

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

48ⁿ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
29-30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1994
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

48n ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
29-30 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1994
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Τρίτη 29 Νοεμβρίου 1994

09.30-11.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις.
11.00-11.15	Διάλειμμα-Καφές.
11.15-12.45	Συζήτηση Στρογγύλης Τράπεζας.
13.00-15.00	Γενική Συνέλευση Ένωσης Ελλήνων Νεφρολόγων.
18.30-20.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις.
20.15-21.00	Διάλεξη στη Μνήμη Δ. Βαλτιά.
22.00	Δείπνο.

Τετάρτη 30 Νοεμβρίου 1994

09.30-11.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις.
11.00-13.00	Γενική Συνέλευση Ελληνικής Νεφρολο- γικής Εταιρείας.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Τρίτη 29 Νοεμβρίου 1994

- 09.30-11.00** **Ελεύθερες Ανακοινώσεις.**
Προεδρείο: **Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ.**
Ι. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ.
- 09.30-09.40** **ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΟΗΛΕΚΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΘΕΪΚΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΝΑΣΥΝΔΙΑΣΜΕΝΗ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ.**
ΦΟΥΡΤΟΥΝΑΣ Κ., ΝΤΑΛΑΜΑΓΚΑ Α¹, ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗ Α., ΚΟΠΕΛΙΑΣ Ι., ΜΠΟΣΙΩΛΗΣ Β., ΜΠΟΒΟΛΕΤΗ Ο., ΔΑΡΕΜΑ Μ., ΤΖΑΝΑΤΟΥ Ε., ΑΓΡΟΓΙΑΝΝΗΣ Β., ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ Δ.
Νεφρολογική Κλινική - Μονάδα Αιμοδοσίας¹, Πανεπιστημίου Αθηνών Αρεταίειο Νοσοκομείο.
- 09.40-09.50** **ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΥΟ ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΗΣΤ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.**
ΣΠΑΪΑ Σ., ΠΕΤΡΙΔΟΥ Π., ΓΚΟΥΒΑ Χ., ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ Μ., ΡΑΪΚΟΥ Β., ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε., ΚΟΚΚΟΛΟΥ Ε., ΒΑΓΩΝΑΣ Γ.
Νεφρολογική Κλινική Β² Νοσοκομείου ΙΚΑ, Θεσσαλονίκη.
- 09.50-10.00** **ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ (ΙΑΥ) ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ: ΠΟΛΥΠΑΡΑ-**

ΓΟΝΤΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ;

ΑΝΤΩΝΙΟΥ Σ., ΜΠΑΤΖΙΛΗ Ε., ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Ν.,
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Α., ΠΑΥΛΙΤΟΥ Κ*,
ΜΟΛΔΟΒΑΝΙΔΟΥ Κ*.

Α' Παθολογικό και Μικροβιολογικό* Τμήμα, Ν.Γ.Ν.
«ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», Θεσ/νίκη.

10.00-10.10 **Συζήτηση.**

10.10-10.20 **ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΑΠΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ
ΑΙΤΙΑ.**

Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Ι. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ*, Γ. ΠΑΥ-
ΛΙΔΗΣ**, Χ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ***, Α. ΜΗΛΙΩΝΗΣ*, Σ.
ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΣ**, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ.

ΜΤΝ, Α' Παθολογικό Τμήμα*, Β' Παθολογικό Τμήμα**
και Μικροβιολογικό Εργαστήριο*** Γ.Π.Ν. «Γ.
Παπανικολάου» Θεσ/νίκης.

10.20-10.30 **ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΑΠΟ
ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ 11
ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ.**

Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Μ. ΤΣΑΜΠΑΖΗΣ*, Κ.
ΓΚΟΓΚΟΣ**, Ν. ΚΑΠΡΑΒΕΛΟΣ***, Χ. ΦΥΤΙΛΗ****,
Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ.

ΜΤΝ, Α' Παθολογικό Τμήμα, Β' Παθολογικό Τμήμα,
ΜΕΘ και Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΠΝ «Γ.
Παπανικολάου» Θεσ/νίκης.

10.30-10.40 **ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΒΑΡΙΑ
ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΥΤΟ-
ΑΝΟΣΗ ΠΟΛΥΑΔΕΝΙΚΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΠΑΘΕΙΑ.**

Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Α.
ΤΣΑΤΣΟΥΛΗΣ, Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.

Τομέας Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων.

10.40-11.00 **Συζήτηση.**

11.00-11.15 **Διάλειμμα-Καφές.**

11.15-12.45 **Συζήτηση Στρογγύλης Τράπεζας.**

**Θέμα: «ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΣΤΗ
ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: ΑΙΤΙΑ,
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ».**

Συντονιστής: Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ.

Ομιλητές: Γ. ΔΙΓΕΝΗΣ.

Ν. ΝΤΟΜΠΡΟΣ.

Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ.

Κ. ΣΤΕΦΑΝΙΔΗΣ.

13.00-15.00 **Γενική Συνέλευση Ένωσης Ελλήνων Νεφρολόγων.**

18.30-20.00 **Ελεύθερες Ανακοινώσεις.**

Προεδρείο: Δ. ΓΚΡΕΚΑΣ.

Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ.

18.30-18.40 **ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΣΕ ΕΓΚΥΟ
ΜΕ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΛΥΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΙΜΙΑ.**

Α. Π. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ¹, Π. Σ. ΚΟΝΤΕΣΗΣ¹, Ι.
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ², Π. ΡΑΠΠΙΝΙ¹, Γ. Ε. ΔΙΓΕΝΗΣ¹, Α.
ΑΝΤΣΑΚΛΗΣ², Ν. ΖΕΡΕΦΟΣ¹.

¹Νεφρολογικό Τμήμα και ²1η Μαιευτική και
Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γ.Π.Ν. «Αλεξάνδρα», Αθήνα.

18.40-18.50 **ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗ
ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ.**

ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ Χ., ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ Δ., ΣΤΑΓΚΟΥ Μ.,
ΜΕΜΜΟΣ Δ., ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Ε., ΜΑΛΛΙΑΡΑ Μ.,
ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Γ., ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ.,

Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
Α.Π.Θ., Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσ/μείο Θεσ/νίκης.

18.50-19.00 **ΜΕΜΒΡΑΝΟΎΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟ-ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ IgA ΜΥΕΛΩΜΑ.**
ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ Χ., ΣΤΑΓΚΟΥ Μ., ΚΑΤΣΙΝΑΣ Χ., ΜΕΜΜΟΣ Δ., ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Ε., ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ Μ., και ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Γ.
Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσ/μείο Θεσ/νίκης.

19.00-19.10 **Συζήτηση.**

19.10-19.20 **ΚΡΥΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ ΤΥΠΟΥ II ΚΑΙ ΜΕΣΑΓ-ΓΕΙΟΤΡΙΧΟΕΙΔΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C.**
Ι. ΜΠΟΛΕΤΗΣ¹, Σ. ΜΙΧΑΗΛ¹, Φ. ΜΑΚΡΗΣ¹, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ¹, Α. ΙΝΙΩΤΑΚΗ², Α. ΧΑΤΖΑΚΗΣ³, και ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ¹.

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ²Ανοσολογικό Εργαστήριο, Γεν. «Λαϊκό» Νοσοκομείο, Αθήνα, ³Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθίνης.

19.20-19.30 **ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ.**

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ., ΜΑΛΛΙΑΡΑ Μ., ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Ε., ΜΕΜΜΟΣ Δ., ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Γ., ΤΣΑΚΙΡΗΣ Δ. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ Π., ΜΠΕΛΕΧΡΗ Α. Μ., ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ Χ. ΚΟΚΟΛΙΝΑ Ε., ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ Δ., ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Ε., ΒΥΖΑΝΤΙΑΔΗΣ Α.

Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Γ. Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσ/μείο Θεσ/νίκης.

19.30-19.40 **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑΣ ΛΗΠΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕ**

LOVASTATIN.

ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ Γ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ ΓΡ. ΣΟΛΩΝΑΚΗ Φ. ΚΑΤΣΑΒΕΛΗ Α., ΠΑΓΚΙΔΗΣ Π., ΙΜΒΡΙΟΣ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Β. ΤΑΚΟΥΔΑΣ Δ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Α.
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, ΑΠΘ, ΓΠΝ Ιπποκράτειο, Θεσ/νίκη.

19.40-20.00 **Συζήτηση.**

20.00-20.15 **Διάλειμμα-Καφές.**

20.15-21.00 **Διάλεξη στη Μνήμη Δ. Βαλτί.**
Θέμα: «Ο ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΣΤΟΝ ΑΥΡΙΑΝΟ ΚΟΣΜΟ: ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ»
Ομιλήτης: Α. ΣΥΜΒΟΥΛΙΔΗΣ.
Προεδρείο: ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ.

22.00 **Δείπνο.**

Τετάρτη 30 Νοεμβρίου 1994

- 09.30-11.00** Ελεύθερες Ανακοινώσεις.
Προεδρείο: **Κ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ,**
Ν. ΝΙΚΟΛΑΚΑΚΗΣ
- 09.30-09.40** **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟ-
ΕΙΔΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟ-
ΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.**
ΦΟΥΡΤΟΥΝΑΣ Κ., ΚΟΠΕΛΙΑΣ Ι., ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗ Α.,
ΜΠΟΒΟΛΕΤΗ Ο., ΑΓΡΟΠΙΑΝΝΗΣ Β., ΤΖΑΝΑΤΟΥ Ε.,
ΜΠΟΣΙΩΛΗΣ Β., ΔΑΡΕΜΑ Μ., ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ Δ.
Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Αρεταίειο Νοσοκομείο.
- 09.40-09.50** **ΑΘΗΡΩΓΟΝΕΣ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ
ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ.**
Μ ΕΛΙΣΑΦ., Ε. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗ¹, Χ. ΤΖΑΛΛΑΣ¹, Ν.
ΝΙΚΟΛΑΚΑΚΗΣ², Ν. ΓΕΡΜΑΝΟΣ³, Μ. ΠΑΠΠΑΣ⁴, Γ.
ΣΦΑΙΡΟΠΟΥΛΟΣ⁴, Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ⁵, Ο. ΤΣΟΛΑΣ¹,
Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.
Τομέας Παθολογίας Ιατρικής Σχολής και Εργαστήριο
Βιοχημείας¹ Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και ΜΤΝ των
Νοσοκομείων Ρεθύμνου², Αγγρινίου³, «Γ. Χατζηκώστα»
Ιωαννίνων⁴, και Κέρκυρας⁵.
- 09.50-10.00** **ΟΙ ΚΗΛΕΣ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ
ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ.**
Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Θ. ΤΣΟΥΛΚΑΣ, Β.
ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ, Β. ΡΑΪΚΟΥ, Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Γ.
ΒΑΓΙΩΝΑΣ.
Νεφρολογική Κλινική, Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ

Θεσσαλονίκης.

