ΔΠ) ΙΣΧ/ΔΠ αυξήθηκε μετά ΑΚ με Δ (40%, P = 0,02) και περισσότερο μετά ΑΚ με Ο (54%, P = 0,03). Ύστερα από ΑΚ με Δ, η μέγιστη ταχύτητα ροής στην πρωτοδιαστολή (E-Vmax) μειώθηκε (-17%, P = 0,001), ενώ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στους άλλους 6 δείκτες που μελετήθηκαν. Μετά ΑΚ με Ο παρατηρήθηκαν τα εξής: Η E-Vmax μειώθηκε (-17%, P = 0,002), η μέγιστη ταχύτητα ροής στην τελοδιαστολή (A-Vmax) ελάχιστα αυξήθηκε (5%, P = NS), με παράλληλη σημαντική μείωση της σχέσης ταχυτήτων E/A (-19%, P = 0,008) και αύξηση του κλάσματος κοιλιακής πλήρωσης (26%, P = 0,006). Επίσης, παρατηρήθηκε μείωση της επιτάχυνσης (ACC) (-22%, P = 0,02) και αύξηση της επιβράδυνσης (DEC) (18%, P = NS). Έτσι, η σχέση ACC/DEC στην πρωτοδιαστολή, αυξήθηκε μετά από ΑΚ με Δ (22%, P = NS) και μειώθηκε μετά ΑΚ με Ο (-23%, P = 0,007), διαφορά σημαντική.

Συμπεραίνεται, ότι η ΑΚ επιβαρύνει τόσο τη συστολική, όσο και τη διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας, ανεξαρτήτως του χρησιμοποιούμενου ρυθμιστικού διαλύματος. Ωστόσο, η επιβάρυνση που προκαλείται από τα οξεικά ανιόντα είναι σημαντικά μεγαλύτερη από

την αντίστοιχη των διττανθρακικών. Από τη μελέτη μας, προέκυψαν σοβαρές ενδείξεις ότι αυτή η επιπλέον επιβάρυνση οφείλεται σε άμεση τοξική επίδραση των οξεικών ανιόντων στο μυοκάρδιο, αφού από τον σχεδιασμό της μελέτης μας οι υπόλοιποι παράγοντες που επιδρούν σ' αυτό (ηλεκτρολυτικοί, μεταβολές ογκαιμίας, οξυγόνωση), είχαν όμοιες μεταβολές και με τις δύο μεθόδους.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΚΛΑΣΙΚΗΣ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΗΠΑΡΙΝΗΣ (ΧΜΒΗ) ΣΤΑ ΛΙΠΙΔΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σ. ΣΠΑΪΤΑ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ε. ΚΟΚΚΟΛΟΥ, Μ. ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ, Α. ΒΑΚΑΛΟΥΔΗ, Ι. ΑΜΟΙΡΙΔΗΣ, Ε. ΜΠΕΖΑΚΗ-ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Γ. ΒΑΠΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια συνδυάζεται με διαταραγμένο μεταβολισμό λιπιδίων, γεγονός που οδηγεί σε αθηροσκλήρυνση με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα των ασθενών αυτών. Η χρήση της ηπαρίνης στη διάρκεια της αιμοκάθαρσης επηρεάζει το profile των λιπιδίων των ασθενών. Ελέγξαμε την επίδραση της ΧΜΒΗ στα επίπεδα των λιπιδίων του ορού των ασθενών της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού.

Εξήντα αιμοκαθαίρομενοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες συγκρίσιμες ως προς το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια αιμοκάθαρσης, καθώς και τις συνθήκες αιμοκάθαρσης.

Η ομάδα Α ελάμβανε ως αντιπηκτική αγωγή κλασική ηπαρίνη, ενώ η ομάδα Β ελάμβανε ΧΜΒΗ σε εφάπαξ δόση IV στην αρχή της συνεδρίας.

Κατά την έναρξη της μελέτης, καθώς και έξι μήνες μετά, μετρήθηκαν και συσχετίστηκαν και στις δύο ομάδες οι ακόλουθοι παράμετροι: χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL χοληστερόλη, LDL χοληστερόλη, ολικά λιπίδια, φωσφολιπίδια ολικά, HDL-φωσφολιπίδια, LDL-φωσφολιπίδια, APO A₁, APO B και λιποπρωτεϊνική λιπάση.

Αποτελέσματα: 1) Και στις δύο ομάδες, κατά την έναρξη της μελέτης, παρατηρήθηκαν υψηλότερες τιμές τριγλυκερίδιων και λιπάσης σε σχέση με τα φυσιολογικά όρια και χαμηλότερες τιμές HDL-χοληστερόλης, ενώ οι υπόλοιποι παράμετροι κυμαίνονταν σε φυσιολογικά επίπεδα και δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. 2) Μετά από 6 μήνες, η ομάδα Β είχε χαμηλότερα επίπεδα HDL-χοληστερόλης και HDL-φωσφολιπιδίων σε σχέση με την ομάδα Α ($p < 0,05$), ενώ δεν διέφεραν ως προς τις υπόλοιπες παραμέτρους. 3) Δεν βρέθηκαν σημαντικές μεταβολές των τιμών της ομάδας Α στην αρχή και στο τέλος του διαστήματος παρακολούθησης. 4) Αντίθετα, στην ομάδα Β τα επίπεδα της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα στο τέλος του διαστήματος παρακολούθησης ($p < 0,001$), ενώ χαμηλότερα βρέθηκαν τα επίπεδα της αποπρωτεΐνης A₁ ($p < 0,05$). Καμιά άλλη αξιολογη μεταβολή δεν παρατηρήθηκε στους ασθενείς της ομάδας αυτής.

