

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

46ⁿ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
11-12 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1993
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

46n ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
11-12 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1993
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 11 Νοεμβρίου 1993

18.00-18.45	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
18.45-19.00	Διάλειμμα-καφές
19.00-21.00	Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας
21.30	Δείπνο ΕΝΕ

Παρασκευή 12 Νοεμβρίου 1993

10.00-11.20	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
11.20-11.30	Διάλειμμα - Καφές
11.30-13.30	Τακτική Γενική Συνέλευση
18.00-19.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
19.00-19.20	Διάλειμμα - Καφές
19.20-21.00	Διάλεξη προσκεκλημένου ομιλητή

Εκδόσεις
ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ

Α. Σιμόνη - Σ. Χατζηπόντου Ο.Ε.
Αρμενοπούλου 16, 54635, Θεσσαλονίκη
212057, fax 205335

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 11 Νοεμβρίου 1993

- 18.00-18.45** Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: ΑΘ. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ
Κ. ΜΠΑΡΜΠΟΥΤΗΣ
- 18.00-18.10** (1) ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟ-
ΛΥΚΥΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ
ΤΗΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ
Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ, Α. ΚΑΤΣΑΡΟΥ, Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟ-
ΛΑΟΥ, Α. ΚΡΟΚΙΔΑ
Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Μονάδα Τεχνητού
Νεφρού
- 18.10-18.20** (2) ΑΠΛΑΣΤΙΚΗ ΟΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΕ ΑΙΜΟ-
ΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ
ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ
Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Ι. ΠΑΡΑΣΥΡΗΣ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ,
Σ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ
Νεφρολογικό τμήμα Γ.Π.Γ. "Ο Ευαγγελισμός",
Αθήνα.
- 18.20-18.30** (3) ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΜΕΣΗ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΝΟΡ-
ΦΛΟΞΑΣΙΝΗ ΜΕ ΑΝΟΣΟΕΝΑΠΟΘΕΣΕΙΣ
ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΜΕΜΒΡΑΝΗ ΤΩΝ ΟΥΡΟΦΟ-
ΡΩΝ ΣΩΛΗΝΑΡΙΩΝ
Σ. ΜΙΧΑΗΛ, ΧΡ. ΚΟΡΩΝΗΣ, Ε. ΦΡΑΓΚΟΥ, Χ.
ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου
Αθηνών και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- 18.30-18.45** Συζήτηση
- 18.45-19.00** Διάλειμμα-καφές

19.00-21.00 Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας
Θέμα: «ΚΛΙΝΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΩΝ»
Συντονιστής: Α.Γ. ΜΠΙΛΛΗΣ
Εισηγητές: Β. ΜΑΡΙΕΛΛΟΣ
Α. ΜΑΡΣΩΝΗΣ
Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ
Γ. ΣΤΑΥΓΙΑΝΝΟΥΔΑΚΗΣ

21.30 Δείπνο

Παρασκευή 12 Νοεμβρίου 1993

10.00-11.20 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Μ. ΠΥΡΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ
ΧΡ. ΙΑΤΡΟΥ

10.00-10.10 (4) ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΛΕΓΕΩΝΑΡΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ
ΥΠΟ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ
ΓΡ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ, Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Φ. ΣΟΛΩΝΑΚΗ,
Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Γ. ΙΜΒΡΙΟΣ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝ-
ΝΗΣ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ,
Ιπποκράτειο Γεν. Περ. Νοσ. Θεσσαλονίκης

10.10-10.20 (5) ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗ-
ΣΗ ΣΥΜΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕ-
ΝΗ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ
ΚΑΘΑΡΣΗ
Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Ε. ΚΑΝΑΚΗΣ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ,
Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Ε. ΑΤΜΑΤΖΙΔΗΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ
Θεσσαλονίκης

10.20-10.30 (6) ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ "ΑΙ-
ΜΟΡΡΑΓΙΚΟ ΠΥΡΕΤΟ ΜΕ ΟΞΥ ΝΕΦΡΙΤΙΔΙ-
ΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ"
Χ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ, Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Ε. ΑΛΕΞΟ-
ΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ,
Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ*, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα Ιπποκρατείου Νοσοκομείου
ΑΠΘ

* Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου
Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

10.30-10.40 Συζήτηση

**10.40-10.50 (7) ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙ-
ΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΤΗ ΝΟΣΟ ΣΥΝΔΕΤΙ-
ΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΟΛΙΚΗ ΚΙΡ-
ΡΩΣΗ**

Χ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ, Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Α. ΡΩΜΑΝΙ-
ΔΟΥ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Κ. ΠΑΤΣΙΑΟΥΡΑ*, Γ. ΣΑΚΕΛ-
ΛΑΡΙΟΥ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ*, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα Ιπποκρατείου Νοσοκομείου
ΑΠΘ

* Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου
Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

**10.50-11.00 (8) ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙ-
ΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΤΙΚΑΡΔΙΟΛΙΠΙΝΙΚΟ
ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

Χ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ,
Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ*, Μ. ΠΑΠΑ-
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Ιπποκρατείου Νοσοκομείου
ΑΠΘ

* Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου
Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

**11.00-11.10 (9) ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΕΝΗ-
ΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙ-
ΤΙΔΑ ΜΕ ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛ-
ΛΟΙΩΣΕΙΣ**

Χ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥ-
ΛΟΣ, Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Α. ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ, Γ. ΣΑ-
ΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ*, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗ-
ΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Ιπποκρατείου Νοσοκομείου
ΑΠΘ

* Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου
Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

11.10-11.20 Συζήτηση

11.20-11.30 Διάλειμμα - Καφές

11.30-13.30 ΤΑΚΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ

18.00-19.00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Ν. ΠΑΠΑΔΟΔΗΜΑΣ
Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ

**18.00-18.10 (10) ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΗ ΔΙΕΤΙΑ 1991-1993**

Μ. ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ, Σ. ΣΠΑΙΑ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ,
Π. ΠΕΤΡΙΔΟΥ, Χ. ΤΣΟΜΠΑΝΑΚΗΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ
Θεσσαλονίκης

**18.10-18.20 (11) Η ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ
ΕΧΕΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΗΛΑ-DR ΦΑΙΝΟΤΥΠΟ
ΣΤΟΥΣ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑ-
ΤΟΣ**

Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ,
Δ. ΓΑΚΗΣ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ,
Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Αριστοτέλειο
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**18.20-18.30 (12) Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΛΗΨΗΣ ΔΕ-
ΣΜΕΥΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕ-
ΔΑ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙ-
ΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Σ. ΣΠΑΙΑ, Ε. ΚΑΝΑΚΗΣ, Ε. ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ,
Δ. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ, Ι. ΜΠΙΣΙΑ, Β. ΣΑΡΑΝΤΙ-
ΔΟΥ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ
Θεσσαλονίκης

