



# 1<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ



## ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

ΚΕΡΚΥΡΑ 13 ΜΑΪΟΥ 1994



**1<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ**



# **ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ**

**ΚΕΡΚΥΡΑ 13 ΜΑΪΟΥ 1994**

## **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΣΕΩΝ**

ΘΑΝΟΥ ΙΩΑΝΝΑ  
ΖΑΠΡΑΪΔΟΥ ANNA  
ΤΣΟΥΓΙΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ  
ΚΩΣΤΕΝΙΔΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ  
ΛΑΣΚΑΡΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

## **ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Επίτιμος Πρόεδρος  
ΖΑΠΡΑΪΔΟΥ ANNA

Πρόεδρος  
ΘΑΝΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

Αντιπρόεδρος  
ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ ANNA

Γενική Γραμματέας  
ΤΣΟΥΓΙΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Ταμίας  
ΚΩΣΤΕΝΙΔΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ

Μέλη  
ΙΦΟΥ ANNA  
ΛΑΣΚΑΡΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ  
ΛΑΖΑΡΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ, παρουσιάζει με ιδιαίτερη ικανοποίηση τον πρώτο τόμο των περιλήψεων των εργασιών, που υποβλήθηκαν για ανακοίνωση στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας.

Οι εργασίες που υποβλήθηκαν στην Οργανωτική Επιτροπή για κρίση, αντανακλούν την προσπάθεια των Νοσηλευτών, να τονίσουν την παρουσία τους και να βελτιώσουν τη θέση τους, μέσα από το δυναμικό φαινόμενο της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης.

Η διοργάνωση του 1ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Νοσηλευτών Νεφρολογίας, σε συνεργασία με το 8ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νεφρολογίας, αποτελεί έμπρακτη απόδειξη της επιθυμίας των δύο Εταιριών για την αναβάθμιση του Νεφρολογικού χώρου. Την αναγκαιότητα αυτή είχαν προ πολλού επισημάνει οι Νοσηλευτές Νεφρολογίας και είχαν για το σκοπό αυτό καταβάλλει συντονισμένες προσπάθειες για την επιτυχία του.

Η συνδιοργάνωση αυτού του Συνεδρίου αποτελεί δικαίωση όλων όσων πίστεψαν και συνέβαλλαν προς αυτή την κατεύθυνση, αλλά και αφετηρία για πιο μεγάλες επιτυχίες. Μία τέτοια επιτυχία είναι αναμφισβήτητη η ανάθεση στην ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ, της οργάνωσης στην Αθήνα το 1995 του XXIV Συνεδρίου της EDTNA/ERCA, που θα γίνει παράλληλα με το XXXII Συνέδριο του EDTA/ERA.

Πιστεύουμε στη δυναμική συνέχιση της εξελικτικής πορείας των Νοσηλευτών Νεφρολογίας και στην αξιοποίηση όλων των υπαρκτών δυνατοτήτων για επιμόρφωση κα αναβάθμιση του ρόλου τους.

**ΙΩΑΝΝΑ ΘΑΝΟΥ**

**ΠΡΟΕΔΡΟΣ**

**ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ**



# ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗCV ΣΤΟΥΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

1

Z. Μπήδιου, A. Μαργαρίτη, Π. Ασημοπούλου, A. Πολίτου, B. Τσακίρη, E. Μόσχου,  
X. Βεσιλήρη, B. Δερβενιώτης

**Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Α' Π.Κ. ΑΧΕΠΑ**

Ο αριθμός των ασθενών με θετικά αντισώματα έναντι του ιού της ηπατίτιδας C, που υποβάλλονται σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, ποικίλλει ευρέως στις διάφορες Μονάδες Τεχνητού Νεφρού της Ελλάδας.

Σκοπός, της παρούσης μελέτης ήταν να διερευνήσει σε ποιό βαθμό ο διαχωρισμός των μηχανημάτων αιμοκάθαρσης παρεμποδίζει τη διασπορά του ιού της HCV στις Μ.Τ.Ν. της Ελλάδας.

Στη μελέτη διερευνήθηκαν 1123 ασθενείς από 31 Μονάδες Τ.Ν. που χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην ομάδα Α συμπεριλήφθηκαν 383 ασθενείς μονάδων Τ.Ν. που χρησιμοποιούσαν κοινά μηχανήματα αιμοκάθαρσης και στην ομάδα Β, 740 ασθενείς μονάδων που χρησιμοποίησαν μηχανήματα αποκλειστικά για ασθενείς με HCV. Και στις δυο ομάδες μελετήθηκε η συχνότητα εμφάνισης της ηπατίτιδας C.

Από τους ασθενείς της ομάδας Α οι 141 (36,81%) είχαν θετικά αντισώματα για τον HCV, ενώ από τους ασθενείς της ομάδας Β, θετικά αντισώματα για τον HCV είχαν οι 109 (14,72%). Επίσης διερευνήθηκε η συχνότητα διασποράς της ηπατίτιδας C στο προσωπικό των ίδιων Μ.Τ.Ν.. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Συμπεραίνουμε ότι ο διαχωρισμός των μηχανημάτων Τ.Ν. μειώνει τη διασπορά της ηπατίτιδας C στους αιμοδιλυζόμενους ασθενείς.

Υ.Γ. Τα στοιχεία πάρθηκαν με τηλεφωνική επικοινωνία με τις υπεύθυνες προϊστάμενες των Μ.Τ.Ν. Η εργασία μας συνεχίζεται.

## ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ (Μ.Τ.Ν.)

2

B. Κομπόλια<sup>1</sup>, Μ. Παρζάλη<sup>1</sup>, Μ. Τιτή<sup>1</sup>, Θ. Ανυφαντής<sup>1</sup>, Φ. Τζίφου<sup>1</sup>, Σ. Παπαβασιλείου<sup>1</sup>,  
Γ. Τσιόκα<sup>1</sup>, Δ. Αγορίτσα<sup>2</sup>, Ν. Τσιάνας<sup>1</sup>

**Μ.Τ. Νεφρού<sup>1</sup>, Στ. Αιμοδοσίας<sup>2</sup>, Γ.Ν.Ν. Τριγιάλων**

**Η παρουσία** των αντισωμάτων έναντι του ιού της ηπατίτιδας C (αντι-HCV) μελετήθηκε για χρονικό διάστημα 18 μηνών σε 36 μόνιμους ασθενείς ηλικίας 20-72 ετών (μέση τιμή 56,2 έτη) που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση (ΑΜΚ) για 61,3±29,4 μήνες (όρια 12-158) και σε 15 μέλη του προσωπικού της Μ.Τ.Ν. του Νοσοκομείου Τριγιάλων.

**Ο προσδιορισμός** των αντι-HCV έγινε με την ανοσοενζυμική μέθοδο (ΕΙΑ) β' γενεάς της Abbott. Έγινε σύγκριση των αντι-HCV με ορισμένες παραμέτρους των ασθενών όπως φύλο, ηλικία, διάρκεια ΑΜΚ, αριθμός μεταγίσεων, προγηθείσα μεταμόσχευση νεφρού. **Κανένα** από τα μέλη του προσωπικού δεν ήταν αντι-HCV (+), ενώ 16/36 ασθενείς, (44,5%) ήταν οροθετικοί και παρέμειναν θετικοί για όλη τη διάρκεια της μελέτης κατά την οποία δεν παρατηρήθηκε καμία ορομετατροπή. Δεν διαπιστώθηκε καμία συσχέτιση αντι-HCV με το φύλο και την ηλικία. Βρέθηκε σημαντική διαφορά στη διάρκεια αιμοκάθαρσης (64,4±38,7 μήνες) των οροθετικών έναντι (41,4±19,1 μήνες) (p<0,01) των οροαρνητικών. Επίσης διαπιστώθηκε διαφορά στο μέσο αριθμό μεταγίσεων (11,2/ασθ.) των οροθετικών έναντι (6,1/ασθ.) (p<0,05) των οροαρνητικών. Τέλος σε μεταμόσχευση νεφρού στο παρελθόν είχαν υποβληθεί 5/16 (31,5%) οροθετικοί και κανένας οροαρνητικός. Να σημειωθεί ότι όλοι οι ασθενείς μας ήταν αρνητικοί στο HBsAg.

