

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

53η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

Στη μνήμη

Γρηγορίου Βοσνίδη Προέδρου ΕΝΕ 1994 - 1996
Γεωργίου Διγενή Μέλους ΕΝΕ
Παντελή Ευαγγέλου Μέλους ΕΝΕ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

**ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΜΙΤΣ ΑΘΗΝΩΝ
13 - 14 ΜΑΡΤΙΟΥ 1997
ΑΘΗΝΑ**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

53η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

Στη μνήμη

Γρηγορίου Βοσνίδη Προέδρου ΕΝΕ 1994 - 1996
Γεωργίου Διγενή Μέλους ΕΝΕ
Παντελή Ευαγγέλου Μέλους ΕΝΕ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

**ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΝΙΜΙΤΣ ΑΘΗΝΩΝ
13 - 14 ΜΑΡΤΙΟΥ 1997
ΑΘΗΝΑ**

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 13 Μαρτίου 1997

09.00 - 11.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
11.00 - 11.15	Διάλειμμα - Καφές
11.15 - 12.15	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
12.15 - 13.00	Συνεδρία στη μνήμη Γρηγορίου Βοσνίδη
13.00 - 14.30	Γενική Συνέλευση Ενώσης Ελλήνων Νεφρολόγων
17.30 - 18.40	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
18.40 - 19.00	Συνεδρία στη μνήμη Γεωργίου Διγενή
19.00 - 19.15	Διάλειμμα - Καφές
19.15 - 20.45	Συζήτηση Στρογγύλης Τράπεζας

Παρασκευή 14 Μαρτίου 1997

09.30 - 11.25	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
11.25 - 11.45	Διάλειμμα - Καφές
11.45 - 12.15	Συνεδρία στη μνήμη Παντελή Ευαγγέλου
12.15 - 13.45	Γενική Συνέλευση Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας



Α. Σμύνη - Σ. Χατζηπάνου Ο.Ε.
Εκδόσεις, Μηνιαία στα ελληνικά
Ομήρου 10 - Ν. Εγνατία 202 γωνία Θεσσαλονίκη,
τηλ. 861044, Fax 850180

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πέμπτη 13 Μαρτίου 1997

- 09.00 - 11.00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Γ. ΣΤΑΥΓΙΑΝΝΟΥΔΑΚΗΣ
Σ. ΣΠΑΪΑ
- 09.00 - 09.10 ΒΑΡΙΑ ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑ ΜΕΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΟΤΡΙΜΟΞΑΖΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΡΕΝΙΝΑΙΜΙΚΟ ΥΠΟΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟ
Χ. ΜΗΛΙΩΝΗΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Ρ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ, Ε. ΚΟΛΙΟΥΣΗ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Παθολογική Κλινική και Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσ. Ιωαννίνων.
- 09.10 - 09.20 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡΟΠΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Χ. ΜΗΛΙΩΝΗΣ, Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Ν. ΣΤΕΡΓΙΟΥ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ
Νεφρολογική Κλινική και Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσ. Ιωαννίνων.
- 09.20 - 09.30 ΒΑΡΕΙΑ, ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΜΕΤΑ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑΣ (ΜΑ) ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΡΦΥΡΑ HENOCHE-SCHONLEIN (HSP)
Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΑΥΔΙΚΟΥ, Κ. ΑΡΩΝΗ, Γ. ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, ΉΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ

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

09.30 - 09.40 ΟΞΕΙΑ ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΛΟΓΩ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΤΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΔΟΡΤΗΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΑ

Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Ν. ΜΑΡΓΑΡΗΣ, Α. ΖΕΡΒΑ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα του Γ.Π.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός».

09.40 - 09.50 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΔΙΗΘΗΣΕΩΣ (GFR) ΜΕ ΡΑΔΙΟΪΣΟΤΟΠΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ ΜΕ ⁹⁹Te-DTPA ΚΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ GAULT-COCKROFT ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Α. ΕΥΣΤΡΑΤΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΒΟΓΙΑΚΗ, Γ. ΤΣΙΚΙΝΗΣ, Χ. ΛΥΔΑΚΗΣ, Ε. ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ

Υπερτασιολογικό Ιατρείο & Γ' Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. Αθηνών «Γ. Γεννηματάς».

09.50 - 10.00 ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΟΖΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΑΡΤΗΡΪΤΙΔΑΣ ΣΤΟΥΣ ΜΥΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ

ΧΡ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ¹, Ε. ΓΙΑΝΝΑΤΟΣ¹, Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ¹, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, ΦΛ. ΣΟΤΣΙΟΥ², Α. ΜΠΙΛΛΗΣ¹

Νεφρολογικό Τμήμα¹ & Παθολογοανατομικό Εργαστήριο² του Π.Γ.Ν.Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός».

10.00 - 10.10 ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΑΓΓΕΪΤΙΔΑ ΧΩΡΙΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ANCAs ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΛΟΙΜΩΣΗ HCV

Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ*, Α. ΑΣΗΜΑΚΗ**, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ*

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού* και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο**, Γ.Π.Ν. "Γεώργιος Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη.

10.10 - 10.20 ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΙΤΛΟΥ ΤΩΝ ANCA ΑΞΙΟΠΙΣΤΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΓΓΕΪΤΙΔΑΣ ;

Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Π. ΒΑΚΙΑΝΗΣ, Μ. ΚΑΡΙΝΑ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

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

10.20 - 10.30 ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

ΑΙΚ. ΤΑΡΑΣΗ¹, ΧΡ.ΠΑΠΑΣΤΕΡΙΑΔΗ¹, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ², Κ. ΜΠΟΚΗ³, Θ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ¹, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ²

Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας¹ και Νεφρολογικό Τμήμα² Π.Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Ρευματολογικό Τμήμα Π.Γ.Ν. «ΚΑΤ»³, Αθήνα.

10.30 - 11.00 Σοζήτηση

11.00 - 11.15 Διάλειμμα - Καφές

- 11.15 - 12.15 Ελεύθερες ανακοινώσεις
 Προεδρείο: Π. ΛΕΒΑΝΤΑΚΗΣ
 Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ
- 11.15 - 11.25 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕ-
 ΝΕΙΣ ΜΕ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙ-
 ΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ
 ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 3
 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ
 Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ¹, Π. ΑΝΔΡΙΚΑΚΟΥ¹, Δ.
 ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΟΣ², Α. ΓΑΛΗΝΑΣ¹, Μ.
 ΤΖΙΑΜΑΛΗΣ², Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ³, Π.
 ΦΟΥΝΤΑΣ², Α. ΜΠΙΛΛΗΣ¹
 Νεφρολογικό Τμήμα Π.Γ.Ν.Αθηνών «Ο Ευ-
 αγγελισμός»¹ και Μονάδες Τεχνητού Νεφρού
 των Κλινικών «Ο Παντοκράτωρ»² και
 «Λευκός Σταυρός»³.
- 11.25 - 11.35 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ
 ΣΤΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙ-
 ΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΕΤΕΡΟΖΥΓΟ
 β-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΟ
 ΣΤΑΔΙΟ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ
 Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ, Α. ΚΑΣΤΑΡΟΥ, Μ.
 ΤΖΙΛΙΑΝΟΣ, Α. ΔΡΑΓΑΝΙΓΟΣ, Φ. ΠΑΠΑ-
 ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Ε. ΠΕΡΟΥΛΗ, Α. ΚΡΟΚΙΔΑ,
 Σ. ΤΡΟΥΣ, Ν. ΔΕΛΛΑΠΟΡΤΑΣ
 Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Τμήμα Αιμο-
 δοσίας Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου
 Κέρκυρας.
- 11.35 - 11.45 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ
 ΤΩΝ Β-ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΣΕ
 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙ-
 ΜΟΚΑΘΑΡΣΗ
 Σ. ΖΙΑΚΚΑ, Γ. ΖΑΝΙΚΟΣ, Π. ΚΛΗΡΙΔΗΣ,
 Χ. ΚΟΥΡΒΕΛΟΥ, Φ. ΚΑΡΑΚΑΣΗΣ, Α.

ΠΟΥΛΑΣ, Α. ΚΑΡΑΜΠΑΤΣΟΣ, Α. ΤΣΑΚΙ-
 ΡΗΣ, Ν. ΠΑΠΑΓΑΛΑΝΗΣ
 Νεφρολογικό Τμήμα και Α' Καρδιολογική Κλι-
 νική Ν.Ε.Ε.Σ. Αθήνας.

- 11.45 - 11.55 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ
 ΥΠΟΤΑΣΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡ-
 ΚΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ
 Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Σ. ΣΠΑΙΑ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ,
 Μ. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ, Ι. ΤΣΟΥΧΝΙΚΑΣ, Α. ΠΑ-
 ΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
 Νεφρολογική Κλινική, Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ
 Θεσσαλονίκης.

11.55 - 12.55 Συζήτηση

12.15 - 13.00 Συνεδρία στη μνήμη *Γρηγορίου Βοσνίδη*

Προεδρείο: Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ
 Α. ΜΠΙΛΛΗΣ

Αναδρομή στο έργο του *Γρηγορίου Βοσνίδη*

Ομιλητές: Α. ΜΠΙΛΛΗΣ
 Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ

Διάλεξη: Η μεταμόσχευση νεφρού σήμερα

Ομιλητής: Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ

- 17.30 - 18.40 **Ελεύθερες ανακοινώσεις**
Προεδρείο: Δ. ΓΑΛΑΝΗΣ
 Α. ΚΑΡΑΜΠΑΤΣΟΣ
- 17.30 - 17.40 **ΒΡΑΒΕΙΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**
 Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ¹, Φ. ΧΡΥΣΟΜΑΛΛΗΣ²,
 Γ. ΧΑΪΔΕΜΕΝΟΣ³, Α. ΑΣΗΜΑΚΗ², Κ.
 ΣΟΜΠΟΛΟΣ¹
 Μονάδα Τεχνητού Νεφρού¹ και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο² Γ.Π.Ν. "Γεώργιος Παπανικολάου", Δερματολογική Κλινική Νοσοκομείου Ειδικών Παθήσεων³ Θεσσαλονίκης.
- 17.40 - 17.50 **ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΘΡΕΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**
 Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Α. ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, Ε. ΚΟΚΚΟΣΗ*, Κ. ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ*, Δ. ΒΑΛΗΣ
 Νεφρολογική Μονάδα Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία» και *Βιοχημικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου, Αθήνα.
- 17.50 - 18.00 **ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ**
 Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Α. ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, Σ. ΓΡΥΛΛΗΣ, Δ. ΒΑΛΗΣ
 Νεφρολογική Μονάδα Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία», Αθήνα.
- 18.00 - 18.10 **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΜΕ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ-α (IFN-α) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**
 Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Ν. ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Π. ΚΥΡΙΚΛΙΔΟΥ, Κ. ΠΑΤΣΙΑ-

ΟΥΡΑ, Α. ΜΠΑΛΑΣΚΑ, Ο. ΓΙΟΥΛΕΜΕ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Α.Μ. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Ν. ΕΥΓΕΝΙΔΗΣ, Α. ΒΥΖΑΝΤΙΑΔΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΑΠΘ, Β' Προπ. Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Γεν. Περιφ. Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

18.10 - 18.20 **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΕ ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ (MTN) ΚΑΙ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΜΕΙΩΣΕΙΣ ΔΑΠΑΝΩΝ**

Μ.Α. ΔΑΡΔΑΜΑΝΗΣ, Β. ΠΑΠΠΑΣ, Γ. ΣΜΠΟΝΙΑΣ, Σ. ΙΣΠΟΓΛΟΥ Γ. ΛΙΑΜΗΣ
 Νεφρολογικό Τμήμα Νομαρχειακού Νοσοκομείου Πρεβέζης.

18.20 - 18.40 **Συζήτηση**

18.40 - 19.10 **Συνεδρία στη μνήμη Γεωργίου Διγενή**

Προεδρείο: Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ
 Ν. ΖΕΡΕΦΟΣ

Αναδρομή στο έργο του Γεωργίου Διγενή

Ομιλητής: Ν. ΖΕΡΕΦΟΣ

Διάλεξη: Η αδυναμική νόσος των οστών

Ομιλητής: Δ. ΜΕΜΜΟΣ

19.10 - 19.25 **Διάλειμμα - Καφές**

19.25 - 20.55 Συζήτηση Στρογγύλης Τράπεζας.

Θέμα: Διαταραχές της λειτουργίας του διαμεσοσωληναριακού ιστού

Συντονιστής: Μ. ΕΛΙΣΑΦ

Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ: Η φυσιολογική λειτουργία των νεφρικών σωληναρίων. Σύγχρονα δεδομένα

Μ. ΕΛΙΣΑΦ: Νεφροσωληναριακές οξείες

Σ. ΜΙΧΑΗΛ: Πολυουρικά σύνδρομα - Αιτιοπαθογένεια - Διαφορική διάγνωση και αντιμετώπιση

Κ. ΚΑΤΟΠΩΔΗΣ: Διαταραχές της λειτουργίας των εγγύς εσπειραμένων σωληναρίων στον ενήλικα - Σύνδρομο Barter

Παρασκευή 14 Μαρτίου 1997

09.30 - 11.25 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ
Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ

09.30 - 09.40 **ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (APD)**
Π. ΚΑΛΛΙΑΚΜΑΝΗ, Χ. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΧΑΡΔΑΛΙΑΣ, Σ. ΤΣΑΚΑΣ, Ι.Γ. ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗΣ
Τομέας Παθολογίας, Νεφρολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Πατρών.

09.40 - 09.50 **Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**
Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ, Ε. ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΣΙΜΟΥΛΙΔΟΥ, Α. ΓΕΩΡΓΟΥΛΑ, Α. ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν. Θεσ/νίκης.

09.50 - 10.00 **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΣΦΠΚ**
Χ.Π. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Μ. MANSOUR, Κ. ΜΠΛΕΤΣΑ, Ε. ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Α. ΑΥΛΑΜΗ, Ι. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, ΉΡ. ΒΟΝΙΔΗΣ
Νεφρολογικό, Μεταμοσχευτικό και Μικροβιολογικό Τμήμα, Γεν. «Λαϊκό» Νοσ. Αθηνών.