**18.30-18.40 (13) ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΔΟΡΙΑΣ (ΥΔ) ΜΕ
ΤΗΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΑ (ΕΦ) ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΡΥ-
ΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ (ΕΡΟ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ
ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΧΠΑ)
Θ. ΠΛΙΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ, Η. ΨΑΡΡΑΣ, Μ. ΚΑΛΙΕΝΤΖΙ-
ΔΟΥ, Κ. ΚΑΛΑΙΤΖΙΔΗΣ**

Νεφρολογικό Τμήμα, Ν.Γ.Ν. Καβάλας

**18.40-18.50 (14) Η ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΗ
ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**
Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΛΑΣ,
Ε. ΚΟΚΟΛΟΥ, Χ. ΤΣΟΜΠΑΝΑΚΗΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Β΄ Νοσοκομείου ΙΚΑ
Θεσσαλονίκης

18.50-19.00 Συζήτηση

19.00-19.20 Διάλειμμα - Καφές

19.20-21.00 Διάλεξη

**Θέμα: «ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΕΝΟΣ ΝΕΟΥ
ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΔΙΑΛΥΜΜΑΤΟΣ ΒΙ/GG ΣΤΗΝ
ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ
ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ
ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ)»**

Ομιλητής: Ι. ΓΙΑΤΖΙΔΗΣ

Προεδρείο: Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΚΕΡΚΥΡΑΣ

Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ, Α. ΚΑΤΣΑΡΟΥ, Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Α. ΚΡΟΚΙΔΑ

Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας,, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού

Με σκοπό να διευκρινιστεί η συχνότητα της πολυκυστικής νόσου των νεφρών σαν αιτία τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας στην Μ.Τ.Ν. του νοσοκομείου μας αλλά παράλληλα να εκτιμηθεί η συχνότητα εμφάνισης της νόσου και η εξέλιξή της μεταξύ των συγγενών των πασχόντων, μελετήθηκαν συνολικά πενήντα τρία (53) άτομα.

Από αυτά τα δέκα έξι (16) ήταν ασθενείς πάσχοντες από τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση στην μονάδα μας, και τα τριάντα επτά (37) συγγενείς των πασχόντων με φυσιολογική νεφρική λειτουργία η μικρή έκπτωση αυτής.

Η ομάδα των ασθενών αποτελείται από δέκα (10) γυναίκες και έξι (6) άνδρες, ηλικίας 61.8 ± 7.6 έτη, από αυτά τα δέκα τρία (13) άτομα είναι εν ζωή και τα τρία έχουν πεθάνει. Η μέση ηλικία έναρξης αιμοκάθαρσης ήταν 57.4 ± 9.6 έτη και η διάρκεια αιμοκάθαρσης ήταν 60.8 ± 47.4 μήνες.

Δεδομένου ότι ο συνολικός αριθμός αρρώστων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στην μονάδα μας είναι σαράντα οκτώ (48) το ποσοστό της πολυκυστικής νόσου αντιπροσωπεύει το 27.1%. Το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα υψηλό και αποδίδεται στη μειωμένη μετακίνηση πληθυσμού του νησιού η οποία δημιουργεί συνθήκες κλειστής κοινωνίας. Η παρουσία κύστεων στο ήπαρ διαπιστώθηκε σε εννέα (9) μόνον από τα δέκα έξι (16) άτομα ποσοστό δηλαδή 56.3%.

Από το ιστορικό των αρρώστων διαπιστώθηκε ότι πριν την ένταξή τους σε αιμοκάθαρση παρουσίαζαν υπέρταση τα εννέα (9) άτομα, ποσοστό 56.3%, ενώ μετά μερικούς μήνες από την ένταξή τους μόνον τα τρία (3), ποσοστό 18.8%, η διαφορά αυτή βρέθηκε στατιστικά σημαντική στο επίπεδο του 0.02% ($t = -2.3$, $p = 0.02$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει τη σημασία του αυξημένου όγκου στην παθογένεια της υπέρτασης της πολυκυστικής νόσου, τουλάχιστον στο τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας.

Η παρουσία νεφρολιθίασης διαπιστώθηκε σε τρεις από τους αρρώστους μας, ποσοστό 18.8%.

Η ομάδα των συγγενών περιελάμβανε άτομα με διάφορους βαθμούς συγγενείας προς τους πάσχοντες. Συγκεκριμένα τα οκτώ (8)

ήταν αδέρφια πασχόντων, τα τέσσερα (4) ήταν γονείς συγγενών και τα είκοσι πέντε (25) ήταν τέκνα πασχόντων ή συγγενών.

Από τα άτομα που μελετήθηκαν τα δέκα οκτώ (18) ήταν γυναίκες και τα δέκα εννέα (19) άνδρες, η ηλικία τους εκυμαίνεται από οκτώ (8) έως εβδομήντα οκτώ (78) έτη (37.1 ± 18.5 έτη).

Η παρουσία της νόσου επισημοποιήτο με υπερηχοτομογραφικό έλεγχο των νεφρών και του ήπατος. Θετική εθεωρείτο η εξέταση επί παρουσίας μίας τουλάχιστον κύστεως σε κάθε νεφρό ή δύο τουλάχιστον κύστεων στον ένα νεφρό σε άτομα με πάσχοντα συγγενή (πιθανότητα εμφάνισης της νόσου 50%).

Με τη μέθοδο αυτή εντοπίστηκαν είκοσι εννέα (29) άτομα πάσχοντα από τη νόσο, ποσοστό 78.4%, από αυτά τα τέσσερα (4) παρουσίαζαν κύστες στους νεφρούς και στο ήπαρ, ποσοστό 10.8%, ενώ τα είκοσι πέντε (25) παρουσίαζαν κύστες μόνο στους νεφρούς, ποσοστό 75.8%. Τα υπόλοιπα οκτώ (8) άτομα ήταν φαινοτυπικά υγιή, ποσοστό 21.6%.

Στο υλικό περιλαμβάνονταν τρία παιδιά ηλικίας οκτώ και έντεκα ετών, αντίστοιχα. Η εξέταση απέβη θετική και στα τρία, πράγμα που υποδηλώνει την ευαισθησία της μεθόδου ακόμη και σε τόσο μικρές ηλικίες.

