

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

57η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

9 - 10 ΜΑΡΤΙΟΥ 1999
ΑΘΗΝΑ
ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

57^η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

**9 - 10 ΜΑΡΤΙΟΥ 1999
ΑΘΗΝΑ
ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.**

ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Τρίτη 9 Μαρτίου 1999

10.30-11.30	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
11.30-12.00	Διάλειμμα - Καφές
12.00-13.00	Τακτική Γενική Συνέλευση Ε.Ν.Ε.
13.00-15.30	Καταστατική Γενική Συνέλευση Ε.Ν.Ε.
18.30-19.30	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
19.30-20.15	Διάλεξη
21.30	Δείπνο Ε.Ν.Ε.

Τετάρτη 10 Μαρτίου 1999

09.15-11.00	Ελεύθερες Ανακοινώσεις
11.00-11.30	Διάλειμμα - Καφές
11.30-13.00	Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Τρίτη 9 Μαρτίου 1999

- 10.30-11.30** Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Φ. ΠΑΠΟΥΛΙΔΟΥ
Α. ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ
- 10.30-10.40** ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΛΟΓΩ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΣΤΕΝΩΜΕΝΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΝΕΦΡΟΥ
Ι. ΜΠΟΥΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Χ. ΠΑΡΙΣΗΣ, Γ. ΤΣΕΡΚΕΖΗΣ, Δ. ΠΕΤΡΑΣ, Γ. ΜΠΕΝ, Η. ΚΟΥΖΑΚΟΣ, Λ. ΔΟΥΜΑΣ
Νεφρολογικό Τμήμα 7ου Νοσοκομείου ΙΚΑ Αθηνών
- 10.40-10.50** ΒΑΡΕΙΑ, ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)
Γ. ΧΑΤΖΗΧΑΝΝΑ, Δ. ΜΑΝΤΖΟΥΡΑΤΟΣ, Δ. ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Λαμίας
- 10.50-11.00** ΔΙΑΜΕΣΟΣΩΛΗΝΑΡΙΑΚΗ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ (ΔΣΝ), ΩΣ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΒΛΑΒΗ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ (ΣΕΛ)
Σ. ΜΙΧΑΗΛ¹, Γ. ΒΑΤΟΠΟΥΛΟΣ², Σ. ΜΑΡΙΝΑΚΗ¹, Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ³, Μ. ΔΑΡΕΜΑ¹, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ¹, Θ. ΧΗΡΑΣ¹, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ¹
¹Νεφρολογικό Τμήμα Γεν. Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, ²Παθολογική Κλινική και ³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

- 11.00-11.10 **ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ (ΑΜ) ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ (ΜΠ)**
Σ. ΜΙΧΑΗΛ¹, Κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ², Ε. ΧΕΛΙΩΤΗ¹, Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ³, Ε. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ¹, Η. ΘΕΟΔΟΣΗΣ¹, Μ. ΠΑΠΠΑΣ¹, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ¹
¹Νεφρολογικό τμήμα Γεν. Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, ²Α' Παθολογική Κλινική και ³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- 11.10-11.20 **Ο ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ «ΠΡΟΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΩΝ» ΚΑΙ ΑΥΞΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ (IgAN) ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ**
Μ. ΣΤΑΓΚΟΥ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΠΑΝΤΖΑΚΗ¹, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
¹Από το Νεφρολογικό και το Παθολογοανατομικό Τμήμα του Ιπποκράτειου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης
- 11.20-11.30 Συζήτηση
- 11.30-12.00 Διάλειμμα - Καφές
- 12.00-13.00 Τακτική Γενική Συνέλευση Ε.Ν.Ε.
- 13.00-15.30 Καταστατική Γενική Συνέλευση Ε.Ν.Ε.
- 18.30-19.30 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Ι. ΚΑΚΑΒΑΣ
Δ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ
- 18.30-18.40 **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ ΨΕΥΔΟΠΟΡΦΥΡΑΣ (ΒΔΨ) ΣΕ 3 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΧΠΑ). ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟΥ ΟΞΥΓΟΝΟΥ**

Α.Μ. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Ε. ΜΑΝΟΥ, Λ. ΓΙΟΝΑΝΛΗΣ, Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Θ. ΜΕΣΗΜΕΡΗΣ^{*}, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ^{*}

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., ^{*}Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο και ^{*}Μονάδα Υπερβαρικής Ιατρικής, Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος» Θεσσαλονίκη

18.40-18.50 **ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΗCV-RNA ΣΤΟ ΥΠΕΡΔΙΗΘΗΜΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**
Σ. ΣΠΑΙΑ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Β. ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΜΠΑΛΤΑΤΖΗ, Γ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗ, Γ. ΠΑΠΑΘΩΜΑΣ, Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ

Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ - Θεσσαλονίκη

18.50-19.00 **ΕΙΝΑΙ ΧΡΗΣΙΜΗ Η ΟΣΤΕΟΚΑΛΣΙΝΗ (BGP) ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Σ. ΣΠΑΙΑ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Γ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗ, Β. ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΠΑΠΑΘΩΜΑΣ, Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ

Νεφρολογικό Τμήμα Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ, Θεσσαλονίκη, Θεσσαλονίκη

19.00-19.10 **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΟΣΙΝΟΠΡΙΛΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΕΙΝΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**

ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ε. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΧΕΛΙΩΤΗ, Η. ΘΕΟΔΟΣΗΣ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ^{*}, Ι.Ν. ΜΠΟΛΕΤΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και ^{*}Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

19.10-19.20 **ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΤΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**

ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ι.Ν. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Α. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ, Κ. ΑΥΔΙΚΟΥ, Η. ΘΕΟΔΟΣΗΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ*, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ
Νεφρολογικό Τμήμα και *Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

19.20-19.30 Συζήτηση

19.30-20.15 Διάλεξη

Θέμα: Ομοκυστεΐνη, λιποπρωτεΐνη Α και ινωδογόνο ως παράγοντες καρδιαγγειακής νοσηρότητας στη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
Ομιλητής: Κ. ΣΟΜΠΟΛΟΣ
Προεδρείο: Δ. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

21.30 Δείπνο Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας

Τετάρτη 10 Μαρτίου 1999

09.40-11.00 Ελεύθερες Ανακοινώσεις
Προεδρείο: Ν. ΑΦΕΝΤΑΚΗΣ
Θ. ΜΑΡΓΕΛΟΣ

09.15-09.25 ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ L-ΚΑΡΝΙΤΙΝΗΣ
Ν. ΣΩΤΗΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ¹, Γ. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ², Τ. ΤΣΙΤΣΙΟΣ¹, Μ. ΣΤΑΜΠΟΛΙΔΟΥ¹, Ι. ΜΕΣΙΡΛΗΣ², Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ¹
¹Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κομοτηνής
²Εργαστήριο Εμβιομηχανικής Πανεπιστημίου Πατρών

09.25-09.35 ΕΝΤΕΡΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΣ ΟΣΦΥΤΙΚΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ
Α. ΓΕΡΑΚΗΣ¹, Μ. ΦΑΛΑΓΓΑΣ², Π. ΠΑΠΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ³, Δ. ΒΑΛΗΣ¹
¹Νεφρολογική Μονάδα, ²Παθολογικός και ³Ορθοπαιδικός Τομέας, Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία, Αθήνα

09.35-09.45 ΥΠΟΧΩΡΗΣΗ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΚΥΣΤΗ ΒΑΚΕΡ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
Ν. ΚΑΠΕΡΩΝΗΣ, Χ. ΚΟΡΩΝΗΣ, Ε. ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗ, Α. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΣΑΛΠΙΓΓΙΔΗΣ, Α. ΜΠΑΡΜΠΑΤΣΗ, Β. ΟΡΘΟΠΟΥΛΟΣ
Νεφρολογική Κλινική και ΜΤΝ βου Νοσοκομείου ΙΚΑ Αθηνών

- 09.45-09.55 **ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΣΦΠΚ**
Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Σ. ΨΑΡΙΑΝΟΣ, Γ. ΒΑΓΩΝΑΣ
Νεφρολογική Κλινική, Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ, Θεσσαλονίκη
- 09.55-10.05 **ΣΗΠΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΧΝΑ). ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**
Χ. ΚΑΜΠΟΥΡΗΣ, Ι. ΚΑΛΕΒΡΟΣΟΓΛΟΥ, Ν. ΣΑΒΒΙΔΗΣ, Σ. ΚΑΠΟΥΛΑΣ, Σ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ
Α' Παθολογική Κλινική-Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσ/νίκη
- 10.05-10.15 **Η ΔΙΑΤΑΞΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΙΟΥΣΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**
Λ. ΣΟΥΜΠΑΣΗ, Α. ΒΟΥΡΙΩΤΟΥ, Ε. ΓΡΑΨΑ, Σ. ΒΟΥΔΙΚΛΑΡΗ, Π. ΣΟΥΜΠΑΣΗ, Σ. ΣΤΑΜΑΤΕΛΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, Ν. ΖΕΡΕΦΟΣ
Νεφρολογική Μονάδα Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα», Θεραπευτική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νεφρολογική Κλινική Ιπποκράτειου, Παν/μιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν. Αθηνών
- 10.15-10.30 **Συζήτηση**
- 10.30-11.00 **Αναφορά Αρχείου Καταγραφής Νεφροπαθών: Στοιχεία από την ΥΣΕ**
Α. ΛΑΓΓΟΥΡΑΝΗΣ
- 11.00-11.30 **Διάλειμμα - Καφές**
- 11.30-13.00 **Συζήτηση Στρογγυλής Τράπεζας**
Θέμα: Αγγειίτιδες και Νεφρός
Συντονιστής: Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ
Εισηγητές:
Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ: Ονοματολογία - Ταξινόμηση
Ε. ΚΟΚΟΛΙΝΑ: Παθογενετικοί μηχανισμοί αγγειίτιδων
Ν. ΖΟΥΜΠΑΡΙΔΗΣ: Διαγνωστική και προγνωστική αξία των ANCA
Δ. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΟΣ: Σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

**ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΗ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΛΟΓΩ ΘΡΟΜ-
ΒΩΣΗΣ ΤΗΣ ΕΣΤΕΝΩΜΕΝΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΓ-
ΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙ ΜΟΝΗΡΟΥΣ ΝΕΦΡΟΥ**

Ι. ΜΠΟΥΤΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Χ. ΠΑΡΙΣΗΣ, Γ. ΤΣΕΡΚΕ-
ΖΗΣ, Δ. ΠΕΤΡΑΣ, Γ. ΜΠΕΗ, Η. ΚΟΥΖΑΚΟΣ, Λ. ΔΟΥΜΑΣ

Νεφρολογικό Τμήμα 7ου Νοσοκομείου ΙΚΑ Αθηνών

Η διαδερμική αγγειοπλαστική της εστενωμένης νεφρικής αρτηρίας για τον έλεγχο της αρτηριακής υπέρτασης θεωρείται μέθοδος εκλογής και έχει καθιερωθεί πολλά χρόνια τώρα. Σε μονήρη νεφρό με εστενωμένη νεφρική αρτηρία όμως η απόφαση για παρέμβαση πρέπει να λαμβάνεται με προσοχή εκτιμώντας τους κινδύνους με το πιθανό όφελος (οξεία νεφρική ανεπάρκεια αναστρέξιμος ή μη, επιδείνωση προϋπάρχουσας πλέον των άλλων συνήθων κινδύνων της παρέμβασης). Καιίτοι υπάρχει σημαντική σχετική βιβλιογραφία, παρουσιάζεται και η δική μας εμπειρία με την ευκαιρία ενός πρόσφατου περιστατικού.

Πρόκειται για γυναίκα ηλικίας 75 ετών με ιστορικό σοβαρής αρτηριακής υπέρτασης από πολλά χρόνια και από διαιτίας αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και νεφρική ανεπάρκεια (κρεατινίνη 2 mg%, ουρία 80 mg%). Την 30.10.98 υποβλήθηκε σε αγγειογραφία και τα ευρήματα ήταν «μη σκιαγράφηση της αριστερής νεφρικής αρτηρίας και των κλάδων της, ρικνός νεφρός, και μεγάλου βαθμού στένωση της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας > 95% κοντά στην έκφυσή της από την αορτή και έντονη αθηρωμάτωση και ασβεστώσεις των λαγόνιων αγγείων (Β' Ακτινολογικό Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Καθηγήτης Δ. Κελέκης). Την 14.12.98 έγινε καθετηριασμός της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας και διαστολή με αεροθάλαμο 4 mm και τοποθέτηση wall stent μήκους 28 mm και πλάτους 5 mm. Τις άμεσα επόμενες ημέρες βελτιώθηκε η αρτηριακή πίεση αλλά την 5η ημέρα επανήλθε στα προ της αγγειοπλαστικής επίπεδα ενώ αναφέρεται μείωση των ούρων. Εγινε εκ νέου αγγειογραφία και απεδείχθη θρόμβωση της δεξιάς νεφρικής αρτηρίας στην οποία είχε γίνει η παρέμβαση. Εγινε προσπάθεια θρομβόλυσης με ουροκινάση χωρίς αποτέλεσμα. Την 23.12.98 έγινε εκ νέου αγγειογραφία, αφαιρέθηκε το παλαιό stent, έγινε αγγειοδιαστολή και τοποθετήθηκε νέο stent 3 cm μήκους και 6 mm πλάτους. Τις επόμενες ημέρες βελτιώθηκε η αρτηριακή υπέρταση αλλά μειώθηκαν περαιτέρω

τα ούρα και την 29.12.98 διακομίστηκε στην Κλινική μας. Κατά την εισοδό της είχε 330 mg% ουρία, 10.6 mg% κρεατινίνη και βαρεία σχετικά κλινική εικόνα. Τοποθετήθηκε άμεσα υποκλειδίου καθετήρας και άρχισε αιμοκάθαρση. Ύστερα από οκτώ συνεδρίες αιμοκάθαρσης και γενική υποστήριξη απεκαταστάθη η διούρηση ενώ η νεφρική λειτουργία βελτιώθηκε προοδευτικά. Είκοσι ημέρες από την εισαγωγή της, η ασθενής εξήλθε με ουρία 72 mg%, κρεατινίνη 2 mg%, αρτηριακή πίεση 140/80 mm Hg χωρίς φάρμακα, διούρηση 2-3 λίτρα /24ωρο και με κουμαρινικά αντιπηκτικά από το στόμα.

Η εξέλιξη του δικού μας περιστατικού παρά τις επιπλοκές που επισυνέβησαν συνηγορεί υπέρ της θέσης της βιβλιογραφίας σύμφωνα με την οποία η στένωση της νεφρικής αρτηρίας στον μονήρη νεφρό δεν αποτελεί αντένδειξη για διαδερμική αγγειοπλαστική με ή χωρίς τοποθέτηση stents. Σωστή εκτίμηση πριν την απόφαση, εμπειρία και σωστή παρακολούθηση μετά την παρέμβαση αποτελούν τα καθοριστικά στοιχεία για την έκβαση της μεθόδου.

ΒΑΡΕΙΑ, ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΟΝΑ) ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) Γ. ΧΑΤΖΗΧΑΝΝΑ, Δ. ΜΑΝΤΖΟΥΡΑΤΟΣ, Δ. ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Λαμίας

Η Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ), είναι μια γνωστή, αν και όχι συχνή, επιπλοκή της διαβητικής νεφροπάθειας, που οφείλεται κατά κανόνα σε διαμεσοσωληνιαρικές βλάβες (ΔΜΣΒ), είναι παρατεταμένης διάρκειας και έχει καλή έκβαση.

Πρόκειται για γυναίκα, ηλικίας 78 ετών σήμερα, με υποθυρεοειδισμό από 25ετίας υπό αγωγή με L-thyroxine, ΣΔ από 15ετίας υπό αγωγή με Gliclazide και ήπια, ΧΝΑ (κρεατινίνη ορού 1.8mg/dl). Το Μάρτιο του 1995 διεκομίσθη από τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Λαμίας σε Νοσοκομείο των Αθηνών με κλινική και εργαστηριακή εικόνα ουραιμικού συνδρόμου (ουρία 298 mg/dl, κρεατινίνη 10.8 mg/dl), όπου και αντιμετωπίσθηκε άμεσα με αιμοκάθαρση, μέσω υποκλειδίου καθετήρα. Νοσηλεύτηκε στο εν λόγω Νοσοκομείο για 3 εβδομάδες, χαρακτηρίστηκε σαν ΧΝΑ τελικού σταδίου, έγινε ανεπιτυχής προσπάθεια, τοποθέτησης αρτηριοφλεβικού (Α-Υ) μοσχεύματος στο άνω άκρο και παραπέμφθηκε σε ιδιωτική Μονάδα Τεχνητού Νεφρού για, συνέχιση της θεραπείας της. Στην εν λόγω κλινική παρέμεινε 5 μήνες, υποβαλλόμενη, μέσω του καθετήρα, σε τρισεβδομαδιαίο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης, 4ωρης διάρκειας. Παράλληλα υποβλήθηκε σε ανεπιτυχή επέμβαση δημιουργίας Α-Υ επικοινωνίας. Στη Μονάδα μας η ασθενής εκλήθη για συνέχιση της θεραπείας της, έφερε δε ένα ανεπαρκώς λειτουργόν μηριαίο μόσχευμα. Ο έλεγχος του πρώτου διμήνου έδειξε τιμές ουρίας 117 και 129 mg/dl, κρεατινίνης 3,2 και 3,4 mg/dl και αιματοκρίτου 34,2 και 35,8 αντίστοιχα. Η ασθενής σε σχετική ερώτηση ανέφερε μεγάλη ποσότητα αποβαλλόμενων ούρων (περίπου 2,5 lit το 24ωρο), τιμή που στην συνέχεια επιβεβαιώθηκε. Στο τέλος του επόμενου διμήνου (Ιανουάριος 1996), μετά από προοδευτική μείωση της διάρκειας και της συχνότητας της αιμοκάθαρσης, έγινε διακοπή της θεραπείας και τέθηκε σε περιοδική κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση. Στην διαρεύσασα τριετία, η ασθενής βρίσκεται σε πολύ καλή κατάσταση και έχει σταθερή νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη 2,8-3,1 mg/dl).

Συμπερασματικά φαίνεται ότι, σε ασθενείς με ΣΔ, βαριά και παρατεταμένη ΟΝΑ, που οφείλεται σε ΔΜΣΒ, έχει καλή πρόγνωση.

ΔΙΑΜΕΣΩΛΗΝΑΡΙΑΚΗ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑ (ΔΣΝ), ΩΣ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΒΛΑΒΗ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ (ΣΕΛ)

Σ. ΜΙΧΑΗΛ¹, Γ. ΒΑΤΟΠΟΥΛΟΣ², Σ. ΜΑΡΙΝΑΚΗ¹, Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ³, Μ. ΔΑΡΕΜΑ¹, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ¹, Θ. ΧΗΡΑΣ¹, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ¹

¹Νεφρολογικό Τμήμα Γεν. Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, ²Α' Παθολογική Κλινική και ³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Οι διαμεσσωληναριακές αλλοιώσεις συνοδεύουν το 65-70% όλων των περιπτώσεων νεφρίτιδας του ΣΕΛ. Όμως ΔΣΝ, ως επικρατούσα ή μεμονωμένη ιστολογική βλάβη, είναι σπάνια. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί 9 μόνον περιπτώσεις.