**Συμπεράσματα:** 1) Η παρουσία αντι-HCV είναι αρκετά υψηλή στη μονάδα μας (44,5%). 2) Η διάρκεια ΑΜΚ, ο αριθμός μεταγίσεων και πιθανόν οι μεταμοσχεύσεις είναι παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη αντι-HCV. 3) Η απουσία ορομετατροπής, εάν διαπιστωθεί σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, είναι αποτέλεσμα, πιστεύουμε, της μείωσης των μεταγίσεων (ερωθροποιητίνη) και των γενικών προληπτικών μέτρων που λαμβάνονται στις Μ.Τ.Ν. για την προστασία ασθενών και προσωπικού.



## Η ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΣΤΗ ΜΤΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ “Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ” ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΥΟ ΧΡΟΝΩΝ

3

Α. Καραγιάννη, Ε. Καμπούρη, Ν. Ζευγίτη, Ε. Γκιριτζιώτου

Μ.Τ.Ν., Σταθμός Αιμοδοσίας Γ.Π.Ν. “Γ. Παπανικολάου” Θεσ/νίκης

Κατά την τελευταία διετία (Δεκέμβριος 1991 - Δεκέμβριος 1993) 76 ασθενείς με τελικό στάδιο ΧΝΑ υποβόλ-  
λονταν ή εντάχθηκαν σε πρόγραμμα χρόνιας αιμοκάθαρσης (ΧΑ) στη ΜΤΝ του Νοσοκομείου μας. Δεκαοκτώ  
από τους ασθενείς εντάχθηκαν σε ΧΑ αλλά παρέμειναν στη ΜΤΝ λιγότερο από 3 μήνες (Ομάδα Α), 21 ασθε-  
νείς εντάχθηκαν σε ΧΑ και παρέμειναν στη ΜΤΝ για χρονικό διάστημα από 3-24 μήνες (Ομάδα Β), ενώ 37  
ασθενείς υποβάλλονταν ήδη το Δεκέμβριο 1991 σε ΧΠΑ για διάστημα από 4-89 μήνες (Ομάδα Γ). Στους ασθε-  
νείς αυτούς προσδιορίσαμε το αντίσωμα της ηπατίτιδας C (anti-HCV) με ανοσοενzymατική μέθοδο (ELISA  
2ης γενιάς) τόσο κατά την ένταξή τους (Ομάδα Α και Β) όσο και κατά την παραμονή τους στη ΜΤΝ (Ομάδα Β  
και Γ). Ένας από τους ασθενείς της Ομάδας Α (5.5%), 2 από τους ασθενείς της Ομάδας Β (9.5%) και 6 από  
τους ασθενείς της Ομάδας Γ (16.2%) βρέθηκαν θετικοί στο anti-HCV, τόσο κατά τον πρώτο προσδιορισμό,  
όσο και στη συνέχεια. Αύξηση των τρανσαμινασών (2 φορές υψηλότερη από τη φ.τ) για περισσότερο από 1  
μήνα είχε καταγραφεί στο παρελθόν σε 4 από τους ασθενείς της Ομάδας Γ, ενώ 2 από αυτούς είχαν παρου-  
σιάσει συγχρόνως και κλινικές εκδηλώσεις. Τους τελευταίους 10 μήνες πριν από την τρανσαμινασαιμία  
στους 3 από τους 6 ασθενείς της Ομάδας Γ είχε χορηγηθεί μετάγγιση αίματος. Παρόμοια αύξηση τρανσαμινα-  
σών στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς της ΜΤΝ παρατηρήσαμε μόνο σε ένα ασθενή με μεταστάσεις μελα-  
νώματος στο ήπαρ. Από τους ασθενείς της Ομάδας Β ένας εμφάνισε τρανσαμινασαιμία, κλινικά συμπτώμα-  
τα και ορομετατροπή (anti-HCV+) 5 μήνες μετά την ένταξή του, οπότε είχε υποβληθεί σε μεταγγίσεις και πλα-  
σμαφαίρεση, ενώ η άλλη ασθενής βρέθηκε θετική κατά την ένταξή της μετά από ροή νεφρικού μοσχεύματος.  
Από τους 8 ασθενείς που είχαν anti-HCV(+) και παρέμειναν στη ΜΤΝ, οι 4 υποβάλλονταν εξ' αρχής σε θερα-  
πεία κατά την απογευματινή βάρδια της ΜΤΝ, 3 κατά την πρωινή, ενώ μια ασθενής μεταφέρθηκε από πρωινή  
σε απογευματινή βάρδια. Μόνο 2 από αυτούς υποβάλλονταν μόνιμα κατά την περίοδο αυτή σε αιμοκάθαρση  
με το ίδιο μηχάνημα. Όλα από τα ενήλικα πρόσωπα που ζούσαν μαζί με τους ασθενείς, καθώς και το Ιατρικό  
και Νοσηλευτικό προσωπικό της ΜΤΝ είχαν anti-HCV(-) την ίδια περίοδο.

**Συμπεραίνεται** ότι στους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς: 1) Οι μεταγγίσεις αίματος ή πλάσματος και η μακρά  
παραμονή σε πρόγραμμα ΧΠΑ αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση θετικού  
anti-HCV, 2) η συχνότερη αιτία μη παροδικής τρανσαμινασαιμίας είναι η επαφή με τον HCV και ότι 3) ο κίν-  
δυνος μετάδοσης ηπατίτιδας C στους συγγενείς και το Προσωπικό των ΜΤΝ είναι μικρός.

## ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΑΝΤΙ-HCV ΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ (Α-Κ) ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΣΦΠΚ)

4

Μ. Κουλούσιου, Α. Δημοπούλου, Ε. Πρασά, Α. Κυργιολάνης, Γ. Παπανικολάου, Σ. Βουδικλάρη

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Ιπποκράτειου Γ.Ν. Αθηνών

**Σκοπός** της μελέτης είναι η εκτίμηση του επιπολασμού της θετικότητας HCV σε ασθενείς που υποβάλλονται  
σε αιμοκάθαρση και ΣΦΠΚ. Η μελέτη περιλαμβάνει 70 ασθενείς σε Α-Κ ηλικίας 17-82 ετών (μέση ηλικία 52.8  
έτη) και 33 ασθενείς σε ΣΦΠΚ ηλικίας 36-81 ετών (μέση ηλικία 59 έτη). Ο μέσος χρόνος αιμοκάθαρσης και  
ΣΦΠΚ ήταν 73 και 39 μήνες αντίστοιχα. Ο προσδιορισμός των αντισωμάτων HCV έγινε με τη μέθοδο ELISA  
και επιβεβαιώθηκε με RIBA. Αντι-HCV οροθετικότητα διαπιστώθηκε στο 37.1% των ασθενών σε Α-Κ και στο  
14.3% των ασθενών σε ΣΦΠΚ. Η συσχέτιση της αντι-HCV θετικότητας με παράγοντες όπως μεταγγίσεις, εγ-  
χειρήσεις, μικροεπεμβάσεις, δεν ήταν σημαντική. Αντίθετα θετική συσχέτιση με τη διάρκεια θεραπείας απο-  
δείχτηκε μόνο στους ασθενείς σε Α-Κ.

