

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

45n ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.
18-19 ΜΑΡΤΙΟΥ 1993 - ΑΘΗΝΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 18 Μαρτίου 1993

09.00-10.30	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
10.30-10.45	Διάλειμμα - Καφές
10.45-13.00	Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας
13.00-13.15	Διάλειμμα - Καφές
13.15-14.45	Συνεδρίαση Επιτροπής Υποτροφίας ΕΝΕ
16.30-18.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
18.00-18.15	Διάλειμμα - Καφές
18.15	Τακτική Γενική Συνέλευση - Εκλογές

Παρασκευή 19 Μαρτίου 1993

09.00-10.30	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
10.30-10.45	Διάλειμμα - Καφές
10.45-11.50	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
11.50-12.05	Διάλειμμα - Καφές
12.05	Καταστατική Γενική Συνέλευση
21.30	Δείπνο

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 18 Μαρτίου 1993

- 09.00-10.30 **Ελεύθερες Ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ
Μ. ΠΑΠΠΑΣ
- 09.00-09.10 (1) **ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ (ANCA) ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΟΥ ΕΜΜΕΣΟΥ ΑΝΟΣΟΦΘΟΡΙΣΜΟΥ (ΙΙΦ)**
Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ
ΜΤΝ Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου" - Θεσ/νίκη
- 09.10-09.20 (2) **ΒΑΡΕΙΑ ΜΥΙΚΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΟΚΑΛΙΜΙΑ ΣΑΝ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ SJOGREN**
Ν. ΠΑΣΣΑΛΙΔΟΥ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Σ. ΔΗΜΟΥ ΚΑΙ Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Τομέας Παθολογίας και Εργαστήριο Παθολογοανατομίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- 09.20-09.30 (3) **ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΑΡΥΤΗΤΗΣ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ ΜΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**
Κ.ΦΟΥΡΤΟΥΝΑΣ, Δ. ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ, Γ. ΤΣΟΥΧΝΙΚΑΣ, Κ.ΜΠΑΡΜΠΟΥΤΗΣ
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Σερρών

- 09.30-09.40 (4) **ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΝΕΦΡΟΤΟΞΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΩΝ ΜΕ ΥΨΗΛΗ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΗ ΩΣΜΩΤΙΚΟΤΗΤΑ**
Ο. ΓΕΡΟΒΑΣΙΛΗ¹, ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ², Α. ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗ², Β. ΑΓΡΟΓΙΑΝΝΗΣ², Α. ΓΟΥΛΙΑΜΟΣ¹, Γ. ΚΩΤΟΥΛΑΣ¹, Λ. ΒΛΑΧΟΣ¹, Δ. ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ²
1 Έδρα Ακτινολογίας Παν. Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο.
2 Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο.
- 09.40-09.50 **Συζήτηση**
- 09.50-10.00 (5) **ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΚΑΡΟΣΙ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟ ΑΠΟ 14ΕΤΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ**
Μ. ΚΟΥΚΛΑΚΗ, Ι. ΤΖΑΝΑΚΗΣ, Θ. ΧΟΡΕΥΤΑΚΗ, Θ. ΝΙΚΟΛΑΚΑΚΗΣ, Μ. ΜΑΡΓΑΡΙΤΑΚΗ, Α. ΦΡΟΓΟΥΔΑΚΗ, Α. ΠΟΠΟΒΙΤΣ, Σ. ΚΑΓΙΑ
Νεφρολογικό Τμήμα και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο του Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Χανίων "Ο Άγιος Γεώργιος"
- 10.00-10.10 (6) **ΑΣΥΝΗΘΕΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΛΟΙΜΩΣΗΣ ΑΠΟ ΡΝΕΥΜΟCΥSTIS CARINII (PC) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ (MTN)**
Ι. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Ε. ΨΗΜΕΝΟΥ, Α. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ, Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ ΚΑΙ ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμόσχευσης, Γεν. Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα
- 10.10-10.20 (7) **ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΟΥΣ ΝΕΦΡΟΥΣ (ΠΝ)**
Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Φ. ΣΟΛΩΝΑΚΗ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Γ. ΙΜΒΡΙΟΣ, ΓΡ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ, Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Θ. ΤΑΒΛΑΡΙΔΗΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Α.Π.Θ. Θεσ/νίκη
- 10.20-10.30 **Συζήτηση**

- 10.30-10.45 **Διάλειμμα - Καφές**
- 10.45-13.00 **Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας**
Θέμα: «ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C»
Συντονιστής: Καθ. Σ. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΗΣ
Εισηγητές:
ΕΜ.ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ : Επιδημιολογία-Μετάδοση
Γ.ΚΟΣΚΙΝΑΣ : Ορολογική διάγνωση
Δ.ΤΣΑΝΤΟΥΛΑΣ : Κλινική έκφραση και φυσική πορεία
Σ.ΝΤΟΥΡΑΚΗΣ : ΗCV λοίμωξη στους νεφροπαθείς
ΕΜ.ΜΑΝΕΣΗΣ : Προληπτική και θεραπευτική αντιμετώπιση
- 13.00-13.15 **Διάλειμμα - Καφές**
- 13.15-14.45 **Συνεδρίαση Επιτροπής Υποτροφίας**
- 16.30-18.00 **Ελεύθερες Ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Ι.ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗΣ
Π.ΚΟΥΡΕΤΑ
- 16.30-16.40 (8) **ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ**
Θ. ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ, Φ. ΑΓΓΕΛΕΛΗ ΚΑΙ Π. ΚΟΥΡΕΤΑ
Νεφρολογικό Τμήμα Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης
- 16.40-16.50 (9) **ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΤΑ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ 5 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ**
Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Κ. ΘΩΜΑΙΔΗΣ, Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Γ. ΜΙΣΙΑΣ, Μ. ΔΙΑΡΜΙΣΑΚΗΣ, Π. ΣΠΥΡΟΥ
MTN και Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου" Θεσ/νίκης
- 16.50-17.00 (10) **ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΟΞΕΩΣΗ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**
Α. ΕΥΣΤΡΑΤΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΒΟΓΙΑΚΗ
Γ Παθολογική Κλινική Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

- 17.00-17.10 Συζήτηση
- 17.10-17.20 (11) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΨΙΜΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΡΦΥΡΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ, Γ. ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΥΔΑΚΗΣ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΓΙΑΛΟΥΡΗΣ, Α. ΚΑΤΣΑΡΟΥ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. Κέρκυρας και Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Π.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"
- 17.20-17.30 (12) ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΡΑΡΑΚΙΑΤ, ΠΑΡΑ ΤΗΝ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΚΑΤΑ 4 ΜΕΡΕΣ ΕΝΑΡΞΗ ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗΣ
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Χ. ΝΟΥΣΙΑΣ, Π. ΜΑΓΓΑΝΑ, Ε. ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ, Δ. ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ, Δ. ΒΛΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα, Ν. Γενικό Νοσοκομείο "Α. Φλέμιγκ", Αθήνα.
- 17.30-17.40 (13) ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΤΡΥΓΙΚΟ ΑΛΑΣ ΟΞΙΝΗΣ ΦΩΣΦΑΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΙΣΤΟΜΟΡΦΟΜΕΤΡΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑΣ
Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Χ. ΝΙΚΟΛΟΥ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Χ. ΤΡΙΓΩΝΗ, Β. ΑΠΟΣΤΟΛΑΣ, Ι. ΠΑΡΑΣΥΡΗΣ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Ι. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ, Ν. ΘΑΛΑΣΣΙΝΟΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ
Νεφρολογικό, Ενδοκρινολογικό και Βιοχημικό Τμήμα Γ.Π.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

- 17.40-17.50 (14) ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ Lp (a) ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ
Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Ε. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗ, Ν. ΓΕΡΜΑΝΟΣ, Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ, Γ. ΣΦΑΙΡΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ, Χ. ΤΖΙΑΛΛΑΣ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Τομέας Παθολογίας και Εργαστήριο Βιοχημείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Μ.Τ.Ν. Νοσοκομείων Αγρινίου, Κερκύρας και "Γ. Χατζηκώστα" Ιωαννίνων.
- 17.50-18.00 Συζήτηση
- 18.00-18.15 Διάλειμμα - Καφές
- 18.15 ΤΑΚΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ - ΕΚΛΟΓΕΣ

Παρασκευή 19 Μαρτίου 1993

- 09.00-11.50** Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: **Κ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ,**
Ι. ΜΠΟΛΕΤΗΣ
- 09.00-09.10** (15) ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΑΜΙΚΑ-
ΣΙΝΗΣ ΣΤΟ ΥΓΡΟ ΑΠΛΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΚΥ-
ΣΤΕΩΝ
Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Χ.
ΦΥΤΙΛΗ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Ι. ΣΚΑΝΔΑΛΟΣ, Ζ. ΤΣΙΤΑΜΙ-
ΔΟΥ, Α. ΔΡΕΒΕΛΕΓΚΑΣ, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ
ΜΤΝ και Ακτινολογικό Εργαστήριο Γ.Π.Ν. "Γ.
Παπανικολάου" - Θεσ/νίκη.
- 09.10-09.20** (16) Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙ-
ΚΗΣ ΣΤΟ ΤΡΥΓΙΚΟ ΑΛΑΣ ΟΞΙΝΗΣ ΦΩΣΦΑ-
ΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΙ-
ΚΙΛΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Δ. ΣΤΑΥΡΙΑΝΑΚΗ, Χ. ΝΙΚΟΛΟΥ, Β.
ΑΠΟΣΤΟΛΑΣ, Σ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ, Β. ΜΑΡ-
ΓΕΛΛΟΣ, Ι. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ, Ν. ΘΑΛΑΣΣΙΝΟΣ, Α.
ΜΠΙΛΛΗΣ
Νεφρολογικό, Ενδοκρινολογικό και Βιοχημικό
Τμήμα Γ.Π.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα
- 09.20-09.30** (17) ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΟΝΑ-
ΤΡΙΑΙΜΙΑΣ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑ-
ΤΡΕΠΤΙΚΟΥ ΕΝΖΥΜΟΥ (ΑΜΕ) ΣΕ ΑΣΘΕ-
ΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΚΑ)
Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Σ.
ΖΙΑΚΚΑ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Παν. Ιωαννί-
νων, Ιωάννινα
- 09.30-09.40** Συζήτηση

- 09.40-09.50** (18) ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟΙ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗ-
ΤΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
ΧΩΡΙΣ ΜΗΧΑΝΗΜΑ). ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΑΝΑ-
ΚΟΙΝΩΣΗ
Π. ΑΝΑΣΗΣ, Γ. ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΥΔΑΚΗΣ
Νεφρολογική Κλινική 401 Γ.Σ.Ν.Α.
- 09.50-10.00** (19) ΕΠΑΝΑΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΘΡΟΜΒΩΜΕΝΗΣ
Α-Φ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΑ-
ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΟΥ ΑΝΘΡΩΠΕΙΟΥ, ΙΣΤΙΚΟΥ
ΤΥΠΟΥ, ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΤΗ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΙΝΟ-
ΓΟΝΟΥ (rHu TISSUE PLASMINOGEN
ACTIVATOR)
Δ. ΒΛΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΜΑΓΓΑΝΑ, Ε. ΛΟΓΟΘΕ-
ΤΗΣ, Χ. ΝΟΥΣΙΑΣ, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Δ. ΑΡΒΑΝΙ-
ΤΗΣ, Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα, Ν. Γεν. Νοσοκομείο "Α.
Φλέμιγκ", Αθήνα
- 10.00-10.10** (20) ΜΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΜΟ-
ΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΕΙΚΟΣΑΜΗ-
ΝΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ
Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Δ. ΒΛΑΣΟΠΟΥΛΟΣ,
Δ. ΛΙΛΗΣ, Δ. ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Π.
ΜΑΓΓΑΝΑ, Ε. ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ, Χ. ΝΟΥΣΙΑΣ, ΑΙΚ.
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ, Κ. ΛΟΥΙΖΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα και Κέντρο Αιμοδοσίας, Ν.Γεν.
Νοσοκομείο "Α. Φλέμιγκ", Αθήνα.
- 10.10-10.20** (21) ΒΙΟΨΙΑ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟ-
ΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΘΕΤΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩ-
ΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C
Σ. ΣΠΑΙΑ¹, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ¹, Π. ΜΑΜΜΗ-ΠΙΕΤΡΙ-
ΔΟΥ¹, Α. ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΣ², Ε. ΒΡΕΤΤΟΥ³, Μ. ΡΑ-
ΠΤΟΠΟΥΛΟΥ², Γ. ΒΑΠΩΝΑΣ¹
1. Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσ. ΙΚΑ Θεσ/νίκης, 2.
Β2 Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Θεσ/νί-
κης, 3. Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθο-
λογικής Ανατομικής Α.Π.Θ.
- 10.20-10.30** Συζήτηση
- 10.30-10.45** Διάλειμμα - Καφές