Συμπέρασμα: Η ΧΜΒΗ ενεργοποιεί τη λιποπρωτεϊνική λιπάση περισσότερο από την κλασική ηπαρίνη. Τα αποτελέσματα της δράσης της αυτής στο profile των λιπιδίων έχουν τη σημασία τους, για να εκτιμηθούν όμως χρειάζεται μακρύτερο διάστημα παρακολούθησης, για να συναχθούν σαφή συμπεράσματα.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΞΟΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΚΛΙΝΙΚΟ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Σ. ΣΠΑΪΤΑ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Α. ΜΟΣΧΙΔΟΥ-ΠΟΛΥΖΩΗ, Ε. ΧΑΤΖΗΚΡΑΝΙΩΤΗΣ, Γ. ΒΑΠΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Ο έλεγχος και η θεραπεία του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού (ΔΥΠΘ) σε αιμοκαθαίρομενους ασθενείς, αποτελεί ένα από τα κρίσιμα και πολύπλοκα προβλήματα. Θελήσαμε να εκτιμήσουμε τη βοήθεια που προσφέρουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού η αξονική και η υπερηχο-τομογραφία των παραθυρεοειδών.

Σε 49 αιμοκαθαίρομενους (29 άνδρες - 20 γυναίκες), ηλικίας κατά μέσο όρο 54 ετών και διάρκεια αιμοκάθαρσης κατά μέσο όρο 39 μήνες, έγιναν ταυτόχρονα αξονική τομογραφία και υπερηχογράφημα παραθυρεοειδών. Τα ευρήματα συσχετίστηκαν με την κλινική εικόνα των ασθενών, τα επίπεδα της παραθορμόνης (Μ-ΡΤΗ, C-ΡΤΗ), την αλκαλική φωσφατάση, το Ca και το P του ορού.

Αποτελέσματα: 1) Ευρήματα ύποπτα για υπερπλασία ή αδένωμα, μεγέθους 3-15 mm, βρέθηκαν σε 12 ασθενείς στην αξονική τομογραφία (ποσοστό 24%). Σε 7 από αυτούς (ποσοστό 14%), υπήρξε σαφής εντόπιση παθολογικής αλλοίωσης στην ανατομική θέση των παραθυρεοειδών, ενώ στους υπόλοιπους 5 γινόταν διαφορική διάγνωση από ανατομικούς σχηματισμούς παρόμοιας πυκνότητας. Σε κανένα από αυτούς τους ασθενείς δεν διαπιστώθηκαν ανάλογα ευρήματα με τους υπερήχους, ενώ σε δύο περιπτώσεις, με αρνητικές αξονικές, οι υπερήχοι έδειξαν αδένωμα παραθυρεοειδών. 2) Η ομάδα των ασθενών με παθολογικά ευρήματα παρουσίαζε κλινική εικόνα συμβατή με ΔΥΠΘ σε ποσοστό 75%, ενώ σ' αυτούς που δεν είχαν ευρήματα, το ποσοστό ήταν 20%. 3) Στους ασθενείς με θετικά ευρήματα, τα επίπεδα της παραθορμόνης ήταν υψηλότερα (Μ.Ο. 67 pmu/ml), από τα αντίστοιχα επίπεδα της δεύτερης ομάδας (Μ.Ο. 32pmu/ml) ($p < 0,01$). 4) Τα επίπεδα του P του ορού ήταν σημαντικά υψηλότερα από τα αντίστοιχα της ομάδας με τα αρνητικά ευρήματα ($p < 0,05$). 5) Δεν υπήρξε διαφορά ως προς τα επίπεδα του Ca, της αλκαλικής φωσφατάσης, του γινόμενου CaΧΡ, αλλά και την ακτινολογική εικόνα.

Συμπεράσματα: Από τις μη επεμβατικές απεικονιστικές τεχνικές, η αξονική τομογραφία είναι σαφώς πολύ χρήσιμη και περισσότερο αξιόπιστη για τον εντοπισμό των παθολογικών αλλοιώσεων των παραθυρεοειδών σε σχέση με τους υπερήχους.

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ FRUCTOSAMINE (FR) ΚΑΙ ΤΗΣ HbA1 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Χ. ΧΑΤΖΗΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Φ. ΠΑΠΟΥΛΙΔΟΥ, Θ. ΠΛΙΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ, Θ. ΤΣΑΛΚΙΔΟΥ, Χ. ΚΕΝΑΝΙΔΟΥ, Κ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας

Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση των επιπέδων FR και της HbA1 σε διαβητικούς (D) και μη, ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια υπό συντηρητική αγωγή (CRF), υπό CAPD και υπό αιμοκάθαρο (HD).