- 10.10 - 10.20 **ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΔΙΟΛΙΠΙΝΗΣ**
I.N. ΜΠΟΛΕΤΗΣ¹, Α.ΚΩΣΤΑΚΗΣ², Κ. ΑΥΔΙΚΟΥ¹, Φ. ΚΑΡΑΣΣΑ⁵, Π. ΠΑΠΠΑΣ³, Α. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ⁴, Χ. ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ⁵
Τμήματα ¹Νεφρολογικό, ²Μεταμοσχευτικό, ³Ακτινολογικό, ⁴Παθολογοανατομικό και ⁵Παθολογικής Φυσιολογίας, «Λαϊκό» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθήνας, Αθήνα.
- 10.20 - 10.30 **ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΠΤΟΠΡΙΛΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**
I.N. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ε. ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Φ. ΜΑΚΡΗΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, ΉΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ
Τμήματα Νεφρολογικό και Μεταμοσχευτικό, «Λαϊκό» Νοσ., Αθήνα.
- 10.30 - 10.40 **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑ ΜΗ ΣΥΓΓΕΝΗ ΔΟΤΗ ΣΤΙΣ ΙΝΔΙΕΣ**
Α. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Ε. ΜΑΝΟΥ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΑΠΘ, Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης.

- 10.40 - 10.55 **ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΕΘΝΙΚΟΥ ΑΡΧΕΙΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ ΓΙΑ ΤΟ 1996**
ΕΘΝΙΚΟ ΑΡΧΕΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΝΕ ΚΑΙ ΥΣΕ
- 10.55 - 11.25 **Συζήτηση**
- 11.25 - 11.45 **Διάλειμμα - Καφές**
- 11.45 - 12.15 **Συνεδρία στη μνήμη Παντελή Εξαγγέλου**
Προεδρείο: Γ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ,
Μ. ΠΥΡΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ
Αναδρομή στο έργο του Παντελή Εξαγγέλου
Ομιλητής: Μ. ΠΥΡΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ
Διάλεξη: Η ποιότητα του νερού αιμοκάθαρσης στην Ελλάδα
Ομιλητής: Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
- 12.15 - 13.45 **Γενική Συνέλευση**
Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΒΑΡΙΑ ΥΠΕΡΚΑΛΙΑΙΜΙΑ ΜΕΤΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΟΤΡΙΜΟΞΑΖΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΥΠΟΡΕΝΙΝΑΙΜΙΚΟ ΥΠΟΑΛΔΟΣΤΕΡΟΝΙΣΜΟ

Χ. ΜΗΛΙΩΝΗΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Ρ. ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ, Ε. ΚΟΛΙΟΥΣΗ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Παθολογική Κλινική και Νεφρολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσ. Ιωαννίνων.

Ο υπορενιναϊκός υποαλδοστερονισμός είναι το πιο συχνό αίτιο υπερκαλιαιμίας στην καθημερινή κλινική πράξη. Οι ασθενείς με το σύνδρομο αυτό εμφανίζουν μικρού βαθμού έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και ασυμπτωματική υπερκαλιαιμία. Ωστόσο, είναι δυνατό να παρατηρηθεί βαριά υπερκαλιαιμία σε ασθενείς που ταυτόχρονα εμφανίζουν μια επιπρόσθετη διαταραχή της ομοιοστασίας του καλίου. Πρόσφατα, έχει αναφερθεί ότι η χορήγηση ακόμα και συμβατικών δόσεων τριμεθοπρίμης έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων του καλίου. Περιγράφουμε ασθενή ηλικίας 71 ετών με υπορενιναϊκό υποαλδοστερονισμό που εμφάνισε βαριά υπερκαλιαιμία μετά χορήγηση κοτριμοξαζόλης. Ο ασθενής νοσηλεύθηκε στην κλινική μας εξαιτίας υπερκαλιαιμίας (K^+ ορού 6,1 mmol/lit) και μικρού βαθμού έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη ορού 1,8 mg/dl, καθαρή κρεατινίνη 60 ml/min). Επιπρόσθετα, ο ασθενής είχε ήπια υπερχλωραιμική μεταβολική οξέωση με φυσιολογικό χάσμα ανιόντων (pH 7,32, HCO_3^- ορού 17 mmol/lit, χλώριο ορού 110 mmol/lit) και όξινο pH των ούρων (<5,3). Η διασωληνιστική κλίση K^+ (TTKG) ήταν 2,8 και αυξήθηκε σημαντικά μετά τη χορήγηση 0,05 mg φθοριοϋδροκορτιζόλης στο 5,8. Η δραστηριότητα ρενίνης πλάσματος (PRA) ήταν 0,02 ng/ml/h (φ.τ. 0,2-2,4 ng/ml/h) και η αλδοστερόνη του ορού 14 pg/ml (φ.τ. 40-150 pg/ml). Η μικροσκοπική εξέταση του ιζήματος των ούρων έδειξε την παρουσία 10-15 ερυθροκυττάρων, 8-10 πυοσφαιρίων και αρκετών κοκκωδών κυλίνδρων κ.ο.π. Οι νεφροί του ασθενούς είχαν μέγεθος μικρότερο του φυσιολογικού στον υπερηχογραφικό έλεγχο. Τέθηκε η διάγνωση του υπορενιναϊκού υποαλδοστερονισμού εξαιτίας χρόνιας διάμεσης νεφρίτιδας και δόθηκαν οδηγίες για διαίτα πτωχή σε K^+ σε συνδυασμό με μικρή δόση φουροσεμίδης. Ωστόσο, λίγες εβδομάδες αργότερα ο ασθενής εμφάνισε συμπτώματα ουρολοίμωξης και χορηγήθηκε κοτριμοξαζόλη σε συμβατικές δόσεις (1600 mg σουλφομεθοξαζόλης και 320 mg τριμεθοπρίμης). Πέντε μέρες αργότερα ο ασθενής εμφάνισε μυϊκή αδυναμία, ναυτία

και δυσκοιλιότητα και μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε βαριά υπερκαλιαιμία (K^+ ορού 7,8 mmol/lit) με ΗΚΓγραφικές μεταβολές που αντιμετωπίστηκαν με τη χορήγηση γλυκονικού Ca, διαλύματος γλυκόζης με ινσουλίνη και ρητινών από το στόμα. Τα επίπεδα του K^+ στη συνέχεια σταθεροποιήθηκαν στα 5,6-6,0 mmol/lit. Συμπερασματικά, η χορήγηση κοτριμοξαζόλης ακόμα και σε συμβατικές δόσεις είναι δυνατό να προκαλέσει σημαντική ή και επικίνδυνη αύξηση των επιπέδων του καλίου, ιδιαίτερα σε άτομα με διαταραχές της νεφρικής ή και εξωνεφρικής ομοιοστασίας του καλίου η οποία παρατηρείται συχνά σε ηλικιωμένα άτομα, σε άτομα με έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας ή σε άτομα με νοσήματα του διάμεσου νεφρικού ιστού.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Κ. ΚΑΤΩΠΟΔΗΣ, Μ. ΕΛΙΣΑΦ, Χ. ΜΗΛΙΩΝΗΣ, Ι. ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Χ. ΠΑΠΠΑΣ, Ν. ΣΤΕΡΓΙΟΥ, Κ.Χ. ΣΙΑΜΟΠΟΥΛΟΣ

Νεφρολογική Κλινική και Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσ. Ιωαννίνων.

Οι ασθενείς με σοβαρού βαθμού μη αντιρροπούμενη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (ΣΚΑ) εμφανίζουν συχνά διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας και των ηλεκτρολυτών που οφείλονται στην ενεργοποίηση πολλαπλών νευροχημικών μηχανισμών, καθώς και στα χορηγούμενα φάρμακα. Σκοπός της προοπτικής εργασίας μας ήταν η μελέτη των διαταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας και των ηλεκτρολυτών σε 62 ασθενείς με ΣΚΑ που νοσηλεύθηκαν στην Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική. Κατά την εισαγωγή των ασθενών προσδιορίζονταν στον ορό τα επίπεδα της γλυκόζης, ουρίας, κρεατινίνης, ολικής πρωτεΐνης, αλβουμίνης καθώς και των ηλεκτρολυτών (νατρίου, καλίου, χλωρίου, μαγνησίου, ασβεστίου, φωσφορικών και διττανθρακικών). Επίσης προσδιορίζονταν τα αέρια του αρτηριακού αίματος. Το χάσμα των ανιόντων του ορού (XA) υπολογιζόταν από την εξίσωση $XA = Na^+ - (Cl^- + HCO_3^-)$. Σαράντα από τους 62 ασθενείς (64,5%) είχαν τουλάχιστον μία διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας ή των ηλεκτρολυτών. Είκοσι τέσσερις ασθενείς (38,7%) είχαν διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας. Τριάντα ένας ασθενείς (50%) είχαν ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Πέντε ασθενείς (8%) είχαν αναπνευστική αλκάλωση, 11(17,8%) μεταβολική αλκάλωση, 5 (8%) μεταβολική αλκάλωση σε συνδυασμό με αναπνευστική αλκάλωση, ενώ 2 (3,2%) είχαν υπερχλωραιμική μεταβολική οξέωση. Υπονατρίαμια βρέθηκε σε 22 ασθενείς (35,5%), υποκαλιαιμία σε 16 (25,8%), υπερκαλιαιμία σε 7 (11,3%), υπομαγνησιαμία σε 11(17,8%), υπασβεστιαμία σε 5(8%) και υποφωσφαταιμία σε 9 ασθενείς (14,5%).

Συμπέρασμα: Ασθενείς με προχωρημένη ΣΚΑ εμφανίζουν πολλαπλές διαταραχές της οξεοβασικής ισορροπίας και των ηλεκτρολυτών που οφείλονται σε ποικίλους αλληλοσχετιζόμενους μηχανισμούς.

ΒΑΡΕΙΑ, ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΜΕΤΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑΣ (ΜΑ) ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΟΡΦΥΡΑ ΗΕΝΟΧ-SCHONLEIN (HSP)

Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Α. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΑΥΔΙΚΟΥ, Κ. ΑΡΩΝΗ, Γ. ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΣΤΑΥΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, †ΓΡ. ΒΟΣΝΙΑΔΗΣ

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

Επεισόδια ΜΑ σε ασθενείς με σπειραματονεφρίδια (ΣΝ) μπορεί να ακολουθούνται από ΟΝΑ η οποία οφείλεται σε διαμεσοσωληνιακές βλάβες (ΔΜΣΒ). Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί λιγότερες από 70 περιπτώσεις ΟΝΑ μετά από ΜΑ σε ασθενείς με ΣΝ. Οι 60 περίπου από αυτούς έπασχαν από IgA ΣΝ.

Η ΜΑ είναι συνήθης εκδήλωση της HSP, αλλά η συχνότητα της ΟΝΑ σε ασθενείς με HSP είναι μικρή και κατά κανόνα οφείλεται σε εξωτριχοειδική ΣΝ. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει περιγραφεί μία μόνο περίπτωση ΟΝΑ, οφειλόμενης σε ΔΜΣΒ, σε ενήλικα ασθενή με HSP μετά ΜΑ.

Πρόκειται για γυναίκα 76 ετών με ατομικό αναμνηστικό υποτροπιάζοντος εξανθήματος κνημών, επεισοδίων ΜΑ και ήπιας ΧΝΑ (κρεατινίνη ορού: 1,6 mg/dl). Σαράντα πέντε (45) περίπου ημέρες πριν την εισαγωγή της στο τμήμα μας, και κατά τη διάρκεια πυρετού, εμφάνισε εξάνθημα κνημών άμφω, αρθραλγίες των μεγάλων αρθρώσεων άνω και κάτω άκρων, κακουχία και ΜΑ, που διήρκεσε 4-5 ημέρες και συνοδεύθηκε από ταχεία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας (ΝΑ). Κατά την εισαγωγή παρουσίαζε φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ταχύπνοια, οίδημα κνημών και οσφύος, υποτρίζοντες πνευμονικών βάσεων και μόλις υποση-μαινόμενο συμμετρικό εξάνθημα κνημών, γλουτών και πηγχεων άμφω. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε αναμία (Ht: 26,2%, Hb: 8,7 g %), μικροσκοπική αιματοουρία (40-50 ερυθρά/κ.ο.π.) και βαρεία νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη 6,1 mg/dl, ουρία 195 mg/dl). Αρχικά, αντιμετωπίστηκε με διουρητικά και ακολούθως με αιμοκάθαρση (HD) λόγω περαιτέρω επιδείνωσης της ΝΑ (κρεατινίνη 9 mg/dl, ουρία 290 mg/dl). Την έκτη ημέρα της νοσηλείας, υποβλήθηκε σε βιοψία δερματικής βλάβης (ΒΔΒ) και διαδερμική βιοψία νεφρού (ΒΝ) και χορηγήθηκε πρεδνιζολόνη i.v. σε δόση 50 mg/24ωρο. Η ιστολογική εξέταση της ΒΔΒ έδειξε λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα με ενα-

πόθεση IgA, C₃ και ινωδογόνου και η ιστολογική εξέταση της ΒΝ έδειξε αλλοιώσεις ήπιας μεσαγγειοπερπλαστικής ΣΝ με λεπτοκοκκιώδη εναπόθεση IgA και C₃ στο μεσάγγειο, πυκνές φλεγμονώδεις μονοκυτταρικές διηθήσεις του διάμεσου ιστού, αλλοιώσεις οξείας σωληνιακής νέκρωσης και άφθονα ερυθρά αιμοσφαίρια στον αυλό των ουροφόρων σωληναρίων. Ο ανοσολογικός έλεγχος, που περιλάμβανε μετρήσεις του C₃, C₄, ANA, αντιDNA, R_a-test, ANCA, ανοσοηλεκτροφόρηση ορού, CRP, HbsAg και HCV αντίσωμα, ήταν αρνητικός. Διακόπηκε η πρεδνιζολόνη και η ασθενής παρέμεινε υπό HD για διάστημα 20 ημερών. Ακολούθως, παρατηρήθηκε προοδευτική βελτίωση της ΝΑ και μετά 50 ημέρες νοσηλείας και 3 μήνες μετά το επεισόδιο της ΜΑ, η ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου με κρεατινίνη ορού 5 mg/dl. Στο τέλος του επόμενου εξαμήνου, παρουσίαζε κρεατινίνη ορού 2,3 mg/dl, ουρία αίματος 78 mg/dl και επιμονή της μικροσκοπικής αιματοουρίας. Στα μέσα περίπου αυτού του εξαμήνου και κατά τη διάρκεια εμπύρετης λοίμωξης του αναπνευστικού, η ασθενής ανέφερε έκθυση εξανθήματος όμοιου σε μορφολογία και κατανομή με το προηγούμενο χωρίς όμως ΜΑ ή επιδείνωση της ΝΑ.

Συμπερασματικά, επεισόδια ΜΑ σε ασθενείς με HSP μπορεί να ακολουθούνται από βαρεία και παρατεταμένη ΟΝΑ που οφείλεται σε ΔΜΣΒ και έχει καλή πρόγνωση.