Έκπτωση νεφρικής λειτουργίας βρέθηκε σε τρία μόνον άτομα, ποσοστό 8.1%. Αρτηριακή υπέρταση παρουσίαζαν έντεκα (11) άτομα, ποσοστό 29.7%, από τα οποία μόνον δύο παρουσίαζαν συγχρόνως έκπτωση νεφρικής λειτουργίας. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει την άποψη ότι η υπέρταση της πολυκυστικής νόσου εμφανίζεται πολλές φορές πριν την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της νόσου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ένας άρρωστος με υπέρταση και έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας πέθανε μετά από χειρουργική επέμβαση για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής.

Συμπεραίνεται ότι η πολυκυστική νόσος των νεφρών αποτελεί ιδιαίτερα συχνή αιτία τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας στον πληθυσμό της Κέρκυρας. Η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης είναι συχνό εύρημα σε αρρώστους με πολυκυστική νόσο αλλά υποχωρεί σε μεγάλο βαθμό μετά την ένταξή τους σε αιμοκάθαρση. Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος των νεφρών αποδείχθηκε ιδιαίτερα χρήσιμη και ευαίσθητη μέθοδος ανίχνευσης της νόσου στο γενικό πληθυσμό ακόμη και σε πολύ μικρές ηλικίες.

ΑΠΛΑΣΤΙΚΗ ΟΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΕΚΤΟΜΗ

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Ι. ΠΑΡΑΣΥΡΗΣ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Σ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Νεφρολογικό τμήμα Γ.Π.Γ. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα.

Η απλαστική οστική νόσος, η συχνότητα της οποίας φθάνει μέχρι 50% (στη χώρα μας 12% περίπου) στους ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση, παρατηρείται συχνότερα μετά από παραθυρεοειδεκτομή (ΠΘΕ). Μελετήσαμε το πρόβλημα αυτό αναδρομικά σε 6 αιμοκαθαίρομενους ασθενείς, ηλικίας 46-64 ετών, που υποβλήθηκαν σε ΠΘΕ επειδή παρουσίαζαν κλινικές ενδείξεις και εργαστηριακά ευρήματα δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού (ΔΥΠΘ) (Ομάδα Ι). Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί, 35±12 μήνες μετά την ένταξή τους σε αιμοκάθαρση και 4-6 μήνες προ της ΠΘΕ, σε οστική βιοψία που έδειξε ευρήματα ΔΥΠΘ σε 2 και μικτής οστικής νόσου (ΜΟΝ) σε 4. Τέσσερις ασθενείς είχαν επίσης εναπόθεση αλουμίνιου (ΑΙ) στα οστά. Μετά την ΠΘΕ όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν επιδείνωση της κλινικής εικόνας και στη νέα οστική βιοψία, που έγινε 19±7 μήνες μετά την ΠΘΕ, διαπιστώθηκε απλαστική οστική νόσος σε τρεις ασθενείς που αποδόθηκε σε τοξικότητα από ΑΙ (2 ασθενείς) και υποπαραθυρεοειδισμό (1 ασθενής που είχε μόλις ανιχνεύσιμα ποσά iPTH στον ορό). Τα ευρήματα αυτά συγκρίθηκαν με εκείνα που παρατηρήθηκαν σε 7 ασθενείς, 40-66 ετών, που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (4) η ΣΦΠΚ (3) και είχαν ήπια συμπτώματα αλλά τυπικά εργαστηριακά ευρήματα ΔΥΠΘ (ομάδα ΙΙ). Οι ασθενείς αυτοί είχαν υποβληθεί, 20±8 μήνες μετά την ένταξή τους σε εξωνεφρική κάθαρση, σε οστική βιοψία που έδειξε ΔΥΠΘ σε 4 και ΜΟΝ σε 3, ενώ οι δύο από τους 7 είχαν και εναπόθεση ΑΙ στα οστά. Όλοι οι ασθενείς της ομάδας αυτής, οι οποίοι έλαβαν μόνο σκευάσματα ασβεστίου και/ή μικρές δόσεις καλσιπριόλης per os, 26±6 μήνες μετά την πρώτη βιοψία υποβλήθηκαν σε νέα που δεν έδειξε σημαντική μεταβολή της αρχικής ιστολογικής εικόνας, εκτός από έναν ασθενή που εμφάνισε ευρήματα ήπιας οστεομαλακίας από ΑΙ. Σ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης οι ασθενείς αυτοί δεν παρουσίασαν σημαντική, κλινική ή εργαστηριακή, επιδείνωση του ΔΥΠΘ. Συμπερασματικά, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ΠΘΕ μπορεί να εμφανίσουν κλινικώς επιδείνωση της νεφρικής οστεοδυστροφίας και ιστολογικώς απλαστική οστική νόσο όταν: α) προϋπάρχει εναπόθεση ΑΙ στα οστά που δεν έχει αντιμετωπισθεί με απαλουμίνωση προ της ΠΘΕ και β) έχει ενδεχομένως καταργηθεί, λόγω της ΠΘΕ, η παραθυρεοειδική λειτουργία.

ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΜΕΣΗ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΝΟΡΦΛΟΞΑΣΙΝΗ ΜΕ ΑΝΟΣΟΕΝΑΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΤΗ ΒΑΣΙΚΗ ΜΕΜΒΡΑΝΗ ΤΩΝ ΟΥΡΟΦΟΡΩΝ ΣΩΛΗΝΑΡΙΩΝ

Σ. ΜΙΧΑΗΛ, ΧΡ. ΚΟΡΩΝΗΣ, Ε. ΦΡΑΓΚΟΥ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ,
Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών και
Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών

Περιγράφεται περίπτωση βαρείας και παρατεταμένης οξείας με ολιγουρικής νεφρικής ανεπάρκειας μετά λήψη νορφλοξασίνης, που ανταποκρίθηκε στη χορήγηση κορτικοστεροειδών. Η ιστολογική εξέταση του νεφρικού ιστού με το οπτικό μικροσκόπιο έδειξε αλλοιώσεις οξείας διάμεσης νεφρίτιδας ενώ με τον ανοσοφθορισμό διαπιστώθηκαν λεπτοκοκκιδείς εναποθέσεις IgG και C3 κατά μήκος της μεμβράνης των ουροφόρων σωληναρίων. Από την ανάλυση των βιβλιογραφικών επί του θέματος δεδομένων προκύπτει ότι η παρούσα περίπτωση είναι η πέμπτη για όλες τις κινολόνες και η δεύτερη για τη νορφλοξασίνη με ιστολογικά επιβεβαιωμένη τη διάγνωση της οξείας διάμεσης νεφρίτιδας, ενώ, σ' ότι αφορά τα ευρήματα από τον ανοσοφθορισμό, εναπόθεση ανοσοσφαιρινών και συμπληρώματος κατά μήκος της μεμβράνης των ουροφόρων σωληναρίων δεν περιγράφεται σε καμία από τις περιπτώσεις που αναφέρονται στη βιβλιογραφία.