Οι ομάδες και τα ευρήματα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

ΟΜΑΔΕΣ	n	HA1K.	CREAT.	UREA	Hb	T. PROT.	ALBUM.	TRG
CONTROL	20	46±14	0.9±0.3	26±12	14.8±1.3	7.2±1.3	4.3±1.2	112±14
CRF	36	55±10	7.6±2.2	96±38	10.3±1.8	6.7±1.2	4.1±1.1	128±19
CRF-D	22	60±12	6.2±1.8	105±36	11.0±2.4	6.8±1.2	3.8±1.6	136±17
CAPD	14	63±7	11.6±2.1	122±22	9.2±1.3	6.6±1.1	3.8±0.4	299±36
CAPD-D	12	44±18	10.8±1.7	110±26	9.9±1.7	6.5±1.4	3.6±0.5	310±41
HD	27	51±8	11.2±2.2	165±31	8.9±1.8	6.6±0.9	4.1±0.6	291±24
HD-D	3	62±12	10.6±1.1	177±18	9.0±1.2	6.7±0.7	3.9±1.1	302±16
ΟΜΑΔΕΣ	GLU	U.A.	HbA1	FR	FRx7/T.P.	FRx4/ALBU	CHOL	
CONTROL	78±12	5.6±1.3	6.8±0.6	228±17	209±24	224±12	198	
CRF	92±16	8.1±1.2	7.5±0.8	227±15	229±19	218±13	205	
CRF-D	118±66	7.2±1.3	13.5±4.1	316±19	325±13	322±8	222	
CAPD	98±32	5.4±1.2	7.6±1.3	203±14	238±8	218±11	248	
CAPD-D	122±44	4.9±0.9	13.5±2.8	346±10	372±16	355±10	270	
HD	88±13	5.4±1.6	7.9±1.4	236±9	212±10	222±10	240	
HD-D	117±36	5.1±1.8	12.4±1.8	312±10	324±14	314±13	258	

Τα συμπεράσματα από τη μελέτη συνοψίζονται στα παρακάτω:

1. Σε όλους τους ασθενείς με CRF, εκτός της ομάδας CAPD, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, τα επίπεδα της HbA1 και της FR ήταν υψηλά, με στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στους διαβητικούς.
2. Η συσχέτιση της FR με την HbA1 ήταν θετική στους διαβητικούς με $p < 0,06$ και $r = 0,562$. Μεγαλύτερη όμως συσχέτιση είχε η HbA1 με τη σχέση $(FR \times 7)$ /ολικά λευκώματα με $p < 0,05$ και $r = 0,612$.
3. Στους μη διαβητικούς ασθενείς υπό CAPD, τα επίπεδα της FR ήταν χαμηλότερα από ό,τι στην ομάδα ελέγχου, πράγμα το οποίο πιθανώς να οφείλεται στην απώλεια λευκώματος στο περιτοναϊκό υγρό.
4. Τη χειρότερη ρύθμιση σακχάρου παρουσίασαν οι ομάδες διαβητικών με CRF υπό συντηρητική αγωγή και διαβητικών υπό CAPD.
5. Η FR, σε αντίθεση με τη HbA1, βοήθησε στην πρώιμη ανακάλυψη λανθάνοντος σακχαρώδους διαβήτη ($n = 6$).

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ FRUCTOSAMINE (FR), HbA1 ΚΑΙ PE-TEST ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (CAPD)

Χ. ΧΑΤΖΗΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Θ. ΠΛΙΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ, Φ. ΠΑΠΟΥΛΙΔΟΥ, Θ. ΤΣΑΛΚΙΔΟΥ, Χ. ΚΕΝΑΝΙΔΟΥ, Κ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας

Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογηθεί ο προσδιορισμός της FR, της HbA1 και άλλων μεταβολικών παραμέτρων σε 4 ομάδες ασθενών υπό CAPD σε σχέση με το PE-TEST (Peritoneal Equilibration Test).

Τα ευρήματα της μελέτης φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

PE-TEST	HA1K.	ΜΗΝΕΣ	Σ.Β.	CREAT.	U.A.	UREA	Dkcal**	CHOL-TRG
CAPD-H	63±4	16 ±7	74±8	12,1±2,2	5,1±1	121±12	574±42	246 -321
CAPD-L*	58±6	9 ±5	71±4	11,9±1,8	5,9±1	103±18	461±62	228 -287
DCAPD-H	55±9	28 ±9	69±10	10,9±1,6	4,8±1	114±19	569±25	284 -331
DCAPD-L	52±8	10 ±3	63±7	9,9±1,5	4,6±1	98±29	558±22	268 -268
PE-TEST	HbA1 %	FR μmol/L	T. PROT.	Album.	FRx4 Alb.	FRx7 T. PROT	GLUC.	KT/V
CAPD-H	7,8±1,1	283±75	7,3±0,2	4,6±0,4	276±24	242±10	97±12	1,9
CAPD-L	7,5±1,3	287±65	7,1±0,4	4,9±0,2	278±19	285±9	86±14	2,1
DCAPD-H	10,6±1,9	354±45	6,3±0,5	4,0±0,4	358±31	367±22	124±29	1,6
DCAPD-L	9,4±1,4	299±23	6,7±0,3	4,2±0,3	328±22	342±18	113±18	1,7

**Dkcal: προσλαμβανόμενες θερμίδες από το περιτοναϊκό διάλυμα/24ωρο.

*H: με υψηλή απορροφητικότητα γλυκόζης σύμφωνα με το PE-TEST.

*L: με χαμηλή απορροφητικότητα γλυκόζης σύμφωνα με το PE-TEST.

D: σακχαρώδης διαβήτης. KT/V: δείκτης επάρκειας κάθαρσης.

