

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

52η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
12 - 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1996
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

52η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

**ΑΙΘΟΥΣΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
12 - 13 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1996
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Τρίτη 12 Νοεμβρίου 1996

- 09.15 - 11.00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
- 11.00 - 11.15 Διάλειμμα - Καφές
- 11.15 - 12.45 Συζήτηση Στρογγύλης Τράπεζας
- 12.45 - 14.45 Γενική Συνέλευση
Ενωσης Ελλήνων Νεφρολόγων
- 18.00 - 19.55 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
- 19.55 - 20.15 Διάλειμμα - Καφές
- 20.15 - 21.00 Διάλεξη στη μνήμη Δ. Βαλτή
- 22.00 Δείπνο

Τετάρτη 13 Νοεμβρίου 1996

- 09.15 - 11.15 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
- 11.15 - 11.30 Διάλειμμα - Καφές
- 11.30 - 13.30 Γενική Συνέλευση
Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας



Α. Σμύνη - Σ. Χατζηγιάννου Ο.Ε.
Εκδόσεις, Μαγειρεία στα ελληνικά
Ομήρου 10 - Ν. Εγνατία 202 γενικά Θεσσαλονίκη,
τηλ. 861044, Fax 850180

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Τρίτη 12 Νοεμβρίου 1996

- 09.15 - 11.00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Β. ΟΡΘΟΠΟΥΛΟΣ
Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ
- 09.15 - 09.25 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΟΥΡΑΙΜΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΙΦΝΙΔΙΟ ΘΑ-
ΝΑΤΟ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑ-
ΦΙΑ ΣΥΜΨΗΦΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΣΗΜΑΤΩΝ
Φ. ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ, Θ. ΜΠΙΣΧΙΝΙΩΤΗΣ, Β.
ΒΑΡΓΕΜΕΖΗΣ, Δ. ΧΑΤΣΕΡΑΣ, Γ. ΒΑΓΙΩ-
ΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ
Θεσ/νίκης.
Στην εργασία αυτή απονεμήθηκε το Βραβείο
Ιπποκράτη Γιατζίδη.
- 09.25 - 09.35 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΠΡΩΤΕΙΝΙΚΟΥ
ΚΑΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ (nPCR) ΜΕ ΜΑΘΗΜΑ-
ΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕ-
ΘΟΔΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ (DDQ)
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Π. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ, Μ.
ΕΛΙΣΑΦ, Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Ε.
ΚΟΛΙΟΥΣΗ, Α. ΚΑΤΣΑΡΑΚΗ, Κ. Χ. ΣΙΑ-
ΜΟΠΟΥΛΟΣ
Νεφρολογικό Τμήμα Περιφερειακού Πανεπι-
στημιακού Γεν. Νοσοκομείου Ιωαννίνων.
- 09.35 - 09.45 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΡΙΩΝ
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΑ
ΛΙΠΙΔΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕ-
ΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
Σ. ΣΠΑΪΑ, Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ,

Μ. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ, Ι. ΤΣΟΥΧΝΙΚΑΣ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Θ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ-Θεσ/νίκης.

- 09.45 - 09.55 **Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΙΡΙΜΟΧ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΔΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ (α) ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**
Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ¹, Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ¹, ΧΡ. ΦΥΤΙΛΗ², Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ¹

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού¹ και Μικροβιολογικό Εργαστήριο² Γ.Π.Ν "Γ. Παπανικολάου" Θεσ/νίκης.

- 09.55 - 10.05 **ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΕΝΔΟΔΕΡΜΙΚΗ Ή ΕΝΔΟΜΥΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ; ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΤΗΣΙΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ**

Γ. ΤΣΙΡΠΑΝΛΗΣ¹, Ν. ΚΑΠΕΡΩΝΗΣ¹, ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ¹, Ι. ΠΑΝΗ¹, Γ. ΜΠΟΥΓΑΤΣΟΣ¹, Α. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ¹, Α. ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ¹, Μ. ΜΗΚΑ², Σ. ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ², Β. ΟΡΘΟΠΟΥΛΟΣ¹

Νεφρολογική Κλινική¹, Μικροβιολογικό Εργαστήριο², 6ου Νοσοκομείου ΙΚΑ Αθηνών.

- 10.05 - 10.15 **ΚΟΣΤΟΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ: ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ**

Δ. ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ¹, Δ. ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ², Λ. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ²

Νεφρολογική Κλινική, Πανεπιστημίου Αθηνών Αρεταίειο Νοσοκομείο¹ και Εργαστήριο

Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών².

- 10.15 - 10.25 **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΛΑΒΑΝΩΝ ΥΠΗΚΩΩΝ ΜΕ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ**

Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ¹, Α. ΑΝΔΡΙΚΟΣ³, Γ. ΣΦΑΙΡΟΠΟΥΛΟΣ³, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ¹, Ι. ΚΩΣΤΙΜΠΙΑ³, Ρ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ¹, Σ. ΔΗΜΟΥ², Μ. ΠΑΠΠΑΣ³, Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ¹

Νεφρολογικό Τμήμα¹ και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο² Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου και Νεφρολογικό Τμήμα³ Περιφερειακού Γεν. Νοσοκομείου "Γ. Χατζηκώστα" Ιωαννίνων.

- 10.25 - 11.00 Συζήτηση

- 11.00 - 11.15 Διάλειμμα - Καφές

- 11.15 - 12.45 Συζήτηση Στρογγύλης Τράπεζας

Θέμα : Φάρμακα και νεφρική βλάβη

Συντονιστής : Β. ΒΑΡΓΕΜΕΖΗΣ

Ομιλητές : Π. ΠΑΣΑΔΑΚΗΣ
Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ
Κ. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ
Ι. ΜΠΟΛΕΤΗΣ

- 12.45 - 14.45 Γενική Συνέλευση
Ενώσης Ελλήνων Νεφρολόγων

- 18.00 - 19.55 **Ελεύθερες Ανακοινώσεις**
Προεδρείο : Ν. ΝΙΚΟΛΑΚΑΚΗΣ
 Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ
- 18.00 - 18.10 **ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΥΦΟΜΥΚΗΤΑ FUSARIUM ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ)**
 Γ. ΒΙΣΒΑΡΔΗΣ¹, Ε. ΜΠΙΜΠΑΣΗ², Μ. ΣΤΑΓΚΟΥ¹, Α. ΚΑΤΣΑΒΕΛΗ², Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ¹, Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ¹, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ¹
 Νεφρολογικό Τμήμα ΑΠΘ¹ και Μικροβιολογικό Εργαστήριο² Γ.Π.Ν. "Ιπποκράτειο" Θεσ/νίκης.
- 18.10 - 18.20 **ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**
 Χ. ΠΑΤΣΙΑΣ, Κ. ΚΑΤΣΙΟ, Μ. ΖΑΒΡΟΣ, Α. ΧΡΥΣΟΧΟΣ, Α. ΠΙΕΡΙΔΗΣ
 Νεφρολογικό Τμήμα, Χειρουργικό Τμήμα, Γεν. Νοσ. Λευκωσίας.
- 18.20 - 18.30 **ΒΑΡΕΙΑ ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ**
 Γ. ΜΠΑΜΙΧΑΣ, Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Γ. ΚΑΡΚΑΒΕΛΑΣ, Π. ΧΥΤΙΡΟΓΛΟΥ, Σ. ΚΑΠΟΥΛΑΣ, Σ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, ΑΧ. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ
 Νεφρολογικό Τμήμα Α' Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.
- 18.30 - 18.40 **ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΞΕΝΙΣΤΗ (GVHD) ΜΕΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ (ΜΜΟ)**

Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ¹, ΑΧ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ², Ι. ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ², Α. ΑΣΗΜΑΚΗ¹ ΑΘ. ΦΑΣΑΣ², Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ¹

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού¹ και Αιματολογικό Τμήμα² Γ.Π.Ν "Γ.Παπανικολάου" Θεσ/νίκης.

- 18.40 - 18.50 **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΜΕΣΑ Ή ΕΜΜΕΣΑ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**
 Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Α. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Π. ΚΥΡΙΚΛΙΔΟΥ, Μ. ΣΤΑΓΚΟΥ, Ζ. ΠΟΛΥΜΕΝΙΔΗΣ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
 Νεφρολογικό Τμήμα ΑΠΘ, Γ.Π.Ν. "Ιπποκράτειο" Θεσ/νίκης.
- 18.50 - 19.05 **Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**
 Μ. ΣΑΡΡΗΣ, Α. ΛΑΓΓΟΥΡΑΝΗΣ
 Υπηρεσία Συντονισμού και ελέγχου Εξωνεφρικής Κάθαρσης και Μεταμοσχεύσεων.
- 19.05 - 19.20 **ΕΤΗΣΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΘΝΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 1996**
 Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ, Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ
 Εκ μέρους της Επιτροπής Οργάνωσης Εθνικού Αρχείου Νεφροπαθών.
- 19.20 - 19.55 **Συζήτηση**

19.55 - 20.15 Διάλειμμα - Καφές

20.15 - 21.00 Διάλεξη στη μνήμη Δ. Βαλτή
Προεδρείο : Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ

Θέμα : "The effect of the CANUSA study on
the practice of peritoneal dialysis"

Ομιλητής : Δ. ΩΡΑΙΟΠΟΥΛΟΣ

22.00 Δείπνο

Τετάρτη 13 Νοεμβρίου 1996

09.15 - 11.15 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο : Η. ΜΠΑΛΑΣΚΑΣ
Δ. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΟΣ

09.15 - 09.25 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣ-
ΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ WEIL. ΑΝΑΦΟ-
ΡΑ ΣΕ 7 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ
Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ¹, Κ. ΓΚΟΓΚΟΣ², Β.
ΚΑΡΑΛΗ², Ε. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ¹, Γ. ΑΝ-
ΔΡΟΥΛΑΚΗΣ¹, Μ. ΠΑΓΚΑΛΟΣ³, Κ. ΣΟ-
ΜΠΟΛΟΣ¹
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού¹, Β' Παθολογικό²
και Α' Παθολογικό Τμήμα³ Γ.Π.Ν "Γ. Παπα-
νικολάου" Θεσ/νίκης.

09.25 - 09.35 ΠΟΡΦΥΡΑ HENOCHE - SCHONLEIN ΜΕ
ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ)
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ (ΕΦ) ΧΟΡΗ-
ΓΗΣΗ BANKOMYΚΙΝΗΣ. (ΕΞΕΛΙΞΗ IgA
ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΠΟΡΦΥΡΑ HENOCHE
- SCHONLEIN;)
Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Α. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΑΡΩ-
ΝΗ, Π. ΚΑΡΑΜ, Ι. ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΣ,
Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Θ. ΔΟΣΙΟΣ, ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Λαϊκού Νοσο-
κομείου Αθηνών, Θωρακοχειρουργικό Τμήμα
Β' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής
και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Πανε-
πιστημίου Αθηνών.

09.35 - 09.45 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ
ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ (ΕΦ) ΧΟΡΗΓΗΣΗ
ΠΟΛΥΚΛΩΝΙΚΗΣ ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ G
(IgG)
Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Α. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Ι. ΣΤΑΥ-

ΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΑΥΔΙΚΟΥ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών.

09.45 - 09.55 **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΟΡΓΑΝΟΦΩΣΦΟΡΙΚΟΥΣ ΕΣΤΕΡΕΣ ΣΤΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

Α. ΠΑΠΑΔΟΓΙΑΝΝΑΚΗΣ, Χ. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. ΨΥΛΛΑΚΗΣ, Β. ΠΑΠΟΥΤΣΑΚΗ, Ε. ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ, Ν. ΛΥΔΑΤΑΚΗ, Ε. ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΣ, Κ. ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Βενιζελείου Νοσοκομείου Κρήτης.

09.55 - 10.05 **ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΕ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΡΑΡΑΚΥΑΤ**

Ε. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗ², Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ¹, Ρ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ¹, Κ. ΣΕΦΕΡΙΑΔΗΣ², Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ¹, Ν. ΣΤΕΡΓΙΟΥ¹, Ο. ΤΣΟΛΑΣ², Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ¹

Νεφρολογικό Τμήμα¹ και Βιοχημικό Εργαστήριο² Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

10.05 - 10.15 **ΥΠΟΣΤΡΟΦΗ ΜΑΖΙΚΗΣ ΟΓΚΟΜΟΡΦΗΣ ΑΣΒΕΣΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΙΣΧΙΟΥ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΛΥΜΑ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΚΑΙ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ**

ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D

Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ¹, Μ. ΤΖΙΑΜΑΛΗΣ², Χ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ¹, Π. ΦΟΥΝΤΑΣ², Α. ΜΠΙΛΛΗΣ¹

Νεφρολογικό Τμήμα Γ.Π.Ν. "Ο Ευαγγελισμός"¹ και Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Κλινικής "Παντοκράτωρ"².