ΝΟΣΟΣ ΤΩΝ ΛΕΓΕΩΝΑΡΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

ΓΡ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ, Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Φ. ΣΟΛΩΝΑΚΗ, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Γ. ΙΜΒΡΙΟΣ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ,
Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γεν. Περ.
Νοσ. Θεσσαλονίκης

Οι λοιμώξεις και ειδικά αυτές με πνευμονική συμμετοχή συναντώνται συχνά σε μεταμοσχευμένους ασθενείς και η θνητότης από αυτές εξακολουθεί να παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Με την εργασία μας αυτή περιγράφουμε την κλινική πορεία ενός ασθενούς που παρουσίασε πνευμονία από *Legionella pneumophilla* που είναι μία κύρια αιτία νοσοκομειακών επιδημιών ιδίως σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.

Πρόκειται για άνδρα ηλικίας 58 ετών με πρωτοπαθή νόσο πολυκυστικούς νεφρούς που βρισκόταν σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης από 21.6.1991. Υπεβλήθη σε επιτυχή πτωματική νεφρική μεταμόσχευση στις 24.10.1992 και τέθηκε σε τετραπλό σχήμα ανοσοκαταστολής (κορτιζόνη, αζαθειοπρίνη, αντιλεμφοκυτταρικό ορό και κυκλοσπορίνη). Μετά από μια αρχική περίοδο νοσηλείας διάρκειας 15 ημερών με ικανοποιητική μετεγχειρητική πορεία ο ασθενής εξήλθε από το Νοσοκομείο με $SCr = 1,3 \text{ mg\%}$. Την 23η μετεγχειρητική ημέρα (ΜΗ) έγινε επανεισαγωγή του ασθενούς στην κλινική λόγω πνευμονίας του δεξιού κάτω πνευμονικού λοβού. Αρχικά και μέχρι την 47η ΜΗ έλαβε εμπειρικό θεραπευτικό σχήμα χωρίς κλινική ανταπόκριση. Δοκιμασία δείγματος αίματος την 33η ΜΗ για ανίχνευση αντισωμάτων έναντι της *Legionella pn.* (μέθοδος εμμέσου ανοσοφθορισμού) και επανάλυση της ίδιας δοκιμασίας δύο εβδομάδες μετά (47η ΜΗ) απέβησαν θετικές σε αραιώσεις 1/512 και 1/1024 αντίστοιχα και ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με ερυθρομυκίνη. Μετά την έναρξη ερυθρομυκίνης παρατηρήθηκε άνοδος των επιπέδων CyA σταδιακή επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και δύο βιοψίες μοσχεύματος που έγιναν την 51η και 59η ΜΗ αντίστοιχα έδειξαν ευρήματα οφειλόμενα σε τοξικότητα CyA . Παρά την διακοπή της CyA , την ελάττωση της δόσης της ερυθρομυκίνης και την τροποποίηση που έγινε στην ανοσοκατασταλτική θεραπεία η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώθηκε και την 63η ΜΗ ο ακτινολογικός έλεγχος των πνευμόνων έδειχνε διάσπαρτες βρογχοπνευμονικές διηθήσεις άμφω. Την 65η ΜΗ ο ασθενής διασωληνώθηκε λόγω βαρείας υποξυγοναιμίας και υποκαπνίας ($PO_2 = 36 \text{ mmHg}$ και $PCO_2 = 27 \text{ mmHg}$). Χορηγήθηκε ιμπενέ-

μη, τριμεθοπρίμη - σουλφομεθοξαζόλη και αμφοτερικίνη Β και κατέληξε με σππτικό shock την 68η ΜΗ.

Συμπερασματικά η έκβαση της πνευμονίας του μεταμοσχευμένου ασθενή από *Legionella pneumophilla* παρά την έγκαιρη και ειδική αντιμετώπισή της, επιβεβαίωσε την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία ότι δεν είναι πάντοτε επιτυχής.

ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΜΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Ε. ΚΑΝΑΚΗΣ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Ε. ΑΤΜΑΤΖΙΔΗΣ, Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης

Η στεφανιαία νόσος είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου σε διαβητικούς ασθενείς με υψηλά επίπεδα χοληστερόλης. Η συμβαστατίνη είναι αναστολέας της 3-υδροξυ-3-μεθυλογλουταριλ-συνένζυμο-Α ρεδοκτάσης (HMG-CoA).

Ο ασθενής μας, ένας άνδρας 67 ετών, ήταν σε πρόγραμμα Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Καθαρσης (ΣΦΠΚ), για ένα χρόνο, λόγω διαβητικής νεφροπάθειας. Τους τελευταίους έξι μήνες παρουσίαζε διαρκώς υπερχοληστερολαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία, υψηλή LDL, και πολύ χαμηλή HDL, παρά τον ικανοποιητικό έλεγχο του σακχάρου, οπότε και άρχισε θεραπεία με συμβαστατίνη 10 mg ημερησίως.

Μετά ένα μήνα η υπερλιπιδαιμία υποχώρησε θεαματικά, αλλά 5 ημέρες μετά προσήλθε στην Κλινική μας με έντονες μυαλγίες, αιμωδίες, και μεγάλη μυϊκή αδυναμία. Ο πόνος των μυών παρουσίαζε αύξηση κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ενώ τα εν τω βάθει αντανακλαστικά ήταν καταργημένα.