Τα συμπεράσματά μας από τη μελέτη συνοψίζονται στα παρακάτω:

1. Προσδιορισμός HbA1 σε σχέση με τα επίπεδα γλυκόζης αίματος, παραμένει ο πλέον αξιόπιστος δείκτης του μεταβολισμού της γλυκόζης στους διαβητικούς υπό CAPD ($p < 0,001$ και $r = 0,768$).
2. Η συσχέτιση των επιπέδων FR και ιδιαίτερα η σχέση $(FR \times 7)$ /ολικά λευκώματα, με την HbA1 και τη γλυκόζη αίματος, ήταν θετική με $p < 0,05$ και $r = 0,486$ για την HbA1 και $p < 0,05$ και $r = 0,502$ για τη γλυκόζη.
- Η ομάδα CAPD-H, παρά την αυξημένη απορροφητικότητα της γλυκόζης από το περιτοναϊκό διάλυμα, δεν είχε υψηλά επίπεδα FR και HbA1.
4. Οι ομάδες CAPD-H και DCAPD-H είχαν σωματικό βάρος μεγαλύτερο κατά 21% από το ιδανικό σωματικό βάρος και ο χρόνος ένταξης σε CAPD ξεπερνούσε τους 10 μήνες.
5. Τα επίπεδα ουρίας, ουρικού οξέος και λιπιδίων δεν φαίνεται να επηρεάζουν στη μελέτη μας τα επίπεδα της FR και HbA1.

6. Ο προσδιορισμός της FR είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για την ανακάλυψη λανθάνοντος σακχαρώδους διαβήτη σε ασθενείς υπό CAPD (n = 3).

ΔΕΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΕ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ, Γρ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ, Α. ΚΕΛΕΣΙΔΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα, Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Από τον Δεκέμβριο του 1981 μέχρι τον Οκτώβριο του 1991, 305 ασθενείς (167 άνδρες και 138 γυναίκες), εντάχθηκαν σε πρόγραμμα ΣΦΠΚ. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 52 χρόνια και η μέση διάρκεια σε ΣΦΠΚ 27 μήνες.

Από το σύνολο των ασθενών, 43 (14%) είχαν διαβητική νεφροπάθεια και 56 (18%) ήταν υπερήλικες (ηλικία > 65 χρόνια). Η επιβίωση της τεχνικής στον 1ο χρόνο και στα 3, 5 και 8 χρόνια ήταν 74, 48, 39 και 31% αντίστοιχα, ενώ η επιβίωση ασθενών ήταν 79, 56, 49 και 43 στα αντίστοιχα χρονικά διαστήματα.

Για να κατανοηθούν τα αίτια του μεγάλου ποσοστού της μακροπρόθεσμης αποτυχίας της τεχνικής της ΣΦΠΚ, έγινε σύγκριση των ακραίων πληθυσμών των ασθενών που υποβλήθηκαν στην τεχνική πάνω από 5 χρόνια και εκείνων που η διάρκεια της ΣΦΠΚ ήταν κάτω από 3 μήνες. Διάρκεια παρακολούθησης σε ΣΦΠΚ μεγαλύτερη από 5 χρόνια είχαν 36 ασθενείς (12%), ενώ μικρότερη από 3 μήνες είχαν 27 ασθενείς (9%). Το ποσοστό ανδρών/γυναικών δεν διέφερε στις δύο ομάδες, ενώ η μέση ηλικία στη δεύτερη ομάδα ήταν μεγαλύτερη (48,8 vs 56,3 χρόνια). Επίσης, περισσότεροι ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια, υπερτασική νεφροσκλήρυνση και αμυλοείδωση υπήρχαν στη δεύτερη ομάδα, ενώ η θνησιμότητα σε αυτούς τους ασθενείς ήταν σαφώς μεγαλύτερη (19/27,70% vs 13/36,36%, $p < 0,001$), με κύρια αιτία θανάτου τα καρδιαγγειακά επεισόδια.

Τα ευρήματα αυτά δείχνουν, ότι η ΣΦΠΚ στη διάρκεια των 10 χρόνων της εφαρμογής της στο Μονάδα μας, ήταν μια χρήσιμη εναλλακτική μέθοδος θεραπείας υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, κυρίως για τους διαβητικούς και υπερήλικες. Ωστόσο, η μακροπρόθεσμη επιβίωση της τεχνικής ήταν χαμηλή, γεγονός που εν μέρει οφείλεται στα αρνητικά κριτήρια επιλογής των ασθενών.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΗΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ, ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Σ. ΣΠΑΪΤΑ, Γ. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Χ. ΤΣΟΜΠΑΝΑΚΗΣ, Π. ΑΚΤΣΑΛΗ-ΑΛΞΑΚΟΥ, Ρ. ΖΑΧΑΡΑΚΗ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Η αυξημένη συχνότητα της ηπατίτιδας C σε αιμοκαθαριζόμενους ασθενείς αποτελεί παράγοντα κινδύνου για το προσωπικό που ασχολείται με την ιατρική παρακολούθηση και τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών, αλλά και για το άμεσο περιβάλλον αυτών που ασχολούνται με την περιποίησή τους.

Σε 72 ασθενείς, 55 συνοδούς (συζύγους ή παιδιά) και σε 45 γιατρούς και νοσηλεύτριες ελέγχθηκαν τα αντισώματα για ηπατίτιδα C (ανοσοενζυμική μέθοδος) και η ηπατική λειτουργία. Ακόμη, στην ομάδα των αιμοκαθαριζόμενων έγινε συσχέτιση με τις μεταγγίσεις, τα επίπεδα της ALT στον ορό, τον Hct, την ύπαρξη anti-core και τη διάρκεια αιμοκάθαρσης.