- 10.00-10.10** **Συζήτηση.**
- 10.10-10.20** **ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΟΥ ΛΙΠΟΥΣ
ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ
ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ.**
Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Β. ΡΑΪΚΟΥ, Θ. ΤΖΩΤΖΑΣ, Β.
ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ, Ε. ΚΟΚΚΟΛΟΥ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Γ.
ΒΑΓΙΩΝΑΣ.
Νεφρολογική Κλινική, Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ
Θεσσαλονίκης.
- 10.20-10.30** **ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ IgG
ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ
ΠΥΛΩΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΦΠΚ.**
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Σ., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Α., ΚΛΗΡΙΔΟΥ Μ.,
ΠΑΥΛΙΤΟΥ Κ., ΜΠΑΤΖΙΛΗ Ε., ΜΑΛΑΚΑ Ε*.
Α' Παθολογικό και Μικροβιολογικό* Τμήμα Ν.Γ.Ν.
«ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» Θεσ/νίκη.
- 10.30-10.40** **ΜΥΕΛΩΜΑΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΝΟΣΟ
ΕΛΑΦΡΩΝ ΑΛΥΣΕΩΝ (Ε.Α) ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕ-
ΤΩΠΙΣΗ ΜΕ Σ.Φ.Π.Κ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ 3
ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ.**
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Σ., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Α., ΚΛΗΡΙΔΟΥ Μ.,
ΜΠΑΤΖΙΛΗ Ε., ΚΥΡΙΑΖΟΠΟΥΛΟΣ Γ.
Α' Παθολογικό Τμήμα Ν.Γ.Νοσοκομείο «ΑΓΙΟΣ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» Θεσ/νίκη.
- 10.40-11.00** **Συζήτηση.**
- 11.00-11.15** **Διάλειμμα - Καφές.**
- 11.15-13.00** **Γενική Συνέλευση Ελληνικής Νεφρολογικής
Εταιρείας.**

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΟΗΛΕΚΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΘΕΪΚΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΝΑΣΥΝΔΙΑΣΜΕΝΗ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗ.

ΦΟΥΡΤΟΥΝΑΣ Κ., ΝΤΑΛΑΜΑΓΚΑ Α¹, ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗ Α., ΚΟΠΕΛΙΑΣ Ι., ΜΠΟΣΙΩΛΗΣ Β., ΜΠΟΒΟΛΕΤΗ Ο., ΔΑΡΕΜΑ Μ., ΤΖΑΝΑΤΟΥ Ε., ΑΓΡΟΓΙΑΝΝΗΣ Β., ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ Δ.

Νεφρολογική Κλινική - Μονάδα Αιμοδοσίας¹, Πανεπιστημίου Αθηνών Αρεταίειο Νοσοκομείο.

Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, οι οποίοι λαμβάνουν ερυθροποιητίνη (EPO) για τη διόρθωση της αναιμίας της ΧΝΑ συχνά εμφανίζουν σιδηροπενία, λόγω του αυξημένου ρυθμού ερυθροποίησης καθώς και λόγω χρόνιων απωλειών αίματος.

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της από του στόματος χορήγησης πρωτεϊνοηλεκτρικού σιδήρου (ομάδα Α) σε σχέση με ισοδύναμη ποσότητα (80mg στοιχ. Fe/ημέρα) θειϊκού σιδήρου (ομάδα Β) σε 10 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς ηλικίας $57,1 \pm 15,6$ ετών, υπό θεραπεία με EPO με δόση $28,13 \pm 7,86$ U/kg/HD, για χρονικό διάστημα 6 μηνών. Οι ανάγκες των ασθενών σε σίδηρο υπολογίζονταν κάθε μήνα από τη συγκέντρωση της αιμοσφαιρίνης (Hb) και της φερριτίνης (SF) του ορού και οι ασθενείς οι οποίοι παρουσίαζαν έλλειμα ελάμβαναν σίδηρο επί 1 μήνα. Κατά τη διάρκεια της μελέτης 4 ασθενείς (ομάδα Α: 1, ομάδα Β: 2) χρειάστηκαν χορήγηση σιδήρου 3 φορές, 3 ασθενείς (ομάδα Α: 1, ομάδα Β: 2) 2 φορές και τέλος 3 ασθενείς μόνο 1 φορά (ομάδα Α: 3). Η Hb παρουσίασε στην ομάδα Α αύξηση από $8,88 \pm 0,53$ σε $9,55 \pm 0,37$ g/dl ($p < 0,05$) και στην ομάδα Β από $8,77 \pm 0,4$ σε $9,37 \pm 0,25$ g/dl ($p < 0,05$). Τα δικτυοερυθροκύτταρα παρουσίασαν αύξηση από $0,7 \pm 0,3$ σε $1,55 \pm 0,69\%$ ($p < 0,05$) στην ομάδα Α εντός του πρώτου μηνός της θεραπείας, ενώ στην ομάδα Β παρουσιάστηκε σημαντική αύξηση από $1,17 \pm 0,5$ σε $2,5 \pm 1,03\%$ ($p < 0,05$) κατά το 8^ο μήνα της θεραπείας. Τέλος η φερριτίνη του ορού παρουσίασε ισοδύναμη μείωση και για τις 2 ομάδες (ομάδα Α: $48,7 \pm 22,6$ σε $29,5 \pm 22,2$ μg/L $p < 0,05$, ομάδα Β: $35,6 \pm 17,3$ σε $23,05 \pm 11,64$ μg/L $p < 0,05$). Κανένας από τους ασθενείς της ομάδας Α δεν παρουσίασε κλινικά ή εργαστηριακά διαπιστωμένες ανεπιθύμητες ενοχλήσεις, που οδήγησαν σε αλλαγή του τρόπου λήψης του φαρμάκου.

Αν και ο αριθμός των ασθενών είναι μάλλον μικρός, λόγω των αυστηρών κριτηρίων επιλογής, η από του στόματος χορήγηση πρωτεϊνοπλεκτρικού σιδήρου, φαίνεται ότι είναι ασφαλής και αποτελεσματική για την διόρθωση της σιδηροπενίας των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών που λαμβάνουν ΕΡΟ. Η ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου, η οποία δεν στερείται ανεπιθύμητων ενεργειών, είναι πιθανό να μπορεί να αντικατασταθεί με την από του στόματος χορήγηση, αν και χρειάζονται περισσότερες και μεγαλύτερες σε αριθμό ασθενών μελέτες.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΔΥΟ ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΩΝ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΗcT ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

ΣΠΑΪΑ Σ., ΠΕΤΡΙΔΟΥ Π., ΓΚΟΥΒΑ Χ., ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ Μ., ΡΑΪΚΟΥ Β., ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ΚΟΚΚΟΛΟΥ Ε., ΒΑΓΩΝΑΣ Γ.

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ, Θεσσαλονίκη.

Η χρήση ανθρώπινης ανασυνδυασμένης ερυθροποιητίνης (ΕΠΟ) για την διόρθωση της αναμίας των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών έχει εδραιωθεί, ενώ εξακολουθεί να συζητείται ο καταλληλότερος τρόπος χορήγησης της ΕΠΟ για την διατήρηση του αποτελέσματος αφ' ενός και την επίτευξη ικανοποιητικότερης σχέσης κόστους-όφελους αφ' ετέρου.

Μελετήσαμε 26 ασθενείς της Μ.Τ.Ν. της κλινικής μας. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες Α και Β. Η ομάδα Α είχε 13 ασθενείς (8Α, 5Γ) μέσης ηλικίας $64 \pm 9,9$ έτη με μέσο βάρος σώματος $63,5 \pm 10,63$ και μέση διάρκεια αιμοκάθαρσης $39,08 \pm 18,26$ μήνες. Η ομάδα Β περιελάμβανε 13 ασθενείς (7Α, 6Γ) με μέση ηλικία $62,57 \pm 7,21$, μέσο βάρος σώματος $57,15 \pm 109,15$ και μέση διάρκεια αιμοκάθαρσης $61,62 \pm 53$.

Στους ασθενείς χορηγήθηκε ενδοφλεβίως στο τέλος κάθε συνεδρίας αιμοκάθαρσης ΕΠΟ σε δόσεις τέτοιες ώστε να φτάσει τον ΗcT στόχο (30-33%). Μετά την σταθεροποίηση του ΗcT για 4-6 εβδομάδες στα επιθυμητά επίπεδα γινόταν μείωση της χορήγησης ΕΠΟ κατά τα ακόλουθα σχήματα.

1. Στους ασθενείς της ομάδας Α μειωνόταν σταδιακά η δόση της χορηγούμενης ΕΠΟ ενώ η συχνότητα χορήγησης έμεινε σταθερή (1x3/εβδομάδα). Πριν από κάθε μείωση μεσολαβούσε διάστημα 4-6 εβδομάδων για την σταθεροποίηση του αποτελέσματος.
2. Στους ασθενείς της ομάδας Β η δόση έμεινε αμετάβλητη, μειωνόταν όμως η συχνότητα χορήγησης της ΕΠΟ (3→2→1/εβδομάδα) και πάλι πριν την κάθε μείωση μεσολαβούσε τουλάχιστον διάστημα 4-6 εβδομάδων.

Ανά 15νθήμερο γινόταν έλεγχος ΗcT, Ηb, ΔΕΚ, και ανά μήνα έλεγχος της φερριτίνης και ΤΙΒC. Όλοι οι ασθενείς έπαιραν σίδηρο από το στόμα και όταν χρειαζόταν ενδοφλέβια. Οι συνθήκες αιμοκάθαρσης παρέμειναν σταθερές ενώ γινόταν καταγραφή των φαρμάκων που ελάμβαναν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς την ηλικία, το βάρος σώματος και την διάρκεια αιμοκάθαρσης. Δύο ασθενείς διέκοψαν την θεραπεία, ο ένας λόγω «δυσρρυθμιστικής υπέρτασης» και ο

άλλος λόγω προβλημάτων της Α-Φ επικοινωνίας, ενώ σε τρεις χρειάστηκε αύξηση της δόσης των αντιυπερτασικών φαρμάκων.