Περιγραφή περίπτωσης

Γυναίκα 30 ετών, είχε νοσηλευθεί τον Ιανουάριο του 1995 για πυρετό, αρθραλγίες, εξάνθημα προσώπου, αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία, έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατ. 1.9mg%), ήπια λευκωματουρία (Λ/24ώρου 1.2g), άσπτη πνουρία (15-20/κοπ) και μικροσκοπική αιματουρία (10-15/κοπ). Ο λεπτομερής κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ήταν συμβατός με ΣΕΛ. Η ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού, η ιστολογική εξέταση της οποίας έδειξε πυκνές φλεγμονώδεις μονοκυτταρικές διηθήσεις του διαμέσου υποστρώματος με συνοδό ατροφία ουροφόρων σωληναρίων. Τα περισσότερα σπειράματα ήταν φυσιολογικά και λίγα μόνον εμφάνιζαν ήπια υπερπλασία μεσαγγείου. Ο ανοσοφθορισμός έδειξε ασθενή θετική χρώση για την IgG, IgA, IgM, το C3 και C1q στο μεσάγγειο τριών σπειραμάτων και για την IgG και το C3 στις βασικές μεμβράνες ουροφόρων σωληναρίων με λεπτοκοκκώδη κατανομή. Στην ασθενή χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη σε δόση 48mg την ημέρα. Παρατηρήθηκε ταχεία ύφεση των κλινικών συμπτωμάτων και προοδευτική βελτίωση της αναιμίας, της λευκοπενίας, της θρομβοπενίας, της νεφρικής λειτουργίας και της λευκωματουρίας. Για διάστημα 4 ετών (τακτική παρακολούθηση, μεθυλπρεδνιζολόνη 4mg παρ' ημέρα) η ασθενής εμφάνιζε κλινική και ορολογική ύφεση του ΣΕΛ και σταθερή νεφρική λειτουργία (κρεατ. 1.2-1.3 mg%) χωρίς λευκωματουρία.

Τον Δεκέμβριο του 1998 προσήλθε για αρθραλγίες, δεκαδική πυρετική κίνηση από μνός, μυϊκή αδυναμία, καταβολή, εξάνθημα προσώπου και πολυουρία και εισήχθη στη νεφρολογική κλινική. Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε Ht: 26.7%, Hb: 8.8g%, λευκά αιμοσφαίρια 3200/ml, αιμοπετάλια 115000/ml, ΤΚΕ 125mm, CRP 32mg%, κρεατινίνη 2mg%, λεύκωμα ούρων 24ώρου 0.9g, άσπτη πνουρία (18-20/κοπ), μικροσκοπική αιματουρία (10-12/κοπ), απουσία ερυθροκυτταρικών κυλίνδρων, ANA (+) > 1/640, ΑντιDNA 361U/ml, C3 46mg%, C4 10mg%, Ro (+), La (+), πολυκλωνική αύξηση της IgG (3156mg%), Ra test (+) ANCA (-) και φυσιολογική ηπατική βιολογία. Η ασθενής δεν ανέφερε λήψη άλλου φαρμάκου ενώ ο λεπτομερής κλινικοεργαστηριακός έλεγχος απέβη αρνητικός για ιογενή ή μικροβιακή λοίμωξη. Η ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού, η ιστολογική εξέταση της οποίας δεν διέφερε ουσιαστικά από την προ τετραετίας διενεργηθείσα. Στην ασθενή χορηγήθηκε μεθυλπρεδνιζολόνη σε δόση 48mg ημερησίως για 1 μήνα με εν συνεχεία προοδευτική μείωση. Σήμερα, 3 μήνες μετά, η ασθενής είναι ασυμπτωματική και εμφανίζει Ht 36.6%, Hb: 11.6 g%, λευκά αιμοσφαίρια 8700/ml, αιμοπετάλια 230.000/ml, κρεατινίνη 1.4mg%, λεύκωμα ούρων 24ώρου 0.14g, και βελτίωση των ανοσοολογικών δεικτών του ΣΕΛ (C3 64mg%, Αντι DNA 18 IU/ml).

Συμπερασματικά, η νεφρική προσβολή στο ΣΕΛ μπορεί σπάνια να εμφανισθεί ιστολογικά με καθ' υπεροχήν ΔΣΝ που ανταποκρίνεται στα κορτικοστεροειδή. Σημειώνεται η χρησιμότητα της βιοψίας νεφρού σε ασθενείς με ΣΕΛ.

ΑΜΥΛΟΕΙΔΩΣΗ (ΑΜ) ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΠΥΡΕΤΟΥ (ΜΠ)

Σ. ΜΙΧΑΗΛ¹, Κ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ², Ε. ΧΕΛΙΩΤΗ¹, Λ. ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ², Ε. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ¹, Η. ΘΕΟΔΟΣΗΣ¹, Μ. ΠΑΠΠΑΣ¹, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ¹

¹Νεφρολογικό τμήμα Γεν. Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών, ²Α' Παθολογική Κλινική και ³Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ο ΜΠ οφείλεται σε μεταλλάξεις του γονιδίου της πυρίνης (MEFV), που εδράζεται στο βραχύ σκέλος του χρωμοσώματος 16. Οι μεταλλάξεις εντοπίζονται σε μία από τις τρεις θέσεις μιάς αλύσου 46 αμινοξέων, που κωδικοποιούνται στο εξόνιο 10 του MEFV (M694V, V726A, M680I). Κλασικά η ΑΜ είναι απώτερη επιπλοκή του ΜΠ. Στη βιβλιογραφία όμως αναφέρονται περιπτώσεις, στις οποίες η ΑΜ προηγήθηκε των άλλων εκδηλώσεων του ΜΠ.

Περιγραφή περίπτωσης

Ανδρας 50 ετών με ελεύθερο ατομικό και άγνωστο οικογενειακό ιστορικό εισήχθη στη νεφρολογική κλινική για έλεγχο οιδημάτων κάτω άκρων, λευκωματουρίας και έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας. Η αντικειμενική εξέταση ήταν (πλην ήπιου οιδήματος κάτω άκρων) αρνητική και ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε: Ht 38.7%, Hb 12.9g%, λευκοκύτταρα 6700/mL, αιμοπετάλια 248.000/mL, γλυκόζη 100mg%, ουρία 72mg%, κρεατινίνη 1.8mg%, Na 142mEq/L, K 6.7mEq/L, Ca 10mg%, P 3.8mg%, HCO₃ 18mEq/L, SGOT 19U, SGPT 15U, χοληρυθρίνη 0.53mg%, γGT 14U, αλκαλική φωσφατάση 130U, ουρικό 5mg%, χοληστερίνη 276mg%, λευκώματα ορού 6,2g% με λευκωματίνη 3.4g% και λεύκωμα ούρων 24ώρου 3.1 g. Ο ανοσολογικός έλεγχος, η ακτινογραφία θώρακος και το ECHO κοιλίας δεν ανέδειξαν παθολογικά στοιχεία. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε βιοψία νεφρού, η ιστολογική εξέταση της οποίας έδειξε εναπόθεση πωσινοφίλου ουσίας με θετική τη χρώση ερυθρού του Congo στο μεσάγγειο πολλών σπειραμάτων και στο τοίχωμα μικρού μεγέθους αγγείων και ατροφία αρκετών ουροφόρων σωληναρίων. Με ανοσοϊστοχημική μέθοδο (ABC) τυποποιήθηκε η πρωτεΐνη του αμυλοειδούς ως AA πρωτεΐνη. Με τα παραπάνω

δεδομένα τέθηκε η διάγνωση της δευτεροπαθούς ΑΜ. Ο εκτενής εργαστηριακός έλεγχος, στον οποίο υποβλήθηκε στη συνέχεια ο ασθενής, απέτυχε να αποδείξει υποκείμενη νόσο. Μελετήθηκε, από περιφερικό αίμα, το DNA του ασθενούς στο Laboratoire de Biochimie et Genetique Moleculaire του Hôpital Cochin - Paris. Η μελέτη έγινε με εκλεκτική ενίσχυση (πολλαπλασιασμό), με την τεχνική PCR, της περιοχής 10 του εξονίου του γόνου της πυρίνης (MEFV) στο χρωμόσωμα 16, που φιλοξενεί τις τρεις πιθανότερες σημειακές μεταλλάξεις, που αναδεικνύονται με βάση τη μεταβολή της ηλεκτροφορητικής συμπεριφοράς του DNA και που συνδέονται με τον ΜΠ. Ο ασθενής απεδείχθη διπλός ετεροζυγώτης M694V/V726A δηλαδή έφερε δύο από τις ενοχοποιούμενες για τη νόσο (ΜΠ) μεταλλάξεις, μία σε κάθε χρωμόσωμα. Στον ασθενή έκτοτε χορηγείται κολχικίνη σε ημερήσια δόση 1.5mg. Ένα έτος αργότερα ο ασθενής είναι κλινικά καλά χωρίς επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και της λευκωματουρίας.

Συμπερασματικά: 1ον) Στη διαφορική διάγνωση της δευτεροπαθούς ΑΜ πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν ο ΜΠ ανεξαρτήτως απουσίας τυπικών κλινικών εκδηλώσεων και 2ον) Σήμερα με την εξέλιξη της μοριακής Βιολογίας και Γενετικής είναι δυνατή η διάγνωση του ΜΠ στο πλείστον των περιπτώσεων.