**ΟΞΕΙΑ ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΛΟΓΩ
ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟΥ ΔΙΑΧΩΡΙΣΤΙΚΟΥ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ
ΑΟΡΤΗΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΑ**

**Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ, Γ. ΜΕΤΑΞΑΤΟΣ, Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ, Ν. ΜΑΡ-
ΓΑΡΗΣ, Α. ΖΕΡΒΑ, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ**

Νεφρολογικό Τμήμα του Γ.Π.Ν.Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός».

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια λόγω απόφραξης των νεφρικών αρτηριών είναι σπανιότατη επιπλοκή του διαχωριστικού ανευρύσματος της αορτής και μόνο δύο περιπτώσεις έχουν περιγραφεί στην προσιτή σε μας βιβλιογραφία. Παρακάτω περιγράφεται μια τέτοια περίπτωση εκτεταμένου διαχωριστικού ανευρύσματος που αντιμετωπίστηκε συντηρητικά.

Πρόκειται για άντρα, 64 ετών, καπνιστή, ο οποίος τον Οκτώβριο του '94 εμφάνισε πυρετό έως 38°C με ρίγος που αρχικά υφέθηκε με τη χορήγηση αντιβιοτικών, αλλά μετά από μια εβδομάδα επανεμφανίστηκε συνοδευόμενος από έντονο πόνο στο δεξιό πλάγιο της κοιλίας και τη σύστοιχη νεφρική χώρα. Δύο μέρες αργότερα προστέθηκε και οπισθοστερνικός πόνος με δύσπνοια και ο ασθενής εισήχθη στις 25-10-94 σε Καρδιολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου μας. Εκεί, διαπιστώθηκε κλινικώς αρτηριακή πίεση 260/160 mmHg χωρίς ευρήματα καρδιακής ανεπάρκειας και εργαστηριακώς αύξηση της LDH (933 μον.), της CPK (1433 μον.), της SGOT (140 μον.) και της SGPT (57 μον.), της διαστάσης ορού (160 μον.), της ουρίας αίματος (111 mg/dl) και της κρεατινίνης ορού (5,6 mg/dl), λευκοματουρία (> 300 mg%), μικροσκοπική αιματουρία και πυουρία. Τα λευκά ήταν 13.700 κ.κ.χ. με πολυμορφοπύρρηνα 84% και ο Ht 46%. Επανειλημμένα ΗΚΓ και το υπερηχογράφημα καρδιάς ήταν φυσιολογικά. Τη δεύτερη μέρα της νοσηλείας του και ενώ ο κοιλιακός πόνος συνεχιζόταν ηπιότερος, ο ασθενής εμφάνισε ανουρία και διακομίστηκε στο Νεφρολογικό Τμήμα όπου τέθηκε σε περιτοναϊκή κάθαρση και έντονη αντιυπερτασική θεραπεία. Το υπερηχογράφημα νεφρών, ήπατος, χοληδόχου και παγκρέατος ήταν φυσιολογικό αλλά η αξονική τομογραφία κοιλίας και η αορτογραφία που έγιναν λόγω της επιμονής του κοιλιακού πόνου και της ανουρίας έδειξαν εκτεταμένο διαχωριστικό ανεύρυσμα εκτεινόμενο από το αορτικό τόξο μέχρι τη δεξιά έξω λαγόνιο αρτηρία με απόφραξη των νεφρικών αρτηριών και του τρίποδος του Haller. Ο πυρετός υφέθηκε και η υπέρταση προοδευτικά ρυθμίστηκε αλλά η ανουρία συνεχίστηκε. Λόγω της έκτασης του διαχωρισμού αποκλείστηκε η χειρουργική επέμβαση και ο ασθενής τέθηκε σε

χρόνια αιμοκάθαρση η οποία συνεχίζεται μέχρι τώρα, δηλ. επί 28 μήνες.

Η περίπτωση παρουσιάζεται λόγω: α) της σπανιότητας της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας ως επιπλοκής του διαχωριστικού ανευρύσματος και β) της επιτυχούς συντηρητικής αντιμετώπισης του τελευταίου, παρά τη μεγάλη έκταση του αορτικού διαχωρισμού.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΔΙΗΘΗΣΕΩΣ (GFR) ΜΕ ΡΑΔΙΟΙΣΟΤΟΠΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟ ΜΕ ⁹⁹Te-DTPA ΚΑΙ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ GAULT-COCKROFT ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

A. ΕΥΣΤΡΑΤΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΒΟΓΙΑΚΗ, Γ. ΤΣΙΚΙΝΗΣ, Χ. ΛΥΔΑΚΗΣ, Ε. ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ
Υπερτασιολογικό Ιατρείο & Γ' Παθολογική Κλινική Π.Γ.Ν. Αθηνών «Γ. Γεννηματάς».

Στους ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση η εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας είναι απαραίτητη. Ο προσδιορισμός της σπειραματοδιηθήσεως (GFR) με την κλασσική μέθοδο δεν είναι πάντοτε εύκολος, ενώ έχει και τους περιορισμούς της. Η χρήση μιας απλής και εύχρηστης μεθόδου εκτίμησης της GFR είναι, κατά συνέπεια, επιθυμητή.

Η εκτίμηση της GFR με τη μέθοδο των Gault-Cockcroft φαίνεται απλή και χωρίς το πρόβλημα της συλλογής των ούρων, αλλά πλέον εξειδικευμένες μέθοδοι, όπως οι ραδιοϊσοτοπικές, θεωρούνται πλέον ακριβείς.

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η συγκριτική εκτίμηση της GFR με τη γνωστή μέθοδο των Gault-Cockcroft σε σύγχρονη μέτρηση με την ραδιοϊσοτοπική μέθοδο με ⁹⁹Te-DTPA κατά τη διάρκεια δυναμικού σπινθηρογραφήματος-νεφρογράμματος σε ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση.

Μέθοδοι: Το υλικό της μελέτης απετέλεσαν 55 ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση (32 Α/23 Γ, ηλικίας 15-88 ετών) που παρακολουθούνται στο Υπερτασιολογικό μας Ιατρείο. Σ' όλους έγινε ραδιοϊσοτοπική εξέταση με δυναμικό σπινθηρογράφημα - νεφρογράμμα με τη χρήση ⁹⁹-Te-DTPA, υπό τις ίδιες συνθήκες και στο ίδιο Εργαστήριο. Τις προηγούμενες της ραδιοϊσοτοπικής μελέτης 2-3 ημέρες ελαμβάνετο αιμόδειγμα για τον προσδιορισμό της κρεατινίνης του ορού. Η εκτίμηση της GFR γινόταν τόσο με την ραδιοϊσοτοπική μέθοδο, όσο και με την μέθοδο Gault-Cockcroft ($GFR = (140 - \text{ηλικία}) \times \text{Σωμ. Βάρος (Kg)} / [72 \times \text{κρεατινίνη ορού (mg/dl)}]$) για τους άνδρες και για τις γυναίκες: $\eta \text{ GFR} \times 0,85$, του αποτελέσματος εκφραζομένου σε ml/min/1,73m² επιφ. σώματος. Έγινε, στη συνέχεια, συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (η στατιστική αξιολόγηση με τη χρήση του πακέτου Statistica 4,3).

Αποτελέσματα: Η ραδιοϊσοτοπική εκτίμηση της GFR με ⁹⁹Te-DTPA έδωσε σημαντικά υψηλότερες τιμές GFR ($92,38 \pm 4,57$

ml/min/1,73 m², M±SE) σε σύγκριση με τη μέθοδο Gault-Cockcroft ($75,2 \pm 3,68$ ml/min/1,73m²) ($p=0,0043$). Παρά ταύτα, βρέθηκε λίαν σημαντική συσχέτιση των τιμών της GFR μεταξύ των δύο μεθόδων ($r=0,611$, $p=0,0000$). Η συσχέτιση αυτή ήταν σημαντικά μεγαλύτερη ($r=0,762$, $p<0,001$) όσο χαμηλότερη ήταν η GFR και με τις δύο μεθόδους (<80 ml/min/1,73m² για την με ⁹⁹Te-DTPA και <50 ml/min/1,73m² για την Gault-Cockcroft).

Συμπεραίνουμε ότι η εκτίμηση της GFR με τη μέθοδο Gault-Cockcroft υποεκτιμά το επίπεδο της σπειραματοδιηθήσεως, συγκρινόμενη με την ραδιοϊσοτοπική μέθοδο με ⁹⁹Te-DTPA, αλλά είναι πλέον αξιόπιστη όταν υπάρχει μείωση της σπειραματοδιηθήσεως.

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΟΞΩΔΟΥΣ ΠΟΛΥΑΡΤΗΡΙΪΤΙΔΑΣ ΣΤΟΥΣ ΜΥΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ

ΧΡ. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΟΥ¹, Ε. ΓΙΑΝΝΑΤΟΣ¹, Β. ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ¹, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ¹, Φ.Α. ΣΟΤΣΙΟΥ², Α. ΜΠΙΛΛΗΣ¹

Νεφρολογικό Τμήμα¹ & Παθολογοανατομικό Εργαστήριο² του Π.Γ.Ν. Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός».

Αγγειίτιδα του τύπου της οξώδους πολυαρθριίτιδας, εκδηλούμενη κλινικά ως μυοπάθεια των κάτω άκρων, είναι σπάνια και, απ' ό,τι γνωρίζουμε, στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί λιγότερες από 20 περιπτώσεις αποδεδειγμένες με κατευθυνόμενη βιοψία μυός. Παρακάτω περιγράφουμε μια τέτοια μορφή που συνοδευόταν από μικροσκοπική αιματοουρία, προφανώς μη σχετιζόμενη με την αγγειίτιδα.

Επρόκειτο για άντρα, 28 ετών, ο οποίος στις 28-10-95 εμφάνισε υψηλό πυρετό με ρίγος χωρίς άλλα συμπτώματα και δύο εβδομάδες αργότερα εισήχθη σε παθολογικό τμήμα κρατικού νοσοκομείου. Δεν εμφάνιζε υπέρταση ή άλλα παθολογικά ευρήματα και εργαστηριακώς διαπιστώθηκε αναιμία (Ht 25%), λευκοκυττάρωση (13.000 κ.κ.χ. με πολυμορφοπύρηνια 90%), αύξηση της ΤΚΕ (100 mm), της κρεατινικής φωσφοκινάσης (750 μον.), της CRP(++), της χολερυθρίνης (2,3 mg/dl), της αλκαλικής φωσφατάσης (170 μον.) και της γGT του ορού (117 μον.), καθώς και μικροσκοπική αιματοουρία χωρίς λευκοματουρία. Η νεφρική λειτουργία ήταν φυσιολογική και ο έλεγχος για λοιμώδη νοσήματα ή ανοσολογικές παθήσεις αρνητικός. Θεραπευτικώς έλαβε διάφορα αντιβιοτικά και προοδευτικά εμφάνισε ύφεση του πυρετού < 38°C, αλλά όχι πλήρη απυρεξία. Κατά τη νοσηλεία του έχασε 14Kg και εξήλθε στις 30-11-95. Λόγω επιμονής της δεκατικής πυρετικής κίνησης, στις 24-12-95 εισήχθη στο τμήμα μας και υποβλήθηκε σε νέο παρακλινικό έλεγχο ο οποίος δεν ήταν και πάλι διαφωτιστικός. Η πυρετική κίνηση (μέχρι 38°C) συνεχιζόταν, αλλά η γενική του κατάσταση ήταν ικανοποιητική. Έγινε διαδερμική βιοψία νεφρού και, εν αναμονή του αποτελέσματος, εξήλθε.

Στις 24-1-96, δηλ. δύο εβδομάδες μετά την έξοδό του, εισήχθη και πάλι στο τμήμα μας λόγω εντονότατου άλγους στους τετρακεφάλους και στους μύες της γαστροκνημίας που καθιστούσαν δύσκολη τη βάδιση. Κατά την ψηλάφηση οι μύες αυτοί ήταν πολύ επώδυνοι, οι δε γαστροκνήμιοι εμφάνιζαν και λίαν επώδυνα οξίδια διαμέτρου 1 εκ.

Η αρτηριακή πίεση ήταν και πάλι φυσιολογική και η νέα παρακλινική μελέτη (στην οποία περιλαμβάνονται τα ANCA, ο λοιπός ανοσολογικός έλεγχος και η μαγνητική τομογραφία των κνημών) μη διαγνωστική. Η βιοψία νεφρού έδειξε μικρού βαθμού υπερπλασία του μεσαγγείου με λίγες εναποθέσεις IgA, εικόνα συμβατή εν μέρει με IgA νεφροπάθεια και η αγγειογραφία των νεφρών απουσία ανευρυσμάτων. Η βιοψία οξιδίου από τη γαστροκνημία έδειξε αλλοιώσεις του τύπου της οξώδους πολυαρθριίτιδας με προσβολή αγγείων διαμέτρου 50-250μ., η δε βιοψία ήπατος μη νεκρωτική αγγειίτιδα μικρού αγγείου διαμέτρου < 50 μ.. Ο ασθενής τέθηκε σε θεραπεία με κορτικοειδή και κυκλοφωσφamide με αποτέλεσμα πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων η οποία συνεχίζεται μέχρι τώρα.

Η περίπτωση αυτή παρουσιάζεται λόγω: α) της σπανιότητας και του ενδιαφέροντος της εντοπισμένης στους μύς των κάτω άκρων οξώδους πολυαρθριίτιδας και β) της απουσίας αγγειίτιδικών βλαβών στους νεφρούς παρά την αιματοουρία.

**ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑ ΧΩΡΙΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΟΥΝΤΑ ANCAΣ
ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ
HCV**

N. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ*, Α. ΑΣΗΜΑΚΗ**, Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ*
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού* και Παθολογοανατομικό Εργαστή-
ριο**, Γ.Π.Ν. "Γεώργιος Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη.

Είναι γνωστό ότι η χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτι-
δας C ενοχοποιείται στην παθογένεια της μικτής κρυσφαιριναί-
ας που συνυπάρχει σε αρκετούς ασθενείς και ευθύνεται κατά κύριο
λόγο για την εμφάνιση νεκρωτικής αγγειίτιδας κατά την πορεία της
νόσου.

Η παρούσα περίπτωση αφορά άνδρα ασθενή 72 ετών με
τελικό στάδιο ΧΝΑ (άγνωστης αιτιολογίας) σε πρόγραμμα χρόνιας
περιοδικής αιμοκάθαρσης από 8ετίας. Τον Ιανουάριο 1995 διαπι-
στάθηκε αύξηση των τρανσαμινασών του ορού ενώ 3 μήνες αργό-
τερα διαπιστώθηκε θετικό αντίσωμα ηπατίτιδας C και HCV RNA +.
Ο ασθενής διατήρησε αυξημένες τρανσαμινάσες ορού χωρίς άλλα
συμπτώματα για 18 περίπου μήνες οπότε παρουσίασε κλινικοεργα-
στηριακή εικόνα ηπατικής ανεπάρκειας αλλά αρνήθηκε να υπο-
βληθεί σε βιοψία ήπατος.