Οι ασθενείς της ομάδας Α χρειάστηκαν για την επίτευξη του στόχου $179,6 \pm 65$ U/kgBΣ/εβδομάδα που ήταν σημαντικά λιγότερο από τους ασθενείς της ομάδας Β που χρειάστηκαν $241,92 \pm 78$ U/kgBΣ/εβδομάδα ($p=0,049$). Ωστόσο στο τέλος της μελέτης, η ομάδα Β χρειαζόταν $64,55 \pm 22,26$ U/kgBΣ/εβδομάδα για τη δόση συντήρησης ποσό σημαντικά χαμηλότερο από την δόση συντήρησης της ομάδας Α που ανερχόταν σε $109,19 \pm 722$ U/kgBΣ/εβδομάδα.

Τα επίπεδα Hct, Hb ήταν σταθερά και συγκρίσιμα και στις δύο ομάδες καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Συμπερασματικά φαίνεται ότι η τακτική χορήγησης της ΕΠΟ μία φορά την εβδομάδα ως δόση συντήρησης είναι δυνατό να είναι αποτελεσματικότερη από τη χορήγησή της τρεις φορές εβδομαδιαίως.

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ (ΙΑΥ) ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ: ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΒΛΑΒΗ;

ΑΝΤΩΝΙΟΥ Σ., ΜΠΑΤΖΙΛΗ Ε., ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Ν., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Α., ΠΑΥΛΙΤΟΥ Κ*, ΜΟΛΔΟΒΑΝΙΔΟΥ Κ*.

Α' Παθολογικό και Μικροβιολογικό* Τμήμα, Ν.Γ.Ν. «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», Θεσ/νίκη.

Η μικρολευκωματινουρία είναι ένας δείκτης πρώιμης ανίχνευσης της υπερτασικής νεφροπάθειας στην παθογένεια της οποίας φαίνεται να συμμετέχουν πολλαπλοί παράγοντες όπως η συστηματική και σπειραματική υπέρταση, οι οξειδωμένες LDL κ.ά. Η ύπαρξη κρίκων μεταξύ ΙΑΥ, παχυσαρκίας, ιστικής αντίστασης στην ινσουλίνη και δυσλιπιδαιμίας συζητείται ευρύτατα. Το γεγονός ότι η ιστική αντίσταση στην ινσουλίνη αυξάνει τον αγγειακό τόνο ενώ η ίδια η ινσουλίνη είναι αθηρογόνος, προσανατολίζει και σε άλλους παθογενετικούς μηχανισμούς νεφρικής βλάβης. (1,2)

Σε 20 επιλεγμένα άτομα (10Α,10Γ), μέσης ηλικίας 48 χρ (31-61), με ΙΑΥ από 0,5-15 χρόνια, χωρίς σακχαρώδη διαβήτη, νεφρική νόσο και αντιυπερτασική αγωγή, μελετήθηκε ο βαθμός λευκωματινουρίας (Micral-test, Boehringer) σε σχέση με το βαθμό και της διάρκειας της ΑΥ, τα επίπεδα ινσουλίνης και λιπιδίων αίματος και το δείκτη μάζας σώματος (BMI). Η ινσουλίνη μετρήθηκε με Microparticle Enzyme Immunoassay (ΜΕΙΑ, Abbott IMx). Με βάση τον BMI, 11 άτομα είχαν υπερβάλλον ΒΣ και 9 παχυσαρκία. Δώδεκα (60%) είχαν υπερκολληστερολαιμία, 9 (45%) υπερινωδογαμία, 6 (30%) υπερινωδογαμία ενώ 7 (35%) είχαν μικρολευκωματινουρία.

Δεν βρέθηκε συσχέτιση του βαθμού λευκωματινουρίας με το βαθμό και τη διάρκεια της ΑΥ, τον BMI και τα επίπεδα χοληστερόλης και ινωδογόνου. Αντίθετα, ο βαθμός λευκωματινουρίας είχε σημαντική συσχέτιση με τα επίπεδα ινσουλίνης ($r=0.486$, $p<0.05$), τριγλυκεριδίων ($r=0.571$, $p<0.01$) και HDL ($r=-0.646$, $p<0.01$). Ωστόσο με τη μέθοδο της πολλαπλής εξάρτησης σταδιακής εφαρμογής (multiple stepwise regression analysis) διαπιστώθηκε ανεξάρτητη αρνητική συσχέτιση μόνο μεταξύ λευκωματινουρίας και HDL ($p<0.01$).

Τα ευρήματά μας α) δείχνουν ότι σε αρρώστους με ΙΑΥ συχνά συνυπάρχουν παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία, υπερινωδογαμία και πιθανώς ιστική αντίσταση στην ινσουλίνη και β) συνηγορούν για τον ιδιαίτερο ρόλο που

μπορεί να έχουν τα λιπίδια στην πρόκληση της νεφρικής βλάβης.

1. *Kidney Intern* 1993, 43.

2. *Am J Kidney Dis* 1993, 21 (suppl 2 and 3) and 22.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΑΠΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.

Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Ι. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ*, Γ. ΠΑΥΛΙΔΗΣ**, Χ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ***, Α. ΜΗΛΙΩΝΗΣ*, Σ. ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΣ**, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ.

MTN, Α' Παθολογικό Τμήμα*, Β' Παθολογικό Τμήμα** και Μικροβιολογικό Εργαστήριο*** Γ.Π.Ν. «Γ. Παπανικολάου» Θεσ/νίκης.

Την τελευταία δεκαετία, στα Παθολογικά Τμήματα του Νοσοκομείου αντιμετώπιστηκαν 102 ασθενείς με σημαντικό βαθμού ΟΝΑ (κρεατινίνη ορού ≥ 4 mg/dl). Από αυτούς οι 35 (Ομάδα Α) είχαν ολιγουρική ΟΝΑ και οι 67 (Ομάδα Β) μη ολιγουρική. Δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη ασθενείς με μετεγχειρητική ΟΝΑ, οι νοσηλευόμενοι στις ΜΕΘ, ασθενείς με σπειραματονεφρίτιδα ή αγγειίτιδα και όσοι είχαν γνωστή προϋπάρχουσα νεφρική βλάβη. Στο 46% των περιπτώσεων τα αίτια ΟΝΑ θεωρήθηκαν ιατρογενή. Από τους 102 ασθενείς 49 υποβλήθηκαν σε εξωνεφρική κάθαρση (48,0%) και 4 αρνήθηκαν θεραπεία.

Μεταξύ των ασθενών των Ομάδων Α και Β δεν βρέθηκε διαφορά στην ηλικία, το φύλο και στην υψηλότερη συγκέντρωση ουρίας κατά τη νοσηλεία τους, ενώ η αντίστοιχη συγκέντρωση της κρεατινίνης του ορού ήταν σημαντικά υψηλότερη στην Ομάδα Α ($9,41 \pm 3,22$ vs $7,53 \pm 3,44$ mg/dl $p < 0,01$). Η διάρκεια της ΟΝΑ δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο Ομάδων ($A=19,0 \pm 10,9$ vs $B=16,0 \pm 9,6$ ημέρες, $p=NS$). Αντίθετα οι μέσες ελάχιστες συγκεντρώσεις της ουρίας και της κρεατινίνης είχαν την τάση να είναι υψηλότερες στους ολιγουρικούς ασθενείς (Ομάδα Α, ουρία $67,03 \pm 34,2$, κρεατινίνη $1,91 \pm 1,46$ mg/dl Ομάδα Β, ουρία $55 \pm 24,4$, κρεατινίνη $1,51 \pm 0,56$ mg/dl, $p=0,056$ και $p=0,064$ αντίστοιχα). Από τους ασθενείς της Ομάδας Α 22 ιάθηκαν, 8 βελτιώθηκαν, 2 αρνήθηκαν θεραπεία και 3 απεβίωσαν ενώ από τους ασθενείς της Ομάδας Β 51 ιάθηκαν, 8 βελτιώθηκαν, ένας κατέληξε σε τελικό στάδιο ΧΝΑ, 2 αρνήθηκαν θεραπεία και 5 απεβίωσαν. Η έκβαση αυτή των ασθενών δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων.

Όταν οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες ανάλογα με το αν αντιμετώπιστηκαν με εξωνεφρική κάθαρση (49 ασθενείς) ή συντηρητικά (53 ασθενείς), διαπιστώθηκε ότι η διάρκεια της ΟΝΑ ήταν μεγαλύτερη στους που υποβλήθηκαν σε εξωνεφρική κάθαρση ($20,2 \pm 11,9$ vs $14,1 \pm 7,2$ ημέρες $p < 0,01$). Οι μέσες υψηλότερες συγκεντρώσεις ουρίας και κρεατι-

νίνης κατά τη νοσηλεία των ασθενών ήταν σημαντικά μεγαλύτερες σ' αυτούς που χρειάστηκαν κάθαρση (ουρία $302,9 \pm 106,2$ vs $242,9 \pm 88,4$ mg/dl, $p < 0,01$, κρεατινίνη $10,31 \pm 3,35$ vs $6,28 \pm 2,42$ mg/dl, $p < 0,001$). Οι μέσες ελάχιστες συγκεντρώσεις ουρίας και κρεατινίνης ορού έδειξαν τάση να είναι υψηλότερες στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εξωνεφρική κάθαρση ($p = 0,06$ και $p = 0,055$ αντίστοιχα). Η επιβίωση ήταν χειρότερη σ' αυτούς που αντιμετωπίστηκαν με εξωνεφρική κάθαρση (θάνατοι 7 vs 1, $p < 0,05$).

Όταν οι ασθενείς χωρίστηκαν με βάση την ηλικία τους σε 3 Ομάδες (47 ασθενείς < 65 χρόνων, 26 ασθενείς από 65-74 και 29 ασθενείς > 75 χρόνων) δεν διαπιστώθηκε διαφορά στη διάρκεια της ONA, στις συγκεντρώσεις ουρίας και κρεατινίνης αλλά ούτε και στην επιβίωση των ασθενών.

Συμπεράσματα: 1) Η σημαντικού βαθμού ONA από παθολογικά αίτια οφείνεται πολύ συχνά σε ιατρογενείς αιτίες και 2) η πρόγνωση της είναι καλή ανεξάρτητα ηλικίας (θνητότητα 8.6%) αλλά όταν για την αντιμετώπισή της απαιτείται εξωνεφρική κάθαρση η διάρκειά της είναι μεγαλύτερη και η θνητότητά της αυξάνεται.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΑΠΟ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ 11 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ.

Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ, Μ. ΤΣΑΜΠΑΖΗΣ*, Κ. ΓΚΟΓΚΟΣ**, Ν. ΚΑΠΡΑΒΕΛΟΣ***, Χ. ΦΥΤΙΛΗ****, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ.

