

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

47^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Ν.Ι.Μ.Τ.Σ
17-18 ΜΑΡΤΙΟΥ 1994 - ΑΘΗΝΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

47^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Ν.Ι.Μ.Τ.Σ
17-18 ΜΑΡΤΙΟΥ 1994 - ΑΘΗΝΑ

Εκδόσεις

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ

Α. Σπύρας - Σ. Χατζηπάντου Ο.Ε.
Αρμενοπούλου 16, 54635, Θεσσαλονίκη
212057, fax 205335

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 17 Μαρτίου 1994

09.00-10.30	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
10.30-10.45	Διάλειμμα-καφές
10.45-11.00	Ομιλία Προέδρου ΕΝΕ
11.00-13.00	Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας
13.30-14.00	Συνεδρίαση Επιτροπής Υποτροφίας
17.00	Τακτική Γενική Συνέλευση Αρχαιρεσίες ανάδειξης νέου Διοικητικού Συμβουλίου

Παρασκευή 18 Μαρτίου 1994

09.00-10.40	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
10.40-11.00	Διάλειμμα - Καφές
11.00-17.00	Καταστατική Γενική Συνέλευση
22.00	Δείπνο

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 17 Μαρτίου 1994

- 09.00-10.30** Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: **Β. ΒΑΡΓΕΜΕΖΗΣ**
Γ. ΔΙΓΕΝΗΣ
- 09.00-09.10** (1) ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΕΚΝΟΠΟΙΑ ΖΕΥΓΟΥΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ
Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Β. ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ-ΚΟΝΤΕΛΗ, Γ.
ΜΥΣΕΡΛΗΣ, Φ. ΣΟΛΩΝΑΚΗ, Γ. ΙΜΒΡΙΟΣ, Β. ΠΑ-
ΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Β. ΤΡΑΙΑΝΟΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ, Α.
ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ
Χειρουργική Κλινική Μεταμόσχευσης Οργάνων,
ΑΠΘ, Γ.Π.Ν.Θ. Ιπποκράτειο
- 09.10-09.20** (2) ΣΠΑΝΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ NOCARDIA
ASTEROIDES ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟ-
ΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ
Α. ΣΙΟΥΛΗΣ, Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Δ. ΣΟΦΙΑΝΟΥ, Π. ΝΙ-
ΚΟΛΑΪΔΗΣ, Ν. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ, Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩ-
ΝΗΣ
Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονί-
κης, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΠΝ ΑΧΕΠΑ
- 09.20-09.30** (3) ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ
ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΓΙΑ ΣΥΝΕΧΗ
ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΤΡΟ-
ΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΤΕΧΝΙΚΗ SELDINGER)
Ν. ΚΟΤΖΑΔΑΜΗΣ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Χ.
ΠΟΥΣΣΕΦ, Χ. ΓΚΟΥΒΑ, Ζ. ΒΑΡΔΑΚΗΣ, Π. ΕΥΑΓ-
ΓΕΛΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Νοσοκομείου Βέροιας,
Βέροια.
- 09.30-09.40** Συζήτηση

- 09.40-09.50** (4) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ
Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Ε. ΚΟΚΚΟΛΟΥ, Α. ΒΑΚΑΛΟΥΔΗΣ, Ε. ΜΠΕΖΑΖΗ-ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Θ. ΤΖΩΤΖΑΣ, Α. ΠΑΠΠΑ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.
- 09.50-10.00** (5) Η ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ
Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ε. ΚΟΚΚΟΛΟΥ, Β. ΡΑΙΚΟΥ, Θ. ΤΣΟΥΛΚΑΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.
- 10.00-10.10** (6) ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΜΕΦΑΙΝΑΜΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ
Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, ΧΡ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ, Ε. ΠΑΝΝΑΤΟΣ, Γ. ΜΠΑΓΙΑΤΟΥΔΗ, ΧΡ. ΚΑΝΙΝΗΣ, ΦΛ. ΣΟΤΣΙΟΥ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Π.Γ.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα.
- 10.10-10.20** (7) ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ
Χ. ΝΤΙΟΥΔΗΣ, Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Μ. ΤΣΟΥΛΦΑ, Γ. ΚΑΡΚΑΒΕΛΑΣ, Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ
Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νεφρολογικό Τμήμα
- 10.20-10.30** Συζήτηση
- 10.30-10.45** Διάλειμμα-καφές
- 10.45-11.00** Η ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΟ 1992
Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
Ελληνική Νεφρολογική Εταιρεία και Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοιν. Ασφαλίσεων

- 11.00-13.00** Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας
Θέμα: «ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ»
Συντονιστής: Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ
Εισηγητές:
ΝΤ. ΣΥΜΒΟΥΛΙΔΟΥ: "Παγίδες στην εργαστηριακή διερεύνηση"
Γ. ΣΤΕΡΓΙΟΥ "Η υποκαλιαιμία της χρόνιας θεραπείας με διουρητικά"
Α. ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ "Η υπονατρίαμία της ηπατικής κίρρωσας"
Δ. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΙΔΗΣ "Αντιμετώπιση της υπονατρίαμίας"
Κ. ΒΙΡΒΙΔΑΚΗΣ "Αντιμετώπιση της υπερασβεσταιμίας."
- 13.00** Διάλειμμα-καφές
- 13.30-14.00** Συνεδρίαση Επιτροπής Υποτροφίας
- 17.00** Τακτική Γενική Συνέλευση
Απολογισμός Απερχόμενου ΔΣ
Αρχαιρεσίες ανάδειξης νέου Διοικητικού Συμβουλίου

* Η κάθε εισήγηση θα έχει διάρκεια 15 λεπτών και θα αρχίζει με σύντομη παρουσίαση χαρακτηριστικής περίπτωσης που θα επιλεγεί από τον εισηγητή.

Παρασκευή 18 Μαρτίου 1994

- 09.00-10.40** Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Δ. ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ
Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ
- 09.00-09.10** (8) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΙΣΤΑΜΕΝΟΥ ΑΣΚΙΤΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΛΟΓΩ ΧΝΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, ΜΕ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ
Ν. ΚΟΤΖΑΔΑΜΗΣ, Χ. ΓΚΟΥΒΑ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΠΟΥΣΕΦ, Ζ. ΒΑΡΔΑΚΗΣ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Π. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Νοσοκομείου Βέροιας, Βέροια
- 09.10-09.20** (9) ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΠΡΑΒΑΣΤΑΤΙΝ ΤΗΣ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Π. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Ν. ΚΟΤΖΑΔΑΜΗΣ, Χ. ΠΟΥΣΕΦ, *Χ. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, *Ν. ΣΟΥΜΠΟΥΡΟΣ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Νοσοκομείου Βέροιας.
* Βιοχημικό Τμήμα Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης
- 09.20-09.30** (10) ΑΠΟΛΥΤΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗΣ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Δ. ΒΛΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ, Δ. ΛΙΛΗΣ, Ε. ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ, Π. ΜΑΓΓΑΝΑ, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Χ. ΝΟΥΣΙΑΣ, Κ. ΛΟΥΙΖΟΥ, Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα και Κέντρο Αιμοδοσίας, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Μελισσίων Α. Φλέμιγκ, Αθήνα.