10.15 - 10.25 **RENINΗ ΚΑΙ ΑΛΛΟΣΤΕΡΟΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΑΛΛΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟ ΚΑΙ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Α. ΠΙΕΡΙΔΗΣ, Γ. ΜΙΣΙΔΗΣ, Μ. ΖΑΒΡΟΣ, Π. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ, Φ. ΙΑΚΩΒΟΥ, Χ. ΤΖΙΑΚΟΥΡΗ, Τ. ΧΡΙΣΤΟΦΙΔΗΣ

Τμήματα Νεφρολογίας, Γεν. Χειρουργικής, Διαγν. Ακτινολογίας & Ιστοπαθολογίας Γεν. Νοσ. Λευκωσίας, Τμήμα Μαθηματικής και Στατιστικής Πανεπιστημίου Κύπρου.

10.25 - 10.35 **ΒΙΤΑΜΙΝΗ D (1-α-OH-D₃): ΠΟΙΑ Η ΙΔΑΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΜΚ);**

Ν. ΤΣΙΑΝΑΣ, Δ. ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ
MTN Γ.Ν.Ν. Τρικάλων.

Στην εργασία αυτή απονεμήθηκε το Βραβείο Ιπποκράτη Γιατζίδα.

10.35 - 11.15 **Συζήτηση**

11.15 - 11.30 **Διάλειμμα - Καφές**

11.30 - 13.30 **Γενική Συνέλευση Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας**

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

**ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΟΥΡΑΙΜΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΓΙΑ ΑΙΦΝΙΔΙΟ ΘΑΝΑΤΟ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑ
ΣΥΜΨΗΦΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΣΗΜΑΤΩΝ**

Φ. ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ, Θ. ΜΠΙΣΚΙΝΙΩΤΗΣ, Β. ΒΑΡΓΕΜΕΖΗΣ, Δ. ΧΑ-
ΤΣΕΡΑΣ, Γ. ΒΑΓΓΙΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσ/νίκης.

Με την ανίχνευση όψιμων δυναμικών στο συμπηφιστικό ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΣΗΚΓ) εντοπίζονται οι ασθενείς υψηλού κινδύνου για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Η εφαρμογή του ΣΗΚΓ σε ασθενείς με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ) ήταν ο σκοπός της παρούσας μελέτης.

Το υλικό μας αποτέλεσαν 35 ασθενείς μέσης ηλικίας 61 ετών, με τελικό στάδιο ΧΝΑ σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ) κατά μέσο όρο 14.7 μήνες. Από τους ασθενείς 40% είχαν παλαιό έμφραγμα μυοκαρδίου, 57% αυξημένο καρδιοθωρακικό δείκτη (ΚΘΔ), 60% υπερτροφία αριστερής κοιλίας (ΥΑΚ) και 40% σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ). Την ομάδα ελέγχου αποτέλεσαν 35 φυσιολογικά άτομα. Στο ΣΗΚΓ προσδιορίστηκαν το φιλτραρισμένο QRS (fQRS), η διάρκεια των σημάτων χαμηλού εύρους (LAS) και το μέσο δυναμικό στα τελευταία 40 msec του QRS (RMS).

Αποτελέσματα : (1) Παράταση του fQRS στο σύνολο των ασθενών ($p < 0.001$). (2) Διαφορά στο fQRS ($p < 0.001$) και στο RMS ($p < 0.02$) στους ασθενείς με ΚΘΔ $> 50\%$. (3) Διαφορά στο fQRS ($p < 0.001$), το LAS ($p < 0.05$) και το RMS ($p < 0.02$) στους εμφραγματίες νεφροπαθείς. (4) Το ΣΗΚΓ δεν παρουσίασε συσχέτιση με την ηλικία, το φύλο, το χρόνο στην ΣΦΠΚ, την ΥΑΚ, τον ΣΔ και τα στοιχεία του βιοχημικού ελέγχου των ασθενών.

Συμπεραίνουμε ότι οι νεφροπαθείς παρουσιάζουν παθολογικά ευρήματα στο ΣΗΚΓ ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει παλαιό έμφραγμα ή διάταση της αριστερής κοιλίας. Η παρουσία όψιμων δυναμικών πιθανότατα εκφράζει την μυοκαρδιακή ίνωση της ουραιμικής μυοκαρδιοπάθειας που αποτελεί το αρρυθμογόνο υπόστρωμα για αιφνίδιο καρδιακό θάνατο.

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΟΥ ΚΑΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ (nPCR) ΜΕ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΑΝΑΦΟΡΑΣ (DDQ)

Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Ρ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Ε. ΚΟΛΙΟΥΣΗ, Α. ΚΑΤΣΑΡΑΚΗ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Περιφερειακού Πανεπιστημίου Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Ο δείκτης nPCR αποτελεί μία χρήσιμη κλινική παράμετρο, η οποία σχετίζεται με τη θρέψη και τη διατροφή των ασθενών που βρίσκονται σε χρόνια πρόγραμμα αιμοκάθαρσης (ΑΜΚ). Ο ακριβής υπολογισμός του nPCR στηρίζεται στο ρυθμό παραγωγής ουρίας (UGR) εκτός ΑΜΚ (μεταξύ δύο συνεδριών). Η μέθοδος αναφοράς (DDQ) για τον υπολογισμό του UGR -ως γνωστό- προϋποθέτει τη συλλογή του ολικού διαλύματος της ΑΜΚ. Ως εκ τούτου η DDQ παρουσιάζει τεχνικές δυσκολίες και δεν μπορεί να εφαρμοσθεί στην καθημερινή πράξη. Σκοπός της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί αν ο υπολογισμός του nPCR, με απλά και εύχρηστα στην καθημερινή πράξη μαθηματικά μοντέλα, μπορεί να εκτιμήσει ικανοποιητικά τη θρέψη των νεφροπαθών που υποβάλλονται σε ΑΜΚ. Στη μελέτη έλαβαν μέρος 18 σταθεροποιημένοι το τελευταίο εξάμηνο ασθενείς (14 άνδρες, 4 γυναίκες), ηλικίας 52.8 ± 17.7 (εύρος 17-74) έτη, που βρίσκονταν σε χρόνια πρόγραμμα ΑΜΚ για 32.5 ± 22.7 (εύρος 8-94) μήνες. Όλοι οι ασθενείς είχαν επαρκή ΑΜΚ $Kt/V = 1.41 \pm 0.27$. Σε όλους του ασθενείς έγινε συλλογή του ολικού διαλύματος ΑΜΚ, μέσω του οποίου έγινε ο υπολογισμός του PCR από την εξίσωση: $PCR = (9.35 \times UGR) + (0.294 \times V)$ (V =όγκος κατανομής ουρίας). Στη συνέχεια έγινε αναγωγή του PCR ως προς τη μη λιπώδη μάζα σώματος (nPCR). Επιπρόσθετα, υπολογίσθηκε ο nPCR από τα μαθηματικά μοντέλα:

$$(1) nPCR = [5,420 \times (C_3 - C_2)/t] + 0.17^{(1)}$$

$$(2) nPCR = C_0 / (a + b \times Kt/V + c/Kt/V) + 0.168^{(2)}$$

όπου: C_0 =συγκέντρωση ουρίας στην αρχή της συνεδρίας της ΑΜΚ, C_2 =συγκέντρωση της ουρίας στο χρόνο εξισορρόπησης (30' μετά την ΑΜΚ), C_3 =συγκέντρωση ουρίας στην αρχή της επόμενης συνεδρίας ΑΜΚ, t =χρονική διάρκεια από τον χρόνο εξισορρόπησης (30' μετά την ΑΜΚ) μέχρι την αρχή της επόμενης ΑΜΚ και a , b , c =σταθερές.

Τα αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζονται στον πίνακα:

	DDQ	Μέθοδος 1	Μέθοδος 2
nPCR	1.38 ± 0.24	1.35 ± 0.18	1.28 ± 0.26
	r=0.82		r=0.68
	r=0.89		

Συμπέρασμα: Η χρησιμοποίηση απλών και εύχρηστων μαθηματικών μοντέλων υπολογισμού του nPCR, μπορεί να εφαρμόζεται στην καθ' ημέρα κλινική πράξη, για την εκτίμηση της θρέψης των αιμοκαθαρόμενων ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Depner TA. Semin Dial 1991; 4: 245-252.
2. Depner TA et al. Am J Soc Nephrol 1994; 5: 598.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΡΙΩΝ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΑ ΛΙΠΙΔΙΑ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σ. ΣΠΑΪΔΑ, Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Μ. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ, Ι. ΤΣΟΥΧΝΙΚΑΣ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Θ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ - Θεσ/νίκη.

Το διαταραγμένο λιπιδαιμικό προφίλ των αιμοκαθαιρομένων ασθενών και η συσχέτισή του με αγγειακά νοσήματα διατηρούν την επικαιρότητα στην έρευνα των ρυθμιστικών παραγόντων που μπορούν να βελτιώσουν αυτήν την εικόνα, όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά και με ελάχιστες παρενέργειες. Επίσης η Lp(a) θεωρείται ένας επιπλέον ανεξάρτητος παράγοντας, καρδιαγγειακού κινδύνου, γενετικά προσδιοριζόμενος, ενώ η ύπαρξη επίκτητων ρυθμιστικών παραμέτρων θεωρείται πιθανή.

Στη διερεύνηση κάποιων ανάλογων παραμέτρων αποσκοπεί η παρούσα μελέτη στην οποία ελέγξαμε προοπτικά 3 ομάδες ασθενών, υπό χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση για να εκτιμήσουμε την επίδραση 3 τροποποιητικών παραγόντων στα λιπίδια του ορού των ασθενών αυτών.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην ομάδα Α συμμετείχαν 8 ασθενείς με υπερτριγλυκεριδαιμία στους οποίους χορηγήθηκαν ω3-λιπαρά οξέα, για διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών και σε ελάχιστη δόση 6 γρ. ημερησίων. Στην ομάδα Β συμμετείχαν 7 ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε καρνιτίνη για διάστημα επίσης 3 μηνών σε δόση 2 γρ. ημερησίως. Στην ομάδα Γ συμμετείχαν 8 ασθενείς, οι οποίοι εντάχθηκαν σε πρόγραμμα σωματικής άσκησης τροποποιημένο κατάλληλα. Οι συνθήκες αιμοκάθαρσης παρέμειναν αμετάβλητες στο διάστημα παρακολούθησης (διάλ. διττανθρακικών, ΕΠΟ, βιτ. D, λοιπά φάρμακα). Μετρήθηκαν, μετά 14ωρη νηστεία πριν και μετά το διάστημα παρακολούθησης: ολική χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL-χολ., ApoA, ApoB, Lp(a) και ο αθηρωματικός δείκτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ομάδα Α: Η χορήγηση των ω3-λιπαρών οξέων συνοδεύθηκε σε μεγάλο βαθμό από γαστρικά ενοχλήματα που οδήγησε 3 από τους ασθενείς σε διακοπή του φαρμάκου. Στους υπόλοιπους που περάτωσαν το χρόνο της μελέτης διαπιστώθηκε σημαντική μείωση των τριγλυκεριδίων στον ορό (ΜΤ ± ΣΑ 463±208 mg/dl # 317±179 mg/dl, p<0.05), ενώ οι υπόλοιποι παράμετροι παρέμειναν αμετάβλητες. Ομάδα Β: Στους ασθενείς που χορηγήθηκε καρνιτίνη τα επίπεδα της χοληστερόλης, HDL-χολ., των τριγλυ-

κεριδίων και της Apo Β παρέμειναν αμετάβλητα. Η ApoA παρουσίασε σημαντική μείωση (ΜΤ±ΣΑ 137±21 # 103±7, p<0,005), ενώ η Lp(a) παρουσίασε σημαντική αύξηση στον ορό των ασθενών, μία παρατήρηση που προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον (ΜΤ±ΣΑ 28±14 mg/dl # 44±22 mg/dl, p<0,05). Ομάδα Γ: Παρατηρήσαμε σημαντική βελτίωση των τριγλυκεριδίων στον ορό (ΜΤ±ΣΑ 247±152 mg/dl # 173±101 mg/dl, p<0,05). Επίσης διαπιστώσαμε στην ομάδα αυτή σημαντική μείωση της Lp(a) (ΜΤ±ΣΑ 20±12 mg/dl # 12,5±8 mg/dl, p<0,05), ενώ οι υπόλοιποι δείκτες παρέμειναν αμετάβλητοι.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα αναμενόμενα η χορήγηση των ω3-λιπαρών οξέων είχε ευεργετική επίδραση στα τριγλυκερίδια των ασθενών αλλά δεν γίνεται εύκολα ανεκτή. Η καρνιτίνη, όχι μόνο δε βελτίωσε το λιπιδαιμικό προφίλ (κάτι που έχουν διαπιστώσει και άλλοι), αλλά αντίθετα στη μελέτη μας η χορήγησή της συσχετίσθηκε με μείωση των επιπέδων της ApoA, ενώ αυξήθηκαν τα επίπεδα της Lp(a). Τέλος επιβεβαιώθηκε η ευεργετική επίδραση της σωματικής άσκησης, που είναι ανέδοξη και χωρίς παρενέργειες, στην ομάδα των αιμοκαθαιρομένων ασθενών. Ιδιαίτερα σημαντική θεωρούμε τη μείωση της Lp(a), η οποία από ότι φάνηκε από τη μελέτη μας είναι ένας παράγοντας κινδύνου που δύναται να τροποποιηθεί, κάτι για το οποίο υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΙΡΙΜΟΧ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ (a) ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ¹, Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ¹, ΧΡ. ΦΥΤΙΛΗ², Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ¹

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού¹ και Μικροβιολογικό Εργαστήριο²
Γ.Π.Ν. "Γ. Παπανικολάου" Θεσ/νίκης.