- 10.45-10.55** (22) ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΤΟΜΠΟΥΤΑΜΙΝΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΑΡΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Θ. ΜΠΙΣΧΙΝΙΩΤΗΣ, Β. ΡΑΙΚΟΥ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Σ. ΣΠΑΙΑ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσ. ΙΚΑ Θεσ/νίκης.
- 10.55-11.05** (23) "ΠΑΓΙΔΕΣ" ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
Σ. ΣΠΑΙΑ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ε. ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΑΤΜΑΤΖΙΔΗΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική, Β' Νοσ. ΙΚΑ Θεσσαλονίκης
- 11.05-11.15** (24) ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΣΜΕΥΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΛΟΥΜΙΝΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ
Δ. ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ, Κ. ΦΟΥΡΤΟΥΝΑΣ, Γ. ΤΣΟΥΧΝΙΚΑΣ, Κ. ΜΠΑΡΜΠΟΥΤΗΣ
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γεν. Νομ. Νοσ. Σερρών
- 11.15-11.25** (25) ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (1990-1992)
Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ε. ΑΤΜΑΤΖΙΔΗΣ, Ε. ΚΟΚΚΟΛΟΥ, Θ. ΤΣΟΥΛΚΑΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσ. ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.
- 11.25-11.35** (26) ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΡΕΝΙΝΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ (RAS) ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΗΝ ΕΚΚΡΙΣΗ ΕΝΔΟΓΕΝΟΥΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ (ΕΡΟ) ΣΕ ΧΡΟΝΙΩΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ
Δ.Β. ΒΛΑΧΑΚΟΣ, ΧΡ. ΜΠΑΛΟΔΗΜΟΣ, Β. ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ε.ΧΗΝΑΡΗ ΚΑΙ Ι.Γ. ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗΣ
Νεφρολογικό Κέντρο, Περιφερικό Πανεπιστημιακό Νοσ. Πατρών
- 11.35-11.50** Συζήτηση
- 11.50-12.05** Διάλειμμα - Καφές
- 12.05** Καταστατική Γενική Συνέλευση
- 21.30** Δείπνο

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΩΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ (ANCA) ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΟΥ ΕΜΜΕΣΟΥ ΑΝΟΣΟΦΘΟΡΙΣΜΟΥ (IIF)

Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ

ΜΤΝ Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου" - Θεσ/νίκη

Τους τελευταίους 12 μήνες εξετάσθηκαν, για την παρουσία των ANCA, συνολικά 40 δείγματα ορού προερχόμενα από 32 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύθηκαν σε διάφορα τμήματα του Νοσοκομείου μας. Αρχικά η παρουσία ή μη των ANCA ελέγχθηκε με ανοσοενzymική μέθοδο στερεάς φάσης (Elisa, Biocard Diagnostics AB, Sweden). Βρέθηκαν 8 θετικά δείγματα στα 6 από τα οποία ανιχνεύθηκαν αντισώματα κατά της μυελοπεροξειδάσης (MPO-ANCA), ενώ στα υπόλοιπα 2 ανιχνεύθηκαν αντισώματα κατά αντιγονικού στόχου που προέρχονταν από ολικό εκχύλισμα των α-κοκκίων των ουδετεροφίλων (ANCA). Στη συνέχεια τα δείγματα εξετάσθηκαν με τη μέθοδο του έμμεσου ανοσοφθορισμού (IIF) σε ουδετερόφιλα υγιή δότη μονιμοποιημένα σε αιθυλική αλκοόλη (96%, 4°C, 15 min). Αναφέρεται η εμπειρία μας από την εφαρμογή της τεχνικής του IIF.

ΒΑΡΕΙΑ ΜΥΙΚΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑ ΣΑΝ ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ SJOGREN

Ν. ΠΑΣΣΑΛΙΔΟΥ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Σ. ΔΗΜΟΥ ΚΑΙ Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Τομέας Παθολογίας και Εργαστήριο Παθολογοανατομίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Περιγράφουμε περίπτωση ασθενούς ηλικίας 27 ετών η οποία εμφάνισε βαριά συμπτωματική υποκαλιαιμία (K^+ ορού=1.8 mmol/L) σαν πρώτη και μοναδική εκδήλωση πρωτοπαθούς συνδρόμου Sjogren. Από 4/μήμου η ασθενής ανέφερε ανορεξία και εμέτους, λόγω εγκυμοσύνης η οποία διακόπηκε με θεραπευτική απόξεση 15 ημέρες προ της εισαγωγής της. Κατά την εισαγωγή της στο Νοσοκομείο η ασθενής εμφάνιζε υπερχλωραιμική μεταβολική οξέωση με φυσιολογικό χάσμα ανιόντων ($pH=7.30$, $PCO_2=26$ mmHg, $HCO_3^- = 13$ mmol/L, $Cl^- = 112$ mmol/L), αλκαλικό pH ούρων (7.3) και πολυκλωνική υπεργασμασφαιριναιμία. Αν και η διόρθωση της συνυπάρχουσας υποογκαιμίας και υποκαλιαιμίας με την ενδοφλέβια χορήγηση NaCl και KCl είχε σαν αποτέλεσμα μικρή αύξηση του αρτηριακού pH , η ασθενής συνέχισε να εμφανίζει βαθμό ήπιας μεταβολικής οξέωσης ($pH=7.34$) και αλκαλικό pH ούρων. Ωστόσο, επανειλημμένα το χάσμα ανιόντων των ούρων ήταν πολύ χαμηλό κυρίως εξαιτίας της αυξημένης αποβολής Cl^- στα ούρα η οποία οφείλονταν στη βαρεία υποκαλιαιμία. Ο ανοσολογικός έλεγχος έδειξε την εμφάνιση αυξημένου τίτλου αντιπυρηνικών αντισωμάτων (1/1280) με σικτικό πρότυπο και anti-Ro (SSA) (+), ενώ η βιοψία χείλους έδειξε αραιές λεμφοκυτταρικές διηθήσεις. Τέλος η διαδερμική βιοψία νεφρού έδειξε διάμεση νεφρίτιδα με προεξάρχουσα την λεμφοπλασματοκυτταρική διήθηση. Συμπερασματικά: Η ανεύρεση ανεργμίνευτης υποκαλιαιμίας μπορεί να είναι η πρώτη και μοναδική εκδήλωση πρωτοπαθούς συνδρόμου Sjogren.

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΑΡΥΤΑΤΗΣ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ ΜΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Κ.ΦΟΥΡΤΟΥΝΑΣ, Δ. ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ, Γ. ΤΣΟΥΧΝΙΚΑΣ, Κ.ΜΠΑΡΜΠΟΥΤΗΣ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Σερρών

Ασθενής ηλικίας 28 ετών, σε τελικό στάδιο ΧΝΑ προσκομίσθηκε στο Νοσοκομείο επειδή παρουσίασε σύγχυση, λίθιарγο, έντονο βράγχος φωνής, εμέτους και ανουρία από 24ώρου.

Κατά την εισαγωγή του ο έλεγχος έδειξε $HCO_3^- 30\%$, Λευκά 8.000 (92-8), ουρία αίματος 180 mg%, κρεατινίνη ορού 8,8 mg%, κάλιο ορού 3,4 mEq/l και νάτριο ορού 103-105 mEq/l σε τρεις μετρήσεις. Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε συμφόρηση των πυλών και το ΗΚΓ/φρημα, καθώς και η αρτηριακή πίεση (Α.Π.), ήταν σε φυσιολογικά πλαίσια (Α.Π. 150/90 mmHg). Αρχικά χορηγήθηκαν στον ασθενή 1000 ml διαλύματος NaCl (0,9%) σε 4 ώρες. Επειδή όμως η κλινική εικόνα του ασθενούς επιδεινώθηκε, συνεχίζοντας να είναι ανουρικός, τοποθετήθηκε υποκλειδίου καθετήρας αιμοκάθαρσης (Α) διπλού αυλού και υποβλήθηκε σε 3ωρη συνεδρία Α με νάτριο διαλύματος 132 mEq/l.

Η βελτίωση του ασθενούς στο τέλος της Α ήταν θεαματική κυρίως όσον αφορά την νοπτική λειτουργία και το βράγχος της φωνής, το δε νάτριο του ορού ήταν 117 mEq/l. Στη συνέχεια χορηγήθηκαν στον ασθενή 2 lt διαλύματος NaCl (0,9%), σε διάστημα 36 ωρών. Η κλινική εικόνα βελτιώθηκε ακόμη περισσότερο, αποκαταστάθηκε πολύ ικανοποιητική διούρηση (1500 ml/24ωρο), και το νάτριο του ορού έφθασε στα 132 mEq/l. Καθόλη τη διάρκεια της παρακολούθησης δεν παρατηρήθηκαν νευρολογικές επιπλοκές.

Το ενδιαφέρον της περίπτωσης έγκειται στο γεγονός ότι με την εφαρμογή της Α, ο ασθενής παρουσίασε άμεση βελτίωση της κλινικής εικόνας, χωρίς τον κίνδυνο υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας από τη χορήγηση υγρών.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι, ο πλέον επιτυχής και ακίνδυνος τρόπος αντιμετώπισης της υπονατρίαμίας, σε ασθενή με τελικό στάδιο Χ.Ν.Α. είναι η εφαρμογή επείγουσας αιμοκάθαρσης με διάλυμα χαμηλής περιεκτικότητας σε νάτριο, για την αποφυγή απειλητικών για τη ζωή επιπλοκών, πιθανώς από ταχεία διόρθωση της υπονατρίαμίας.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΝΕΦΡΟΤΟΞΙΚΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΚΙΑΓΡΑΦΙΚΩΝ ΜΕ ΥΨΗΛΗ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΗ ΩΣΜΩΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ο. ΓΕΡΟΒΑΣΙΛΗ¹, ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ², Α. ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗ², Β. ΑΓΡΟΠΙΑΝΝΗΣ², Α. ΓΟΥΛΙΑΜΟΣ¹, Γ. ΚΩΤΟΥΛΑΣ¹, Λ. ΒΛΑΧΟΣ¹, Δ. ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ²

¹ Έδρα Ακτινολογίας Παν. Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο.

² Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο.

Η παρούσα εργασία στοχεύει στη μελέτη της επίδρασης στη νεφρική λειτουργία ενός εκ των νεωτέρων μη ιονικών χαμηλής ωσμωτικότητας σκιαγραφικών του Iopentol με ωσμωτικότητα 640 mosm/kg H₂O, γλυκύτητα 6,5 m P στους 37°C και περιεκτικότητα ιωδίου 300 mg/ml και στις διαφορές που παρουσιάζονται συγκριτικά με ένα εκ των ιονικών υψηλής ωσμωτικότητας σκιαγραφικών του Sodium + Meglumine Diatrizoate με ωσμωτικότητα 2100 mosm/kg H₂O, περιεκτικότητα ιωδίου 370 mg/ml και γλυκύτητα 8,9 c P στους 37°C.

Μελετήθηκαν 30 μη διαβητικοί ασθενείς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα 15 ασθενείς (11 άνδρες, 4 γυναίκες) 31-76 ετών (μέση 54 έτη) χορηγήθηκαν 50 ml IV Iopentol. Στην δεύτερη ομάδα επίσης 15 ασθενών (11 άνδρες, 4 γυναίκες) 29-70 ετών (μέση 53 έτη) χορηγήθηκαν 50 ml IV Meglumine + Sodium Diatrizoate. Η επίδραση επί της νεφρικής λειτουργίας εκτιμήθηκε με τη σύγκριση της κρεατινίνης, της β2-Μικροσφαιρίνης (β2-M) και του ουρικού οξέος του ορού και των ούρων από 24ωρη συλλογή καθώς και της πρωτεϊνουρίας 24 ώρες προ και 24 ώρες μετά τη χορήγηση του σκιαγραφικού. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες Student "t" test κατά ζεύγη και Wilcoxon test για κατά ζεύγη παρατηρήσεις προκειμένου για την β2-M.