- 09.30-09.40** (11) ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ
Δ. ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ, Ε. ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ, Δ. ΛΙΛΗΣ, Δ. ΒΛΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΝΟΥΣΙΑΣ, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Π. ΜΑΓΓΑΝΑ, Κ. ΛΟΥΙΖΟΥ, Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα και Κέντρο Αιμοδοσίας, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Μελισσίων Α. Φλέμιγκ, Αθήνα.
- 09.40-09.50** Συζήτηση
- 09.50-10.00** (12) ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΕΡΙΑΡΘΡΙΚΩΝ ΑΣΒΕΣΤΟΥΧΩΝ ΜΑΖΩΝ ΧΩΡΙΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΘΕΙΟΘΕΙΙΚΟ ΝΑΤΡΙΟ
Α. ΠΑΤΡΙΚΑΡΕΑ, Κ. ΣΤΑΜΑΤΕΛΟΥ, *Ν. ΤΑΜΒΑΚΗΣ, Β. ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.
* Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Σισμανογλείου Νοσοκομείου.
- 10.00-10.10** (13) ΝΕΩΤΕΡΟΙ ΚΑΙ ΚΛΑΣΣΙΚΟΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Α. ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, Β. ΖΥΤΟΓΙΑΝΝΗ, Σ. ΣΑΡΑΝΤΗ, Ι. ΣΑΜΑΡΑ, Θ. ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ, Δ. ΒΑΛΗΣ
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής Δ.Θ.Κ.Α. "Υγεία", Αθήνα.
- 10.10-10.20** (14) ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΟΥ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΕΡΧΟΜΕΝΟ ΑΠΟ ΠΛΑΣΜΑ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Α. ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, Ε. ΚΑΠΑΣΟΥΡΗ, Μ. ΤΣΟΥΚΑΛΑ, Χ. ΠΑΠΑΣΤΕΡΙΑΔΗ, Δ. ΒΑΛΗΣ
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Δ.Θ.Κ.Α. "Υγεία" και Τμήματα Αιμοδοσίας και Ανοσολογίας-Ισοσυμβατότητας Γ.Π.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα.

**10.20-10.30 (15) ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΟ-
ΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Σ. ΣΠΑΙΑ, Μ. ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ, Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Β.
ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ, Ε. ΑΤΜΑΤΖΙΔΗΣ, Α. ΠΑΠΠΑ, Γ.
ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ
Θεσσαλονίκης

10.30-10.40 Συζήτηση

10.40-11.00 Διάλειμμα - Καφές

11.00-17.00 Έκτακτη Καταστατική Γενική Συνέλευση

22.00 Δείπνο

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΤΕΚΝΟΠΟΙΑ ΖΕΥΓΟΥΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, Β. ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ-ΚΟΝΤΕΛΗ, Γ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ, Φ. ΣΟΛΩΝΑΚΗ, Γ. ΙΜΒΡΙΟΣ, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Β. ΤΡΑΙΑΝΟΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ

Χειρουργική Κλινική Μεταμόσχευσης Οργάνων, ΑΠΘ, Γ.Π.Ν.Θ. Ιπποκράτειο

Είναι γνωστό ότι, ασθενείς, άνδρες ή γυναίκες, με μεταμόσχευση νεφρού μπορούν να τεκνοποιήσουν μετά από επαφή με φυσιολογικά άτομα. Επειδή στην προσιτή σε μας βιβλιογραφία δεν υπάρχει αναφορά τεκνοποιίας μεταξύ μεταμοσχευμένων ασθενών, σας παρουσιάζουμε την Κ.Γ. ηλικίας 23 ετών, με ΧΝΑ τελικού σταδίου από εσιακή σπειραματοσκλήρυνση, η οποία έλαβε νεφρικό μόσχευμα από συγγενή ζώντα δότη (ΣΖΔ) στις 7.2.90 και μπήκε σε τριπλή ανοσοκαταστολή. Δυόμισα χρόνια αργότερα και ενώ η Κ.Γ. είχε φυσιολογική νεφρική λειτουργία (Scr: 1,0mg%) έμεινε έγκυος από τον άντρα της Γ.Χ. Ο Γ.Χ. ηλικίας 29 ετών, με ΧΝΑ αγνώστου αιτιολογίας, έλαβε νεφρικό μόσχευμα από ΣΖΔ στις 27.4.88, πήρε αρχικά τριπλή και στη συνέχεια διπλή ανοσοκαταστολή λόγω τοξικότητας από CsA. Τη στιγμή της σύλληψης η κάθαρση κρεατινίνης του Γ.Χ. ήταν 32 ml/min.

Η Κ.Γ. μετά κύηση 36 εβδομάδων γέννησε φυσιολογικό τέκνο, θήλυ, βάρους 1920 gr, με καισαρική τομή λόγω δίκερης μήτρας. Το παιδί σήμερα είναι ενός έτους, έχει φυσιολογικό βάρος, ύψος, βάδισμα και συμπεριφορά.

Συμπερασματικά, ζεύγος μεταμοσχευμένων υπό τριπλή ανοσοκαταστολή μπορεί να έχει φυσιολογική τεκνοποιία ακόμη και όταν ο άνδρας έχει σοβαρή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας.

ΣΠΑΝΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ NOCARDIA ASTEROIDES ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Α. ΣΙΟΥΛΗΣ, Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Δ. ΣΟΦΙΑΝΟΥ, Π. ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ, Ν. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ, Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ

Α΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΠΝ ΑΧΕΠΑ

Ασθενής ηλικίας 34 χρόνων υποβλήθηκε σε μεταμόσχευση νεφρού από ζώντα δότη πριν από 2,5 χρόνια και κατά τη διάρκεια της παρακολούθησής του στα εξωτερικά ιατρεία δεν παρουσίασε ιδιαίτερα προβλήματα. Προ 3μήνου και ενώ η νεφρική λειτουργία του μοσχεύματος ήταν καλή (κρεατινίνη ορού 1.80 mg%) παρουσίασε συμπτωματολογία (άλγος, οίδημα, ερυθρότητα, πυρετός) εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδας δεξιού μηρού που αντιμετωπίστηκε με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και αντιβιοτικά. Μετά 6 ημέρες ο ασθενής εμφάνισε συγχυτικοδιεγερτική κατάσταση που ελέγχθηκε με φαρμακευτική αγωγή. Ο έλεγχος που έγινε με ακτινογραφικό έλεγχο, αξονική τομογραφία, ΟΣΦΝ παρακέντηση και καλλιέργειες αίματος, ούρων και ΕΝΥ δεν βοήθησε διαγνωστικά. Τις επόμενες 15 ημέρες και ενώ υποχώρησε η εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα εμφάνισε υψηλό πυρετό και σημειολογία πνευμονικής λοίμωξης (βήχας μη παραγωγικός, βρογχόσπασμος, δύσπνοια και ξηροί ρόγχοι άμφω) που δεν ελέγχονταν με διάφορα αντιβιοτικά. Στη συνέχεια ο ασθενής παρουσίασε αιμορραγία ανώτερου πεπτικού και επιδείνωση της αναπνευστικής ανεπάρκειας, οπότε διακομίστηκε στη μονάδα εντατικής νοσηλείας και συνδέθηκε με αναπνευστήρα. Η καλλιέργεια βρογχικού εκπλύματος έδειξε nocardia asteroides και η θεραπεία με υψηλή δοσολογία τριμεθοπρίμης-σουλφραμεθοξαζόλης επέφερε ύφεση του πυρετού, όχι όμως και της ακτινολογικής εικόνας της βαρείας πνευμονίας. Δεκατρείς μέρες μετά τη διασωλήνωση ο ασθενής παρουσίασε επιδείνωση της αιμορραγικής διάθεσης λόγω διάχυτης ενδαγγειακής πήξης και απεδίωσε.

ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΓΙΑ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΤΕΧΝΙΚΗ SELDINGER)

Ν. ΚΟΤΖΑΔΑΜΗΣ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΠΟΥΣΣΕΦ, Χ. ΓΚΟΥΒΑ, Ζ. ΒΑΡΔΑΚΗΣ, Π. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Νοσοκομείου Βέροιας, Βέροια.

Περιγράφεται μία νέα τεχνική τοποθέτησης μόνιμου περιτοναϊκού καθετήρα σε ασθενείς που επρόκειτο να ενταχθούν σε πρόγραμμα Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρσης.

Οι χειρισμοί τοποθέτησης ήταν παρόμοιοι με αυτούς της τοποθέτησης των μακράς διάρκειας υποκλειδίων ή σφαγιτιδικών καθετήρων με τη μέθοδο Seldinger, που χρησιμοποιούνται στην αιμοκάθαρση. Από τον Ιούλιο μέχρι το Δεκέμβριο του 1993 τοποθετήθηκαν με την τεχνική αυτή από νεφρολόγους του τμήματός μας 10 μόνιμοι περιτοναϊκοί καθετήρες Tenckhoff με δύο δακτυλίους (cuff) σε 9 ασθενείς, 52-72 χρόνων, που εντάχθηκαν στη μέθοδο.

Η τοποθέτηση των καθετήρων ήταν επιτυχής σε όλους τους ασθενείς. Η λειτουργία τους ήταν ικανοποιητική. Σε δύο από τους ασθενείς μας παρατηρήθηκε διαφυγή μετά το πρώτο δεκαήμερο, η οποία υποχώρησε με διακοπή της μεθόδου για 10 ημέρες. Σε έναν ασθενή που έπασχε από αλκοολική κίρρωση χρειάστηκε να τοποθετηθεί νέος περιτοναϊκός καθετήρας, διότι από μόνος του σε αλκοολικό παραλήρημα αφείρεσε τον προηγούμενο. Καμμία άλλη σημαντική επιπλοκή δεν παρατηρήθηκε μέχρι σήμερα.

Πιστεύουμε ότι η τροποποιημένη τεχνική Seldinger προσφέρει εύκολη, ασφαλή και εύχρηστη προσέλαση της περιτοναϊκής κοιλότητας από νεφρολόγο.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΤΗΝ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Ε. ΚΟΚΚΟΛΟΥ, Α. ΒΑΚΑΛΟΥΔΗΣ, Ε. ΜΠΕΖΑΖΗ-ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Θ. ΤΖΩΤΖΑΣ, Α. ΠΑΠΠΑ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.

Σκοπός της εργασίας μας είναι να διερευνήσουμε την επίδραση της αντίστασης στην ινσουλίνη στην υπερχοληστερόλαια των ασθενών της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης (ΣΦΠΚ).

Μελετήσαμε 35 ασθενείς (23 άνδρες και 12 γυναίκες), που ήταν σε πρόγραμμα ΣΦΠΚ κατά Μ.Ο. 12 μήνες. Από αυτούς οι 18 έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, ενώ οι 17 δεν ήταν διαβητικοί. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς την ηλικία, το βάρος σώματος, την παραμονή στη μέθοδο, την πυκνότητα των χρησιμοποιούμενων διαλυμάτων και την ποιότητα της κάθαρσης. Μετρήσαμε τη χοληστερόλη, τα τριγλυκερίδια, τις λιποπρωτεΐνες υψηλής και χαμηλής πυκνότητας (HDL, LDL) τις αποπρωτεΐνες A1 και B (Apo A1, Apo B), την ινσουλίνη του ορού και τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Η αιμοληψία έγινε σε νηστικούς ασθενείς πριν από την πρωινή αλλαγή.

Οι ασθενείς των δύο ομάδων είχαν αυξημένη χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, LDL χοληστερόλη και Apo B. Αντιθέτως η HDL ήταν ελαττωμένη και η Apo A στα κατώτερα φυσιολογικά επίπεδα. Η ινσουλίνη του ορού ήταν κατά Μ.Ο. φυσιολογική και δεν διέφερε μεταξύ των ομάδων. Οι διαβητικοί ασθενείς είχαν σημαντικά υψηλότερα τριγλυκερίδια ($p < 0.05$) και περισσότερο αυξημένα επίπεδα HbA1c ($p < 0.05$) από τους μη διαβητικούς. Επιπλέον στην ομάδα των διαβητικών ασθενών υπήρχε γραμμική συσχέτιση της ινσουλίνης με τα τριγλυκερίδια του ορού ($R = 0.76$).

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι στον παθοφυσιολογικό μηχανισμό της υπερχοληστερόλαιας των ασθενών της ΣΦΠΚ πρέπει να συμμετέχει και η αντίσταση των ιστών στην ινσουλίνη, παράλληλα με το συνεχές φορτίο γλυκόζης, την αυξημένη σύνθεση τριγλυκεριδίων και λιποπρωτεϊνών, τις απώλειες από το περιτόναιο και τη μειωμένη δραστηριότητα των λιπολυτικών ενζύμων.

Η ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Ε. ΚΟΚΚΟΛΟΥ, Β. ΡΑΙΚΟΥ, Θ. ΤΣΟΥΛΚΑΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.

Η περιτονίτιδα παραμένει η κυριότερη επιπλοκή της Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρσης (ΣΦΠΚ). Ο αριθμός των διαβητικών ασθενών που καθημερινά εντάσσονται στην ΣΦΠΚ αυξάνει. Σκοπός μας ήταν να εξετάσουμε εάν οι διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν συχνότερα επεισόδια περιτονίτιδος από τους μη διαβητικούς.

Μελετήσαμε 67 ασθενείς (34 άνδρες και 33 γυναίκες) της Κλινικής μας που εντάχθηκαν σε ΣΦΠΚ από τον Αύγουστο του 1989 έως το Δεκέμβριο του 1993. Από αυτούς οι 30 (46%) ήταν διαβητικοί και δεν διέφεραν από τους μη διαβητικούς ως προς το φύλο, την ηλικία (Μ.Ο. 62 έτη), το χρόνο παραμονής στην μέθοδο (Μ.Ο. 13 μήνες) και το σύστημα του διπλού σάκκου που χρησιμοποιούσαν. Από τους διαβητικούς το 40% σε σχέση με το 55% των μη διαβητικών, έκαναν μόνοι τις αλλαγές στο σπίτι.