ΜΤΝ, Α' Παθολογικό Τμήμα, Β' Παθολογικό Τμήμα, ΜΕΘ και Μικροβιολογικό Εργαστήριο ΓΠΝ «Γ. Παπανικολάου» Θεσ/νίκης.

Παρουσιάζονται οι περιπτώσεις 11 ασθενών (3Γ, 8Α) ηλικίας από 18 έως 75 χρόνων που εμφάνισαν ΟΝΑ από ραβδομυόλυση. Από τους ασθενείς οι 8 εμφάνιζαν ανουρική, οι 2 μη ολιγουρική και ο ένας ολιγουρική ΟΝΑ. Τρεις ασθενείς είχαν μετατραυματική ραβδομυόλυση, ενώ οι υπόλοιποι 8 ραβδομυόλυση από ποικίλα άλλα αίτια (1 λόγω συνδρόμου McArdle, 1 μετά ιογενή λοίμωξη, 1 μετά λήψη κοκαΐνης, 1 μετά ΕΦ χορήγηση 4 gr φουροσεμίδης, 1 μετά ηλεκτρική ανάταξη καρδιακής ανακοπής και 2 από άγνωστη αιτία.). Η διάγνωση της ραβδομυόλυσης σπρίχθηκε σε κλινικοεργαστηριακά ευρήματα. Η ανώτερη τιμή ουρίας κυμάνθηκε από 207 έως 480 mg/dl (Μ.Ο. = 295 ± 82), της κρεατινίνης από 5,0 έως 13,8 mg/dl (Μ.Ο. = $10,2 \pm 3,4$) και του ουρικού από 7,1 έως 15,3 mg/dl (Μ.Ο. = $12,1 \pm 2,5$). Οι ανώτερες τιμές του φωσφόρου κυμάνθηκαν από 5,1 έως 11,1 mg/dl (Μ.Ο. = $7,8 \pm 1,9$), της CPK από 690 έως 80000 U/L (Μ.Ο. = 17166 ± 25989), της LDH από 347 έως 7360 U/L (Μ.Ο. = 1890 ± 2090), της SGOT από 25 έως 3500 U/L (Μ.Ο. = 1159 ± 1222) και της SGPT από 33 έως 2890 U/L (Μ.Ο. = 651 ± 881). Η τιμή της αλδολάσης στους 3 ασθενείς που προσδιορίστηκε κατά την οξεία φάση της ραβδομυόλυσης ήταν 9,7, 12 και 19 U/L. Τα κατώτερα επίπεδα του σερβατίου του ορού κυμάνθηκαν από 6 έως 9,4 mg/dl (Μ.Ο. = $7,4 \pm 0,9$). Όλοι σε κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια παρακολούθησής τους είχαν υπερκαλιαιμία άλλοτε άλλου βαθμού, η δε ανώτερη τιμή του κυμάνθηκε από 5,1 έως 8,8 mEq/L (Μ.Ο. = $5,9 \pm 1,0$). Τέλος τα επίπεδα των αιμοπεταλίων κυμάνθηκαν από 32000-314000 (Μ.Ο. = 152700 ± 103351).

Δύο ασθενείς αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, 6 με συμβατική αιμοκάθαρση (ΣΑΚ) και 3 με συνεχή αρτηριοφλεβική αιμοκάθαρση (ΣΑΦΑΚ). Η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών κυμάνθηκε από 18 έως 50 ημέρες (Μ.Ο. = $27,8 \pm 3,9$). Στους 6 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΣΑΚ απαιτήθηκαν κατά μέσο όρο $9,3 \pm 4,4$ συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Από τους 3 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΣΑΦΑΚ οι 2 αποκατέστησαν τη νεφρική λειτουργία μετά συνεχή θεραπεία 8 και 10 ημερών αντίστοιχα, ενώ ο άλλος κατέληξε

μετά θεραπεία 19 ημερών από σφαιμία και ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων. Τελικά από τους 11 ασθενείς ένας μόνο κατέληξε ενώ 6 αποκατέστησαν πλήρως και 4 μερικώς τη νεφρική τους λειτουργία.

Συμπεραίνεται ότι η ΟΝΑ από ραβδομυόλυση, που οφείλεται σε ποικίλα αίτια, παρά το ότι εμφανίζει συνήθως παρατεταμένη πορεία έχει κατά κανόνα καλή έκβαση.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΒΑΡΙΑ ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΥΤΟΑΝΟΣΗ ΠΟΛΥΑΔΕΝΙΚΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΠΑΘΕΙΑ.

Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Α. ΤΣΑΤΣΟΥΛΗΣ, Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.

Τομέας Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Το σύνδρομο της αυτοάνοσης πολυαδενικής ενδοκρινοπάθειας είναι μία σπάνια νόσος που προσβάλλει κυρίως γυναίκες και χαρακτηρίζεται από την συνύπαρξη αυτοάνοσων εκδηλώσεων δυσλειτουργίας πολλών ενδοκρινών αδένων. Η διάγνωση της νόσου τίθεται από την συνύπαρξη τουλάχιστον 2 από τις ακόλουθες 3 νοσολογικές οντότητες: αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα - επινεφριδιακή ανεπάρκεια - σακχαρώδης διαβήτης. Αν και προνεφρική αζωθαιμία παρατηρείται συχνά σε ασθενείς με επινεφριδιακή ανεπάρκεια, οξεία νεφρική ανεπάρκεια δεν έχει αναφερθεί μέχρι σήμερα σε ασθενείς με το σύνδρομο της αυτοάνοσης πολυαδενικής ενδοκρινοπάθειας. Περιγράφουμε ασθενή 38 ετών με το σύνδρομο της αυτοάνοσης ενδοκρινοπάθειας που διακομίστηκε στο Νοσοκομείο με οξεία νεφρική ανεπάρκεια και βαριά υπερκαλιαιμία. Η ασθενής, η οποία εμφάνισε γενικευμένη λεύκη σε ηλικία 9 ετών, παρουσίασε από τριμήνου ανορεξία, καταβολή, αδυναμία και απώλεια βάρους. Δύο μήνες πριν την εισαγωγή της στο Νοσοκομείο διαγνώσθηκε υποθυρεοειδισμός και τέθηκε σε θεραπεία με θυροξίνη (75 μg/ημέρα). Τον τελευταίο μήνα εμφάνισε εμέτους, βαριά μυϊκή αδυναμία και χαμηλή αρτηριακή πίεση. Ο εργαστηριακός έλεγχος της ασθενούς κατά την εισαγωγή της στο Νοσοκομείο έδειξε: κρεατινίνη=3.3 mg/dl, ουρία=7.3 mg/dl, K⁺=8 mmol/L, Na⁺=130 mmol/L, CL=96 mmol/L, Ca⁺⁺=11.3 mg/dl, pH=7.33, PCO₂=35 mmHg, HCO₃⁻=18 mmol/L.

Ο ορμονολογικός έλεγχος πιστοποίησε την συνύπαρξη πρωτοπαθούς επινεφριδιακής ανεπάρκειας και υποθυρεοειδισμού. Εξαιτίας της βαριάς υπερκαλιαιμίας η ασθενής υποβλήθηκε σε 1 συνεδρία αιμοκάθαρσης. Η ενυδάτωση και η χορήγηση γλυκοκορτικοειδών και αλατοκορτικοειδών είχε σαν αποτέλεσμα την υποχώρηση των συμπτωμάτων και ευρημάτων από τη φυσική εξέταση καθώς και την αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας και των ηλεκτρολυτών του ορού. Συζητούνται οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της νεφρικής ανεπάρκειας καθώς και των διαταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας και των ηλεκτρολυτών του ορού της ασθενούς.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΣΕ ΕΓΚΥΟ ΜΕ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΛΥΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΙΜΙΑ.

A. Π. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ¹, Π. Σ. ΚΟΝΤΕΣΗΣ¹, Ι. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ², Π. ΡΑΠΠΙΝΙ¹, Γ. Ε. ΔΙΓΕΝΗΣ¹, Α. ΑΝΤΣΑΚΛΗΣ², Ν. ΖΕΡΕΦΟΣ¹.

¹Νεφρολογικό Τμήμα και ²1η Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Π.Ν. «Αλεξάνδρα», Αθήνα.

Η χρήση της ερυθροποιητίνης έχει περιγραφεί σε λίγα περιστατικά εγκυμοσύνης σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Η αναιμία αποτελεί συχνή επιπλοκή του συστηματικού ερυθρηματώδους λύκου και η αιτιολογία της στην πλειονότητα των περιπτώσεων παραμένει ασαφής.

Περιγράφεται ενδιαφέρουσα περίπτωση εγκύου ηλικίας 25 ετών πρωτοτόκου με συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο και νεφρική προσβολή στην οποία έγινε χρήση της ερυθροποιητίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Δύο χρόνια πριν τη σύλληψη η ασθενής είχε υποβληθεί σε βιοψία νεφρού, η οποία ανέδειξε εστιακή μεσαγγειοϋπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα (κλάση IIIb σύμφωνα με την ταξινόμηση της Π.Ο.Υ.). Τέθηκε σε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη (32 mg την ημέρα) η οποία είχε διακοπεί επτά μήνες πριν την εγκυμοσύνη με δική της πρωτοβουλία.

Κατά την πρώτη επίσκεψή της, κατά την 3η εβδομάδα της κύησης, η ασθενής είχε αιματοκρίτη 27.6%, αιμοσφαιρίνη 9.1 gr/dl, λευκάμα ούρων 24ώρου 3.8 gr και ANA: 1:160. Δεν υπήρχαν σημεία εξάρσης της πρωτοπαθούς νόσου. Τέθηκε σε αγωγή με 15 mg πρεδνιζόνης ημερησίως και δόθηκε συμπληρωματικά σίδηρος από του στόματος. Ο αιματοκρίτης εμφάνισε βαθμιαία πτώση και παρά τις τρεις μεταγγίσεις αίματος τις οποίες έλαβε, την 15η εβδομάδα της εγκυμοσύνης έπεσε στο 24.7%, χωρίς σημεία αιμόλυσης, απώλειας αίματος ή επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας. Τα επίπεδα ερυθροποιητίνης του ορού βρέθηκαν χαμηλά. Την 16η εβδομάδα της εγκυμοσύνης αποφασίσθηκε η χορήγηση ερυθροποιητίνης σε δόση 2.000 IU τρεις φορές την εβδομάδα υποδόρια. Την 25η εβδομάδα η δόση αυξήθηκε σε 4.000 IU τρεις φορές την εβδομάδα.

