

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

25 ΧΡΟΝΙΑ Ε.Ν.Ε.

49ⁿ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**23-24 ΜΑΡΤΙΟΥ 1995
ΑΘΗΝΑ
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ PRESIDENT**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

25 ΧΡΟΝΙΑ Ε.Ν.Ε.

49ⁿ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**23-24 ΜΑΡΤΙΟΥ 1995
ΑΘΗΝΑ
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ PRESIDENT**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 23 Μαρτίου 1995

17.00-18.20	Ελεύθερες Ανακοινώσεις.
18.20-18.35	Διάλειμμα.
18.35-19.55	Ελεύθερες Ανακοινώσεις.
19.55-20.15	Διάλειμμα.
20.15-21.00	Διάλεξη.
21.30	Δείπνο.

Παρασκευή 24 Μαρτίου 1995

08.30-09.50	Ελεύθερες Ανακοινώσεις.
09.50-10.05	Διάλειμμα.
10.05-11.25	Ελεύθερες Ανακοινώσεις.
11.25-11.35	Διάλειμμα.
11.35-13.05	Συζήτηση Στρογγύλης Τράπεζας.
13.05-14.15	Γενική Συνέλευση Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 23 Μαρτίου 1995

- 17.00-18.20** **Ελεύθερες Ανακοινώσεις.**
Προεδρείο: Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ,
Σ. ΜΙΧΑΗΛ.
- 17.00-17.10** **ΑΥΞΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ (ΑΠΣΝ), ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ.**
ΓΟΥΜΕΝΟΣ Δ.¹, ΤΣΟΜΗ Κ.², ΙΑΤΡΟΥ Χ.³, ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Δ.¹, ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ Γ.³, ΒΙΡΒΙΔΑΚΗΣ Κ.¹, ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ Π.³, ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ.¹.
¹ Γ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «ΣΩΤΗΡΙΑ» - Αθήνα.
² Νεφροπαθολογοανατομικό Τμήμα ΠΓΝΑ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
³ Νεφρολογικό Τμήμα ΠΓΝ Αθηνών.
- 17.10-17.20** **ΠΝΕΥΜΟΝΟΝΕΦΡΙΚΑ ΑΓΓΕΙΤΙΔΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ: ΜΕΛΕΤΗ 20 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.**
Δ. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Κ. ΒΙΡΒΙΔΑΚΗΣ, Δ. ΓΟΥΜΕΝΟΣ, ΜΑΡΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΕΛΛΟΥ, ΚΩΝ/ΝΑ ΤΣΟΜΗ*, Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ.
Γ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «ΣΩΤΗΡΙΑ» - Αθήνα και *Νεφροπαθολογοανατομικό Τμήμα ΠΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».
- 17.20-17.30** **ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΙΣΤΕΡΗ**

- ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΜΦΙ-
ΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ.**
Χ. ΛΥΔΑΚΗΣ, Α. ΕΥΣΤΡΑΤΟΠΟΥΛΟΣ.
Υπερτασιολογικό Ιατρείο και Γ' Παθολογική Κλινική
Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.
- 17.30-17.40 Συζήτηση.**
- 17.40-17.50 ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BARTTER ΣΕ
ΗΛΙΚΙΑ 35 ΕΤΩΝ.**
Ι. ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ, Δ. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Θ. ΠΑΝΑ-
ΓΩΤΟΥ, Κ. ΒΙΡΒΙΔΑΚΗΣ, Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ.
Γ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο «ΣΩΤΗΡΙΑ» - Αθήνα.
- 17.50-18.00 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡ-
ΡΟΠΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΗΛΕΤΡΟΛΥΤΩΝ ΤΟΥ ΟΡΟΥ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ.**
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Ρ.
ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ, Α. ΤΣΑΤΣΟΥΛΗΣ, Δ. ΜΑΜΟΥΡΗΣ,
Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.
Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων.
- 18.00-18.10 ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΤΗΝ ΤΟΞΙΚΗ
ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΗ ΝΕΚΡΟΛΥΣΗ.**
Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ, Δ. ΓΚΡΕΚΑΣ, Δ. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ*, Ε.
ΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ, Β. ΔΕΡΒΕΝΙΩΤΗΣ, Σ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ι.
ΚΑΤΣΑΡΑ, Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ.
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Α' Παθολογική Κλινική
ΑΠΘ. Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ και *Κλινική Δερματολογικών και
Αφροδισίων Νόσων ΑΠΘ.
- 18.10-18.20 Συζήτηση.**
- 18.20-18.35 Διάλειμμα.**

- 18.35-19.55 Ελεύθερες Ανακοινώσεις.**
Προεδρείο: Μ. ΣΙΑΚΩΤΟΣ.
Χ. ΣΥΡΓΚΑΝΗΣ.
- 18.35-18.45 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΡΑΒΔΟ-
ΜΥΟΛΥΣΗ ΜΕΤΑ ΒΡΩΣΗ ΟΡΥΚΤΩΝ.**
Γ. ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ, ΑΝ. ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, ΑΔ.
ΨΥΡΡΗ, Ι. ΠΑΠΑΛΑΜΠΡΟΣ
Παθολογικός τομέας - Μ.Τ.Ν. Νοσοκομείου Καλαμάτας.
- 18.45-18.55 ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ
ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ
ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.**
Δ. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΟΣ, Μ. ΜΠΟΝΩΡΗΣ, Γ.
ΜΠΟΥΓΑΤΣΟΣ, Χ. ΜΠΕΖΕΒΕΓΚΗ, Κ. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ, Ν.
ΓΕΡΜΑΝΟΣ, Σ. ΣΙΜΠΤΣΗΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ.
Μονάδα τεχνητού νεφρού και καρδιοχειρουργικό τμήμα
κλινικής «ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ» Αθηνών.
- 18.55-19.05 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ
ΜΟΛΥΒΔΟ ΣΕ ΠΟΤΕΣ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΥ
ΠΟΤΟΥ.**
Θ. ΓΚΑΛΕΑΣ*, Δ. ΚΑΤΣΑΚΟΣ**, Χ. ΛΑΠΠΑΣ*
Β' Παθολογική Κλινική*, Γ.Ν.Ν Τρικάλων**.
- 19.05-19.15 Συζήτηση.**
- 19.15-19.25 ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΕΚΝΟΠΟΙΪΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥ-
ΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.**
Γ. ΒΕΡΓΟΥΛΑΣ, ΓΡ. ΜΥΣΕΡΛΗΣ, Φ. ΣΟΛΩΝΑΚΗ, Δ.
ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Β. ΤΡΑΪΑΝΟΣ, Β. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ, Γ.
ΙΜΒΡΙΟΣ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Δ. ΤΑΚΟΥΔΑΣ, Α.
ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ.
Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Α.Π.Θ. Γ.Π.Ν.
Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη.

19.25-19.35 ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΓΑΛΑΚΤΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ.

Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Π. ΒΑΚΙΑΝΗΣ, Α. Μ. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ και Α. ΒΥΖΑΝΤΙΑΔΗΣ.

Νεφρολογικό τμήμα Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσ/νίκης & Εργαστήριο Ισοτόπων Β' Προπ. Παθ/κής Κλινικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης.

19.35-19.45 Η ΝΕΑ (ΜΙΚΡΟΓΑΛΑΚΤΩΜΑΤΩΔΗΣ) ΜΟΡΦΗ CsA ΣΕ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ-ΜΕΛΕΤΗ ΠΙΛΟΤΟΣ.

Ι. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Η. ΤΣΟΥΤΣΟΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ και ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα και Τμήμα Μεταμοσχεύσεων, Γεν. «Λαϊκό» Νοσοκομείο, Αθήνα.

19.45-19.55 Συζήτηση.

19.55-20.15 Διάλειμα

20.15-21.00 Διάλεξη. «ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ: ΝΟΣΟΣ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΠΡΟΣΩΠΕΙΑ»

Ομιλήτης: Χ. ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ

Προεδρείο: ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ.

21.30 Δείπνο.

Παρασκευή 24 Μαρτίου 1995

08.30-09.50 Ελεύθερες Ανακοινώσεις.

Προεδρείο: Κ. ΒΙΡΒΙΔΑΚΗΣ.

Β. ΜΑΡΓΕΛΟΣ.

08.30-08.40 ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΜΑΣ.

Κ. ΠΑΠΠΑ, Α. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ, Σ. ΣΠΑΝΟΥΔΑΚΗΣ, Λ. ΚΡΙΚΟΥ, Μ. ΜΕΛΕΣΣΑΝΑΚΗ, Ε. ΦΡΑΓΚΕΔΑΚΗ, Ε. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Γ. ΚΑΣΣΩΤΑΚΗΣ, Ν. ΝΙΚΟΛΑΚΑΚΗΣ

Μονάδα Εξωνεφρικής Κάθαρσης Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Ρεθύμνης.

08.40-08.50 ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ASPERGILLUS FUMIGATUS ΣΤΗ ΣΦΠΚ. ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ.

Χ. ΔΙΟΝΥΣΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΤΣΟΥΦΑΚΗΣ, Χ. ΙΑΤΡΟΥ, Σ. ΖΕΡΜΠΑΛΑ, Π. ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

08.50-09.00 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΩΝ ΒΑΡΥΣ ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ).

ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ Φ., ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ Β. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ Ν., ΠΑΓΚΙΔΗΣ Π. ΒΑΓΩΝΑΣ Γ.

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ, Θεσσαλονίκη.

09.00-09.10 Συζήτηση.

- 09.10-09.20 ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΤΗΣ ΑΚΕΡΑΙΑΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΚΑΛΣΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΦΠΚ.**
Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ, Χ. ΝΙΚΟΛΟΥ, Γ. ΜΠΑΓΙΑΤΟΥΔΗ, Α. ΤΖΟΥΓΑΝΑΤΟΥ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ.
Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Π.Ν. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» Αθήνα.
- 09.20-09.30 ΦΑΙΟΣ ΟΓΚΟΣ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΣΕ 2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.**
Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Ε. ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ, Γ. ΓΡΑΛΙΟΣ, Ν. ΚΑΡΑΤΖΑΣ, Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Ν. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ.
Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκη.
- 09.30-09.40 Ο ΜΟΝΙΜΟΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΣ ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ ΣΑΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.**
Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ, Β. ΔΕΡΒΕΝΙΩΤΗΣ, Α. ΧΑΤΖΗΜΠΑΛΟΓΛΟΥ, Σ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ι. ΚΑΤΣΑΡΑ, Ε. ΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ, Ζ. ΜΠΗΔΙΟΥ, Δ. ΓΚΡΕΚΑΣ, Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ.
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ
- 09.40-09.50 Συζήτηση.**
- 09.50-10.05 Διάλειμμα.**
- 10.05-11.25 Ελεύθερες Ανακοινώσεις.**
Προεδρείο: Λ. ΔΟΥΜΑΣ.
Μ. ΔΑΡΔΑΜΑΝΗΣ.

- 10.05-10.15 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΤΕΡΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΚΤ/Υ)**
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Γ. ΣΦΑΙΡΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Α. ΜΑΛΛΙΔΟΥ, Α. ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ, Ν. ΠΑΠΑΓΑΛΑΝΗΣ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.
Νεφρολογικά Τμήματα Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑΣ», και Ερυθρού Σταυρού Αθηνών.
- 10.15-10.25 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΗΠΑΡΙΝΗ.**
Σ. ΣΠΑΪΑ, Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Ε. ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Θ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΓΚΟΥΒΑ, Β. ΡΑΪΚΟΥ, Μ. ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ, Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ, Θεσ/νίκη.
- 10.25-10.35 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΜΕ rHuEPO ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΩΣ ΦΟΡΕΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C.**
ΔΟΥΜΑΣ Λ. ΜΠΟΥΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. ΠΑΪΚΟΠΟΥΛΟΥ Α.ΠΑΡΙΣΗΣ Χ. ΤΣΕΡΚΕΖΗΣ Γ., ΜΑΚΡΥΝΙΩΤΟΥ Ι. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Ν. ΜΠΙΕΝ Γ.
Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού 7ου Νοσοκομείου ΙΚΑ
- 10.35-10.45 Συζήτηση.**
- 10.45-10.55 ΣΥΝΘΕΣΗ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΕ ΛΙΠΑΡΑ ΟΞΕΑ, ΒΙΤΑΜΙΝΗ Ε ΚΑΙ ΛΙΠΙΔΙΑ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ.**
ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΕΜΜ.¹, ΚΟΥΝΑΛΗ Δ.², ΤΟΡΝΑΡΙΤΗΣ Μ.², ΜΕΛΕΣΣΑΝΑΚΗ Μ.¹, ΑΝΑΣΤΑΣΟΥ Α.², ΠΑΠΠΑ Κ.¹, ΚΡΙΚΟΥ Λ.¹, ΚΑΣΩΤΑΚΗΣ Γ.¹, ΝΙΚΟΛΑΚΑΚΗΣ Ν.¹, ΚΑΦΑΤΟΣ Α.².