Τα ευρήματα συνοψίζονται στον ακόλουθο πίνακα:

		Diatrizoate		%	Iopentol		%
ΟΡΟΣ	Κρεατινίνη (μmol/L)	Π	90,2±3,8	4,0	81,2±3,1	1,8	
		M	93,8±4,6		82,6±3,4		
	β2-Μικροσφαιρίνη (mg/L)	Π	1,7±0,1	-1,7	1,4±0,1	1,4	
		M	1,7±0,1		1,4±0,1		
	Ουρικό οξύ (μmol/L)	Π	269,8±13,1	-3,4	296,0±21,2	-0,5	
		M	260,6±13,9		294,4±21,2		

ΟΥΡΑ	Κρεατινίνη (μmol/L)	Π	11,1±2,1	-1,7	10,1±0,8	5,9
		M	10,9±2,7		10,7±1,0	
	β2-Μικροσφαιρίνη (μg/24hrs)	Π	126,7±15,4	17,9	98,1±23,9	10,3
		M	149,4±17,2		108,2±15,3	
	Ουρικό οξύ (mmol/24hrs)	Π	3,9±0,6	-2,0	2,8±0,3	3,5
		M	3,8±0,8		2,9±0,3	
Πρωτεΐνες (g/24hrs)	Π	0,13±0,02	7,7	0,15±0,04	20,0	
	M	0,14±0,02		0,18±0,04		
Διούρηση (ml/24hrs)	Π	1495±112,2	13,8	1143,8±103,3	4,5	
	M	1702,3±125,5		1195,0±120,4		

X ± SEM pNS

Από τα ευρήματά μας συμπεραίνεται ότι για κανένα από τα σκιαγραφικά που χορηγήθηκαν, κανείς από τους δείκτες ελέγχου της νεφρικής λειτουργίας που χρησιμοποιήθηκαν δεν μεταβάλλεται στατιστικά σημαντικά. Αξιόλογη μεταβολή αλλά μη στατιστικά σημαντική παρατηρήθηκε στη β2-M των ούρων (αύξηση 17,9% με το Diatrizoate και 10,3% με το Iopentol) και της πρωτεϊνουρίας 24ώρου (αύξηση 20% με το Iopentol και 7,7% με το Diatrizoate). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην επίδραση επί της νεφρικής λειτουργίας από την χορήγηση των δύο σκιαγραφικών του ιονικού υψηλής ωσμωτικότητας Diatrizoate και του μη ιονικού χαμηλής ωσμωτικότητας Iopentol. Το πολύ υψηλότερο κόστος του Iopentol πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν για την επιλογή του κατάλληλου σκιαγραφικού σε μη διαβητικά άτομα με φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΣΑΡΚΩΜΑΤΟΣ ΚΑΡΟΣΙ ΚΑΙ ΗΠΑΤΟΧΟΛΑΓΓΕΙΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟ ΑΠΟ 14ΕΤΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ

Μ. ΚΟΥΚΛΑΚΗ, Ι. ΤΖΑΝΑΚΗΣ, Θ. ΧΟΡΕΥΤΑΚΗ, Θ. ΝΙΚΟΛΑΚΑΚΗΣ, Μ. ΜΑΡΓΑΡΙΤΑΚΗ, Α. ΦΡΟΓΟΥΔΑΚΗ, Α. ΠΟΠΟΒΙΤΣ, Σ. ΚΑΓΙΑ

Νεφρολογικό Τμήμα και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο του Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου Χανίων "Ο Άγιος Γεώργιος"

Παρουσιάζεται περίπτωση ανδρός ηλικίας 43 ετών, ο οποίος είχε υποβληθεί σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού πριν από 14 χρόνια και ευρίσκετο υπό ανοσοκαταστολή με κορτικοστεροειδή και αζαθειοπρίνη και ο οποίος ανέπτυξε δερματικό σάρκωμα ΚΑΡΟΣΙ και ηπατοχολαγγειοκαρκίνωμα επί εδάφους κίρρωσας. Ταυτόχρονα είχε θετικά αντισώματα κατά της ηπατίτιδας C και του κυτταρομεγαλοϊού (IgG). Συζητείται η συσχέτιση των ανωτέρω.

ΑΣΥΝΗΘΕΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΠΝΕΥΜΟCΥSTIS CARINII (PC) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ (MTN)

Ι. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Ε. ΨΗΜΕΝΟΥ, Α. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ, Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ ΚΑΙ ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμόσχευσης, Γεν. Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

Η πνευμονία από PC αποτελεί σοβαρότατη επιπλοκή της MTN με καθορισμένα και σταθερά κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά. Εκδηλώνεται, κατά κανόνα, 1-6 μήνες μετά τη μεταμόσχευση και έχει κατεξοχήν πνευμονική εντόπιση που λαμβάνει τη μορφή της αμφοτερόπλευρης διάχυτης διήθησης.

Παρουσιάζονται τρεις περιπτώσεις ασθενών με MTN, στους οποίους η λοίμωξη από PC εμφάνιζε ασυνήθεις χαρακτήρες. Οι δύο πρώτοι ασθενείς (Α: Γυναίκα 42 ετών, με πρωτοπαθή νόσο σπειραματονεφρίτιδα, μεταμοσχευθείσα από ζώντα συγγενή δότη, υπό Αza: 100 mg/ημ, CsA: 2.0 mg/kg/ημ, MP: 8 mg/ημ., με Cr ορού: 3.5 mg% και Β: Γυναίκα 33 ετών, με πρωτοπαθή νόσο σακχαρώδη διαβήτη, μεταμοσχευθείσα από πτωματικό δότη, υπό Αza: 75 mg/ημ., CsA: 6 mg/kg/ημ., MP: 4 mg/ημ., με Cr ορού 1.7 mg%) εμφάνισαν την τυπική κλινική εικόνα της πνευμονίας από PC. Η ασθενής Α απεβίωσε, ενώ η Β ιάθη. Ο χρόνος όμως που συνέβη η λοίμωξη και στις δύο ασθενείς, ήταν σημαντικά απομακρυσμένος από το χρόνο της μεταμόσχευσης (45 και 16 μήνες για την Α και Β ασθενή αντιστοίχως), χωρίς να υπάρχουν ιδιαίτεροι προδιαθετικοί παράγοντες. Ο ασθενής Γ, άνδρας 50 ετών, με πρωτοπαθή νόσο σπειραματονεφρίτιδα, μεταμοσχευθείς από πτωματικό δότη, υπό Αza: 50 mg/ημ, CsA: 3,5 mg/kg/ημ. MP: 24 mg/ημ., με Cr ορού: 1.9 mg%, παρουσίασε πνευμονία από PC 3 μήνες μετά τη MTN. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του και ενώ ήταν υπό μηχανική αναπνευστική υποστήριξη, διαπιστώθηκαν πνευμονικές κοιλότητες, η δε ιστολογική εξέταση του μοσχεύματος, μετά την αφαίρεσή του, έδειξε διάμεση νεφρίτιδα από PC. Ο ασθενής απεβίωσε. Οι παρατηρήσεις αυτές υποδηλώνουν ότι, σε ασθενείς που υποβάλλονται σε MTN: 1) Περιπτώσεις πνευμονίας, ακόμα και όταν εκδηλώνονται πολύ απομακρυσμένα από το χρόνο της μεταμόσχευσης, μπορεί να οφείλονται σε PC. 2) Πνευμονικές κοιλότητες μπορεί να αποτελούν εξέλιξη πνευμονίας από PC. 3) Η διάμεση νεφρίτιδα από PC ίσως να αποτελεί πρόσθετο παράγοντα δυσλειτουργίας του μοσχεύματος σε ορισμένες περιπτώσεις πνευμονίας από PC.

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΟΥΣ ΝΕΦΡΟΥΣ (ΠΝ)

Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΛΑΣ, Φ. ΣΟΛΩΝΑΚΗ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Γ. ΙΜΒΡΙΟΣ, ΓΡ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ, Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Θ. ΤΑΒΛΑΡΙΔΗΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Α.Π.Θ. Θεσ/νίκη

Επί συνόλου 308 μεταμοσχεύσεων νεφρού που έγιναν από τον Ιανουάριο του 1983 έως τον Δεκέμβριο 1992 υπήρξαν 26 ασθενείς (ποσοστό 8.44%), των οποίων η πρωτοπαθής νόσος ήταν πολυκυστικοί νεφροί. Οι ασθενείς αυτοί (19 άνδρες) μέσης ηλικίας 49 ετών (διακύμανση 35-58 έτη) έλαβαν 8 νεφρούς από ζώντα συγγενή δότη και 18 πτωματικούς. Ο μέσος χρόνος υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας τους ήταν 47 μήνες (21 ασθενείς ήταν σε ΤΝ και 5 σε ΣΦΠΚ). Οι ασθενείς με ζώντα δότη πήραν τριπλή ανοσοκαταστολή (Medrol, Aza, CsA) και οι με πτωματικό δότη τετραπλή (Medrol, Aza, ALG, CsA). Προεγχειρητικά έγιναν 5 ετερόπλευρες νεφρεκτομές για υποτροπιάζοντες κολλικούς και ουρολοιμώξεις. Η αθροιστική επιβίωση ασθενών και μοσχευμάτων τον πρώτο χρόνο μετά τη μεταμόσχευση ήταν 96% και 92% αντίστοιχα και τον δεύτερο 92% και 88%. Η κρεατινίνη του ορού των ασθενών στο τέλος του 1ου μήνα και κατά την τελευταία εξέταση ήταν 1.9 ± 2.31 mg% και 2.1 ± 1.9 mg% αντίστοιχα, ($p=NS$). Διαπιστώθηκαν 12 οξείες απορριπτικές κρίσεις σε 10 ασθενείς (0.46/ασθενή). Πέντε, από τους 13 ασθενείς με ουρολοιμώξεις, είχαν κλινική συμπτωματολογία από τους πολυκυστικούς νεφρούς και σε δύο από αυτούς απαιτήθηκε νεφρεκτομή. Πέντε ασθενείς (19.23%) παρουσίασαν πολυερυθραιμία ($Ht > 54\%$), 2 είχαν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και 11 είχαν επεισόδια αιματοουρίας. Συμπερασματικά η νεφρική μεταμόσχευση σε ασθενείς με πολυκυστικούς νεφρούς σχετίζεται με υψηλό ποσοστό επιβίωσης ασθενών και μοσχευμάτων, υψηλή συχνότητα ουρολοιμώξεων που συχνά εντοπίζονται στους πολυκυστικούς νεφρούς και υψηλή συχνότητα πολυερυθραιμίας.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ

Θ. ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ, Φ. ΑΓΓΕΛΕΛΗ ΚΑΙ Π. ΚΟΥΡΕΤΑ

Νεφρολογικό Τμήμα Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης

Μέσα στο προηγούμενο έτος αντιμετωπίσαμε τρία περιστατικά, δύο άνδρες και μία γυναίκα, με πυρετό, οξεία νεφρική ανεπάρκεια και αιμορραγίες σε διάφορα στάδια εξέλιξης της νόσου.

Η γυναίκα παρουσίασε θρομβοκυτοπενία και πετέχειες και έφυγε μετά 20ήμερο σε καλή γενική κατάσταση, ενώ ο ένας άνδρας απεβίωσε με μαζική αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό και ο άλλος από τους ασθενείς ταλαιπωρείται μέχρι σήμερα σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας με επιπλοκές. Πιθανολογείται η διάγνωση του αιμορραγικού πυρετού.

ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕΤΑ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ 5 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Κ. ΘΩΜΑΙΔΗΣ, Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Γ. ΜΙΣΙΑΣ, Μ. ΔΙΑΡΜΙΣΑΚΗΣ, Π. ΣΠΥΡΟΥ

ΜΤΝ και Καρδιοχειρουργικό Τμήμα Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου" Θεσ/νίκης

Μεταξύ 106 παιδιών ηλικίας μέχρι 13 χρόνων που υποβλήθηκαν σε επεμβάσεις ανοικτής καρδιάς στο Καρδιοχειρουργικό Τμήμα του Νοσοκομείου μας την τελευταία 10ετία, 5 παιδιά (4.7%) αντιμετωπίστηκαν μετεγχειρητικά με οξεία περιτοναϊκή κάθαρση (ΟΠΚ). Ένδειξη εφαρμογής της ΟΠΚ ήταν η εμφάνιση ολιγουρικής οξείας νεφρικής ανεπάρκειας (ΟΝΑ) ή η εμφάνιση ολιγο-ανουρίας με υπερυδάτωση και υπερκαλιαιμία, λόγω ελάττωσης της καρδιακής παροχής μετεγχειρητικά. Για την εφαρμογή της ΟΠΚ σε μια περίπτωση χρησιμοποιήθηκε δύσκαμπτος διαδερμικός περιτοναϊκός καθετήρας, ενώ στις υπόλοιπες 4 περιπτώσεις τοποθετήθηκε παιδιατρικός καθετήρας Tenckhoff χειρουργικά. Σε δύο από τους ασθενείς η ΟΠΚ δεν εξυπηρέτησε πλήρως το σκοπό για τον οποίο εφαρμόστηκε (μη επαρκής υπερδιήθηση, αδυναμία διόρθωσης βαριάς οξέωσης και υπερκαλιαιμίας) και οι ασθενείς κατέληξαν μέσα σε χρονικό διάστημα 12 και 9 ωρών αντίστοιχα από την έναρξη εφαρμογής της. Οι υπόλοιποι τρεις υποβλήθηκαν σε περιτοναϊκή κάθαρση για διάστημα 10, 11 και 14 ημερών λόγω εγκαταστημένης ΟΝΑ. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίσαμε στους τρεις αυτούς ασθενείς, οι οποίοι ανέκτησαν τελικά πλήρως τη νεφρική τους λειτουργία και εξήλθαν του Νοσοκομείου σε καλή κατάσταση, ήταν η περιτονίτιδα και η λοίμωξη του αναπνευστικού.