Η λιποπρωτεΐνη-α [Lp(a)] θεωρείται ξεχωριστός παράγοντας κινδύνου για αθηρωμάτωση. Τα επίπεδά της αναφέρεται ότι είναι αυξημένα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, αλλά δεν υπάρχουν μελέτες που να αναφέρονται σε θεραπευτικές παρεμβάσεις με σκοπό τη μείωσή τους. Η παρούσα μελέτη αφορά στον προσδιορισμό της Lp(a) στον ορό αιμοκαθαιρόμενων ασθενών και στην επίδραση του ασίριμοχ, ενός παραγώγου του νικοτινικού οξέος, στα επίπεδά της.

Προσδιορίστηκαν τα επίπεδα της Lp(a) σε 41 αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς (26Α, 15Γ), ηλικίας από 63 έως 71 ετών (ΔΤ=69), που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση από 17 έως 103 μήνες (ΜΟ±ΣΑ=31,6±12,9) και σε 46 φυσιολογικούς μάρτυρες (22Α, 24Γ), ηλικίας από 37 έως 55 ετών (ΔΤ=49). Από τους ασθενείς οι 6 είχαν τιμές > 300 mg/L και για το λόγο αυτό τέθηκαν σε θεραπευτική αγωγή με ασίριμοχ (250 mg/ημέρα). Το φάρμακο χορηγήθηκε για τρεις συνεχόμενους μήνες, διακόπηκε η χορήγησή του τους επόμενους τρεις και επαναχορηγήθηκε για άλλο ένα τρίμηνο. Πριν τη μελέτη και σ' όλο το διάστημά της προσδιορίζονταν εκτός από τα επίπεδα της Lp(a), η αλκαλική φωσφατάση, οι τρανσαμινάσες, η χολερυθρίνη, το ουρικό οξύ και η γλυκόζη του ορού, για τον έλεγχο τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών.

Αρχικά τα επίπεδα της Lp(a) ήταν σημαντικά υψηλότερα στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς έναντι των μαρτύρων (ΜΟ±ΣΑ=318±294 # 101±117, p<0,0001). Στους ασθενείς που έλαβαν ασίριμοχ διαπιστώθηκε σημαντική μείωση των επιπέδων της Lp(a) κατά το πρώτο τρίμηνο λήψης του φαρμάκου (Wilcoxon matched pairs test, p<0,03). Τα επίπεδα αυτά αυξήθηκαν σημαντικά τρεις μήνες μετά τη διακοπή του φαρμάκου (p<0,05) και μειώθηκαν εκ νέου μετά τη δεύτερη 3μηνη λήψη του (p<0,03). Επιπρόσθετα τα επίπεδα της Lp(a) κατά το πέρας των δυο τριμήνων λήψης του φαρμάκου δεν παρουσίασαν διαφορά μεταξύ τους (Πίνακας 1). Κατά τη διάρκεια της μελέτης δεν διαπιστώθηκε καμία εργαστηριακή ή

κλινική ανεπιθύμητη ενέργεια από το φάρμακο.

Πίνακας 1

	ΠΡΟ	3Μ	6Μ	9Μ
Μ.Γ.	1040	678	1200	720
Γ.Κ.	660	620	830	725
Σ.Κ.	960	364	1020	452
Ο.Α.	950	769	1390	730
Λ.Κ.	400	210	400	198
Γ.Σ.	420	414	1330	312
ΜΟ±ΣΑ	738±285	509±214	1028±370	523±235

Συμπεραίνεται ότι τα επίπεδα της Lp(a) είναι σημαντικά υψηλότερα στον ορό των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών σε σχέση με τους φυσιολογικούς μάρτυρες. Τα επίπεδα αυτά φαίνεται να μειώνονται με τη λήψη 250 mg ασίριμοχ κάθε ημέρα, χωρίς μάλιστα ανεπιθύμητες ενέργειες.

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΕΝΔΟΔΕΡΜΙΚΗ Ή ΕΝΔΟΜΥΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΤΗΣΙΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ
 Γ. ΤΣΙΡΠΑΝΛΗΣ¹, Ν. ΚΑΠΕΡΩΝΗΣ¹, ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ¹, Ι. ΠΑΝΗΣ¹, Γ. ΜΠΟΥΓΑΤΣΟΣ¹, Α. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ¹, Α. ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ¹, Μ. ΜΗΚΑΣ², Σ. ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ², Β. ΟΡΘΟΠΟΥΛΟΣ¹

Νεφρολογική Κλινική¹, Μικροβιολογικό Εργαστήριο² 6ου Νοσοκομείου Ι.Κ.Α. Αθηνών.

Η αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού έναντι της ηπατίτιδας Β ποικίλλει στους νεφροπαθείς υπό αιμοκάθαρση. Η ενδοδερμική χορήγηση έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως ως συμπληρωματική της ενδομυϊκής. Συγκριτική μελέτη της αποτελεσματικότητας ενδομυϊκής και ενδοδερμικής χορήγησης του εμβολίου δεν έχει μέχρι σήμερα - απ' ότι γνωρίζουμε - πραγματοποιηθεί σε ευρεία κλίμακα. Στοχεύοντας σ' αυτή τη διερεύνηση μελετήσαμε την ανοσολογική απάντηση 17 οροαρνητικών ασθενών (8 άνδρες, 9 γυναίκες) ηλικίας $49 \pm 3,3$ χρόνων, υπό αιμοκάθαρση για $7,9 \pm 3,1$ μήνες, μετά τη χορήγηση εμβολίου από ανασυνδυασμένο DNA (Engerix B) κατά τους μήνες 0,1,2,6 και 12. Οι οκτώ έλαβαν 40 μg ενδομυϊκά (ομάδα I) και οι εννέα 10 μg ενδοδερμικά (ομάδα II). Πριν από την 5η δόση του εμβολίου (12ος μήνας) τα αποτελέσματα ήταν τα ακόλουθα:

	Σύνολο ασθενών n=17	Ομάδα I (i.m. χορήγηση) n=8	Ομάδα II (i.d. χορήγηση) n=9
no (%) των νεφροπαθών			
Χωρίς απάντηση anti-HBs < 10mIU/ml)	3 (17,6)	2 (25)	1 (11,1)
Μέτρια απάντηση (anti-HBs ≤ 100mIU/ml)	4 (23,5)	1 (12,5)	3 (33,3)
Υψηλή απάντηση (anti-HBs ≥ 100mIU/ml)	10 (58,8)	5 (62,5)	5 (55,6)

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ανταπόκριση μεταξύ της ομάδας I και της ομάδας II (anti-Hbs > 10 IU/ml 75%

έναντι 88,9%). Επίσης δεν διέφερε σημαντικά (pNS) η μέτρια και υψηλή απαντητικότητα μεταξύ των δύο ομάδων. Διαφορές δεν υπήρξαν μεταξύ των απαντητών των δύο ομάδων ως προς το φύλο, την ηλικία, το διάστημα υπό αιμοκάθαρση, το αίτιο της ΧΝΑ, την αλβουμίνη, τον αριθμό των λευκοκυττάρων, τη χορήγηση ερυθροποιητίνης και τη θρέψη. Παρενέργειες δεν παρατηρήθηκαν.

Συμπερασματικά: Η ανοσοποίηση ήταν εξίσου αποτελεσματική και με τους δύο τρόπους εμβολιασμού. Η συνολικά απαιτούμενη ποσότητα εμβολίου κατά την ενδοδερμική χορήγηση ήταν υποτετραπλάσια της αντίστοιχης ενδομυϊκής και κατά συνέπεια προτείνεται.

ΚΟΣΤΟΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ: ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ

Δ. ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ¹, Δ. ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ², Α. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ²

Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο¹ και Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών².

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στον τομέα της Υγείας τα τελευταία χρόνια, είναι οι συνεχώς αυξανόμενες δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες. Οι τεράστιες επενδύσεις για την αγορά του ταχύτατα εξελισσόμενου βιοϊατρικού εξοπλισμού καθώς και οι διάφορες δαπανηρές θεραπευτικές παρεμβάσεις, αποτελούν τους κύριους παράγοντες αύξησης του κόστους. Η αιμοκάθαρση αποτελεί την πλέον διαδεδομένη μέθοδο αντιμετώπισης της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου που συνοδεύεται από υψηλό συνολικό κόστος κυρίως λόγω του διαρκώς αυξανόμενου αριθμού των ασθενών και της συνεχούς τεχνολογικής εξέλιξης της θεραπείας.

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην εκτίμηση του κόστους της αιμοκάθαρσης, επειδή αφενός δεν είναι γνωστό το κόστος της αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα σήμερα και αφετέρου τα δεδομένα που συμβάλλουν σε αυτό (μηχανές, υλικά, αριθμός ασθενών, κλπ) αλλάζουν γρήγορα. Η προσπάθεια αυτή αποτελεί το πρώτο σκέλος μίας εκτενέστερης προοπτικής έρευνας που έχει ως σκοπό την οικονομική αξιολόγηση μίας νέας τεχνολογίας που αφορά στην εφαρμογή της τηλεματικής στην κατ' οίκον αιμοκάθαρση (πρόγραμμα HOMER-D), που θα ολοκληρωθεί εντός του 1997 και θα αφορά εκτός της Ελλάδας και 2-4 άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Στο πρώτο μέρος της παρούσας μελέτης έγινε προσπάθεια αποτίμησης του κόστους μίας συνεδρίας αιμοκάθαρσης (κλασική αιμοκάθαρση με οξείκιά και με διττανθρακικά). Οι παράμετροι που ελήφθησαν υπόψη αφορούν: α) το άμεσο κόστος, όπως τα υλικά που χρησιμοποιούνται για μία συνεδρία αιμοκάθαρσης, τα φάρμακα των ασθενών, οι αμοιβές του προσωπικού, οι τακτικές εργαστηριακές εξετάσεις και διάφορα γενικά έξοδα στα οποία περιλαμβάνονται και οι δαπάνες του τεχνολογικού εξοπλισμού και β) τον υπολογισμό του έμμεσου κόστους, που αφορά κυρίως την απώλεια εργατοωρών του ασθενούς και του συνοδού του, ορισμένων άλλων άμεσων μη υγειονομικών επιβαρύνσεων όπως τα μεταφορικά έξοδα κλπ. Ο ακριβής υπολογισμός του είναι εξαιρετικά δύσκολος.