(1) Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.

(2) Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής Τομέας Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής.

10.55-11.05 ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.

Κ. ΒΙΡΒΙΔΑΚΗΣ*, Ε. ΓΕΩΡΓΙΟΥ**, Σ. ΒΟΥΔΙΚΛΑΡΗ***, Γ. ΔΟΥΣΚΑΣ**, Σ. ΚΑΤΣΟΥΔΑΣ***, Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ*, Χ. ΠΡΟΥΚΑΚΗΣ**.

Γ Παθολογική Κλινική* και Τμήμα Ιατρικής Φυσικής** του Πανεπιστημίου Αθηνών και Νεφρολογικό Τμήμα *** Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Αθηνών.

11.05-11.15 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ L-ΚΑΡΝΙΤΙΝΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Κ. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΙΔΗΣ¹, Θ. ΦΡΑΓΓΙΑ², Χ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ², Χ. ΦΥΤΙΛΗΣ³, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ¹.

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού¹, Αιματολογικό² και Βιοχημικό³ Εργαστήριο, ΓΠΝ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

11.15-11.25 Συζήτηση.

11.25-11.35 Διάλειμμα

11.35-13.05 Συζήτηση Στρογγύλης Τράπεζας «ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ»

Συντονιστής: Κ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Ομιλητές : Μ. ΕΛΙΣΑΦ

Ν. ΠΑΠΑΓΑΛΑΝΗΣ

Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ

13.05-14.15 Γενική Συνέλευση Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΑΥΞΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΣΟΠΕΝΙΚΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ (ΑΠΣΝ). ΚΛΙΝΙΚΟΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ.

ΓΟΥΜΕΝΟΣ Δ.¹, ΤΣΟΜΗ Κ.², ΙΑΤΡΟΥ Χ.³, ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Δ.¹, ΜΟΥΣΤΑΚΑΣ Γ.³, ΒΙΡΒΙΔΑΚΗΣ Κ.¹, ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ Π.³, ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ.¹.

¹ Γ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «ΣΩΤΗΡΙΑ» - Αθήνα.

² Νεφροπαθολογοανατομικό Τμήμα ΠΓΝΑ «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»

³ Νεφρολογικό Τμήμα ΠΓΝ Αθηνών.

Ο ρόλος των αυξητικών παραγόντων στην παθογένεια της σπειραματικής βλάβης και την εξέλιξη προς σκλήρυνση του νεφρικού παρεγχύματος δεν έχει μέχρι σήμερα πλήρως διευκρινισθεί. Η ΑΠΣΝ αποτελεί ένα τύπο σπειραματικής βλάβης με γρήγορη εξέλιξη προς σκλήρυνση. Οι παράγοντες που εμπλέκονται στη διαδικασία αυτή δεν έχουν μελετηθεί. Με σκοπό τη διερεύνηση της συμμετοχής των αυξητικών παραγόντων στην εξέλιξη της ΑΠΣΝ, μελετήσαμε την έκφραση (παρουσία) των παρακάτω παραγόντων: Αιμοπεταλιακός αυξητικός παράγοντας (PDGF), μετατρεπτικός αυξητικός παράγοντας-β (TGF-β), αυξητικός παράγοντας ομοιάζων προς την ινσουλίνη-1 (IGF-1) και επιδερμικός παράγοντας (EGF). Η μελέτη έγινε σε τομές παραφίνης νεφρικών βιοψιών από 18 ασθενείς με ΑΠΣΝ και από 4 ασθενείς με νόσο ελαχίστων αλλοιώσεων (μάρτυρες), με την ανοσοϊστοχημική μέθοδο της αβιδίνης-βιοτίνης-υπεροξειδάσης και τη χρήση ειδικών αντισωμάτων. Οι ασθενείς με ΑΠΣΝ, μετά τη βιοψία, έλαβαν θεραπεία με κορτικοειδή και κυκλοφωσφαμίδη και ανάλογα με τη βελτίωση ή μη της νεφρικής τους λειτουργίας χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: I) με ανταπόκριση στη θεραπεία και II) χωρίς ανταπόκριση στη θεραπεία. Η ποσοτική εκτίμηση της ανοσοϊστοχημικής παρουσίας των αυξητικών παραγόντων έγινε με μορφομετρική ανάλυση. Η στατιστική αξιολόγηση των δεδομένων έγινε με α) ανάλυση εξάρτησης (για τη συσχέτιση των μεταβλητών) και β) πολυπαραγοντική ανάλυση (για τις συγκρίσεις των ανοσοϊστοχημικών ευρημάτων στις δύο ομάδες ασθενών).

Η ανοσοϊστοχημική κατανομή των αυξητικών παραγόντων φαίνεται στον πίνακα:

Πίνακας. Ανοσοϊστοχημική κατανομή αυξητικών παραγόντων

ΑΥΞΗΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ	ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ				ΔΙΑΜΕΣΟΣ		ΑΓΓΕΙΑ	
	(μυνοειδείς σχηματισμοί)		ΣΩΛΗΝΑΡΙΑ (αθροιστικά)		ΙΣΤΟΣ		(τριχοειδή)	
	A	M	A	M	A	M	A	M
PDGF	-	-	-	-	-	-	-	-
TGF-β	±	-	-	-	+	-	-	-
IGF-1	±	-	+1	+1	+	-	+1	+1
EGF	±	-	-	-	-	-	+2	+2

A= ασθενής, M= μάρτυρας, ± = ασθενής παρουσία, += σαφής παρουσία, 1= φυσιολογική και αναμενόμενη παρουσία, 2= εντόπιση στα μοσχεύματα των αρτηριδίων.

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προκύπτει: α) σημαντική θετική συσχέτιση της παρουσίας του TGF-β στο διάμεσο ιστό και της σκλήρυνσης αυτού ($0,01 < P < 0,05$) και β) εντονότερη παρουσία του TGF-β στο διάμεσο ιστό των ασθενών της ομάδας II ($P < 0,05$).

Συμπέρασμα: Παρ' ότι διάφοροι αυξητικοί παράγοντες ανιχνεύθηκαν στις βιοψίες ασθενών με ΑΠΣΝ, ο TGF-β φαίνεται ότι παίζει το σημαντικότερο ρόλο στην εξέλιξη της νεφρίτιδας αυτών προς σκλήρυνση.

ΠΝΕΥΜΟΝΟΝΕΦΡΙΚΑ ΑΓΓΕΙΠΙΔΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ: ΜΕΛΕΤΗ 20 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

Δ. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Κ. ΒΙΡΒΙΔΑΚΗΣ, Δ. ΓΟΥΜΕΝΟΣ, ΜΑΡΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΕΛΛΟΥ, ΚΩΝ/ΝΑ ΤΣΟΜΗ*, Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ.

Γ' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «ΣΩΤΗΡΙΑ» - Αθήνα και *Νεφροπαθολογοανατομικό Τμήμα ΠΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».

Μελετήθηκαν 20 ασθενείς, 11 άνδρες και 9 γυναίκες, μέσης ηλικίας 56 ετών (17-72 ετών) με συστηματική αγγειίτιδα και προσβολή πνευμόνων και νεφρών (πνευμονονεφρικό σύνδρομο), που νοσηλεύτηκαν τα τελευταία τρία έτη στο ΠΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία». Δεκατρείς ασθενείς είχαν κοκκιωμάτωση Wegener, 6 μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα και ένας σύνδρομο Churg-Strauss. Η μέση διάρκεια από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι την οριστική διάγνωση ήταν 15 μήνες (2-120 μήνες). Κατά το διάστημα αυτό όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε θεραπεία για άλλα νοσήματα, όπως πνευμονία, πνευμονικό απόστημα, φυματίωση πνευμόνων, ρευματοειδή αρθρίτιδα, ρευματική πολυμυαλγία και διάμεση πνευμονική ίνωση. Κλινικές εκδηλώσεις από το ανώτερο αναπνευστικό υπήρχαν σε 16 ασθενείς, από τους πνεύμονες σε όλους, από το μυοσκελετικό σε 10, από τους οφθαλμούς σε 7, από τα ότια σε 6, από το δέρμα σε 3 και από το περιφερικό νευρικό σύστημα σε 3. Όλοι οι ασθενείς είχαν νεφρική προσβολή (ιστολογικά διαπιστώθηκε τμηματική νεκρωτική ανοσοπενική σπειραματονεφρίτιδα), που σε 12 από αυτούς εκδηλώθηκε ως ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα (RPGN). Σε όλους τους ασθενείς οι εκδηλώσεις από το αναπνευστικό προηγήθηκαν κατά μέσο χρονικό διάστημα 13 μηνών (1-120 μήνες) των νεφρικών εκδηλώσεων. Ο έλεγχος για ANCA ήταν θετικός σε όλους τους ασθενείς. Σε 9 ασθενείς διαπιστώθηκαν C-ANCA και στους υπόλοιπους 11 P-ANCA. RPGN εκδηλώθηκε πιο συχνά σε ασθενείς με P-ANCA (σε 7 έναντι 5 με C-ANCA), ενώ εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις πιο συχνά είχαν ασθενείς με C-ANCA (7 έναντι 3 με P-ANCA). Ο απεικονιστικός έλεγχος του θώρακα έδειξε καλώς περιγραμμιζόμενες μεγαλοσώδεις σκιάσεις με/ή χωρίς κοιλότητα και διάμεσα ή κυψελιδικά διπθήματα στους ασθενείς με C-ANCA ενώ οι ασθενείς με P-ANCA εμφάνιζαν διάσπαρτες μικροσώδεις σκιάσεις ή διάμεσα και κυψελιδικά διπθήματα. Όλοι οι ασθενείς έλαβαν κυκλοφωσφamide και πρεδνιζολόνη και οι 18 είχαν αρχικά πολύ καλή θεραπευτική ανταπόκριση, ενώ οι υπόλοιποι δύο εντάχθη-

καν σε πρόγραμμα περιοδικής αιμοκάθαρσης. Υποτροπή παρουσίασαν 4 ασθενείς (3 υπο θεραπεία και ένας μετά την διακοπή της) και για να επιτευχθεί εκ νέου ύφεση της νόσου χρειάστηκε να χορηγηθούν κυκλοφωσφαιδίη και μεθυλπρεδνιζολόνη σε ενδοφλέβιες ώσεις. Τρεις ασθενείς (όλοι με νεφρική ανεπάρκεια) κατέληξαν, ο ένας από επιπλοκές της νόσου και οι άλλοι από λοιμώξεις, ενώ στον έναν από αυτούς είχε επιπροσθέτως εκδηλωθεί αυτόματος πνευμοθώρακας.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ.

Χ. ΛΥΔΑΚΗΣ, Α. ΕΥΣΤΡΑΤΟΠΟΥΛΟΣ.

Υπερτασιολογικό Ιατρείο και Γ' Παθολογική Κλινική Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

Τα τελευταία χρόνια έχει προταθεί ένας νέος ανεξάρτητος προγνωστικός δείκτης βαρύτητας μικροαγγειοπάθειας ή αρχόμενης νεφρικής βλάβης σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση: η μικρολευκωματινουρία (ΜΛ). Ως ΜΛ ορίζεται η αποβολή περισσότερο από 30 και λιγότερο από 300 mg λευκωμαίνης στα ούρα 24ωρου.

Σκοπός της εργασίας ήταν η εκτίμηση του ποσού της ΜΛ σε υπερτασικούς και νορμοτασικούς και η συσχέτισή της με άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου στην ομάδα των υπερτασικών.