Με την αγωγή αυτή επετεύχθη διατήρηση του αιματοκρίτη μεταξύ 28-30% και η ασθενής έμεινε ελεύθερη από μεταγγίσεις. Επανηλλειμένες μετρήσεις του σιδήρου, της φερριτίνης και των αιμοπεταλίων, έδωσαν φυσιολογικές τιμές.

Η ερυθροποιητίνη έγινε καλά ανεκτή από την ασθενή και δεν παρατη-

ρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες εκτός από μία μικρή αύξηση της αρτηριακής πίεσης την 33η εβδομάδα, η οποία ρυθμίστηκε με μικρή δόση ατενολόλης (50 mg /ημέρα). Την 35η εβδομάδα γεννήθηκε με καισαρική τομή νεογνό βάρους 3.200 gr με Apgar σκορ 8 και 10 το πρώτο και το πέμπτο λεπτό αντίστοιχα. Οι αιματολογικές του παράμετροι ήταν φυσιολογικές (Ht:50.7%, Hb:16.1 gr/dl). Καμμία ανεπιθύμητη ενέργεια δεν εμφανίσθηκε μέχρι την έξοδό του, την 11η ημέρα μετά τον τοκετό εκτός από μία ήπια υπερκολερυθριναιμία η οποία υποχώρησε γρήγορα.

Συμπερασματικά η ερυθροποιητίνη μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα στην θεραπεία της αναιμίας της εγκυμοσύνης σε έδαφος συστηματικού ερυθρηματώδους λύκου με νεφρική συμμετοχή.

ΘΡΟΜΒΟΕΒΟΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ.

ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ Χ., ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ Δ., ΣΤΑΓΚΟΥ Μ., ΜΕΜΜΟΣ Δ., ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Ε., ΜΑΛΛΙΑΡΑ Μ., ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Γ., ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ.,
Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσ/μείο Θεσ/νίκης.

Τα θρομβοεμβολικά επεισόδια αποτελούν σχετικά συχνή και επικίνδυνη επιπλοκή του νεφρωσικού συνδρόμου ιδιαίτερα σε ενήλικες ασθενείς με ΙΜΣ.

Στην περίοδο 1981-94 από 993 βιοψίες νεφρού οι 85 (8.5%) είχαν ως διάγνωση την ΙΜΣ. Από τους 85 ασθενείς (47 άνδρες) οι 7 (8%) παρουσίασαν φλεβοθρόμβωση (ΦΛΘ). Από αυτούς 4 παρουσίασαν θρόμβωση των νεφρικών φλεβών, 2 θρόμβωση της αριστεράς μασχαλιαίας και 1 θρόμβωση των εν τω βάθει φλεβών των κάτω άκρων. Επιπλέον 3 από αυτούς παρουσίασαν και πνευμονική εμβολή.

Σε σύγκριση με τους 78 ασθενείς χωρίς ΦΛΘ, οι 7 ασθενείς κατά τη διάρκεια της ΦΛΘ, είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές (Μ ± SD) κρεατινίνης ορού (2.3 ± 1.6 vs 1.4 ± 0.7 mg/dl, $p < 0.001$), αιμοπεταλίων (452.000 ± 123.000 vs $296.000 \pm 85000/\text{mm}^3$, $p < 0.001$) και πηδογόνου (442 ± 78 vs 358 ± 74 mg/dl, $p < 0.05$), ενώ σε αυτό το υλικό δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στο λεύκωμα ούρων 24ώρου, στις λευκωματίνες ορού, στη κοιλιοπερίνη και στα τριγλυκερίδια ορού.

Για την αντιμετώπιση των ασθενών χρησιμοποιήθηκε αρχικά ηπαρίνη και στη συνέχεια δικουμαρόλη. Σε έναν ασθενή με επανειλημμένα επεισόδια πνευμονικών εμβολών, τοποθετήθηκε ένα φίλτρο Greenfield στην κάτω κοίτη φλέβα πάνω από το θρόμβο. Μετά από μέσο χρόνο παρακολούθησης (\pm SD) $42(\pm 21)$ μηνών 1 ασθενής εντάχθηκε σε ΤΝ και οι υπόλοιποι 6 έχουν κρεατινίνη ορού (Μ ± SD) $1,3 \pm 0,4$ mg/dl χωρίς καμία κλινική ένδειξη ΦΛΘ.

Συμπερασματικά η ΦΛΘ παρατηρείται συχνά σε ασθενείς με ΙΜΣ. Η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση αντιμετώπιση με αντιπηκτική αγωγή έχουν ικανοποιητική επίδραση στην εξέλιξη της νεφρικής λειτουργίας και στην επιβίωση των ασθενών. Η αξία της τοποθέτησης ειδικών φίλτρων δεν έχει αποδειχθεί αλλά η εμπειρία μας στη μοναδική περίπτωση συνοδεύτηκε από καλό μακροχρόνιο αποτέλεσμα.

ΜΕΜΒΡΑΝΟΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ IgA ΜΥΕΛΩΜΑ.

ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ Χ., ΣΤΑΓΚΟΥ Μ., ΚΑΤΣΙΝΑΣ Χ., ΜΕΜΜΟΣ Δ., ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Ε., ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ Μ., και ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Γ.
Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσ/μείο Θεσ/νίκης.

Οι πιο συχνοί τύποι ιστολογικών βλαβών στο πολλαπλούν μυέλωμα είναι ο μυελωματώδης νεφρός και η αμυλοείδωση. Οι σπειραματονεφρίτιδες αποτελούν σπάνια εκδήλωση του πολλαπλού μυελώματος. Το IgA μύελωμα αποτελεί το 20-25% των μυελωμάτων και οδηγεί σε νεφρική ανεπάρκεια περίπου στο 60% των περιπτώσεων.

Παρουσιάζεται περίπτωση μεμβρανοϋπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδας σε ασθενή με IgA μύελωμα κ-τύπου. Πρόκειται για ασθενή 62 ετών που νοσηλεύθηκε στην κλινική μας τον Φεβρουάριο του 1994 με υπέρταση, λευκωματουρία, μικροσκοπική αιματουρία και νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη 5,6 mg/dl) από 4μήνου.

Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε: Ηt 27%, αιμοπετάλια 91.000 κκκ, ΤΚΕ 80 mm., ουρία 228 mg/dl, Ca 9,3 mg/dl, ουρικό 8.4 mg/dl, Γεν. ούρων: λεύκωμα (+ +), ερυθρά: 20-25 κοπ, λεύκωμα ούρων 24Hr: 1g. Η IgA ανοσοσφαιρίνη ορού ήταν αυξημένη 16g/L (φτ 0.9 - 4.5g/L) ενώ οι IgG 1.8 g/L (φτ 8 - 18g/L) και η IgM 0.5g/L (φτ 0.6 - 2.5g/L) ελαττωμένες. Η ανοπλεκτροφόρηση ορού και ούρων απεκάλυψε την ύπαρξη μονοκλωνικής παραπρωτεΐνης IgA κ-τύπου. Το C₃ του ορού ήταν χαμηλό 34 mg/dl (φτ 50 - 90mg/dl) ενώ το C₄ φυσιολογικό 39 mg/dl (φτ 10 - 40 mg/dl). Το μυελόγραμμα έδειξε πλήρη κατάληψη του μυελού από πλάσματοκύτταρα. Η βιοψία νεφρού έδειξε διάχυτη υπερπλασία των μεσαγγειακών και ενδοθηλιακών κυττάρων, πάχυνση της βασικής μεμβράνης και διπλή παρυφή. Στον ανοσοφθορισμό διαπιστώθηκαν έντονες υπενδοθηλιακές εναποθέσεις C₃ στη βασική μεμβράνη. Έτσι τέθηκε η διάγνωση της μεμβρανοϋπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδας.

Παρά την αγωγή με μεθυλ-πρεδνιζολόνη και μεφραλάνη η νεφρική λειτουργία επιδεινώθηκε και 5 μήνες αργότερα εντάχθηκε σε χρόνια πρόγραμμα αιμοκάθαρσης ενώ το πολλαπλούν μύελωμα παρουσίασε μερική ύφεση. Από την προσπάθεια σε εμάς διεθνή βιβλιογραφία, η μεμβρανοϋπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα σε IgA μύελωμα είναι εξαιρετικά σπάνια.

ΚΡΥΟΣΦΑΙΡΙΝΑΙΜΙΑ ΤΥΠΟΥ II ΚΑΙ ΜΕΣΑΓΓΕΙΟΤΡΙΧΟΕΙΔΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C.

I. ΜΠΟΛΕΤΗΣ¹, Σ. ΜΙΧΑΗΛ¹, Φ. ΜΑΚΡΗΣ¹, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ¹, Α. ΙΝΙΩΤΑΚΗΣ², Α. ΧΑΤΖΑΚΗΣ³, και ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ¹.

¹Νεφρολογικό Τμήμα, ²Ανοσολογικό Εργαστήριο, Γεν. «Λαϊκό» Νοσοκομείο, Αθήνα, ³Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθίνας.

Πρόσφατα έχει βρεθεί στενή αιτιολογική σχέση μεταξύ λοίμωξης από τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV) και μικτής κρυοσφαιριναιμίας τύπου II. Περιγράφεται περίπτωση κρυοσφαιριναιμίας τύπου II με μεσαγγειοτριχοειδική σπειραματονεφρίτιδα (ΣΝ) σε αντι-HCV (+) ασθενή.