**Συμπερασματικά** ο επιπολασμός της HCV οροθετικότητας είναι συχνός στους ασθενείς που αντιμετωπίζο-  
νται με Α-Κ και η μετάδοση σχετίζεται περισσότερο με παράγοντες που αφορούν τη διαδικασία της Α-Κ, ενώ  
δεν φαίνεται να παίζει ρόλο η διάρκεια θεραπείας στους ασθενείς με ΣΦΠΚ.

## ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

5

Ε. Σκληρός, Α. Λάσκαρη, Χ. Ασίκη, Θ. Βελιώτης, Μ. Καλοειδής, Κ. Μεταξούλη,  
Α. Ξεπαπαδάκου, Ν. Σελεμίδης, Γ. Παπαδάκης

Νεφρολογικό Τμήμα, Π.Γ. Νοσοκομείο Νίκαιας, Πειραιάς

**Σκοπός** της εργασίας αυτής είναι ο καθορισμός της συχνότητας ανίχνευσης των αντισωμάτων έναντι του HCV:

- α) σε ασθενείς σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση (ΧΠΑ),
- β) στο οικογενειακό τους περιβάλλον και
- γ) στο προσωπικό της μονάδας τεχνητού νεφρού (Μ.Τ.Ν.).

**Μελετήθηκαν** 40 ασθενείς που βρίσκονται σε ΧΠΑ, 23 άτομα του ενδοοικογενειακού τους περιβάλλοντος και 19 άτομα του προσωπικού της Μ.Τ.Ν. Περιγράφονται αδρά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά κατά ομάδα και μελετάται και η διαχρονική μεταβολή της συχνότητας των anti-HCV στους αιμοκαθαιρόμενους. Παράλληλα έγινε και έλεγχος δεικτών ηπατίτιδας Β.

**Αποτελέσματα:** Από τους αιμοκαθαιρόμενους, 17 άτομα (42,5%) αποδείχθηκαν anti-HCV θετικοί. Η οροθετικότητα παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το χρόνο παραμονής σε ΧΠΑ ( $p=0,0001$ ). Από το ενδοοικογενειακό περιβάλλον των ασθενών και το προσωπικό της Μ.Τ.Ν. ουδείς βρέθηκε θετικός για anti-HCV.

Η διαχρονική μελέτη της συχνότητας των anti-HCV από το 1991 μέχρι το 1993 δείχνει μείωση της συχνότητας των anti-HCV με ρυθμό 5,5% ετησίως. Δεν παρατηρήθηκε ορομετατροπή σε κανένα ασθενή που ήταν αρνητικός για anti-HCV.

**Συμπεράσματα:** Η έλλειψη ορομετατροπής στους αιμοκαθαιρόμενους και η μηδενική συχνότητα των anti-HCV στο ενδοοικογενειακό τους περιβάλλον και στο προσωπικό της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού δείχνουν τη χαμηλή μολυσματικότητα του HCV. Ο έλεγχος των αιμοδοτών για anti-HCV και ο περιορισμός των μεταγγίσεων με την ευρύτερη χρήση της ερυθροποιητίνης θα οδηγήσουν μελλοντικά στην περαιτέρω μείωση της συχνότητας των anti-HCV ατόμων στις Μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης.

## ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

6

Α. Λάσκαρη, Ε. Σκληρός, Α. Μαροπούλου, Σ. Στεφανάνικου, Χ. Λεκατσά, Ι. Μονέδας,  
Μ. Ράπτη, Κ. Σωφρονιάδου, Γ. Παπαδάκης

Νεφρολογικό Τμήμα, Κέντρο Αιμοδοσίας - Παραγωγής παραγώγων αίματος, Π.Γ. Νοσοκομείο Νίκαιας, Πειραιάς

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της συχνότητας του anti-HCV στο νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου μας και η σύγκρισή του με αυτήν του ιού της ηπατίτιδας Β (HBV).

**Μελετήθηκαν** 143, νοσηλευτές (30) και νοσηλεύτριες (113) από διαφορετικά τμήματα και Μονάδες του νοσοκομείου, με χρόνο προϋπηρεσίας από 1-19 (7,01+4,9) έτη και ηλικία από 21 έως 56 (32,9+7,1) έτη.

**Αποτελέσματα:** Ο έλεγχος του νοσηλευτικού προσωπικού, όσον αφορά την HBV λοίμωξη, έδειξε ότι 97 άτομα είχαν εμβολιασθεί (67,8%), 27 άτομα είχαν θετικούς δείκτες προηγούμενης λοίμωξης (18,8%) και ένας είχε θετικό Αυστραλιανό αντιγόνο (0,69%). Όσον αφορά την ανίχνευση των anti-HCV βρέθηκε μια νοσηλεύτρια θετική (0,69%), στην οποία συμπληρώθηκε ειδικό επιδημιολογικό δελτίο.

Η ανεύρεση του anti-HCV είναι ανεξάρτητη του φύλου, της προϋπηρεσίας και του τμήματος απασχόλησης ( $p>0,1$ ), ενώ οι δείκτες προηγούμενης HBV λοίμωξης ανευρίσκονται συχνότερα σε προσωπικό που έχει πενταετή τουλάχιστον προϋπηρεσία ( $p<0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν το μικρό κίνδυνο HCV λοίμωξης στο νοσηλευτικό προσωπικό, ακόμα και αν απασχολείται σε τμήματα αυξημένου κινδύνου για HCV λοίμωξη.



**Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ (Α.Υ.),  
ΣΕ ΑΝΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ΧΝΑ),  
ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΜΙΚΡΕΣ ΔΟΣΕΙΣ  
ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΑΝΑΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ (αΑνΕΠΟ)**

7

*Ε. Μόσκοφίδου, Β. Κομπόλια, Σ. Φιλοπούλου, Μ. Παρδάλη, Ι. Μαλέγκος, Ν. Τσιάνας*

**Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, Θεραπευτικής Κλινικής Αθηνών και Γ.Ν. Νοσοκομείου Τρικάλων**

Είναι γνωστό ότι η εκδήλωση ή η επιδείνωση προϋπάρχουσας Α.Υ. είναι το κυριότερο και σημαντικότερο μειονέκτημα της θεραπείας σε αΑνΕΠΟ σε ασθενείς με ΧΝΑ και αναιμία. Σε διάφορες μελέτες που έχουν γίνει, 30% κατά μέσο όρο των ασθενών ανέπτυξαν Α.Υ. κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή χρειάστηκαν να αυξήσουν την αντιυπερτασική αγωγή. Πρόσφατα όμως, όπως αναφέρεται και στη διεθνή βιβλιογραφία, με τη μείωση των δόσεων παρατηρείται σημαντική μείωση και των ποσοστών αύξησης της Α.Υ.

Με σκοπό την εκτίμηση της συχνότητας της Α.Υ. σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με αΑνΕΠΟ, μελετήθηκαν 51 αναιμικοί ασθενείς (Α=28, Γ=33) μέσης ηλικίας 60 έτη (διακύμανση 25-77) και μέση διάρκεια αιμοκάθαρσης 77.5 μήνες (διακύμανση 24-128), στους οποίους χορηγήθηκε αΑνΕΠΟ σε αρχική δόση 50u/kg Β.Σ, iv, 3\*/εβδομάδα, για μέσο διάστημα 18 μηνών (διακύμανση 8-35) με στόχο την αύξηση και διατήρηση του αιματοκρίτη (Ηt) στο 30-33%. Πριν από την έναρξη της θεραπείας, 46 ασθ. (90.2%) είχαν φυσιολογική ή ρυθμιζόμενη Α.Π. (διαστολική <95mmHg), ενώ σε 5 (9.8%) η Α.Π. ήταν αρρυθμιστή (διαστολική >95mmHg) και λάμβαναν αντιυπερτασικά φάρμακα. Η μέση πίεση (Μ.Π.) των ασθενών ήταν 89.5mmHg (διακύμανση 73-123).