Το υλικό απείλεσαν δύο ομάδες: μια ομάδα ασθενών με ήπια ιδιοπαθή υπέρταση - χωρίς εκπεφρασμένες βλάβες από τα όργανα στόχους - αποτελούμενη από 57 ασθενείς (28 άνδρες, 29 γυναίκες με μέση ηλικία $55,4 \pm 10,13$ χρόνια) και μια δεύτερη ομάδα από 62 νορμοτασικά άτομα (26 άνδρες και 36 γυναίκες με μέση ηλικία $48,5 \pm 10,8$ χρόνια). Σε όλα τα άτομα λαμβανόταν ιστορικό, γινόταν πλήρης φυσική εξέταση, γινόταν προσδιορισμός της γλυκόζης, της χοληστερίνης, των τριγλυκεριδίων και της ινσουλίνης σε δείγμα αίματος σε νηστεία, γινόταν υπερηχογραφική εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας και μετρίονταν η αποβολή ΜΛ σε 24ωρη συλλογή ούρων. Η μέτρηση της ΜΛ γινόταν με ανοσοενεφελομετρία. Όσοι υπερτασικοί ασθενείς ελάμβαναν φάρμακα τα διέκοψαν τουλάχιστον για ένα μήνα πριν από τη μέτρηση της ΜΛ. Λόγω της μη κανονικής κατανομής των τιμών της ΜΛ χρησιμοποιήθηκε ο λογαριθμικός (με βάση το 10) μετασχηματισμός του, ώστε να καταστεί δυνατή η χρησιμοποίηση των παραμετρικών δοκιμασιών του t-test και της συσχέτισης κατά Pearson στην στατιστική επεξεργασία.

Στην ομάδα των υπερτασικών η μέση τιμή ΜΛ ήταν 23,5 mg, η διάμεση τιμή 12,2 mg και το εύρος της διακύμανσης από 2,6 έως 285 mg το 24ωρο. Στην ομάδα των νορμοτασικών η μέση τιμή ήταν 12,3 mg, η διάμεση τιμή 9,12 mg και το εύρος διακύμανσης από 0 έως 56,7 mg το 24ωρο. Η διαφορά των λογαριθμικά μετασχηματισθέντων μέσων τιμών της

ΜΛ (logΜΛ) στις δύο ομάδες ήταν στατιστικά σημαντική ($p < 0,031$) και παρέμεινε σημαντική μετά διόρθωση για την ηλικία. Τιμές ΜΛ πάνω από 20mg/24ωρο ανευρέθησαν στο 21% των υπερτασικών και στο 11% των νορμοτασικών, ενώ τιμές ΜΛ πάνω από 30mg/24ωρο βρέθηκαν στο 12% των υπερτασικών και στο 8% των νορμοτασικών.

Σε αμφότερες τις ομάδες δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ της logΜΛ και τυχαία μετρούμενης αρτηριακής πίεσεως στο ιατρείο, ενώ στην ομάδα των υπερτασικών η logΜΛ συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια της υπέρτασης ($r = 0,319$, $p = 0,028$) (έχοντας διορθώσει και για τους παράγοντες ηλικία, φύλο και κάπνισμα). Επίσης στην ομάδα των υπερτασικών βρέθηκε σημαντική συσχέτιση (σε μονοπαραγοντική ανάλυση) μεταξύ logΜΛ και του βαθμού αμφιβληστροειδικών βλαβών (στάδια I-IV υπερτασικής αμφιβληστροειδοπάθειας κατά την ταξινόμηση Keith-Wagener-Barker) ($r = 0,40$, $p = 0,01$) και μεταξύ logΜΛ και πάχους του μεσοκοιλιακού διαφράγματος ($r = 0,33$, $p = 0,003$) καθώς επίσης και μεταξύ logΜΛ και πάχους οπισθίου τοιχώματος ($r = 0,32$, $p = 0,044$).

Από τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται ότι σε αρρώστους με ήπια ιδιοπαθή υπέρταση άνευ εμφανών υπερτασικών επιπλοκών η ΜΛ συσχετίζεται καλά με πρώιμες καρδιακές και αμφιβληστροειδικές αλλοιώσεις, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ένας επιπλέον παράγων στην αξιολόγησή τους.

ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BARTTER ΣΕ ΗΛΙΚΙΑ 35 ΕΤΩΝ.

Ι. ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ, Δ. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Θ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ, Κ. ΒΙΡΒΙΔΑΚΗΣ, Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ.

Γ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «ΣΩΤΗΡΙΑ» - Αθήνα.

Το σύνδρομο Bartter είναι σπάνιο σύνδρομο που περιλαμβάνει υπερρενιναίμια, υπεραλδοστερονισμό, υποκαλιαιμία και αλκάλωση χωρίς υπέρταση ή οίδημα. Οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου οφείλονται στην υποκαλιαιμία και στις περισσότερες περιπτώσεις η διάγνωση τίθεται για πρώτη φορά κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία.

Περιγράφεται περίπτωση συνδρόμου Bartter που εκδηλώθηκε για πρώτη φορά ως καρδιακή αρρυθμία (πολυεστιακές έκτακτες κοιλιακές συστολές) σε άνδρα ηλικίας 32 ετών.

Η διάγνωση ετέθη κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική δύο έτη μετά την πρώτη εμφάνιση της αρρυθμίας. Ο ασθενής είχε ήδη τεθεί σε αγωγή με θεραπαμίνη και χλωριούχο κάλιο από το στόμα (40 mmol/24h) χωρίς αποτέλεσμα στην αρρυθμία. Η ΑΠ ήταν 120/80 MMHG και δεν υπήρχαν οίδημα.

Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε SNa 140 mmol/L, SK 2,4 mmol/L, SCI 104 mmol/L, SMg 0,9 mmol/L, SCa 2,2 mmol/L, PO2 mmHg, pH 7,51, PCO2 43 mmHg, CHCO3 29,9 mmol/L, SCr 0,8 mg/dl, UNa 202 mmol/L, UK 152 mmol/L, UCl 160 mmol/L, UMg 2,9 mol/L, UCa 15 mmol/L, Uosm 670 mOsm/kg H2O. Ο έλεγχος των νεφρών και επινεφριδίων με MRI δεν έδειξε παθολογική μορφολογία. Λόγω παράτασης του χρόνου προθρομβίνης σχετιζόμενης με χρόνια ηπατίτιδα Β [αντι-HBe (+), αντι-HBc (+), HBsAg (+)] δεν έγινε βιοψία νεφρού. Τόσο η χορήγηση ινδομεθακίνης (150 mg/d) όσο και η χορήγηση σπιρονολακτόνης (300 mg/d) οδήγησαν σε αξιολογητή ελάττωση του UK (55 και 50 mmol/L, αντιστοίχως) μέσα σε διάστημα 5-7 ημερών. Ο ασθενής ετέθη σε αγωγή με χλωριούχο κάλιο (60 mmol/d), πινδολικό μαγνήσιο (4,3 g/d) και σπιρονολακτόνη (300 mg/d) με αποτέλεσμα την αποκατάσταση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΗΛΕΤΡΟΛΥΤΩΝ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ.

Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Ρ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ, Α. ΤΣΑΤΣΟΥΛΗΣ, Δ. ΜΑΜΟΥΡΗΣ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.

Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των διαταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας και των ηλεκτρολυτών του ορού σε 37 ασθενείς με διαβητική κετοξέωση (ΔΚΟ) που νοσηλεύτηκαν στην Κλινική μας τα τελευταία 4 έτη. Είκοσι-ένας ασθενείς είχαν αμιγή μεταβολική οξέωση (ΜΟ) με αυξημένο χάσμα ανιόντων (ΧΑ), 7 ασθενείς είχαν ΔΚΟ σε συνδυασμό με υπερκλωρϊαιμική ΜΟ, ενώ 9 ασθενείς είχαν ΔΚΟ σε συνδυασμό με μεταβολική αλκάλωση. Οι εργαστηριακές παράμετροι των ασθενών κατά την εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο φαίνονται στον πίνακα:

Παράμετροι	Αμιγής ΜΟ (n=21)	ΔΚΟ+Υπερκλωρ- αιμική ΜΟ (n=7)	ΔΚΟ+Μεταβολική αλκάλωση (n=9)
Σάκχαρο (mg/dl)	385 ± 49	340 ± 44	308 ± 62
Ουρία (mg/dl)	56 ± 16	43 ± 12	62 ± 11
Κρεατίνη (mg/dl)	1,9 ± 0,5	1,6 ± 0,4	2,1 ± 0,2
Ουρία/Κρεατίνη	31 ± 7	24 ± 6	42 ± 8
K ⁺ (mmol/L)	4,2 ± 0,5	4 ± 0,6	3,5 ± 0,6
Na ⁺ (mmol/L)	143 ± 9	142 ± 8	137 ± 7
CL ⁻ (mmol/L)	101 ± 5	108 ± 4	98 ± 6
Na ⁺ /Cl ⁻	1,4 ± 0,14	1,29 ± 0,09	1,45 ± 0,06
HCO ₃ ⁻ (mmol/L)	13 ± 5	12 ± 4	19 ± 4
ΧΑ (mmol/L)	22 ± 6	21 ± 5	25 ± 4
ΔΧΑ/ΔΗCO ₃ ⁻	0,95 ± 0,06	0,76 ± 0,17	1,9 ± 0,04
Αρτηριακό pH	7,22 ± 0,08	7,20 ± 0,06	7,28 ± 0,05
PCO ₂ (mm Hg)	24 ± 6	22 ± 8	26 ± 4

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης δείχνει ότι ο προσδιορισμός των σχέσεων Na⁺/Cl⁻ και ΔΧΑ/ΔΗCO₃⁻ είναι ιδιαίτερα χρήσιμος για τη διάγνωση μεικτών ταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας σε ασθενείς με ΔΚΟ. Επιπρόσθετα η υποογκαιμία (όπως αυτή εκτιμάται από την αύξηση της σχέσης ουρία/κρεατίνη) φαίνεται ότι συσχετίζεται με την εμφάνιση μεικτών διαταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας.

ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΤΗΝ ΤΟΞΙΚΗ ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΗ ΝΕΚΡΟΛΥΣΗ.

Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ, Δ. ΓΚΡΕΚΑΣ, Δ. ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ*, Ε. ΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ, Β. ΔΕΡΒΕΝΙΩΤΗΣ, Σ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ι. ΚΑΤΣΑΡΑ, Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ.

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ. Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ και *Κλινική Δερματολογικών και Αφροδισίων Νόσων ΑΠΘ.

Η τοξική επιδερμική νεκρόλυση (TEN) ή σύνδρομο Lyell είναι μια σπάνια, κεραυνοβόλα και δυνητικά θανατηφόρος νόσος. Παρουσιάζεται με εκτεταμένη νέκρωση της επιδερμίδας, πυρετό, επιπεφυκίτιδα και προσβολή των βλενογόννων. Με την πρόοδο της ασθένειας, μπορούν να προσβληθούν και πολλά άλλα συστήματα όπως το πεπτικό, το αναπνευστικό και το ουροποιητικό. Πάρα πολλά φάρμακα και χημικές ουσίες έχουν ενοχοποιηθεί για την πρόκληση του συνδρόμου με κυριότερα τις σουλφοναμίδες, αντιεπιληπτικά, αντιβιοτικά, βαρβιτουρικά και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Η παθογένεια του συνδρόμου δεν έχει ακόμη διευκρινισθεί. Επειδή φαίνεται ότι διαταραχές στον μεταβολισμό του φαρμάκου και η κυτταρική κυρίως ανοσία παίζουν σημαντικό ρόλο εφαρμόσαμε την θεραπευτική πλάσμαφαίρεση σε δύο ασθενείς με TEN που νοσηλεύτηκαν πρόσφατα στο νοσοκομείο μας. Ο πρώτος ασθενής ήταν άντρας ηλικίας 51 χρόνων που εισήχθη αρχικά στην νευρολογική και μετά στην νευροχειρουργική κλινική με τη διάγνωση «μεταστατικό νεόπλασμα εγκεφάλου» το οποίο χειρουργήθηκε. Ο ασθενής 12 μέρες αφότου άρχισε αντιεπιληπτική αγωγή με δικφαινυλοϊδαντοΐνη παρουσίασε αρχικά εξάνθημα και αμέσως μετά νέκρωση και απόπτωση της επιδερμίδας. Η αρχική θεραπευτική προσπάθεια με υψηλές δόσεις κορτιζόνης δεν απέδωσε. Η δεύτερη ασθενής ήταν γυναίκα 51 χρόνων που νοσηλεύταν στην νευρολογική κλινική για ενδοεγκεφαλική αιμορραγία. Στην ασθενή λόγω ουρολοίμωξης χορηγήθηκε τριμεθοπρίμη-σουλφομεθοξαζόλη και μετά 5 μέρες εμφανίσθηκε αρχικά εξάνθημα και αμέσως μετά TEN. Οι δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε 3 και 2 συνεδρίες πλάσμαφαίρεσης αντίστοιχα με διπλό φίλτρο και όγκο ανταλλαγής 2 λίτρα κατά συνεδρία. Και στους δύο η απάντηση στην θεραπεία ήταν άμεση (από την δεύτερη συνεδρία) με διακοπή της επιδερμολύσης και εμφάνιση επανεπιθηλιοποίησης που συνεχίστηκε χωρίς άλλες υποτροπές. Από τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται ότι η πλάσμαφαίρεση μπορεί να συνεισφέρει στην θεραπευτική αντιμετώπιση της TEN.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΜΕΤΑ ΒΡΩΣΗ ΟΡΤΥΚΙΩΝ.