Ο ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ «ΠΡΟΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΩΝ» ΚΑΙ ΑΥΞΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ IgA ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ (IgAN). ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Μ. ΣΤΑΓΚΟΥ, Ε. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΠΑΝΤΖΑΚΗ¹, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Από το Νεφρολογικό και το ¹Παθολογοανατομικό Τμήμα του Ιπποκράτειου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Θεσ/νίκης

Μελετήθηκαν αναδρομικά τα κλινικά και ανοσοϊστοχημικά δεδομένα 25 ασθενών (10 άνδρες) με IgAN. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 38,2 χρόνια (17-67), η Μ κρεατινίνη ορού κατά το χρόνο της βιοψίας ήταν ($1,9 \pm 1,6 \text{mg/dl}$) και η Μ λευκωματουρία $1,4 \pm 1,8 \text{gr/24ωρο}$. 14/25 ασθενείς είχαν νεφρική ανεπάρκεια ($\text{Pcr} > 1,3 \text{mg/dl}$). Από τα σπειράματα, τόσο η βαρύτητα των ιστολογικών αλλοιώσεων στο κοινό μικροσκόπιο όσο και των ανοσοϊστοχημικών ευρημάτων δεν σχετιζόταν με κανένα από τα κλινικά ευρήματα κατά τη βιοψία. Αντίθετα στο διαμεσοσωληναριακό χώρο (ΔΣΧ) η βαρύτητα της λευκωματουρίας σχετιζόταν θετικά με τη σωληναριακή έκφραση α3β1 ιντεγκρίνης ($p = 0,03$) και C5b-9 ($p = 0,05$). Παράλληλα η διήθηση του ΔΣΧ από PCNA (+) και αSMA (+) κύτταρα σχετιζόταν θετικά με την σωληναριακή έκφραση α3β1 ιντεγκρίνης ($p = 0,02$ και $p = 0,04$ αντίστοιχα) ενώ ο αριθμός των μακροφάγων του ΔΣΧ με την βαρύτητα της σωληναριακής έκφρασης C5b-9 ($p = 0,04$). Η σωληναριακή έκφραση α3β1 ιντεγκρίνης σχετιζόταν σημαντικά με την έκφραση TGF-β1 στο ΔΣΧ ($p = 0,04$). Επιπλέον η κρεατινίνη του ορού κατά τη βιοψία έδειξε σημαντική συσχέτιση με τη βαρύτητα της λευκωματουρίας ($p = 0,01$), καθώς και με την σωληναριακή έκφραση α3β1 ιντεγκρίνης ($p = 0,004$) και TGF-β1 ($p = 0,001$).

Συμπερασματικά, στην IgAN η λευκωματουρία φαίνεται ότι ενεργοποιεί πιθανώς τα σωληναριακά κύτταρα, τα οποία συνδέονται «προσκληρυντικούς» παράγοντες όπως α3β1 ιντεγκρίνη και C5b-9. Στην έκφραση αυτή συμμετέχουν (και αλληλοεπιδρούν ίσως) τα μακροφάγα του ΔΣΧ, τα πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα (PCNA +) καθώς και κύτταρα με χαρακτηριστικές μοινοβλαστών (3MA +). Οι παράγοντες αυτοί (α3β1, C5b 0) διεγείρουν την σύνθεση TGF-β1 και ευθύνονται για τη μείωση της GFR κατά την πρώιμη φάση της νόσου.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΡΑΔΕΙΑΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗΣ ΨΕΥΔΟΠΟΡΦΥΡΙΑΣ (ΒΔΨ) ΣΕ 3 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΧΠΑ). ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟΥ ΟΞΥΓΟΝΟΥ

Α.Μ. ΜΠΕΛΕΧΡΗ, Δ. ΜΕΜΜΟΣ, Ε. ΜΑΝΟΥ, Α. ΓΙΟΝΑΝΛΗΣ, Π. ΚΟΥΚΟΥΔΗΣ, Θ. ΜΕΣΗΜΕΡΗΣ, Μ. ΛΕΟΝΤΣΙΝΗ, Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο και Μονάδα Υπερβαρικής Ιατρικής, Νοσοκομεία «Άγιος Παύλος» Θεσσαλονίκη

Η ΒΔΨ έχει περιγραφεί σε ποσοστό 1,2-78% σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΧΠΑ. Οφείλεται στην παρουσία αυξημένης ουροπαρφυρίνης στο αίμα που δεν απομακρύνεται με την αιμοκάθαρση. Περιγράφονται οι περιπτώσεις 3 ασθενών υπό ΧΠΑ που εμφάνισαν πομφολυγώδες εξάνθημα στο πρόσωπο, καθώς και στα άνω και κάτω άκρα. Η κλινική αυτή εικόνα παρουσιάστηκε στην πρώτη ασθενή 2 και 9 χρόνια μετά την έναρξή της ΧΠΑ, στη δεύτερη μετά 8 και στην τρίτη μετά 14 χρόνια. Στην πρώτη ασθενή (πρώτη έκδυση) προηγήθηκε η λήψη αντιφλεγμονωδών φαρμάκων ενώ οι άλλες δύο ήταν φορείς της ηπατίτιδας C, είχαν λάβει θεραπεία με οιστρογόνα και παρουσίαζαν υπερφόρτωση με σίδηρο. Η διάγνωση της ΒΔΨ επιβεβαιώθηκε με ιστολογική εξέταση των βλαβών. Και στις 3 ασθενείς, οι οποίες ελάμβαναν ήδη ερυθροποιητίνη, έγινε αλλαγή μεθόδου αιμοκάθαρσης (αιμοδιαδιήθηση) σε συνδυασμό με πλασμαφαίρεση. Η απάντηση ήταν ικανοποιητική μόνο στην πρώτη ασθενή. Αντίθετα στις άλλες δύο οι δερματικές βλάβες επιδεινώθηκαν παρά την διακοπή των οιστρογόνων και τη χορήγηση δεσφερριοξαμίνης στην τρίτη ασθενή. Οι δύο αυτές ασθενείς παρουσίασαν δευτερεύουσα βελτίωση και επούλωση όλων των αλλοιώσεων όταν στην αντιμετώπιση προστέθηκε θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο (O_2) (εισπνοή 100% O_2 σε υπερβαρικό περιβάλλον). Συμπεραίνεται ότι η χρησιμοποίηση του υπερβαρικού O_2 ως συμπληρωματικής θεραπείας σε συνδυασμό με τις κλασικές μεθόδους αντιμετώπισης (και ιδιαίτερα της πλασμαφαίρεσης), συμβάλλει στην επούλωση των βλαβών και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση που συνδρόμου της ΒΔΨ.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ HCV-RNA ΣΤΟ ΥΠΕΡΔΙΗΘΗΜΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σ. ΣΠΑΙΑ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Β. ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΜΠΑΛΤΑΤΖΗ, Γ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗ, Γ. ΠΑΠΑΘΩΜΑΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
 Νεφρολογικό Τμήμα, Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ-Θεσσαλονίκη

Ανίχνευση του HCV-RNA έχει αναφερθεί σε διάφορα σωματικά υγρά, όπως στη χολή, ενώ αντισώματα έναντι του ιού έχουν βρεθεί στο σίελο και στα ούρα. Μείωση του HCV-RNA έχει επίσης αναφερθεί στο σημείο εξόδου του αίματος από συγκεκριμένο τύπο μεμβράνης, αλλά στο υπερδιήθημα δεν ανευρέθη ανιχνεύσιμο RNA του ιού. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμήσει την πιθανή ανίχνευση του RNA του ιού στο υπερδιήθημα και την ενδεχόμενη μολυσματικότητα αυτού.

Μέθοδος: Σε εννέα αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με θετικά αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας C ελήφθησαν δείγματα αίματος και 3 δείγματα υπερδιηθήματος 10 λεπτά μετά την έναρξη συνεδρίας αιμοκάθαρσης. Ο προσδιορισμός του RNA του ορού έγινε ποιοτικά και ποσοτικά με την Amplicor HCV Monitor Assay. Ταυτόχρονα προσδιορίστηκαν οι τρανσαμινάσες στον ορό των ασθενών.

Αποτελέσματα: Ο ποιοτικός έλεγχος με ευαισθησία >100 copies/ml ήταν θετικός στον ορό όλων των ασθενών και στα δείγματα υπερδιηθήματος 4 ασθενών. Ο ποσοτικός έλεγχος με ευαισθησία ανίχνευσης >2000 copies/ml απέβη θετικός στον ορό 5 ασθενών και σε κανένα δείγμα υπερδιηθήματος. Το είδος της μεμβράνης δεν επηρέασε το αποτέλεσμα. Εξι ασθενείς αιμοκαθαίρονταν με χαμηλής διαβατότητας μεμβράνες και 3 με υψηλής διαβατότητας. Τρεις από αυτούς είχαν τελειώσει βμνην θεραπεία με ιντερφερόνη. Μόνο ένας είχε αυξημένη τιμή ALT.

Συμπεράσματα: Σε αντίθεση με προηγούμενες αναφορές διαπιστώσαμε ανίχνευση του RNA του ιού στο υπερδιήθημα αιμοκαθαιρομένων ασθενών, γεγονός που υποσημαίνει πιθανή μολυσματικότητα αυτού. Ο ιός είναι δυνατό να περάσει και από χαμηλής διαβατότητας μεμβράνες. Η ευαισθησία της μεθόδου ανίχνευσης είναι καθοριστική για το λαμβανόμενο αποτέλεσμα. Οι συνθήκες που επηρεάζουν το μέγεθος και την ποικιλία της απομάκρυνσης του ιού χρειάζονται περαιτέρω αποσαφήνιση.

ΕΙΝΑΙ ΧΡΗΣΙΜΗ Η ΟΣΤΕΟΚΑΛΣΙΝΗ (BGP) ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;

Ν. ΑΣΚΕΠΙΔΗΣ, Σ. ΣΠΑΙΑ, Χ. ΚΑΤΣΙΝΑΣ, Γ. ΑΝΤΩΝΙΑΔΗ, Β. ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΠΑΠΑΘΩΜΑΣ, Γ. ΒΑΓΙΩΝΑΣ
 Νεφρολογικό Τμήμα Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ, Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Η βιογία οστού παραμένει η μοναδική ακριβής μέθοδος για τη διάγνωση της νεφρικής οστεοδυστροφίας, αφού δεν έχει βρεθεί ακόμη ο ιδανικός βιοχημικός δείκτης οστικού μεταβολισμού. Η παραθορμόνη (PTH) και η αλκαλική φωσφατάση (ALP) κυρίως, αλλά και η οστεοκαλσίνη (BGP), έχουν μελετηθεί, όμως με άλλοτε άλλα αποτελέσματα σχετικά με τη διαγνωστική τους αξία ως δείκτες σχηματισμού των οστών.