Το τελευταίο διάστημα ο ασθενής εμφάνισε πορφύρα
(βιοψία δέρματος: νεκρωτική αγγειίτιδα) αρχικά στα κάτω και κα-
τόπιν στα άνω άκρα. Στη συνέχεια παρουσίασε ημιπάρεση αριστε-
ρά με διαταραχές του επιπέδου συνείδησης. Η αξονική τομογραφία
του εγκεφάλου δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα και η κλινική
εικόνα βελτιώθηκε με πλασμαφαίρεση παροδικά. Από τον υπόλοι-
πο εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε Ra test θετικό και αυξημέ-
νη C αντιδρώσα πρωτεΐνη. Ο έλεγχος του ορού για την ύπαρξη
κρυσφαιρινών, σε επανειλημμένες μετρήσεις, απέβη αρνητικός. Η
γενική κατάσταση του ασθενούς επιδεινώθηκε εκ νέου και τελικά
κατέληξε 8 εβδομάδες μετά την εμφάνιση της αγγειίτιδας.

Η περίπτωση που παρουσιάζουμε φαίνεται να είναι η πρώτη
περιγραφή νεκρωτικής αγγειίτιδας σε αιμοκαθαίρομενο ασθενή στα
πλαίσιμα χρόνιας λοίμωξης από HCV.

**ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΙΤΛΟΥ ΤΩΝ ANCA ΑΞΙΟΠΙ-
ΣΤΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΑΣ ;
Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Δ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ, Π.
ΒΑΚΙΑΝΗΣ, Μ. ΚΑΡΙΝΑ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Μ.
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ**

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

Οι ισότυποι και οι διακυμάνσεις του τίτλου των αντισωμά-
των κατά της Πρωτεΐνης 3(PR3) και της Μυελοϋπεροξειδάσης
(MPO), κυρίων αντιγονικών στόχων των ANCA, σε σχέση με την
προσβολή οργάνων και τη δραστηριότητα της νόσου προσδιορί-
στηκαν σε 52 ασθενείς, 27 άνδρες, με αγγειίτιδα και νεκρωτική
σπειραματονεφρίτιδα. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 54 χρόνια
(14-85) και η μέση παρακολούθηση (\pm SD) 28 ± 14 μήνες (6-63). Από
τους 52 ασθενείς οι 35 είχαν Μικροσκοπική Πολυαγγειίτιδα
(MPA), 12 νόσο του Wegener (WG), 4 Ιδιοπαθή Ταχέως Εξελισσό-
μενη ΣΝ και 1 σύνδρομο Churg-Strauss.

Η ανοσοκατασταλτική θεραπεία περιλάμβανε ώσεις με-
θυλπρεδνιζολόνης (MP) για 3 ημέρες και κατόπιν από του στόματος
αγωγή με τροποποιούμενες δόσεις MP και κυκλοφωσφαμίδης (CP)
ή αζθειοπρίνης (AZ). Σε 1 ασθενή χορηγήθηκε κυκλοσπορίνη
(CSA) και 9 υποβλήθηκαν σε πλασμαφαίρεση.

Σε 17 ασθενείς ανιχνεύθηκαν αντισώματα κατά της PR3 και
σε 35 κατά της MPO. Κατά τη διάγνωση παρατηρήθηκαν IgG ισό-
τυποι σε όλους τους ασθενείς, IgM σε 18 και IgA σε 2 σύγχρονα με
τους IgG ισότυπους. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ τίτλου
IgG ANCA και βαρύτητας της νόσου ή αριθμού προσβαλλόμενων
οργάνων. Από τους 18 ασθενείς με κυκλοφορούντα IgM ANCA οι 8
(44%) είχαν αιμοπτώσεις. Η μέση τιμή των IgG αντι-PR3 και αντι-
MPO αντισωμάτων παρουσίασαν πτώση από 54 ± 34 σε $9,5\pm 12$ μονά-
δες, $p<0,001$, 3 μήνες από την έναρξη της θεραπείας και σε 7 ± 13 ,
 $p<0,001$, στο τέλος της παρακολούθησης. Οι IgM και IgA ισότυποι
δεν ήταν ανιχνεύσιμοι (OD) 15 ημέρες από την έναρξη της θερα-
πείας. Σε 4 ασθενείς οι τίτλοι IgG παρέμειναν υψηλοί παρά την
κλινική ύφεση της νόσου. Σε 1 από αυτούς παρατηρήθηκε υποτρο-
πή της νόσου.

Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, 7 ασθενείς (13,5%)
παρουσίασαν υποτροπή της νόσου που συνοδευόταν από γενική
συμπτωματολογία, παρόμοια με την πρώτη εμφάνιση της νόσου,
επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και πρόωμη αύξηση του τί-
τλου.

λου των IgG αντισωμάτων. Σε 4 ασθενείς, 3 με αιμόπτυση, παρατηρήθηκε αύξηση των επιπέδων και των IgM αντισωμάτων προϋπάρχοντα, 20-60 ημέρες, εκείνης των IgG. Και στους 7 ασθενείς η υποτροπή της νόσου εμφανίστηκε με τη μείωση ή τη διακοπή της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας.

Οι τίτλοι των IgG ANCA αποτελούν σημαντικό δείκτη δραστηριότητας της νόσου. Οι υποτροπές συνοδεύονται πάντα από αύξηση του τίτλου των IgG αντισωμάτων. Η αύξηση των IgG και σπανιότερα των IgM προηγείται συνήθως της κλινικής εκδήλωσης. Η σταθερά παραμονή υψηλών τίτλων IgG αντισωμάτων παρά την κλινική ύφεση της νόσου είναι σημείο αυξημένου κινδύνου για μελλοντική υποτροπή.

ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

ΑΙΚ. ΤΑΡΑΣΗ¹, ΧΡ. ΠΑΠΑΣΤΕΡΙΑΔΗ¹, Ν. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ², Κ. ΜΠΟΚΗ³, Θ. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ¹, Α. ΜΠΙΛΛΗΣ²

Τμήμα Ανοσολογίας-Ιστοσυμβατότητας¹ και Νεφρολογικό Τμήμα² Π.Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός», Ρευματολογικό Τμήμα Π.Γ.Ν. «ΚΑΤ»³, Αθήνα.

Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση του συστηματικού ερυθρεμάτους λύκου (ΣΕΛ) μεταξύ δε των γενετικών παραγόντων, σημαντικό ρόλο φαίνεται ότι έχουν γονίδια της MCH περιοχής. Εκτός από τις γνωστές συσχετίσεις με τα HLA αντιγόνα και παράγοντες του συμπληρώματος, τελευταία το ενδιαφέρον έχει στραφεί και προς άλλα γονίδια της MHC περιοχής.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη: α) του πολυμορφισμού των μικροδορυφορικών (microsatellites) δεικτών του παράγοντα νέκρωσης των όγκων (tumor necrosis factor-TNF) και β) των απλοτυπικών συνδυασμών μεταξύ των ανωτέρω δεικτών και των HLA τάξης I και II αλληλίων σε πάσχοντες από ΣΕΛ με ή χωρίς νεφρική συμμετοχή.

Ασθενείς-Μέθοδοι: Προσδιορίστηκαν 1) τα αλληλία των μικροδορυφορικών δεικτών του TNF (a,b,c και d) με τεχνική μοριακής βιολογίας (automated fluorescent genotyping), 2) τα αλληλία των HLA-DRB1, -DQA, -DQB και -DPB με την τεχνική PCR-SSOP και 3) τα HLA τάξης I (-A, -B, -C) αντιγόνα με ορολογικές τεχνικές σε: α) 48 ασθενείς με ΣΕΛ (4 άνδρες και 44 γυναίκες) που πληρούσαν τα αναθεωρημένα κριτήρια της Αμερικανικής Ρευματολογικής Εταιρείας του 1982 (24 ασθενείς με νεφρίτιδα, ιστολογικά επιβεβαιωμένη και 24 ασθενείς χωρίς νεφρίτιδα) και β) 68 υγιείς μάρτυρες.

Αποτελέσματα: Το αλληλίο TNF_d βρέθηκε με αυξημένη συχνότητα στο σύνολο των ασθενών με ΣΕΛ (14,13% vs 5,08%, p<0,025, RR=3,04) με παρόμοια κατανομή και στις δύο υποομάδες της νόσου. Το αλληλίο TNF_a εμφανίστηκε με ελαττωμένη συχνότητα στο σύνολο των ασθενών (12,22% vs 23,80%, p<0,025, RR=0,44) και κυρίως στους ασθενείς με νεφρίτιδα (8,69% vs 23,80%, p<0,01, RR=0,30). Οι ασθενείς με νεφρίτιδα παρουσίασαν

επιπλέον αυξημένη συχνότητα των αλληλίων TNF α_2 και TNF β_3 , η οποία όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Στο σύνολο των ασθενών βρέθηκε αυξημένη συχνότητα, στατιστικά σημαντική, των HLA-DRB1* 1501, *1601 και *0701, ενώ το DRB1* 0301 βρέθηκε με οριακά αυξημένη συχνότητα. Στους ασθενείς με νεφρίτιδα το DRB1* 1501 βρέθηκε σε αυξημένη συχνότητα, καθώς και το TNF α_{11} με το οποίο το DRB1* 01501 βρίσκεται σε διαταραχή ισορροπίας σύνδεσης.

Οι απλότυποι HLAB γ -TNF α_{11} , TNF β_3 -d $_2$, HLAB δ -TNF α_2 , HLADRB1* 0301-TNF α_2 , HLADQB* 0201-TNF α_2 , TNF α_{13} -d $_6$ και HLADPB* 0101-TNF α_2 εμφάνισαν ισχυρή και στατιστικά σημαντική θετική διαταραχή ισορροπίας σύνδεσης.

Συμπερασματικά, διαφορές στη συχνότητα των μικροδορυφορικών δεικτών του TNF φαίνεται ότι χαρακτηρίζουν τους Έλληνες ασθενείς με ΣΕΑ και κυρίως αυτούς που εμφανίζουν νεφρική συμμετοχή. Δεδομένου ότι ορισμένα αλληλία των δεικτών αυτών έχουν συσχετισθεί με τα επίπεδα παραγωγής του TNF και, κατ'επέκταση, με τη λειτουργία των φαγοκυττάρων και την κάθαρση των ανοσοσυμπλεγμάτων, τα ανωτέρω ευρήματα ίσως βοηθήσουν στην κατανόηση της παθογένειας, αλλά και στην πρόληψη της νεφρίτιδας του ΣΕΑ.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 3 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Θ. ΑΠΟΣΤΟΛΟΥ¹, Π. ΑΝΔΡΙΚΑΚΟΥ¹, Δ. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΟΣ², Α. ΓΑΛΗΝΑΣ¹, Μ. ΤΖΙΑΜΑΛΗΣ², Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ², Π. ΦΟΥΝΤΑΣ², Α. ΜΠΙΛΛΗΣ¹

Νεφρολογικό Τμήμα Π.Γ.Ν.Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»¹ και Μονάδες Τεχνητού Νεφρού των Κλινικών «Ο Παντοκράτωρ»² και «Λευκός Σταυρός»³.

Παρά το γεγονός ότι η επίπτωση της φυματίωσης, πνευμονικής και εξωπνευμονικής, είναι αυξημένη στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εν τούτοις, η εντόπισή της στη σπονδυλική στήλη δεν είναι συχνή, επειδή δε η διάγνωσή της είναι δύσκολη συνεπάγεται συνήθως σοβαρές βλάβες λόγω καθυστερημένης έναρξης της θεραπείας. Παρακάτω περιγράφουμε τρεις περιπτώσεις ασθενών, στους δύο από τους οποίους η διάγνωση στηρίχθηκε κυρίως στο «θεραπευτικό κριτήριο».

Ο πρώτος ασθενής, άντρας 65 ετών που υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση από 4ετίας μέσω αρτηριοφλεβικού μοσχεύματος, εισήχθη στο τμήμα μας τον Σεπτέμβριο του '92 για τη διερεύνηση παρατεταμένου εμπύρετου νοσήματος που συνοδευόταν από έντονο θωρακικό και κοιλιακό πόνο με ζωστηροειδή κατανομή, καθώς και σημαντική δυσκολία στη βάδιση. Ακτινολογικώς διαπιστώθηκε εικόνα «χωροκατακτητικής επεξεργασίας» στην περιοχή των σπονδύλων με παρασπονδυλική επέκταση, καταστροφή της οστικής δομής και ενδείξεις πίεσης του νωτιαίου μυελού. Η R. Mantoux ήταν αρνητική και η κατευθυνόμενη οστική βιοψία μη διαγνωστική. Ο ασθενής τέθηκε αρχικά και για 3 μήνες σε αντιφυματική χημειοθεραπεία με ριφαμπικίνη, ισονιαζίδη και εθαμβουκίλη με αποτέλεσμα ύφεση του πυρετού. Στη συνέχεια όμως, επειδή θεωρήθηκε ότι η βλάβη των σπονδύλων ήταν ίσως νεοπλασματικής αιτιολογίας, διακόπηκε η αντιφυματική θεραπεία και ο ασθενής υποβλήθηκε σε τοπική ακτινοβολία που συνοδεύτηκε από σαφή υποχώρηση των συμπτωμάτων. Δύο μήνες μετά τη διακοπή της αντιφυματικής θεραπείας, παρουσίασε υποτροπή του πυρετού και φλεγμονώδη βλάβη του δέρματος στην περιοχή του μοσχεύματος, η καλιέργεια της οποίας έδειξε την παρουσία μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης. Ο ασθενής τέθηκε εκ νέου στην ίδια αντιφυματική θεραπεία που συνεχίστηκε επί δύο χρόνια με αποτέλεσμα αποδρο-

μή όλων των συμπτωμάτων και των ακτινολογικών ευρημάτων, καθώς και πλήρη κινητική αποκατάσταση.

Η δεύτερη ασθενής, γυναίκα 40 ετών που υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση από διαίτας, το Μάιο του '93 εμφάνισε έντονη οσφυαλγία κατά την κίνηση, αλλά και σε ηρεμία, η οποία προοδευτικά επιδεινώθηκε και τελικά την ακινητοποίησε στο κρεβάτι, παρά την έντονη θεραπεία με αντιφλεγμονώδη και αναλγητικά. Τον Οκτώβριο του '93, εισήχθη στο τμήμα μας όπου διαπιστώθηκαν ακτινολογικές οστεολυτικές βλάβες των Θ₈-Θ₁₀ σπονδύλων και παρασπονδυλική μάζα από μακαλά μόρια. Η R. Mantoux ήταν επανειλημμένα αρνητική και η οστική βιοψία δεν ήταν διαγνωστική. Η ασθενής τέθηκε σε τριπλή αντιφυματική θεραπεία για ένα χρόνο με αποτέλεσμα αποδρομή των ακτινολογικών ευρημάτων και πλήρη κινητική αποκατάσταση, αλλά πέθανε αιφνιδίως το Δεκέμβριο του '94.