Γ. ΜΠΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ, ΑΝ. ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ, ΑΔ. ΨΥΡΡΗ, Ι. ΠΑΠΑΛΑΜΠΡΟΣ

Παθολογικός τομέας - Μ.Τ.Ν. Νοσοκομείου Καλαμάτας.

Η ραβδομυόλυση και μυοσφαιρινουρία είναι καταστάσεις που συχνά συνοδεύονται από οξεία νεφρική ανεπάρκεια (33%). Ο αλκοολισμός, η χρήση φαρμακευτικών-τοξικών ουσιών (drug abuse) και οι τραυματικές καταστάσεις των μυών θεωρούνται οι πλέον συνήθεις από μια πληθώρα αναγνωρισμένων αιτιών ραβδομυόλυσης. Υποβοηθητικοί παράγοντες για την εγκατάσταση νεφρικής ανεπάρκειας θεωρούνται η υπογκαιμία και η οξέωση.

Περιγράφεται περίπτωση Ο.Ν.Α. από ραβδομυόλυση μετά βρώση ορτυκίων, που αποτελεί ασυνήθη αιτία του συνδρόμου.

Πρόκειται για άνδρα 34 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό ο οποίος 2 ώρες μετά βρώση ορτυκίων, (2 ½ ορτύκια), παρουσίασε έντονο άλγος στην οσφυϊκή χώρα που γρήγορα γενικεύθηκε σε όλο το σώμα, συνοδευόταν δε από αίσθημα μυϊκής αδυναμίας, εφιδρώσεις και ωχρότητα. Στην ούρηση παρατήρησε σκοτεινόχροα ούρα. Προσήλθε στο Νοσοκομείο μας και εισήχθη στην ουρολογική κλινική. Κατά την κλινική εξέταση φαινόταν έντονα πάσχων, με διάχυτη μυϊκή ευαισθησία και μυϊκά άλγη, και ήταν έντονα ωχρός. Η ΑΠ ήταν 130/70 mmHg και τα ούρα σχεδόν μαύρης χροιάς. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε έκπτωση νεφρικής λειτουργίας (u: 110 mg/dl, cr: 1,87 mg/dl) και πολύ μεγάλη αύξηση των μυϊκών ενζύμων (CK: 125000 U/L, LDH: 1210 U/L, SGOT: 1500 U/L, SGPT: 144 U/L). Από την γενική ούρων: ειδ. βάρος 1021, ΡΗ 5,5, λεύκωμα 150 mg/dl, ερυθρά 6-8 κοπ. και αιμοσφαιρίνη 4(+). Οι τιμές Κ, Να, Ca, Ρ, και ουρικού ήταν και παρέμειναν φυσιολογικές τις επόμενες ημέρες με τάση του Ca προς τα ανώτερα φυσιολογικά όρια. Το echo έδειξε νεφρούς μεγαλύτερους του φυσιολογικού με αύξηση της ηχογένειας του φλοιού. Η διούρηση του ασθενούς ήταν και παρέμεινε φυσιολογική με την υποστηρικτική αγωγή. Κλινικά ο ασθενής βελτιώθηκε τις επόμενες ώρες, και το πρωί της επομένης, (16 ώρες μετά το γεύμα) δεν πονούσε και τα ούρα του ήταν μακροσκοπικά διαυγή. Η κρεατινίνη ορού παρέμεινε αυξημένη επί 20ήμερο περίπου με ανώτερη τιμή 2,5 mg/dl. Η CK επανήλθε στα φυσιολογικά όρια την 10η ημέρα με ρυθμό υποδιπλασιασμού σχεδόν ανά

ημέρα. Οι LDH και SGPT ακολούθησαν την πορεία της Ck και βρέθηκαν φυσιολογικές την 10η ημέρα. Πλήρης κλινική και βιοχημική αποκατάσταση του ασθενούς παρατηρήθηκε ένα μήνα μετά το επεισόδιο. Υπερηχογραφική αποκατάσταση των νεφρών παρατηρήθηκε μετά δύο μήνες.

Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με μη ολιγουρική οξεία νεφρική ανεπάρκεια μετά βρώση ορτυκίων, πλήρως αποκατασταθείσα, και συζητείται η βιβλιογραφία.

ΑΡΧΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.

Δ. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΟΣ, Μ. ΜΠΟΝΩΡΗΣ, Γ. ΜΠΟΥΓΑΤΣΟΣ, Χ. ΜΠΕΖΕΒΕΓΚΗ, Κ. ΒΑΣΙΛΙΚΟΣ, Ν. ΓΕΡΜΑΝΟΣ, Σ. ΣΙΜΙΤΣΗΣ, Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ.

Μονάδα τεχνητού νεφρού και καρδιοχειρουργικό τμήμα κλινικής «ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ» Αθηνών.

Παρά τα ικανοποιητικά διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα για την έκβαση των εγχειρήσεων ανοικτής καρδιάς σε αιμοκαθαρόμενους ασθενείς, οι επεμβάσεις αυτές αντιμετωπίζονται συχνά με επικύλαξη στη χώρα μας.

Στην παρούσα ανακοίνωση περιγράφονται 3 αιμοκαθαρόμενοι άντρες, ηλικίας 50-54 ετών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε εγχείρηση ανοικτής καρδιάς στον 1½ χρόνο λειτουργίας του καρδιοχειρουργικού τμήματος της κλινικής μας. Στον πρώτο ασθενή, ο οποίος παρουσίαζε υποτασικά επεισόδια στην αιμοκάθαρση και είχε καρδιακή ανεπάρκεια σταδίου III-IV, έγινε αντικατάσταση της μπροειδούς βαλβίδας. Στους άλλους δύο που έπασχαν από ασταθή στηθάγχη με συχνές κρίσεις στην αιμοκάθαρση, έγινε τετραπλή και τριπλή αορτοστεφανιαία παράκαμψη, αντίστοιχα. Μετά την επέμβαση οι ασθενείς υποβάλλονταν σε καθημερινή μικρής διάρκειας αιμοκάθαρση με διπτανθρακικά. Η μετεγχειρητική πορεία εξελίχθηκε ομαλά, ο δε μέσος χρόνος παραμονής τους στη μονάδα εντατικής θεραπείας ήταν 3,3 ημέρες και δεν διέφερε σημαντικά από τον αντίστοιχο των άλλων ασθενών. Μετά την έξοδο τους από την κλινική, οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν επί 1-17 μήνες, στο διάστημα δε αυτό δεν εμφάνιζαν προβλήματα στην αιμοκάθαρση και η γενική τους κατάσταση ήταν πολύ ικανοποιητική.

Η μικρή αυτή εμπειρία μας συμβαδίζει με τη διεθνώς επικρατούσα άποψη ότι οι αιμοκαθαρόμενοι που έχουν ανάγκη εγχείρησης ανοικτής καρδιάς πρέπει να υποβάλλονται στην επέμβαση αυτή όπως και οι άλλοι ασθενείς.

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΠΟ ΜΟΛΥΒΔΟ ΣΕ ΠΟΤΕΣ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟΥ ΠΟΤΟΥ.

Θ. ΓΚΑΛΕΑΣ*, Δ. ΚΑΤΣΑΚΟΣ**, Χ. ΛΑΓΓΙΑΣ*

Β' Παθολογική Κλινική*, ΓΝΝ Τρικάλων**.

Περιγράφονται τέσσερις περιπτώσεις Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ), σε άνδρες ηλικίας 58 ± 7 ετών, κατοίκων Τρικάλων. Κοινά κλινικο-εργαστηριακά ευρήματα ήταν η βραδέως εξελικτική νεφρική ανεπάρκεια, η απροφία των νεφρών, η ουρική αρθρίτιδα και η ήπια υπέρταση, σε διάστημα 5 ετών. Στο ατομικό αναμνηστικό και στη παρούσα νόσο δεν αναφέρονταν προφανή αίτια για τα παραπάνω ευρήματα. Τό ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στο γεγονός ότι ήταν χρήστες ενός βαρέος οινοπνευματώδους ποτού, «του τσίπουρου», που παρασκευάζεται στην περιοχή μας νόμιμα, σε αποστακτίρες των οποίων ο ψύκτης ήταν μολύβδινος. Σε μετρήσεις που έγιναν στα δείγματα αίματος των ασθενών, βρέθηκαν τιμές μολύβδου έως και 164 $\mu\text{G}/\text{ML}$, με φυσιολογικές τιμές από 35 $\mu\text{G}/\text{ML}$ και σε δείγματα του ποτού έως και 9.000 MG/L . Δεδομένου ότι η χρόνια χρήση οινοπνεύματος δεν προκαλεί νεφρική βλάβη, αποδώσαμε την αιτία της ΧΝΑ στο μολύβδο που περιείχε το τσίπουρο.

Συμπερασμα: 1. Με τη σωστή ενημέρωση για αντικατάσταση των μολύβδινων ψυκτών με σωστό τρόπο που έγινε πριν από 5 χρόνια, εξελίχθηκε στην περιοχή μας μια ακούσια αιτία ΧΝΑ, επιδημιολογικού χαρακτήρα λόγω της ευρείας κατανάλωσης του παραπάνω ποτού.

2. Δεδομένου ότι το ποτό αυτό παρασκευάζεται με τον ίδιο τρόπο και κυκλοφορεί με την ίδια ή άλλη ονομασία όπως «ταϊκουδιά» και σε άλλες περιοχές, με τη σωστή ενημέρωση θα εκλείψει ένα ακόμη αίτιο ΧΝΑ στην Ελλάδα.

ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΕΚΝΟΠΟΙΪΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.

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

Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων Α.Π.Θ. Γ.Π.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη.

Είναι γνωστό ότι οι γυναίκες με μεταμόσχευση νεφρού που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία είναι δυνατό να συλλάβουν και να γεννήσουν φυσιολογικά τέκνα χωρίς να επηρεασθεί η λειτουργία του μοσχεύματος. Η μελέτη του υλικού της κλινικής μας έδειξε ότι 7 μεταμοσχευμένες γυναίκες είχαν 12 κύσεις μετά τη μεταμόσχευση. Έξι κύσεις έδωσαν φυσιολογικά τέκνα, 5 κύσεις διεκόπησαν θεραπευτικά και υπήρξε μια αυτόματη αποβολή. Η μέση ηλικία κατά την σύλληψη, των γυναικών που τεκνοποίησαν ήταν 24 έτη (διακύμανση 18-28 έτη). Όλες έπαιρναν τριπλή ανοσοκαταστολή (μεθυλοπρεδνιζολόνη, αζαθειορίνη, κυκλοσπορίνη) κατά τη διάρκεια της κύησης. Η κρεατινίνη ορού ήταν 1.03 mg% (διακύμανση 0.8-1.4 mg%) πριν από τη σύλληψη και 1.0 mg% (διακύμανση 0.7-1.5%) μετά τον τοκετό.

Λευκωματουρία δεν υπήρχε πριν, κατά την διάρκεια της κύησης ούτε κατά τον τοκετό. Η μέση αρτηριακή πίεση ήταν 120/83 mmHg (διακύμανση 100/80 - 140/100 mmHg) πριν τη σύλληψη και 122/80 mmHg (διακύμανση 100/70 - 140/100 mmHg) μετά τον τοκετό. Μια μεταμοσχευμένη που τεκνοποίησε ήταν γνωστή υπέρτασική και συνέχισε την αντιυπερτασική της αγωγή καθόλη τη διάρκεια της κύησης. Απορρίψεις δεν καταγράφηκαν κατά τη διάρκεια της κύησης ούτε μετά από αυτήν. Δύο θεραπευτικές αποβολές έγιναν διότι υπήρχε μη ελεγχόμενος σακχαρώδης διαβήτης και υπέρταση και τρεις για κοινωνικούς λόγους.

Συμπερασματικά οι μεταμοσχευμένες γυναίκες μπορούν να συλλάβουν και να έχουν φυσιολογική τεκνοποιία χωρίς να επηρεασθεί η λειτουργία του μοσχεύματος.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΓΑΛΑΚΤΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗΣ ΣΕ ΛΗΠΤΕΣ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ.

Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Π. ΒΑΚΙΑΝΗΣ, Α. Μ. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ και Α. ΒΥΖΑΝΤΙΑΔΗΣ.

Νεφρολογικό τμήμα Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείου Θεσ/νίκης & Εργαστήριο Ισοτόπων Β' Προπ. Παθ/κής Κλινικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης.

Κατά τα τελευταία 12 χρόνια στο τμήμα μας έχει προσεθεί νέα ανοσοκατασταλικά σκήματα θεραπείας ληπτών νεφρικών μοσχευμάτων η κυκλοσπορίνη-Α (CyA) υπό μορφή ελαιώδους διαλύματος ή ζελατινούχου κάψουλας. Η απορρόφηση όμως των παραπάνω ιδιοσκευασμάτων αποδείχθηκε ότι διαφέρει σημαντικά από λήπτη σε λήπτη αλλά και στον ίδιο τον άρρωστο από μέτρηση σε μέτρηση. Στην μελέτη αυτή χορηγήθηκε η νέα μορφή της CyA υπό μορφή μικρογαλακτώματος (σε κάψουλες) σε 10 λήπτες νεφρικών μοσχευμάτων που είχαν σταθερή νεφρική λειτουργία του μοσχεύματος σε χρονική περίοδο τουλάχιστον 6 μήνες μετά την επέμβαση. Η παρακολούθηση των αρρώστων μετά την αλλαγή του ιδιοσκευάματος ήταν ανά εβδομάδα για τουλάχιστον 1 μήνα και περιλάμβανε πλήρη κλινικοεργαστηριακή μελέτη στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου. Η δοσολογία της κυκλοσπορίνης-Α καθώς και της υπόλοιπης φαρμακευτικής θεραπείας του αρρώστου διατηρούνταν στα ίδια ακριβώς επίπεδα κατά τη διάρκεια της μελέτης. Τα συνοπτικά αποτελέσματα (μέσες τιμές ± SE) καθώς και οι στατιστικές διαφορές της περιόδου ελέγχου σε σύγκριση με τις τιμές της 4ης εβδομάδας φαίνονται στον πίνακα:

	Περίοδος ελέγχου	4η εβδομάδα	p(t-test)
Μ ΑΠ (mmHg)	109,3± 3,3	105 ± 3,8	NS
Συμπτωματολογία	καμιά διαφορά		
Κλινικά ευρήματα	καμιά διαφορά		
Κρεατινίνη ορού (mg/dl)	1,4± 0,2	1,43± 0,2	NS
Επίπεδα Κυκλοσπορίνης (ng/ml)	221,6±22,2	247,2 ±39,7	0,09 (NS)
Ουρικό οξύ (mg/dl)	7,3± 0,7	7,6 ± 0,6	NS
Κάλιο ορού (mEq/lit)	4,2± 0,13	4,4 ± 0,2	0,08(NS)

Από τα παραπάνω ευρήματα συμπεραίνεται ότι η αντικατάσταση του ελαιώ-

δους ιδιοσκευάσματος της CyA με ίσες δόσεις μικρογαλακτώματος δεν επηρέασε τις κλινικοεργαστηριακές παραμέτρους μέχρι το πέρας της 4ης εβδομάδος παρόλη τη μικρή αύξηση των επιπέδων της CyA στο αίμα.

Η ΝΕΑ (ΜΙΚΡΟΓΑΛΑΚΤΩΜΑΤΩΔΗΣ) ΜΟΡΦΗ CsA ΣΕ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ-ΜΕΛΕΤΗ ΠΙΛΟΤΟΣ.

Ι. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Η. ΤΣΟΥΤΣΟΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ και ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα και Τμήμα Μεταμοσχεύσεων, Γενικό «Λαϊκό» Νοσοκομείο, Αθήνα.

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η εκτίμηση σε σταθεροποιημένους ασθενείς με νεφρική μεταμόσχευση (NM), της μετατροπής της κλασσικής (ελαιώδης μορφή σε κάψουλες) CsA (Κλ-CsA) στην νέα (μικρογαλακτωματώδης) μορφή της (Μγ-CsA), για την οποία, υποστηρίζεται, ότι έχει καλύτερες φαρμακοκινητικές παραμέτρους και ειδικότερα βιοδιαθεσιμότητα. Στη μελέτη περιλήφθησαν 10 ασθενείς (5Α, 5Γ, ηλικίας 46, $3 \pm 5,5$ ετών) οι οποίοι υποβλήθηκαν σε NM (ΖΔ:5, ΠΔ:5) τουλάχιστον 6 μήνες (33.8 ± 6.5 μήνες) πριν την μετατροπή και ευρίσκοντο υπό τη ρητή ανοσοκατασταλτική θεραπεία με CsA (μέση δόση $3.2 \pm 0,6$ mg/kg/ημ.) + Αζαθειοπρίνη + Πρεδνιζολόνη. Σε 3 διαδοχικές ανά εβδομάδα επισκέψεις των ασθενών επιβεβαιώθηκε η σταθερότητα της καταστάσεώς τους, κατεγράφησαν τα κλινικά και εργαστηριακά τους δεδομένα, η δε επαναξιολόγησή τους έγινε 1,2 και 4 εβδομάδες μετά την 1:1 μετατροπή της Κλ-CsA στην Μγ-CsA. Κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές στην κλινική κατάσταση ή τις εργαστηριακές παραμέτρους των ασθενών. Ειδικότερα στο πέρας της μελέτης (4η εβδομάδα) δεν διαπιστώθηκαν διαφορές, στη μέση αρτηριακή πίεση (98.0 ± 8.8 έναντι 100.7 ± 11.9 mmHg, P:NS), στην κρεατινίνη (1.4 ± 0.37 έναντι 1.4 ± 0.4 mg/dl, P:NS), ουρικό οξύ (5.7 ± 1.6 έναντι 5.8 ± 1.6 mg/dl, P:NS), στο Κ (4.7 ± 0.3 έναντι 4.7 ± 0.3 mEq/l, P:NS) του ορού και στις στάθμες της CsA στο αίμα (176.0 ± 59.0 έναντι 166.5 ± 57.0 ng/ml, P:NS). Επίσης κατά την διάρκεια της μελέτης δεν απαιτήθηκε μεταβολή στη δόση της Μγ-CsA ή στα άλλα φάρμακα που ελάμβαναν οι ασθενείς.

Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης υποδηλώνουν, ότι σε σταθεροποιημένους ασθενείς με νεφρική μεταμόσχευση η 1:1 μετατροπή της Κλ-CsA σε Μγ-CsA είναι ασφαλής.

ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΜΑΣ.

Κ. ΠΑΠΠΑ, Α. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ, Σ. ΣΠΑΝΟΥΔΑΚΗΣ, Λ. ΚΡΙΚΟΥ, Μ. ΜΕΛΕΣΣΑΝΑΚΗ, Ε. ΦΡΑΓΚΕΔΑΚΗ, Ε. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ, Γ. ΚΑΣΣΩΤΑΚΗΣ, Ν. ΝΙΚΟΛΑΚΑΚΗΣ

Μονάδα Εξωνεφρικής Κάθαρσης Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Ρεθύμνης.

Σκοπός της εργασίας είναι να δείξουμε την εμπειρία μας στην λειτουργικότητα και επιβίωση των περιτοναϊκών καθετήρων (ΠΚ) στην μονάδα μας.

Είναι γνωστό πως η κύρια αιτία αποτυχίας στην λειτουργικότητα των Π.Κ. οφείλεται στην μετατόπιση του ενδοπεριτοναϊκού τμήματος άμεσα ή μεταγενέστερα που είναι και η κύρια αιτία αντικατάστασής των. Από τον Φεβρουάριο του 1990 μέχρι τον Φεβρουάριο του 1995 εντάχθηκαν 46 ασθενείς σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ) των οποίων οι 5 ΠΚ τοποθετήθηκαν σε νοσοκομεία των Αθηνών. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $61,8 \pm 12$ έτη και αφορούσε 27 άνδρες και 19 γυναίκες. Από τους 46 οι 44 εντάχθηκαν για τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας και δύο για συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Δέκα απεβίωσαν από: αγγειακό εγκεφαλικό (4), οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (3), λοίμωξη του αναπνευστικού (1) και από εγκατάληψη της μεθόδου (2). Η τοποθέτηση των ΠΚ έγινε χειρουργικά με τοπική αναισθησία σε όλους πλην ενός, με μέση υπομφάλια τομή στους 21 και αριστερά διαορθική στους υπόλοιπους 25. Τα είδη των ΠΚ που χρησιμοποιήσαμε ήταν Tenckhoff με δύο cuff (8) με ένα cuff (3), T.W.H. (4) και (31) Coil με ελικοειδές άκρο.

Τα προβλήματα που παρουσίασαν άμεσα ήταν: διαρροή στους (5) που αποκαταστάθηκε μετά από επταήμερη διακοπή της κάθαρσης, μετατόπιση του ΠΚ το πρώτο ή τα επόμενα 24ωρα είχαμε στο 90% των καθετήρων πλην των Coil που δεν μετατοπίστηκαν ποτέ. Απώτερες μετατοπίσεις υπήρξαν σε (2) T.W.A. μετά από τετράμηνο και εξάμηνο αντίστοιχα και αντικαταστάθηκαν με Coil.

Απώλειες καθετήρων υπήρξαν σε μια ασθενή με περιτονίτιδα γιατί παρέμεινε μια εβδομάδα χωρίς θεραπεία, και δύο άλλοι ασθενείς λόγω λοίμωξης της υποδόριας διαδρομής του καθετήρα, από ψευδομονάδα. τα τελευταία 2 χρόνια περίπου χρησιμοποιούμε αποκλειστικά τους Coil γιατί δεν υπήρχε μετατόπιση ούτε άμεσα ούτε μακροχρόνια.

Λόγω του μεγαλύτερου μήκους που περικλείεται στο άκρο της έλικας και του μεγαλύτερου αριθμού των οπών ο χρόνος έγκυσης και κυρίως αποδέτευσης του περιτοναϊκού υγρού είναι συντομότερος έτσι ώστε οι ΠΚ αυτοί καθίστανται πλεονεκτικότεροι των άλλων.

ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ASPERGILLUS FUMIGATUS ΣΤΗ ΣΦΠΚ. ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ.

Χ. ΔΙΟΝΥΣΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΤΣΟΥΦΑΚΗΣ, Χ. ΙΑΤΡΟΥ, Σ. ΖΕΡΜΠΑΛΑ, Γ. ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών.

Περιγράφονται δύο περιπτώσεις περιτονίτιδας από *Aspergillus fumigatus* με εντελώς διαφορετική έκβαση, σε δύο ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΣΦΠΚ. Στον πρώτο ασθενή ηλικίας 61 ετών, η αρχική κατά Gram χρώση των περιτοναϊκών διαλυμάτων ήταν αρνητική και η έναρξη της εμπειρικής αντιμικροβιακής χημειοθεραπείας περιλάμβανε σιπροφλοξασίνη και βανκομυκίνη, που επιλέχθηκαν με βάση προηγούμενο (προ δμίνου) επεισόδιο περιτονίτιδας από εντερόκοκκο. Επτά ημέρες μετά την εισαγωγή του ασθενούς οι αρχικές καλλιέργειες περιτοναϊκών υγρών ανέπτυξαν αποικίες *Aspergillus fumigatus*. Ο περιτοναϊκός καθετήρας αφαιρέθηκε και ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με αμφοτερικίνη Β (50 mg x 1 ΕΦ) και φλουκοναζόλη (400 mg x 1 ΕΦ). παρά την αγωγή η κατάσταση του ασθενούς προοδευτικά επιδειωνόταν, παρουσίασε εκδηλώσεις συστηματικής ασπεργίλλωσης και τελικά κατέληξε με εικόνα σπινικής καταπληξίας ένα περίπου μήνα μετά την εισαγωγή του.