Όλοι οι ασθενείς, εκτός από 3, ανταποκρίθηκαν στην αΑνΕΠΟ και πέτυχαν το θεραπευτικό στόχο, στο πρώτο 3μηνο της θεραπείας, χωρίς αύξηση της δόσης. Ο Ηt διατηρήθηκε στα επιθυμητά όρια καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης, με εβδομαδιαία δόση αΑνΕΠΟ 30-120u/kg Β.Σ. Μετά τον ένα μήνα θεραπείας, ενώ η Μ.Π. δεν αυξήθηκε σημαντικά, 2 ασθ. ανέπτυξαν de novo Α.Υ. (3.9%). Στο τέλος του πρώτου 3μήνου, η Μ.Π. παρουσίασε στατιστικά σημαντική αύξηση (96.2mmHg, διακύμανση 76-130,  $p<0.002$ ), οι νέοι υπερτασικοί έφθασαν τους 6 (11.8%), εκ των οποίων σε 3 η Α.Υ. δεν ρυθμιζόταν και 2 από τους 5 (40%) με αρρυθμιστή Α.Υ. επιδεινώθηκαν και χρειάστηκε να αυξήσουμε τα αντιυπερτασικά φάρμακα. Σε όλη τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης, η Μ.Π. παρέμενε σταθερή (96.0mmHg, διακύμανση 83-123), 1 ασθ. με Α.Υ. μείωσε την αντιυπερτασική αγωγή, ενώ στους 6 νέους υπερτασικούς η Α.Υ. ρυθμιζόταν κανονικά.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με μικρές δόσεις αΑνΕΠΟ: 1) παρουσιάζουν μεν σημαντική αύξηση της μέσης αρτηριακής πίεσης, αλλά τα ποσοστά εκδήλωσης ή επιδείνωσης προϋπάρχουσας Α.Υ. είναι σχετικά χαμηλά. 2) οι αυξητικές μεταβολές της Α.Π. σημειώνονται στα αρχικά κυρίως στάδια της θεραπείας, ενώ κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης οι ασθενείς σταθεροποιούνται ή παρουσιάζουν μικρή βελτίωση.

**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗΣ ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΝΗΣ  
ΣΤΗ ΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΡΕΝΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ  
ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ**

8

*Α. Ρεβελιώτου, Ε. Ζαφείρη, Σ. Αγγελίδου*

**Νεφρολογικό, Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΕΕΣ**

Σε 17 αρρώστους υπό ΧΠΑ μελετήθηκε η επίδραση της αγωγής με ανασυνδυασμένη ερυθροποιητίνη στην PRA, σε περιόδους σταθερής ρύθμισης των διατητηκών, φαρμακευτικών και των παραγόντων εξανεφρικής κάθαρσης για τρία διαστήματα 15 ημερών, εκ των οποίων το πρώτο και το τρίτο οι αρρώστοι ήταν σε ερυθροποιητίνη και το δεύτερο σε χορήγηση εικονικού φαρμάκου. Κατά τα διαστήματα χορήγησης ερυθροποιητίνης η PRA ελαττώθηκε σημαντικά ( $p<0.05$ ), παρόλο που και ο αιματοκρίτης και η αιμοσφαιρίνη αυξήθηκαν σημαντικά σε σχέση με την περίοδο που δεν έπαιρναν το φάρμακο. Οι αρρώστοι που είχαν υψηλότερη ρενίνη κατά το διάστημα εκτός θεραπείας με ερυθροποιητίνη είχαν και τη μεγαλύτερη πτώση του αιματοκρίτη.

Συμπεραίνεται ότι η PRA έχει σημασία για τη δραστηριότητα της ερυθροποιητίνης στους αρρώστους υπό ΧΠΑ.

Κ. Τσαμπαλάτη, Κ. Μπράτση, Ε. Βελιάρη

Νοσηλεύτριες Μ.Τ.Ν. Γ.Ν. Σερρών

**Η αναφορά** σε νέες μεθόδους θεραπείας των ασθενών που αντιμετωπίζονται με εξωνεφρική κάθαρση είναι αφορμή παρουσίας της εργασίας μας.

Αναφερόμαστε στη χορήγηση δεσφεριοξαμίνης (DFO) σε νεφροπαθείς με υπερφόρτωση αλουμινίου (Al) στο πλάσμα για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς σκοπούς.

Η DFO χρησιμοποιείται από παλιά για την αντιμετώπιση ασθενών με αιμοσιδήρωση. Σε νεφροπαθή ασθενή χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1980 από τον ACKRIL.

**Χορηγείται** ενδοφλέβια, ενδομυϊκά, ενδοπεριτοναϊκά.

Άμεσες και επικίνδυνες επιπλοκές που επιβάλλουν τη στενή παρακολούθηση του ασθενούς είναι οι έντονες αλλεργικές αντιδράσεις, η υπόταση, η καρδιακή ανακοπή, η κεφαλαλγία και τα κοιλιακά άλγη, ενώ απώτερες η αμφιβληστροειδοπάθεια, η κώφωση και η μουνκορρινικήτωση.

**Η μείωση** του Al στους νεφροπαθείς μετά τη χορήγηση DFO οφείλεται στην κινητοποίησή του από τους ιστούς στους οποίους εναποτίθεται και την αποβολή του μέσω του T/N ή του περιτοναίου με τη μορφή της αλουμινοξαμίνης. Επιπλέον, συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στη διάγνωση της υπερφόρτωσης με Al (DFO Test) και στην αντιμετώπιση στη συνέχεια του ασθενούς.

Σε πέντε περιστατικά που μελετήθηκαν στη Μονάδα μας είχαμε πτώση της τιμής Al μέσα στο 1ο εξάμηνο της χορήγησής της. Στα δύο από τα πέντε περιστατικά, οι τιμές του Al έφθασαν σε φυσιολογικά επίπεδα μετά 1,5 χρόνο και στα άλλα 3 περιστατικά σε δύο χρόνια από την αρχή της χορήγησης, χωρίς σημαντικές επιπλοκές.

**Συμπεραίνεται** ότι η χορήγηση DFO φαίνεται ότι είναι ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία για τους νεφροπαθείς με υψηλές τιμές Al.

## ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΛΗΨΗΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΝΕΦΡΙΚΩΝ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

Α. Αποστόλου

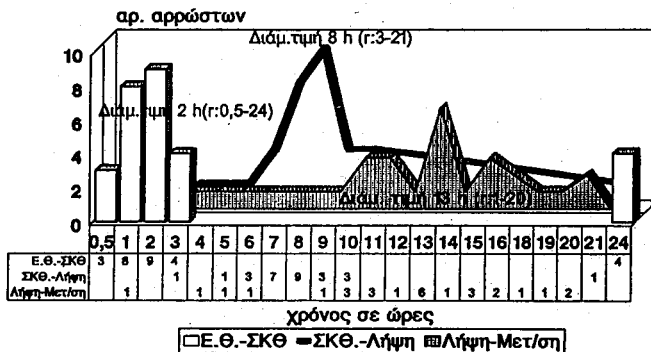
Μεταμοσχευτικό Κέντρο Ιπποκράτειου, Θεσσαλονίκη

**Η καθιέρωση** του Συντονιστού Μετ/σεων και στον Ελλαδικό χώρο προσδοκά στη βελτίωση της οργάνωσης και στην αύξηση του αριθμού των μοσχευμάτων, αλλά και της ποιότητας αυτών με τη βελτίωση των συνθηκών λήψης, μεταφοράς και συντήρησης των μοσχευμάτων.