Αποτελέσματα: 1) Σε κάνα από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό δεν βρέθηκαν αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας C. 2) Σε τέσσερα άτομα (συζύγους) από το περιβάλλον των αιμοκαθαριζόμενων ανιχνεύθηκαν αντισώματα (ποσοστό 7,2%). Τρεις ήταν σύζυγοι αιμοκαθαριζόμενων με θετικά αντισώματα. Όλοι οι συνοδοί είχαν φυσιολογικό τον υπόλοιπο έλεγχο. 3) Σε 36 από τους αιμοκαθαριζόμενους ασθενείς, ο έλεγχος για αντισώματα απέβη θετικός (ποσοστό 50%). 4) Οκτώ αιμοκαθαριζόμενοι (ποσοστό 11%), ήταν αρνητικοί σε προηγούμενο έλεγχο προ 6μήνου. 5) Οι ασθενείς με θετικά αντισώματα, είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές ALT και παρουσίαζαν διακυμάνσεις της ALT στον ορό τους, σε ποσοστό 93%, έναντι 7% των αιμοκαθαριζόμενων με αρνητικά αντισώματα. 6) Οι ασθενείς με θετικά αντισώματα είχαν σημαντικά μεγαλύτερο χρόνο στην αιμοκάθαρση από τους αρνητικούς ($p < 0,05$) και είχαν λάβει μεγαλύτερο αριθμό μεταγγίσεων ($p < 0,05$). 7) Δεν βρέθηκε θετική συσχέτιση με τα επίπεδα του Hct και την ύπαρξη anti-core.

Συμπεράσματα: 1) Το προσωπικό των μονάδων τεχνητού νεφρού δεν φαίνεται να έχει κίνδυνο προσβολής από ηπατίτιδα C. 2) Στους αιμοκαθαριζόμενους ο επιπολασμός της ηπατίτιδας C αυξάνει ανησυχητικά και εξαρτάται κυρίως, από τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και τον αριθμό των μεταγγίσεων. 3) Το άμεσο περιβάλλον των αιμοκαθαριζόμενων φαίνεται εκτεθειμένο σε αυξημένου κινδύνου, αφού τα ποσοστά που βρέθηκαν είναι τα υψηλότερα που αναφέρονται στη βιβλιογραφία για το γενικό πληθυσμό. 4) Η μειωμένη αντίσταση των αιμοκαθαριζόμενων ασθενών στους λοιμογόνους παράγοντες ίσως αποτελεί ένα ακόμη αίτιο της αυξημένης αυτής συχνότητας.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Ι. ΜΑΛΕΓΚΟΣ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ, Ι. ΠΑΡΑΣΥΡΗΣ, Γ. ΧΑΤΖΗΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Μ.Τ.Ν. Θεραπευτικής Κλινικής, Τμήμα Αιμοδοσίας Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Η παρουσία των αντισωμάτων έναντι του ιού της ηπατίτιδας C (αντι-HCV) μελετήθηκε σε 55 ασθενείς ηλικίας 31-82 ετών, υποβαλλόμενους σε αιμοκάθαρση. Ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 4.998 υγιείς αιμοδότες. Ο προσδιορισμός των αντι-HCV έγινε ταυτόχρονα με τη μέθοδο της ενζυμικής ανοσοπροσρόφησης (ELISA α' γενεάς της Ortho) και την ανοσοενζυμική (EIA α' γενεάς της Abbott). Στους οροθετικούς με την ELISA ασθενείς έγινε επανέλεγχος με την τεχνική της ανασυνδυασμένης ανοσοαποτύπωσης (RIBA) και στους οροθετικούς με την EIA ασθενείς έγινε επανέλεγχος με τη δοκιμασία εξουδετέρωσης (neutralization test).

Σε όλους τους ασθενείς έγινε έλεγχος των δεικτών ηπατίτιδας B και των τρανσαμινασών του ορού. Οροθετικοί βρέθηκαν συνολικά 25 ασθενείς (45,5%), δηλαδή 23 με την ELISA (42%) και 22 με την EIA (40%), ενώ τα ποσοστά των οροθετικών αιμοδοτών ήταν 1,2 και 0,8%, αντίστοιχα. Είκοσι από τους 25 ασθενείς ήταν οροθετικοί και με τις δύο μεθόδους. Το 87% των οροθετικών με την ELISA ασθενών και το 91% των οροθετικών με την EIA βρέθηκαν οροθετικοί όταν επανελέγχθηκαν με τις τεχνικές RIBA και εξουδετέρωσης αντίστοιχα (στους οροθετικούς αιμοδότες τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 50 και 37,5%). Έγινε σύγκριση των 20 οροθετικών και με τις δύο μεθόδους με τους 30 οροαρνητικούς ασθενείς ως προς ορισμένες παραμέτρους (φύλο, ηλικία, πρωτοπαθή νεφροπάθεια, διάρκεια της αιμοκάθαρσης, δείκτες ηπατίτιδας B, αριθμό μεταγγίσεων, τιμή των τρανσαμινασών του ορού και προηγηθείσα μεταμόσχευση νεφρού), από την οποία διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνον ως προς τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης (90 μήνες στους οροθετικούς έναντι 43 μηνών στους οροαρνητικούς ασθενείς ($p < 0,001$)).