Στο δεύτερο μέρος της μελέτης, επιχειρείται η σύγκριση του άμεσου και του έμμεσου κόστους της ενδοноσοκομειακής αιμοκάθαρσης και της αιμοκάθαρσης στο σπίτι. Από τη βιβλιογραφία υπάρχουν δεδομένα ότι η τελευταία μέθοδος είναι σημαντικά φθηνότερη, ενώ φαίνεται να είναι τουλάχιστον ίσης αποτελεσματικότητας με την ενδοноσοκομειακή αιμοκάθαρση. Ωστόσο, επειδή τέτοιου είδους μελέτη δεν έχει γίνει στην Ελλάδα, κρίθηκε σκόπιμος ο έλεγχος της διεθνούς εμπειρίας με βάση τα ελληνικά δεδομένα. Από την ανασκόπηση της υπάρχουσας διεθνούς βιβλιογραφίας όσον αφορά την αιμοκάθαρση στο σπίτι, φαίνεται ότι ο χρόνος ο οποίος απαιτείται προκειμένου να γίνει η απόσβεση των μηχανημάτων και όλων των υπόλοιπων εξόδων που αφορούν στις τροποποιήσεις της οικίας του ασθενούς, ανέρχεται σε 14,4 μήνες. Μετά από το διάστημα αυτό, το κόστος της θεραπείας στο σπίτι γίνεται περίπου 40% μικρότερο από το αντίστοιχο της ενδοноσοκομειακής.

Όπως αναφέρθηκε, η μελέτη δεν έχει ολοκληρωθεί αλλά οι πρώτοι υπολογισμοί δείχνουν ότι αντίστοιχα ευρήματα ισχύουν και για την χώρα μας. Το κόστος (άμεσο και έμμεσο) της αιμοκάθαρσης είναι γενικά πολύ υψηλό στην Ελλάδα, φαίνεται όμως ότι η εφαρμογή της αιμοκάθαρσης στο σπίτι είναι μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αρκετά φθηνότερη, δηλαδή χαρακτηρίζεται από θετικότερη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας σε σύγκριση με την ενδοноσοκομειακή αιμοκάθαρση. Η ακριβής έκταση της πιθανής εξοικονόμησης πόρων σε εθνικό επίπεδο θα υπολογιστεί με την προοπτική μελέτη που είναι σε εξέλιξη.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΛΒΑΝΩΝ ΥΠΗΚΩΝ ΜΕ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΤΗ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ

Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ¹, Α. ΑΝΔΡΙΚΟΣ³, Γ. ΣΦΑΙΡΟΠΟΥΛΟΣ³, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ¹, Ι. ΚΩΣΤΙΜΠΑΣ³, Ρ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ¹, Σ. ΔΗΜΟΥ², Μ. ΠΑΠΠΑΣ³, Κ. Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ¹

Νεφρολογικό Τμήμα¹ και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο² Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου και Νεφρολογικό Τμήμα³ Περιφερειακού Γεν. Νοσοκομείου "Γ. Χατζηκόστα" Ιωαννίνων.

Το πρόβλημα της περιθάλψης αλβανών υπηκόων στα νοσοκομεία του νομού Ιωαννίνων έχει γίνει έντονο τα τελευταία χρόνια. Την τελευταία πενταετία στα νεφρολογικά τμήματα των νοσοκομείων της πόλης των Ιωαννίνων νοσηλεύτηκαν 112 ενήλικες (59 άνδρες, 53 γυναίκες) μόνιμοι κάτοικοι της γείτονας χώρας οι οποίοι στην πλειοψηφία τους εισήχθησαν ως επείγοντα περιστατικά. Η αιτία εισόδου και η τελική διάγνωση φαίνονται στον πίνακα :

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ		ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	
Ουραιμικό σύνδρομο	37	Σπειραματονεφρίτιδες	21
Νεφρική ανεπάρκεια	23	Συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα	5
Αιματουρία	11	Σωληναριοδιάμεση νεφρίτιδα	13
Λευκοαιμοξία	19	Κληρονομική νεφρίτιδα	4
Ουρολοίμωξη	5	Αποφρακτική ουροπάθεια	18
Αρτηριακή υπέρταση	9	Διαβητική νεφροπάθεια	2
Άλλα αίτια	8	Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια	26
		Αρτηριακή υπέρταση	8
		Άλλες διαγνώσεις	15
	112		112

Σε βιοψία νεφρού υποβλήθηκαν 26/112 ασθενείς (23%). Τριάντα επτά ασθενείς (33%) χρειάστηκαν επείγουσα αντιμετώπιση με αιμοκάθαρση (βαρεία ουραιμική συνδρομή με ηλεκτρολυτικές διαταραχές). Σε χρόνιο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης εντάχθηκαν 34 ασθενείς εκ των οποίων οι 17 (50%) συνεχίζουν μέχρι και σήμερα. Τρεις από τους 34 υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού από συγγενή δότη εκ των οποίων ένας επανεντάχθηκε σε αιμοκάθαρση λόγω απόρριψης. Από τους υπόλοιπους 15 ασθενείς οι 3 μετακινήθηκαν σε άλλες MTN. Σε 7 ασθενείς έγινε διακοπή της αιμοκά-

θαρσης λόγω βελτίωσης της νεφρικής λειτουργίας, ενώ 5 ασθενείς απεβίωσαν στο τόπο μόνιμης κατοικίας (Αλβανία) λόγω δυσκολίας προσέλευσης στις MTN. Αξίζει να σημειωθεί ότι από αυτούς που συνεχίζουν αιμοκάθαρση ένα μικρό ποσοστό κατοικεί μόνιμα στα Ιωάννινα. Ογδόντα ένας ασθενείς ήταν ανασφάλιστοι ενώ οι υπόλοιποι 31 απέκτησαν βιβλιάριο απορίας. Από τους 17 ασθενείς που συνεχίζουν να υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση οι 9 (33%) παραμένουν ανασφάλιστοι.

Συμπέρασμα: Την τελευταία πενταετία τα νεφρολογικά τμήματα των νοσοκομείων των Ιωαννίνων αντιμετώπισαν πολλούς αλβανούς υπηκόους με σοβαρά νεφρολογικά προβλήματα. Χωρίς να παραγνωρίζουμε το οικονομικό κόστος που βαρύνει το ελληνικό κράτος (ανήκει στην πολιτεία η αποτίμηση των αποτελεσμάτων της παροχής υπηρεσιών υγείας στους υπηκόους της γείτονας χώρας) θέλουμε να επιστημόνουμε ότι : (1) η προσπάθεια αντιμετώπισης (πολλές φορές επείγουσα) των νεφρολογικών προβλημάτων των γειτόνων μας είναι σε μερικές περιπτώσεις μάταιη αφού οι ασθενείς δεν μπορούν να αντέξουν τη χρονιότητα της παρεχόμενης δωρεάν περίθαλψης, (2) η ταχεία διενέργεια μεταμόσχευσης νεφρού από ζώντα δότη αποτελεί φυσικά την καλύτερη λύση σε τέτοιες περιπτώσεις και (3) η αναγκαιότητα ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης στην Αλβανία αλλά και διακρατικών συμβάσεων, που δεν ξέρουμε αν υπάρχουν, είναι καθοριστικής σημασίας για την αντιμετώπιση του όλου προβλήματος.

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΠΑΝΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΑΠΟ ΥΦΟΜΥΚΗΤΑ FUSARIUM ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΣΦΠΚ)

Γ. ΒΙΣΒΑΡΔΗΣ, Ε. ΜΠΙΜΠΑΣΗ*, Μ. ΣΤΑΓΚΟΥ, Α. ΚΑΤΣΑΒΕΛΗ*, Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα ΑΠΘ και *Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Γεν. Νοσοκομείο Θεσ/νίκης.

Μυκητιασική περιτονίτις σε ασθενείς υπό ΣΦΠΚ οφειλόμενη στον υφομύκητα *Fusarium* είναι εξαιρετικά σπάνια, με ελάχιστες αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία. Παρουσιάζουμε την περίπτωση πρόσφατης περιτονίτιδας από *Fusarium* σε γυναίκα ασθενή της μονάδας μας, ηλικίας 76 ετών, με πρωτοπαθή νόσο αγγειίτιδα, που υποβαλλόταν σε ΣΦΠΚ από τον Απρίλιο του 1992. Η ασθενής από την έναρξή της σε πρόγραμμα ΣΦΠΚ, είχε παρουσιάσει τρία επεισόδια μικροβιακής περιτονίτιδας που είχαν αντιμετωπισθεί επιτυχώς, το τελευταίο τον Μάιο του 1996. Κατά την εισαγωγή της τον Αύγουστο του 1996 η ασθενής παρουσίαζε κοιλιακό άλγος, μέτρια πυρετική κίνηση και από την κλινική εξέταση ευαισθησία στην ψηλάφηση της κοιλιακής χώρας και παλίνδρομη ευαισθησία (rebound). Το περιτοναϊκό υγρό ήταν θολό με 1500 κύτταρα/mm³. Καλλιέργειες του περιτοναϊκού υγρού για Gram(+), Gram(-) ή αναερόβιους μικροοργανισμούς απέβησαν αρνητικές. Αντίθετα σε τρεις διαδοχικές καλλιέργειες σε άγαρ Sabourand αναπτύχθηκε υφομύκητας *Fusarium*. Ο περιτοναϊκός καθετήρας αφαιρέθηκε, τοποθετήθηκε σφαγιτιδικός καθετήρας για αιμοκάθαρση, και χορηγήθηκε αμφοτερικίνη Β σε δόση 0.3 mg/kg Β.Σ. Η ασθενής παρουσίασε σύντομα βελτίωση της κλινικής εικόνας. Μετά 4 εβδομάδες διεκόπη η χορήγηση αμφοτερικίνης Β και χορηγήθηκε κετοκοναζόλη 200 mg ημερησίως ΡΟ επί 10ήμερο, οπότε και διεκόπη η χορήγηση αντιμυκητιασικής αγωγής. Η προσπάθεια επανατοποθέτησης περιτοναϊκού καθετήρα ήταν ανεπιτυχής λόγω της ύπαρξης συμφύσεων στην περιτοναϊκή κοιλότητα και η ασθενής συνέχισε τη θεραπεία υποκατάστασης με τεχνητό νεφρό.

ΣΥΝΕΧΗΣ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Χ. ΠΑΤΣΙΑΣ, Κ. ΚΑΤΣΙΟ, Μ. ΖΑΒΡΟΣ, Α. ΧΡΥΣΟΧΟΣ, Α. ΠΙΕΡΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα, Χειρουργικό Τμήμα, Γεν. Νοσ. Λευκωσίας.

Από τον Νοέμβριο του 1992, 45 ασθενείς σε τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας εντάχθηκαν σε πρόγραμμα συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης. Μία ασθενής επίσης ηλικίας 5.5. χρόνων με ουραμικό - αιμολυτικό σύνδρομο ακολούθησε πρόγραμμα περιτοναϊκής κάθαρσης για 4 περίπου μήνες μέχρι ύφεσης της νόσου. Εκ του συνόλου των ασθενών 19 είναι γυναίκες και 26 άνδρες, ενώ η ηλικία κυμαίνεται από 3 μέχρι 72 έτη. 27 ασθενείς εντάχθηκαν στο πρόγραμμα λόγω διαφόρων προβλημάτων στην αιμοκάθαρση, κυριώτερο των οποίων ήταν η αγγειακή προσπέλαση. Δύο ασθενείς ακολούθησαν το πρόγραμμα ΣΦΠΚ μετά την απόλεια μοσχέυματος, ενώ 16 ασθενείς εντάχθηκαν στο πρόγραμμα εξ αρχής.

Σε όλους τους ασθενείς έγινε χειρουργική τοποθέτηση του καθετήρα Tenckhoff. Ως προς την συνδεσμολογία το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο σύστημα είναι του μονού σάκκου με αλλαγή του συνδετικού καθετήρα κάθε 6 μήνες (Standard System - Fresenius). Από το 1996 χρησιμοποιείται πιο συχνά το σύστημα Fresenius Andy-plus.

Εκ του συνόλου των ασθενών 14 εγκατέλειψαν την μέθοδο, 4 λόγω θανάτου, 3 λόγω επιτυχούς μεταμοσχεύσεως, 1 λόγω ύφεσης της νόσου, 1 λόγω κήλης και 4 λόγω περιτονίτιδος.

Η περιτονίτιδα λόγω συχνών επεισοδίων παραμένει η σοβαρότερη επιπλοκή της μεθόδου, με 35 τεκμηριωμένα επεισόδια που αντιστοιχούν σε ένα επεισόδιο ανά 16 μήνες θεραπείας ανά ασθενή.