Στη δεύτερη ασθενή, ηλικίας 30 ετών, η αρχική κατά Gram χρώση των περιτοναϊκών διαλυμάτων αποκάλυψε την παρουσία μυκήτων. Η έναρξη της αντιμικροβιακής αγωγής (αμφοτερικίνη Β 30 mg ΕΦ και φλουκοναζόλη 150 mg ενδοπεριτοναϊκά ανά διήμερο) ήταν άμεση και η ανταπόκριση ταχεία, με μείωση των κυτάρων του περιτοναϊκού υγρού σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε 4 ημέρες, γεγονός που μας απέτρεψε από την αφαίρεση του περιτοναϊκού καθετήρα. Την όγδοη ημέρα από την εισαγωγή της ασθενούς, οι αρχικά ληφθείσες καλλιέργειες περιτοναϊκών υγρών αποκάλυψαν την παρουσία *Aspergillus fumigatus*. Η αντιμικροβιακή αγωγή συνεχίστηκε συνολικά για 5 εβδομάδες και 5 μήνες μετά τη διακοπή της δεν υπήρξε υποτροπή ούτε διαταραχή της διηθητικής ικανότητας του περιτοναίου.

Το χαρακτηριστικό γνώρισμα της περιτονίτιδας από *Aspergillus* είναι η δυσμενής της πρόγνωση και η υψηλή της θνητότητα, που οφείλονται στη συχνά καθυστερημένη αποκάλυψη του υπεύθυνου μικροοργανισμού, στη δυνατότητα ανάπτυξης γενικευμένης (συστηματικής) ασπεργίλλωσης και στη σχετική αναποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής. Η διαφορετι-

κή έκβαση των δύο ασθενών που περιγράψαμε, πιστεύουμε ότι κατά ένα μεγάλο μέρος οφειλόταν στο διαφορετικό χρόνο αιτιολογικής διάγνωσης της περιτονίτιδας και κατ' επέκταση στο διαφορετικό χρόνο έναρξης της κατάλληλης αγωγής. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει τη χρησιμότητα της αρχικής χρώσης Gram των περιτοναϊκών διαλυμάτων στην περιτονίτιδα της ΣΦΠΚ, που παρά τό ότι αποβαίνει θετική μόνο στο 30% των περιπτώσεων περιτονίτιδας γενικά, μπορεί να αποκαλύψει έγκαιρα την παρουσία μυκήτων (των οποίων, ως γνωστόν, η απομόνωση στα συνήθη καλλιεργητικά υλικά καθυστερεί) και συνεπώς να οδηγήσει στην άμεση εφαρμογή της κατάλληλης αγωγής.

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΣΩΝ ΒΑΡΥΣ ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ).

ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ Φ., ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ Β. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ Ν., ΠΑΓΚΙΔΗΣ Π. ΒΑΠΩΝΑΣ Γ.

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ, Θεσσαλονίκη.

Η αιφνίδια εμφάνιση υδροθώρακα σε ασθενείς υπο ΣΦΠΚ, είναι μία σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή που μπορεί να γίνει απειλητική για την ζωή του ασθενούς.

Η περίπτωση μας αφορά ασθενή ηλικίας 46 ετών, ο οποίος ήταν σε ΣΦΠΚ για 6 μήνες με τέσσερις αλλαγές το 24ωρο. Ο ασθενής ήταν σε καλή γενική κατάσταση, όταν αιφνίδια ήρθε στη Μονάδα μας, με έντονη δύσπνοια, προκάρδια δυσφορία, αρτηριακή πίεση 220/160 mmHg και αύξηση του βάρους κατά 3 kg. Από το ιστορικό ανέφερε ότι το τελευταίο 24ωρο παρουσίασε μεγάλη κατακράτηση υγρών κατά τις αλλαγές.

Στην κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μειωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα σε ολόκληρο σχεδόν το δεξιό ημιθώρακιο και με την ακτινογραφία του θώρακος αποκαλύφθηκε μεγάλος υδροθώρακας δεξιά.

Με παρακέντηση του θώρακος αφαιρέθηκε ένα λίτρο διαυγούς πλευριτικού υγρού. Στη βιοχημική εξέταση το υγρό ήταν αρνητικό για λεύκωμα, με ουρία 180 mg% και σάκχαρο 306 mg%. Στον ορό η ουρία ήταν 120mg%, το σάκχαρο 110 mg% και ο υπόλοιπος έλεγχος χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Η υψηλή περιεκτικότητα του πλευριτικού υγρού σε γλυκόζη, συνηγορούσε για επικοινωνία της περιτοναϊκής με την υπεζωκοτική κοιλότητα. Παρόλα αυτά, η έγχυση γαστρογραφικής ενδοπεριτοναϊκά, δεν αποκάλυψε το χάσμα στο δεξιό ημιδιάφραγμα.

Τις επόμενες ημέρες χρησιμοποιώντας μικρούς όγκους περιτοναϊκού διαλύματος αφαιρέσαμε το πλεονάζον βάρος του ασθενούς και υποχώρησε πλήρως ο υδροθώρακας. Τον επόμενο μήνα ο ασθενής ήταν σε διαλείπουσα περιτοναϊκή κάθαρση με μικρούς όγκους και στη συνέχεια για άλλους δύο μήνες ήταν σε ΣΦΠΚ με 5 αλλαγές από 1,5lt. τελικά, τρεις μήνες μετά το πρώτο επεισόδιο αυξήσαμε και πάλι τον όγκο στα 2 lt. Από την πρώτη όμως ημέρα παρουσίασε μεγάλη κατακράτηση υγρών και επανήλθε επειγόντως στην Μονάδα με νέο βαρύ υδροθώρακα πάλι στο δεξιό ημιθώρακιο.

Η αντιμετώπιση ήταν ανάλογη και σήμερα τρεις μήνες μετά, ο ασθενής είναι σε πολύ καλή γενική κατάσταση και βρίσκεται σε ΣΦΠΚ με 5 αλλα-

γές από 1,5 lt το 24ωρο.

Υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς υπο ΣΦΠΚ με υδροθώρακα, παρουσιάζουν ένα κρίσιμο ανώτερο όριο ενδοκοιλιακής πίεσης, η μη υπέρβαση του οποίου επιτρέπει την άμεση συνέχιση της ΣΦΠΚ, χωρίς κίνδυνο επανειλημμένων υποτροπιών.

ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ ΤΗΣ ΑΚΕΡΑΙΑΣ ΠΑΡΑΘΟΡΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΚΑΛΣΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΦΠΚ.

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ, Χ. ΝΙΚΟΛΟΥ, Γ. ΜΠΑΠΑΤΟΥΔΗ, Α. ΤΖΟΥΓΑΝΑΤΟΥ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ.

Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Π.Ν. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» Αθήνα.

Η περιτοναϊκή κάθαρση και μεταφορά (mass transfer) της ακέραιας παραθορμόνης (iPTH) και οστεοκαλσίνης (iBGP) δεν έχει, εξ όσων γνωρίζουμε, μελετηθεί με μεθόδους που προσδιορίζουν ειδικά το ακέραιο μόριο των ουσιών αυτών. Γι αυτό το λόγο, μελετήσαμε 24 ασθενείς, 13 άνδρες και 11 γυναίκες, ηλικίας 59 ± 17 ετών, που υποβάλλονταν σε ΣΦΠΚ επί 34 ± 32 μήνες. Οι τιμές της iPTH και της iBGP μετρήθηκαν στον ορό και στα περιτοναϊκά διαλύματα με ειδικές ανοσοραδιομετρικές μεθόδους δύο θέσεων (two-site immunoradiometric assay, IRMA). Δεν υπήρχαν ενδείξεις περιτονίτιδας σε κανένα ασθενή. Η περιτοναϊκή κάθαρση της iPTH και της iBGP βρέθηκε ότι ήταν $2,0 \pm 1,9$ ml/min/1,73 m² και $2,6 \pm 2,0$ ml/min/1,73 m², αντίστοιχα, ενώ η περιτοναϊκή κάθαρση της κρεατινίνης ήταν $6,5 \pm 2,0$ ml/min/1,73 m². Η περιτοναϊκή μεταφορά της iPTH στη διάρκεια μιας 4ωρης αλλαγής υπολογίστηκε ότι ήταν 30 ± 29 ng και της iBGP 74 ± 57 μg, ενώ της κρεατινίνης ήταν 174 ± 74 mg. Οι τιμές των παραπάνω βιοχημικών παραμέτρων στα αποβαλλόμενα περιτοναϊκά διαλύματα έδειξαν σημαντική θετική συσχέτιση με τις τιμές στον ορό ($r = 0,6$, $p < 0,001$). Οι τιμές της περιτοναϊκής κάθαρσης και μεταφοράς των ουσιών αυτών δεν διέφεραν όταν οι αλλαγές γίνονταν με ισότονα ή υπέρτονα περιτοναϊκά υγρά. Επίσης, δεν έδειξαν συσχέτιση με την ηλικία των ασθενών και την διάρκεια της ΣΦΠΚ.

Συμπερασματικά, σημαντικές ποσότητες iPTH και iBGP αποβάλλονται μέσω του περιτοναίου σε ασθενείς υπό ΣΦΠΚ. Παραμένει, όμως, να διευκρινισθεί αν το γεγονός αυτό έχει επίπτωση στον οστικό μεταβολισμό ή αν επηρεάζει τα επίπεδα της iPTH και της iBGP του ορού στους παραπάνω ασθενείς.

ΦΑΙΟΣ ΟΓΚΟΣ ΛΑΓΟΝΙΟΥ ΟΣΤΟΥ ΣΕ 2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.

Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Ε. ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ, Γ. ΓΡΑΛΙΟΣ, Ν. ΚΑΡΑΤΖΑΣ, Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Ν. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ.

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ. και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Γεν. Περιφ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης.

Ο φαίος όγκος είναι σπάνια εκδήλωση του δευτεροπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού (ΔΥΠΘ) της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ). Παρουσιάζονται 2 περιπτώσεις φαίου όγκου του αριστερού λαγονίου οστού. Πρόκειται για δύο γυναίκες που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό (TN) επί 1 και 3 χρόνια. Στην πρώτη ασθενή η συνολική διάρκεια της ΧΝΑ ήταν 8 χρόνια και στη δεύτερη 9. Και οι δύο παρουσίασαν άλγος στο αριστερό ισχίο και στον αριστερό μηρό (που στην πρώτη επιδεινώθηκε μετά από κάκωση) αυξημένη αλκαλική φωσφατάση και παραθορμόνη (PTH) ορού. Η ύπαρξη ΔΥΠΘ επιβεβαιώθηκε με οστική βιοψία. Ο ακτινολογικός έλεγχος έδειξε λυτική εστία του αριστερού λαγονίου οστού που ήταν μεγαλύτερη στην πρώτη ασθενή ($12,5 \times 7,5$ cm και $9 \times 3,5$ cm αντίστοιχα). Μικρότερες λυτικές εστίες υπήρχαν στο μηριαίο οστό, στο ηβικό και στην κνήμη. Στην πρώτη περίπτωση υπήρχε διάσπαση της έσω συμπαγούς μοίρας του λαγονίου οστού και του περιστέου με επέκταση στα μαλακά μόρια. Η ιστολογική εξέταση από την περιοχή της βλάβης έδειξε οστίτη ιστό (σπογγώδης μοίρα) με αυξημένη οστεοβλαστική και οστεοκλαστική δραστηριότητα και συνδετικό ιστό με πολυπύρηνους οστεοκλάστες, και μακροφάγα με κοκκία αιμοσιδηρίνης. Νεοπλασματικά κύτταρα δεν βρέθηκαν. Οι δύο ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με ολική παραθυρεοειδεκτομή (ΠΘΕ, 4 αδένες βάρους 1,94 και 2,46 gr) και εμφύτευση στον υποδόριο λιπώδη ιστό του κοιλιακού τοιχώματος με άμεση κλινική, βιοχημική και στη συνέχεια ακτινολογική αποκατάσταση. Επτά και 3 μήνες μετά την ΠΘΕ, παρατηρείται επασβεστώση της λυτικής εστίας, ενώ η PTH του ορού είναι 8,4pg/ml στην πρώτη και 7,2 pg/ml στην δεύτερη ασθενή (φ.τ. 10-65).

Συζητούνται οι πιθανοί παράγοντες που συνέβαλαν στην εμφάνιση των φαίων όγκων όπως η βαρύτητα του ΔΥΠΘ, η διάρκεια της ΧΝΑ, το φύλο, η επίδραση των κακώσεων κ.α. και τα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα.

Ο ΜΟΝΙΜΟΣ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΣ ΚΑΘΗΤΡΑΣ ΣΑΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Π. ΑΛΗΒΑΝΗΣ, Β. ΔΕΡΒΕΝΙΩΤΗΣ, Α. ΧΑΤΖΗΜΠΑΛΟΓΛΟΥ, Σ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Ι. ΚΑΤΣΑΡΑ, Ε. ΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ, Ζ. ΜΠΗΔΙΟΥ, Δ. ΓΚΡΕΚΑΣ, Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ.