Ο τρίτος ασθενής, άντρας 72 ετών που υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση από 10μήνου, εισήχθη στο τμήμα μας το Δεκέμβριο του '94 διότι από μηνός παρουσίαζε δεκατική πυρετική κίνηση και έντονη οσφυαλγία με επέκταση του πόνου στα κάτω άκρα που εμφάνιζαν ελαττωμένη μυϊκή ισχύ, προοδευτικά δε εγκαταστάθηκε αδυναμία βάδισης και ακράτεια κοπράνων. Ακτινολογικώς διαπιστώθηκαν οστεολυτικές εστίες στα σώματα των Θ₁₂ και Ο₁ σπονδύλων, καθώς και πάχυνση των παρασπονδυλικών μαλακών μορίων. Η R. Mantoux ήταν αρνητική, η οστική βιοψία μη διαγνωστική και ο ασθενής, ο οποίος είχε ήδη λάβει αντιμικροβιακή θεραπεία για κοινά μικρόβια, τέθηκε σε τριπλή αντιφυματική θεραπεία για δύο χρόνια με αποτέλεσμα αποδρομή των συμπτωμάτων και των ακτινολογικών ευρημάτων και πλήρη κινητική αποκατάσταση.

Συμπερασματικά, πιστεύουμε ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και παρουσιάζουν κλινικές και ακτινολογικές ενδείξεις φυματώσεως των σπονδύλων, αλλά η διάγνωσή της δεν είναι δυνατό να τεκμηριωθεί ιστολογικά ή μικροβιολογικά, πρέπει να υποβάλλονται σε αντιφυματική θεραπεία για την αποφυγή σοβαρής και ίσως μη αναστρέψιμης αναπηρίας.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ ΣΤΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΕΜΒΡΥΙΚΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΕΤΕΡΟΖΥΓΟ Β-ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Ε. ΚΟΥΛΟΥΡΙΔΗΣ, Α. ΚΑΣΤΑΡΟΥ, Μ. ΤΖΙΛΙΑΝΟΣ, Α. ΔΡΑΓΑΝΙΓΟΣ, Φ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Ε. ΠΕΡΟΥΛΗ, Α. ΚΡΟΚΙΔΑ, Σ. ΤΡΟΥΣ, Ν. ΔΕΛΛΑΠΟΡΤΑΣ

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Τμήμα Αιμοδοσίας Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κέρκυρας.

Με σκοπό να μελετηθεί η επίδραση της εξωγενούς χορήγησης ερυθροποιητίνης στη σύνθεση εμβρυικής αιμοσφαιρίνης, σε αρρώστους με ετερόζυγο β-μεσογειακή αναιμία και τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, μελετήθηκαν επτά (7) άρρωστοι της Μονάδας μας οι οποίοι πληρούσαν τα ανωτέρω κριτήρια.

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν δύο (2) άνδρες και πέντε (5) γυναίκες με ετερόζυγο β-μεσογειακή αναιμία, οι οποίοι ευρίσκονταν σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης και απαιτήθηκε η χορήγηση ερυθροποιητίνης για την αντιμετώπιση της αναιμίας τους.

Η ηλικία των αρρώστων ήταν 54,28±13 (33-71) έτη και ευρίσκονταν σε αιμοκάθαρση για 95,14±89,7 (34-239) μήνες. Χορηγήθηκε ερυθροποιητίνη (Eprex, Jansen-Cilag) υποδόρια στο τέλος κάθε συνεδρίας αιμοκάθαρσης, σε δόση 145,27±46,25 (98,6-206,8) U/Kg ΒΣ/εβδομάδα.

Κατά την έναρξη της θεραπείας και στην συνέχεια την 7η, 14η, και 45η ημέρα, προσδιορίστηκαν ο αιματοκρίτης (Ht), η αιμοσφαιρίνη (Hb), η αιμοσφαιρίνη A2 (Hb-A2), η εμβρυική αιμοσφαιρίνη (Hb-F), τα F-δικτυοερυθροκύτταρα (F-ret.), ο μέσος όγκος ερυθρών (MCV) και η μέση πυκνότητα αιμοσφαιρίνης (MCH).

Τα αποτελέσματα έδειξαν: Ht₀=25,18±3,14, Ht₇=25,44±3,00 (p=0,7, NS), Ht₁₄=25,25±3,04 (p=0,9, NS), Ht₄₅=26,77±4,55 (p=0,09, NS). Hb₀=7,97±1,07, Hb₇=8,14±1,07 (p=0,2, NS), Hb₁₄=7,87±1,01 (p=0,3, NS), Hb₄₅=8,60±1,43 (p=0,09, NS). Hb-A₂₀=4,47±0,52, Hb-A₂₇=4,47±0,39 (p=0,7, NS), Hb-A₂₁₄=4,55±0,51 (p=0,6, NS), Hb-A₂₄₅=4,54±0,60 (p=0,9, NS). Hb-F₀=0,14±0,11, Hb-F₇=0,67±0,52 (p=0,02), Hb-F₁₄=0,68±0,52 (p=0,02), Hb-F₄₅=0,50±0,53 (p=0,2, NS). F-ret₀=0,08±0,09, F-ret₇=0,39±0,39 (p=0,01), F-ret₁₄=0,13±0,08 (p=0,3, NS), F-ret₄₅=0,07±0,03 (p=0,7, NS). MCV₀=66,42±5,34,

MCV₇=67,00± 5,32 (p=0,06, NS), MCV₁₄=67,57±5,38 (p=0,01), MCV₄₅=69,1±4,87 (p=0,01). MCH₀=20,60±1,37, MCH₇=21,18±1,45 (p=0,01), MCH₁₄=21,68±1,46 (p<0,01), MCH₄₅= 21,84±1,51 (p=0,01).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποδηλώνουν ότι η εξωγενής χορήγηση ερυθροποιητίνης οδηγεί σε σύνθεση εμβρυικής αιμοσφαιρίνης καθώς και στην παραγωγή δικτυοερυθροκυττάρων που περιέχουν εμβρυική αιμοσφαιρίνη, μόνον κατά την αρχική φάση χορήγησης της ορμόνης. Η επίδραση αυτή αποτελεί παροδικό φαινόμενο και εξαφανίζεται μετά την 45η ημέρα, προσομοιάζει δε με την αντίδραση του μυελού σε καταστάσεις οξείας ερυθροποίησης. Ο μέσος όγκος ερυθρών και η μέση πυκνότητα αιμοσφαιρίνης αποτελούν περισσότερο ευαίσθητους δείκτες ερυθροποίησης απ' ότι ο αιματοκρίτης και η αιμοσφαιρίνη.

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΤΩΝ Β-ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Σ. ΖΙΑΚΚΑ, Γ. ΖΑΝΙΚΟΣ, Π. ΚΛΗΡΙΔΗΣ, Χ. ΚΟΥΡΒΕΛΟΥ, Φ. ΚΑΡΑΚΑΣΗΣ, Α. ΠΟΥΛΑΣ, Α. ΚΑΡΑΜΠΙΑΤΣΟΣ, Α. ΤΣΑΚΙΡΗΣ, Ν. ΠΑΠΑΓΓΑΛΑΝΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Α' Καρδιολογική Κλινική Ν.Ε.Ε.Σ. Αθήνας.

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να προσδιοριστεί η ευαισθησία των β-αδρενεργικών υποδοχέων σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας υπό αιμοκάθαρση και η πιθανή συσχέτιση αυτής με κάποια εργαστηριακή ή κλινική παράμετρο όπως την ύπαρξη ή μη υποτασικών επεισοδίων κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης.

Το υλικό της μελέτης αυτής αποτέλεσαν επτά (7) άρρωστοι, τρεις (3) άντρες και τέσσερις (4) γυναίκες, οι οποίοι υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση επί 36±19,6 (18-77) μήνες, με ηλικία 51,3±12,3 έτη, δείκτη μάζας σώματος (BMI) 24,4±3,9, και ποικίλη αιτία της νεφρικής τους ανεπάρκειας.

Οι ασθενείς αυτοί χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: στα άτομα που κάνουν υποτασικά επεισόδια κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και σε εκείνα που δεν κάνουν, ενώ λαμβάνονταν εργαστηριακός έλεγχος (Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, PRA, αλδοστερόνη) και γινόταν προσδιορισμός της ευαισθησίας των β-αδρενεργικών υποδοχέων κατόπιν ενδοφλέβιας χορήγησης ισοπροτερενόλης (Isuprel) με σύγχρονη ηλεκτροκαρδιογραφική καταγραφή, πριν και μετά την αιμοκάθαρση. Η ευαισθησία των β-αδρενεργικών υποδοχέων καθορίστηκε με βάση την ποσότητα του β₂-διεγέρτη που χρειάστηκε για να επέλθει αύξηση των σφύξεων κατά 25 ανά min, σε σχέση με την αρχική τιμή.

Η μέθοδος της στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε ήταν η one way ANOVA.

Τα αποτελέσματα της εργασίας έδειξαν:

- α) Για τις ίδιες μεταβολές σωματικού βάρους πριν και μετά την αιμοκάθαρση, η διακύμανση της διαφοράς της μέσης αρτηριακής πίεσης (DMBP) ήταν μεγαλύτερη σε εκείνους που κάνουν υποτασικά επεισόδια σε αντίθεση με εκείνους που δεν κάνουν.
- β) Η διακύμανση της διαφοράς της δραστηκής ρενίνης πλάσματος (DPRA) πριν και μετά την αιμοκάθαρση, ήταν μεγαλύτερη σε όσους δεν παρουσιάζουν υποτασικά επεισόδια. Το ίδιο εύρημα

υπήρχε αντίστοιχα και για την αλδοστερόνη.

- γ) Οι δόσεις της ισοπροτερενόλης που χρειάστηκαν τόσο πριν όσο και μετά την αιμοκάθαρση ήταν μεγαλύτερες στα άτομα που δεν παρουσιάζουν υποτασικά επεισόδια.
- δ) Η διακύμανση της διαφοράς της δόσης του β₂-διεγέρτη πριν και μετά την αιμοκάθαρση ήταν μεγαλύτερη σε αυτούς που δεν κάνουν υποτασικά.
- ε) Η συσχέτιση της δόσης του β₂-διεγέρτη με το Na⁺, το Ca⁺⁺ του ορού, την PRA και την αλδοστερόνη, βρέθηκε θετική και στατιστικά σημαντική μόνο για το Na⁺ πριν την αιμοκάθαρση, και στις δύο ομάδες.
- στ) Η διαφορά της δόσης της ισοπροτερενόλης πριν και μετά την αιμοκάθαρση, φάνηκε να σχετίζεται ισχυρότερα με τις μεταβολές του καλίου και του ασβεστίου κατά την διάρκεια της συνεδρίας (multiple regression analysis).

Από τα ευρήματα αυτής της οδηγού-μελέτης, παρότι ο αριθμός των ατόμων είναι μικρός, φαίνεται ότι η ευαισθησία των β-αδρενεργικών υποδοχέων είναι μεγαλύτερη στα άτομα που παρουσιάζουν υποτασικά επεισόδια και σχετίζεται θετικά με την PRA και την αλδοστερόνη.

Η μεταβολή της ευαισθησίας κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης είναι μικρότερη στους ασθενείς εκείνους που παρουσιάζουν υποτασικά επεισόδια, γεγονός που συμφωνεί και με το εύρημα ότι ο άξονας ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης στους ασθενείς αυτούς είναι πιο άκαμπος σε σχέση με εκείνους που δεν παρουσιάζουν.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΥΠΟΤΑΣΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

N. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Σ. ΣΠΑΙΑ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Μ. ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ, I. ΤΣΟΥΧΝΙΚΑΣ, Α. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική, Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.

Τα συμπτωματικά υποτασικά επεισόδια είναι η πιο συχνή επιπλοκή στη διάρκεια μιας συνεδρίας αιμοκάθαρσης. Η διατήρηση ικανοποιητικής εξωκυττάριας οσμωτικής πίεσης με τη χορήγηση NaCl ενώ θεωρείται ότι αντιμετωπίζει τα υποτασικά επεισόδια, δεν στερείται ανεπιθύμητων ενεργειών. Στη μελέτη μας εκτιμήσαμε κλινικά και συγκρίναμε την αποτελεσματικότητα αντιμετώπισης των υποτασικών είτε με χορήγηση αυξημένης συγκέντρωσης Na είτε χωρίς.

Ασθενείς-Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 14 αιμοκαθαίρομενοι ασθενείς με ιστορικό υποτασικών επεισοδίων, οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν διαδοχικά με 3 σχήματα. Κάθε σχήμα διήρκεσε 4 εβδομάδες. Σ' όλη τη διάρκεια της μελέτης οι παράμετροι της αιμοκάθαρσης παρέμειναν αμετάβλητοι. Σχήμα Α: Χορήγηση διαλύματος με υψηλή συγκέντρωση σε Na (144-146 mmol/lit) με σύγχρονη χορήγηση ½ amp NaCl 15% (i.v.) ανά ½ ώρα για τις 2 πρώτες ώρες της συνεδρίας. Σχήμα Β: Κανονική συγκέντρωση Na στο διάλυμα (140 mmol/lit) με επιπρόσθετη χορήγηση ½ amp NaCl 15% i.v. ανά ½ ώρα για τις 2 πρώτες ώρες. Σχήμα Γ: Κανονική συγκέντρωση Na στο διάλυμα (140 mmol/lit) χωρίς επιπρόσθετη χορήγηση NaCl 15% αλλά με αυξημένο ρυθμό υπερδιήθησης τις 2 πρώτες ώρες. Συγκρίναμε την αύξηση του σωματικού βάρους (ΣΒ) των ασθενών μεταξύ των συνεδριών αιμοκάθαρσης στα 3 σχήματα, όπως και τη μέση τιμή αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Ακόμα, εκτιμήσαμε και συγκρίναμε τον αριθμό των υποτασικών επεισοδίων μεταξύ των διαφόρων σχημάτων και το αίσθημα της δίψας σε κάθε φάση.