Τα εργαστηριακά ευρήματα ήταν: κρεατινίνη: 20 mg%, ουρία: 86 mg%, γλυκόζη: 83 mg%, Κ: 7,8 mEq/lit, Na: 135 mEq/lit, Ca: 0,98 mEq/lit, P: 8 mg%, CPK: 687U/lit (φ.τ.=24-190), LDH: 429U/lit (φ.τ.=200-400), μυσφαιρίνη ορού: 0,09 mg% (φ.τ.<0,06). Το τελευταίο δίμηνο ο ασθενής λάμβανε την ίδια αγωγή, πλην της συμβαστατίνης. Η διάγνωση της ραβδομυόλυσης ετέθη μετά από αποκλεισμό κάθε άλλου αιτίου μυοπάθειας και συνεκτίμησης της πρόσφατης χορήγησης συμβαστατίνης. Αφού διακόπηκε κάθε φαρμακευτική αγωγή, ο ασθενής υποβλήθηκε σε 8 αλλαγές των 2lit για 4 ημέρες όπου και η πλήρης ανάρρωσή του.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ "ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟ ΠΥΡΕΤΟ ΜΕ ΟΞΥ ΝΕΦΡΙΤΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ"

Χ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ, Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ,
Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ*, Μ. ΠΑΠΑΔΗ-
ΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Ιπποκρατείου Νοσοκομείου ΑΠΘ

* Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου Νοσοκομείου
Θεσσαλονίκης

Παρουσιάζουμε τέσσερις περιπτώσεις οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, της οποίας η αιτία ήταν ο ιός της ομάδας Hantaan. Οι ασθενείς νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας κατά τη διετία 1991-93. Όλοι οι ασθενείς ήταν άνδρες, ηλικίας από 32-52 ετών, αγρότες.

Όλοι παρουσίασαν την τυπική κλινική εικόνα του "αιμορραγικού πυρετού με οξύ νεφριτιδικό σύνδρομο". Η νεφρική προσβολή εκδηλώθηκε με αιματουρία, λευκωματουρία, ολιγουρία και προοδευτική αύξηση της κρεατινίνης του ορού (6.5-9.5 mg/dl).

Η ολιγουρία ήταν διάρκειας 3-7 ημερών και μόνο ένας ασθενής υποβλήθηκε σε αιμοκάθαρση. Η νεφρική λειτουργία αποκαταστάθηκε σε διάστημα από 1-3 εβδομάδες. Νεφρική βιοψία έγινε σε 3/4 ασθενείς και η διάγνωση ήταν διαμεσοσωληνιακή νεφρίτιδα.

Η διάγνωση τεκμηριώθηκε με τον προσδιορισμό των τίτλων των αντισωμάτων έναντι των ιών του γένους Hantavirus.

Η έκβαση των ασθενών ήταν καλή και η αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας πλήρης.

Συζητείται η συχνότητα της νόσου, η πρόγνωση και η πρόληψη.

ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΤΗ ΝΟΣΟ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΧΟΛΙΚΗ ΚΙΡΡΩΣΗ

Χ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ, Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Α. ΡΩΜΑΝΙΔΟΥ, Χ. ΚΑΤΣΙ-
ΝΑΣ, Κ. ΠΑΤΣΙΑΟΥΡΑ*, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ*,
Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Ιπποκρατείου Νοσοκομείου ΑΠΘ

* Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου Νοσοκομείου
Θεσσαλονίκης

Η Μικτή νόσος συνδετικού ιστού, (mixed connective tissue disease, MCTD) χαρακτηρίζεται κλινικά από τη συνύπαρξη συμπτωμάτων του συστηματικού ερυθματώδους λύκου, της συστηματικής σκλήρυνσης και της πολυμυοσίτιδας και εργαστηριακά από την ανίχνευση στον ορό των ασθενών σε υψηλούς τίτλους ενός ειδικού αντιπυρηνικού αντισώματος έναντι μιας ριβοπυρηνωπρωτεΐνης (U1RNP).

Η πρωτοπαθής χολική κίρρωση συχνά συνυπάρχει με νοσήματα του κολλαγόνου.

Περιγράφεται μία περίπτωση γυναίκας ηλικίας 58 ετών η οποία εισήλθε στην κλινική μας τον Απρίλιο του 1993 με νεφρωσικό σύνδρομο. Το ιστορικό της ασθενούς αρχίζει πριν 10 χρόνια όταν παρουσίασε εξάνθημα στα κάτω άκρα. Από τότε μέχρι σήμερα αναφέρει αρθραλγίες και κατά διαστήματα οίδημα και αρθρίτιδες των μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων των χεριών. Από βετίας μέχρι και σήμερα αναφέρει φαινόμενο Raynaud. Πριν 5 χρόνια παρουσίασε λεμφαδενοπάθεια και έγινε βιοψία μασχαλαίου λεμφαδένα. Από τον Ιούλιο του 1992 η ασθενής παρουσίαζε οιδήματα των κάτω άκρων και τον Απρίλιο του 1993 εισάγεται για πρώτη φορά στην κλινική μας, όπου διαπιστώθηκαν οιδήματα στα κάτω άκρα και την οσφύ.

Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε: Ηt 27%, ΤΚΕ 156 mm, SGOT 216 U/L, SGPT 110 U/L, αλκ. φωσφατάση 947 U/L, γ-GT 701 U/L, CPK 85 U/L, λευκωματίνες 1.5 g/dl, ουρία 45 mg/dl, κρεατινίνη ορού 1 mg/dl, λεύκωμα ούρων 6g/24h. Οι δείκτες ηπατίτιδας Β και C ήταν αρνητικοί, οι κρυσταλλίνες κ.φ., τα αντιπυρηνικά αντισώματα >1:1000, τα anti-DNA, ATA, ASMA, AMA, ANCA αρνητικά. Ειδικά αντιπυρηνικά αντισώματα έναντι U1RNP πάνω από 100 iu/ml (φ.τ. <2iu/ml). La, Ro, Sm, Scl-70 ήταν αρνητικά και το Ratest ήταν αρνητικό.

Έγιναν βιοψίες νεφρού και ήπατος, οι οποίες έδειξαν μεμβρανώδη σπειραματονεφρίτιδα 3ου σταδίου και πρωτοπαθή χολική κίρ-

ρωση αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα κριτήρια Alarcon-Segovia τέθηκε η διάγνωση της μικτής νόσου συνδετικού ιστού.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε ειδική θεραπεία με κορτικοειδή και στην συνέχεια προστέθηκαν κυκλοσπορίνη και υψηλές δόσεις γ-σφαίρινης και παρουσίασε βελτίωση.

ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΤΙΚΑΡΔΙΟΛΙΠΙΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Χ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ*, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Ιπποκρατείου Νοσοκομείου ΑΠΘ

* Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

Το αντικαρδιολιπινικό σύνδρομο έχει περιγραφεί σε ασθενείς που πάσχουν από Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ) και πιο συχνά σε ασθενείς που έχουν παρόμοιες εκδηλώσεις ΣΕΛ χωρίς όμως την ανεύρεση αντισωμάτων έναντι αντιγόνων του πυρήνα. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, θρομβοκυτοπενία, φλεβικές και αρτηριακές θρομβώσεις, αυτόματες εκκρώσεις και στους ασθενείς αυτούς ανιχνεύονται αυτοαντισώματα έναντι ανιονικών φωσφολιπιδίων.