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Α' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ

Την τελευταία τετραετία στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ τοποθετήθηκε χειρουργικά μόνιμος καθετήρας τύπου Demers στο δεξιά κόλπο της καρδιάς λόγω αδυναμίας δημιουργίας εσωτερικής αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας σε 7 χρόνια αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Από τους ασθενείς 3 ήταν άνδρες και 4 γυναίκες, ηλικίας 50 έως 67 χρόνων, με μέση ηλικία 60 έτη. Ο μέσος χρόνος λειτουργίας των καθετήρων ήταν 16 μήνες (11-26 μήνες) και στο διάστημα αυτό οι ασθενείς υποβλήθηκαν συνολικά σε 1368 συνεδρίες αιμοκάθαρσης. Η αιμοκάθαρση γινόταν με την τεχνική της μίας βελόνας και η παροχή του αίματος στο φίλτρο κυμαινόταν από 150 έως 200 ml/min. Η κάθαρση της ουρίας, που μετρήθηκε μία ώρα μετά τη σύνδεση του ασθενούς, ήταν $102,2 \pm 12,3$ ml/min και το ποσοστό επανακυκλοφορίας $17,3 \pm 6,2\%$. Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε επιπλοκές κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης του καθετήρα. Σε δύο ασθενείς ο καθετήρας θρομβώθηκε, στον ένα χρειάστηκε να αντικατασταθεί ενώ στον άλλο συνέχισε να λειτουργεί μετά από επιτυχή θρομβόλυση με ουρακινάση. Οι 6 από τους 7 ασθενείς παρουσίασαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο επιμόλυνσης του σημείου εξόδου του καθετήρα από το δέρμα (συνολικά 8 επιμολύνσεις), ενώ 2 από τους 7 παρουσίασαν συνολικά 3 επεισόδια βακτηριαιμίας. Στον ένα από αυτούς τους ασθενείς χρειάστηκε να αφαιρεθεί ο καθετήρας. Τα μικρόβια που απομονώθηκαν στις καλλιέργειες ήταν διάφορα στελέχη του σταφυλοκόκκου και κυρίως ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος. Αντιμετωπίστηκαν με επιμελή καθαρισμό του σημείου εξόδου και τη χορήγηση αντιβιοτικών συστηματικά. Συμπεραίνουμε ότι η χρησιμοποίηση του μόνιμου υποκλειδίου καθετήρα αποτελεί ασφαλή εναλλακτική μέθοδο αγγειακής προσπέλασης για τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΤΕΡΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΚΤ/Υ)

Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Γ. ΣΦΑΙΡΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Α. ΜΑΛΛΙΔΟΥ, Α. ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ, Ν. ΠΑΠΑΓΑΛΑΝΗΣ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ.

Νεφρολογικά Τμήματα Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ», και Ερυθρού Σταυρού Αθηνών.

Ο δείκτης κάθαρσης ουρίας (ΚΤ/Υ) χρησιμοποιείται ευρέως σήμερα για την εκτίμηση της επάρκειας της αιμοκάθαρσης (HD). Την τελευταία δεκαετία έχουν προστεθεί διάφοροι μέθοδοι προσδιορισμού του.

Με σκοπό να γίνει σύγκριση των παλαιότερων (απλούστερων στον υπολογισμό) μεθόδων με τις νεότερες, μελετήσαμε 60 σταθεροποιημένους ασθενείς-ανουρικούς- σε χρόνο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Η ηλικία τους ήταν από 15-76 έτη και βρισκόταν σε πρόγραμμα HD για 10-184 μήνες.

Συγκρίθηκαν οι παρακάτω μέθοδοι προσδιορισμού του ΚΤ/Υ:

$$(α) \text{ΚΤ/Υ}_{(1)} = C_1 - C_2 / C_3$$

$$(β) \text{ΚΤ/Υ}_{(2)} = 0.04 \times \text{PRU} - 1.2$$

$$(γ) \text{ΚΤ/Υ}_{(3)} = -\ln(R_1 - 0,03) + (4 - 3,5 \times R_1) \text{UF/W}$$

$$(δ) \text{ΚΤ/Υ}_{(4)} = -\ln(R_2 - 0,03) + (4 - 3,5 \times R_2) \text{UF/W}$$

όπου PRU = % πτώση ουρίας $R_1 = C_2/C_1$
 $R_2 = C_4/C_1$ UF= υπερδιήθημα

W= βάρος μετά HD

C_1, C_3, C_2, C_4 = συγκέντρωση ουρίας προ, μέσον, 1-2'

και 30' μετά HD αντίστοιχα.

Η σύγκριση των μεθόδων έγινε ως προς την παράμετρο PRU και έδειξε: ΚΤ/Υ₍₁₎ (r=0,87), ΚΤ/Υ₍₂₎ (r=1,0), ΚΤ/Υ₍₃₎ (r=0,98), ΚΤ/Υ₍₄₎ (r=0,92). Εάν και οι δείκτες μεταξύ τους διέφεραν στατιστικά σημαντικά, ο συντελεστής συσχέτισής τους με τη PRU ήταν πολύ ισχυρός (=0,9). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών μας (93%) παρουσίαζε PRU > 50% ενώ 80% των ασθενών είχε ΚΤ/Υ₍₄₎ > 0,9.

Συμπερασματικά: Ενώ οι νεότερες μέθοδοι εκτίμησης επάρκειας κάθαρσης, που χρησιμοποιούν περισσότερες παραμέτρους για τον υπολογισμό της, θεωρούνται πιο αντιπροσωπευτικές, οι παλαιότερες μέθοδοι, (απλούστερες στον υπολογισμό τους) μπορούν να χρησιμοποιηθούν ισάξια στην καθημερινή κλινική πράξη.

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΧΩΡΙΣ ΗΠΑΡΙΝΗ.

Σ. ΣΠΑΪΑ, Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Ε. ΜΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ, Θ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΓΚΟΥΒΑ, Β. ΡΑΪΚΟΥ, Μ. ΠΑΖΑΡΛΟΓΛΟΥ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ, Θεσσαλονίκη.

Είναι γνωστό ότι συχνά εμφανίζονται λόγοι που καθιστούν τη χρήση ηπαρίνης στην αιμοκάθαρση ανεπιθύμητη ή απαγορευτική και οδηγούν στην επιλογή άλλων μεθόδων με μειωμένη ή καθόλου χρήση ηπαρίνης.

Μια τέτοια εναλλακτική μέθοδο μελετήσαμε στην εργασία μας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιούνται 20.000 μονάδες κλασσικής ηπαρίνης σε 2 λίτρα φυσιολογικού ορού, για να εκπλυθεί το φίλτρο, αντί του κλασσικού τρόπου ηπαρινισμού φίλτρων και γραμμών. Κατόπιν χορηγούνται 500ml φυσιολογικού ορού για να απομακρύνουν ό,τι ελεύθερη ηπαρίνη υπάρχει και αρχίζει η συνεδρία αιμοκάθαρσης χωρίς να χορηγηθεί στη διάρκειά της επιπλέον αντιπηκτικό. Μετρήθηκαν χρόνος ροής-πίξης, χρόνος προθρομβίνης, χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης, ινωδογόνο και εκτιμήθηκε το αποτέλεσμα σε σύγκριση με άλλη μέθοδο αιμοκάθαρσης χωρίς ηπαρίνη (δηλ. τακτικά ξεπλύματα με φυσιολογικό ορό). Οι υπόλοιπες συνθήκες της συνεδρίας παρέμειναν σταθερές για κάθε ασθενή.

ΥΛΙΚΟ: Έγιναν 513 συνεδρίες χωρίς χρήση ηπαρίνης σε διάστημα 18 μηνών, εκ των οποίων οι 405 σύμφωνα με την προτεινόμενη μέθοδο (μέθοδος Α) και 108 με τη χρήση αποκλειστικά φυσιολογικού ορού για τακτική έκπλυση φίλτρου (μέθοδος Β). Από τις 405 συνεδρίες με τη μέθοδο Α οι 315 έγιναν σε 2 ασθενείς, για την αντιμετώπιση έντονου κνησμού που αποδόθηκε στη χρήση ηπαρίνης, ενώ οι υπόλοιπες έγιναν περιστασιακά σε περιπτώσεις που η ηπαρίνη ήταν ανεπιθύμητη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στις συνεδρίες αιμοκάθαρσης με την προτεινόμενη μέθοδο Α δεν εμφανίσθηκαν ιδιαίτερα προβλήματα πηκτικότητας. Σε 3 περιπτώσεις (0,75%) χρειάστηκε αλλαγή φλεβικής γραμμής στο μέσον της συνεδρίας ενώ αντίθετα στις συνεδρίες με τη μέθοδο Β χρειάστηκαν 7 αλλαγές φλεβικής γραμμής (ποσοστό 6,5%). Πίγματα στην παγίδα, που δεν εμπόδισαν τη συνεδρία αιμοκάθαρσης, παρουσιάστηκαν στο 20% της μεθόδου Α και στο 30% της μεθόδου Β. Καμία από τις παραμέτρους του πηκτικού μηχανισμού που ελέγχθηκαν δεν βρέθηκε επηρεασμένη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η προτεινόμενη μέθοδος (ηπαρινισμός του φίλτρου

χωρίς επιπλέον χορήγηση ηπαρίνης) είναι απλή και αποδεικνύεται αποτελεσματική για τις περιπτώσεις εκείνες που η χρήση ηπαρίνης είναι ανεπιθύμητη.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΜΕ rHuEPO ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΩΣ ΦΟΡΕΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C.

ΔΟΥΜΑΣ Λ. ΜΠΟΥΤΟΠΟΥΛΟΣ Ι. ΠΑΪΚΟΠΟΥΛΟΥ Α. ΠΑΡΙΣΗΣ Χ. ΤΣΕΡΚΕΖΗΣ Γ., ΜΑΚΡΥΝΙΩΤΟΥ Ι. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ Ν. ΜΠΕΗ Γ.

Νεφρολογική Κλινική και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού 7ου Νοσοκομείου ΙΚΑ

Είναι γνωστό ότι το ήπαρ αποτελεί την βασική πηγή εξωνεφρικής παραγωγής ερυθροποιητίνης η οποία και αυξάνεται σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις του οργάνου. Το γεγονός αυτό αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον όταν πρόκειται για ασθενείς τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας στους οποίους η αναίμια είναι το πλέον σταθερό και σοβαρό πρόβλημα, η νεφρική παραγωγή ερυθροποιητίνης είναι ελάχιστη και αντιμετωπίζονται με την χορήγηση rHuEPO. Επιπρόσθετα σήμερα σημαντικός αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι θετικοί στους δείκτες ηπατίτιδας C. Η συνύπαρξη των δύο αυτών προβλημάτων αποτέλεσε την ιδέα της διερεύνησης της ανάγκης χορήγησης ανασυνδυασμένης ανθρώπινης ερυθροποιητίνης σε ασθενείς με ηπατίτιδα C και των απαιτούμενων δόσεων σε σχέση με ασθενείς που δεν ήταν φορείς του ιού.

Για τον λόγο αυτό μελετήσαμε τους ασθενείς της μονάδας μας, αφού αποκλείσαμε για ευνόητους λόγους ασθενείς με πολυκυστική νόσο των νεφρών, ασθενείς θετικούς σε ηπατίτιδα B και ασθενείς με άλλα ηπατικά νοσήματα. Έτσι στην μελέτη περιλήφθηκαν 71 ασθενείς, 35 άνδρες και 36 γυναίκες διάμεσης ηλικίας 63 ετών (25-82). Η βασική νόσος ήταν σε 33 χρόνια σπειραματονεφρίτιδα, σε 21 χρόνια διάμεση νεφρίτιδα, σε 9 διαβητική νεφροπάθεια σε 7 άγνωστη και σε έναν αμυλοειδωση. Ευρίσκοντο σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης 51 μήνες (2-194) ενώ 16 από αυτούς, δηλαδή ποσοστό 22,5% ήταν φορείς ηπατίτιδας C. Από το σύνολο των ασθενών 49, ποσοστό 69% ευρίσκοντο σε θεραπεία με rHuEPO. Η σχέση αυτή στους αρνητικούς σε ηπατίτιδα C ήταν 41 από 55 ασθενείς ή ποσοστό 74,5% ενώ στους θετικούς σε ηπατίτιδα C ήταν 8 από 16 ασθενείς ή ποσοστό 50%. Η μέση εβδομαδιαία δόση της πρώτης ομάδας ήταν $6341,5 \pm 2603,9$, στην δεύτερη ομάδα ήταν 4500 ± 1414 ενώ στο σύνολο των ασθενών $6040 \pm 2603,9$.