Συμπερασματικά: 1) Η συχνότητα των αντι-HCV ήταν ιδιαίτερα υψηλή και δεν υπήρχε σημαντική διαφορά όταν αυτή προσδιορίστηκε με τη μία ή την άλλη τεχνική. 2) Το 90% περίπου των οροθετικών ασθενών βρέθηκε θετικό κατά τον επανέλεγχο με πιο ειδικές τεχνικές και 3) Οι οροθετικοί ασθενείς είχαν διπλάσια διάρκεια αιμοκάθαρσης από τους οροαρνητικούς ($p < 0,001$).

ΔΥΣΕΡΜΗΝΕΥΤΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΔΥΟ ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ
Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Ε. ΚΑΠΑΣΟΥΡΗ, Χρ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ, Μ. ΤΖΙΑΜΑΛΗΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Τμήμα Αιμοδοσίας Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Μονάδα Τεχνητού Νεφρού «Θεραπευτικής Κλινικής», Αθήνα

Η παρουσία των αντισωμάτων έναντι του ιού της ηπατίτιδας C (αντι-HCV) μελετήθηκε σε 29 ασθενείς και 13 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού κρατικής μονάδας αιμοκάθαρσης (Μονάδα Α), καθώς και σε 55 ασθενείς και 12 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού ιδιωτικής μονάδας αιμοκάθαρσης (Μονάδα Β). Ως ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 4.998 αιμοδότες. Ο προσδιορισμός των αντι-HCV έγινε από το ίδιο εργαστήριο με ανοσοενζυμική μέθοδο (ELISA) και όλα τα οροθετικά άτομα επανελέγχθηκαν με την τεχνική της ανασυνδυασμένης ανοσοαποτύπωσης (RIBA). Σε όλους τους ασθενείς και το προσωπικό έγινε επίσης προσδιορισμός των τρυνασμινασών του ορού και έλεγχος των δεικτών του ιού της ηπατίτιδας Β. Η συχνότητα αντι-HCV στους ασθενείς ήταν 6,8% (2/29) στη μονάδα Α και 42% (23/55) στη μονάδα Β ($p < 0,0009$), στο δε νοσηλευτικό προσωπικό τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 7,7% (1/13) και 8,3% (1/12) ($p < 0,95$). Κατά τον επανέλεγχο των οροθετικών ασθενών με την τεχνική RIBA, βρέθηκαν οροαρνητικοί οι δύο ασθενείς της μονάδας Α, αλλά ήταν οροθετικοί οι 20 από τους 23 ασθενείς της μονάδας Β (87%). Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών των δύο ομάδων ως προς το φύλο, την ηλικία, την υποκείμενη νεφροπάθεια, τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης, τον αριθμό των μεταγγίσεων που είχαν λάβει, τις τιμές των τρυνασμινασών και τους δείκτες ηπατίτιδας Β.

Συμπερασματικά, η συχνότητα των αντι-HCV διέφερε σημαντικά μεταξύ των ασθενών των δύο μονάδων, αλλά η διαφορά αυτή δεν κατέστη δυνατόν να ερμηνευθεί.

Ο ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΤΡΙΕΤΙΑ 1989-1991 (ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ)

Π. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Κ. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Χ. ΠΟΥΣΣΕΦ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Ν. ΚΟΤΖΑΔΑΜΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βέροιας

Στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Νοσοκομείου μας κατά τα έτη 1989, 1990 και μέχρι 30.9.91 υποβάλλονταν σε θεραπεία 36, 52 και 57 νεφροπαθείς αντίστοιχα. Ο μέσος χρόνος παραμονής στην αιμοκάθαρση ήταν $42,8 \pm 35$, $43,8 \pm 37,6$ και $42,95 \pm 37,9$ μήνες αντίστοιχα.

Από τους νεφροπαθείς αυτούς, νοσηλεύθηκαν στο Νεφρολογικό Τμήμα το 1989, 13 με 22 εισαγωγές και 320 ημέρες νοσηλείας, το 1990, 28 με 41 εισαγωγές και 558 ημέρες νοσηλείας και από 1.1.91 μέχρι 30.9.91, 37 με 62 εισαγωγές και 398 ημέρες νοσηλείας.

Για το έτος 1989 ο μέσος χρόνος νοσηλείας ανά ασθενή ήταν 25 και ανά εισαγωγή 15 ημέρες.

Για το έτος 1990 ο μέσος χρόνος νοσηλείας ανά ασθενή ήταν 19 και ανά εισαγωγή 14 ημέρες.

Για το έτος 1991 και μέχρι 30.9.91, ο μέσος χρόνος νοσηλείας ανά ασθενή ήταν 11 και ανά εισαγωγή 7 ημέρες.

Στατιστικά στοιχεία για τα αίτια νοσηλείας ανά έτος, παρατίθενται στον πίνακα:

Πίνακας αιτιών νοσηλείας νεφροπαθών υπό τεχνητό νεφρό

	1989		1990		1991	
	Ασθ.	Εισ.	Ασθ.	Εισ.	Ασθ.	Εισ.
1. Καρδιαγγειακά	6	10	8	8	9	12
2. Επιπλοκές Α-V-Fistula	3	7	145	6	15	278
3. Λοιμώξεις	2	3	51	5	8	47
4. Υπερκαλιαιμία	-	-	-	1	1	2
5. Διάφορα αίτια	2	2	6	8	9	163
6. Αιμορραγία ΓΕΣ	-	-	-	-	-	4

ΣΥΝΟΛΟ: 13/36 22 320 28/52 41 558 37/57 62 398

(Ασθ. = Ασθενείς, Εισ. = Εισαγωγές, Η.Ν. = Ημέρες Νοσηλείας)

Οι ημέρες νοσηλείας από διάφορα αίτια για το έτος 1990 είναι αυξημένες γιατί νοσηλεύσαμε πολυκαταγματία από τροχαίο και για το έτος 1991 γιατί περιλαμβάνει απορρυθμίσεις σακχάρου σε ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς.