Σε 913 μήνες ασθενών αντιμετωπίσαμε 34 επεισόδια περιτονίτιδος σε 21 ασθενείς, με συχνότητα 0.5 επεισόδια περιτονίτιδος ανά έτος. Εννέα διαβητικοί ασθενείς εμφάνισαν 15 επεισόδια περιτονίτιδος και 12 μη διαβητικοί 19, χωρίς να υπάρχει σημαντική διαφορά στη συχνότητα μεταξύ των ομάδων. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ούτε ως προς τον υπεύθυνο μικροοργανισμό, που ήταν επιδερμικός σταφυλόκοκκος στο 35%, ψευδομονάδα στο 15%, χρυσίζων σταφυλόκοκκος στο 3%, μύκητες στο 2%, ενώ 30% των καλλιέργειών ήταν αρνητικές. Σοβαρή φλεγμονή του σημείου εξόδου παρουσίασαν τρεις μη διαβητικοί και ένας διαβητικός ασθενής.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι με τα σύγχρονα χρησιμοποιούμενα συστήματα έχει μειωθεί δραματικά η συχνότητα της περιτονίτιδος και των φλεγμονωδών επιπλοκών της ΣΦΠΚ τόσο στους διαβητικούς όσο και στους μη διαβητικούς ασθενείς.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΜΕΦΑΙΝΑΜΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, ΧΡ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ, Ε. ΓΙΑΝΝΑΤΟΣ, Γ. ΜΠΑΓΙΑΤΟΥΔΗ, ΧΡ. ΚΑΝΙΝΗΣ, ΦΛ. ΣΟΤΣΙΟΥ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Π.Γ.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα.

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια μετά από λήψη μεφαιναμικού οξέος (Ponstan) σπάνια αναφέρεται, αν και το φάρμακο αυτό χρησιμοποιείται ευρέως ως αναλγητικό, η δε εγκατάστασή της σε ασθενείς με IgA νεφροπάθεια δεν έχει περιγραφεί στην προσιτή σε μας βιβλιογραφία. Γι' αυτό θεωρήσαμε σκόπιμο να περιγράψουμε δύο περιπτώσεις οξείας νεφρικής ανεπάρκειας που παρατηρήσαμε την τελευταία διετία σε ασθενείς με IgA νεφροπάθεια μετά τη λήψη μεφαιναμικού οξέος.

Ο πρώτος ασθενής, άνδρας 34 ετών, με ιστορικό επανειλημμένων επεισοδίων οξείας πυώδους αμυγδαλίτιδος από Ζετίας, εμφάνισε τον Ιούνιο του '92 ψηλό πυρετό για τον οποίο έλαβε αρχικά ασπιρίνη και τρεις μέρες αργότερα έναν πυρετό για τον οποίο έλαβε αρχικά ασπιρίνη και τρεις μέρες αργότερα ένα δισκίο Ponstan. Αμέσως μετά τη λήψη του Ponstan εμφάνισε μακροσκοπική αιματουρία και εργαστηριακώς διαπιστώθηκε έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (Cr 2,4 mg%) και νεφρωσικού εύρους λευκωματουρία. Εισήχθη στο νοσοκομείο όπου τέθηκε σε θεραπεία με κορτικοειδή και δέκα μέρες αργότερα υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού που έδειξε ενεργό διάμεση φλεγμονή (το δείγμα περιείχε ιστό μόνον από τη μυελώδη μοίρα). Επακολούθησε ύφεση του πυρετού και της λευκωματουρίας και πλήρης αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας. Δύο μήνες αργότερα και αφού είχαν διακοπεί τα κορτικοειδή παρουσίασε εκ νέου πυρετό και μακροσκοπική αιματουρία. Εισήχθη στο τμήμα μας και έγινε νέα βιοψία νεφρού που έδειξε IgA νεφροπάθεια και ευρήματα φλεγμονής του διαμέσου ιστού σε ύφεση.

Ο δεύτερος ασθενής, γυναίκα 32 ετών, νοσηλεύτηκε αρχικά στο τμήμα μας το Νοέμβριο του '92 για τη διερεύνηση μικροσκοπικής αιματουρίας και διαγνώστηκε ιστολογικά IgA νεφροπάθεια. Τον Απρίλιο του '93 εμφάνισε έντονη οδονταλγία για την οποία έλαβε Ponstan και τρεις μέρες αργότερα παρουσίασε πυρετό, μακροσκοπική αιματουρία και οξεία ολιγουρική νεφρική ανεπάρκεια που αντιμετωπίστηκε με περιτοναϊκή κάθαρση. Έγινε βιοψία νεφρού που έδειξε οξεία διάμεση νεφρίτιδα και η ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με κορτικοειδή με πλήρη αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας.

Οι περιπτώσεις αυτές υποδηλώνουν ότι: 1) το μεφαιναμικό οξύ προκαλεί οξεία νεφρική ανεπάρκεια συχνότερα ίσως απ' ό,τι αναφέρεται στη βιβλιογραφία. 2) Η παρουσία της IgA νεφροπάθειας ενδέχεται να προδιαθέτει στην εγκατάσταση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας μετά τη λήψη του εν λόγω αναλγητικού.

ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ

Χ. ΝΤΙΟΥΔΗΣ, Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Μ. ΤΣΟΥΛΦΑ, Γ. ΚΑΡΚΑΒΕΛΑΣ, Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ

Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νεφρολογικό Τμήμα

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ) κατά τη διάρκεια μακροσκοπικής αιματουρίας σε ασθενείς με IgA νεφροπάθεια αποτελεί ασυνήθιστο τρόπο εκδήλωσης της νόσου. Οι ιστολογικές αλλοιώσεις συχνά δεν επαρκούν για να ερμηνεύσουν την οξεία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας ενώ μερικοί υποστηρίζουν ότι οφείλεται σε σωληναριακή απόφραξη από ερυθροκυτταρικούς κυλίνδρους ή και σε τοξική επίδραση της αιμοσφαιρίνης στα σωληνάκια. Περιγράφεται η περίπτωση άνδρα 31 ετών με ιδιοπαθή IgA νεφροπάθεια και 2 επεισόδια ΟΝΑ μέσα σε περίοδο 3 μηνών. Η αρχική διάγνωση της νόσου έγινε κατά τη διερεύνηση εκδήλωσης συνδρόμου μη ολιγουρικής ΟΝΑ (κρεατινίνη ορού: 4mg%) και μακροσκοπικής αιματουρίας 3 ημέρες μετά από εμπύρετο λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού. Η αρτηριακή πίεση ήταν φυσιολογική και το ECHO νεφρών έδειξε αύξηση της πχογένειας του φλοιού. Οι IgA και IgG του ορού ήταν αυξημένες. Το C3 και C4 ήταν φυσιολογικά ενώ δεν υπήρχαν κλινικές και εργαστηριακές ενδείξεις συστηματικής νόσου όπως συστηματικού ερυθματώδη λύκου, αλκοολικής νόσου του ήπατος και αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας. Τα επίπεδα της κρεατινίνης του ορού 10 ημέρες αργότερα ήταν σχεδόν φυσιολογικά (κρεατ. 1,3mg%). Η μακροσκοπική αιματουρία έγινε μικροσκοπική ενώ η βιοψία νεφρού έδειξε υπερπλασία του μεσαγγείου και IgA εναποθέσεις. Ο ασθενής 3 μήνες αργότερα εμφάνισε δεύτερο επεισόδιο αναστρέψιμης ΟΝΑ και μακροσκοπικής αιματουρίας. Η σημερινή κατάσταση του ασθενούς μετά από αμυγδαλεκτομή είναι ικανοποιητική με φυσιολογική νεφρική λειτουργία και απουσία μικροσκοπικής αιματουρίας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΘΙΣΤΑΜΕΝΟΥ ΑΣΚΙΤΗ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΛΟΓΩ ΧΝΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, ΜΕ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