Κύριοι αιτιολογικοί μικροβιακοί παράγοντες ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος 26%, ο επιδερμικός σταφυλόκοκκος 20%, η ψευδομονάδα 12%, ενώ σε ποσοστό 20% περίπου δεν υπήρχε ανάπτυξη μικροβιακού αιτιολογικού παράγοντα. Φλεγμονή στο σημείο εξόδου παρουσίασαν 10 ασθενείς με κύριους μικροβιακούς παράγοντες τον χρυσίζοντα και επιδερμικό σταφυλόκοκκο.

ΒΑΡΕΙΑ ΟΞΕΙΑ ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Γ. ΜΠΑΜΙΧΑΣ, Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Γ. ΚΑΡΚΑΒΕΛΑΣ, Π. ΧΥΤΙΡΟΓΛΟΥ, Σ. ΚΑΠΟΥΛΑΣ, Σ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, ΑΧ. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Α' Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.

Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με βαρεία οξεία εγκεφαλική ελονοσία που παρουσιάστηκε ένα μήνα μετά τη μεταμόσχευση νεφρού και διαγνώστηκε ιστοπαθολογικά. Η μεταμόσχευση νεφρού έγινε στη Βομβάη (Ινδία) στις 28.09.95 από ζωντανό μη συγγενή δότη και με συνθήκες επιστημονικά ασαφείς. Στις 27.10.95 προσήλθε στην Κλινική μας με κλινική συνδρομή που περιελάμβανε αρθραλγίες, ρίγος, υψηλό πυρετό, μυαλγίες και έντονη καταβολή δυνάμεων. Η κλινική εξέταση έδειξε σπληνομεγαλία, ίκτερο και διαταραχές προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο, χωρίς εστιακά ευρήματα. Η υπερπυρεξία και ο ίκτερος συνεχίστηκαν και τις επόμενες ημέρες. Ο ασθενής παρουσίασε στη συνέχεια κόμα (Γλασκώβη 4) και αιμοδυναμικές μεταβολές μη ανατάξιμες ενώ το νεφρικό μόσχευμα λειτουργούσε ακόμη ικανοποιητικά. Στον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκαν αρχικά, αναιμία, θρομβοπενία, χολερυθρίνη 4.7 mg/dl (άμεσος 2.26), κρεατινίνη ορού 2.1 mg/dl, SGOT 60 IU, SGPT 95 IU και στη συνέχεια παρουσιάστηκαν ευρήματα αιμόλυσης και ενδαγγειακής πήξης (πτώση ινωδογόνου και αιμοπεταλίων, FDP>20, πολλά σχιστοκύτταρα). Ο έλεγχος για ελονοσία και άλλες λοιμώξεις απέβη αρνητικός.

Παρά την εντατική υποστηρικτική αγωγή, ο ασθενής απεβίωσε 5 ημέρες μετά την εισαγωγή του. Η ιστοπαθολογική μελέτη που έγινε μετά την νεκροτομή έδειξε αλλοιώσεις βαρείας οξείας ελονοσίας στα κύρια ζωτικά όργανα, διάχυτο πνευμονικό οίδημα, ενδαγγειακή πήξη κυρίως σε αγγεία των νεφρικού μοσχεύματος και αρχόμενη σωληναριακή νέκρωση.

ΝΕΦΡΩΣΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΞΕΝΙΣΤΗ (GVHD) ΜΕΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ (ΜΜΟ)

Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ¹, ΑΧ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ², Ι. ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ², Α. ΑΣΗΜΑΚΗ¹, ΑΘ. ΦΑΣΑΣ², Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ¹
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού¹ και Αιματολογικό Τμήμα² Γ.Π.Ν "Γ. Παπανικολάου" Θεσ/νίκης.

Ασθενείς που υποβάλλονται σε ΜΜΟ εμφανίζουν συχνά (40 - 50%) χρόνιο GVHD, η εμφάνιση όμως νεφρωσικού συνδρόμου στις περιπτώσεις αυτές είναι πολύ σπάνια. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται μόνο 5 περιπτώσεις νεφρωσικού συνδρόμου σε τέτοιους ασθενείς (3 με *μεμβρανώδη σπειραματοπάθεια* και 2 με *νόσο ελαχίστων αλλοιώσεων*). Στην παρούσα εργασία περιγράφεται ασθενής με χρόνιο GVHD μετά ΜΜΟ ο οποίος παρουσίασε νεφρωσικό σύνδρομο με εικόνα νόσου ελαχίστων αλλοιώσεων και χρόνιας διάμεσης νεφρίτιδας στη βιοψία νεφρού.

Ο ασθενής ηλικίας 52 χρόνων, με χρόνια μυελογενή λευχαιμία (Ph +), υποβλήθηκε σε ΜΜΟ τον Μάιο του 1994 (ταυτόσημος δότης ο αδελφός του). Το επόμενο 6μηνο για την πρόληψη CVHD ο ασθενής έλαβε κυκλοσπορίνη και βραχείας διάρκειας αγωγή με μεθοτρεξάτη, ενώ για την πρόληψη και αντιμετώπιση λοιμώξεων έλαβε αντιμικροβιακά και αντικατάφημα. Από το πρώτο 3μηνο είχε ήδη εμφανίσει χρόνιο υποκλινικό CVHD. Ωστόσο 6 μήνες μετά τη ΜΜΟ ο ασθενής δεν λάμβανε καμία φαρμακευτική αγωγή. Τον Οκτώβριο του 1995, δεκαοκτώ μήνες μετά τη ΜΜΟ, εισήχθη στο Αιματολογικό τμήμα του Νοσοκομείου με πνευμονία, οιδήματα κάτω άκρων και διάρροια. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε την ύπαρξη υπολευκωματιναιμίας (ολικά λευκώματα ορού 4,2 g/l, λευκωματίνη 2,3 g/l), λευκωματουρίας (λευκωμα ούρων 24ώρου 6,1 - 26 g) και υπερχολεστερολαιμίας (446 mg/dl) με φυσιολογική νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη ορού 1,1 mg/dl, ουρία 33 mg/dl). Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά και υποβλήθηκε σε βιοψία δέρματος και νεφρών. Η βιοψία δέρματος έδειξε λέπτυνση της επιδερμίδας με εστιακές λεμφοκυτταρικές διηθήσεις και ατροφία εξαρτημάτων (ευρήματα συμβατά με χρόνιο GVHD) και η βιοψία νεφρού σπειράματα χωρίς ιδιαίτερες αλλοιώσεις, αρνητικό ανοσοφθορισμό καθώς και διάμεσο ιστό με ίνωση και πυκνές αθροίσεις λεμφοκυττάρων κυρίως περί των σπειραμάτων. Χορηγήθηκαν κορτικοστεροειδή 1 mg/kg Σ.Β και κυκλοσπορίνη 10 mg/kg Σ.Β σε εναλλακτικό σχήμα (μία ημέρα κορτικοστε-

ροειδή - την επόμενη κυκλοσπορίνη, κ.ο.κ) και μετά 2 μήνες η λευκωματουρία μειώθηκε σε λιγότερο από 3,5 g/24ωρο. Λόγω εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη και οστεοπόρωσης τα κορτικοστεροειδή ελαττώθηκαν σημαντικά και προστέθηκε θαλιδομίδη (15 mg/kg Σ.Β). Η χορήγηση κυκλοσπορίνης διακόπηκε τον Μάιο 1996 έξι μήνες μετά την εμφάνιση του νεφρωσικού συνδρόμου. Προσπάθεια διακοπής των κορτικοστεροειδών συνοδεύτηκε με αύξηση της λευκωματουρίας (από 500 mg σε 1,5 g / 24ωρο) που υποχώρησε με την επαναχορήγησή τους. Σήμερα, ένα χρόνο μετά την εμφάνιση του νεφρωτικού συνδρόμου, ο ασθενής βρίσκεται υπό θεραπευτική αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη 8 mg και θαλιδομίδη 1000 mg ημερησίως και έχει λεύκωμα ούρων 500 mg/ 24ωρο.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΜΕΣΑ Ή ΕΜΜΕΣΑ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Α. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Π. ΚΥΡΙΚΛΙΔΟΥ, Μ. ΣΤΑΓΚΟΥ, Ζ. ΠΟΛΥΜΕΝΙΔΗΣ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα ΑΠΘ, Γ. Π. Ν. "Ιπποκράτειο" Θεσ/νίκης.

Μελετήθηκαν 631 μεταμοσχεύσεις νεφρού που έγιναν σε 605 ασθενείς με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Από τα 631 μοσχεύματα τα 378 (60%) προέρχονταν από γονείς, 39 (6%) από αδέρφια, 6 (0,9%) από μη συγγενή ζωντανό δότη, 4 (0,6%) από συγγενείς δευτέρου ή τρίτου βαθμού και 204 (32%) από πτωματικό δότη. Ανάλογα με το πρωτόκολλο ανοσοκαταστολής χωρίστηκαν σε 2 ομάδες. Ομάδα α (περίοδος 1968-1983) συνδυασμός μεθυλοπρεδνιζολόνης (MP), αζαθειοπρίνης (AZ). Ομάδα β (περίοδος 1984-1996) συνδυασμός MP+AZ+CyA ή MP+AZ+CyA+ALG. Οι παράγοντες που μελετήθηκαν ήταν: 1) Οξεία απόρριψη, 2) Χρόνια απόρριψη 3) Επιπλοκές.

Η επί τοις % αθροιστική επιβίωση του συνόλου των μοσχευμάτων στα 5 χρόνια ήταν 74% και των ασθενών 84%. Αναλυτικά η 5ετής επιβίωση των μοσχευμάτων και ασθενών στην ομάδα α ήταν 67% και 74% αντίστοιχα. Στη δεύτερη περίοδο η αντίστοιχη 5ετής επιβίωση ήταν 78% και 88%. Στη διάρκεια της μελέτης σημειώθηκαν 94 θάνατοι με κυριότερα αίτια επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα (έμφραγμα μυοκαρδίου 16, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο 14), σοβαρές λοιμώξεις που οδήγησαν σε βαρεία σήψη (28 ασθενείς) ηπατίτιδα-ηπατοκυτταρική ανεπάρκεια (15 ασθενείς), νεοπλάσματα (6 ασθενείς). Από τους 605 ασθενείς οι 166 (27,5%) επανεντάχθηκαν σε χρόνια πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας λόγω χρόνιας απόρριψης του μοσχεύματος. Οι κυριότερες επιπλοκές που επηρέασαν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα των ασθενών ήταν οι λοιμώξεις, τα καρδιαγγειακά επεισόδια, η υπέρταση, τα νεοπλάσματα, ή άσηπτη νέκρωση των οστών κ.ά.

Συμπερασματικά η μελέτη της δυναμικής των παραγόντων που επηρεάζουν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα των ασθενών κρίνεται περισσότερο από απαραίτητη για την περαιτέρω βελτίωση των αποτελεσμάτων των νεφρικών μεταμοσχεύσεων.

Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Μ. ΣΑΡΡΗΣ, ΑΝΤ. ΛΑΓΓΟΥΡΑΝΗΣ

Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Εξωνεφρικής Κάθαρσης και Μεταμοσχεύσεων.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση των δεδομένων που αφορούν την καθοδική πορεία των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια, ο εντοπισμός των αιτιών της καθώς και ο προσδιορισμός των στόχων για την ανάκαμψη και πρόληψη των μεταμοσχεύσεων.

Με περιγραφική στατιστική ανάλυση γίνεται επεξεργασία των στοιχείων που διεθέτει η Υ.Σ.Ε. και αφορούν: α) τους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα αναμονής και β) την προσφορά μοσχευμάτων και τους δείκτες των μεταμοσχεύσεων ανά όργανο και ιστό στη χώρα μας.

Από 5.600 ασθενείς με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρική ανεπάρκειας οι 1425 έχουν υποβληθεί σε προμεταμοσχευτικό έλεγχο και είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα αναμονής. Μετά την έναρξη λειτουργία της Υ.Σ.Ε. το 1985 οι νεφρικές μεταμοσχεύσεις, από πτωματικούς δότες, παρουσίασαν μία σταθερή αυξητική τάση μέχρι και το 1991. Έκτοτε μέχρι και το 1993 παρατηρείται σταδιακή μείωση και την περίοδο 1994-1995 κατακόρυφη πτώση. Το 1985 οι πτωματικές μεταμοσχεύσεις νεφρού αποτελούσαν το 45% του συνόλου των νεφρικών μεταμοσχεύσεων, ανήλθαν στο 60% το 1991 για να μειωθούν στο 32% το 1995.