Μέθοδος: Στη μελέτη μας περιελήφθησαν 44 αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς, 27 άνδρες, 17 γυναίκες, με μ.ο. ηλικίας $64,17 \pm 11,63$ έτη και μ.ο. διάρκειας στην αιμοκάθαρση $40,5 \pm 37,7$ μήνες, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν για διάστημα 6 εβδομάδων, στο οποίο μετρήθηκαν 4 στιγμιότυπα των επιπέδων PTH, BGP, ALP με παράλληλη τακτική παρακολούθηση των τιμών iCa^{2+} , P. Από τη μελέτη εξαιρέθηκαν ασθενείς υπερφορτωμένοι με AI.

Αποτελέσματα: Διαπιστώσαμε θετική συσχέτιση των επιπέδων PTH-BGP-ALP, η οποία ήταν πιο ισχυρή στις υψηλές τιμές PTH. Από τους 44 ασθενείς μόνο 2 εμφάνισαν απόλυτη δυσαρμονία τιμών PTH και BGP. Συγκεκριμένα ένας ασθενής εμφάνισε PTH > 200 pg/ml και BGP < 100 ng/ml και ένας άλλος ασθενής PTH < 70 pg/ml και BGP > 100 ng/ml. Και στους δύο, η BGP συσχετιζόταν με τη ALP. Στους ασθενείς με εικόνα χαμηλού οστικού μεταβολισμού, η PTH συσχετιζόταν θετικά με τους άλλους δύο δείκτες, ενώ τιμές BGP < 100 ng/ml δεν συσχετιζόταν ούτε με τα επίπεδα PTH ούτε με αυτά της ALP.

Ακόμη σε 7 ασθενείς που εμφανίσθηκε για διάφορους λόγους γρήγορη και σημαντική μείωση της PTH, αυτή δεν ακολουθήθηκε από ανάλογη άμεση μείωση των τιμών BGP και ALP.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση των επιπέδων PTH-BGP-ALP ιδιαίτερα σε καταστάσεις νεφρικής οστεοδυστροφίας με υψηλό δείκτη μεταβολισμού. Εκεί που πιθανόν μεταβάλλεται

η διαγνωστική αξία της BGP, σε σχέση με τους άλλους δείκτες PTH, ALP είναι οι καταστάσεις που συνδυάζονται από γρήγορη μείωση των επιπέδων PTH και αυτές που χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερα χαμηλό οστικό μεταβολισμό. Η έλλειψη τεκμηρίωσης της μεθόδου για την ευαισθησία της στις χαμηλές τιμές ίσως αποτελεί μια εξήγηση της τελευταίας διαπίστωσης.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΟΣΙΝΟΠΡΙΛΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΕΙΝΟΥΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ε. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΧΕΛΙΩΤΗ, Η. ΘΕΟΔΟΣΗΣ, Μ. ΠΑΠΠΑΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, Ι.Ν. ΜΠΟΛΕΤΗΣ
 Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει την επίδραση της φοσινοπρίλης, αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοπρεσίνης, στην ερυθροποίηση, την πρωτεϊνουρία και την αρτηριακή πίεση ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού και νεφροπάθεια του μοσχεύματος. Σε 25 ασθενείς (19 άνδρες, 6 γυναίκες), ηλικίας $46,1 \pm 2,1$ ετών, $69,2 \pm 7,7$ μήνες μετά τη νεφρική μεταμόσχευση, με κρεατινίνη ορού $2,13 \pm 0,13$ mg/dl, που ελάμβαναν τριπλή ανοσοκατασταλτική θεραπεία, και οι οποίοι εμφάνιζαν νεφροπάθεια του μοσχεύματος -ιστολογική διάγνωση σύμφωνα με τα κριτήρια Banff-, χορηγήθηκε φοσινοπρίλη σε δόση 20 mg/24ωρο. Αξιολογήθηκαν ο αιματοκρίτης (Hct), η κρεατινίνη, οι πρωτεΐνες ούρων 24ωρου και η μέση αρτηριακή πίεση (ΜΑΠ) για χρονικό διάστημα 12 μηνών. Κανένας από τους ασθενείς αυτούς δεν παρουσίαζε ερυθροκυττάρωση. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία "t-test" για παρατηρήσεις κατά ζεύγη.

Παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του Hct από το 2ο μήνα θεραπείας, που διατηρήθηκε τους υπόλοιπους μήνες της παρακολούθησης. Συγκεκριμένα ο Hct μειώθηκε τον 2ο μήνα κατά 12,0%, ($M \pm SEM$ από $40,6 \pm 1,4$ σε $36,0 \pm 1,7\%$, $p < 0,001$), τον 3ο 11,2%, τον 6ο 8,5% και τον 12ο 8,5% (από $40,6 \pm 1,4\%$ σε $35,9 \pm 1,8\%$ $p < 0,01$, $37,2 \pm 1,8\%$ $p < 0,01$ και $37,5 \pm 1,9\%$ $p < 0,05$, αντίστοιχα). Οι πρωτεΐνες ούρων 24ωρου μειώθηκαν το 2ο μήνα κατά μέσο όρο σε ποσοστό 49,4% (από $1,95 \pm 0,29$ σε $1,21 \pm 0,25$ g/24hrs, $p < 0,001$), τον 3ο μήνα 35,7% (από $1,95 \pm 0,29$ σε $1,10 \pm 0,16$ g/24hrs, $p < 0,01$) και τον 6ο μήνα κατά 30,5% (από $1,95 \pm 0,29$ σε $1,47 \pm 0,27$ g/24hrs, $p < 0,01$). Η μείωση της πρωτεϊνουρίας δεν ήταν στατιστικά σημαντική τον 12ο μήνα της παρακολούθησης. Δεν παρατηρήθηκε μεταβολή της κρεατινίνης του ορού, ενώ η ΜΑΠ παρουσίασε ελαφρά αύξηση τον 12ο μήνα.

Συμπερασματικά, η χορήγηση φουνοπρίλης σε μεταμοσχευμένους ασθενείς με νεφροπάθεια του μοσχεύματος βελτιώνει την πρωτεϊνουρία διατηρώντας σταθερή τη νεφρική λειτουργία. Η πτώση του Hct στους ασθενείς αυτούς είναι σημαντική και σε ορισμένες περιπτώσεις χρειάζεται αντιμετώπιση.

ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΤΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

ΕΙΡ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ι.Ν. ΜΠΟΛΕΤΗΣ, Α. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ, Κ. ΑΥΔΙΚΟΥ, Η. ΘΕΟΔΟΣΗΣ, Δ. ΣΤΑΜΑΤΙΑΔΗΣ, Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ, Χ. ΣΤΑΘΑΚΗΣ

Νεφρολογικό Τμήμα και Μονάδα Μεταμοσχεύσεων, Λαϊκό Νοσοκομείο, Αθήνα

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί την επίδραση διαφόρων παραγόντων στην εμφάνιση αθηροσκληρωτικών αγγειακών νοσημάτων σε ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού. Πρόκειται για μελέτη «φωλεάς» (case control within a cohort) στην οποία συμπεριελήφθησαν 62 μεταμοσχευμένοι ασθενείς (29 άνδρες, 33 γυναίκες), ηλικίας $48,3 \pm 1,3$ ετών, $69,7 \pm 5,5$ μήνες μετά τη μεταμόσχευση νεφρού, με κρεατινίνη ορού $1,57 \pm 0,05$ mg/dl και υπερλιπιδαιμία (ολική χοληστερόλη $286,6 \pm 5,7$ mg/dl, LDL-χοληστερόλη $191,7 \pm 5,7$ mg/dl, τριγλυκερίδια $191,8 \pm 12,8$ mg/dl). Εννέα από αυτούς τους ασθενείς είχαν έκδηλη στεφανιαία νόσο ή άλλη αθηροσκληρωτική πάθηση. Τα 62 άτομα υποβλήθηκαν σε ερωτηματολόγιο που αφορούσε το ατομικό ιατρικό αναμνηστικό, διάφορους αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, τη λήψη φαρμάκων, το βάρος, το ύψος και την αρτηριακή πίεση. Επίσης αξιολογήθηκαν το ίδιο διάστημα τα επίπεδα της κρεατινίνης, του ουρικού οξέος, των λιπιδίων, των απολιποπρωτεϊνών, της λιποπρωτεΐνης (a), της μαλονδιαλδεΐδης, του Cπεπτιδίου και της λεπτίνης αίματος. Ακολούθησε ανάλυση με τις παραμετρικές δοκομασίες "t-test" δύο δειγμάτων και χ^2 .