Από τον Ιανουάριο του 1992 μέχρι την 15/12/93, δηλ. από την έναρξη λειτουργίας του Μεταμοσχευτικού Συντονισμού στο Μετ/κό Κέντρο του ΠΠΓΝ Θεσ/νίκης, οργάνωθηκαν 28 λήψεις οργάνων σε 28 πτωματικούς δότες. Από αυτούς οι 15 αφορούσαν σε Δότες πολλών οργάνων (Νεφρών, Ήπατος, Παγκρέατος, Καρδιάς, Πνευμόνων). Στη μελέτη αυτή αναλύονται οι χρονικές διακυμάνσεις: 1) από τη συμπλήρωση του πρωτοκόλλου Εγκεφαλικού Θανάτου (Ε.Θ.) μέχρι τη λήψη συγκατάθεσης (ΣΚΘ), 2) από τη συγκατάθεση μέχρι την έναρξη λήψης οργάνων και 3) από τη λήψη των οργάνων μέχρι την έναρξη της Μετ/σης.

Στην πρώτη περίοδο η διάμεση τιμή ήταν 2h (r:0,5-24), στη δεύτερη 8h (r:3-21) και στην τρίτη 13h (r:1-20) (Πίνακας). Οι τιμές αυτές θεωρούνται πολύ ικανοποιητικές σε σύγκριση με άλλες σειρές.

**Συμπερασματικά**, παρά τις δυσχέρειες που αντιμετωπίζει ο Έλληνας Συντονιστής Μετ/σεων για να πείσει τους συγγενείς του δότη να δώσουν συγκατάθεση, να οργανώσει τη μεταφορά των χειρ/κών ομάδων λήψης και των οργάνων και να οργανώσει τις ώρες χειρ/γείου με την κλήση των υποψηφίων Ληπτών και της Μετ/κής ομάδας, οι χρόνοι οι οποίοι αναφέρονται είναι σημαντικά περιορισμένοι.



## ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΝΑΚΟΛΟΥΘΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

11

Α. Χαρίτου, Γ. Περικλέους

**Μονάδα Αιμοκάθαρσης, Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος**

Σκοπός της εργασίας ήταν να αποδείξουμε την αύξηση του μέσου όρου ηλικίας (Μ.Ο.Η.) των ασθενών στην Α/Κ τα τελευταία 5 έτη, με τα συναφή προβλήματα που συνεπάγεται η αύξηση αυτή.

Μελετήσαμε και τη συχνότητα της Χ.Ν.Α. στην επαρχία Λεμεσού σε σύγκριση με την παγκύπρια συχνότητα.

Πήραμε 2 χρονικές περιόδους: Α' περίοδος από 1979 όπου και λειτούργησε η μονάδα Α/Κ Λεμεσού μέχρι το τέλος του 1986 όταν λειτούργησε το μεταμοσχευτικό κέντρο στην Κύπρο και Β' περίοδος από το 1987 μέχρι το 1992.

Για το σκοπό αυτό μελετήθηκαν 189 ασθενείς με τελικό στάδιο Χ.Ν.Α. (Ανδρες: 103, Γυναίκες: 86) Στην Α' περίοδο (1979-86) είχαμε 108 ασθενείς (Ανδρες 60, Γυναίκες 48, Μ.Ο.Η.: 50,9 έτη). Από αυτούς 93 στην Α/Κ (86.1%) και 15 μεταμοσχευμένοι (13,9%). Στη Β' περίοδο (1987-92) είχαμε 81 ασθενείς (Ανδρες 44, Γυναίκες 37, Μ.Ο.Η. 56 έτη). Από αυτούς 37 ήταν στην Α/Κ (45,6%) και 44 μεταμοσχευμένοι (54,4%). Στην επαρχία Λεμεσού, με σύνολο πληθυσμού 173.300, το 1992 είχαμε 102 ζώντες ασθενείς.

Παρατηρείται αύξηση του Μ.Ο.Η. ασθενών κατά τη Β' περίοδο κατά 5.1 έτη με μεγαλύτερη αύξηση τα τελευταία 3 έτη. Τούτο οφείλεται στη λειτουργία του μεταμοσχευτικού κέντρου και στην ευαισθητοποίηση του κοινού στην πρόληψη της νεφροπάθειας και τη δωρεά οργάνων όπως και στην αποδοχή ασθενών μεγάλης ηλικίας στο πρόγραμμα Α/Κ. Η συχνότητα της Χ.Ν.Α. στη Λεμεσό είναι 588 ανά εκατομμύριο πληθυσμού, που σχεδόν ταυτίζεται με την παγκύπρια που είναι 579 ασθενείς ανά εκ. πληθυσμού.

## ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

12

Β. Λαγκαζάλη, Α. Τραντά, Β. Τριανταφυλλίδου, Δ. Κοντζαφάρα

**Χειρ/κή Κλινική Μεταμοσχεύσεων, ΙΓΠΝ, Θεσσαλονίκη**

Η νεφρική μεταμόσχευση βελτιώνει και κάνει δυνατή την αναπαραγωγική ικανότητα. Βασική προϋπόθεση είναι ο κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος για την πρόληψη των επιδράσεων της κύησης στη λειτουργία του νεφρικού μοσχεύματος και στο κύημα. Ο ιδανικός χρόνος σύλληψης είναι δύο χρόνια μετά τη μεταμόσχευση με φυσιολογική νεφρική λειτουργία (κρεατινίνη <2mg%). Στη Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων του ΙΓΠΝ Θεσ/νίκης σε διάστημα 6 ετών μεταμοσχεύθηκαν 76 γυναίκες, από τις οποίες οι 39 βρίσκονταν στην αναπαραγωγική ηλικία. Από αυτές, οι 8 που είχαν ήδη παιδιά δεν επιθυμούσαν καινούρια κύηση λόγω του πιθανού κινδύνου επιδείνωσης της λειτουργίας του μοσχεύματος. 14 ήταν άγαμες, αλλά θα επιθυμούσαν μελλοντική κύηση και 7 ήταν έγκυες με μία διακοπή της κύησης για θεραπευτικούς και άλλη μία για κοινωνικούς λόγους. Στις υπόλοιπες 5 η εγκυμοσύνη ολοκληρώθηκε, φυσιολογικά σε 4 και με καισαρική τομή στην πέμπτη.

Σήμερα είναι εν ζωή και οι 5 μητέρες, καθώς επίσης και τα 5 παιδιά τους με φυσιολογική ανάπτυξη. Η μεταμοσχευμένη γυναίκα είναι μία "εν δυνάμει" μητέρα με φυσιολογική αναπαραγωγική ικανότητα και δυνατότητα για σύλληψη.

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΜΕ TROCAR ΤΟΥ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ TENCKHOFF ΜΕ ΔΙΠΛΟ CUFF

13

Α. Νικολάου, Μ. Πειχαμπέρη, Μ. Αυδή, Σ. Παναγιώτσος, Α. Ευθυμιάδου

Νεφρολογικό Τμήμα Αλεξ/λης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Οι επιπλοκές που σχετίζονται με τον περιτοναϊκό καθετήρα αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στην εφαρμογή της Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρσης (ΣΦΠΚ). Η τοποθέτηση του περιτοναϊκού καθετήρα γίνεται με τη χειρουργική και τη διαδερμική (μη χειρουργική) τεχνική με τη χρήση ειδικού trocar. Στην τελευταία δεν υφίσταται ανάγκη ύπαρξης εκπαιδευμένου χειρουργού και λήψης γενικής αναισθησίας.