Συμπεράσματα: 1) Ο μέσος χρόνος ημερών νοσηλείας ανά ασθενή και ανά εισαγωγή είναι αυξημένος κατά τα έτη 1989 και 1990 γιατί το Τμήμα είχε ανεπαρκή στελέχωση σε ιατρικό προσωπικό και, συγκεκριμένα, 1 Διευθυντή και 1 Επιμελητή Β'. 2) Το 1991 παρατηρούμε

σαφή ελάττωση των μέσων χρόνων νοσηλείας ανά ασθενή και εισαγωγή και μάλιστα σε επίπεδα αποδεκτά και αυτό γιατί το Τμήμα παρουσιάζει επαρκή στελέχωση σε ιατρικό προσωπικό: 1 Διευθυντή, 1 Επιμελητή Β' και 3 Ειδικευόμενους. 3) Το μεγαλύτερο πρόβλημα φαίνεται να παρουσιάζεται στην αγγειακή προσπέλαση για τα έτη 1989 και 1990, όπου το 1991 μεκύνεται: α) με τη χρήση φλεβοκαθετήρων και β) με την απόκτηση εμπειρίας από το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας και τους Χειρουργούς του Νοσοκομείου μας. 4) Ενώ το 1990 χρειάστηκαν 2 νοσοκομειακά κρεβάτια την ημέρα για τη νοσηλεία των νεφροπαθών του Τ.Ν., το 1991 χρειάστηκε 1 νοσοκομειακό κρεβάτι, παρά το ότι ο αριθμός των αιμοκαθαιρομένων αυξήθηκε.

ΦΛΕΒΙΚΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΑΚΡΑΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Π. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Τ. ΧΑΤΖΗΘΑΝΑΣΙΟΥ, Ι. ΓΕΝΑΡΙΔΗΣ, Α. ΙΩΑΝΝΟΥ, Ν. ΚΟΤΖΑΔΑΜΗΣ, Χ. ΓΙΟΥΣΣΕΦ

Νεφρολογικό Τμήμα Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βεροίας

Από τον Οκτώβριο του 1990, μέχρι τον Σεπτέμβριο του 1991, τοποθετήθηκαν στο Τμήμα μας 26 συνολικά φλεβικοί καθετήρες διπλού αυλού σε 16 ασθενείς.

Οι 18 ήταν καθετήρες βραχείας διάρκειας σκληρού υλικού και οι 8 μακράς διάρκειας και μαλακού υλικού.

Οι τοποθετήσεις έγιναν στο χειρουργείο με άσηπτες συνθήκες από ειδικευόμενο νεφρολόγο, σε συνεργασία με χειρουργό και αναισθησιολόγο.

Η τοποθέτηση του σκληρού καθετήρα ήταν απλή, ενώ του μαλακού ήταν πιο σύνθετη γιατί ο καθετήρας αυτός φέρει 1 cuff από Dacron, το οποίο εμφυτεύεται στον υποδόριο ιστό.

Από τους καθετήρες βραχείας διάρκειας, 4 τοποθετήθηκαν στην αριστερά υποκλείδιο, 9 στη δεξιά υποκλείδιο, 3 στην αριστερά σφαγιτίδα, 2 στη δεξιά σφαγιτίδα, ενώ από τους καθετήρες μακράς διάρκειας, 3 τοποθετήθηκαν στην αριστερά υποκλείδιο και 5 στη δεξιά υποκλείδιο.

Οι αιτίες τοποθέτησης των καθετήρων ήταν: ΟΝΑ 3, θρόμβωση A-V fistula 4, παρόξυνση ΧΝΑ 2, αναμονή ωρίμανσης πρώτης A-V fistula 5 και θρόμβωση μοσχεύματος 2.

Οι άμεσες επιπλοκές κατά την τοποθέτηση των καθετήρων ήταν: α) είσοδος σε υποκλείδιο αρτηρία 1, β) κάμψη οδηγού 2, γ) κακή ροή 2 και δ) πνευμοθώρακας 1.

Οι απώτερες επιπλοκές που παρουσιάστηκαν μόνο στους καθετήρες βραχείας διάρκειας ήταν: α) θρόμβωση καθετήρα 1 και β) ρήξη σκέλους καθετήρα 2.

Όλοι οι καθετήρες κατά την απομάκρυνσή τους δόθηκαν για καλλιέργεια και είχαμε μόνο μία θετική (*Stafilococcus rectace*) σε τεμάχιο του σημείου εξόδου.

Σε 6 (37,5%) από τους ασθενείς που χρησιμοποιήθηκαν καθετήρες βραχείας διάρκειας τοποθετήθηκαν περισσότεροι από ένας διότι παρουσιάστηκε απώτερη επιπλοκή στον καθετήρα ή καινούργια επιπλοκή της A-V Fistula.

Ο χρόνος παραμονής ήταν για μεν τους καθετήρες βραχείας διάρκειας 27 ± 18 ημέρες, για δε τους μακράς διάρκειας 131 ± 39 ημέρες. Οι αιμοκαθάρσεις που πραγματοποιήθηκαν διαμέσου των καθετήρων το χρονικό αυτό διάστημα ήταν 6,2% του συνόλου.