Από τη μικρή αυτή εμπειρία μας συμπεραίνουμε ότι η οξεία περιτοναϊκή κάθαρση, παρά το ότι δεν εξυπηρετεί πάντοτε πλήρως το σκοπό για τον οποίο εφαρμόζεται, είναι αποτελεσματική μέθοδος στην αντιμετώπιση παιδιών με ΟΝΑ μετά καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΟΞΕΩΣΗ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Α. ΕΥΣΤΡΑΤΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΒΟΠΑΚΗ

Γ Παθολογική Κλινική Περιφ. Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών

Στη Διαβητική Κετοοξέωση (ΔΚΟ) οι δευτερογενείς διαταραχές του ύδατος, των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας συμβάλλουν στην αξιολογητέα ακόμη θνησιμότητα (5%) της ΔΚΟ, παρά τη σύγχρονη θεραπ. αντιμετώπιση. Σχετικές με τις παραπάνω διαταραχές της ΔΚΟ είναι και η υποσογκαιμία, η αυξημένη γλυαιότητα του αίματος, η πτώση της ΑΠ και η εμφάνιση νεφρικής ανεπάρκειας.

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η μελέτη των μεταβολών της νεφρικής λειτουργίας σε σχέση μ' εκείνες του ύδατος, της ΑΠ και της οξεοβασικής ισορροπίας, υπό την επίδραση της σύγχρονης θεραπευτικής αντιμετώπισης της ΔΚΟ. Το υλικό απετέλεσαν 12 ασθενείς (5 Α/7 Γ, ηλικίας 21-87 ετών), που εισήχθησαν στο Τμήμα μας σε ημέρα Γεν. Εφημερίας με κλινικοεργαστηριακή εικόνα ΔΚΟ. Έξι από τους ασθενείς έπασχαν από Σακκ. Διαβήτη (ΣΔ) τύπου-I και οι υπόλοιποι 6 από ΣΔ τύπου-II, ενώ η διάρκεια του ΣΔ πριν την εμφάνιση της ΔΚΟ κυμαινόταν από 0-18 έτη (σε 4 η διάγνωση του ΣΔ έγινε στο Τμήμα μας). Σε κάθε περίπτωση πλην των στοιχείων του ιστορικού, καταγραφόταν: η ΑΠ, η καρδιακή συχνότητα, η ύπαρξη ή όχι καρδιακής αρρυθμίας ή σημείων καρδιακής ανεπάρκειας, η διούρηση και τα υπόλοιπα θετικά ευρήματα της αντικ. εξέτασης. Ανά 8ωρο, το 1ο 24ωρο και καθημερινά για τις υπόλοιπες 3-4 ημέρες, προσδιορίζονταν (πλην της γλυκόζης του αίματος): ο Hct%, η κρεατινίνη αίμ., η οξεοβασική ισορροπία (pH, HCO₃⁻) και οι ηλεκτρολύτες (K⁺, Na⁺, Mg⁺⁺, Ca⁺⁺, PO₄⁻). Παράλληλα, γινόταν και ΗΚΓ.

Της μελέτης αποκλείονταν οι άρρωστοι με προηγούμενη νεφρική ανεπάρκεια, η νεφροπάθεια οιασδήποτε αιτιολογίας, περιλαμβανομένης - βέβαια - και της διαβητικής νεφροπάθειας. Σε κάθε περίπτωση αμέσως μετά τη διάγνωση της ΔΚΟ, άρχιζε και η θεραπευτική αγωγή που συνίστατο σε ενυδάτωση με Normal Saline και χορήγηση κρυσταλλικής ισοουλίνης ανά 1 ώρα μέχρι επιτεύξεως ευγλυκαιμίας (γλυκόζη αιμ. 130-160 mg%), οπότε η συνέχιση της αγωγής γινόταν είτε με D/W 5% (iv) με ανάλογη κρυσταλλική ισοουλίνη και εν συνεχεία σίτιση από το στόμα με κανονική ισοουλινοθεραπεία, είτε με απευθείας σίτιση από το στόμα και ισοουλινοθεραπεία. Σε κάθε περίπτωση γινόταν εξατομίκευση και της υπόλοιπης αγωγής (αντιβίωση κλπ).

Από την ανάλυση των δεδομένων δείχθηκε ότι: α) οι αρχικές τιμές κρεατινίνης του ορού (Scr) κατά την εισαγωγή ($1,48 \pm 0,23 \text{ mg\%}$ $M \pm SE$, εύρος: $0,6-3,2 \text{ mg\%}$) μειώθηκαν προοδευτικά σε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα 16 ώρες αργότερα ($0,86 \pm 0,06 \text{ mg\%}$, εύρος: $0,6-1,2$) ($P=0.020$), β) σημειώθηκε σημαντική μείωση του Hct με το nadir στις 48 ώρες από της αρχής της θεραπείας (από $45 \pm 1,5\%$ σε $37,6 \pm 1,3\%$, $P<0.001$), γ) παρατηρήθηκε λίαν σημαντική αύξηση της ΑΠ, (ΣΑΠ και ΔΑΠ) μεταξύ της εισαγωγής και της 4ης ημέρας παρατηρήσεως (από $117,8+7,4/72,2+6$ σε $130+10,3/76,7+5 \text{ mmHg}$, $P<0.001$), δ) υπήρξε προοδευτική διόρθωση της μεταβολικής οξέωσης (pH: από 7.09 ± 0.04 σε 7.42 ± 0.02 , $P<0.001$ και HCO_3^- από 5.74 ± 0.9 σε $24.3 \pm 1.2 \text{ mmol/l}$, $P<0.001$), ε) σημειώθηκε παράλληλη σημαντική μείωση κατά τις πρώτες 24-36 ώρες του K^+ , του Mg^{++} του Ca^{++} και του PO_4^- , ενώ δε μεταβλήθηκε το Na^+ , στ) βρέθηκε σημαντικά θετική συσχέτιση των μεταβολών της Scr και του Hct αφενός ($r=0.872$, $P=0.024$) και αφετέρου σημαντικά αρνητική συσχέτιση μεταξύ των μεταβολών της Scr και της μέσης ΑΠ ($r=-0.922$, $P=0.048$), ζ) υπήρξε θετική σημαντικά συσχέτιση μεταξύ των μεταβολών των ηλεκτρολυτών K^+ , Mg^{++} , Ca^{++} , PO_4^- και του Hct, ενώ σημαντικά αρνητική συσχέτιση μεταξύ των ηλεκτρολυτών και των μεταβολών του pH και των HCO_3^- . Σε ουδένα ασθενή εμφανίσθηκε αξιολογη επιπλοκή.

Συμπεραίνουμε ότι με τη σύγχρονη αντιμετώπιση της ΔΚΟ παρατηρείται γρήγορη αποκατάσταση της μειωμένης νεφρικής λειτουργίας που βασικά σχετίζεται με προνεφρικά αίτια (υποογκαιμία, χαμηλή ΑΠ) και ταχεία αποκατάσταση της οξεοβασικής ισορροπίας, ενώ θα πρέπει ν' αντιμετωπίζεται πλην της γνωστής υποκαλιαιμίας και η παρατηρούμενη υπομαγνησαιμία.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΨΙΜΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΡΦΥΡΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ, Γ. ΣΤΑΥΤΙΑΝΟΥΔΑΚΗΣ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΠΑΛΟΥΡΗΣ, Α. ΚΑΤΣΑΡΟΥ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. Κέρκυρας και Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Π.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός"

Περιγράφεται περίπτωση όψιμης δερματικής πορφυρίας σε γυναίκα 58 ετών, η οποία υποβάλλονταν από το 1982 σε αιμοκάθαρση λόγω πολυκυστικής νόσου των νεφρών. Η δερματοπάθεια εκδηλώθηκε τον Μάιο του '87 με κνησμώδες φυσαλλιδιοφυλκταινώδες εξάνθημα των άνω και κάτω άκρων που διαγνώστηκε αρχικά ως άτυπη φυσαλλιδώδης δερματοπάθεια (πεμφιγοειδής) και αντιμετωπίστηκε με κορτικοειδή χωρίς αξιολογη βελτίωση. Το εξάνθημα προοδευτικά επεκτάθηκε και στο πρόσωπο, προστέθηκαν δε και εξαιρετικά επώδυνες εξελκώσεις, κυρίως στα δάκτυλα των άκρων χειρών. Η διάγνωση της πορφυρίας τέθηκε τελικά τον Ιούνιο του '89 από την πορφυρίνη των ούρων ($50-100 \text{ κ.εκ./24ωρο}$) που ήταν $449 \mu\text{g/l}$ και η ασθενής υποβλήθηκε σε τρεις συνεδρίες πλάσμαφαίρεσης με αποτέλεσμα σημαντική, αλλά παροδική βελτίωση των δερματικών εκδηλώσεων. Στη συνέχεια, με σκοπό την απομάκρυνση του σιδήρου από το ήπαρ και τη βελτίωση του ηπατικού μεταβολισμού των πορφυρινών, έγιναν για έξη μήνες μικρές, συχνές αφαιμάξεις ($60 \text{ κ.εκ./συνεδρία}$) και η αποσιδήρωση συνεχίστηκε με δεσφεριοξαμίνη για άλλους 10 μήνες. Με τη θεραπεία αυτή παρατηρήθηκε πολύ σημαντική, αλλά όχι πλήρης ύφεση της νόσου, μείωση της φερριτίνης του ορού από 670 σε 150 ng/ml και πτώση του Ht από 41% σε 25%. Τέλος, από τον Οκτώβριο του '91 τέθηκε σε θεραπεία με ερυθροποιητίνη με αποτέλεσμα πλήρη ύφεση των δερματικών εκδηλώσεων που συνεχίζεται μέχρι τώρα (Ιανουάριος '93).

Οι παρατηρήσεις αυτές επιβεβαιώνουν τη θεραπευτική επίδραση των αφαιμάξεων, της δεσφεριοξαμίνης και κυρίως της ερυθροποιητίνης στην αντιμετώπιση της όψιμης δερματικής πορφυρίας σε αιμοκαθαρόμενους ασθενείς.

ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΠΑΡΑQUAT, ΠΑΡΑ ΤΗΝ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΚΑΤΑ 4 ΜΕΡΕΣ ΕΝΑΡΞΗ ΑΙΜΟΔΙΗΘΗΣΗΣ

Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Χ. ΝΟΥΣΙΑΣ, Π. ΜΑΓΓΑΝΑ, Ε. ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ, Δ. ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ, Δ. ΒΛΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα, Ν. Γενικό Νοσοκομείο "Α. Φλέμιγκ", Αθήνα.