Η Υ.Σ.Ε. έχει εντοπίσει τις αιτίες της μείωσης των προσφερομένων μοσχευμάτων στη χώρα μας και έχει επαναπροσδιορίσει τους βραχυπρόθεσμους στόχους της για την αντιμετώπιση του προβλήματος τους οποίους θα παρουσιάσει κατά τη διάρκεια της ανακοίνωσης.

ΕΤΗΣΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑ ΕΘΝΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, 1996

Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ, Β. ΧΑΤΖΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ
εκ μέρους της Επιτροπής Οργάνωσης Εθνικού Αρχείου νεφροπαθών.

Από το EDTA Registry στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε 86 κέντρα στην Ελλάδα (68 δημόσια, 18 ιδιωτικά) για να καταγραφεί η δραστηριότητά τους για το 1995. Απάντησαν 65 κέντρα (76%). Το ποσοστό επιστροφής των ερωτηματολογίων ήταν 81% (55/68) για τα δημόσια και 56% (10/18) για τα ιδιωτικά κέντρα. Έτσι τα στοιχεία που αναλύθηκαν αφορούν 65 κέντρα (45 ΕΣΥ, 10 πανεπιστημιακά, 10 ιδιωτικά). Από αυτά 63 ήταν ενήλικες και 2 για παιδιά (<15χρόνων). Από τα 63 κέντρα για ενήλικες, 60 δήλωσαν ότι κάνουν αιμοκάθαρση (95%), 43 γενική νεφρολογία (68%), 18 ΣΦΠΚ (29%) και 3 μεταμόσχευση (5%).

Στη διάρκεια του 1995, 1447 νέοι ασθενείς (1436 ενήλικες, 11 παιδιά) εντάχθηκαν σε θεραπεία υποκατάστασης (αποδοχή 140 νέοι ασθενείς/εκ. πληθυσμού). Για 1198 νέους ενήλικες ασθενείς, δηλώθηκε ότι 1020 άρχισαν αιμοκάθαρση (85.1%), 176 ΣΦΠΚ (14.7%) και 2 μεταμόσχευση (0.2%). Σε 238 από τους 1436 ασθενείς δεν δηλώθηκε το είδος της μεθόδου υποκατάστασης. Στη διάρκεια της ίδιας χρονιάς 471 ασθενείς απεβίωσαν, 276 στην αιμοκάθαρση, 107 στην ΣΦΠΚ, 2 στη μεταμόσχευση και 86 στους αδήλωτους. Έτσι, η θνητότητα στην ΣΦΠΚ ήταν υπερδιπλάσια σε σύγκριση με την αιμοκάθαρση, γεγονός που αντανάκλα τα αρνητικά κριτήρια επιλογής ασθενών για την ΣΦΠΚ σε όλη την Ελλάδα. Όσο αφορά τα 11 παιδιά, 7 άρχισαν ΣΦΠΚ και 4 αιμοκάθαρση, ενώ μέσα στο 1995 πέθαναν 2 παιδιά.

Στη διάρκεια του 1995 έγιναν 133 μεταμοσχεύσεις, 87 από συγγενείς δότες (65%), με 3 επαναμεταμοσχεύσεις, και 46 από πτωματικά μοσχεύματα (35%), με 1 επαναμεταμόσχευση. Έτσι, η μεταμοσχευτική δραστηριότητα στην Ελλάδα αντιστοιχεί στο χαμηλό 12.9 μεταμοσχεύσεις/εκ. πληθυσμού. Για 33 από τα 46 πτωματικά μοσχεύματα καταγράφηκαν πληροφορίες σχετικά με την προέλευση του μοσχεύματος, που σε 29 περιπτώσεις ήταν από τοπικούς δότες (88%), ενώ η συγκομιδή μοσχευμάτων από απομακρυσμένους ανά την επικράτεια δότες ήταν το υπόλοιπο 12%. Όσον αφορά την ηλικία των ληπτών, 126 ήταν 15-59 χρ. (95.5%), 4 παιδιά (3%) και 2 μεγαλύτεροι των 60 χρ. (1.5%). Ο μεγαλύτερος αριθμός των

ασθενών που μεταμοσχεύθηκαν το 1995 προέρχονταν από την αιμοκάθαρση, 90/133 (68%), 12 από τη ΣΦΠΚ (9%) και σε 31 δε δηλώθηκε η ζητούμενη πληροφορία (23%). Αντίστροφα, 35 ασθενείς που έχασαν το μόσχευμα το 1995 επέστρεψαν όλοι στην αιμοκάθαρση.

Στις 31.12.1995 καταγράφηκαν 4604 ζώντες ασθενείς σε θεραπεία υποκατάστασης. Οι 3300 (3161 ενήλικες, 139 παιδιά) ήταν σε αιμοκάθαρση (72%), 558 (544 ενήλικες, 14 παιδιά) σε ΣΦΠΚ (12%) και 746 (732 ενήλικες, 14 παιδιά) ήταν μεταμοσχευμένοι (16%). Από τους 3161 ενήλικες σε αιμοκάθαρση, οι 2120 έκαναν αιμοκάθαρση (67%), 145 κλασική αιμοδιαδιήθηση (5%), 64 αιμοδιήθηση (2%) και σε 832 ασθενείς δεν δηλώθηκε το είδος της αιμοκάθαρσης (26%). Τα 139 παιδιά έκαναν όλα κλασική αιμοκάθαρση. Από τους 558 σε ΣΦΠΚ μόνο 23 ενήλικες (4.4%) έκαναν αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση (1 διαλλείπουσα, 22 συνεχή). Τέλος, από τους 746 ζώντες μεταμοσχευμένους, οι 610 (82%) έκαναν μεταμόσχευση στην Ελλάδα [516 στο τοπικό κέντρο (85%), 94 μετακινήθηκαν σε άλλο κέντρο (15%)], 75 σε κέντρα της αλλοδαπής (10%) και σε 61 (8%) δε δηλώθηκε το κέντρο μεταμόσχευσης.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ WEIL. ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ 7 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ¹, Κ. ΓΚΟΓΚΟΣ², Β. ΚΑΡΑΛΗ², Ε. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ¹, Γ. ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ¹, Μ. ΠΑΓΚΑΛΟΣ³, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ¹

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού¹, Β' Παθολογικό² και Α' Παθολογικό Τμήμα³ Γ.Π.Ν "Γ. Πα-πανικολάου" Θεσ/νίκης

Το σύνδρομο Weil αποτελεί ανθρωποζωνόσο που ενδημεί σε τροπικές χώρες. Διάσπαρτα, φυσικά, έχει διαπιστωθεί και αλλού, όπως στις ΗΠΑ και την Ευρώπη. Μελετήθηκαν και καταγράφηκαν τα τελευταία δέκα χρόνια 7 ασθενείς με σύνδρομο Weil, ηλικίας από 27 έως 65 χρόνων (Δ.Τ.=56). Η ύπαρξη αρουραίων στο περιβάλλον όλων των ασθενών ήταν η πιθανότερη πηγή μετάδοσης της νόσου. Η διάγνωση έγινε με προσδιορισμό των ειδικών IgM αντισωμάτων έναντι της λεπτόσπειρας.

Όλοι οι ασθενείς είχαν πυρετό, μυαλγίες, αρθραλγίες και ηπατομεγαλία, οι 5/7 είχαν αιμορραγική διάθεση, οι 2/7 είχαν έντονο βήχα, οι 3/7 σύγχυση ή κόμα, ένας είχε μηνιγγισμό, ενώ κατά την εισαγωγή τους οι 5/7 είχαν κοιλιακή μαρμαρυγή. Όλοι παρουσίαζαν οξεία νεφρική ανεπάρκεια (5 μη ολιγουρική και 2 ολιγουρική), και 3 χρειάστηκαν εξωνεφρική κάθαρση. Η ανώτερη ουρία στους 6 που επέζησαν κυμάνθηκε από 244 έως 412 mg/dl (ΜΟ±ΣΑ=295±63) και η ανώτερη κρεατινίνη στους ίδιους ασθενείς από 4,3 έως 11,6 mg/dl (ΜΟ±ΣΑ=6,8±2,3). Όλοι παρουσίαζαν μικρή αύξηση της οξαλοξικής (ανώτερη τιμή, ΜΟ±ΣΑ=209±150 U/L, φ.τ.<40) και της πυρουβικής τρανσαμινάσης (ανώτερη τιμή, ΜΟ±ΣΑ=169±92 U/L, φ.τ.<75), η κρεατινική φωσφοκινάση (CPK) ήταν αυξημένη σ' όλους (ανώτερη τιμή, ΜΟ±ΣΑ=3772±5750 U/L), όμως σε τέσσερεις ασθενείς οι τιμές της ήταν 1200, 1309, 7580 και 15400 U/L αντίστοιχα. Τέλος όλοι είχαν λευκοκυττάρωση (ΜΟ±ΣΑ=19685±6443 κ.κ.χ.) και πολυμορφοπυρήνωση. Η ανώτερη τιμή της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών ήταν μεγαλύτερη από 80 mm την πρώτη ώρα σ' όλους τους ασθενείς (ΜΟ±ΣΑ=102±19).

Η διάρκεια της νόσου κυμάνθηκε από 6 έως 43 ημέρες (ΜΟ±ΣΑ=23,2±13,3), ενώ η διάρκεια της ΟΝΑ από 7 έως 41 ημέρες (ΜΟ±ΣΑ=15,1±12,2). Τελικά οι 6 ασθενείς ιάθηκαν και αποκατέστησαν φυσιολογική νεφρική και ηπατική λειτουργία ενώ ένας κατέληξε με ΟΝΑ μετά από 7 ημέρες θεραπείας με περιτοναϊκή κάθαρση.

Συμπεραίνεται ότι το σύνδρομο Weil, που δεν είναι σπάνιο στη χώρα μας, συνοδεύεται από ολιγουρική ή μη ολιγουρική ΟΝΑ και είναι σχετικά καλής πρόγνωσης.

ΠΟΡΦΥΡΑ HENOCHE - SCHONLEIN ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ (ΕΦ) ΧΟΡΗΓΗΣΗ BANKOMΥΚΙΝΗΣ. (ΕΞΕΛΙΞΗ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΠΟΡΦΥΡΑ HENOCHE - SCHONLEIN;)

Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Α. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΑΡΩΝΗ, Π. ΚΑΡΑΜ, Ι. ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Θ. ΔΟΣΙΟΣ, ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, Θωρακοχειρουργικό Τμήμα Β' Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ανδρας ηλικίας 35 ετών με ιστορικό διαλείπουσας μικροσκοπικής αιματουρίας και φυσιολογική νεφρική λειτουργία υποβλήθηκε σε θωρακοτομή για καθαρισμό και έκπλυση εγκεκυστωμένων συλλογών στην αριστερή υπεζωκοτική κοιλότητα. Στην καλλιέργεια των εκπλυμάτων αναπτύχθηκε χρυσίζων σταφυλόκοκκος και, γι' αυτό, χορηγήθηκε βανκομυκίνη ΕΦ σε δόση 500 mg/ώρα. Ακολούθησε προοδευτική εγκατάσταση ολιγουρίας και έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας συνοδευόμενη από αρθραλγίες, μυαλγίες, κολικοειδή κοιλιακά άλγη και κνιδωτικό πορφυρικό εξάνθημα των κάτω άκρων και των γλουτών με συμμετρική κατανομή. Μετά 4 ημέρες, η κρεατινίνη του ορού και η ουρία του αίματος ήσαν 6.5 mg/dl και 183 mg/dl αντίστοιχα. Από τις εξετάσεις των ούρων η μικροσκοπική έδειξε 35-45 ερυθρά/κοπ (25% σπειραματικής και 75% εξωσπειραματικής προέλευσης), κυτταρικά συγκρίματα και 12-18 επιθηλιακού τύπου κυλίνδρους/κοπ, η κυτταρολογική άφθονα σωληναριακά κύτταρα με φλεγμονώδεις και εκφυλιστικές αλλοιώσεις, η δε ανάλυση των πρωτεϊνών των ούρων έδειξε την παρουσία λευκωματουρίας (1835 mg/L) και λευκωματινουρίας (1032 mg/L) καθώς και μεγάλη αύξηση της αι-μικροσφαιρίνης (302 mg/L). Ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικός πλην πολυκλωνικής αύξησης της IgA (654 mg/dl). Η βιοψία δερματικής βλάβης έδειξε λευκοκλαστική αγγειίτιδα με θετικό ανοσοφθορισμό για την IgA, το C3 και το ινωδογόνο. Μετά τη διακοπή της βανκομυκίνης και χορήγηση φουροσεμίδης ΕΦ, παρατηρήθηκε προοδευτική αύξηση του ρυθμού διούρησης, βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας και ύφεση των συμπτωμάτων και του εξανθήματος. Δέκα ημέρες μετά, η κρεατινίνη του ορού και η ουρία του αίματος ήταν 1.5 mg/dl και 58 mg/dl αντίστοιχα, το δε εξάνθημα ήταν μόλις υποσημαινόμενο. Λόγω ανάπτυξης χρυσίζοντος σταφυλοκόκκου στο υγρό της παρεχέτευσης του θωρακικού τραύματος επαναχορηγήθηκε βανκομυκί-