Από τον Οκτώβριο του 1985 μέχρι τον Αύγουστο του 1993, 142 ευθείς καθετήρες Tenckhoff με διπλό cuff, τοποθετήθηκαν με tro car, σε 135 ασθενείς (72 άνδρες, 63 γυναίκες). Η τοποθέτηση έγινε με τοπική αναισθησία, 2cm κάτω από τον ομφαλό στη μέση γραμμή. Η εφαρμογή της ΣΦΠΚ ήταν άμεση σε 130 ασθενείς (90.2%). Δεν υπήρχε απόλυτη αντένδειξη στην επιλογή των ασθενών. Η περιποίηση του στομίου εισόδου και του αντιστομίου γινόταν από το νοσηλευτικό προσωπικό και περιλάμβανε τον άσηπτο καθαρισμό με Povidone Iodine sol 10% και την επικάλυψη με αποστειρωμένες γάζες.

Οι πρώιμες (<15 ημέρες) επιπλοκές της διαδερμικής τεχνικής ήταν: διαφυγή διαλύματος σε 18 (18,3%) περιπτώσεις, παροδική μετακίνηση του καθετήρα χωρίς απόφραξη σε 6 (4.2%), μετακίνηση με απόφραξη σε 12 (8.4%), έξοδος cuff σε 4 (2.8%) και περιτονίτιδα σε 2 (1.4%). Κοιλιαλγία και αιματηρό διάλυμα παρατηρήθηκε σε μερικές περιπτώσεις (15.8% και 14.6% αντίστοιχα). Οι αργότερες (>15 ημέρες) επιπλοκές ήταν: διαφυγή διαλύματος σε 9 (6.3%) περιπτώσεις, παροδική απόφραξη σε 4 (2.8%), μετακίνηση με απόφραξη σε 4 (2.8%), μετακίνηση του καθετήρα χωρίς λειτουργική διαταραχή σε 12 (8.4%) και φλεγμονές στομίου σε 14 (9.8%).

Σε 28 περιπτώσεις (19.7%) απαιτήθηκε η αφαίρεση του περιτοναϊκού καθετήρα, 6 (4.2%) στους πρώτους 6 μήνες, 12 (8.4%) μετά από 12 μήνες και 10 (7%) μετά από τον 3ο χρόνο. Οι αιτίες ήταν τυχαία αφαίρεση (4), μετακίνηση με απόφραξη (8), μη θεραπεύσιμη περιτονίτιδα (16). Η συχνότητα των κοιλιακών κηλών ήταν 8.4% (6% τον πρώτο χρόνο).

Οι επιπλοκές αυτές είναι συγκρίσιμες με αυτές που περιγράφονται σε πολλές μελέτες με τη συνήθως συνιστώμενη χειρουργική τοποθέτηση, ώστε η διαδερμική τοποθέτηση σε συνδυασμό με τη συστηματική φροντίδα του περιτοναϊκού καθετήρα να αποτελεί ασφαλή τεχνική εφαρμογής της ΣΦΠΚ.

## ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ (ΣΦΠΚ) ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΝΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ

14

Ε. Πρασά, Β. Μαρινοπούλου, Γ. Τασιοπούλου, Μ. Κουλούσιου, Γ. Παπανικολάου, Σ. Βουδικλάρη

Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Ιπποκράτειο ΓΝΑ, Αθήνα

Στη μελέτη αυτή διερευνήθηκαν οι ενδείξεις ένταξης ασθενών με τελικό στάδιο ΧΝΑ στη συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ), καθώς επίσης και οι αιτίες απομάκρυνσης από τη μέθοδο.

Σκοπός της μελέτης είναι η εξ αρχής αξιολόγηση των κριτηρίων επιλογής μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης. Κατά τη χρονική περίοδο από 1.11.82 - 31.10.93 αντιμετωπίστηκαν 145 ασθενείς (83 άνδρες, 62 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας 55.3 έτη. Οι 76 (ομάδα Α) εντάχθηκαν εξ αρχής στη ΣΦΠΚ, ενώ οι υπόλοιποι 69 (ομάδα Β) μεταφέρθηκαν στη μέθοδο από τη Χρόνια Περιοδική Αιμοκάθαρση (ΧΠΑ). Από το σύνολο των ασθενών 24 διέκοψαν τη μέθοδο και εντάχθηκαν σε ΧΠΑ. Για την ομάδα Α τα κριτήρια επιλογής είναι: τα βαρεια καρδιαγγειακά προβλήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αδυναμία αγγειακής προσπέλασης, ο τόπος διαμονής, η προσωπική επιθυμία και διάφορα άλλα σε μικρότερο ποσοστό. Για την ομάδα Β τα καρδιαγγειακά προβλήματα και η αδυναμία αγγειακής προσπέλασης ήταν τα συνηθέστερα αίτια αλλαγής μεθόδου. Οι συχνότερες αιτίες απομάκρυνσης από τη μέθοδο είναι: οι περιτονίτιδες, η διαπύση της υποδόριας σήραγγας και η μείωση της υπερδιήθησης του περιτοναίου.

Τα αποτελέσματά μας υποδηλώνουν ότι οι κύριες αιτίες για την επιλογή της ΣΦΠΚ σαν μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης είναι τα καρδιαγγειακά προβλήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης, ενώ συχνότερα αίτια απομάκρυνσης είναι οι περιτονίτιδες.

# Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗΣ ΚΑΘΑΡΣΗΣ

15

Σ. Αραμπατζή, Ι. Τσουνίδου, Α. Μίσιου, Α. Μαμαντζή, Β. Νάκα, Γ. Μητολίδου,  
Α. Παπαθανασίου

## Νεφρολογική Κλινική Β' Νοσοκομείου Ι.Κ.Α., Θεσσαλονίκη

Η Συνεχής Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (ΣΦΠΚ), επιλέγεται συχνά ως θεραπεία εκλογής για ηλικιωμένους και διαβητικούς ασθενείς με πολλά προβλήματα από την όραση, την κίνηση και το οικογενειακό περιβάλλον.

Από τους 67 ασθενείς της Μονάδας μας που έχουν ενταχθεί μέχρι σήμερα σε ΣΦΠΚ, οι 30 ήταν διαβητικοί, ποσοστό 46% και από αυτούς μόνο οι 12, ποσοστό 40% μπορούσαν να κάνουν μόνοι τις αλλαγές τους. Από τους 37 μη διαβητικούς οι 21, ποσοστό 57%, δεν χρειαζόταν βοήθεια στις αλλαγές. Η ηλικία των ασθενών μας, τόσο των διαβητικών, όσο και των μη διαβητικών ήταν κατά Μ.Ο. 62 χρόνια.

Τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίσαμε στην εκπαίδευση προέρχονταν από τους ηλικιωμένους ασθενείς με προβλήματα συγκέντρωσης και απομνημόνευσης των οδηγιών και την κατανόηση του τρόπου καθημερινής ρύθμισης του βάρους τους. Στους ασθενείς αυτούς χρησιμοποιούμε πίνακες με τις οδηγίες γραμμένες κατά στάδια και με μεγάλα γράμματα, τοποθετημένες στο σπίτι τους πάνω από το τραπέζι εργασίας τους. Περιοδικές επισκέψεις των αδελφών της Μονάδας στα σπίτια των ασθενών και ταυτόχρονα ο συνεχής έλεγχος του τρόπου διενέργειας της αλλαγής του σάκχου από τους ίδιους κατά τον τακτικό μηνιαίο επανέλεγχό τους, όχι μόνο ενθαρρύνει τους ασθενείς, αλλά και προλαμβάνει τα πιθανά σφάλματά τους. Οι πιο ηλικιωμένοι επίσης συχνά είναι αδύνατο να εκπαιδευτούν επαρκώς στο ακολουθούμενο πρωτόκολλο περιτονίτιδας, με αποτέλεσμα να απαιτείται ενδονοσοκομειακή παραμονή τους σε περιπτώσεις περιτονίτιδας. Ένα άλλο συχνό πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε με όλους σχεδόν τους ασθενείς μας, είναι η απροθυμία τους να φύγουν από το νοσοκομείο μετά την τοποθέτηση του καθετήρα και την ολοκλήρωση της εκπαίδευσής τους. Επιβεβαίωση όμως των προσπαθειών μας για την καλή λειτουργία της Μονάδας μας αποτελεί το χαμηλό ποσοστό της περιτονίτιδας, που είναι ένα επεισόδιο κάθε 27 μήνες.