Ν. ΚΟΤΖΑΔΑΜΗΣ, Χ. ΓΚΟΥΒΑ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΠΙΟΥΣΣΕΦ, Ζ. ΒΑΡΔΑΚΗΣ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Π. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Νοσοκομείου Βέροιας, Βέροια

Περιγράφεται η θεραπευτική αντιμετώπιση ασκίτη σε δύο αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Αιτία του ασκίτη ήταν κίρρωση του ήπατος (αλκοολική και κρυψιγενής αντίστοιχα). Ο ασκίτης ήταν ανθεκτικός, δεν ανταποκρινόταν στην αυξημένη υπερδιήθηση κατά τη διάρκεια της κλασσικής αιμοκάθαρσης, όπως επίσης και στην απομονωμένη υπερδιήθηση (ξηρά αιμοκάθαρση) και στην αιμοδιήθηση, ενώ ταυτόχρονα η ποιότητα της αιμοκάθαρσης δεν ήταν ικανοποιητική, λόγω των πολλαπλών προβλημάτων (υποτασικά επεισόδια, χαμηλή ροή αίματος).

Για την αντιμετώπιση του ασκίτη και των προβλημάτων της αιμοκάθαρσης, συλλέγαμε μέρος του ασκίτικου υγρού (2000 ml αρχικό - 700 ml κατόπιν) διαμέσου περιτοναϊκού καθετήρα με άσπτες συνθήκες και το επαναχορηγούσαμε από το φλεβικό σκέλος της εξωσωματικής κυκλοφορίας. Η μέθοδος συμπλήρωσε ένα χρόνο και συνεχίζει να εφαρμόζεται στον ασθενή με την κρυψιγενή κίρρωση ήπατος, ενώ διεκόπη μετά από 4 μήνες στον άλλο ασθενή διότι εντάχθηκε σε πρόγραμμα Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Καθαρσης λόγω επεισοδίων ηπατικής εγκεφαλοπάθειας συνεπεία συνεχόμενης λήψης αλκοόλ.

Ελέγχθηκε πλήρως ο ασκίτης και μάλιστα μειώθηκε σημαντικά ο ρυθμός ημερήσιας παραγωγής του. Βελτιώθηκε η θρέψη και όλη η γενική κατάσταση των ασθενών (αύξηση της μυϊκής μάζας και της λευκωματίνης του ορού). Η κλασσική αιμοκάθαρση πραγματοποιείτο χωρίς προβλήματα υποτασικών επεισοδίων και χαμηλής ροής αίματος. Δεν παρατηρήθηκε καμία άλλη επιπλοκή.

Η ενδαγγειακή χορήγηση ασκίτικου υγρού, ίσως αποτελεί θεραπευτική αντιμετώπιση του ασκίτη σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση λόγω χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΠΡΑΒΑΣΤΑΤΙΝ ΤΗΣ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Π. ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Ν. ΚΟΤΖΑΔΑΜΗΣ, Χ. ΠΟΥΣΣΕΦ, *Χ. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, *Ν. ΣΟΥΜΠΟΥΡΟΣ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Ν. Νοσοκομείου Βέροιας.

* Βιοχημικό Τμήμα Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

Οι λιπιδικές διαταραχές είναι συχνές στους ασθενείς υπό χρόνια αιμοκάθαρση και αποτελούν την κυριότερη αιτία εκδήλωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η θεραπεία των λιπιδικών διαταραχών θα μπορούσε να ελαττώσει τη συχνότητα των καρδιαγγειακών επιπλοκών και τη θνητότητα που προέρχεται από αυτές. Μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια του υπολιπιδαιμικού φαρμάκου pravastatin σε 15 (6Α-9Γ) μη διαβητικούς ασθενείς υπό χρόνια αιμοκάθαρση. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 61,1 (45-75) χρόνια και η μέση διάρκεια θεραπείας με Τ.Ν. 47,5±26,1 μήνες. Η ημερήσια δόση χορήγησης του φαρμάκου ήταν 20 mg και η διάρκεια θεραπείας 17 εβδομάδες. Οι τιμές (x±SD) των παραμέτρων που προσδιορίστηκαν πριν και κατά την διάρκεια της θεραπείας καταχωρούνται στον παρακάτω πίνακα.

εβδ. θεραπείας	Εβδομάδες θεραπείας με pravastatin				
	προ	2n	7n	12n	17n
ΧΟΛ. mg%	283±55	252±86°	253±93°	208±61 ³	186±31 ³
ΤΡΙΓΛ. mg%	580±400	543±470	453±412 ³	412±317*	368±287 ³
HDL-X mg%	35±6	33±6 ³	33±5	29±9*	29±7 ³
Apo-A1	161±31	133±31*	143±41	108±29 ³	107±19 ³
Apo-B	118±28	123±25	120±33	82±28°	87±34°
HDL-X/Apo A1	0.22±0.04	0.26±0.07°	0.25±0.07	0.28±0.08	0.27±0.06 ³
ΧΟΛ-HDL-X	8.41±1.83	7.79±2.41*	7.18±2.68°	7.78±3.05*	6.95±2.37
		*p<0.05,	°p<0.01,	³ p<0.001 (κατά ζεύγη t-test)	

Παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση της ολικής χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, των απολιποπρωτεϊνών Apo-A1 και Apo-B του ορού αλλά και σημαντική πτώση της HDL-χοληστερόλης. Διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση της σχέσης HDL-χοληστερόλης. Διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση της σχέσης HDL-Apo-A1 και μείωση της σχέσης ΧΟΛ/HDL-X. Παρέμειναν αμετάβλητοι καθόλη τη διάρκεια της μελέτης οι παράμετροι CPK, LDH, SGPT, SGOT, γ-GT και αλκ. φωσφατάση. Η pravastatin φαίνεται αποτελεσματική στη θεραπεία των λιπιδικών διαταραχών των ασθενών υπό χρόνια αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό χωρίς να προκαλεί μυϊκή βλάβη ή διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας.

ΑΠΟΛΥΤΗ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗΣ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

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

Νεφρολογικό Τμήμα και Κέντρο Αιμοδοσίας, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Μελισσίων Α. Φλέμιγκ, Αθήνα.