Οι διαφορές που βρέθηκαν μεταξύ των πασχόντων και μη πασχόντων από καρδιαγγειακό νόσημα αφορούσε: την παρουσία μεγαλύτερου αριθμού παραγόντων κινδύνου στους πάσχοντες ($3,3 \pm 0,4$ έναντι $1,5 \pm 0,1$ παραγόντων, $p < 0,001$) και τα χαμηλότερα επίπεδα σε αυτούς HDL-χοληστερόλης ($45,3 \pm 3,6$ έναντι $60,3 \pm 2,7$ mg/dl, $p < 0,01$), απολιποπρωτεΐνης A ($163,0 \pm 7,5$ έναντι $183,9 \pm 4,3$ mg/dl, $p < 0,05$) και λεπτίνης ($16,5 \pm 3,8$ ng/ml, έναντι $49,9 \pm 8,7$ ng/ml, $p < 0,01$). Οι παράγοντες στους οποίους διαπιστώθηκε αυξημένος και στατιστικά σημαντικός σχετικός κίνδυνος (Σ. Κ.) ήταν οι εξής: ανδρικό φύλο: Σ.Κ. 9,1 (95% Ο.Α. 1,87-44,23), κάπνισμα: Σ.Κ. 3,3 (95% Ο.Α. 1,06-10,44),

ηλικία ≥ 45 ετών για άνδρες, ≥ 55 για γυναίκες ή πρώιμη εμμηνοπαυση χωρίς θεραπεία με οιστρογόνα: Σ.Κ. 11,1 (95% Ο.Α. 2,40-50,91), ενώ για την HDL-χοληστερόλη > 60 mg/dl βρέθηκε Σ.Κ. 0,17. Αυξημένος σχετικός κίνδυνος, χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα, διαπιστώθηκε για τις εξής παραμέτρους: υψηλή λιποπρωτεΐνη (α) (> 30 mg/dl): Σ.Κ. 2,0 (95% Ο.Α. 0,54-7,48), χαμηλή HDL-χοληστερόλη (< 35 mg/dl): Σ.Κ. 3,3 (95% Ο.Α. 0,83-12,74), χαμηλή λεπτίνη (< 22 ng/ml): Σ.Κ. 3,2 (95% Ο.Α. 0,76-13,87), αθηρωματικός δείκτης (Tchol/HDL) $> 4,5$: Σ.Κ. 3,5 (95% Ο.Α. 0,59-21,27) και χρόνος υπό αιμοκάθαρση > 12 μήνες: Σ.Κ. 2,4 (95% Ο.Α. 1,01-5,53). Σχετικά χαμηλή βρέθηκε η πιθανότητα προσβολής από καρδιαγγειακό νόσημα για την αυξημένη μαλονδιαλδεύδη ($> 2,0$ ng/ml) και απολιποπρωτεΐνη Β (Α > 110 , Γ > 99 mg/dl), τη χαμηλή απολιποπρωτεΐνη Α (Α < 140 , Γ < 160 mg/dl), την υπέρταση, το διαβήτη, την έλλειψη σωματικής άσκησης και το stress (Σ.Κ. 1,2-1,7).

Συμπερασματικά, η εμφάνιση καρδιαγγειακού νοσήματος στους μεταμοσχευμένους ασθενείς με υπερχοληστερολαιμία, αν και πολυπαράγοντικής αιτιολογίας, α) είναι συχνότερη όταν τα επίπεδα HDL-χοληστερόλης, απολιποπρωτεΐνης Α και λεπτίνης είναι χαμηλότερα και β) φαίνεται να επηρεάζεται ιδιαίτερα από το φύλο, την ηλικία και το κάπνισμα.

ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ L-ΚΑΡΝΙΤΙΝΗΣ

N. ΣΩΤΗΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ¹, Γ. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ², Τ. ΤΣΙΠΙΟΣ¹, Μ. ΣΤΑΜΠΟΛΙΔΟΥ¹, Μ. ΜΙΣΙΡΛΗΣ², Κ. ΜΑΥΡΟΜΑΤΙΔΗΣ¹

¹Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κομοτηνής

²Εργαστήριο Εμβιομηχανικής Πανεπιστημίου Πατρών

Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) έχουν αναιμία για την οποία ευθύνονται κυρίως η έλλειψη της ερυθροποιητίνης, όπως επίσης οι απώλειες αίματος και η μικρή διάρκεια ζωής των ερυθρών. Μετά την ανακάλυψη της ερυθροποιητίνης προς το τέλος της προηγούμενης δεκαετίας, βελτιώθηκε σημαντικά η αιματολογική εικόνα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών, φυσικά με αντίτιμο το ιδιαίτερα μεγάλο κόστος. Η παραμορφωσιμότητα των ερυθρών αιμοσφαιρίων αποτελεί παράμετρο από την οποία εξαρτάται η μικροκυκλοφορία και η προσφορά οξυγόνου στους ιστούς, όπως επίσης η ευδραυστότητα των ερυθρών και τελικά η επιβίωσή τους.

Στα πλαίσια της αντιμετώπισης της αναιμίας των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών μελετήθηκε η επίδραση της L-καρνιτίνης στην παραμορφωσιμότητα και τη βελτίωση του αιματοκρίτη 15 αιμοκαθαιρόμενων ασθενών (12Α, 3Γ), ηλικίας 30 έως 65 χρόνων ($\Delta T = 55$), που ήταν σε πρόγραμμα εξωνεφρικής κάθαρσης από 24 έως 120 μήνες ($MO \pm SD = 59.2 \pm 20.2$), όπως επίσης και σε 15 φυσιολογικούς μάρτυρες (7Α, 8Γ), ηλικίας 36 έως 67 χρόνων ($\Delta T = 51$). Αποκλείστηκαν από τη μελέτη όσοι ασθενείς μεταγγίστηκαν 3 μήνες πριν και κατά τη διάρκεια μελέτης, όσοι είχαν αιμορραγίες, υπερπαραθυρεοειδισμό, λοίμωξη ή υπέστησαν χειρουργική επέμβαση επίσης κατά τη διάρκεια της μελέτης. Τα επίπεδα του σιδήρου και της Β₁₂ διατηρήθηκαν φυσιολογικά, όπως επίσης η δόση της ερυθροποιητίνης παρέμεινε σταθερή καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης. Προσδιορίστηκε στην ομάδα των αιμοκαθαιρόμενων ασθενών η παραμορφωσιμότητα των ερυθρών πριν και μετά τη συνεδρία αιμοκάθαρσης πριν τη χορήγηση L-καρνιτίνης, όπως επίσης και μετά από τρίμηνο από τη συνεχή χορήγηση της τελευταίας, σε δόση 30 mg/Kg Σ.Β./συνεδρία αιμοκάθαρσης, ενώ στους μάρτυρες η παραμορφωσιμότητα των ερυθρών προσδιορίστηκε εφ' άπαξ.

Διαπιστώθηκε αρχικά ότι η παραμορφωσιμότητα των ερυθρών πριν τη συνεδρία αιμοκάθαρσης ήταν σημαντικά υψηλότερη έναντι αυτής των φυσιολογικών μαρτύρων (t-test, $p < 0.00001$), η οποία μάλιστα αυξάνονταν ακόμη περισσότερο μετά τη συνεδρία (paired t-test, $p < 0.00001$). Τρεις μήνες μετά τη χορήγηση L-καρνιτίνης διαπιστώθηκε σημαντική μείωση της παραμορφωσιμότητας των ερυθρών (paired t-test, $p < 0.004$), ενώ παράλληλα σημαντική ήταν και η αύξηση του αιματοκρίτη κατά το διάστημα αυτό (ANOVA, $p < 0.00001$).

Από τη μελέτη συμπεραίνεται ότι: α) Υπάρχουν διαταραχές της παραμορφωσιμότητας των ερυθρών σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς, οι οποίες βελτιώνονται με τη χορήγηση L-καρνιτίνης και β) η τελευταία βελτιώνει σημαντικά τα επίπεδα του αιματοκρίτη και μειώνει τις ανάγκες σε ερυθροποιητίνη (μείωση κόστους αιμοκάθαρσης).

ΕΝΤΕΡΟΚΟΚΚΙΚΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΣ ΟΣΦΥΙΚΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΩΝ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ

Α. ΓΕΡΑΚΗΣ¹, Μ. ΦΑΛΑΓΓΑΣ², Π. ΠΑΠΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ³, Δ. ΒΑΛΗΣ¹

¹Νεφρολογική Μονάδα, ²Παθολογικός και ³Ορθοπαιδικός Τομέας, Δ.Θ.Κ.Α. Υγεία, Αθήνα.

Εισαγωγή: Η διεθνής βιβλιογραφία εμπλουτίζεται συνεχώς με νεοπεριγραφόμενα αίτια λοιμώξεων σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Παρουσιάζουμε το πρώτο περιστατικό στη διεθνή βιβλιογραφία εντεροκοκκικής οστεομυελίτιδος σπονδύλων σε αιμοκαθαιρόμενο ασθενή.

Περιγραφή περιπτώσεως: Γυναίκα ηλικίας 56 ετών υποβλήθηκε προ οκταετίας σε ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων, λόγω πρωτοπαδούς καρκινώματος διαυγών κυττάρων τον κόλπου με επέκταση στη πύελο. Ακολούθησε ακτινοθεραπεία και θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Μετά δίμηνο από την αρχική επέμβαση έγινε, λόγω υπολειμματικής μάζας στο ορθό, αφαίρεση en bloc του σιγμοειδούς, του κόλου και του υπολλείματος του κόλου και κολοστομία. Ακολούθως έγιναν έξι εγχειρήσεις κοιλίας (σε μία απ' αυτές και εντερεκτομή), λόγω ειλεού σε έδαφος ακτινικής εντερίτιδας και πολλαπλών συμφύσεων. Παράλληλα παρουσίασε συχνές ουρολοιμώξεις, υδρονέφρωση άμφω και κατέληξε, παρά την τοποθέτηση ενδοουρητηρικών καθετήρων και διαδερμικής νεφροστομίας, σε τελικό στάδιο ΧΝΑ. Υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση από 25/8/96 με μόνιμο υποκλειδίο καθετήρα.

Η παρούσα νόσος εκδηλώθηκε τον Απρίλιο του 1998 με έντονη οσφυοϊσχιαλγία και περιορισμό της κινητικότητας του δεξιού κάτω άκρου. Ο αρχικός έλεγχος (απλή ακτινογραφία και αξονική τομογραφία) εμφάνισε οστεοαριαιωτικές εστίες των O_5 και I_1 σπονδύλων, ασαφопоίηση του O_5-I_1 μεσοσπονδυλίου δίσκου και συμπαγή μάζα έμπροσθεν του I_1 . Παρατηρήθηκε αύξηση της ΤΚΕ (80mm την πρώτη ώρα) και της C-ανιδρώσας πρωτεΐνης (8μg/ml). Οι καρκινικοί δείκτες (CA19-9, CA125, CEA) είχαν φυσιολογικές τιμές. Η δερμοαντίδραση Mantoux ήταν αρνητική, η iPTH του ορού ήταν 270pg/ml και οι αιμοκαλλιέργειες ήταν αρνητικές. Ακολούθησε μαγνητική τομογραφία που ήταν συνηγορητική για σπονδυλίτιδα O_5-I_1 . Μετά από ανεπιτυχή προ-

σπάθεια κατευθυνόμενης βιομίας, έγινε χειρουργική επέμβαση για λήψη υλικού από το οποίο απομονώθηκε *Streptococcus faecalis* (εντερόκοκκος).