Τον Οκτώβριο του 1992 νοσηλεύθηκε στην κλινική μας νεαρή γυναίκα 18 ετών με εκδηλώσεις πνευμονικής εμβολής και με ιστορικό θρομβοφλεβίτιδας του αριστερού κάτω άκρου πριν από 2 μήνες.

Στον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε λευκωματουρία από 1,2 έως 3g/24h με φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Η ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού και διαπιστώθηκε μεμβρανώδης Σ.Ν. 3-4ου σταδίου.

Από το ιστορικό της ασθενούς δεν υπήρχαν κλινικές εκδηλώσεις ΣΕΛ.

Ο περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος ήταν αρνητικός για αντιπυρηνικά αντισώματα, ενώ ο τίτλος των αντικαρδιολιπινικών αυτοαντισωμάτων ήταν 100 u/ml (φ.τ. 15 u/ml).

Η ασθενής τέθηκε σε αντιπηκτική αγωγή αρχικά με ηπαρίνη και στη συνέχεια με δικουμαρόλη που συνεχίζει μέχρι και σήμερα καθώς και σε κορτικοθεραπεία. Παρατηρήθηκε μερική ύφεση της λευκωματουρίας 0.5g/24h.

Η ασθενής υποβάλλεται σε τακτικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΜΕ ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ

Χ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Α. ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ*, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Ιπποκρατείου Νοσοκομείου ΑΠΘ

* Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

Είναι γνωστό ότι η σπειραματονεφρίτιδα με ελάχιστες ιστολογικές αλλοιώσεις (ΣΕΙΑ) εκδηλώνεται ως νεφρωσικό σύνδρομο. Σπάνια η σπειραματονεφρίτιδα αυτή μπορεί να εκδηλωθεί ως οξεία νεφρική ανεπάρκεια ιδιαίτερα σε ενήλικες ασθενείς.

Στην τριετία 1990-1992 νοσηλεύθηκαν στο τμήμα μας, 65 ασθενείς με νεφρωσικό σύνδρομο και όλοι αυτοί υποβλήθηκαν σε βιοψία νεφρού. Από την ιστοπαθολογική μελέτη και τον ανοσοφθορισμό 13 (20%) ασθενείς έπασχαν από σπειραματονεφρίτιδα με ελάχιστες ιστολογικές αλλοιώσεις. Από τους ασθενείς αυτούς οι 3 (23%) παρουσίασαν ΟΝΑ. Οι ασθενείς αυτοί (2Α, 1Γ), ηλικίας 22, 58, 28 χρόνων αντίστοιχα, παρουσίασαν ολιγουρία διάρκειας 3-35 ημερών, ο όγκος ούρων κατά την εισαγωγή τους ήταν < 300ml/24h, με παράλληλη επιδείνωση της νεφρικής τους λειτουργίας (Cr ορού 1,6 - 8 mg/dl). Στους 2/3 ασθενείς εφαρμόστηκε εξωνεφρική κάθαρση (4-19 συνεδρίες Τ.Ν. αντίστοιχα). Η μέση τιμή της λευκωματουρίας ήταν $8.7 \pm 3.3g/24h$ (5-11.2g/24h) με χαμηλές λευκωματίνες ορού ($1.66 \pm 0.4g/dl$). Από το ιστορικό των ασθενών δεν προέκυψε εμφανής αιτία της ΟΝΑ, η μέση τιμή αρτηριακής πίεσης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ήταν η συστολική 125 ± 15 και η διαστολική 76 ± 3 mmHg. Ο μέσος χρόνος αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας ήταν 24 ± 19 ημέρες (13-47 ημέρες).

Η ΟΝΑ ήταν αναστρέψιμη και στις 3 περιπτώσεις και το νεφρωσικό τους σύνδρομο υφέθηκε πλήρως με κορτικοθεραπεία.

ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΗ ΔΙΕΤΙΑ 1991-1993

Μ. ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ, Σ. ΣΠΑΪΑ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Π. ΠΕΤΡΙΔΟΥ, Χ. ΤΣΟΜΠΑΝΑΚΗΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης

Η αύξηση του ποσοστού των διαβητικών ασθενών που αρχίζουν θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας είναι δεδομένη. Παρουσιάζει λοιπόν ιδιαίτερο ενδιαφέρον η προσέλευση των ασθενών αυτών για τακτική παρακολούθηση στα εξωτερικά ιατρεία Νεφρολογικών Κλινικών.

Από τον Ιούλιο του 1991 μέχρι σήμερα, 780 ασθενείς παρακολουθούνται τακτικά στο Ε.Ι. της Κλινικής μας. Από αυτούς 163 ασθενείς έπασχαν από Σακχαρώδη Διαβήτη (ποσοστό 21%). Κατά την πρώτη εξέτάσή τους στο Ε.Ι. 52 ασθενείς είχαν φυσιολογική νεφρική λειτουργία (Cr < 1.2 mg%) ενώ 111 είχαν παθολογική (ποσοστά 31% και 69% αντίστοιχα). Από τους 52 ασθενείς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία (ομάδα Α), στους 25 συνυπήρχε λευκωματουρία (51%) ενώ από τους 111 ασθενείς με ΧΝΑ (ομάδα Β), οι 80 είχαν λευκωματουρία (72%).

Στην ομάδα Α, 32 ασθενείς είχαν υπέρταση (61%) ενώ 8 (15%) είχαν στοιχεία αμφιβληστροειδοπάθειας.

Στην ομάδα Β', 65 ασθενείς (ποσοστό 58%) είχαν με την έναρξη της παρακολούθησης τιμές ήπιας νεφρικής ανεπάρκειας (Cr < 2.5%). 38 ασθενείς (ποσοστό 34%) προσήλθαν με μετρίου βαθμού ΧΝΑ ενώ 8 ασθενείς είχαν βαρεία νεφρική ανεπάρκεια και χρειάστηκαν υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας.

Για τους περισσότερους διαβητικούς η εξέταση στο Ε.Ι. ήταν η πρώτη επίσκεψη σε Νεφρολόγο και δεν προϋπήρχε προηγούμενος έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας.