Πρόκειται για άνδρα 53 ετών, που διακομίσθηκε στο Τμήμα μας στις 27.12.93 από ιδιωτική κλινική όπου νοσηλεύεται για εκτεταμένες ξελκώσεις στο δεξιό κάτω άκρο και νεφρωσικό σύνδρομο. Από το απομικό του αναμνηστικό αναφέρεται φλεβική ανεπάρκεια των κάτω άκρων με από 5ετίας υποτροπιάζουσες εξελκώσεις. Στις 3.12.93 ο ασθενής εισάγεται στην ιδιωτική κλινική. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε όψη πάσχοντος, ωχρότητα, οδηήματα ανά σάρκα, ψηλαφητό αιμορραγικό εξάνθημα κάτω άκρων συρρέον κατά τόπους με εξελκώσεις στη δεξιά κνήμη και εκροή οροπυώδους υγρού, περιφερική νευροπάθεια των κάτω άκρων και αρτηριακή πίεση 150/105 mmHg. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε: Ht 27%, Λ 19.500 /mm³, ΤΚΕ 110, ουρία 223mg%, κρεατινίνη 1,5mg%, ολικά λευκώματα 5,66gr% με λευκωματίνη 2,53 gr%, SGOT 51, SGPT 40, αλκ. φωσφατάση = 1038, γGT = 553, χολυρεθρίνη 0,8 mg%, χρ. προθρομβίνης 13"/11", γεν. ούρων: πυοσφαίρια 1-2 κ.ο.π., ερυθρά 15-20 κ.ο.π., λεύκωμα ούρων 24ώρου 4g, anti-DNA (-), ANA (-), C3 60 mg%, C4 8 mg%, Ra-test (+) και κρυοσφαιρίνες (+). Η βιοψία δέρματος έδειξε λευκοκλαστική αγγειίτιδα με παρουσία θρόμβων θετικών για IgM και IgG και η βιοψία νεφρού μεσαγγειοτριχοειδική ΣΝ με ήπια αγγειίτιδα και παρουσία θετικών για την IgM θρόμβων στο σπείραμα και στα περισώληναριακά τριχοειδή. Με την πιθανή διάγνωση «αγγειίτιδα των μικρών αγγείων», ο ασθενής, πλην της συμπτωματικής θεραπείας, έλαβε κυκλοφωσφαμίδη (500 mg ΕΦ ε.α) και πρεδνιζολόνη (50 mg ΕΦ/ημ x 7 ημ) χωρίς ανταπόκριση. Στη συνέχεια διακομίσθηκε στο Τμήμα μας, όπου διαπιστώθηκαν μικτή κρυοσφαιριναιμία τύπου II (μονοκλωνική IgM-κ) με

κρυοκρίτη 8.5%, IgM ρευματοειδής παράγοντας 2200 IU/ml και θετικό αντι-HCV και HCV-RNA στον ορό και στο κρυστάγμα. Η βιοψία ήπατος που έγινε έδειξε ανενεργό κίρρωση με αλλοιώσεις χρόνιας χολόστασης. Ο ασθενής αντιμετωπίσθηκε με σταδιακή διακοπή των κορτικοειδών, πλασμαφαίρεση, κυκλοφωσφαμίδη και ιντερφερόνη Α. Κατά το χρονικό διάστημα της παρακολούθησής του ενεφάνιζε υφέσεις και εξάρσεις της νόσου, χωρίς ποτέ να επιτευχθεί ο πλήρης έλεγχός της, ενώ η παρουσία του HCV-RNA παρέμεινε σταθερή τόσο στον ορό όσο και στο κρυστάγμα. Στις 1.6.93 ο ασθενής απεβίωσε με συμπτωματολογία καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ (Τx).

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ., ΜΑΛΛΙΑΡΑ Μ., ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Ε., ΜΕΜΜΟΣ Δ., ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Γ., ΤΣΑΚΙΡΗΣ Δ., ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ Π., ΜΠΕΛΕΧΡΗ Α. Μ., ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ Χ., ΚΟΚΟΛΙΝΑ Ε., ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ Δ., ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Ε., ΒΥΖΑΝΤΙΑΔΗΣ Α.

Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α.Π.Θ., Γεν. Περιφερειακό Ιπποκράτειο Νοσ/μείο Θεσ/νίκης.

Η αρτηριακή υπέρταση μετά την Tx είναι συχνή επιπλοκή, ιδιαίτερα μετά την εφαρμογή της κυκλοσπορίνης (CyA), και παραμένει ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου καρδιαγγειακών επιπλοκών. Κυριότερες αιτίες της υπέρτασης στην μεταμόσχευση περιγράφονταν η χρόνια απόρριψη, η παρουσία των ρικνών νεφρών, η στένωση της νεφρικής αρτηρίας, η υποτροπή ή η de novo εμφάνιση σπειραματονεφρίτιδας στον λήπτη και η χρήση κορτικοστεροειδών και CyA.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να μελετηθεί η συχνότητα της αρτηριακής υπέρτασης στο σύνολο των ληπτών νεφρικών μοσχευμάτων από τον Ιούλιο του 1968 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 1994 και να δούμε ποιοι παράγοντες συσχετίζονται με την εμφάνισή της.

Από τις 556 μεταμοσχεύσεις που έγιναν συνολικά στο διάστημα από τον Ιούλιο του 1968 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 1994 (200 από πτωματικό και 356 από συγγενή ζώντα δότη), μελετήθηκαν 221 ασθενείς με επιβίωση μοσχεύματος πάνω από 3 χρόνια. Οι 117 (19 από πτωματικό και 108 από συγγενή δότη) πήραν διπλή ανοσοκαταστολή αζαθειοπρίνη (AZ) και πρεδνιζολόνη (Π) (Περίοδος I), ενώ οι υπόλοιποι 104 (39 από πτωματικό και 65 από συγγενή δότη) πήραν CyA, AZ και Π (Περίοδος II). Υπερτασικοί στα 3 χρόνια μετά την μεταμόσχευση βρέθηκαν 35/117(30%) και 76/104(73%) στην περίοδο I και II αντίστοιχα.

Αξίζει να σημειωθεί στις περιπτώσεις που οι δόσεις της κυκλοσπορίνης Α υπερέβαιναν τα 5 mg/kgBW το ποσοστό των υπερτασικών ασθενών υπερέβαινε το 80%. Επίσης ήταν χαρακτηριστική η μείωση των αντιυπερτασικών φαρμάκων στις περιπτώσεις όπου μειώνονταν η δόση της κυκλοσπορίνης Α. Τα αντιυπερτασικά φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν για την αντιμετώπιση του προβλήματος ήταν οι ανταγωνιστές του ασβεστίου (κυρίως η νιφεδιπίνη) αλλά και συνδυασμοί με άλλα αντιυπερτασικά φάρμακα.

Συμπερασματικά, σε σύγκριση με τους ασθενείς του Τεχνητού Νεφρού

όπου με τις νέες μεθόδους εξωνεφρικής αιμοκάθαρσης το ποσοστό των υπερτασικών είναι μόνο 33%, το πρόβλημα της αρτηριακής υπέρτασης είναι αυξημένο στους λήπτες νεφρικού μοσχεύματος που λαμβάνουν CyA. Η σύσπαση του προσαγωγού αρτηριδίου στο νεφρικό σπείραμα, η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος αλλά και οι πιθανές αλλοιώσεις της νεφροτοξικότητας που μπορεί να προκαλέσει η κυκλοσπορίνη Α επιβάλλουν την προσεκτική χρήση του πολυτίμου αυτού ανοσοκατασταλτικού φαρμάκου από επιτελείο που έχει τις απαραίτητες γνώσεις για την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των επιπλοκών της αρτηριακής υπέρτασης.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑΣ ΛΗΠΤΩΝ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΜΕ ΛΟΒΑΣΤΑΤΙΝ.

ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ Γ., ΜΥΣΕΡΛΗΣ ΓΡ., ΣΟΛΩΝΑΚΗ Φ., ΚΑΤΣΑΒΕΛΗ Α., ΠΑΓΚΙΔΗΣ Π., ΙΜΒΡΙΟΣ Γ., ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Β., ΤΑΚΟΥΔΑΣ Δ., ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Α.

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, ΑΠΘ, ΓΠΝ Ιπποκράτειο, Θεσ/νίκη.

Οι καρδιαγγειακές επιπλοκές αποτελούν κύρια αίτια νοσηρότητας και θνητότητας μετά τη μεταμόσχευση νεφρού (ΜΝ). Η αρτηριοσκλήρυνση συνδέεται χωρίς καμμία αμφιβολία με τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα ενώ η υπερχοληστερολαιμία είναι συχνή επιπλοκή της ΜΝ που σχετίζεται με την ανοσοκαταστολή και πολλές φορές και την αντιυπεριασική θεραπεία. Η θεραπεία της υπερχοληστερολαιμίας στους μεταμοσχευμένους ασθενείς υπήρξε ανέκαθεν προβληματική. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να μελετηθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της lovastatin σε αυτή την κατηγορία ασθενών.

Σε 15 ασθενείς με ΜΝ που παρουσίαζαν υπερλιπιδαιμία χορηγήθηκαν 10 mg lovastatin επί τρίμηνο. Οι ασθενείς (7 άνδρες), μέσης ηλικίας 45 ετών (διακύμανση 27-58 έτη) ήταν μεταμοσχευμένοι πλέον του έτους, έπαιρναν τριπλή ανοσοκαταστολή (CsA, AZA, Medrol) είχαν σταθερή νεφρική λειτουργία και σωματικό βάρος εντός του φυσιολογικού για την ηλικία και τό ύψος τους. Μελετήθηκαν η ολική χοληστερόλη, η HDL χοληστερόλη, η LDL χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια του ορού των ασθενών πριν και μετά την επί τρίμηνο χορήγηση της lovastatin. Επίσης μελετήθηκε η κρεατινίνη ορού, η ουρία αίματος, οι ηλεκτρολύτες K, Na, Ca, P, η CPK και τα λευκώματα των ασθενών.

Η νεφρική λειτουργία των ασθενών παρέμεινε σταθερή καθόλη τη διάρκεια της μελέτης, δεν διαπιστώθηκαν ηλεκτρολυτικές μεταβολές ούτε μεταβολές της CPK. Οι μεταβολές των λιπιδίων πριν και μετά τη χορήγηση του φαρμάκου φαίνονται στον κατωτέρω Πίνακα.

	Ολική Χοληστ. mg%	HDL Χοληστ. mg%	LDL Χοληστ. mg%	Τριγλυκερίδια mg%
ΠΡΟ	305.00*	54.21	200.35**	208.50
	±	±	±	±
	55.50	14.9	46.17	166.49
ΜΕΤΑ	254.53*	54.53	158.20**	209.46
	±	±	±	±
	29.87	15.94	36.28	91.40

* p=0.004 Unpaired t test

** p=0.010 *

Συμπερασματικά η χορήγηση lovastatin σε μικρές δόσεις, είναι ασφαλής σε μεταμοσχευμένους νεφροπαθείς υπό τριπλή ανοσοκαταστολή και μειώνει σημαντικά τα επίπεδα της ολικής και της LDL χοληστερόλης τους.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.

ΦΟΥΡΤΟΥΝΑΣ Κ., ΚΟΠΕΛΙΑΣ Ι., ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗ Α., ΜΠΟΒΟΛΕΤΗ Ο., ΑΓΡΟΓΙΑΝΝΗΣ Β., ΤΖΑΝΑΤΟΥ Ε., ΜΠΟΣΙΩΛΗΣ Β., ΔΑΡΕΜΑ Μ., ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ Δ.

Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο.