Η ασθενής έλαβε συνολικά εξάμηνη αντιμικροβιακή αγωγή. Αρχικά έλαβε για δύο μήνες I.V. βανκομυκίνη και νετιλμικίνη, μετά την συνεδρία αιμοκάθαρσης, σε δοσολογία προσαρμοζόμενη με βάση τα επίπεδά τους στον ορό (μέση εβδομαδιαία δόση 1000 mg και 300 mg, αντίστοιχα). Η ενδοφλέβια αγωγή αντικαταστάθηκε με per os χορήγηση συνδυασμού αμοξυκαλλίνης/ κλαβουλανικού οξέος (500/125mg ανά 12ωρο), η οποία λόγω δυσανεξίας (στοματίτις), αντικαταστάθηκε με φαινοξυμεθυλπενικιλίνη 1.500.000 IU per os ανά 8ωρο. Επίσης έλαβε καθόλη τη διάρκεια της αγωγής σιπροφλοξασίνη 500 mg ανά 12ωρο per os. Η ασθενής παρουσίασε ήδη από τον δεύτερο μήνα ύφεση της οσφυοϊσχιαλγίας. Η TKE και η CRP επανήλθαν σε φυσιολογικές τιμές και η μαγνητική τομογραφία και ο σπινθηρογραφικός έλεγχος με γάλλιο και τεχνήτιο έδειξε στοιχεία αποδρομής της φλεγμονής και οστική ανάπλαση. Η ασθενής παραμένει ασυμπτωματική τέσσερις μήνες μετά από την διακοπή της αγωγής.

Συμπέρασμα: Η μεγάλη ποικιλία των μικροβιακών αιτίων οστεομυελίτιδας σπονδύλων σε αιμοκαθαριζόμενους ασθενείς δημιουργεί την ανάγκη να εντοπισθεί ο υπεύθυνος μικροοργανισμός εξαντλώντας όλες τις διαθέσιμες τεχνικές, συμπεριλαμβανομένης και της χειρουργικής λήψης υλικού. Η αιτιολογική αντιμετώπιση παρομοίων περιστατικών οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα απ' ό,τι η εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή.

ΥΠΟΧΩΡΗΣΗ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΑΡΘΡΙΔΑΣ ΜΕ ΣΥΝΟΔΟ ΚΥΣΤΗ ΒΑΚΕΡ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΦΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

N. ΚΑΠΕΡΩΝΗΣ, Χ. ΚΟΡΩΝΗΣ, Ε. ΣΤΑΥΡΟΥΛΑΚΗ, Α. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΣΑΛΠΙΓΓΙΔΗΣ, Α. ΜΠΑΡΜΠΙΑΤΣΗ, Β. ΟΡΘΟΠΟΥΛΟΣ
Νεφρολογική Κλινική και ΜΤΝ 6ου Νοσοκομείου ΙΚΑ Αθηνών

Είναι γνωστό ότι σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση η επίπτωση της φυματώσεως είναι 10-15 φορές μεγαλύτερη από αυτή του γενικού πληθυσμού. Η εξωπνευμονική εντόπιση, που είναι πιο συχνή στην ομάδα των ασθενών αυτών περιλαμβάνει ένα ποσοστό 10% σκελετικής συμμετοχής.

Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς, η οποία τρία έτη μετά την ένταξη σε τεχνητό νεφρό εμφάνισε εμπύρετο συλλογή υγρού στην κατά γόνυ άρθρωση και ανάπτυξη κύστης ΒΑΚΕΡ, που αντιμετώπιστηκε με αντιφυματική αγωγή.

Η ασθενής, 32 ετών, ήταν σακχαροδιαβητική τύπου I και στο ιστορικό της αναφερόταν λίγο πριν την ένταξη στην αιμοκάθαρση ολιγόμηνη λήψη αντιφυματικής θεραπείας λόγω παρατετινόμενου εμπυρέτου χωρίς στοιχεία συγκεκριμένης ΤΒC εντόπισης.

Δύο μήνες πριν από το παρουσιαζόμενο επεισόδιο η ασθενής εμφάνισε αρθρίτιδα αριστεράς ποδοκνημικής και φλεγμονή (οίδημα, ερυθρότητα) του άκρου ποδός χωρίς πυρετό και λευκοκυττάρωση, που απέδραμε σε λίγες ημέρες.

Του παρόντος επεισοδίου προηγήθηκε - κατά είκοσι ημέρες - οίδημα στη δεξιά κατά γόνυ άρθρωση και ακολούθησε εμπύρετος συνδρομή - συνεχής πυρετός χωρίς ρίγος - με επιδείνωση της φλεγμονώδους εικόνας του γόνατος, αρθραλγίες στον καρπό και τα δάκτυλα της σύστοιχης άκρας χειρός και τραχηλική λεμφαδενίτιδα.

Από τα εργαστηριακά ευρήματα είχαμε τα εξής αποτελέσματα: Αριθμός - τύπος λευκών κ.φ, TKE = 120, ANA = (+) σπικτός τύπος, αντι-DNA = (-), αντι-ENA = (-), C3, C4 κ.φ, RF = (-), CRP = 27,5 mg/L. Οι αιμοκαλλιέργειες και ο ιολογικός έλεγχος είχαν αρνητικά ευρήματα για ενεργό λοίμωξη, ενώ η δερμοαντίδραση φυματίνης (Mantoux) αναδείχθηκε νεκρωτική.

Χαρακτηριστικά ήταν τα απεικονιστικά ευρήματα στην αζονική το-

τομογραφία: Στη δεξιά κατά γόνυ άρθρωση σημειούται ικανή ποσότητα αρθρικού υγρού, που εντοπίζεται αφ' ενός μεν στον υπερεπιγονατιδικό θύλακο, αφ' ετέρου δε στην ιγνυακή χώρα οπισθίως του έσω μηριαίου κονδύλου (εικόνα κύστεως BAKER). Επίσης σημειούται πάχυνση κατά τόπους του αρθρικού θυλάκου καθώς και ανομοιογενής, εκφυλιστικού τύπου απεικόνιση στην άνω έσω επιφάνεια της δεξιάς επιγονατίδας.

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα ανωτέρω και την αποτυχία της κοινής χημειοθεραπευτικής αγωγής αποφασίστηκε παρά τη σύσταση των ορθοπεδικών για χειρουργική αντιμετώπιση η χορήγηση θμινου σχήματος ανη-TBC αγωγής με ριφαμπικίνη 600 mg ημερησίως, ισονιαζίδη 200 mg ημερησίως και εδαμβουτόλη - επί 2μηνιο- 400 mg ημερησίως. Υπήρξε πλήρης βελτίωση της κλινικής εικόνας, ενώ στον έλεγχο με CT μετά εξάμηνο δεν απεικονιζόταν πλέον εγκυστωμένη συλλογή (του τύπου της ιγνυακής κύστεως), πλην ασήμαντης ποσότητας υγρού στον υπερεπιγονατιδικό θύλακο άμφω. Ηδη η ασθενής πέντε μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι ελεύθερη συμπτωμάτων και χωρίς παθολογική σημειολογία.

Μετά τη σπονδυλική στήλη, η κατά γόνυ είναι η πιο συχνά προσβαλλόμενη άρθρωση σε φυματίωση των οστών με σπάνια επιπλοκή την ανάπτυξη κύστες BAKER. Σε νεφροπαθή υπό αιμοκάθαρση δεν ανευρέθηκε παρόμοιο περιστατικό στην προσιτή βιβλιογραφία.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΣΦΠΚ

Π. ΠΑΓΚΙΔΗΣ, Φ. ΧΡΙΣΤΙΔΟΥ, Ν. ΓΕΩΡΓΑΛΑΣ, Δ. ΚΑΝΕΤΙΔΗΣ, Σ. ΨΑΡΙΑΝΟΣ, Γ. ΒΑΠΩΝΑΣ

Νεφρολογική Κλινική, Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ, Θεσσαλονίκη

Σκοπός της εργασίας μας ήταν να εκτιμήσουμε, εάν η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά προβλήματα (ΚΑΠ), η μεγάλη ηλικία και η παρουσία ή όχι συνοδού ατόμου επηρεάζουν την επιβίωση των ασθενών υπό Συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΣΦΠΚ).

Σε μία αναδρομική, 9ετή μελέτη, έγινε προσδιορισμός επιβίωσης με τη μέθοδο "Kaplan-Meier" και του δείκτη FDR (Failure Density Rate θάνατοι/ασθενή/μήνα) σε 151 ασθενείς (58 γυναίκες, 93 άνδρες) της ΣΦΠΚ, με μέση ηλικία $64,4 \pm 10,5$ έτη (25-90) και μέση διάρκεια υποκατάστασης $27,8 \pm 6$ μήνες (4-82).