Από την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων μας προκύπτει ότι το ποσοστό των ασθενών που απαιτούν θεραπεία με rHuEPO είναι οριακά χαμηλότερο σε ασθενείς θετικούς σε ηπατίτιδα C σε σχέση με τους αρνητι-

κούς ενώ η απαιτούμενη δόση είναι σημαντικά χαμηλότερη.

Συμπέρασμα: Μικρότερος αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και είναι θετικοί σε ηπατίτιδα C απαιτεί θεραπεία της αναίμιας με ανασυνδυασμένη ανθρώπινη ερυθροποιητίνη σε σχέση με τους αρνητικούς και αν απαιτηθεί θεραπεία οι δόσεις στις οποίες απαντούν είναι σημαντικά μικρότερες. Το γεγονός αυτό πρέπει να εκτιμάται κατά την έναρξη θεραπείας της αναίμιας με ερυθροποιητίνη.

ΣΥΝΘΕΣΗ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΙΣΤΟΥ ΣΕ ΛΙΠΑΡΑ ΟΞΕΑ, ΒΙΤΑΜΙΝΗ Ε ΚΑΙ ΛΙΠΙΔΙΑ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΚΑΘΑΡΣΗ ΚΑΙ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΜΑΡΤΥΡΕΣ.

ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΕΜΜ.¹, ΚΟΥΝΑΛΗ Δ.², ΤΟΡΝΑΡΙΤΗΣ Μ.², ΜΕΛΕΣΣΑΝΑΚΗ Μ.¹, ΑΝΑΣΤΑΣΟΥ Α.², ΠΑΠΠΑ Κ.¹, ΚΡΙΚΟΥ Λ.¹, ΚΑΣΩΤΑΚΗΣ Γ.¹, ΝΙΚΟΛΑΚΑΚΗΣ Ν.¹, ΚΑΦΑΤΟΣ Α.².

(1) Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.

(2) Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής Τομέας Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής.

Το ελαιόλαδο, ως διατροφική πηγή λιπιδίων, περιέχει ιδανικό ποσοστό απαραίτητων λιπαρών οξέων. Μετρήσαμε τα επίπεδα της βιταμίνης Ε και αναλύσαμε τον υποδόριο ιστό σε λιπαρά οξέα, σε σχέση με τα λιπίδια ορού, σε 15 ασθενείς σε περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ), 15 ασθενείς υπό αιμοκάθαρση (ΑΚ) και 27 υγιείς μάρτυρες (Μ). Όλοι ακολουθούσαν δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας σε ελαιόλαδο. Στους ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση, η μέση τιμή ολικής χοληστερόλης ορού ($279 \text{ mg/dl} \pm 101$), τα τριγλυκερίδια ($234 \text{ mg/dl} \pm 181$) και η HDL-C (49 ± 22), βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα ($p < 0,05$) σε σύγκριση με εκείνα των ασθενών υπό αιμοκάθαρση (158 ± 46 , 146 ± 73 , 43 ± 18 αντιστοίχως) και των μαρτύρων (227 ± 38 , $144,4 \pm 78$, 43 , 1 ± 11 αντιστοίχως). Οι τιμές των λιπιδίων ορού στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση και στους μάρτυρες δεν είχαν σημαντική διαφορά. Το εκατοστιαίο ποσοστό πρόσληψης ενέργειας από πολυακόρεστο λίπος (PUFA), ήταν σημαντικά υψηλότερο στους ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση (4 ± 2) συγκριτικά με εκείνο των μαρτύρων ($2,9 \pm 1,5$). Η αντιοξειδωτική βιταμίνη Ε ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση ($2,3 \pm 1,3$) συγκριτικά με αυτούς υπό αιμοκάθαρση ($1,1 \pm 1,3$) και τους μάρτυρες ($1,2 \pm 0,3$). Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι, για όλες τις ομάδες, τα υψηλά επίπεδα HDL συσχετίζονταν με υψηλό ποσοστό ελαϊκού οξέος στον υποδόριο ιστό και η βιταμίνη Ε συσχετίζονταν θετικά με τα τριγλυκερίδια και αντιστρόφως με την HDL. Στους ασθενείς υπό περιτοναϊκή κάθαρση και αιμοκάθαρση α) Υπήρχε ισχυρή, θετική συσχέτιση της HDL με το ελαϊκό οξύ β) Η βιταμίνη Ε συσχετίζονταν θετικά με το ποσοστό λινολεϊκού οξέος και με τα κεκορεσμένα (SFA) και υπήρχε αρνητική συσχέτιση με το ποσοστό ελαϊκού οξέος γ) Το ελαϊκό οξύ συσχετίζονταν με χαμηλό ποσοστό λινολεϊκού οξέος και κεκορεσμένων. Στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση α) Τα υψηλά επίπεδα

HDL συσχετίζονταν με χαμηλά επίπεδα λινολεϊκού οξέος β) Τα υψηλά επίπεδα ελαϊκού οξέος και χαμηλά επίπεδα κεκορεσμένων (C 160) και γ) Το λινολεϊκό οξύ συσχετίζονταν αρνητικά με τη βιταμίνη Ε. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι υπήρχαν τεράστιες διαφορές στο προφίλ των λιπαρών οξέων, που δεν θα μπορούσαν να εξηγηθούν με τη διατροφική πρόσληψη.

ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ.

Κ. ΒΙΡΒΙΔΑΚΗΣ*, Ε. ΓΕΩΡΓΙΟΥ**, Σ. ΒΟΥΔΙΚΛΑΡΗ***, Γ. ΔΟΥΣΚΑΣ**, Σ. ΚΑΤΣΟΥΔΑΣ***, Θ. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ*, Χ. ΠΡΟΥΚΑΚΗΣ**.

Γ' Παθολογική Κλινική* και Τμήμα Ιατρικής Φυσικής** του Πανεπιστημίου Αθηνών και Νεφρολογικό Τμήμα *** Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Αθηνών.

Με την χρήση απορροφησιμετρίας διπλής δέσμης φωτονίων (DEXA, Hologic-2000) μετρήθηκε η σύσταση του σώματος πριν και αμέσως μετά μια τυπική συνεδρία αιμοκάθαρσης σε 20 ασθενείς, 9 άνδρες και 11 γυναίκες ηλικίας 37 έως 78 ετών (μέση τιμή 58,85 έτη), οι οποίοι υποβάλλονταν σε χρόνια εξωνεφρική κάθαρση με τεχνητό νεφρό για 9 έως 242 μήνες (μέση τιμή 68,20 μήνες). Τα αποτελέσματα (σε g) της οστικής μάζας (BMC), του λίπους (F) και της μυϊκής μάζας (L) στο σύνολο όπως και για τον κορμό και κάθε άνω και κάτω άκρο ξεχωριστά συγκρίθηκαν με δεδομένα από αντίστοιχο δείγμα φυσιολογικού Ελληνικού πληθυσμού. Μετρήθηκε επίσης η οστική πυκνότητα (BMD) και τα αποτελέσματα εκφράστηκαν ως Z-score. Η μέση τιμή \pm SD πριν την αιμοκάθαρση του λόγου BMC/L ($4,14 \pm 1,04\%$) και της BMD ($1,0 \pm 0,1$) ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια. Παχυσαρκία ($F > 33\%$) υπήρχε σε 6 από τις 11 γυναίκες και σε κανένα από τους άνδρες. Διαπιστώθηκε τάση για χαμηλότερες τιμές BMD όσο μεγαλύτερος ήταν ο χρόνος της αιμοκάθαρσης. Κατά την αιμοκάθαρση οι ασθενείς έχασαν (μέση τιμή \pm SD) $8,01 \pm 2,37\%$ της L ($P < 0,01$). Οι αλλαγές της BMC και του F δεν ήταν σημαντικές. Συμπερασματικά: (1) Δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές στην οστική μάζα όπως αυτή μετρήθηκε με DEXA στους ασθενείς σε χρόνια εξωνεφρική κάθαρση με τεχνητό νεφρό. (2) Παρατηρήθηκε μείωση της μυϊκής μάζας προφανώς λόγω απώλειας ύδατος, όπως μετρήθηκε με DEXA μετά την αιμοκάθαρση, (3) Η κατάσταση ενυδάτωσης πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν εκτιμάται η σύσταση του σώματος με DEXA.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ L-ΚΑΡΝΙΤΙΝΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Κ. ΜΑΥΡΟΜΜΑΤΙΔΗΣ¹, Θ. ΦΡΑΓΓΙΑ², Χ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ², Χ. ΦΥΤΙΛΗ³, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ¹.

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού¹, Αιματολογικό² και Βιοχημικό³ Εργαστήριο, ΓΠΝ «Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»

Μελετήθηκε η επίδραση της L-καρνιτίνης στα λιπίδια του ορού 13 αιμοκαθαίρομενων ασθενών (7Α, 6 Γ) ηλικίας από 31 έως 78 χρόνων (Δ.Τ. = 64 χρόνια), που ήταν σε πρόγραμμα χρόνιας αιμοκάθαρσης (ΑΚ) από 8 έως 123 μήνες (Μ.) = $54 \pm 34,2$). Κανείς απ' αυτούς δεν έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη και όλοι υποβάλλονταν σε ΑΚ με διάλυμα διπτανθρακικών. Δύο ασθενείς εμφάνισαν έντονες αλλεργικές αντιδράσεις κατά την πρώτη χορήγηση του φαρμάκου, οπότε και εξαιρέθηκαν από τη μελέτη, μια απεβίωσε 8 μήνες μετά την έναρξη της μελέτης, ενώ 2 ακόμα ασθενείς μεταμοσχεύστηκαν. Τελικά μελετήθηκαν πλήρως 8 ασθενείς (5Α, 3Γ), ηλικίας 31 έως 69 χρόνων (Δ.Τ: 64 χρόνια). Η L-καρνιτίνη χορηγήθηκε ενδοφλεβίως στο τέλος κάθε συνεδρίας αιμοκάθαρσης για διάστημα 6 μηνών, σε δόση 40mg/kg Σ.Β. (διακύμανση από 2,5 - 3,5 gr Μ.Ο. = $3,3 \pm 0,7$). Από τους 8 ασθενείς που περιλήφθηκαν στη μελέτη 6 έπαιρναν ερυθροποιητίνη ενδοφλεβίως σε δόση 2000 U / συνεδρία, ένας αντιλιπιδαιμικό φάρμακο (κεφιπροζόλη 600mg /ημέρα), τόσο πριν τη μελέτη όσο και κατά τη διάρκειά της, ενώ όλοι έπαιρναν δεσμευτικά του φωσφόρου και σύμπλεγμα βιταμινών Β ενδοφλεβίως μετά το τέλος κάθε συνεδρίας. Κανείς δεν έπαιρνε άλλα φάρμακα με επίδραση στα λιπίδια του ορού. Προσδιορίστηκαν 2 φορές πριν από τη χορήγηση του φαρμάκου, στο τέλος της βμηνης χορήγησής του και 3 μήνες μετά την διακοπή του, τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, της HDL-χοληστερόλης (HDL2- χοληστερόλη και HDL3-χοληστερόλη), της LDL-χοληστερόλης, της απολιποπρωτεΐνης Α1, της απολιποπρωτεΐνης Β και της λιποπρωτεΐνης α-LP(a). Υπολογίστηκε επίσης και το μέσο ξηρό Σ.Β. των ασθενών τόσο πριν όσο και στους 6 και 9 μήνες από την έναρξη χορήγησης του φαρμάκου.

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων (paired t-test και ANOVA), δεν έδειξε καμία μεταβολή στις παραμέτρους που μελετήθηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Συμπεραίνεται ότι η ενδοφλέβια χορήγηση της L-καρνιτίνης σε δόση 40

mg/kg Β.Σ. στο τέλος κάθε συνεδρίας αιμοκάθαρσης και για διάστημα 6 μηνών δεν επηρεάζει τα επίπεδα των λιπιδίων του ορού αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, τα οποία παραμένουν αμετάβλητα ακόμη και 3 μήνες μετά τη διακοπή του φαρμάκου.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