Ελάχιστα περιστατικά υπερθυρεοειδισμού, τα οποία αφορούν ασθενείς υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, έχουν αναφερθεί στην διεθνή βιβλιογραφία. Περιγράφεται περίπτωση σοβαρού υπερθυρεοειδισμού σε αιμοκαθαιρόμενο ασθενή, με καθυστέρηση στην διάγνωση λόγω της άτυπης και επικαλυπτόμενης συμπτωματολογίας της νόσου με αυτή της ουραιμίας.

Άρρην ασθενής 68 ετών υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση από 2ετίας, λόγω χρόνιας διάμεσης νεφρίτιδας, παρουσίασε προ 10μήνου έντονα δυσπεπτικά ενοκλήματα, απώλεια βάρους (4kg) και μείωση του αιματοκρίτη. Ο κλινικοεργαστηριακός και ακτινολογικός έλεγχος του πεπτικού απέβησαν αρνητικοί. Μετά χρονικό διάστημα 3 μηνών ο ασθενής παρουσίασε επεισόδια υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας και παροξυντικής κοιλιακής μαρμαρυγής. Λόγω υπόνοιας υπερθυρεοειδισμού έγινε ορμονολογικός έλεγχος ο οποίος έδειξε σοβαρή υπερλειτουργία του θυρεοειδούς αδένος: T3: 4,47ng/dl, T4: 19,8μg%, TSH: 0,06μIU/ml, FTI: 25mg%.

Ο σπινθηρογραφικός έλεγχος παρουσίασε διάχυτη αυξημένη πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου στο ΔΕ λοβό του θυρεοειδούς. Ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με καρβιμαζόλη σε δόση 5mg τρεις φορές ημερησίως και συχνή παρακολούθηση των τιμών των θυρεοειδικών ορμονών.

Κατά την διάρκεια της θεραπείας δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες, ενώ σήμερα ο ασθενής δεν παρουσιάζει παθολογική συμπτωματολογία και εμφανίζει φυσιολογικές τιμές των θυρεοειδικών ορμονών (T3: 0,68mg/ml, T4: 6,45μg%, TSH: 0,74 μIU/ml, FTI: 6,6μg%).

Συμπερασματικά, αν και ο υπερθυρεοειδισμός είναι μάλλον σπάνιος σε ασθενείς υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση συχνά εμφανίζει επικαλυπτόμενη συμπτωματολογία με αυτή της ουραιμίας, προκαλώντας δυσκολίες στη διάγνωση. Η υπόνοιά του πρέπει πάντοτε να υπεισέρχεται στη διαφορική διάγνωση αιμοκαθαιρόμενων ασθενών οι οποίοι εμφανίζουν συμπτωματολογία από το πεπτικό, απώλεια βάρους και επεισόδια ταχυκαρδίας.

ΑΘΗΡΩΓΟΝΕΣ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΕ ΕΛΛΗΝΕΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Μ ΕΛΙΣΑΦ., Ε. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗ¹, Χ. ΤΖΑΛΛΑΣ¹, Ν. ΝΙΚΟΛΑΚΑΚΗΣ², Ν. ΓΕΡΜΑΝΟΣ³, Μ. ΠΑΠΠΑΣ⁴, Γ. ΣΦΑΙΡΟΠΟΥΛΟΣ⁴, Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ⁵, Ο. ΤΣΟΛΑΣ¹, Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.

Τομέας Παθολογίας Ιατρικής Σχολής και Εργαστήριο Βιοχημείας¹ Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και MTN των Νοσοκομείων Ρεθύμνου², Αγρινίου³, «Γ. Χατζηκόστα» Ιωαννίνων⁴, και Κέρκυρας⁵.

Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς εμφανίζουν αυξημένη επίπτωση αθηρωσκληρωτικής νόσου, η οποία συσχετίζεται με διάφορους παράγοντες, από τους οποίους η δυσλιπιδαιμία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η ανίχνευση των αθηρωγόνων λιπιδαιμικών παραμέτρων σε μία μεγάλη ομάδα Ελλήνων αιμοκαθαιρόμενων ασθενών από διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας μας. Μελετήθηκαν 240 ασθενείς (154 άνδρες, 86 γυναίκες) μέσης ηλικίας 57,8 (εύρος 12-84) έτη που βρίσκονται σε αιμοκάθαρση για 33 (εύρος 1-189) μήνες. Κανένας ασθενής δεν είχε πρωτοπαθή υπερλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη, ή άλλα δευτεροπαθή αίτια δυσλιπιδαιμίας. Οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς είχαν αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων και Lp(a) και μειωμένα επίπεδα HDL κολληστερόλης και Apo A1 σε σύγκριση με 145 υγιή άτομα της ίδιας ηλικίας και φύλου (ομάδα ελέγχου). Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (148/240 = 61%) είχαν παθολογικές τιμές μιας ή περισσοτέρων αθηρωγόνων λιπιδαιμικών παραμέτρων όπως φαίνεται στον πίνακα:

Λιπιδαιμικές παράμετροι	Επίπεδα στο πλάσμα	Ποσοστό ασθενών
TCHOL	≥240mg/dl	22%
HDL CHOL	≤ 35mg/dl	32%
LDL CHOL	≥160mg/dl	13%
TCHOL/HDL CHOL	≥ 5	43%
TRG	≥220mg/dl	32%
Apo B	≥130mg/dl	42%
Lp(a)	≥ 30mg/dl	21%

Συμπερασματικά ένα σημαντικό ποσοστό αιμοκαθαιρόμενων ασθενών έχουν παθολογικά επίπεδα των δυνητικά αθηρωγόνων λιπιδαιμικών παραμέτρων που πιθανά συνεισφέρουν στην αυξημένη επίπτωση αθηρωσκληρωτικής νόσου που παρατηρείται σ' αυτούς τους ασθενείς.

ΟΙ ΚΗΛΕΣ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Θ. ΤΣΟΥΛΚΑΣ, Β. ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ, Β. ΡΑΪΚΟΥ, Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ.

Νεφρολογική Κλινική, Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.

Η συνεχής παρουσία δύο λίτρων υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα αυξάνει την ενδοκοιλιακή πίεση και προδιαθέτει στην δημιουργία κηλών στους ασθενείς της Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Καθαρσης (ΣΦΠΚ).

Σε διάστημα πέντε ετών εντάχθηκαν σε ΣΦΠΚ 95 ασθενείς με ηλικία κατά μέσο όρο (Μ.Ο.) 62 έτη και διάρκεια παραμονής στη μέθοδο κατά Μ.Ο. 16 μήνες. Σε όλους τους ασθενείς έγινε χειρουργική τοποθέτηση περιτοναϊκού καθετήρα TWH-II με παρομφάλιο διορθική τομή. Σε πέντε ασθενείς έγινε πλαστική αποκατάσταση προϋπάρχουσας κήλης με σύγχρονη τοποθέτηση του περιτοναϊκού καθετήρα.

Από τους 95 ασθενείς μας οι έξι φέρουν κήλη κοιλιακών τοιχωμάτων. Σε τέσσερις από αυτούς κρίνεται ότι η κήλη έχει σχέση με τη ΣΦΠΚ (ποσοστό 4,2%) και είναι τρεις μετεγχειρητικές και μία ευθεία βουβωνοκήλη. Οι δύο άλλες προϋπήρχαν της ΣΦΠΚ και είναι μικρού χάσματος ομφαλοκήλες.

Χειρουργικά χρειάστηκε να αντιμετωπισθούν δύο από τις κήλες, η μία επειγόντως λόγω περίσφιξης έλικας λεπτού εντέρου σε χάσμα που δημιουργήθηκε στην τομή προσέλασης για την τοποθέτηση του καθετήρα και η άλλη σε τακτικό χειρουργείο λόγω μη ανάταξης του περιεχομένου επιπλόου σε χάσμα ομφαλοκήλης. Οι λοιπές κήλες λόγω θέσης, σταθερού μεγέθους, μη κατακράτησης υγρού, ή λόγω άρνησης του ασθενούς, δεν χειρουργήθηκαν και απλώς παρακολουθούνται.

Συμπερασματικά πιστεύουμε ότι η ΣΦΠΚ πολύ λίγο επηρεάζει τη δημιουργία κήλης των κοιλιακών τοιχωμάτων και ελάχιστα επιβαρύνει τις ήδη υπάρχουσες μικρού χάσματος κήλες, εφόσον τηρηθούν κανόνες σωστής χειρουργικής τοποθέτησης δηλαδή παρομφάλιος διορθική τομή, μονόκλινα και απορροφήσιμα ράμματα και συγχρόνως τηρηθούν σχολαστικά οι κανόνες περιεγχειρητικής αντισψίσης.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ.

Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Β. ΡΑΪΚΟΥ, Θ. ΤΖΩΤΖΑΣ, Β. ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ, Ε. ΚΟΚΚΟΛΟΥ, Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Γ. ΒΑΠΩΝΑΣ.

Νεφρολογική Κλινική, Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.

Οι ασθενείς με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας που είναι σε πρόγραμμα συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης (ΣΦΠΚ) παρά τις γνωστές απώλειες πρωτεϊνών, αμινοξέων και άλλων ουσιών, συχνά παρουσιάζουν έντονο αναβολισμό κατά τον πρώτο χρόνο της θεραπείας.

Στην εργασία μας μελετήσαμε την κατανομή του λίπους σε 56 ασθενείς της κλινικής μας που ήταν σε ΣΦΠΚ κατά μέσο όρο ένα χρόνο. Από τους ασθενείς οι 22 ήταν διαβητικοί (15 άνδρες και 7 γυναίκες) και οι 34 μη διαβητικοί (19 άνδρες και 15 γυναίκες). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς τον χρόνο παραμονής στη ΣΦΠΚ, την ηλικία και την κάθαρση, παρά μόνο ως προς την υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία που ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στους διαβητικούς ασθενείς. Μελετήσαμε το βάρος, το δείκτη μάζας σώματος, (BMI), το πάχος της πτυχής του τρικεφάλου (ΠΤ), και τό λόγο περιμέτρου μέσης προς περίμετρο ισχύων (ΠΜ/ΠΙ).

Το βάρος των ασθενών υπερέβαινε το ιδανικό κατά 15% στους διαβητικούς και κατά 10% στους μη διαβητικούς. Σημειώνουμε όμως ότι κατά τον πρώτο χρόνο της ΣΦΠΚ οι ασθενείς μας σημείωσαν αύξηση του βάρους τους κατά Μ.Ο. κατά 5 kg.