Αποτελέσματα: Η αύξηση του ΣΒ ήταν σημαντικά χαμηλότερη με το σχήμα Γ: (ΜΤ±ΣΑ: Α: 3,78%±1,38%, Β: 3,67%±1,18%, Γ: 3,25%±0,91%, p<0,05), αφού και το αίσθημα της δίψας ήταν αμβλυμένο. Η ΑΠ ήταν σημαντικά χαμηλότερη στο σχήμα Γ, ενώ δεν διέφερε στα σχήματα Α και Β (ΜΤ±ΣΑ: Α: 112±14/65±3, Β: 112±16/63±4, Γ: 103±15/62±5, p<0,005). Επίσης, όπως αναμενόταν, ο αριθμός των υποτασικών επεισοδίων ήταν σημαντικά μεγαλύτερος στο σχήμα Γ (55 έναντι 13 με το σχήμα Α και 14 με το σχήμα Β). Τρεις ασθενείς συμπεριφέρθηκαν ικανοποιητικά σε όλες τις φάσεις.

Συμπεράσματα: Η αυξημένη με οποιονδήποτε τρόπο συγκέντρωση Na στη διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης φαίνεται ότι είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος αντιμετώπισης συμπτωμάτων υποτασικών επεισοδίων, παρότι συνοδεύεται από αυξημένο αίσθημα δίψας και μεγαλύτερη αύξηση του ΣΒ μεταξύ των συνεδριών. Ωστόσο, το γεγονός ότι κάποιοι ασθενείς συμπεριφέρονται ικανοποιητικά με όλα τα σχήματα, ενισχύει την άποψη ότι δεν υπάρχει ένα ευρέως συνιστώμενο σχήμα και ως εκ τούτου, η θεραπεία οφείλει να εξατομικεύεται.

ΒΡΑΔΕΙΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ¹, Φ. ΧΡΥΣΟΜΑΛΛΗΣ², Γ. ΧΑΪΔΕΜΕΝΟΣ³, Α. ΑΣΗΜΑΚΗ², Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ¹

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού¹ και Παθολογοανατομικό Εργαστήριο² Γ.Π.Ν. "Γεώργιος Παπανικολάου", Δερματολογική Κλινική Νοσοκομείου Ειδικών Παθήσεων³ Θεσσαλονίκης.

Η βραδεία δερματική πορφύρα (ΒΔΠ) είναι μια σχετικά σπάνια, αλλά σοβαρή επιπλοκή που μπορεί να εμφανισθεί σε αιμοκαθαρόμενους ασθενείς με τελικό στάδιο ΧΝΑ. Πιθανολογείται ότι οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα κυκλοφορούντων πορφυρινών (ουροπορφυρίνης κυρίως) που ανιχνεύονται στο πλάσμα των ασθενών αυτών και ότι η κλινική εκδήλωση της νόσου εμφανίζεται σε άτομα με γενετική προδιάθεση, συνήθως μετά από έκθεση σε ποικίλους εκλυτικούς παράγοντες.

Η παρούσα περίπτωση αφορά σε γυναίκα ηλικίας 65 χρόνων με τελικό στάδιο ΧΝΑ (Ιδιοπαθής Εστιακή - Τμηματική Νεκρωτική Σπειραματονεφρίτιδα με μηννοειδείς σχηματισμούς και θετικά κυκλοφορούντα ΜΡΟ-ΑΝCΑs -Μικροσκοπική Πολυαρτηρίτιδα), που βρισκόταν σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης από 5ετίας.

Πριν από 10 μήνες περίπου (Μάιος 1996), ενώ η βασική νόσος ήταν σε μακρά ύφεση χωρίς ανοσοκατασταλτική θεραπεία και με αρνητικά ΑΝCΑs στον ορό, η ασθενής παρουσίασε πομφολυγώδες εξάνθημα (Bullous Dermatosiς) άκρων χειρών και προσώπου. Οι δερματικές βλάβες επεκτάθηκαν γρήγορα ενώ κατέλαβαν συγχρόνως και τα κάτω άκρα κάτωθεν του γόνατος. Από τα μακροσκοπικά χαρακτηριστικά των αλλοιώσεων αλλά και την ιστολογική εξέταση του δέρματος τέθηκε η διάγνωση της κλασικής μορφής της ΒΔΠ. Ο ποσοτικός προσδιορισμός των πορφυρινών στο πλάσμα δεν κατέστη δυνατός. Με την εμφάνιση του εξανθήματος η ασθενής παρουσίασε και άνοδο των τρανσαμινασών (>100 IU/lit).

Αρχικά η ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπεία με πλασμαφαίρεση (3 συνεδρίες των 3lit) χωρίς όμως κανένα αποτέλεσμα. Η παρουσία υψηλών επιπέδων φερριτίνης στον ορό (από 1250 μέχρι 2110 μg/ml), παρά το γεγονός ότι η ασθενής υποβαλλόταν σε θεραπεία με ερυθροποιητίνη, μας οδήγησαν στην χορήγηση δεφεροξαμίνης δεδομένου ότι τα αυξημένα αποθέματα σιδήρου θεωρήθηκαν ως το πιθανότερο εκλυτικό αίτιο της δερματοπάθειας. Συγχρόνως

έγινε και αλλαγή του φίλτρου αιμοκάθαρσης από αιμοφάνη σε πολυσουλφόνη υψηλής διαβατότητας. Η θεραπεία με δεφεροξαμίνη (500 mg δις εβδομαδιαίως) διήρκεσε 2,5 μήνες. Μετά τις πρώτες 2 εβδομάδες θεραπείας σημειώθηκε ελάττωση της εμφάνισης νέων στοιχείων της δερματοπάθειας ενώ πλήρης ύφεση μετά 6 μήνες οπότε ελαττώθηκαν σημαντικά η φερριτίνη και οι τρανσαμινάσες ορού.

Με την ευκαιρία της περίπτωσης αυτής γίνεται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και τονίζεται η σημασία της χορήγησης της δεφεροξαμίνης στην θεραπευτική αντιμετώπιση του τύπου αυτού της δερματοπάθειας σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΘΡΕΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

A. ΓΕΡΑΚΗΣ, A. ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, E. ΚΟΚΚΟΣΗ*, K. ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ*, Δ. ΒΑΛΗΣ

Νεφρολογική Μονάδα Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία» και *Βιοχημικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου, Αθήνα.

Σε προηγούμενη μελέτη μας¹, βρέθηκε ότι οι βιοχημικοί δείκτες θρέψης δεν μπορούν να διακρίνουν με αξιοπιστία τους υποθρεπτικούς ασθενείς. Το ενδεχόμενο οι μεταβολές των δεικτών αυτών να είναι χρήσιμες εξετάστηκε σε 48 ασθενείς, 24 άνδρες και 24 γυναίκες, 59±13,5 ετών, που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση για 42±40 (εύρος 6-190) μήνες. Οι τιμές της αλβουμίνης, της χοληστερόλης, της κρεατινίνης, της προλευκωματίνης, της τρανσφερρίνης, του τρίτου κλάσματος του συμπληρώματος (C₃) και του ινσουλινομορφου αυξητικού παράγοντα-I (IGF-I) προσδιορίστηκαν στην αρχή και μετά 12 μήνες. Σε όλους τους ασθενείς εξετάστηκαν οι ανθρωπομετρικές παράμετροι [ο δείκτης μάζας του σώματος (βάρος / ύψος²), το πάχος των δερματικών πτυχών της περιοχής του τρικεφάλου, του δικεφάλου μύος και της υποπλάτιας περιοχής και η μυϊκή μοίρα της μεσότητας του βραχίονα] και η σύσταση του σώματος σε λίπος, άλιπους μαλακούς ιστούς και οστά με την φωτονιακή απορροφησιομετρία, στην αρχή και στο τέλος της μελέτης. Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ότι μόνο οι μεταβολές των τιμών της χοληστερόλης, της κρεατινίνης, του C₃ και του IGF-I παρουσίασαν ασθενή αλλά στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r=0,35-0,5$, $p<0,05$) με τις μεταβολές ορισμένων ανθρωπομετρικών παραμέτρων (δηλαδή του δείκτη μάζας του σώματος, του πάχους της δερματικής πτυχής της περιοχής του δικεφάλου και του τρικεφάλου μύος). Επίσης, παρόμοιες συσχετίσεις ($r=0,4$, $p=0,02$) παρατηρήθηκαν μεταξύ των τιμών του IGF-I και του C₃ και της μεταβολής του ολικού λίπους, όπως αυτό εκτιμήθηκε με την φωτονιακή απορροφησιομετρία.

¹ Gerakis A, et al. Are biochemical nutritional indices useful in detection of undernourished haemodialyzed patients? 8th International Congress of Nutrition and Metabolism in Renal Disease. October 9-12, 1996, Naples, Italy.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, η παρακολούθηση των τιμών της χοληστερόλης, της κρεατινίνης, του C₃ και του IGF-I παρέχει ενδείξεις για την πορεία της θρέψης των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΤΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑ ΧΡΟΝΟ

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ, Α. ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, Σ. ΓΡΥΛΛΗΣ, Δ. ΒΑΛΗΣ
Νεφρολογική Μονάδα Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία», Αθήνα.

Οι μεταβολές της θρέψης μελετήθηκαν σε 59 ασθενείς, 31 άνδρες και 28 γυναίκες, ηλικίας $58,8 \pm 13$ ετών, που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση επί 47 ± 44 μήνες. Σε όλους τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε ο σύνθετος δείκτης θρέψης (composite nutritional index, CNI) που περιλαμβάνει: α) την υποκειμενική (από τον ιατρό) σφαιρική αξιολόγηση του ασθενούς (subjective global assesment), β) την αλβουμίνη του ορού και γ) τις ανθρωπομετρικές παραμέτρους, σύμφωνα με την καθιερωμένη μεθοδολογία. Οι ασθενείς, με βάση τον CNI που έλαβε τιμές από 0 έως 18, διακρίθηκαν σε τρεις κατηγορίες: στους ασθενείς με καλή θρέψη (CNI=0), με μέτρια υποθρεψία (CNI από 1 έως 10) και με σοβαρή υποθρεψία (CNI πάνω από 11). Η ημερήσια θερμιδική και πρωτεϊνική πρόσληψη (με 4ήμερη καταγραφή των προσλαμβανόμενων τροφών), ο ρυθμός πρωτεϊνικού καταβολισμού (PCR), ο δείκτης δόσης αιμοκάθαρσης (KT/V) και η εκατοστιαία πτώση της ουρίας (urea reduction ratio, URR) μετρήθηκαν στην αρχή, μετά 6 μήνες και στο τέλος της μελέτης. Αρχικά, 22 ασθενείς (37%) είχαν καλή θρέψη, 31 ασθενείς (53%) μέτρια υποθρεψία και 6 ασθενείς (10%) σοβαρή υποθρεψία. Στην αρχή της μελέτης, η μέση ημερήσια θερμιδική και πρωτεϊνική πρόσληψη των ασθενών ήταν $28,1 \pm 9$ Kcal/Kg και $1,3 \pm 0,4$ g/Kg, αντίστοιχα, ο δείκτης KT/V ήταν $1,2 \pm 0,3$, ο PCR $1,18 \pm 0,96$ g/Kg και η URR $60 \pm 9\%$. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης καταβλήθηκε προσπάθεια για επαρκή ημερήσια θερμιδική και πρωτεϊνική πρόσληψη και δόση αιμοκάθαρσης. Η παρακολούθηση διακόπηκε σε 11 ασθενείς (5 πέθαναν, 2 έλαβαν νεφρικό μόσχευμα και 4 μετακινήθηκαν σε άλλη μονάδα τεχνητού νεφρού). Η επανεκτίμηση της θρέψης μετά ένα χρόνο στους υπόλοιπους 48 ασθενείς έδειξε ότι οι 7 βελτιώθηκαν, οι 31 παρέμειναν στην ίδια περίπου θρεπτική κατάσταση (14 με καλή θρέψη και 17 με μέτρια ή σοβαρή υποθρεψία) και οι 10 επιδεινώθηκαν. Η ημερήσια θερμιδική και πρωτεϊνική πρόσληψη, ο PCR, ο KT/V και η URR δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά στο σύνολο των ασθενών οι δε ατομικές μεταβολές των παραπάνω παραμέτρων δεν συσχετίστηκαν με τις μεταβολές του CNI.

Συμπερασματικά, κατά τον ένα χρόνο της παρακολούθησης, οι διαταραχές της θρέψης παρέμειναν ή επιδεινώθηκαν στους περισσότερους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΜΕ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ-α (IFN-α) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Ν. ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Π. ΚΥΡΙΚΛΙΔΟΥ, Κ. ΠΑΤΣΙΑΟΥΡΑ, Α. ΜΠΑΛΑΣΚΑ, Ο. ΓΙΟΥΛΕΜΕ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Α.Μ. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Ν. ΕΥΓΕΝΙΔΗΣ, Α. ΒΥΖΑΝΤΙΑΔΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΑΠΘ, Β' Προπ. Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Γεν. Περιφ. Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Η χρόνια ηπατίτιδα C αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα των ασθενών που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση (ΧΠΑ) και ιδιαίτερα αυτών που είναι υποψήφιοι για νεφρική μεταμόσχευση. Η IFN-α αποτελεί τη θεραπεία εκλογής αλλά τα υπάρχοντα δεδομένα από τη χρησιμοποίησή της σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς είναι περιορισμένα.

Μελετήθηκαν 8 ασθενείς υπό ΧΠΑ με TN. Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν:

- α) Αύξηση των τρανσαμινασών (ALT \geq 60IU/lit) σε 3 διαδοχικές μετρήσεις.
- β) Θετικά αντι-HCV αντισώματα με ανοσοενζυμική μέθοδο γ' γενιάς (EIA-3) και ανοσοαποτύπωσης (RIBA-3).
- γ) Θετικά HCV-RNA με τη μέθοδο της αλυσωτής αντίδρασης πολυμεράσης (PCR).

Σε 7/8 ασθενείς η βιοψία ήπατος έδειξε αλλοιώσεις χρόνιας ηπατίτιδας ήπιας έως μέτριας βαρύτητας. Το πρωτόκολλο θεραπείας περιλάμβανε τη χορήγηση 3 MU ιντερφερόνης-α υποδορίως 3 φορές την εβδομάδα στο τέλος κάθε συνεδρίας, επί ένα έτος.