νη με επακόλουθο την αιφνίδια εγκατάσταση ολιγουρικής ONA που συνοδευόταν από αρθραλγίες, κωλικοειδή κοιλιακά άλγη, διάρροια και εξάνθημα όμοιο σε μορφολογία και κατανομή με το προηγούμενο. Η βανκομυκίνη και πάλι διεκόπη και ο ασθενής αντιμετώπισθηκε με αιμοκάθαρση. Δύο ημέρες μετά την εκδήλωση της ONA, έγινε βιοψία νεφρού η οποία έδειξε ικανού βαθμού διάχυτη και εν μέρει τμηματική υπερπλασία στα περισσότερα σπειράματα καθώς και πυκνές φλεγμονώδεις μονοκυτταρικές διηθήσεις του διαμέσου ιστού χωρίς ουσιώδεις αλλοιώσεις των αγγείων. Ο ανοσοφθορισμός έδειξε λεπτοκοκκιδώδεις εναποθέσεις IgA και C3 στο μεσόγαιο και κατά μήκος των βασικών μεμβρανών. Δεν δόθηκε καμία θεραπεία, ενώ παρατηρήθηκε εκ νέου προοδευτική αύξηση του ρυθμού διούρησης, βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας και ύφεση των συμπτωμάτων και του εξανθήματος. Δεκαπέντε ημέρες μετά το δεύτερο επεισόδιο ONA, ο ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου με κρεατινίνη ορού 1.6 mg/dl και ουρία αίματος 45 mg/dl. Σήμερα, 8 μήνες αργότερα, ο ασθενής εμφανίζει μικροσκοπική αιματοουρία σπειραματικής προέλευσης, η δε κρεατινίνη του ορού είναι 1.3 mg/dl.

Η περίπτωση αυτή υποδηλώνει ότι η βανκομυκίνη μπορεί (όπως άλλα φάρμακα, λοιμώξεις και τροφές) να αποτελέσει εκλυτικό αίτιο πορφύρας Henoch-Schönlein με βαρεία οξεία νεφρική ανεπάρκεια οφειλόμενη σε οξεία διάμεση νεφρίτιδα. Στο συγκεκριμένο ασθενή η πιθανότητα εξέλιξης IgA νεφροπάθειας σε πορφύρα Henoch-Schönlein, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία(1), δεν μπορεί να αποκλεισθεί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Araque et al. Am J Kidney Dis 25(2): 340-342, 1995.

ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ (ΕΦ) ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΟΛΥΚΛΩΝΙΚΗΣ ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ G (IgG)

Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Ι. ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΑΥΔΙΚΟΥ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες, από την ΕΦ χορήγηση ανοσοσφαιρίνης G είναι αλλεργικής κυρίως φύσεως και αφορούν το 1-15% των ασθενών. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ONA) έχει παρατηρηθεί σε λίγες περιπτώσεις, από τις οποίες, σε ελάχιστες έχει περιγραφεί η υποκείμενη ιστολογική βλάβη⁽¹⁾.

Περιγράφονται η κλινική πορεία και τα ευρήματα από τη βιοψία νεφρού σε ασθενή που εγκατάστησε ONA κατά τη διάρκεια ΕΦ χορήγησης IgG. Πρόκειται για άρρενα, ηλικίας 18 ετών, με εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση που εκδηλώθηκε με βαρύ νεφρωσικό σύνδρομο ανθιστάμενο στη χορήγηση μεθυλπρεδνιζολόνης, συνδυασμού μεθυλπρεδνιζολόνης και κυκλοσφραμίδης και συνδυασμού μεθυλπρεδνιζολόνης και κυκλοσπορίνης. Κατά τη νοσηλεία του, ο ασθενής εμφάνιζε οίδημα ανά σάρκα, και είχε ικανοποιητική διούρηση. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε: Λεύκωμα ούρων 24ώρου: 32 g, λευκώματα ορού: 4.8 g/dl (αλβουμίνη 1.8 g/dl, γ-σφαιρίνη 0.4 g/dl), κρεατινίνη ορού 1.6 mg/dl και ουρία αίματος 75 mg/dl. Θεραπευτικώς, ελάμβανε από του στόματος μεθυλπρεδνιζολόνη 12 mg παρ' ημέρα, φουροσεμίδη 125 mg ανά 12ωρο, νικουμαλόνη 4 mg/ημ και λισινοπρίλη 20 mg/ημ. Στον ασθενή χορηγήθηκε ΕΦ πολυκλωνική IgG σε δόση 400 mg/Kgr/24ωρο για 5 συνεχείς ημέρες. Η διάρκεια έγχυσης της ημερήσιας δόσεως ήταν 4 ώρες. Από τη δεύτερη ημέρα της χορήγησης παρατηρήθηκε προοδευτική μείωση του ρυθμού διούρησης και αύξηση της κρεατινίνης του ορού και της ουρίας αίματος, που την πέμπτη ημέρα έφθασαν στα 4.7 mg/dl και 150 mg/dl αντίστοιχα. Την ίδια μέρα ο ασθενής υπεβλήθη σε διαδερμική βιοψία νεφρού, η οποία, εκτός από εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση με μετρίου βαθμού χρόνιες διαμεσοσωληναριακές αλλοιώσεις, έδειξε επιπλέον ότι στα περισσότερα σπειράματα υπήρχε ικανού βαθμού διόγκωση των ενδοθηλιακών και επιθηλιακών κυττάρων με κενотоπιώδη εκφύλιση. Η ίδια εικόνα παρατηρήθηκε και στα επιθηλιακά κύτταρα των εγγύς ουροφόρων σωληναρίων με διατήρηση της ψηκτροειδούς

παρυφής. Ο ανοσοφθορισμός ήταν αρνητικός. Αμέσως μετά τη διακοπή της θεραπείας, παρατηρήθηκε προοδευτική αύξηση του ρυθμού διούρησης και μείωση των τιμών της κρεατινίνης του ορού και της ουρίας του αίματος, οι οποίες, επτά ημέρες μετά τη διακοπή του φαρμάκου, έφθασαν στα προ της έναρξης της θεραπείας επίπεδα.

Η περίπτωση αυτή υποδηλώνει ότι η ΕΦ χορήγηση IgG μπορεί να επιπλακεί από ολιγουρική ΟΝΑ που ιστολογικά χαρακτηρίζεται από οίδημα και κενοδοπιώδη εκφύλιση των επιθηλιακών κυττάρων των ουροφόρων σωληναρίων(1) και που είναι άμεσα αναστρέψιμη μετά τη διακοπή του φαρμάκου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Th G Cantu et al. Am J Kidney Dis 25 (2): 228-234, 1995.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΟΡΓΑΝΟΦΩΣΦΟΡΙΚΟΥΣ ΕΣΤΕΡΕΣ ΣΤΟ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΑΠ. ΠΑΠΑΔΟΓΙΑΝΝΑΚΗΣ, ΧΡ. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. ΨΥΛΛΑΚΗΣ, Β. ΠΑΠΟΥΤΣΑΚΗ, ΕΜΜ. ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ, Ν. ΛΥΔΑΤΑΚΗ, ΕΥΑΓΓ. ΚΛΗΡΟΝΟΜΟΣ, Κ. ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Βενιζελείου Νοσοκομείου Κρήτης.

Η δηλητηρίαση με παρακουάτ, είναι μία σοβαρή κατάσταση. Στην εργασία μας κατά την τελευταία διετία στο Νεφρολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου, καταγράφουμε την εμπειρία μας όσον αφορά την αντιμετώπιση των περιστατικών.

Αναφέρουμε επτά περιστατικά, που αντιμετωπίστηκαν με μεθόδους αιμοπροσρόφησης, στη Μ.Τ.Ν. του Τμήματος, και από τα οποία επιβίωσαν τα τέσσερα.

Αναλύονται οι μέθοδοι που ακολουθήθηκαν, σε σχέση με τα διεθνή δεδομένα, και συνάγονται πολύτιμα συμπεράσματα, όσον αφορά το χρόνο επέμβασης, τη διάρκεια θεραπείας και παρακολούθησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Deaths from paraquat in England and Wales 1990-1991 Hum, Exp, Toxic, 1995; 14: 437-445.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ ΜΕ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΕ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΡΑΡΑΚΟΥΑΤ

Ε. ΜΠΑΪΡΑΚΤΑΡΗ², Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ¹, Π. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ¹, Κ. ΣΕΦΕΡΙΑΔΗΣ², Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ¹, Ν. ΣΤΕΡΓΙΟΥ¹, Ο. ΤΣΟΛΑΣ², Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ¹.

Νεφρολογικό Τμήμα¹ και Βιοχημικό Εργαστήριο² Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Η οξεία δηλητηρίαση στον άνθρωπο με το φυτοφάρμακο paraquat προκαλεί κυρίως μη αναστρέψιμη βλάβη στους πνεύμονες ενώ η νεφρική προσβολή εκδηλώνεται ως οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Ο κλασικός εργαστηριακός έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας και οι ειδικοί δείκτες της πρωτεϊνουρίας μπορεί να προσδιορίσουν τον τύπο και την έκταση της νεφρικής βλάβης. Η φασματοσκοπεία Πυρηνικού Μαγνητικού Συντονισμού (NMR) παρέχει μία συνολική εικόνα όλων των μεταβολιτών μικρού μοριακού βάρους που απεκκρίνονται στα ούρα και έτσι μπορεί να συμβάλλει στον λεπτομερέστερο εντοπισμό της νεφρικής βλάβης. Άνδρας 28 ετών προσκομίσθηκε στο Νοσοκομείο μας λίγες ώρες μετά από απόπειρα αυτοκτονίας με 150ml του παρασκευάσματος Gramoxone (20% w/v paraquat). Ο ασθενής αντιμετώπισθηκε άμεσα με αιμοπροσρόφηση, καθημερινά, διάρκειας 12 - 16 ώρες την ημέρα.

Η νεφρική βλάβη εντοπίσθηκε από την πρώτη συλλογή ούρων 12 - 18 ώρες μετά την απόπειρα. Τα κύρια βιοχημικά ευρήματα κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης μέχρι το θάνατό του ήταν (1) σταδιακή μείωση της απέκκρισης της κρεατινίνης, (2) μέτρια πρωτεϊνουρία (1.0 - 1.5 g/l) με λόγο IgG/Alb 0.11, η οποία υποδηλώνει εκλεκτική σπειραματική βλάβη και (3) γλυκοζουρία και μικρή αλλά σταδιακά αυξανόμενη απέκκριση της α1 - μικροσφαιρίνης τα οποία υποδεικνύουν δυσλειτουργία του εγγύς σωληναρίου. Το φάσμα NMR των ούρων αποκάλυψε επιπλέον σημαντική απέκκριση γαλακτικού οξέος και αμινοξέων ενώ η φυσιολογική απέκκριση των οξέων, κίτρικού και ιππουρικού, εξαφανίσθηκε σταδιακά. Η σύσταση αυτή των ούρων υποδηλώνει νέκρωση των S1, S2 τμημάτων και εκτεταμένη βλάβη του S3 τμήματος του εγγύς σωληναρίου.

ΥΠΟΣΤΡΟΦΗ ΜΑΖΙΚΗΣ ΟΓΚΟΜΟΡΦΗΣ ΑΣΒΕΣΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΞΕΧΙΟΥ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΛΥΜΑ ΧΑΜΗΛΗΣ ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΚΑΙ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D

Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ¹, Μ. ΤΖΙΑΜΑΛΗΣ², ΧΡ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ¹, Π. ΦΟΥΝΤΑΣ², Α. ΜΠΙΛΛΗΣ¹

Νεφρολογικό Τμήμα ΓΠΝ "Ο Ευαγγελισμός"¹ και Μονάδα Τεχνητού Νεφού Κλινικής "Παντοκράτωρ"².