Η άμεση και παρατεταμένη εφαρμογή κλασσικής αιμοδιήθησης ή παραλλαγών της για την αντιμετώπιση ασθενών με δηλητηρίαση από Paraquat είναι καθιερωμένη από πολλά χρόνια, ενώ η έκβαση, που εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, δεν είναι εύκολο να προβλεφθεί. Περιγράφεται η περίπτωση θύλεος ασθενούς 31 ετών, που διακομίστηκε στο Νεφρολογικό Τμήμα τέσσερις μέρες μετά τη λήψη 2.0 gr Paraquat, επειδή "άρχισε να παρουσιάζει προϊούσα οξεία νεφρική ανεπάρκεια". Η ασθενής είχε εμφανή σημεία της δηλητηρίασης (έλκη ανωτέρου πεπτικού, πυρετό και ταχυκαρδία, χωρίς να έχει επηρεασμένες σοβαρά άλλες ζωτικές λειτουργίες. Η κρεατινίνη ορού ήταν 5.0 mg%. Η ασθενής είχε υποβληθεί σε πλήση στομάχου και λάβει ενεργό άνθρακα λίγες ώρες μετά την απόπειρα και είχε εισαχθεί σε Παθολογική Κλινική, όπου αντιμετωπίστηκε συμπτωματικά. Ο προβληματισμός μας σχετικώς με την αναμενόμενη αποτελεσματικότητα της αιμοδιήθησης μετά από τόσες μέρες κάμφθηκε από την ανίχνευση Paraquat στα ούρα και την παρουσία του στο αίμα (10 µg/l). Η ασθενής άρχισε να υποβάλλεται σε κλασσική αιμοδιήθηση μέσω υποκλειδίου καθετήρα. Πέντε φίλτρα Absorba 300, Gambro, χρησιμοποιήθηκαν τις πρώτες 12 ώρες (5η μέρα από τη λήψη του δηλητηρίου). Η αιμοδιήθηση συνεχίστηκε και τις 4 επόμενες μέρες με βαθμιαίως μειούμενη διάρκεια και αριθμό φίλτρων (6η μέρα: 8 ώρες - 4 φίλτρα, 7η μέρα: 6 ώρες - 3 φίλτρα, 8η και 9η μέρα: 4 ώρες - 2 φίλτρα). Το Paraquat έπαψε να ανιχνεύεται στο αίμα την 6η μέρα και στα ούρα την 8η μέρα. Σημεία αρχόμενης ενδαγγειακής πήξης εμφανίστηκαν την 7η μέρα και η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με χορήγηση ηπαρίνης επί 10 μέρες. Τη 12η μέρα διαπιστώθηκαν εργαστηριακά ευρήματα τοξικότητας από το ήπαρ, που υποχώρησαν βαθμιαίως εντός μιας εβδομάδας. Πνευμονία του δεξιού κάτω λοβού που εκδηλώθηκε την 10η μέρα υποχώρησε με αντιβιοτικά. Κλινικές ή και εργαστηριακές διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας δε διαπιστώθηκαν. Οι εξελκώσεις του ανωτέρου πεπτικού αποκαταστάθηκαν. Η ασθενής βγήκε από το Νοσοκομείο την 35η μέρα και συνέχισε να είναι σε άριστη κατάσταση κατά τους προσεχείς μήνες. Ο τελευταίος

κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος, ένα έτος μετά τη δηλητηρίαση, έδειξε φυσιολογική λειτουργία όλων των συστημάτων.

Η περίπτωση της ασθενούς αυτής ενισχύει την υπόθεση που διατυπώθηκε πρόσφατα από άλλους ερευνητές (Böhler et al., Nephrol Dial Transplant 1992; 7:875) ότι η αιμοδιήθηση είναι απαραίτητη για τη διατήρηση όσο το δυνατό χαμηλότερων επιπέδων του δηλητηρίου στο αίμα, επιτρέποντας ενδεχομένως στους πνεύμονες να απελευθερώσουν το δηλητήριο στην κυκλοφορία. Ενδέχεται επίσης με την παράταση της αιμοδιήθησης, ακόμα και όταν πάψει το δηλητήριο να ανιχνεύεται στο αίμα, να παρεμποδίζεται η περαιτέρω καθήλωση στους πνεύμονες και των ελαχίστων ποσοτήτων του δηλητηρίου που εισέρχονται στην κυκλοφορία, αποδεδειγμένες από τα διάφορα όργανα. Η περίπτωση αυτή επιτρέπει να συστήσουμε ανεπιφύλακτα την εφαρμογή αιμοδιήθησης ακόμα και σε παραμελημένες καταστάσεις.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΤΡΥΓΙΚΟ ΑΛΑΣ ΟΞΙΝΗΣ ΦΩΣΦΑΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΜΕ ΤΟΥΣ ΙΣΤΟΜΟΡΦΟΜΕΤΡΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΟΣΤΕΟΔΥΣΤΡΟΦΙΑΣ

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Χ. ΝΙΚΟΛΟΥ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Χ. ΤΡΙΓΩΝΗ, Β. ΑΠΟΣΤΟΛΑΣ, Ι. ΠΑΡΑΣΥΡΗΣ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Ι. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ, Ν. ΘΑΛΑΣΣΙΝΟΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Νεφρολογικό, Ενδοκρινολογικό και Βιοχημικό Τμήμα Γ.Π.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

Η ανθεκτική στο τρυγικό άλας όξινη φωσφατάση του ορού (serum tartrate-resistant acid phosphatase, sTRACP) προτάθηκε ως ειδικός δείκτης της οστεοκλαστικής δραστηριότητας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση. Δεν έχει όμως ερευνηθεί η διαγνωστική της αξία σε σχέση με τα ιστολογικά ευρήματα της νεφρικής οστεοδυστροφίας. Γι αυτό, μελετήσαμε προοπτικά την πιθανή συσχέτιση της sTRACP με τα ιστολογικά ευρήματα και τους ιστομορφομετρικούς δείκτες της οστικής βιοψίας σε 32 ασθενείς (20 άνδρες, 12 γυναίκες), ηλικίας 15-72 ετών, που υποβάλλονταν σε εξωνεφρική κάθαρση (20 σε αιμοκάθαρση και 12 σε CAPD) επί 6-136 μήνες. Σε όλους τους ασθενείς έγινε οστική βιοψία και μετρήθηκαν οι ιστομορφομετρικοί δείκτες. Επίσης, σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκε η sTRACP με φωτομετρική μέθοδο, η ακέραιη παραθορμόνη (iPTH), η οστεοκαλσίνη, το ασβέστιο, ο φωσφόρος, η αλκαλική φωσφατάση και η αλβουμίνη του ορού. Δώδεκα ασθενείς παρουσίασαν ιστολογική εικόνα δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού, 12 ασθενείς εικόνα μικτής οστικής νόσου, 3 ασθενείς εικόνα οστεομαλακίας και 5 ασθενείς εικόνα αδυναμικής οστικής νόσου. Η sTRACP μετρήθηκε, επίσης, σε 52 υγιή άτομα άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 21-72 ετών, οι οποίοι αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Η μέση τιμή της sTRACP στους ασθενείς και τους μάρτυρες ήταν $9,03 \pm 1,67$ u/l, και $3,7 \pm 0,6$ u/l, αντίστοιχα ($p < 0,001$). Εν τούτοις η sTRACP δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ούτε με τους βιοχημικούς δείκτες του οστικού μεταβολισμού, ούτε (και κυρίως) με τους ιστομορφομετρικούς δείκτες και ειδικότερα με εκείνους που προσδιορίζουν την οστεοκλαστική δραστηριότητα (αριθμός οστεοκλαστών, οστεοκλαστική επιφάνεια και επιφάνεια απορρόφησης του σπογγώδους οστού). Σε αντίθεση με την sTRACP, η οστεοκαλσίνη και η παραθορμόνη παρουσίασαν σημαντικές συσχετίσεις με συγκεκριμένους στατικούς και δυναμικούς ιστομορφομετρικούς δείκτες.

Συμπερασματικά, από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν δικαιολογείται η χρήση της sTRACP ως ειδικού δείκτη του οστικού μεταβολισμού στους ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση, δεδομένου ότι δεν παρατηρήθηκε αντιστοιχία των επιπέδων της στον ορό με τα ιστολογικά ευρήματα.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ Lp (a) ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Ε. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗ, Ν. ΓΕΡΜΑΝΟΣ, Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ, Γ. ΣΦΑΙΡΟΠΟΥΛΟΣ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ, Χ. ΤΖΙΑΛΛΑΣ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Τομέας Παθολογίας και Εργαστήριο Βιοχημείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Μ.Τ.Ν. Νοσοκομείων Αγρινίου, Κερκύρας και "Γ. Χατζηκώστα" Ιωαννίνων.

Η δυσλιπιδαιμία είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την πρόωρη εμφάνιση αθηρωσκληρωτικής νόσου σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Είναι επίσης γνωστό ότι οι διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων είναι ιδιαίτερα συχνές σε ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ουραιμικοί ασθενείς εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα Lp (a) η οποία θεωρείται σαν ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Ο σκοπός της μελέτης μας ήταν ο προσδιορισμός των επιπέδων των λιπιδαιμικών παραμέτρων του ορού [και της Lp(a)] σε 16 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια ηλικίας 45-72 έτη και η σύγκρισή τους με τα επίπεδα των λιπιδαιμικών παραμέτρων μη διαβητικών ασθενών της ίδιας ηλικίας και φύλου που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση για το ίδιο χρονικό διάστημα. Αν και τα επίπεδα των λιπιδαιμικών παραμέτρων (ολικής HDL και LDL χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων, Apo A₁ και Apo B) δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, οι ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα Lp(a) σε σχέση με τους μη διαβητικούς αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (25.5±6.5 vs 12.5±2.8 mg/dl, p<0.05). Τα επίπεδα της Lp(a) δε συσχετιζόνταν με τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και στις 2 ομάδες καθώς και με τα επίπεδα της HbA_{1c} στους ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια.

Συμπέρασμα: Ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα Lp(a), τα οποία πιθανά συνεισφέρουν στην αυξημένη καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα αυτών των ασθενών.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΑΜΙΚΑΣΙΝΗΣ ΣΤΟ ΥΓΡΟ ΑΠΛΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΚΥΣΤΕΩΝ

Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ, Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Χ. ΦΥΤΙΛΗ, Τ. ΝΑΤΣΕ, Ι. ΣΚΑΝΔΑΛΟΣ, Ζ. ΤΣΙΤΑΜΙΔΟΥ, Α. ΔΡΕΒΕΛΕΓΚΑΣ, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ

ΜΤΝ και Ακτινολογικό Εργαστήριο Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου" - Θεσ/νίκη.

Σκοπός: Η εκτίμηση των επιπέδων της αμικασίνης στο υγρό απλών ευμεγέθων νεφρικών κύστεων χωρίς στοιχεία λοίμωξης.

Ασθενείς - Μέθοδοι: Στη μελέτη περιλήφθηκαν 7 ασθενείς (3Α και 4Γ), στους οποίους διαπιστώθηκε η παρουσία απλών ευμεγέθων νεφρικών κύστεων σαν τυχαίο εύρημα (3 ασθενείς) ή στα πλαίσια ελέγχου άλλους στην οσφυϊκή χώρα (4 ασθενείς). Η εκκενωτική παρακέντηση αποφασίσθηκε όταν η διάμετρος των κύστεων ξεπέρασε τα 6.5 cm. Πριν από την παρακέντηση χορηγήθηκαν 500 mg αμικασίνης ενδομυϊκά και στη συνέχεια, μία ώρα μετά, μετρήθηκαν τα επίπεδα του φαρμάκου στον ορό και στο υγρό των κύστεων ταυτόχρονα. Η παροχέτευση έγινε με την τεχνική Seldinger υπό συνεχή υπερηχογραφικό έλεγχο, ενώ τα επίπεδα του φαρμάκου μετρήθηκαν στο μηχανήμα TDX της Abbott με πολωμένο φθορισμό. Αμέσως μετά το τέλος της παροχέτευσης του υγρού σε όλες τις περιπτώσεις ακολούθησε έκπλυση των κύστεων με διάλυμα αλκοόλης 98%.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα της αμικασίνης στον ορό, 1 ώρα περίπου μετά τη χορήγησή της, κυμάνθηκαν από 16.82 μέχρι 20.09 μg/ml (ΜΤ: 17.48), ενώ στο κυστικό υγρό από 0.65 έως 1.25 μg/ml (ΜΤ: 1.0). Η μέση διάμετρος των κύστεων που πριν από την παροχέτευση ανέρχόταν σε 8.58 cm (εύρος 8.3-20.09), μετά την αφαίρεση 250-550 ml κυστικού περιεχομένου ελατώθηκε στα 2.5 cm (εύρος 1.5-3.2). Μεταξύ των 5 ασθενών που παρακολούθηθηκαν για 24-39 μήνες (ΜΤ: 27.2), μία μόνον ασθενής παρουσίασε αύξηση του μεγέθους της κύστης μετά παρέλευση 36 μηνών και χρειάστηκε δεύτερη παρακέντηση. Σε δύο ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση, η διακοπή των αντιυπερτασικών φαρμάκων μετά την παροχέτευση ακολουθήθηκε από ικανοποιητική ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης για χρονικό διάστημα 1 και 3 μηνών αντίστοιχα.

Συμπέρασμα: Τα επίπεδα της αμικασίνης στο υγρό απλών μη επιμολυσμένων νεφρικών κύστεων, παρά την παρουσία ικανοποιητικών επιπέδων στον ορό, είναι πολύ χαμηλότερα από τα αντίστοιχα θεραπευτικά.