Πιστεύουμε όμως ότι, η καθημερινή επαφή και εκπαίδευση βοηθά στο να ξεπεραστούν μεγάλα ιατρικά, ψυχολογικά, ακόμη και κοινωνικά προβλήματα των χρόνιων αυτών ασθενών και στη δημιουργία κλίματος ειλικρίνειας, αγάπης και συνεργασίας για το οποίο η Μονάδα μας είναι υπερήφανη και θα αγωνίζεται πάντα να το διατηρήσει.

## ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΥΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

16

Α. Λάζαρη, Α. Μπακόλη, Τ. Τσαχρίστα, Μ. Τζαχρίστα, Ε. Κουλουρίδης

Γεν. Νομ. Νοσ. Κέρκυρας, Μ.Τ.Ν.

**Με σκοπό** να μελετηθεί η αντιπηκτική ικανότητα της ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους και ο καθορισμός επαρκούς δόσολογίας κατά την αιμοκάθαρση, μελετήθηκαν τριάντα δύο αρρώστοι της μονάδας μας, σε χρονική διάρκεια έντεκα (11) μηνών.

**Το υλικό** αποτέλεσαν 15 Α και 17 Γ, ηλικίας  $62.78 \pm 8.35$  έτη, διάρκειας αιμοκάθαρσης  $61.65 \pm 44.86$  (17-204) μήνες, ο χρόνος αιμοκάθαρσης ήταν  $3.7 \pm 0.4$  ώρες, οι μεμβράνες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: Αιμοφάνη, Κουπροφάνη, Οξείκη κυτταρίνη, Πολυσουλφάνη-Αιμοφάνη και Κουπρομάνιο, η αγγειακή προσπέλαση των αρρώστων ήταν φιστούλες (28) και μοσχεύματα (4), σε 21 αρρώστους εχορηγείτο ερυθροποιητίνη και σε 11 όχι. Καταγράφηκαν λεπτομερώς τα πηγμάτα των φίλτρων (FC) και των γραμμών (LC), σε κάθε επεισόδιο πηγμάτων εμετρείτο ο αιματοκρίτης του αρρώστου. Οι αρρώστοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην **ομάδα Α** χορηγήθηκε κλασική ηπαρίνη σε δόση  $8261.25 \pm 1505.2$  (5000-10000) μον./αμ. και στην **ομάδα Β** χορηγήθηκε ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (Inoher) σε δόση 3500 μον./αμ. σε μία εφ' άπαξ δόση κατά την έναρξη της αιμοκάθαρσης από την αστεριώδη γραμμή. Τα χαρακτηριστικά των δύο ομάδων μελέτης ήταν τα εξής: ηλικία ομάδας Α:  $64.12 \pm 7.97$  έτη, ηλικία ομάδας Β:  $57.82 \pm 17.14$  έτη ( $t=1.33$ ,  $p=0.1$  NS), μέση τιμή αιματοκρίτου ομάδας Α:  $27.65 \pm 2.87\%$ , ομάδας Β:  $26.1 \pm 7.41\%$  ( $t=0.77$ ,  $p=0.4$  NS), αριθμός συνεδριών ομάδας Α:  $142.75 \pm 10$ , ομάδας Β:  $135.29 \pm 36.13$  ( $t=0.79$ ,  $p=0.4$  NS), χορήγηση ερυθροποιητίνης στην ομάδα Α: 11/5 (Ναι/Όχι), στην ομάδα Β: 10/6 (Ναι/Όχι) [ $\chi^2=0.01$ ,  $p=0.8$  NS].

**Τα αποτελέσματα** έδειξαν ότι στην ομάδα Α είχαμε 8 πηγμάτα φίλτρων σε 2284 συνεδρίες αιμοκάθαρσης (8/2284), στην ομάδα Β: 5/2300 ( $t=0.43$ ,  $p=0.6$  NS), πηγμάτα γραμμών (ποτηράκι αεροπαιίδας) στην ομάδα Α: 0/2284, στην ομάδα Β: 7/2300 ( $\chi^2=4.2$ ,  $p=0.2$ ). Η συσχέτιση του αριθμού των πηγμάτων των φίλτρων (FC) και των γραμμών (LC), ανεξαρτήτως ομάδας, με την τιμή του αιματοκρίτη κατά τη στιγμή των συμβάντος έδειξε: FC/Ht:  $r=0.61$ ,  $p=0.0004$ , LC/Ht:  $r=0.33$ ,  $p=0.6$  NS. Η συσχέτιση των συμβάντων με τη χορήγηση ερυθροποιητίνης (FC/rHepo) και (LC/rHepo) έδειξε: FC/rHepo:  $\chi^2=3.76$ ,  $p=0.2$  NS, LC/rHepo:  $\chi^2=7.68$ ,  $p=0.05$  (Yates corr.  $\chi^2=6.6$ ,  $p=0.08$  NS). Η ίδια συσχέτιση με τον τύπο των φίλτρων (Filter type) έδειξε: FC/Filter type:  $\chi^2=16.76$ ,  $p=0.1$  (NS), LC/Filter type:  $\chi^2=10.05$ ,  $p=0.6$  (NS), όλα τα πηγμάτα γραμμών παρουσιάστηκαν στα φίλτρα αιμοφάνης. Η συσχέτιση των πηγμάτων με την αγγειακή προσπέλαση (VA) έδειξε: FC/VA:  $\chi^2=1.78$ ,  $p=0.6$  (NS) και LC/VA:  $\chi^2=0.65$ ,  $p=0.8$  (NS). Μετά από κάθε επεισόδιο πηγμάτων στην ομάδα Β αυξανόταν η δόση της Inoher κατά 500 μονάδες. Εκτοτε δεν παρατηρήθηκε άλλο πήγμα.

**Συμπερασματικά:** 1) Η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους προσφέρει εξ ίσου ικανοποιητικό αντιπηκτικό αποτέλεσμα με την κλασική ηπαρίνη σε δόσεις 4000 μονάδων ανά αιμοκάθαρση. 2) Ο σχηματισμός θρόμβων στις γραμμές εξωσωματικής κυκλοφορίας παρατηρείται σε θέσεις χαμηλής ροής αίματος (ποτηράκι της αεροπαιίδας). 3) Ο σχηματισμός πηγμάτων στα φίλτρα αιμοκάθαρσης είναι αποτέλεσμα του υψηλού αιματοκρίτη και όχι του τύπου της ηπαρίνης.

## ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟ ΚΑΘΗΤΗΡΑ

17

Α. Χατζηπασχάλη, Π. Κίτσιου, Ι. Κουτρούβη, Ε. Μουρβάτη, Η. Θώδης

Νεφρολογικό Τμήμα Αλεξ/λης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Στην μελέτη αυτή παρουσιάζεται η εμπειρία από τη χρησιμοποίηση του υποκλειδίου καθετήρα (ΥΚ) στην υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας. Από τους 160 ΥΚ που τοποθετήθηκαν στη μονάδα μας οι 40 ήταν μονού αυλού (single-lumen), οι 120 διπλού (double-lumen) και χρησιμοποιήθηκαν για την άμεση υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας σε 135 ασθενείς (83 άνδρες και 52 γυναίκες, μέση ηλικία  $58 \pm 11,8$  έτη). Από τους ασθενείς 123 είχαν ΧΝΑ τελικού σταδίου, ενώ οι 122 είχαν οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ).