Η ογκόμορφη ασβέστωση (tumoral calcinosis), μια μεταβολική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μαζική εναπόθεση φωσφορικού ασβεστίου στους περιαρθρικούς ιστούς και προκαλεί συνήθως σοβαρή αναπηρία, έχει περιγραφεί τα τελευταία χρόνια και σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χρόνια αιμοκάθαρση. Για την παθογένειά της στους ασθενείς αυτούς έχουν ενοχοποιηθεί ο δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός (ΔΥΠΘ) και κυρίως η αύξηση του γινομένου Ca-P, η τοξική εναπόθεση αλουμινίου στα οστά, η διαταραχή του μεταβολισμού της βιταμίνης D κ.α. Θεραπευτικώς έχουν εφαρμοσθεί διάφορα μέτρα (χορήγηση θειοθειικού νατρίου, καταστολή ΔΥΠΘ, απαλουμίωση), αλλά ο αριθμός των ασθενών που υποβλήθηκαν σε επιτυχή θεραπεία διεθνώς είναι ελάχιστος.

Παρακάτω περιγράφεται η υποστροφή μαζικής ογκόμορφης ασβέστωσης σε αιμοκαθαρόμενο ασθενή με μείωση της συγκέντρωσης ασβεστίου στο διάλυμα αιμοκάθαρσης σε συνδυασμό με ελεγχόμενη ενδοφλέβια χορήγηση βιταμίνης D.

Πρόκειται για άντρα 58 ετών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια γνωστή από το 1970 ο οποίος εντάχθηκε σε αιμοκάθαρση το 1986, υποβλήθηκε σε πτωματική μεταμόσχευση νεφρού το 1992 και μετά 8 μήνες επανήλθε σε αιμοκάθαρση λόγω απωλείας της λειτουργίας του μοσχεύματος. Από τις αρχές το 1994 εμφανίζει προοδευτικά αυξανόμενο επώδυνο μόρφωμα στο δεξιό γλουτό, με διαστάσεις που έφτασαν ακτινολογικά μέχρι 23x12 εκ., το οποίο προκαλούσε σοβαρή δυσχέρεια στο κάθισμα και στη βάδιση. Ο ασθενής είχε αυξημένη παραθυρμόνη (560 pg/ml) και ακλαδική φωσφατάση (256 IU/L) ορού, αλλά το γινόμενο Ca - P ήταν φυσιολογικό (54). Η βιοψία οστού, που έγινε τον Ιούνιο του 1994, έδειξε βαρύ ΔΥΘ. Τον Ιούλιο του 1994 τέθηκε σε θεραπεία με ενδοφλέβια χορήγηση θειοθειικού νατρίου μετά από κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης, αλλά δεν παρατηρήθηκε μείωση του όγκου κλινικά ή ακτινολογικά. Τον Δεκέμβριο του 1994 διακόπηκε η χορήγηση του θειοθειικού νατρίου και ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με ενδοφλέβια

χορήγηση μεγάλων δόσεων 1 - άλφα υδροξυβιταμίνης D3 (6 µg/εβδομάδα), ταυτόχρονα δε μειώθηκε η συγκέντρωση ασβεστίου στο διάλυμα αιμοκάθαρσης, από 3,5 mEq/l σε 2,5 mEq/l, αυξήθηκε η διάρκεια της αιμοκάθαρσης σε 4,5 ώρες/ συνεδρία, και έγινε αλλαγή του φίλτρου (από κουπροφάνη σε οξεική κυτταρίνη υψηλής διαπερατότητας). Με την θεραπεία αυτή οι διαστάσεις της ογκόμορφης ασβέστωσης μειώθηκαν προοδευτικά σε 4x3 εκ., καθώς και οι τιμές της παραθορμόνης (147pg/ml) και της αλκαλικής φωσφατάσης (78 IU/L) ορού. Επειδή όμως οι τιμές του ασβεστίου και του φωσφόρου ορού παρουσίαζαν κατά διαστήματα σημαντική αύξηση (μέχρι 11,1 και 8,1 mg/dl αντίστοιχα), από τον Μάρτιο του 1995 διακόπηκε η χορήγηση της 1 - άλφα υδροξυβιταμίνης D3, ενώ συνεχίζεται μέχρι τώρα η χρήση διαλύματος με χαμηλή περιεκτικότητα σε ασβέστιο.

Συμπερασματικά πιστεύουμε ότι, σε περιπτώσεις ογκόμορφης ασβέστωσης με ιστολογικά τεκμηριωμένο βαρύ ΔΥΠΘ, όπως η δική μας, έχει θέση η μείωση του ασβεστίου στο διάλυμα αιμοκάθαρσης σε συνδυασμό με αυστηρά ελεγχόμενη χορήγηση βιταμίνης D.

ΡΕΝΙΝΗ ΚΑΙ ΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟ ΚΑΙ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. ΠΙΕΡΙΔΗΣ, Γ. ΜΙΞΙΔΗΣ, Μ. ΖΑΒΡΟΣ, Π. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ, Φ. ΙΑΚΩΒΟΥ, Χ. ΤΖΙΑΚΟΥΡΗ, Τ. ΧΡΙΣΤΟΦΙΔΗΣ

Τμήματα Νεφρολογίας, Γεν. Χειρουργικής, Διαγν. Ακτινολογίας & Ιστοπαθολογίας Γ.Ν.Α., Τμήμα Μαθηματικής και Στατιστικής Παν. Κύπρου.

Η μελέτη αναφέρεται στα κλινικά, βιοχημικά, ακτινολογικά και χειρουργικά ευρήματα σε 55 υπερτασικούς ασθενείς με φυσιολογική νεφρική λειτουργία οι οποίοι μελετήθηκαν στο Γ.Ν. Λευκωσίας μεταξύ 1990 - 1996. Οι ασθενείς διαιρέθηκαν σε τρεις ομάδες.

Η ομάδα Α περιλαμβάνει 9 ασθενείς (5 άνδρες και 4 γυναίκες) οι οποίοι είχαν υπέρταση και υποκαλιαιμία (K=1.9-3.5 mEq/L). Οι μέσες τιμές ρενίνης στην ύπτια και όρθια θέση ήταν 0.10 και 0.11 ng/ml/hr και οι μέσες τιμές αλδοστερόνης 50.8 και 67.3ng/dl αντίστοιχα. Η ομάδα Α παρουσιάζει τα ευρήματα πρωτοπαθούς υπεραλδοστερονισμού (Conn's syndrome). 7 ασθενείς υπεβλήθησαν σε μονόπλευρο επινεφριδεκτομή, 1 σε αμφοτερόπλευρο επινεφριδεκτομή και 1 παραμένει σε φαρμακευτική θεραπεία με αλδακτόνη.

Η ομάδα Β περιλαμβάνει 15 υπερτασικούς ασθενείς (8 άνδρες και 7 γυναίκες) χωρίς υποκαλιαιμία. Σε όλους τους 15 αυτούς ασθενείς πιστοποιήθηκε με αξονική τομογραφία μονόπλευρο επινεφριδικό αδένωμα. Σε 6 ασθενείς το αδένωμα αφαιρέθηκε λόγω μεγέθους ή συμπτωμάτων πόνου. Στους 15 αυτούς ασθενείς οι μετρήσεις αλδοστερόνης και ρενίνης αίματος έδειξαν την αναμενόμενη φυσιολογική σχέση μεταξύ ρενίνης και αλδοστερόνης και δεν πιστοποιήθηκε πρωτοπαθής υπεραλδοστερονισμός (ρενίνη σε ύπτια και όρθια θέση 0.6 και 4.4ng/ml/hr, αλδοστερόνη 12.1 και 41.9 ng/dl).

Η ομάδα Γ περιλαμβάνει 31 ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση χωρίς υποκαλιαιμία και με φυσιολογική αξονική τομογραφία επινεφριδίων. Οι μετρήσεις ρενίνης ήταν 0.55 και 1.54 και οι αντίστοιχες για αλδοστερόνη ήταν 11.6 και 36.7 ng/dl.

Δεν παρουσιάζεται στατιστική διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ρενίνης και αλδοστερόνης μεταξύ των ασθενών της ομάδας Α και των ομάδων Β και Γ.

Η χειρουργική αφαίρεση ενός επινεφριδιακού αδενώματος

σε ασθενείς με πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό οδηγεί σε ίαση της υπέρτασης ενώ αφαίρεση ενός επινεφριδιακού αδενώματος σε ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση που τυχαίως έχουν ανενεργό επινεφριδιακό αδένωμα δεν συνοδεύεται από ίαση της υπέρτασης.

ΒΙΤΑΜΙΝΗ D (1- α -OH-D₃) : ΠΟΙΑ Η ΙΔΑΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΜΚ);

Ν. ΤΣΙΑΝΑΣ, Δ. ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γεν. Νομαρχιακού Νοσ. Τρικάλων.

Η δράση των διαφόρων μορφών χορήγησης της 1- α -OH-D₃, ήτοι, ενδοφλέβια (ομάδα I, 8 ασθενείς), παρ' ημέρα από το στόμα (ομάδα II, 8 ασθενείς) και καθημερινή από το στόμα (ομάδα III, 8 ασθενείς), μελετήθηκε σε ασθενείς με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας (ΧΝΑ) οι οποίοι υποβάλλονταν σε ΑΜΚ και είχαν αναπτύξει δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό (ΔΥΠΘ). Σαν κριτήρια ΔΥΠΘ ελήφθησαν οι υψηλές τιμές αλκαλικής φωσφατάσης (ΑΦ) και/ή υψηλές τιμές ολικής παραθορμόνης (i-PTH), τουλάχιστον πέντε φορές υψηλότερες από την ανώτερη φυσιολογική τιμή. Οι ασθενείς και των τριών ομάδων ήταν συγκριτικά όμοιοι όσον αφορά το φύλο, την ηλικία, την πρωτοπαθή νεφρική νόσο, τη μέση διάρκεια ΑΜΚ, τα επίπεδα i-PTH, ΑΦ και τις τιμές ολικού ασβεστίου και φωσφόρου ορού. Κανένας από τους ασθενείς δεν είχε λάβει στο παρελθόν παράγωγα βιταμίνης D, όλοι δε ελάμβαναν σαν δεσμευτικό του φωσφόρου ανθρακικό ασβέστιο, και το ασβέστιο των διαλυμάτων αιμοκάθαρσης μειώθηκε από 1,75 mmol/l σε 1,5 mmol/l καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης (12 μήνες). Οι ασθενείς της ομάδας I ελάμβαναν 1- α -OH-D₃ σε αναλογία 0,015 μ g/kg* Β.Σ., της ομάδας II 0,015 μ g/kg* Β.Σ. επίσης, ενώ της ομάδας III 0,0075-0,015 μ g/kg* Β.Σ.

Στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της i-PTH της ομάδας I από 942 \pm 384 pg/ml σε 512 \pm 312 pg/ml (p<0,01), της ομάδας II από 914 \pm 361 pg/ml σε 687 \pm 342 pg/ml (p<0,05) και της ομάδας III από 957 \pm 359 pg/ml σε 677 \pm 354 pg/ml (p<0,05) καθώς και αντίστοιχες μειώσεις της ΑΦ. Το ολικό ασβέστιο και ο φωσφόρος παρουσίασαν στατιστικά σημαντική αύξηση με τη διαφορά ότι 1 ασθενής της ομάδας II ανέπτυξε σοβαρή υπερασβεσταιμία και 2 ασθενείς της ομάδας III ανέπτυξαν υψηλό γινόμενο ασβεστίου - φωσφόρου και εξήλθαν της μελέτης. Συμπεραίνεται έτσι ότι όλες οι μορφές χορήγησης της 1- α -OH-D₃ βελτιώνουν τον ΔΥΠΘ των ασθενών υπό ΑΜΚ, με την ενδοφλέβια μορφή να υπερέχει εμφανώς, προκαλώντας μεγαλύτερη μείωση της i-PTH και να παρέχει μεγαλύτερη ασφάλεια από τις άλλες χωρίς να προκαλεί υπερασβεστιαίμια ή υπερφωσφαταιμία.