Η ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΤΡΥΓΙΚΟ ΑΛΑΣ ΟΞΙΝΗΣ ΦΩΣΦΑΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΟΙΚΙΛΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Δ. ΣΤΑΥΡΙΑΝΑΚΗ, Χ. ΝΙΚΟΛΟΥ, Β. ΑΠΟΣΤΟΛΑΣ, Σ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ, Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ, Ι. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ, Ν. ΘΑΛΑΣΣΙΝΟΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Νεφρολογικό, Ενδοκρινολογικό και Βιοχημικό Τμήμα Γ.Π.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα

Η ανθεκτική στο τρυγικό άλας όξινη φωσφατάση του ορού (serum tartrate-resistant acid phosphatase, sTRACP) έχει προταθεί ως εύχρηστος δείκτης της οστεοκλαστικής δραστηριότητας στους ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση. Εντούτοις, η sTRACP δεν έχει μελετηθεί σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια οι οποίοι παρουσιάζουν, ως γνωστόν, πρώιμα διαταραχές του οστικού μεταβολισμού. Γι αυτό, μετρήσαμε την sTRACP σε 67 ασθενείς, 35 άνδρες και 32 γυναίκες, ηλικίας 23-89 ετών, με κρεατινίνη ορού 1,5-13,5 mg/dl. Κανένας ασθενής δεν είχε: σακχαρώδη διαβήτη, ηπατική ανεπάρκεια ή νεφρωσικού εύρους λευκωματουρία, δεν είχε υποβληθεί σε παραθυρεοειδεκτομή, δεν έπαιρνε φάρμακα που επηρεάζουν τον οστικό μεταβολισμό (σκευάσματα βιταμίνης D, δεσμευτικά του φωσφόρου, κορτικοστεροειδή, αντιεπιληπτικά), ούτε είχε υποβληθεί σε εξωνεφρική κάθαρση. Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκαν: η sTRACP με φωτομετρική μέθοδο, η ακέραιη παραθορμόνη (iPTH), η οστεοκαλσίνη, το ασβέστιο, ο φωσφόρος, η αλκαλική φωσφατάση, η κρεατινίνη και η αλβουμίνη του ορού, καθώς και οι καθάρσεις κρεατινίνης και ουρίας. Η sTRACP μετρήθηκε επίσης σε 52 υγιή άτομα, 28 άνδρες και 24 γυναίκες, ηλικίας 21-72 ετών, οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Οι τιμές της sTRACP στους ασθενείς διέφεραν σημαντικά από εκείνες των μαρτύρων (μέση τιμή \pm SD: $6,8 \pm 1,9$ u/l vs $3,7 \pm 0,6$ u/l, $p < 0,001$). Επίσης, η sTRACP παρουσίασε ισχυρή συσχέτιση ($r=0,65$, $p < 0,001$) με τους δείκτες της νεφρικής λειτουργίας και μέτρια συσχέτιση με την παραθορμόνη ($r=0,4$ $p < 0,05$), την οστεοκαλσίνη ($r=0,38$, $p < 0,05$), το διορθωμένο ασβέστιο ($r=-0,38$, $p < 0,005$) και το φωσφόρο του ορού ($r=0,47$, $p < 0,001$). Από την πολυπαραγοντική όμως ανάλυση προέκυψε ότι η συσχέτιση αυτή της sTRACP με τους παραπάνω δείκτες οστικού μεταβολισμού ήταν πλασματική δεδομένου ότι οι τιμές της συνδέονταν μόνο με την προοδευτική επιδείνωση της νεφρικής ανεπάρκειας και όχι με τις μεταβολές του οστικού μεταβολισμού.

Συμπερασματικά, στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια η sTRACP, αν και συσχετίζεται με τους βιοχημικούς και ορμονικούς δείκτες του οστικού μεταβολισμού, εντούτοις δεν φαίνεται να αποτελεί έναν ακόμα δείκτη του εν λόγω μεταβολισμού.

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΥΠΟΝΑΤΡΙΑΙΜΙΑΣ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΕΠΤΙΚΟΥ ΕΝΖΥΜΟΥ (ΑΜΕ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΚΑ)

Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Σ. ΖΙΑΚΚΑ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Παν. Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Η υπονατρίαμια συχνά επιπλέκει την κλινική πορεία ασθενών με ΚΑ και επιβαρύνει την εξέλιξη της νόσου. Αναφέρεται ότι οι ΑΜΕ βελτιώνουν την κλινική συμπτωματολογία ασθενών με ΚΑ και σε υπονατρίαμικούς ασθενείς είναι δυνατό να αυξήσουν την τιμή του Na^+ του ορού. Σκοπός της προσχεδιασμένης αυτής εργασίας ήταν η μελέτη των παθοφυσιολογικών μηχανισμών διόρθωσης της υπονατρίαμιας με ΑΜΕ σε 6 ασθενείς ηλικίας 52-69 ετών με ΚΑ και υπονατρίαμια (Na^+ ορού 125-128 mmol/L) οι οποίοι ελάμβαναν δακτυλίτιδα και διουρητικά. Στους ασθενείς προστέθηκαν ΑΜΕ σε προοδευτικά αυξανόμενες δόσεις. Η χορήγηση των ΑΜΕ προκάλεσε σημαντική κλινική βελτίωση. Η επίδρασή τους στις κλινικές και εργαστηριακές παραμέτρους φαίνεται στον πίνακα.

Παράμετροι	Πριν την έναρξη αγωγής με ΑΜΕ	30 μέρες μετά αγωγή με ΑΜΕ	p
ΜΑΠ (mmHg)	85±3	76±3	0.05
Σφύξεις (/min)	94±3	83±8	NS
Κρεατινίνη ορού (mg/dl)	1.26±0.2	1.23±0.2	NS
K^+ ορού (mmol/L)	3.7±0.2	3.9±0.2	NS
Na^+ ορού (mmol/L)	126.6±1.5	134±1.0	p<0.0001
$\text{C}^{\text{H}_2\text{O}}$ (ML/24H)	500±147	698±97	p<0.05
GFR (ml/min)	60±5	65±5	NS

Μέση τιμή ±1 σταθερή απόκλιση, ΜΑΠ: μέση αρτηριακή πίεση, $\text{C}^{\text{H}_2\text{O}}$: κάθαρση ελεύθερου ηλεκτρολυτών H_2O , GFR: σπειραματική διήθηση.

Οι ΑΜΕ προκάλεσαν αύξηση της τιμής του Na^+ του ορού, η οποία συσχετίζεται με τη βελτίωση της ικανότητας αραίωσης των ούρων όπως αυτή εκτιμήθηκε με την αύξηση της $\text{C}^{\text{H}_2\text{O}}$ ($r=0.95$, $p<0.002$) πιθανά λόγω αύξησης της άπω ροής (από τη φουροσεμίδα) και μείωσης της δραστηριότητας της ADH (εξ' αιτίας της κλινικής και αιμοδυναμικής βελτίωσης). Επιπλέον, η μικρή παρατηρηθείσα αύξηση της GFR είναι δυνατόν να συνεισφέρει στη βελτίωση της υπονατρίαμιας λόγω αύξησης της προσφοράς φουροσεμίδης στη θέση δράσης της.

Συμπέρασμα: Οι ΑΜΕ είναι δυνατόν να βελτιώσουν την υπονατρίαμια σε ασθενείς με ΚΑ αυξάνοντας την ικανότητα αραίωσης των ούρων.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΧΩΡΙΣ ΜΗΧΑΝΗΜΑ). ΠΡΟΔΡΟΜΟΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Π. ΑΝΑΣΗΣ, Γ. ΣΤΑΥΓΙΑΝΟΥΔΑΚΗΣ

Νεφρολογική Κλινική 401 Γ.Σ.Ν.Α.

Σε μια προσπάθεια αποδέσμευσης των ασθενών με ΧΝΑ-τελικού σταδίου, από τα μηχανήματα Τεχνητού Νεφρού, μελετήθηκαν (in-vitro) οι ικανότητες υπερδιήθησης, διάχυσης και συναπαγωγής ενός "νέου" μέσου αιμοκάθαρσης, του "Φίλτρου-Σάκκου (=ΦΣ).

Το "ΦΣ" αποτελεί την υλοποίηση ενός "μαθηματικού πρότυπου", όπως αυτό αναπτύχθηκε θεωρητικά κατά την ανάπτυξη πολυπαραγοντικών κινητικών εξισώσεων (Non Equilibrium Thermodynamics). Η πειραματική εφαρμογή του "ΦΣ", έδωσε τιμές υπερδιήθησης και κάθαρσης ουσιών (Κρεατινίνης, Ουρίας, Γλυκόζης, Ινουλίνης και Αλβουμίνης), που η διακύμανσή τους από το θεωρητικό πρότυπο δεν ξεπέρασε το 15% (7-14.9%). Επιπλέον, η κινητική της μάζας του ύδατος και των ουσιών αυτών, φαίνεται ποιοτικά και ποσοτικά παρόμοια με εκείνη της ΣΦΠΚ. Πιθανώς, στο μέλλον, ο καθορισμός της επακριβούς δόσης αιμοκάθαρσης με το "ιδανικό ΦΣ", να επιτρέψει την απελευθέρωση των ασθενών με τελικό στάδιο ΧΝΑ, από τα μηχανήματα Τεχνητού Νεφρού.

**ΕΠΑΝΑΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΘΡΟΜΒΩΜΕΝΗΣ Α-Φ ΑΝΑΣΤΟ-
ΜΩΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΝΑΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΟΥ ΑΝΘΡΩ-
ΠΕΙΟΥ, ΙΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ, ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΤΗ ΤΟΥ ΠΛΑ-
ΣΜΙΝΟΓΟΝΟΥ (rHu TISSUE PLASMINOGEN
ACTIVATOR)**

Δ. ΒΛΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΜΑΓΓΑΝΑ, Ε. ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ, Χ. ΝΟΥΣΙΑΣ,
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Δ. ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ, Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα, Ν. Γεν. Νοσοκομείο "Α. Φλέμιγκ", Αθήνα

Περιγράφεται η περίπτωση άρρενος ασθενούς 45 ετών με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας από χρ. σπειραματονεφρίτιδα, που στον 6ο μήνα της περιοδικής αιμοκάθαρσης και ενώ έπαιρνε ερυθροποιητίνη (Ht 30%, Hb 9.2 g%, αιμοπετάλια 224.000/mm³), παρουσίασε οξεία θρόμβωση της αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας του. Η επικοινωνία αυτή ήταν στο αριστερό αντιβράχιο, είχε ηλικία 9 μηνών και ήταν επαρκής. Ο ασθενής προσήλθε στο Νοσοκομείο με καθυστέρηση 24 ωρών. Η θρόμβωση ξεκινούσε από το σημείο αναστόμωσης, επεκτεινόμενη κατά μήκος 2 εκ. περίπου της διατεταμένης φλέβας και συνοδευόταν από πόνο, ερυθρότητα και σκληρία, ενώ απουσίαζαν ο ροίος και το φύσημα. Τοποθετήθηκε κλασσικός υποκλειδίου καθετήρας, αλλά πριν αρχίσει η αιμοκάθαρση, και του καλίου επιτρέποντος, αποφασίστηκε προσπάθεια τοπικής θρομβόλυσης με ανασυνδυασμένο, ανθρωπίου τύπου, ενεργοποιητή του ιστικού πλασμινογόνου (recombinant human tissue plasminogen activator (rt-PA ή t-PA - Actilyse, Boehringer Ingelheim). Αφού εφαρμόστηκε με σφυγμομανόμετρο πίεση 100 mm Hg στο βραχίονα παρακεντήθηκε με λεπτή βελόνα μια μικρή βαθιά φλέβα, κοντά στη θρομβωμένη αναστόμωση, και χορηγήθηκαν 10 mg rt-PA σε βραδεία, εντός 10 λεπτών, έγχυση υπό πίεση. Πριν από το τέλος της έγχυσης η αναστόμωση άρχισε να λειτουργεί, παράγοντας ροίος και φύσημα. Άρση της πίεσης έγινε μετά από 5 λεπτά. Τα τοπικά φαινόμενα υποχώρησαν μέσα σε 6 ώρες. Αιμοκάθαρση από τον υποκλειδίου καθετήρα, με συνήθη δόση ηπαρίνης, άρχισε μετά από μια ώρα και περατώθηκε χωρίς κανένα πρόβλημα στις 4 ώρες. Την επόμενη μέρα επανελήφθη αιμοκάθαρση από την αποκατασταθείσα Α-Φ επικοινωνία, που έδωσε ικανοποιητική παροχή 350 κ.εκ./λεπτό. Ο υποκλειδίου καθετήρας αφαιρέθηκε την 3η μέρα. Κανένα πρόβλημα ή επιπλοκή δεν παρατηρήθηκαν. Η αναστόμωση αυτή εξακολουθεί να λειτουργεί με επάρκεια, 3 μήνες μετά το επεισόδιο. Ο ανασυνδυασμένος ανθρωπίου ιστικού τύπου ενεργοποιητής του πλασμινογόνου που χρησιμοποιείται σε μεγάλες δόσεις (100 mg/24ωρο σε 3ωρη έγχυση) για την

επανασπράγγωση των στεφανιαίων αγγείων μετά από έμφραγμα ενδέχεται να αποτελεί ασφαλές και αποτελεσματικό μέσο για τη θρομβόλυση των αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών, χορηγούμενος τοπικά και σε μικρή εφάπαξ δόση. Το φάρμακο δε θα πρέπει να δίνεται σε ασθενείς με βαρεία υπέρταση και άλλες καταστάσεις που προδιαθέτουν σε αιμορραγίες, ενώ ο βραχύς χρόνος ημίσειας ζωής του (20 λεπτά) επιτρέπει την εν συνεχεία παρεμβατική αντιμετώπιση, αν χρειαστεί, χωρίς κίνδυνο αιμορραγίας. Παρόμοιο περιστατικό θρομβόλυσης αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών για αιμοκάθαρση με ενεργοποιητή του πλασμινογόνου δε βρήκαμε στην προσιτή μας βιβλιογραφία. Ωστόσο, πριν η θρομβόλυση με rt-PA καθιερωθεί σαν μέθοδος εκλογής για την αντιμετώπιση σχετικών περιστατικών, θα πρέπει να γίνουν ελεγχόμενες μελέτες.

ΜΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΕΙΚΟΣΑΜΗΝΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Δ. ΒΛΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΛΙΛΗΣ, Δ. ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Π. ΜΑΓΓΑΝΑ, Ε. ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ, Χ. ΝΟΥΣΙΑΣ, ΑΙΚ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗ, Κ. ΛΟΥΙΖΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα και Κέντρο Αιμοδοσίας, Ν.Γεν. Νοσοκομείο "Α. Φλέμινγκ", Αθήνα.

Ο επιπολασμός των οροθετικών για ηπατίτιδα C ασθενών στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού (MTN) εξακολουθεί να ποικίλλει ευρύτατα, τόσο στο διεθνή χώρο όσο και στην Ελλάδα. Οι οδοί μετάδοσης και τρόποι διασποράς του ιού στις Μονάδες δεν έχουν ακόμα προσδιοριστεί επακριβώς. Από τα τέλη του 1989 όλοι οι ασθενείς που αντιμετωπίζονται στη MTN του Νοσοκομείου μας ελέγχονται για αντισώματα έναντι της ηπατίτιδας C και από τον Ιούνιο του 1991 χρησιμοποιούνται τα αντιδραστήρια δεύτερης γενιάς καθώς και τα αντίστοιχα επιβεβαιωτικά τους. Ο μέγιστος επιπολασμός θετικών ασθενών διαπιστώθηκε τον Ιούνιο του 1991 (6 επί 41 ασθενών, 14.7%) με τα αντιδραστήρια 2ης γενιάς και βαθμιαία μειώθηκε (λόγω θανάτου 3 θετικών ασθενών σε 10.25% τον Ιανουάριο του 1992 (4 επί 39 ασθενών). Η MTN άρχισε να λειτουργεί το Φεβρουάριο 1989 και μέχρι τον Ιούνιο 1991 είχαν αντιμετωπιστεί 68 ασθενείς. Δεκατέσσερις απ' αυτούς ήταν έκτακτα περιστατικά και 54 μόνιμοι άρρωστοι σε χρόνια αιμοκάθαρση. Τριανταδύο (32) από τους μόνιμους διακομίστηκαν στη Μονάδα μας από άλλες MTN, κυρίως λόγω γειννίας (Α' ομάδα) και 22 εντάχθηκαν σε αιμοκάθαρση για πρώτη φορά και παρέμειναν στη Μονάδα (Β' ομάδα). Τον Ιούνιο 1991 26 από την ομάδα Α' εξακολουθούσαν να υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση και σε 6 απ' αυτούς βρέθηκαν αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας C. Σε κανέναν από τους 16 συνεχίζοντες της ομάδας Β' την ίδια εποχή δεν βρέθηκαν αντίστοιχα αντισώματα. Για την πρόληψη της διασποράς του ιού δεν πάρθηκαν ιδιαίτερα μέτρα, εκτός από την όσο το δυνατό αυστηρότερη τήρηση από το νοσηλευτικό προσωπικό των γενικών προφυλακτικών μέτρων για την παρεμπόδιση της διασποράς όλων των ιογενών λοιμώξεων στις MTN. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην αλλαγή γαντιών του προσωπικού από άρρωστο σε άρρωστο κατά την έναρξη και το πέρας της αιμοκάθαρσης ενώ παράλληλα αποφεύγονταν οι μεταγγίσεις, κατά το δυνατό. Δεν έγινε απομόνωση των οροθετικών ασθενών σε ιδιαίτερα μηχανήματα. Μεταξύ Ιουλίου 1991 και Ιανουαρίου 1993, 48 επιπλέον ασθενείς αντιμετωπίστηκαν στη Μονάδα (36 έκτακτα περιστατικά και 12 μόνιμοι νέοι ασθενείς, εννέα

από τους οποίους παραμένουν στη Μονάδα). Από τον τακτικό έλεγχο τόσο των τελευταίων ασθενών, όσο και των ασθενών της προηγούμενης περιόδου δεν διαπιστώθηκε παρά μόνον ένα νέο κρούσμα συμπτωματικής ηπατίτιδας C σε ασθενή της ομάδας Α' της πρώτης περιόδου, 6 μήνες μετά από μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις σε άλλο νοσοκομείο, που χρειάστηκαν πολλαπλές μεταγγίσεις αίματος. Εν τω μεταξύ, 3 από τους αρχικώς 6 θετικούς ασθενείς απεβίωσαν για διάφορους λόγους. Έτσι, τον Ιανουάριο του 1993 μόνο 4 από τους 39 μόνιμους ασθενείς (10.25%) ήταν οροθετικοί για ηπατίτιδα C. Από τη 20μηνη περίπου παρακολούθηση αυτή διαπιστώνουμε ότι δεν έγινε διασπορά του ιού ηπατίτιδας C στη Μονάδα μας ούτε μέσω μηχανημάτων τεχνητού νεφρού, ούτε και από ασθενή σε ασθενή απ' ευθείας ή μέσω των νοσηλευτών. Οι παρατηρήσεις αυτές είναι ευοίωνες και ο υποχρεωτικός έλεγχος του προς μετάγγιση αίματος για ηπατίτιδα C, που καθιερώθηκε και στη χώρα μας από το Φεβρουάριο του 1992, σε συνδυασμό με την αυστηρή τήρηση των κλασσικών προφυλακτικών μέτρων ενδέχεται να απαλλάξουν τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού από την ηπατίτιδα C.

ΒΙΟΨΙΑ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΘΕΤΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C

Σ. ΣΠΑΙΑ¹, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ¹, Π. ΜΑΜΜΗ-ΠΕΤΡΙΔΟΥ¹, Α. ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΣ², Ε. ΒΡΕΤΤΟΥ³, Μ. ΡΑΠΤΟΠΟΥΛΟΥ², Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ¹

1. Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσ. ΙΚΑ Θεσ/νίκης, 2. Β2 Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Θεσ/νίκης, 3. Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής Α.Π.Θ.

Σε αντίθεση με την ήπια κλινική εικόνα της προσβολής από ηπατίτιδα C, είναι γνωστό ότι 50-75% των οροθετικών ασθενών είναι δυνατό να μεταπέσουν σε χρόνια και να καταλήξουν σε κίρρωση. Η εξέλιξη αυτή είναι δυνατό να επιβαρύνει ακόμη περισσότερο την πορεία των αιμοκαθαιρομένων ασθενών. Ωστόσο η ανίχνευση αντι-HCV στον ορό τους, δεν είναι διαγνωστική ενεργού ή αποδραμούσης λοίμωξης. Στην παρούσα μελέτη, με σκοπό την εκτίμηση της έκτασης του προβλήματος, προχωρήσαμε στη διενέργεια ηπατικής βιοψίας σε οροθετικούς ασθενείς της Μ.Τ.Ν. της κλινικής μας. Από τους 75 ασθενείς της Μ.Τ.Ν. βρέθηκαν 33 (ποσοστό 44%) οροθετικοί για αντι-HCV, με ανοσοενzymική μέθοδο 2ης γενιάς, η οποία επιβεβαιώθηκε με RIBA. Από αυτούς ελέγχθηκαν αρχικά οκτώ ασθενείς, που είχαν σε επανειλημμένες μετρήσεις αυξημένες τιμές ALT στον ορό τους και ήταν υποψήφιοι για νεφρική μεταμόσχευση. Όλοι οι ασθενείς ενημερώθηκαν και υπέγραψαν για τη διενέργεια της βιοψίας. Επρόκειτο για έξι άνδρες και δύο γυναίκες, ηλικίας κατά Μ.Ο. 57 ετών και διάρκεια αιμοκάθαρσης κατά Μ.Ο. 41 μήνες. Οι ασθενείς είχαν λάβει στο παρελθόν κατά Μ.Ο. 3,3 μεταγγίσεις αίματος το έτος. Στους ασθενείς έγινε υπερηχογραφικός και βιοχημικός έλεγχος ήπατος, καθώς και έλεγχος του ηπατικού μηχανισμού. Η βιοψία έγινε με βελόνη Hepafix. Τα ιστοτεμάχια συντηρήθηκαν σε φορμόλη και αξιολογήθηκαν από δύο παθολογοανατόμους. Σε μία ασθενή η βιοψία ήταν ανεπιτυχής (λιπώδης ιστός). Σε τρεις ασθενείς (42%) διαπιστώθηκαν αλλοιώσεις χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, ενώ σε ένα ασθενή αλλοιώσεις συμβατές με χρόνια εμμένουσα ηπατίτιδα. Τέλος σε τρεις ασθενείς διαπιστώθηκαν ήπιες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις.

Τρεις από τους ασθενείς αιμορράγησαν κατά τη βιοψία και αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά με μεταγγίσεις αίματος. Παρά το μικρό αριθμό των ασθενών που υποβλήθηκαν σε βιοψία, επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη ιστολογικών αλλοιώσεων, τουλάχιστον στους ασθενείς που παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ALT στον ορό τους, τροποποιώντας έτσι την τακτική μας σε μία ενδεχόμενη μεταμόσχευση. Η αναζήτηση και

χρησιμοποίηση μη επεμβατικών μεθόδων, ικανών για την αντιμετώπιση ενεργού φλεγμονής, είναι χρήσιμη και αναγκαία για αυτή την ομάδα των ασθενών.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΤΟΜΠΟΥΤΑΜΙΝΗΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΑΡΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Θ. ΜΠΙΣΧΙΝΙΩΤΗΣ, Β. ΡΑΙΚΟΥ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Σ. ΣΠΑΙΑ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσ/νίκης.

Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί ως γνωστό ένα σοβαρό πρόβλημα για τους ασθενείς σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση και ευθύνεται για το 30% περίπου των καρδιαγγειακών θανάτων. Εκδηλώνεται συχνά σαν συμφορητικού τύπου καρδιακή ανεπάρκεια και αντιμετωπίζεται με κατάλληλη αφαίρεση υγρών και συνδυασμό δακτυλίτιδας και αγγειοδιασταλτικών. Σε πέντε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια - στάδιο III ή IV κατά NYHA - αρχίσαμε περιοδική χορήγηση ντομπουταμίνης για διάστημα από ένα έως 30 μήνες. Η χορήγηση γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα ενδοφλεβίως, σε όλη τη διάρκεια της συνεδρίας και σε δόση 5-10 γ/kg ΒΣ/min. Από τους πέντε ασθενείς μία απεβίωσε, ενώ οι άλλοι ζουν. Κατά τη διάρκεια χορήγησης του φαρμάκου: 1. Δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές αρρυθμίες ή άλλες καρδιαγγειακές επιπλοκές. 2. Βελτιώθηκε η καρδιακή λειτουργία των ασθενών και έγινε δυνατή η σωστή ρύθμιση των υγρών και του ωματικού τους βάρους.

Συμπερασματικά πιστεύουμε ότι η περιοδική χορήγηση ντομπουταμίνης σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με ανθιστάμενη καρδιακή ανεπάρκεια είναι σχετικά ασφαλής και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, ιδίως όταν δεν είναι δυνατή η αλλαγή του τρόπου θεραπείας τους.