Ο μέσος όρος των τιμών ουρίας και κρεατινίνης για τους ασθενείς που έφεραν φλεβικό καθετήρα ήταν 175 ± 23 mg% και $11,9 \pm 1,3$ mg% αντίστοιχα και δεν διέφεραν από τις τιμές των υπολοίπων ασθενών

της Μονάδας μας.

Συμπεράσματα: 1) Οι φλεβικοί καθετήρες, λόγω της εύκολης τοποθέτησης από νεφρολόγο και λόγω της άμεσης διενέργειας αιμοκάθαρσης, που πολλές φορές είναι σωτήρια για τον ασθενή, είναι ισχυρό μέσο βοήθειας. 2) Η ποιότητα της αιμοκάθαρσης είναι ικανοποιητική. 3) Οι φλεβικοί καθετήρες μαλακού υλικού είναι μακροβιότεροι, δεν παρουσιάζουν απώτερες επιπλοκές και δεν απαιτούν συχνούς χειρουργικούς χειρισμούς στους ασθενείς.

ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΗ ΥΠΕΡΔΙΗΘΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΑΡΥ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Δ. ΣΤΑΥΡΙΑΝΑΚΗ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Π.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Περιγράφονται δύο άνδρες με βαρύ νεφρωσικό σύνδρομο (ΝΣ) και εκτεταμένο οίδημα ανά σάρκα που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με μεμονωμένη υπερδιήθηση.

Ο πρώτος ασθενής, 52 ετών, με ιστορικό TBC πνευμόνων και ήπιου σακχαρώδους διαβήτη, εμφάνισε αρχικά (Ιαν. 1985) μέτριας βαρύτητας ΝΣ με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Η βιοψία νεφρού έδειξε μεμβρανώδη σπειραματονεφρίτιδα σταδίου II. Χορηγήθηκαν διουρητικά και πλάσμα, αλλά 3 μήνες αργότερα διαπιστώθηκε αύξηση της λευκωματουρίας, των οιδημάτων και της κρεατινίνης ορού (Scr) σε 1,9 mg% και ακτινολογικά θρόμβωση των νεφρικών φλεβών. Παρά την αντιπηκτική θεραπεία, τους επόμενους 4 μήνες παρατηρήθηκε περαιτέρω επιδείνωση της λευκωματουρίας (μέχρι 40 g/24ωρο), της νεφρικής λειτουργίας (Scr 3,0 mg%) και των οιδημάτων, καθώς και αύξηση του σωματικού βάρους κατά 15 kg, έντονη δυσφορία και δύσπνοια. Έγινε ανεπιτυχής προσπάθεια μείωσης της λευκωματουρίας με ινδομεθακίνη και στη συνέχεια εφαρμόστηκε μεμονωμένη υπερδιήθηση (3 συνεδρίες σε 8 ημέρες), με αποτέλεσμα αφαίρεση 10 λίτρων υγρών και πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων. Η υπερδιήθηση συνεχίστηκε (1 συνεδρία κάθε 15-20 ημέρες) επί εξάμηνο, οπότε ο ασθενής εντάχθηκε σε πρόγραμμα χρόνιας αιμοκάθαρσης.

Ο δεύτερος ασθενής, 42 ετών, εμφάνισε αρχικά (Αύγ. 1990) μέτριας βαρύτητας ΝΣ με φυσιολογική νεφρική λειτουργία (Scr 1,0 mg%). Η βιοψία νεφρού έδειξε νόσο των ελαχίστων αλλοιώσεων. Χορηγήθηκαν κορτικοειδή και στη συνέχεια κυκλοφωσφαμίδη χωρίς ανταπόκριση. Νέα βιοψία νεφρού έδειξε εστιακή σπειραματοσκλήρυνση. Παρά τη χορήγηση κυκλοσπορίνης, η λευκωματουρία επιδεινώθηκε περαιτέρω (μέχρι 60 g/24ωρο), η Scr αυξήθηκε σε 3 mg% και ο ασθενής, εκτός από το εκτεταμένο οίδημα, εμφάνισε ασκίτη, μεγάλη συλλογή υγρού στον υπεζωκότα και οίδημα της σταφυλής που προκάλούσε έντονα δυσπνοϊκά φαινόμενα.

Μετά από ανεπιτυχή προσπάθεια μείωσης της λευκωματουρίας με λισινοπρίλη, εφαρμόστηκε μεμονωμένη υπερδιήθηση (3 συνεδρίες σε 10 ημέρες), με αποτέλεσμα την αφαίρεση 10 λίτρων υγρών και την εντυπωσιακή υποχώρηση των συμπτωμάτων. Η υπερδιήθηση συνεχίστηκε (1 συνεδρία ανά 15νθήμερο) επί 6 μήνες, οπότε ο ασθενής, λόγω περαιτέρω επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας (Scr 11 mg%), εντάχθηκε σε χρόνια αιμοκάθαρση.

Συμπερασματικά, πιστεύουμε ότι σε περιπτώσεις ΝΣ με βαριά λευκωματουρία και οίδημα ανθεκτικά στην κλασική θεραπεία, η

προσεκτική εφαρμογή μεμονωμένης υπερδιήθησης προκαλεί θεαματική βελτίωση των οιδημάτων και των συνοδών συμπτωμάτων των ασθενών.