6/8 ασθενείς συμπλήρωσαν θεραπεία ενός έτους και 2 θεραπεία 9 και 6 μηνών αντίστοιχα. Μετά ένα μήνα θεραπείας, παρατηρήθηκε σε 7/8 ασθενείς (87,5%) επάνοδος και διατήρηση των τρανσαμινασών σε φυσιολογικά επίπεδα μέχρι πέρας της θεραπείας. 6/8 ασθενείς (75%) αρνητικοποίησαν το HCV-RNA κατά τη διάρκεια της θεραπείας ενώ 2 ασθενείς παραμένουν θετικοί στο HCV-RNA μετά τη συμπλήρωση θεραπείας 9 και 12 μηνών αντίστοιχα.

Δύο (2) ασθενείς υποτροπίασαν 9 και 15 μήνες αντίστοιχα μετά την συμπλήρωση της θεραπείας, με αύξηση των τρανσαμινασών και θετικοποίηση του HCV-RNA.

Τρεις (3) ασθενείς διατηρούν φυσιολογικά επίπεδα τραν-

σαμινασών και παραμένουν αρνητικοί στο HCV-RNA 26, 23, και 11 μήνες αντίστοιχα μετά τη διακοπή της θεραπείας.

Η νέα βιοψία ήπατος που έγινε σε 2 HCV-RNA αρνητικούς ασθενείς, μετά τη διακοπή της θεραπείας, έδειξε, σε σύγκριση με την προηγούμενη, μείωση τόσο της φλεγμονής όσο και της ίνωσης.

Συμπερασματικά, η μακροχρόνια χορήγηση ιντερφερόνης-α γίνεται καλά ανεκτή με ικανοποιητικά αποτελέσματα σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΣΕ ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ (ΜΤΝ) ΚΑΙ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΜΕΙΩΣΕΙΣ ΔΑΠΑΝΩΝ

Μ.Α. ΔΑΡΔΑΜΑΝΗΣ, Β. ΠΑΠΠΑΣ, Γ. ΣΜΠΟΝΙΑΣ, Σ. ΙΣΠΟΓΛΟΥ Γ. ΛΙΑΜΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Νομαρχειακού Νοσοκομείου Πρεβέζης.

Εισαγωγή: Η συνεχόμενη αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης διεθνώς οδηγεί σε περικοπές των δαπανών για την υγεία καθιστώντας ως εκ τούτου, επιτακτική την ανάγκη καλύτερης διαχείρισης των οικονομικών πόρων ώστε να αυτοχρηματοδοτηθούν εξελισσόμενοι δαπανηροί τομείς της υγείας, όπως η εξω-νεφρική κάθαρση που δέχεται έντονη κριτική.

Σκοπός-Υλικό-Μέθοδος: Δεδομένης της ελλιπούς οργάνωσης των διοικητικών - οικονομικών υπηρεσιών των νοσοκομείων της χώρας, κρίνεται σκόπιμη η ανάλυση όλων των οικονομικών στοιχείων που αφορούν την ίδρυση και λειτουργία μιας νέας Μονάδας Τεχνητού Νεφρού, σε σχέση με το όφελος που προκύπτει τόσο για την ποιότητα ζωής των νεφροπαθών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση όσο και για την υποδομή του νοσοκομείου, ώστε μακροπρόθεσμα να κάνει απόσβεση των δαπανών και να παρέχει ως εκ τούτου υψηλής ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες με χαμηλό κόστος.

Συμπέρασμα: Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζονται αναλυτικά οι άμεσες δαπάνες παγίων εγκαταστάσεων, αναλώσιμου υλικού, μισθοδοσίας προσωπικού, έμμεσων οικονομικών δαπανών αλλά και του μακροπρόθεσμου οφέλους που προκύπτει από την ορθολογιστική ανάπτυξη και λειτουργία τέτοιων ειδικών τμημάτων.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ (ΑΡD)

Π. ΚΑΛΛΙΑΚΜΑΝΗ, Χ. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΧΑΡΔΑΛΙΑΣ, Σ. ΤΣΑΚΑΣ, Ι.Γ. ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗΣ

Τομέας Παθολογίας, Νεφρολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Πατρών.

Η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για την επάρκεια της περιτοναϊκής κάθαρσης και η διατήρησή της αποτελεί πλεονέκτημα της μεθόδου. Η εφαρμογή της αυτοματοποιημένης περιτοναϊκής κάθαρσης (ΑΡD) δημιούργησε την εντύπωση ότι η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία μειώνεται σε μεγάλο βαθμό έναντι αυτής που υπήρχε στην περίοδο της αντιμετώπισης της νεφρικής ανεπάρκειας με τη συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (CΑΡD).

Η εργασία αυτή είχε σκοπό να μελετήσει τις παραμέτρους επάρκειας της περιτοναϊκής κάθαρσης, με ιδιαίτερη έμφαση στις αλλαγές της υπολειπόμενης νεφρικής λειτουργίας. Εξετάσθηκαν 6 ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία υποκατάστασης με τη μέθοδο CΑΡD και στη συνέχεια εντάχθηκαν σε πρόγραμμα ΑΡD. Ο χρόνος παραμονής και στις δύο φάσεις θεραπείας ήταν ένα έτος.

Η διαπερατότητα του περιτοναίου, σύμφωνα με το Ρ.Ε. Test, παρέμεινε ανεπηρέαστη σε όλους τους ασθενείς από την αλλαγή της διαδικασίας της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία παρουσίασε σε 4 ασθενείς (3 σε συνεχή κυκλική περιτοναϊκή κάθαρση (CΑΡD) και 1 σε νυκτερινή διαλείπουσα (NΡD) μικρή μείωση κατά 13% (από 15 ± 4 lit/w σε 13 ± 4 lit/w, $p \leq 0,01$) μειώθηκε κατά 70% σε έναν ασθενή (σε CΑΡD) (από 67 lit/w σε 19 lit/w) και σε έναν (σε CΑΡD) αυξήθηκε κατά 40% (από 51 lit/w σε 71 lit/w).

Η κάθαρση της κρεατινίνης μέσω του περιτοναίου, αυξήθηκε σημαντικά σε 5 από τους 6 ασθενείς (από 45 ± 2 lit/w σε 62 ± 7 lit/w, $p \leq 0,01$) και ελαττώθηκε, όπως η κάθαρση της κρεατινίνης, σε έναν (από 1,3 σε 1,0).

Από τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι η μεταφορά ασθενών από τη συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (CΑΡD) στην αυτοματοποιημένη (ΑΡD), συνοδεύεται από αλλαγές της υπολειπόμενης νεφρικής λειτουργίας, οι οποίες όμως δεν είναι όμοιες για όλους τους ασθενείς, και από σημαντική βελτίωση των δεικτών επάρκειας της περιτοναϊκής κάθαρσης.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Δ. ΤΣΑΚΙΡΗΣ, Ε. ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΣΙΜΟΥΛΙΔΟΥ, Α. ΓΕΩΡΓΟΥΛΑ, Α. ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν. Θεσ/νίκης.

Όπως είναι γνωστό, η επάρκεια της εξωνεφρικής κάθαρσης έχει συσχετισθεί με καλύτερη ποιότητα ζωής και μειωμένη θνητότητα. Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετήσουμε προοπτικά την εξέλιξη των δεικτών επάρκειας σε ασθενείς σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ) και να δούμε αν υπάρχει συσχέτιση με την πρόγνωση.

Σε 86 ασθενείς (39 άνδρες, 47 γυναίκες) που υποβάλλονταν σε ΣΦΠΚ για διάστημα $33,7 \pm 25,2$ μηνών ($34,0 \pm 24,9$) μελετήθηκαν οι δείκτες επάρκειας κάθαρσης ΚΤ/Υ και κάθαρση κρεατινίνης (Ccr). Μετά ένα έτος επαναλήφθηκαν οι μετρήσεις σε 41 ασθενείς (20 άνδρες, 21 γυναίκες) που συνέχισαν να παραμένουν στη ΣΦΠΚ. Παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του ολικού ΚΤ/Υ ($1,88 \pm 0,48$ vs $1,61 \pm 0,45$, $p < 0,001$) καθώς επίσης και της ολικής κάθαρσης της κρεατινίνης ($69,3 \pm 22,7$ vs $58,2 \pm 15,1$, $p < 0,001$). Οι επιμέρους δείκτες της περιτοναϊκής κάθαρσης μειώθηκαν επίσης σημαντικά, ΚΤ/Υ: $1,63 \pm 0,39$ vs $1,48 \pm 0,45$, $p < 0,001$, Ccr: $54,9 \pm 9,7$ vs $50,4 \pm 10,7$, $p < 0,01$. Σημαντική μείωση παρατηρήθηκε και στην Ccr και στο ΚΤ/Υ που οφειλόταν στην υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία ($14,4 \pm 24,3$ vs $7,8 \pm 15,5$, $p < 0,01$ και $0,26 \pm 0,41$ vs $0,14 \pm 0,28$, $p < 0,01$, αντίστοιχα). Η έκπτωση της υπολειπόμενης νεφρικής λειτουργίας συνοδευόταν από σημαντική έκπτωση της υπερδιήθησης, δεδομένου ότι η υπολειπόμενη διούρηση ελαττώθηκε σημαντικά (387 ± 612 ml vs 181 ± 406 ml, $p < 0,01$). Σε 12 ασθενείς που παρουσίασαν σημαντική μείωση της υπερδιήθησης χρειάστηκε να αυξηθεί η ποσότητα και/ή η υπερτονικότητα του περιτοναϊκού διαλύματος.

Από τους 86 ασθενείς οι 22 απεβίωσαν στη διάρκεια του χρόνου που μεσολάβησε μεταξύ των δύο μετρήσεων. Οι αποβιώσαντες είχαν σημαντικά χειρότερη επάρκεια κάθαρσης στην αρχική μέτρηση συγκριτικά με αυτούς που επέζησαν (ΚΤ/Υ: $1,54 \pm 0,35$ vs $2 \pm 0,48$, $p < 0,001$, Ccr: $58,8 \pm 17,9$ vs $73,1 \pm 22,9$, $p < 0,001$).

Συμπερασματικά, μέσα σε ένα χρόνο παρουσιάστηκε σημαντική έκπτωση της επάρκειας της περιτοναϊκής κάθαρσης που οφειλόταν τόσο στη μείωση της περιτοναϊκής διαβατότητας, όσο και στην έκπτωση της υπολειπόμενης νεφρικής λειτουργίας. Οι δείκτες επάρκειας πρέπει να προσδιορίζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα προκειμένου να επανασυνταγογραφείται η δόση της ΣΦΠΚ.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΣΦΠΚ

Χ.Π. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Μ. ΜΑΝΣΟΥΡ, Κ. ΜΠΛΕΤΣΑ, Ε. ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, Σ. ΜΙΧΑΗΛ, Α. ΑΥΛΑΜΗ, Ι. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, ΉΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ

Νεφρολογικό, Μεταμοσχευτικό και Μικροβιολογικό Τμήμα, Γεν. «Λαϊκό» Νοσ. Αθηνών.

Σκοπός της μελέτης μας ήταν η αξιολόγηση των μεθόδων λήψης καλλιιεργειών περιτοναϊκού υγρού (ΠΥ) σε επεισόδια περιτονίτιδας ασθενών σε ΣΦΠΚ καθώς και η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Μελετήσαμε τα επεισόδια περιτονίτιδας που εμφάνισαν οι 40 ασθενείς, 19 άνδρες και 21 γυναίκες, ηλικίας $56,6 \pm 13,7$ (33-72) χρόνων της Μονάδας ΣΦΠΚ του Νεφρολογικού Τμήματος κατά την περίοδο 31.12.95 έως 31.12.96. Επί κλινικής διαγνώσεως περιτονίτιδας, οι καλλιέργειες ΠΥ λαμβάνονταν με 2 τρόπους: α) 5cc ΠΥ εξόδου εμβολιάζονταν σε ζωμό καλλιέργειας αίματος (Bactec) και β) λήψη υλικού με βαμβακοφόρο στυλεό από το εσωτερικό τοίχωμα του σάκου εξόδου, αφού είχε κενωθεί από το διάλυμα, και άμεση εμφύσηση σε θρεπτικό υπόστρωμα. Η θεραπεία συνίστατο σε χορήγηση εφάπαξ i.v. βανκομικίνης 15 mg/KgΒΣ και ενδοπεριτοναϊκή (ΕΠ) έγχυση αμοξυκιλίνης/κλαβουλανικού οξέος και νετιλμικίνης σε όλες τις αλλαγές.

Δεκαοκτώ ασθενείς (45%) εμφάνισαν 26 επεισόδια περιτονίτιδας (1/18,5μήνες/ασθενή). Οι παθογόνοι μικροοργανισμοί που απομονώθηκαν στις 24/26 περιτονίτιδες (92,3%), εκ των οποίων 24/26 (92,3%) με το Bactec και 20/26 (76,9%) με το στυλεό, ήταν: Gram (+) 18/26 (69%), εκ των οποίων *Staph. aureus* 27%, *Staph. Coag. (-)* 23%, *Strep. spp.* 19%, Gram (-) 5/26 (19%) και *Mύκητες (Candida alb.)* 1/26 (3,8%). Στις 25/26 περιτονίτιδες παρατηρήθηκε ίαση, με υποχώρηση των συμπτωμάτων και μείωση των λευκοκυττάρων σε $< 100/\text{mm}^3$ εντός $3,7 \pm 1,3$ ημ. (3-7 ημ.). Η μία αποτυχία θεραπείας ήταν περιτονίτιδα από *Candida albicans* και τελικά αφαιρέθηκε ο καθετήρας. Σε όλους τους άλλους ασθενείς (25/26) δεν έγινε αλλαγή του θεραπευτικού σχήματος. Μόνο σε 2 ασθενείς απαιτήθηκε επανάληψη της δόσης βανκομικίνης την 5η ημέρα, διότι την 3η ημέρα θεραπείας τα κύτταρα του ΠΥ παρέμειναν υψηλά. Η ΕΠ χορήγηση αμοξυκιλίνης/κλαβουλανικού οξέος και νετιλμικίνης σε όλους τους ασθενείς διήρκεσε 10 ημέρες, εκτός από τους 2 ασθενείς, που έγινε επανάληψη δόσης βανκομικίνης, όπου

διήρκεσε 14 ημέρες. Ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών ήταν $2,8 \pm 1,6$ ημ. (1-7) και δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συμπερασματικά: 1) Η λήψη καλλιιεργειών ΠΥ με εμβολιασμό σε Bactec και στυλεό επιτυγχάνει απομόνωση του παθογόνου μικροοργανισμού σε υψηλό ποσοστό. 2) Η χορηγούμενη συνδυαστική χημειοθεραπεία: α) είναι αποτελεσματική (100%) στα συνήθη παθογόνα, καλύπτοντας ταυτόχρονα σταφυλοκόκκους και γενικά Gram (+) καθώς και εντεροβακτηριακά, β) αποτελείται από ΕΠ χορηγούμενα αντιβιοτικά που δεν ανήκουν στο περιορισμένο αντιβιογράμμα και ως εκ τούτου, επί αποτυχίας, αφήνει μεγάλο περιθώριο αναπροσαρμογής ανάλογα με το αντιβιογράμμα και γ) οδηγεί σε ταχεία υποχώρηση της περιτονίτιδας και μειώνει το χρόνο νοσηλείας.

ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ ΚΑΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΡΔΙΟΛΙΠΙΝΗΣ

I.N. ΜΠΟΛΕΤΗΣ¹, Α.ΚΩΣΤΑΚΗΣ², Κ. ΑΥΔΙΚΟΥ¹, Φ. ΚΑΡΑΣΣΑΣ⁵, Π. ΠΑΠΠΑΣ³, Α. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ⁴, Χ. ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ⁵
Τμήματα ¹Νεφρολογικό, ²Μεταμοσχευτικό, ³Ακτινολογικό, ⁴Παθολογοανατομικό και ⁵Παθολογικής Φυσιολογίας, «Λαϊκό» Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθήνας, Αθήνα.

Η οξεία θρόμβωση της αρτηρίας του νεφρικού μοσχεύματος είναι μία γνωστή, αν και όχι συχνή, αγγειακή επιπλοκή της νεφρικής μεταμόσχευσης, η οποία συμβαίνει συνήθως τον πρώτο μήνα μετά τη μεταμόσχευση, ενώ μεταγενέστερα εμφανίζεται εξαιρετικά σπάνια. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει κάποια υποκείμενη αιτία.

Περιγράφεται η περίπτωση άνδρα 22 ετών με διαγνωσμένο από 9ετίας συστηματικό ερυθματώδη λύκο (ΣΕΛ), ο οποίος πριν από 7 χρόνια κατέληξε σε τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής νόσου. Προ διατίνας υποβλήθηκε σε πτωματική μεταμόσχευση νεφρού. Έκτοτε ήταν σε πολύ καλή κατάσταση με κρεατινίνη ορού που είχε σταθεροποιηθεί σε 1,5 mg/dl περίπου και υπό τριπλή ανοσοκατασταλτική θεραπεία, χωρίς κλινικές και ορολογικές ενδείξεις ενεργότητας της βασικής νόσου. Δύο χρόνια σχεδόν μετά τη μεταμόσχευση εισήχθη στο Μεταμοσχευτικό Τμήμα γιατί από 4ώρου παρουσίασε οξύ άλγος στην περιοχή του νεφρικού μοσχεύματος συνοδευόμενο από υψηλό πυρετό και ανουρία. Δεν είχε προηγηθεί διακοπή ή παράλειψη λήψης των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Στον τελευταίο ανοσολογικό έλεγχο, προ διμήνου, είχε διαπιστωθεί μέτρια αύξηση των αντισωμάτων κατά καρδιολιπίνης IgG ιστύπου. Κατά την αντικειμενική εξέταση παρουσίαζε όψη πάσχοντος, θερμοκρασία 39°C και έντονη ευαισθησία κατά την ψηλάφηση του μοσχεύματος. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε Ht:38,4%, λευκά αιμοσφαίρια: 11600/mm³, αιμοπετάλια: 284000/mm³, ουρία: 115 mg/dl, κρεατινίνη: 5 mg/dl, αντιθρομβίνη III: 71,2% (φ.τ. 80-120%), πρωτεΐνη C:75,2% (φ.τ. 70-140%), πρωτεΐνη S: 87% (φ.τ. 65-140%), χρ. προθρομβίνης: 13"/12", χρ. μερικής θρομβοπλαστίνης: 48" (φ.τ. 28"- 36"), ινωδογόνο: 210 mg%, αντισώματα κατά καρδιολιπίνης: (-), αντιπηκτικό του λύκου: (+), VDRL: (-), ANA(-), anti DNA: 5,8 IU/ml (φ.τ. <7,0 IU/ml), Cx: 60(φ.τ. 56-94), Cx: 27 (φ.τ. 16-44), ENA(-). Η υπερηχητική αγγειογραφία του μεταμοσχευμένου

νεφρού έδειξε εικόνα θρόμβωσης της νεφρικής αρτηρίας που επιβεβαιώθηκε με εκλεκτική ενδαρτηριακή αγγειογραφία στη διάρκεια της οποίας, έγινε προσπάθεια θρομβόλυσης με τοπική έγχυση ουροκινάσης χωρίς αποτέλεσμα. Την επομένη αφαιρέθηκε το νεφρικό μόσχευμα και η ιστολογική του εξέταση έδειξε θρόμβωση και εκτεταμένες αιμορραγικές νεκρώσεις του παρεγχύματος. Ο ασθενής βρίσκεται σήμερα υπό αντιπηκτική αγωγή και κορτικοειδή σε χρόνια πρόγραμμα αιμοκάθαρσης και σε καλή γενική κατάσταση. Από την ανασκόπηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας δεν βρήκαμε αναφορά σε θρόμβωση της αρτηρίας νεφρικού μοσχεύματος, κατά την απώτερη μετά τη μεταμόσχευση περίοδο, στα πλαίσια συνδρόμου καρδιολιπίνης σε ασθενή με ΣΕΛ. Η παρούσα περίπτωση υποδηλώνει τη δυνατότητα εμφάνισης σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού μιας ακόμα επιπλοκής του ΣΕΛ και επισημαίνει την ανάγκη ανάλογης παρακολούθησης.

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΠΤΟΠΡΙΛΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΥΘΡΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

I.N. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ε. ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Φ. ΜΑΚΡΗΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, †ΓΡ. ΒΟΣΝΙΔΗΣ

Τμήματα Νεφρολογικό και Μεταμοσχευτικό, «Λαϊκό» Νοσ., Αθήνα.

Σκοπός της προοπτικής αυτής μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα του αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοπτερίνης I καπτοπρίλης, στη διόρθωση της ερυθροκυττάρωσης (Ht>51%) ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού.

Σε 24 μεταμοσχευμένους ασθενείς (19 άνδρες, 5 γυναίκες), ηλικίας $41,8 \pm 2,3$ ετών, οι οποίοι εμφάνισαν ερυθροκυττάρωση (Ht: $52,6 \pm 0,6\%$) 10,0 \pm 1,8 μήνες μετά τη νεφρική μεταμόσχευση υπό διπλό (4) ή τριπλό (20) ανοσοκατασταλτικό σχήμα και σταθερή νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη ορού 1,58 \pm 0,01mg/dl), χορηγήθηκε καπτοπρίλη 24,0 \pm 2,7 μήνες μετά τη μεταμόσχευση, σε δόση 25-150 mg/ημέρα και εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητά της για χρονικό διάστημα 2,5 ετών. Κατά τη διάρκεια των 18 πρώτων μηνών της θεραπείας παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του Ht: τον 1ο μήνα από 52,6 \pm 0,6 σε 49,6 \pm 0,7 (p<0,001), το 2ο μήνα από 52,6 \pm 0,6 σε 47,7 \pm 1,1 (p<0,01), τον 3ο μήνα από 52,6 \pm 0,6 σε 47,2 \pm 1,3 (p<0,01), τον 6ο μήνα από 52,6 \pm 0,6 σε 49,1 \pm 1,2 (p<0,05), το 12ο μήνα από 52,6 \pm 0,6 σε 48,9 \pm 0,9 (p<0,01) και το 18ο μήνα από 52,6 \pm 0,6 σε 48,4 \pm 1,4 (p<0,05). Η μείωση του Ht δεν ήταν στατιστικά σημαντική στους υπόλοιπους 12 μήνες της παρακολούθησης: τον 24ο μήνα από 52,6 \pm 0,6 σε 48,4 \pm 1,4 και τον 30ο μήνα από 52,6 \pm 0,06 σε 50,5 \pm 1,6 (p: NS). Από την κατά περίπτωση ανάλυση των στοιχείων σημειώνεται ότι η ελάττωση του Ht ήταν αισθητά μικρότερη στους ασθενείς με πρωτοπαθή νόσο πολυκυστικούς νεφρούς. Οι ασθενείς αυτοί, συγκριτικά με τους υπόλοιπους, παρουσίασαν Ht<51% σε ποσοστό 20(1/5) έναντι 87% (13/15) (p<0,01), 25 (1/4) έναντι 78% (7/9) (p: NS) και 0 (0/4) έναντι 80% (4/5) (p<0,05) κατά τον 3ο, 18ο, και 30ο μήνα αντίστοιχα.

Συμπερασματικά, η θεραπεία με καπτοπρίλη φαίνεται αποτελεσματική στη μακροχρόνια αντιμετώπιση της ερυθροκυττάρωσης των ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού. Εξαίρεση αποτελούν οι ασθενείς με πολυκυστική νόσο των νεφρών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑ ΜΗ ΣΥΓΓΕΝΗ ΔΟΤΗ ΣΤΙΣ ΙΝΔΙΕΣ

A. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Ε. ΜΑΝΟΥ, Α. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ, Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Δ. ΓΑΚΗΣ, Α. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
Νεφρολογικό Τμήμα και Β' Μονάδα Τεχνητού Νεφρού ΑΠΘ, Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης.

Η αδυναμία εξεύρεσης επαρκούς αριθμού πτωματικών μοσχευμάτων στην Ελλάδα είναι μία από τις αιτίες που ένας αριθμός αυτών των ασθενών, με δική τους πρωτοβουλία, τα τελευταία χρόνια πηγαίνει σε χώρες του τρίτου κόσμου (Ινδίες) για να υποβληθεί σε νεφρική μεταμόσχευση από ζώντα μη συγγενή δότη.

Η μελέτη αυτή αναφέρεται σε 8 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε νεφρική μεταμόσχευση σε δύο κέντρα των Ινδιών και εισήχθησαν στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης για νοσηλεία ή περαιτέρω παρακολούθηση μετά από ($\bar{M} \pm SD$) 12 \pm 4 ημέρες (Διακύμανση: 8-21 ημ) μετά από τη χειρουργική επέμβαση. 7/8 ασθενείς υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση σε άλλα κέντρα ενώ 1/8 ασθ. προερχόταν από το κέντρο του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου. Η συνολική μετεγχειρητική διάρκεια παρακολούθησης των ασθενών αυτών ήταν ($\bar{M} \pm SD$) 14,8 \pm 11,7 μήνες (Διακύμανση: 1 μήνας - 2,5 χρόνια).

Η μέση ηλικία των ληπτών ήταν 56 χρόνια (50-62 χρόνια) ενώ των δοτών 25,5 χρόνια (21-30). Όσον αφορά την ιστοσυμβατότητα δότη/λήπτη, 4 ασθενείς είχαν 5 κοινά (HLA) αντιγόνα, 2 είχαν 4, 1 είχε 3 και άλλος 1 είχε 2 κοινά αντιγόνα όπως αναφερόταν στα ενημερωτικά σημειώματα που έφεραν μαζί τους. Ένας από τους 8 ασθενείς είχε υποβληθεί σε δύο νεφρικές μεταμοσχεύσεις μέσα σε 48 ώρες λόγω υπεροξείας απόρριψης του πρώτου μοσχεύματος. Σε 2/8 ασθενείς είχε γίνει ταυτόχρονη αφαίρεση του πολυκυστικού νεφρού (ΠΚΝ).

Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν κατά την επιστροφή τους υψηλές δόσεις ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων ($\bar{M} \pm SD$): Κορτικοστεροειδή: 61,8 \pm 28,3 mg (25-112), αζαθειοπρίνη 143,8 \pm 46,4 mg (25-112), κυκλοσπορίνη A (CYA) 613,8 \pm 123,3 mg (450-850) ενώ τα επίπεδα της CYA στο αίμα των ασθενών ήταν ($\bar{M} \pm SD$) 1095 \pm 349 (699-1860). Η κρεατινίνη ορού κατά την επιστροφή των ασθενών

ήταν ($\bar{M} \pm SD$) $1,6 \pm 0,3$ mg/dl (1,3-2,1). Ένας από τους 8 ασθενείς παρουσίασε αναστρέψιμο επεισόδιο οξείας απόρριψης, 2/8 ασθ. παρουσίαζαν λεμφόρροια από το χειρουργικό τραύμα ενώ 1/8 ασθ. ήλθε με διάσπαση του χειρουργικού τραύματος. 4/8 ασθ. έφεραν ουροκαθετήρα κατά την επιστροφή τους, ενώ σε 1/8 ασθ. επανατοποθετήθηκε καθετήρας εξαιτίας διαφυγής ούρων που οφειλόταν σε απόφραξη από υπερτροφία προστάτου.

Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν σημεία τοξικότητας από CyA (τρόμο άκρων χειρών με ή χωρίς υπέρταση) ενώ 1/8 ασθ. είχε σοβαρή υπερτροφία ούλων. 5/8 ασθ. εμφάνισαν επεισόδια ουρολοίμωξης (ένα ή περισσότερα) από ανθεκτικά στελέχη. Δύο ασθενείς παρουσίασαν εμπύρετη λοίμωξη του αναπνευστικού: Ένας από κοινά μικρόβια και ένας από ασπέργιλλο. Σε δύο ασθενείς με εμπύρετο διαγνώσθηκε ελονοσία μετά από απομόνωση στο αίμα πλασμαδίου VIVAX. Τέλος, ένας ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική αντικατάσταση της κεφαλής του μηριαίου οστού λόγω άσηπτης νέκρωσης και ένας σε παρακαμπτήρια χειρουργική επέμβαση λόγω στεφανιαίας νόσου.

Συμπεραίνεται ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε νεφρική μεταμόσχευση από ζώντα μη συγγενή δότη σε χώρες του τρίτου κόσμου, εκτός από το μείζον οικονομικό πρόβλημα, έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών. Οι πολύ μεγάλες δόσεις ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων που χορηγούνται στους ασθενείς οδηγούν σε επικίνδυνες λοιμώξεις πολλές από τις οποίες ήταν άγνωστες μέχρι τώρα στον πληθυσμό των μεταμοσχευμένων στην Ελλάδα και που ευδοκιμούν σ' αυτές τις χώρες (π.χ. ελονοσία). Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι το βραχύ χρονικό διάστημα μετεγχειρητικής παρακολούθησης στις Ινδίες και η ταχεία επιστροφή του λήπτη με την πληθώρα των ιατρικών του προβλημάτων δημιουργούν την υπόνοια ότι η δια νόμου απαγόρευση πώλησης οργάνων δεν εφαρμόζεται στις Ινδίες, άρα το επίσημο ελληνικό κράτος θα πρέπει να ασχοληθεί σοβαρά με το θέμα.