Αποτελέσματα: Η επιβίωση όλων των ασθενών και της επιβίωσης στις διάφορες υποκατηγορίες ήταν:

Έτος	1ο	2ο	3ο	4ο	5ο	FDR	p
Επιβίωση (%)	86	63	52	33	21	0.021	
Συνολική							
Γυναίκες	85	63	54	35	19	0.021	n.s.
Άνδρες	86	55	40	33	20	0.023	
Με συνοδό (n=68)	80	48	39	24	12	0.016	<0.005
Χωρίς συνοδό (n=83)	91	74	60	35	28	0.028	
Ηλικία ≥ 65 (n=93)	85	60	44	28	11	0.026	<0.05
Ηλικία < 65 (n=58)	86	74	58	37	32	0.016	
Διαβητικοί (n=72)	79	45	39	20	9	0.034	<0.001
Μη διαβητικοί (n=79)	92	74	65	48	40	0.014	
Υπερτασικοί (n=70)	85	58	43	29	18	0.023	n.s.
Νορμοτασικοί (n=81)	87	62	54	34	24	0.020	
Με ΚΑΠ (n=48)	82	50	38	18	8	0.030	<0.001
Χωρίς ΚΑΠ (n=103)	92	81	72	62	49	0.009	

Συμπεράσματα: 1) Η επιβίωση των ασθενών της ΣΦΓΚ είναι ικανοποιητική τουλάχιστον για τα τρία πρώτα χρόνια από την ένταξη στη μέθοδο. 2) Η συνολική επιβίωση και ο δείκτης FDR δεν διαφέρουν σε σχέση με το φύλο και την ύπαρξη ή όχι αρτηριακής υπέρτασης. 3) Οι ασθενείς με ανάγκη ύπαρξης συνοδού ατόμου έχουν χειρότερη επιβίωση από τους ασθενείς χωρίς ανάγκη συνοδού. 4) Ο σακχαρώδης διαβήτης, η μεγάλη ηλικία και τα καρδιαγγειακά προβλήματα αποτελούν σαφείς επιβαρυντικούς παράγοντες της επιβίωσης των ασθενών υπό ΣΦΓΚ.

ΣΗΠΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΧΝΑ). ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
 Χ. ΚΑΜΠΟΥΡΗΣ, Ι. ΚΑΛΕΒΡΟΣΟΓΛΟΥ, Ν. ΣΑΒΒΙΔΗΣ, Σ. ΚΑΠΟΥΛΑΣ, Σ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Δ. ΓΡΕΚΑΣ, Α. ΤΟΥΡΚΑΝΤΩΝΗΣ
 Α΄ Παθολογική Κλινική-Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσ/νίκη

Πρώτο περιστατικό: Άνδρας ηλικίας 56 ετών με ΧΝΑ διακομίζεται από επαρχιακό νοσοκομείο για πυρεπτική κίνηση και επίμονη οσφυαλγία από 30ημέρου. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε οσφυαλγία η οποία ήταν ανθεκτική στην αντιφλεγμονώδη θεραπεία. Η ακτινογραφία ΟΜΣΣ έδειξε στένωση του Ο3-Ο4 μεσοσπονδύλιου διαστήματος και από το σπινθηρογράφημα διαπιστώθηκε δερμή περιοχή στον σπόνδυλο Ο3. Λόγω της προοδευτικής επιδείνωσης που είχε σαν συνέπεια την αδυναμία στάσεως και βαδίσσεως, ο ασθενής υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία της ΟΜΣΣ στην οποία διαπιστώθηκε αποδιοργάνωση της υφής του Ο3 με σύστοιχη φλεγμονώδη αντίδραση του αριστερού γοίτη μυός. Αποφασίσθηκε να γίνει βιοψία με καθοδήγηση CT. Διαπιστώθηκε έντονη οστεολυτική εξεργασία Ο3 και Ο4. Από την ιστολογική εξέταση διαπιστώθηκε πολυμορφοκυτταρική διήθηση (πιθανή λοίμωξη σταφυλοκοκκικής αιτιολογίας). Ο ασθενής με ειδική αντισταφυλοκοκκική θεραπεία βελτιώθηκε και αποκαταστάθηκε πλήρως η βάδιση του.

Δεύτερο περιστατικό: Άνδρας ηλικίας 70 ετών διακομίζεται από επαρχιακό νοσοκομείο για αφυδάτωση και ΧΝΑ. Επί δίμηνο ο ασθενής ήταν κλινίρης για την έντονη οσφυαλγία του η οποία δεν υποχωρούσε σε κοινά παυσίπονα ή και στην αντιφλεγμονώδη θεραπεία. Από το ιστορικό του αναφέρεται προστατεκτομή και δύο χειρουργικές επεμβάσεις για αφαίρεση νεφρικών λίθων. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε άλγος στην πίεση της περιοχής Ο4 και Ο5, αδυναμία στάσεως και βαδίσσεως. Από την αξονική τομογραφία της οσφυϊκής μοίρας διαπιστώθηκε καθίζηση του άνω τμήματος του Ο5 σπονδύλου καθώς και αραιωτικές εστίες στην κάτω επιφάνεια του σώματος του Ο4. Τα ως άνω ευρήματα επιβεβαιώθηκαν με μαγνητική τομογραφία. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ειδική αντισταφυλοκοκκική θεραπεία και είχε γρήγορη ανταπόκριση. Στη δεύτερη μαγνητική τομογραφία, ένα μήνα αργό-

τερα, υπήρχε σαφής υποχώρηση της φλεγμονής. Από την παρουσίαση των δύο περιστατικών φαίνεται ότι η σπηκτική σπονδυλίτιδα είναι συχνό εύρημα σε ασθενείς με ΧΝΑ και πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφοστική μας σκέψη όταν υπάρχουν οστικές αλλοιώσεις που συνοδεύονται από πυρετό.

Η ΔΙΑΤΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΙΟΥΣΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

Λ. ΣΟΥΜΠΑΣΗ, Α. ΒΟΥΡΛΙΩΤΟΥ, Ε. ΓΡΑΨΑ, Σ. ΒΟΥΔΙΚΛΑΡΗ, Π. ΣΟΥΜΠΑΣΗΣ, Σ. ΣΤΑΜΑΤΕΛΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, Ν. ΖΕΡΕΦΟΣ
Νεφρολογική Μονάδα Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα», Θεραπευτική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, Νεφρολογική Κλινική Ιπποκράτειου, Παν/μιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γ.Ν. Αθηνών

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη της επίδρασης του τελικού σταδίου της ΧΝΑ στις ελαστικές ιδιότητες της αορτής σε αιμοκαθαιρομένους ασθενείς και σε φυσιολογικούς μάρτυρες.

Υλικό και μέθοδος: Προσδιορίστηκε η διατασιμότητα (δ) της ανιούσης αορτής σε 48 αιμοκαθαιρομένους ασθενείς (31 Α και 17 Γ, ηλικίας 45 ± 14 ετών) πριν και αμέσως μετά την αιμοκάθαρση, οι οποίοι υποβάλλονταν σε θεραπεία από έτους τουλάχιστον επί 69.24 ± 50.52 μήνες. Ταυτόχρονα έγινε σύγκριση των παραπάνω ασθενών με ομάδα 27 φυσιολογικών μαρτύρων (17 Α και 10 Γ, ηλικίας 44.11 ± 14 ετών). Η δ ($\text{cm}^2 \times \text{dyn}^{-1} \times 10^{-6}$) της ανιούσης αορτής υπολογίστηκε από τον τύπο: $\delta = 2 (\Sigma - \Delta) / (\Delta \times \Delta\Pi)$, όπου Σ η συστολική διάμετρος της αορτής, Δ η διαστολική διάμετρος και $\Delta\Pi$ η διαφορική πίεση. Οι διαμέτροι της αορτικής ρίζας μετρήθηκαν με το m-mode στην αριστερή παραστερνική θέση, 3 cm πάνω από την αορτική βαλβίδα. Ταυτόχρονα μετρήθηκαν η αρτηριακή πίεση με σφυγμομανόμετρο στη βραχιόνια αρτηρία.

Αποτελέσματα:

ΜΕΓΕΘΟΣ	Φ. ΜΑΡΤΥΡΕΣ N=27	ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΚ-ΠΡΙΝ N=48	ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΚ-ΜΕΤΑ N=48
Ηλικία (έτη)	44 ± 14	45 ± 14	45 ± 14
Πίεση Παλμού (mmHg)	47 ± 11	53 ± 19	39 ± 18
Συστολική Διάμετρος (cm)	3.3 ± 0.4	$3.9 \pm 0.5^{**}$	$3.8 \pm 0.5^{**}$
Διαστολική Διάμετρος (cm)	2.9 ± 0.4	$3.7 \pm 0.6^{**}$	$3.6 \pm 0.6^{**}$
Διατασιμότητα ($\text{cm}^2 \times \text{dyn}^{-1} \times 10^{-6}$)	3.8 ± 1	$1.9 \pm 0.7^*$	$2.6 \pm 1.2^{**}$

* $p < 0.001$, ** $p < 0.0001$.

ΜΕΓΕΘΟΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΡΙΝ-ΑΚ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ-ΑΚ
Βάρος (Kg)	66.8 ± 13.5	64.2 ± 13.2**
Πίεση Παλμού (mmHg)	53.4 ± 19	39 ± 18**
Συστολική Διάμετρος (cm)	3.9 ± 0.5	3.8 ± 0.5*
Διαστολική Διάμετρος (cm)	3.7 ± 0.5	3.6 ± 0.5**
Διατασιμότητα (cm ² × dyn ⁻¹ × 10 ⁻⁶)	1.9 ± 0.7	2.6 ± 1.2**

*p<0.001, **p<0.0001

1. Η δ των ασθενών πριν την ΑΚ ήταν μειωμένη σε σύγκριση με εκείνη των φυσιολογικών μαρτύρων (1.9 ± 0.7 έναντι 3.8 ± 1, p<0.0001).

2. Η δ των ασθενών μετά την ΑΚ βελτιώθηκε και η αύξησή της αυτή πλησιάζει εκείνη των μαρτύρων (2.6 ± 1.2 έναντι 3.8 ± 1, p<0.0001).

Συμπέρασμα: Η οξεία βελτίωση της δ της ανιούσης αορτής μετά την ΑΚ σε ασθενείς με ΧΝΑ αποτελεί έναν ευνοϊκό δείκτη στην αιμοδυναμική συμπεριφορά του καρδιαγγειακού συστήματος.