Κατά την τετραετία 1990-1993 αντιμετωπίστηκαν με χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση (ΧΠΑ) στη Μονάδα μας 48 ασθενείς, σε μόνιμη βάση. Εικοσιδύο (45,8%) ήσαν εξ αρχής άνοσοι στην ηπατίτιδα Β (HBsAb και HBcAb θετικά) και τέσσερις (8,3%) φορείς του ιού (HbsAg θετικό). Οι υπόλοιποι 22 (12 άνδρες και 10 γυναίκες) εντάχθηκαν στο πρόγραμμα ενεργητικής ανοσοποίησης που περιγράφεται παρακάτω (με εμβόλιο HEVAC ενδομυϊκώς μέχρι το τέλος του 1990 και ENGERIX υποδορίως στη συνέχεια, στις συνιστώμενες δόσεις). Ποσοτική μέτρηση αντισωμάτων γινόταν ανά μήνα και ως "μη απάντηση" θεωρήθηκαν επίπεδα HBsAb κάτω των 10 IU/ml.

- Στάδιο Α. Τρεις μηνιαίες δόσεις και μία τέταρτη, 12 μήνες από την πρώτη. Σε περίπτωση "μη απάντησης" ακολουθούσε το
- Στάδιο Β, με επαναχορήγηση 4, διπλασίων της αρχικής, δόσεων στα ίδια χρονικά διαστήματα. Αν η "μη απάντηση" συνεχιζόταν ακολουθούσε το
- Στάδιο Γ, με αλλαγή της οδού χορήγησης (ενδοδερμικώς) αλλά στο 1/4 της συνιστώμενης δόσης, ανά 15ήμερο, και μέχρι να αναπτυχθεί τίτλος αντισωμάτων πάνω από 100 IU/ml.

Τα δεδομένα των ασθενών που ανοσοποιήθηκαν επιτυχώς σε κάθε στάδιο ως και τα αποτελέσματα των τίτλων αντισωμάτων ορού παρατίθενται στους Πίνακες 1 και 2.

Πίνακας 1

Στάδια ανοσοποίησης	Φύλο Α/Γ	Ηλικία (έτη)	Χρόνος σε ΧΠΑ (μήνες) πριν τον εμβολιασμό
Α (n=12)	7/3	47±3	42±12
Β (n=8)	5/3	64±6	20±14
Γ (n=2)	1/1	49±79	<6

Πίνακας 2

Στάδια ανοσοποίησης	2ος Μήνας	8ος Μήνας	12ος Μήνας	14ος Μήνας
A (n=12)	218±70	123±42	87±47	592±90
B (n=8)	440±99	257±93	176±71	639±79
Γ (n=2)	500 100	108 33	49 22	776

Συμπέρασμα: Ο απλός εμβολιασμός έναντι της ηπατίτιδας Β επιτυγχάνει προστατευτικά επίπεδα σε περισσότερους από τους μισούς (54,5%) ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Η χορήγηση διπλάσιας δόσης εμβολίου ανεβάζει το ποσοστό αυτό στα 80%. Οι μέχρι σήμερα θεωρούμενοι ως "μη απαντητές" μπορούν να καλυφθούν με την αλλαγή της οδού χορήγησης του εμβολίου και την αύξηση της συχνότητας χορήγησης μικρότερων δόσεων.

Έτσι, ο συνδυασμός των τριών σχημάτων επέτυχε την ενεργητική ανοσοποίηση του συνόλου των ασθενών της Μονάδας μας.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

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

Νεφρολογικό Τμήμα και Κέντρο Αιμοδοσίας, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Μελισσίων Α. Φλέμιγκ, Αθήνα.

Σε αντίστοιχη ανακοίνωση προ έτους είχαμε αναφερθεί στον επιπολασμό της ηπατίτιδας C στη Μονάδα μας για χρονικό διάστημα 20 μηνών μέχρι και τον Ιανουάριο του 1993, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι στο διάστημα αυτό δεν είχε γίνει διασπορά της λοίμωξης μέσα στη Μονάδα. Από το Φεβρουάριο του 1993 μέχρι και τον Ιανουάριο του 1994 αντιμετωπίστηκαν στη Μονάδα μας 87 ασθενείς. Σαράντα δύο από αυτούς ήταν έκτακτα περιστατικά και 45 ήταν μόνιμοι άρρωστοι σε χρόνια αιμοκάθαρση.

Λίγες μέρες μετά την προαναφερθείσα ανακοίνωση, στον τακτικό μηνιαίο έλεγχο των ασθενών, διαπιστώθηκαν αυξημένες τιμές τρανσαμινασών σε 2 ασθενείς, και προστέθηκαν ένας τον επόμενο και μία τον μεθεπόμενο μήνα. Αντισώματα έναντι της ηπατίτιδας C ανιχνεύθηκαν ταυτόχρονα με την αύξηση των ενζύμων σε 1 περίπτωση, μετά τρίμηνο στη δεύτερη και με καθυστέρηση ενός εξαμήνου στις άλλες δύο. Έτσι, στους 4 οροθετικούς για ηπατίτιδα C ασθενείς προστέθηκαν 4 ακόμη, από τους παλαιούς ασθενείς της Μονάδας.

Για την πρόληψη της διασποράς του ιού εξακολουθήσαμε να τηρούμε τα γενικά μέτρα προφύλαξης, χωρίς να απομονώσουμε σε ιδιαίτερους χώρους, μηχανήματα ή ωράρια τους οροθετικούς ασθενείς.

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κύματος αυτού ήταν:

- Όλοι οι νεομολυνθέντες ασθενείς ανήκαν στην ίδια "ομάδα" από πλευράς ωραρίου και ημερών αιμοκάθαρσης.
- Στην ίδια "ομάδα" ανήκαν δύο από τους οροθετικούς για ηπατίτιδα C ασθενείς.
- Με βάση την αριθμηση των μηχανημάτων της κοινής αίθουσας της Μονάδας από αριστερά προς τα δεξιά (1 έως 9), παρατηρήσαμε ότι οι παλαιοί οροθετικοί ασθενείς της "ομάδας" αυτής χρησιμοποιούσαν τα μηχανήματα Νο 3 και 7 και οι νεομολυνθέντες ασθενείς της ίδιας "ομάδας" τα μηχανήματα με Νο 4, 5, 6 και 8 (σχηματισμός

ενός τόξου). Οι άλλοι δύο παλαιοί οροθετικοί χρησιμοποιούσαν (σε άλλες ομάδες) τα μηχανήματα Νο 1 και Νο 5.

δ. Μεταγγίσεις αίματος ή χειρουργικές επεμβάσεις δεν ενέχονται στη διασπορά.

Οι παρατηρήσεις αυτές μας οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η διασπορά αυτή της ηπατίτιδας C στη Μονάδα μας ήταν "οριζόντια" και δεν έγινε μέσω μηχανημάτων αλλά μέσω κάποιου άλλου κοινού παράγοντα. Η εντόπιση της πηγής της μόλυνσης δεν έγινε ακόμα γνωστή αλλά οι ασθενείς μας περιλαμβάνονται σε πολυκεντρική μελέτη που γίνεται για το σκοπό αυτό στην Αθήνα και που βρίσκεται σε εξέλιξη.

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΠΕΡΙΑΡΘΡΙΚΩΝ ΑΣΒΕΣΤΟΥΧΩΝ ΜΑΖΩΝ ΧΩΡΙΣ ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΘΕΙΟΘΕΙΚΟ ΝΑΤΡΙΟ

Α. ΠΑΤΡΙΚΑΡΕΑ, Κ. ΣΤΑΜΑΤΕΛΟΥ, *Ν. ΤΑΜΒΑΚΗΣ, Β. ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, ΙΤ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.

* Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Σισμανογλείου Νοσοκομείου.

Εξωοστικές αποτιτανώσεις παρατηρούνται συχνά σε ασθενείς με τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας υπό αιμοκάθαρση. Αυτές συνήθως οφείλονται σε αύξηση του φωσφόρου (P) με συνακόλουθη αύξηση του γινόμενου ασβεστίου φωσφόρου (Ca X P), και αυξημένη δραστηριότητα των παραθυρεοειδών αδένων.

Η δημιουργία όμως εξωοστικών, περιαρθρικών ασβεστούχων μαζών (ΕΠΑΜ) σε αιμοκαθαιρόμενους απουσία υπερπαραθυρεοειδισμού είναι σπάνια και μη διευκρινισμένης αιτιολογίας και αγωγής.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς 58 ετών η οποία υποβάλλεται από τον Σεπτέμβριο 1983 σε τρισεβδομαδιαία Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση λόγω νεφρικής ανεπάρκειας από χρόνια σπειραματονεφρίτιδα.

Το 1990 επισημαίνεται η εμφάνιση ΕΠΑΜ στη δεξιά κατ' ώμον και αριστερά κατ' αγκώνα άρθρωση που με την πάροδο του χρόνου μεγάλωναν και δημιουργούσαν έντονο τοπικό άλγος και δυσχέρεια στην κίνηση των αρθρώσεων. Την ίδια περίοδο δεν διαπιστώνεται ασβέσωση στα αγγεία ή σε άλλα όργανα. Οι τιμές του Ca, του P, του γινομένου Ca X P, του μαγνησίου, του αργιλίου πριν και μετά την χορήγηση δεσφεριοξαμίνης, της αλκαλικής φωσφατάσης και της παραθορμόνης του ορού της ασθενούς, ήταν πάντοτε μέσα στα φυσιολογικά επίπεδα.

Το Μάρτιο του 1991 η ασθενής υποβλήθηκε σε οστική βιοψία η οποία έδειξε ήπιες αλλοιώσεις χαμηλού μεταβολισμού νεφρικής οστεοδυστροφίας με εναποθέσεις αργιλίου στο μέτωπο ασβεστοποίησης. Τότε η ασθενής τέθηκε σε αγωγή με θειοθειικό νάτριο σε δόση 7,5 γρ μετά από κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης. Αρχικά, και για διάστημα 18 μηνών, δεν διαπιστώθηκε ουσιαστική βελτίωση των υποκειμενικών συμπτωμάτων και των αντικειμενικών ευρημάτων της ασθενούς. Στη συνέχεια παρατηρήθηκε ταχεία βελτίωση που κατέληξε σε πλήρη σχεδόν εξάλειψη των ΕΠΑΜ από τις θέσεις που είχαν αναπτυχθεί χωρίς εμφάνισή τους σε άλλα σημεία.

Συμπερασματικά

1. Είναι δυνατή η δημιουργία ΕΠΑΜ σε αιμοκαθαιρόμενους απουσία υπερπαραθυρεοειδισμού.
2. Όταν ΕΠΑΜ εμφανίζονται σε ασθενείς με χαμηλού μεταβολισμού οστεοδυστροφία, η αδυναμία εναπόθεσης Ca στα οστά είναι δυνατό να ερμηνεύσει την εναπόθεση αλάτων Ca σε άλλους ιστούς
3. Η μακροχρόνια χορήγηση θειοθειικού νατρίου φαίνεται να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση ΕΠΑΜ ασθενών χωρίς υπερπαραθυρεοειδισμό.

ΝΕΩΤΕΡΟΙ ΚΑΙ ΚΛΑΣΣΙΚΟΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Α. ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, Β. ΖΥΓΟΓΙΑΝΝΗ, Σ. ΣΑΡΑΝΤΗ, Ι. ΣΑΜΑΡΑ, Θ. ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΥ, Δ. ΒΑΛΗΣ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής Δ.Θ.Κ.Α. "Υγεία", Αθήνα.

Έχει παρατηρηθεί ότι, παρά την απουσία νεοπλασματικής νόσου, τα επίπεδα ορισμένων καρκινικών δεικτών βρίσκονται πάνω από τα φυσιολογικά όρια σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Επειδή δεν υπάρχουν δεδομένα για τους καρκινικούς δείκτες που έχουν τελευταία αναπτυχθεί, μελετήσαμε τα επίπεδα ορισμένων νεώτερων καθώς και κλασσικών καρκινικών δεικτών σε 88 ασθενείς, 55 άνδρες και 33 γυναίκες, μέσης ηλικίας 62 ± 13 έτη, που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση επί 41 ± 42 μήνες και δεν είχαν κλινική ένδειξη νεοπλασματικής νόσου. Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκαν με ραδιοανοσολογικές μεθόδους οι εξής νεώτεροι καρκινικοί δείκτες: η ειδική νευρονική ενολάση (NSE), το κλάσμα της κυτοκερατίνης 19 (CYFRA 21-1), το ειδικό αντιγόνο για τον καρκίνο από πλάκώδες επιθήλιο (SCC) και το ισικό πολυπεπτιδικό αντιγόνο (TPA). Επίσης μετρήθηκαν ορισμένοι κλασσικοί καρκινικοί δείκτες: το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA), η α-φαιτοπρωτεΐνη (AFP), το CA 15-3, το CA 19-9, το CA-50 και στους άνδρες το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) του ορού. Σύμφωνα μετά τα αποτελέσματα των μετρήσεων, το SCC του ορού ήταν πάνω από τα ανώτερα φυσιολογικά επίπεδα στο 75% των ασθενών. Επίσης το CYFRA 21-1 και η NSE βρέθηκαν σε αυξημένα επίπεδα στο 28% και 25% των ασθενών, αντίστοιχα, ενώ το TPA βρέθηκε πάνω από τα ανώτερα φυσιολογικά επίπεδα σε μικρότερο ποσοστό των ασθενών (16%). Εξάλλου και οι κλασσικοί δείκτες, εκτός από την AFP, βρέθηκαν πάνω από τα φυσιολογικά όρια σε ποσοστό από 8-21%.

Συμπερασματικά τα επίπεδα ορισμένων νεώτερων καρκινικών δεικτών, δηλαδή του SCC, του CYFRA 21-1, της NSE και του TPA, στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση είναι δυνατόν να βρεθούν "παθολογικά" σε ποσοστό που κυμαίνεται από 16 έως 75%. Το γεγονός αυτό, που παρατηρήθηκε μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό σε σύγκριση με τους κλασσικούς καρκινικούς δείκτες, θέτει περιορισμούς στη χρήση και των νεώτερων αυτών δεικτών στην διάγνωση των κακοηθειών στους παραπάνω ασθενείς.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΟΥ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΕΡΧΟΜΕΝΟ ΑΠΟ ΠΛΑΣΜΑ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Α. ΜΠΑΡΜΠΙΑΤΣΗ, Ε. ΚΑΠΑΣΟΥΡΗ, Μ. ΤΣΟΥΚΑΛΑ, Χ. ΠΑΠΑΣΤΕΡΙΑΔΗ, Δ. ΒΑΛΗΣ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Δ.Θ.Κ.Α. "Υγεία" και Τμήματα Αιμοδοσίας και Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας Γ.Π.Ν. "Ο Ευαγγελισμός", Αθήνα.