Σε 60 ασθενείς χρειάστηκε αλλαγή της θεραπείας, δηλαδή είτε ένταξή τους σε ινσουλίνη, είτε διακοπή φαρμάκων, είτε αλλαγή φαρμάκων. Υπέρταση είχαν 91 ασθενείς (ποσοστό 82%) της ομάδας Β, ενώ αμφιβληστροειδοπάθεια είχαν 60 ασθενείς (ποσοστά 66%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) Ένα μεγάλο ποσοστό διαβητικών ασθενών (70%) προσέρχεται στο Νεφρολόγο με ήδη εγκατεστημένη νεφρική ανεπάρκεια και χωρίς προηγούμενο έλεγχο νεφρικής λειτουργίας. 2) Στους μισούς περίπου ασθενείς παρόλο που ήταν υπό ιατρική παρακολούθηση χρειάστηκε παρέμβαση στη θεραπευτική αντιμετώπιση για όσο το δυνατόν καλύτερη ρύθμιση του Σακχαρώδη Διαβήτη και

άμβλυωση των επιποκών του. 3) Είναι λοιπόν επιθυμητή η στενή συνεργασία του Νεφρολόγου με τον ιατρό που παρακολουθεί τον διαβητικό άρρωστο από την αρχική διάγνωση της νόσου.

Η ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ ΕΧΕΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ HLA-DR ΦΑΙΝΟΤΥΠΟ ΣΤΟΥΣ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Γ. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σε 169 λήπτες νεφρικού μοσχεύματος (62 από πτωματικό και 107 από ζώντα δότη) εξετάσθηκε: 1) Η συχνότητα απόρριψης στους έχοντας κάθε ένα συγκεκριμένο HLA-DR φαινότυπο σε σχέση με όσους δεν τον έχουν 2) Στους 49 που είχαν επεισόδια απόρριψης συγκρίθηκαν τα επίπεδα κυκλοσπορίνης όσων έχουν κάθε ένα συγκεκριμένο HLA-DR φαινότυπο σε σχέση με όσους δεν το έχουν. Οι λήπτες από ζώντα δότη ευρίσκονταν υπό 3/πλή ανοσοκαταστολή ενώ οι λήπτες από πτωματικό δότη ευρίσκονταν υπό διαδοχική τετραπλή ανοσοκαταστολή. Και στις δύο ομάδες η συχνότητα απόρριψης δεν διέφερε στους έχοντας κάθε ένα συγκεκριμένο DR φαινότυπο σε σχέση με όσους δεν τον έχουν. Από τους λήπτες με πτωματικό μόσχευμα που είχαν επεισόδια απόρριψης μόνον όσοι είχαν HLA-DR 7 φαινότυπο είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα κυκλοσπορίνης αίματος σε σχέση με όσους δεν τον είχαν (139 ng/ml VS 349 ng/ml, $p < 0,05$). Οι υπόλοιποι λήπτες από πτωματικό ή ζώντα δότη δεν παρουσίαζαν συσχέτιση μεταξύ DR φαινοτύπου και επιπέδων κυκλοσπορίνης αίματος. Τα μέσα επίπεδα κυκλοσπορίνης στους μη απορρίφντες ευρέθησαν σημαντικά υψηλότερα από τους απορρίφντες λήπτες (319 ng/ml VS 256 ng/ml, $p < 0,001$ στους πτωματικούς και 299 ng/ml VS 161 ng/ml, $p < 0,001$ στους ζώντας).

Τα ευρήματά μας συνηγορούν ότι δεν υπάρχει καμία συσχέτιση μεταξύ της ευαισθησίας στην κυκλοσπορίνη και τον HLA-DR φαινοτύπου των ληπτών νεφρικού μοσχεύματος.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΛΗΨΗΣ ΔΕΣΜΕΥΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΦΩΣΦΟΡΟΥ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σ. ΣΠΑΙΑ, Ε. ΚΑΝΑΚΗΣ, Ε. ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ, Ι. ΜΠΙΣΙΑ, Β. ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ, Γ. ΒΑΠΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης

Σ' ένα αρκετά μεγάλο αριθμό αιμοκαθαιρομένων ασθενών υπάρχει ανάγκη χορήγησης συνδυασμού δεσμευτικών του φωσφόρου (P) για την καλύτερη ρύθμιση του, και τον περιορισμό των παρενεργειών από το $Al(OH)_3$. Δεν είναι διευκρινισμένο επαρκώς αν η ταυτόχρονη χορήγηση των δεσμευτικών έχει κάποια πλεονεκτήματα στη ρύθμιση του P σε σχέση με τη χορήγησή τους σε διαφορετικούς χρόνους.

Ένδεκα (11) ασθενείς της MTN (4Γ και 7Α) είχαν ανάγκη λήψης συνδυασμού δεσμευτικών του P. Σ' αυτούς συνεστήθη η λήψη και των δύο δεσμευτικών ($Al(OH)_3$ και $CaCO_3$) στην έναρξη των γευμάτων (α' τρόπος) για ένα μήνα και ακολούθως, τον επόμενο μήνα, λήψη του $Al(OH)_3$ με την έναρξη του γεύματος και του $CaCO_3$ στο τέλος του γεύματος (β' τρόπος). Η ποσότητα των δεσμευτικών ήταν σταθερή σ' όλο το διάστημα παρακολούθησης ενώ οι ασθενείς ακολουθούσαν σταθερή διαίτα περιορισμένη σε P (700mg/d), για την τήρηση της οποίας ελεγχόταν συχνά. Οι συνθήκες αιμοκάθαρσης και η χορήγηση άλλων φαρμάκων ήταν σταθερή για τον κάθε ασθενή σ' αυτό το διάστημα. Επί πλέον στους ασθενείς αυτούς μελετήθηκε η μεταβολή των επιπέδων του P του ορού σε οξύ πείραμα πρόσληψης γεύματος περιεκτικότητας περίπου 330 mg P και των δεσμευτικών του P κατά τον α' ή β' τρόπο.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με paired t-test για τη χρόνια χορήγηση και με test MAnona για το οξύ πείραμα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα του P στον ορό των ασθενών ήταν κατά μέσον όρο $6,96 \pm 1,12$ mg% στο διάστημα της ταυτόχρονης χορήγησης των δεσμευτικών (α' τρόπος) ενώ κατά το διάστημα χορήγησης κατά τον β' τρόπο τα επίπεδα του P ήταν κατά μέσον όρο $6,43 \pm 1,15$ mg% ($p < 0,05$). Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στα επίπεδα του Ca και της αλκ. φωσφατάσης. Τα ανωτέρω αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν από το οξύ πείραμα όπου η μεταβολή του P στον ορό μετά το γεύμα ήταν ευνοϊκότερη κατά τη λήψη των δεσμευτικών με τον β' τρόπο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αν και ο αριθμός των ασθενών ήταν μικρός και το θέμα χρειάζεται εκτενέστερη μελέτη, φαίνεται ότι όταν χρειάζεται η