Ο BMI στους διαβητικούς ασθενείς ήταν κατά Μ.Ο. $25,6 \pm 11$ και στους μη διαβητικούς $24,3 \pm 4,9$ με φυσιολογικές τιμές 20-25. Από τους διαβητικούς 7 ήταν νορμοβαρείς, 10 υπερβαρείς (BMI>25), 4 παχύσαρκοι (BMI>30) και ένας ισχνός (BMI<20). Από τους μη διαβητικούς 20 είχαν κανονικό βάρος, 9 ήταν υπέρβαροι, ένας ήταν παχύσαρκος και τέσσερις ασθενείς ήταν ισχνοί.

Οι διαβητικοί άνδρες είχαν κατά Μ.Ο. πάχος ΠΤ $26 \pm 9,5$ (φτ<20) και οι διαβητικές γυναίκες $32,25 \pm 7,6$ (φτ<30). Οι μη διαβητικοί άνδρες και γυναίκες είχαν κατά Μ.Ο. φυσιολογικές τιμές ΠΤ ($18 \pm 4,8$ και $25,3 \pm 6$

αντίστοιχα).

Όλες οι γυναίκες και των δύο ομάδων είχαν ΠΜ/ΠΙ>0.85, που συνηγορεί για ανδρικού τύπου κατανομή λίπους. Από τους μη διαβητικούς άνδρες το 50% εμφάνιζε ανδρικού τύπου (ΠΜ/ΠΙ>1), το 40% ομότιμη ($0,85 < \text{ΠΜ/ΠΙ} < 1$) και οι υπόλοιποι γυναικείου τύπου κατανομή λίπους (ΠΜ/ΠΙ<0.85). Από τους διαβητικούς άνδρες το 60% παρουσίαζε ανδρικού τύπου, το 30% ομότιμη και οι υπόλοιποι γυναικείου τύπου κατανομή λίπους.

Οι παθολογικές τιμές πολλών από τους δείκτες που μελετήσαμε, σε συνδυασμό με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων σε άτομα με ανδρικού τύπου κατανομή λίπους καθιστά αναγκαία την περαιτέρω μελέτη των δεικτών αυτών στους ασθενείς της ΣΦΠΚ που έχουν και άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες.

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ IgG ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΦΠΚ.

ΑΝΤΩΝΙΟΥ Σ., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Α., ΚΛΗΡΙΔΟΥ Μ., ΠΑΥΛΙΤΟΥ Κ., ΜΠΑΤΖΙΛΗ Ε. ΜΑΛΑΚΑ Ε*.

Α' Παθολογικό και Μικροβιολογικό* Τμήμα Ν.Γ.Ν. «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» Θεσ/νίκη.

Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (ΕΠ) ενέχεται στην παθογένεια της χρόνιας ενεργού γαστρίτιδας, του πεπτικού έλκους και ενδεχομένως του γαστρικού καρκίνου. Το ποσοστό μόλυνσης με ΕΠ αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία και αγγίζει το 60% υγιούς ελληνικού πληθυσμού, εάν εξαιρεθούν άτομα ηλικίας μικρότερης των 20 χρόνων. Το ΕΠ με την ουρέαση που παράγει διασπά την ουρία σε αμμωνία που αλκαλοποιεί το περιβάλλον εξασφαλίζοντας αυτοπροστασία από το χαμηλό pH του γαστρικού υγρού. Η υψηλή διαθεσιμότητα ουρίας δεν προδιαθέτει στην υπερανάπτυξη του ΕΠ, όπως φαίνεται από μελέτες σε αιμοκαθαριζόμενους ασθενείς.

Μελετήσαμε τα ειδικά IgG αντισώματα (ELISA, G.A.P. Test IgG, Bio-Rad) που η ανεύρεσή τους είναι ευαίσθητος δείκτης μόλυνσης από ΕΠ, στον ορό 39 αρρώστων (ηλικίας 30-74 χρ) υπό συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση. Από αυτούς 22 ήταν άνδρες και 17 γυναίκες (μ. ηλ. 56 και 60 χρ αντιστοίχως). Οκτώ άρρωστοι ήταν διαβητικοί (μ. ηλ. 68 χρ), 7 είχαν πεπτικό έλκος (2 με ιστορικό γαστροραγίας), ενώ 15 ανέφεραν χρόνια δυσπεπτικά ενοχλήματα. Όλοι έπαιρναν υδροξείδιο του αργιλίου ή ανθρακικό ασβέστιο ως δεσμευτικά του φωσφόρου.

Το ποσοστό θετικότητας (>20 U/ml) ήταν 64% (25 ασθενείς) και ήταν μεγαλύτερο σε αρρώστους ηλικίας 56-75 χρ. απ'ότι σε αρρώστους 36-55 χρ. (77% προς 33%, $\chi^2=4.96$, $p<0.05$) και στους διαβητικούς (87% προς 58%, $\chi^2=3.84$, $p<0.05$). Ακόμη, το ποσοστό θετικότητας ήταν μεγαλύτερο - αλλά στατιστικά μη σημαντικό - στις γυναίκες (82% προς 50%) και στους αρρώστους με δυσπεπτικά ενοχλήματα (73% προς 58%) ενώ στους αρρώστους με διαγνωσμένο πεπτικό έλκος ήταν 43%.

Φαίνεται ότι το ποσοστό μόλυνσης από ΕΠ σε αρρώστους με ΣΦΠΚ είναι το ίδιο με εκείνο υγιούς ελληνικού πληθυσμού συγκρίσιμης ηλικίας και αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία όπως στους υγιείς. Μεταξύ των αρρώστων με ΣΦΠΚ το ποσοστό μόλυνσης είναι μεγαλύτερο στους διαβητικούς. Ωστόσο δεν φαίνεται να υπάρχει απόλυτη συσχέτιση μόλυνσης και

δυσπεπτικών ενοχλημάτων επειδή ίσως η χρόνια λήψη αντιοξίνων συγκαλύπτει σε κάποιο βαθμό την κλινική εικόνα ή τα συμπτώματα οφείλονται σε άλλα αίτια.

ΜΥΕΛΩΜΑΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟ ΝΟΣΟ ΕΛΑΦΡΩΝ ΑΛΥΣΕΩΝ (Ε.Α) ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ Σ.Φ.Π.Κ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ 3 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ.

ΑΝΤΩΝΙΟΥ Σ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Α., ΚΛΗΡΙΔΟΥ Μ., ΜΠΑΤΖΙΛΗ Ε. ΚΥΡΙΑΖΟΠΟΥΛΟΣ Γ.

Α' Παθολογικό Τμήμα Ν.Γ.Νοσοκομείο «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» Θεσ/νίκη.

Περίπου 50% των αρρώστων με πολλαπλό μυέλωμα (Π.Μ.) οδηγούνται σε νεφρική ανεπάρκεια με πιο συχνό παθογενετικό τύπο τη μυελωματική νεφροπάθεια για την οποία είναι απαραίτητη η παρουσία πρωτεϊνουρίας Bence-Jones, κυρίως λ-αλυσίδων. Η μυελωματική νεφροπάθεια είναι συχνότερη σε νόσο Ε.Α. που αντιπροσωπεύει το 16% των περιπτώσεων Π.Μ.

Παρουσιάζουμε την εμπειρία μας από 3 περιπτώσεις νόσου Ε.Α. που αφορούν άνδρα 68 χρ. (δικλωνικές κ-αλ), άνδρα 53 χρ. (μονοκλωνικές λ-αλ) και γυναίκα 68 χρ. (δικλωνικές κ-αλ). Όλοι προσήλθαν με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ύστερα από παρατεταμένη χρήση αντιφλεγμονωδών για οσθαλγίες. Το μυελόγραμμα (οστική βιοψία σε 2) έδειξε Π.Μ. Η διάγνωση της μυελωματικής νεφροπάθειας από νόσο Ε.Α. βασίστηκε στην ανοσοκαθίζηση των λευκωμάτων του ορού (μονο- ή δικλωνικά κλάσματα ελαφρών αλυσίδων με ταυτόχρονη μείωση των ισotyπων IgG, M, A και D) και ούρων (B-J πρωτεϊνουρία, ελαφρές αλυσίδες). Η νεφρική βιοψία στις δύο περιπτώσεις (αντένδειξη στην 3 περίπτωση) αποκάλυψε τη χαρακτηριστική εικόνα της μυελωματικής νεφροπάθειας (cast nephropathy). Όλοι αντιμετωπίστηκαν με ΣΦΠΚ και χημειοθεραπεία (σχήμα VAD ή παραλλαγές). Η ΣΦΠΚ ήταν καλά ανεκτή με επεισόδια περπονίτιδας 4/7 μήνες για τον 1ο ασθενή (παρατεταμένη λευκοπενία, θάνατος από περπονίτιδα), 0/2 μήνες ζωής για τον 2ο ασθενή (θάνατος από οστεομυελίτιδα) και 0/11 μήνες για τον 3ο ασθενή. Τα σοβαρότερα προβλήματα προέρχονταν από την ίδια τη νόσο και τη χημειοθεραπεία (οστεολύσεις, βαρεία αναιμία με ανάγκη πολλαπλών μεταγγίσεων και / ή παγκυτταροπενία κ.ά.) Στην 3η περίπτωση η νόσος είναι σε ύφεση με σταθεροποίηση της νεφρικής λειτουργίας (Scr=4mg%) υπό ΣΦΠΚ και συνεχίζει με interferon και EPO. Μελέτη περιτοναϊκής κάθαρσης των ελαφρών αλυσίδων (κ: συνήθως ως μονομερείς MB 22.000 Da, λ: συνήθως ως διμερείς MB 44.000 Da) έδειξε 24ωρη απομάκρυνση περίπου 2.8 gr κ-αλ και 1.6 gr λ-αλ με αντίστοιχα επίπεδα ορού 3.91 και 1.10 gr/l.

Η ΣΦΠΚ στη νεφρική ανεπάρκεια από νόσο Ε.Α. είναι καλά ανεκτή και συμβάλλει στην απομάκρυνση ελαφρών αλυσίδων αλλά η πορεία του αρρώστου επιβαρύνεται σοβαρά από τις επιπλοκές της υποκείμενης νόσου και της χημειοθεραπείας. Οι πιο σύγχρονες θεραπευτικές (σχήμα VAD, interferon, EPO, GM-CSF) ίσως συμβάλλουν στην παράταση της επιβίωσης, αυξάνουν όμως υπέρμετρα το κόστος και το ιατρικό έργο χωρίς να είναι βέβαιο ότι βελτιώνουν και την ποιότητα ζωής.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