Έχει υποστηριχθεί ότι, στους ασθενείς (ασθ.) που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, το ανασυνδυασμένο εμβόλιο έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β (Engerix) είναι περισσότερο αποτελεσματικό από το κλασσικό που προέρχεται από πλάσμα (Hevac). Επειδή, όμως, η άποψη αυτή στηρίχθηκε μόνο σε αναδρομικές μελέτες, συγκρίναμε προοπτικά τα δύο είδη εμβολίων σε 35 ασθ., 20 άνδρες και 15 γυναίκες, μέσης ηλικίας 60 ± 12 έτη, που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση επί 29 ± 27 μήνες και είχαν, σύμφωνα με πρόσφατο έλεγχο, ένδειξη εμβολιασμού για την ηπατίτιδα Β (αρνητικοί για anti-HBs και anti-HBc). Οι ασθ. χωρίστηκαν κατά τυχαίο τρόπο: α) σε 18 ασθ. που εντάχθηκαν σε πρόγραμμα εμβολιασμού με το Engerix (ομάδα Α) και β) σε 17 ασθ. με το Hevac (ομάδα Β). Οι δύο ομάδες ήταν συγκρίσιμες ως προς το φύλο, την ηλικία, το ξηρό βάρος, τη μέθοδο και τη διάρκεια αιμοκάθαρσης. Το πρόγραμμα εμβολιασμού ήταν κοινό και στις δύο ομάδες και περιελάμβανε 4 απλές δόσεις εμβολίου (20μg Engerix και 5μg Hevac) I.M. στην περιοχή του δελτοειδούς μύος τους μήνες 0, 1, 2 και 4. Σε όλους τους ασθ. έγινε έλεγχος για την παρουσία anti-HBs και anti-HBc στον ορό τον 1^ο, 2^ο, 4^ο, 6^ο, 8^ο και 10^ο μήνα μετά την έναρξη του εμβολιασμού. Επίσης, σε όλους τους ασθ. έγινε τυποποίηση των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας (HLA-A,B,C,DR). Καθόλη τη διάρκεια παρακολούθησης, το ποσοστό των ασθ. που παρουσίαζαν ικανοποιητικούς τίτλους anti-HBs (> 10 mIU/ml) ήταν μικρότερο στην ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β (42% vs 69% τον τελευταίο μήνα), όμως η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Αντίθετα, η γεωμετρική μέση τιμή των τίτλων των anti-HBs δεν διέφερε ανάμεσα στις δύο ομάδες και προσδιορίστηκε στα επίπεδα των 69 mIU/ml τον τελευταίο μήνα. Δεν βρέθηκε συσχέτιση της απάντησης στο εμβόλιο με το φύλο, την ηλικία, το ιστορικό προηγούμενων εμβολιασμών και θεραπείας με ερυθροποιητίνη, αλλά παρατηρήθηκε χαμηλή συχνότητα του HLA-DR2 στους ασθ. που δεν ανταποκρίθηκαν στον εμβολιασμό, εύρημα σύμφωνο με τελευταία βιβλιογραφικά δεδομένα.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης έρχονται σε αντίθεση με την άποψη ότι το ανασυνδυασμένο εμβόλιο της ηπατίτιδας Β υπερέχει του εμβολίου που προέρχεται από πλάσμα στους ασθ. που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Σ. ΣΠΑΙΑ, Μ. ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ, Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Β. ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ, Ε. ΑΤΜΑΤΖΙΔΗΣ, Α. ΠΑΠΠΑ, Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης

Η ανίχνευση μικρολευκωματινουρίας, η οποία θεωρείται προγνωστικός δείκτης μελλοντικής νεφρικής βλάβης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, στους ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση ανευρίσκεται σε ποσοστό 10-40% και θεωρείται επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας, χωρίς να έχει διεκρινισθεί το μέγεθος του κινδύνου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ. Ελέγξαμε την ύπαρξη μικρολευκωματινουρίας σε 36 ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση και φυσιολογική νεφρική λειτουργία και 10 φυσιολογικούς μάρτυρες, ανάλογης ηλικίας και βάρους σώματος. Επίσης ελέγξαμε και συσχέτισαμε την ύπαρξη μικρολευκωματινουρίας με το ύψος της ΑΠ, τη ρύθμισή της, το είδος και τον αριθμό των αντιυπερτασικών φαρμάκων, καθώς και το ουρικό οξύ και τα λιπίδια του ορού τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Σε 12 από τους 36 υπερτασικούς (ποσοστό 30%) ανευρέθηκε μικρολευκωματινουρία, ενώ στους υπόλοιπους 24 τα επίπεδα ήταν συγκρίσιμα με τους φυσιολογικούς μάρτυρες (μ.ό. 47.8mg/24h έναντι 12.9mg/24h, $p < 0.001$).

Οι υπερτασικοί ασθενείς με μικρολευκωματινουρία (Ομάδα Α) είχαν την ίδια ηλικία με τους υπόλοιπους (Ομάδα Β). Η διάρκεια της υπέρτασης ήταν μεγαλύτερη για την ομάδα Α (Μ.Ο. 9.7 ± 6.9 έτη έναντι 5.5 ± 5 έτη της ομάδας Β, $p = 0.05$), ενώ για τη ρύθμιση της υπέρτασης και οι δύο ομάδες χρησιμοποιούσαν κατά μ.ο. 1.2 φάρμακα κατ' άτομο. Το είδος των φαρμάκων ήταν παρόμοιο και για τις 2 ομάδες, ενώ ικανοποιητική ρύθμιση της υπέρτασης είχε το 70% της ομάδας Α και το 90% της ομάδας Β. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς τα επίπεδα της ουρίας, κρεατινίνης, ολ. χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων, HDL-χοληστερόλης και ουρικού οξέος, ενώ παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ως προς τον αθηρωματικό δείκτη ολ. χοληστερόλη/HDL-χοληστερόλη ($p < 0.05$).

Αλλοιώσεις από τα αγγεία του βυθού παρουσιάστηκαν στο 41% της ομάδας Α και στο 16% της ομάδας Β, ενώ αύξηση του καρδιοθωρακικού δείκτη είχε περίπου το 30% των ασθενών και των δύο ομάδων, χωρίς ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Επιβεβαιώσαμε την αυξημένη συχνότητα ανεύρεσης μικρολευκωματινουρίας σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση. Η

ανίχνευσή της συσχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια της υπέρτασης, λιγότερο ικανοποιητική ρύθμιση της ΑΠ, συχνότερα ευρήματα από τη βυθοσκόπηση, καθώς και με αυξημένο κίνδυνο για αθηρωμάτωση. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την κλινική και προγνωστική σημασία της ανεύρεσης μικρολευκωματινουρίας σε υπερτασικούς με ιδιοπαθή υπέρταση.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