"ΠΑΓΙΔΕΣ" ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Σ. ΣΠΑΙΑ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ε. ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΑΤΜΑΤΖΙΔΗΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική, Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης

Η υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας στους ουραιμικούς ασθενείς έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της διαίτης τους, χωρίς όμως να εξαλείφει κάποιους περιορισμούς, κυρίως όσον αφορά το ποσό των υγρών και των ηλεκτρολυτών, ώστε να αποφευχθούν επικίνδυνα για τη ζωή τους συμβάματα. Παρουσιάζουμε δύο κατηγορίες ασθενών, που παρουσίασαν επικίνδυνη υπερκαλιαιμία ή υπερφωσφαταιμία από χρήση προϊόντων που κυκλοφορούν ελεύθερα στο εμπόριο και μάλιστα διαφημίζονται σαν "υγιεινές τροφές". Κατηγορία I: Αφορά δύο ασθενείς έναν άνδρα και μία γυναίκα, που ξαφνικά άρχισαν να παρουσιάζουν υπερκαλιαιμία πριν από τις συνεδρίες (Κ ορού 6,82 mEq/l έως 7,4 mEq/l) και να χρειάζονται συχνά έκτακτες συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Έλεγχος του διαιτολογίου τους έδειξε μέτρια πρόσληψη Κ, περίπου 60 mEq/ημέρα, που όμως μειώθηκαν και αυτά χωρίς ωστόσο να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα. Έγινε διακοπή των πιθανών για πρόκληση υπερκαλιαιμίας φαρμάκων, αλλά οι ασθενείς εξακολουθούσαν να προσέρχονται με τιμές Κ στον ορό τους μεγαλύτερες από 7 mEq/l. Ενδελεχής έλεγχος του διαιτολογίου τους απέδειξε τη χρησιμοποίηση σκευάσματος αλάτος που αποτελείται από μείγμα NaCl και KCl, που κυκλοφορεί στα Super Markets. Το σκεύασμα αναφέρει στην ετικέτα ότι "περιέχει κατά το 1/3 λιγότερο αλάτι". Σε κανονική χρήση υπολογίζεται ότι προσφέρει 25 έως 40 mEqΚ ημερησίως. Διακοπή της πρόσληψης του σκευάσματος εξαφάνισε τα επεισόδια υπερκαλιαιμίας και στους δύο ασθενείς. Κατηγορία II. Μη ελεγχόμενη υπερφωσφαταιμία σε δύο ασθενείς που χρειάστηκε πολλές φορές την αλλαγή των φαρμάκων, όπως και την παρέμβαση της διαιτολόγου για τη ρύθμιση του διαιτολογίου, χωρίς αποτέλεσμα, έως ότου διαπιστώθηκε ότι μέρος της διατροφής τους αποτελούσε σταθερά η σόγια σε στερεά μορφή ή ως σογιέλαιο. Υπολογίζεται ότι 100 gr σπόρων σόγιας περιέχουν περίπου 600 mg φωσφόρου. Η αφαίρεση της σόγιας από το διαιτολόγιο είχε σαν αποτέλεσμα τη ρύθμιση των επιπέδων φωσφόρου. Συμπερασματικά: Οι ουραιμικοί ασθενείς αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα και χρειάζονται εξατομικευμένες διαιτητικές οδηγίες, με ιδιαίτερη έμφαση στην αποφυγή τροφών που διαφημίζονται σαν "υγιεινές" για το γενικό πληθυσμό, αλλά είναι δυνατό να κρύβουν επικίνδυνες παγίδες.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΕΣΜΕΥΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΛΟΥΜΙΝΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Δ. ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ, Κ. ΦΟΥΡΤΟΥΝΑΣ, Γ. ΤΣΟΥΧΝΙΚΑΣ, Κ. ΜΠΑΡΜΠΟΥΤΗΣ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Σερρών

Στους χρόνιους νεφροπαθείς και ιδιαίτερα στους αιμοκαθαρόμενους, το αργίλιο (AL) συσσωρεύεται στον οργανισμό και προκαλεί εγκεφαλοπάθεια, οστεοδυστροφία και μικροκυτταρική αναιμία. Η λήψη μεγάλων ποσοτήτων υδροξειδίου του αργιλίου (Al(OH)₃), που παίρνουν αυτοί οι ασθενείς για τη δέσμευση του φωσφόρου (P) των τροφών στο έντερο, αποτελεί σημαντική πηγή προέλευσης.

Σκοπός της εργασίας μας ήταν να μελετήσουμε τη μεταβολή των επιπέδων του AL στον ορό των αιμοκαθαρομένων μετά τη διακοπή της χορήγησης (Al(OH)₃) και την αντικατάστασή του με ανθρακικό ασβέστιο (CaCO₃), σαν δεσμευτικό του P.

Σε 30 ασθενείς (11 άνδρες, 19 γυναίκες, ηλικίας 38 μέχρι 76 χρόνων, που έκαναν αιμοκάθαρση (A) από 3 μέχρι 132 μήνες) χορηγήθηκε για 18 μήνες CaCO₃ σε δόση 2,8±0,3 gr ημερησίως αντί Al(OH)₃ του οποίου η δόσις ήταν 1,9±0,7 gr κατά μέσο όρο. Οι συνθήκες A και το διαιτολόγιο των ασθενών δεν άλλαξαν, υπήρξαν ελάχιστες περιπτώσεις υπερασβεσταιμίας και δυσανεξίας στο φάρμακο, που αντιμετωπίστηκαν με ελάτωση της χορηγούμενης ποσότητας και τέλος δε διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στις παραμέτρους που μετρήθηκαν κατά τη χορήγηση του CaCO₃ μετά τη διακοπή του Al(OH)₃, εκτός από τη θεαματική πτώση της τιμής του AL (P<0,001) (Πιν.1).

ΠΙΝ.1

	Ca mg%	Φωσφ. mg%	PTH(M) I.U.	Λευκωμ. gr%	Al mg/L
Al(OH) ₃	8,55±0,13	5,25±0,55	631,34±66,5	6,98±0,13	62,25±12,26
CaCO ₃	8,47±0,10	5,59±0,27	572,92±61,6	7,02±0,8	26,20±2,40
P	0,01	0,01	0,01	0,1	0,001

Συμπεραίνεται ότι: (1) Τα επίπεδα του Al στον ορό των αιμοκαθαρομένων επηρεάζονται πολύ σημαντικά από τη λήψη Al(OH)₃ (2) Το CaCO₃ είναι αρκετά αποτελεσματικό στη δέσμευση του P (3) Είναι καλά ανεκτό (4) Ο κίνδυνος υπερασβεσταιμίας είναι πολύ μικρός και εύκολα ελεγχόμενος.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (1990-1992)

Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ε. ΑΤΜΑΤΖΙΔΗΣ, Ε. ΚΟΚΚΟΛΟΥ, Θ. ΤΣΟΥΛΚΑΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική, Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ, Θεσσαλονίκης.

Από τον Ιανουάριο του 1990 μέχρι το Δεκέμβριο του 1992, 130 ασθενείς, 79 άνδρες και 51 γυναίκες άρχισαν και/ή συνέχισαν πρόγραμμα Περιοδικής Αιμοκάθαρσης και 47 ασθενείς, 30 άνδρες και 17 γυναίκες εντάχθηκαν σε Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΣΦΠΚ). Ο χρόνος στην αιμοκάθαρση κυμάνθηκε από 1 μήνα έως 14 χρόνια, Μ.Ο. 30 μήνες. Στη νεοσύστατη Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης ο χρόνος κυμάνθηκε από 1 μήνα έως 36 μήνες. Η ηλικία των ασθενών του Τεχνητού Νεφρού (ΤΝ) ήταν κατά Μ.Ο. 58 χρόνια και της ΣΦΠΚ 62 χρόνια, χωρίς να υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, παρότι το 30% των ασθενών του ΤΝ έναντι του 45% της ΣΦΠΚ ήταν άνω των 65 χρόνων. Το ποσοστό των διαβητικών στον ΤΝ ήταν 15% και στην ΣΦΠΚ 40%. Οι διαβητικοί ασθενείς των δύο μονάδων δεν διέφεραν σημαντικά ως προς την ηλικία (Μ.Ο. 61 χρ.) και ως προς τον χρόνο παραμονής σε θεραπεία υποκατάστασης (Μ.Ο. 22 και 13 μήνες αντίστοιχα). Ο υπολογισμός της αθροιστικής επιβίωσης των ασθενών έγινε με τη μέθοδο "Life table analysis" και ήταν στον ΤΝ 92% τον πρώτο χρόνο, 76% τον δεύτερο, 66% τον τρίτο, 59% τον τέταρτο. Στην ΣΦΠΚ αντίστοιχα ήταν 78% τον πρώτο χρόνο και 42% τον δεύτερο. Η επιβίωση των διαβητικών διέφερε στις δύο μονάδες και ήταν 62% στον ΤΝ και 81% στην ΣΦΠΚ τον πρώτο χρόνο και 40% με 35% τον δεύτερο. Για τους άνω των 65 χρ. η επιβίωση του πρώτου χρόνου ήταν 85% στον ΤΝ και 76% στην ΣΦΠΚ. Το 30% των ασθενών του ΤΝ και το 50% της ΣΦΠΚ είχαν σοβαρά καρδιαγγειακά προβλήματα κατά την έναρξη της θεραπείας, ενώ μόνο 50% των ασθενών της ΣΦΠΚ έκαναν οι ίδιοι τις αλλαγές.

Συμπεράσματα: 1. Η επιβίωση των ασθενών με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας εξαρτάται από τους επιβαρυντικούς παράγοντες των ασθενών, όπως είναι η ηλικία, ο σακχαρώδης διαβήτης και τα καρδιαγγειακά προβλήματα.

2. Η επιβίωση των διαβητικών και των υπερηλικών υπολείπεται ακόμη και σήμερα έναντι των υπολοίπων.

3. Απαιτούνται μακροχρόνιες μελέτες προκειμένου να τεκμηριωθεί η σωστότερη και αποδοτικότερη θεραπεία για τους διαβητικούς και υπερηλικείς ασθενείς.

ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΡΕΝΙΝΗΣ-ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ (RAS) ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΗΝ ΕΚΚΡΙΣΗ ΕΝΔΟΓΕΝΟΥΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ (ΕΡΟ) ΣΕ ΧΡΟΝΙΩΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ

Δ.Β. ΒΛΑΧΑΚΟΣ, ΧΡ. ΜΠΑΛΟΔΗΜΟΣ, Β. ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ε.ΧΗΝΑΡΗ ΚΑΙ Ι.Γ. ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗΣ

Νεφρολογικό Κέντρο, Περιφερικό Πανεπιστημιακό Νοσ. Πατρών

Πρόσφατες εργασίες έδειξαν πως αναστολείς του Μετατρεπτικού Ενζύμου (ΜΕ) προκαλούν αναιμία σε ένα ποσοστό μεταμοσχευμένων νεφροπαθών η οποία είναι αντιστρεπτή μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Παρόμοιες παρατηρήσεις έγιναν και σε χρονίως αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Για την περαιτέρω διερεύνηση της σχέσεως του RAS με την αιμοποίηση στους χρονίως αιμοκαθαιρόμενους νεφροπαθείς, 30 ασθενείς της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: Η Α Ομάδα περιελάμβανε 16 ασθενείς, που δεν ελάμβαναν ΕΡΟ, ενώ η Ομάδα Β περιελάμβανε 14 ασθενείς που εχρειάζοντο ΕΡΟ $SC\ 90 \pm 10\ \mu/kg\ εβδ.$ για τη διατήρηση του Hct στο 30%.

	Ομάδα Α (n=16)	Ομάδα Β (n=14)
Ηλικία (έτη)	54±3	50±5
Άνδρες : Γυναίκες	14 : 2	7 : 7
Αιματοκρίτης (%)	32±1	30±1
Ρενίνη ηρεμίας (ng/ml.h)	10±2	1,8±0,6***
Ερυθροποιητίνη ηρεμίας (U/l)	12±1,6	15,5±1,2
Μέση Αρτ. Πίεση (mmHg)	101±2	99±2

*** P < 0,001

Από την ανάλυση των κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων έγινε φανερό πως η μόνη στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ήταν η πενταπλάσια τιμή ρενίνης ηρεμίας πλάσματος στους ασθενείς της ομάδας Α. Ενεργοποιώντας το RAS με αφαίρεση όγκου κατά την αιμοκάθαρση των ασθενών της ομάδας Α, παρατηρήσαμε πως την αύξηση της ρενίνης κατά 119±35%, ακολούθησε παράλληλη αύξηση της ΕΡΟ κατά 74±30%. Αναστέλλοντας το ΜΕ με 50 mg καπτοπρίλης per os πριν την έναρξη της αιμοκάθαρσης παρατηρήσαμε πως ενώ η ρενίνη αυξήθηκε κατά 335±60%, η ΕΡΟ έμεινε αμετάβλητη (-2,6±11,7%).

Συμπερασματικά, σε χρονίως αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με ενεργοποιημένο το RAS παρατηρείται αυξημένη έκκριση ενδογενούς ΕΡΟ, η οποία εξασφαλίζει ικανοποιητική αιμοποίηση. Έτσι φαίνεται πως κοινός παράγοντας μπορεί να επηρεάζουν την ενεργοποίηση των δύο συστημάτων.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