χορήγηση συνδυασμού δεσμευτικών του P είναι πιθανόν να είναι αποτελεσματικότερα όταν χορηγούνται ξεχωριστά, δηλαδή το $Al(OH)_3$ στην έναρξη του γεύματος και το $CaCO_3$ στο τέλος.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΔΟΡΙΑΣ (ΥΔ) ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ (ΕΦ) ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ (ΕΡΟ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΧΠΑ)

Θ. ΠΛΙΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ, Η. ΨΑΡΡΑΣ, Μ. ΚΑΛΙΕΝΤΖΙΔΟΥ, Κ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα, Ν.Γ.Ν. Καβάλας

Είναι γνωστό, ότι η καλύτερη μέθοδος διόρθωσης της αναιμίας των νεφροπαθών, είναι η χορήγηση ΕΡΟ. Η χορήγηση γίνεται συνήθως ενδοφλέβια στο τέλος κάθε συνεδρίας αιμοκάθαρσης. Πολλές μελέτες έχουν δείξει, ότι η ΥΔ χορήγηση ΕΡΟ στους ασθενείς αυτούς, έχει το ίδιο ευεργετικό αποτέλεσμα με την ΕΦ χορήγηση, σε μικρότερες δόσεις. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να τεκμηριώσουμε την παραπάνω άποψη και να επιτύχουμε μια καλύτερη σχέση κόστους - αποτελέσματος για τους ασθενείς της μονάδας μας.

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 13 ασθενείς, στους οποίους χορηγήθηκε ΕΡΟ για 6 τουλάχιστο μήνες, ΕΦ x 3 φορές την εβδομάδα, στο τέλος κάθε συνεδρίας. Η μέση δόση ήταν 126 ± 82 μον./ΧΒΣ/εβδ., η μέση τιμή Ηt ήταν 27.4 ± 2.9 και Ηb 8.5 ± 1.2 . Στους ασθενείς αυτούς χορηγήθηκαν ΥΔ τα 2/3 της ΕΦ δόσης, 2 φορές την εβδομάδα, στο τέλος της συνεδρίας. Αιματολογικός έλεγχος γίνονταν ανά 15ημέρο.

Κατά τη διάρκεια της μελέτης, οι αιματολογικές παράμετροι των ασθενών δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές, μετά τρίμηνη χορήγηση ΕΡΟ υποδορίως, σε σχέση με την ΕΦ χορήγηση. Το κόστος θεραπείας μειώθηκε κατά 30%, ενώ δεν έγινε καμία μετάγγιση αίματος στους ασθενείς αυτούς.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρήθηκαν περιλάμβαναν μόνο πόνο στο σημείο της ενέσεως κατά τη διάρκεια έγχυσης της ΕΡΟ.

Συμπερασματικά η ΥΔ χορήγηση ΕΡΟ, έχει τα ίδια ευεργετικά αποτελέσματα με την ΕΦ χορήγηση, με μικρότερη δόση, άρα και μικρότερο κόστος θεραπείας, χωρίς την εμφάνιση σημαντικών παρενεργειών για τους ασθενείς αυτούς.

Η ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Φ. ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Ε. ΚΟΚΟΛΟΥ, Χ. ΤΣΟΜΠΑΝΑΚΗΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης

Οι ασθενείς με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ), που υποβάλλονται σε Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΣΦΠΚ), παρουσιάζουν κατά κανόνα ηπιότερη αναιμία σε σχέση με τους ασθενείς του Τεχνητού Νεφρού.

Μελετήσαμε 41 ασθενείς της Μονάδας ΣΦΠΚ της Κλινικής μας, με μέσο όρο (ΜΟ) ηλικίας 60 έτη και παραμονή στη μέθοδο κατά ΜΟ 14 μήνες. Κατά την έναρξη της κάθαρσης 24 ασθενείς είχαν κατά ΜΟ Hct > 30% (ομάδα Α) και στους λοιπούς 17 ασθενείς ο Hct κατά ΜΟ ήταν 27% (ομάδα Β). Στους 12 από τους ασθενείς της ομάδας Β, χορηγήσαμε από την αρχή ερυθροποιητίνη (rHu-EPO), ενώ στους άλλους πέντε, 6 μήνες έως 3 χρόνια μετά την ένταξη στη μέθοδο. Η χορήγηση γινόταν υποδορία και σε δόση 100-150 U/KgΒΣ/εβδομάδα διηρημένη σε τρεις δόσεις. Η παρακολούθηση των ασθενών ήταν κατά ΜΟ έξι μήνες. Η μέση τιμή της φερριτίνης του ορού στην ομάδα Α ήταν 150 μg/lit και στην ομάδα Β 140 μg/lit. Σε όλους τους ασθενείς με φερριτίνη < 100 μg/lit χορηγήτο σίδηρος από το στόμα.

Ο Hct αυξήθηκε σημαντικά από $27 \pm 2,4\%$ σε $34 \pm 5,2$ ($p < 0,001$) στους ασθενείς της ομάδας Β, κατά ΜΟ σε 14 εβδομάδες, ενώ δεν μεταβλήθηκε σημαντικά στην ομάδα Α. Τρεις μήνες μετά, η δόση της rHu-EPO ελαττώθηκε σε 40 U/KgΒΣ, μία φορά την εβδομάδα. Σε τρεις ασθενείς διακόπηκε η θεραπεία μετά 6 μήνες (Hct > 35%). Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε υπέρταση ή άλλη παρενέργεια που να οφειλόταν στη χορήγηση της rHu-EPO.

Συμπερασματικά πιστεύουμε ότι: 1) Η χορήγηση της rHu-EPO βελτιώνει γρήγορα και ικανοποιητικά την αναιμία των ασθενών που υποβάλλονται σε πρόγραμμα ΣΦΠΚ τόσο εάν χορηγηθεί πρώιμα, όσο και αργότερα. 2) Εξαφανίζει σχεδόν την ανάγκη μεταγγίσεων, ιδίως όταν χορηγείται πρώιμα. 3) Η χορήγηση της rHu-EPO δεν συνοδεύθηκε με παρουσίαση παρενεργειών στους ασθενείς μας. 4) Η υποδορία χορήγηση είναι αποτελεσματική, απαιτεί μικρές δόσεις και μετά σύντομο χρονικό διάστημα επαρκεί μια ελάχιστη δόση συντήρησης.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