Η τοποθέτηση των ΥΚ έγινε από το ιατρικό προσωπικό της μονάδας με την τεχνική Seldinger. Οι άμεσες επιπλοκές ήταν ελάχιστες (ένα περιστατικό αιμοθώρακα, 4 παρακεντήσεις υποκλειδίου αρτηρίας, 8 μετακινήσεις προς την έσω σφαγίτιδα). Στις απώτερες επιπλοκές περιλαμβάνονται 12 (7,5%) διαπυήσεις στομίου, 3 (1,8%) επεισόδια βακτηραιμίας (2 Staph. aureus, 1 Staph. epidermidis) και 15 (9,3%) αποφράξεις του ενός αυλού του καθετήρα. Η τοπική περιποίηση του ΥΚ γινόταν από το νοσηλευτικό προσωπικό και περιλάμβανε τον καθαρισμό με Povidone Iodine sol 10%, την τοποθέτηση αντισηπτικής αλοιφής Povidone Iodine oint 10% στο στόμιο εισόδου και στα σημεία της συρραφής και την επικάλυψη με αποστειρωμένες γάζες. Η διαδικασία επαναλαμβάνονταν πριν και στο τέλος κάθε συνεδρίας αιμοκάθαρσης.

Η μέση διάρκεια χρήσης των ΥΚ ήταν  $53,2 \pm 62$  ημέρες (εύρος 5-630 ημέρες) και ο μέσος αριθμός συνεδριών αιμοκάθαρσης ήταν  $19 \pm 24$  (εύρος 2-250 συνεδρίες). Σε 11 ασθενείς με πρόβλημα μόνιμης αγγειακής προσπέλασης, ο ίδιος ΥΚ παρέμεινε για διάστημα μεγαλύτερο από 4 μήνες, με μέση διάρκεια  $209,5 \pm 146$  ημέρες και μέσο αριθμό συνεδριών  $78,4 \pm 58$ .

Συμπεραίνεται ότι η απλή τεχνική τοποθέτησης, σε συνδυασμό με τη συστηματική φροντίδα, καθιστούν τη χρήση των ΥΚ ασφαλή και αποτελεσματική μέθοδο προσωρινής αγγειακής προσπέλασης στη μακροχρόνια υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας.

## ΣΥΝΘΕΤΙΚΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ GORETEX ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

18

Γ. Χ'Μιχαήλ, Θ. Κύρρη, Σ. Βερωνίδης, Α. Ορφανίδου, Μ. Ζαβρός, Α. Πιερίδης

Τμήμα Αιμοκάθαρσης, Γεν. Νοσ. Λάρινας

Τα μοσχεύματα Goretex αποτελούν τρόπο δεύτερης επιλογής για την αγγειακή προσπέλαση των αιμοκαθαριζόμενων ασθενών μετά από αποτυχία δημιουργίας ικανοποιητικής Α-Φ επικοινωνίας. Στον πληθυσμό αιμοκαθαριζόμενων ασθενών στην Κύπρο, μετά το 1990, (αριθμός ασθενών 150-165), η συχνότητα των μοσχευμάτων Goretex παραμένει 18-20%.

Η παρούσα μελέτη αναλύει την επιβίωση και τα ευρήματα σε 48 μοσχεύματα που τοποθετήθηκαν σε 31 ασθενείς με ηλικία 39-82 ετών. Υπάρχουν 18 γυναίκες και 13 άνδρες με 8 ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς (26%). Η συνηθισμένη θέση παραμένει στο βραχίονα μεταξύ της βραχιονίου αρτηρίας και μασχαλιαίας φλέβας (87%), ενώ τοποθετήθηκαν 5 στο μηρό (10,4%) μετά από αποτυχία προηγούμενων μοσχευμάτων στους δύο βραχίονες. Δύο ασθενείς χρειάστηκαν 4 μοσχεύματα, δύο από 3 και επτά από 2 μοσχεύματα. Είκοσι ασθενείς (41%) έλαβαν 1 μόσχευμα.

78% των μοσχευμάτων λειτουργούσαν 1 έτος αργότερα, 54% 2 έτη και 24% 4 έτη. Αντίστροφα, 50% των μοσχευμάτων παρέμειναν λειτουργικά 27 μήνες μετά την τοποθέτησή τους.

Η πλέον συνηθισμένη επιπλοκή είναι τα υποδόρια αιματώματα κατά την προσπέλαση. Θρόμβωση, συνήθως από τη φλεβική αναστόμωση, αποτελεί την πρώτη αιτία αποτυχίας, ενώ είχαμε 6 ασθενείς με ανευρύσματα και 4 με σοβαρές μολύνσεις και αποστήματα.

Στο διαρκώς αυξανόμενο ηλικιωμένο πληθυσμό της αιμοκάθαρσης ένα 20% των ασθενών χρειάζονται ένα συνθετικό μόσχευμα για επιβίωση στην αιμοκάθαρση. Τα μοσχεύματα αυτά έχουν περιορισμένο χρόνο ζωής, τα δικά τους προβλήματα και απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα.

# ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ ΔΙΠΛΟΥ ΑΥΛΟΥ ΣΤΗ ΜΗΡΙΑΙΑ ΦΛΕΒΑ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΚΑΙ ΠΛΑΣΜΑΦΑΙΡΕΣΗΣ

19

Γ. Κυριάκου, Ε. Χ' Μαλτέζου, Μ. Κουμπάρου, Α. Περίδης

Τμήμα Νεφρολογίας, Γεν. Νοσ. Λευκωσίας

Στους 11 μήνες μεταξύ 1/1/93 και 30/11/93 τοποθετήθηκαν με τοπική αναισθησία σε μια από τις δύο μηριαίες φλέβες, κατά Sel dinger, 52 καθετήρες διπλού αυλού τύπου BIONIC BT (101) μήκους 150 mm. Η μελέτη αφορού 39 ασθενείς: 14 με οξεία νεφρική ανεπάρκεια [14 καθετήρες], 5 με ΧΝΑ και ξαφνικό κλείσιμο της προηγούμενης Α.Φ. επικοινωνίας [6 καθετήρες], 9 ασθενείς με ΧΝΑ στο αρχικό στάδιο [16 καθετήρες, 1 ασθενής χρειάστηκε 5 καθετήρες] και 11 ασθενείς για πλάσμαφαίρεση [16 καθετήρες]. Στην ίδια χρονική περίοδο δεν τοποθετήθηκε καμιά εξωτερική Α.Φ. κάνουλα. Από τους 52 καθετήρες 37 χρειάστηκε να μείνουν για λιγότερο από 10 ημέρες, 13 καθετήρες διατηρήθηκαν για 10-20 ημέρες και δύο έμειναν για 21 και 29 ημέρες αντίστοιχα. 40 καθετήρες (80%) δεν παρουσίασαν καμιά επιπλοκή. Η συχνότερη επιπλοκή ήταν παροδική ή μόνιμη θρόμβωση, συχνότερα του φλεβικού σκέλους. Παρουσιάστηκε σε 7 καθετήρες. Σε 2 η θρόμβωση ήταν τέτοια που χρειάστηκε αφαίρεση και επανατοποθέτηση νέου στον άλλο μηρό. Σε 4 ασθενείς έγινε επιτυχής θρομβόλυση με 25-50,000 i.u. στρεπτοκινάσης τοπικά. 2 άλλοι ασθενείς με χαμηλά αιμοπετάλια παρουσίασαν τοπική μικροαιμορραγία και 2 άλλοι παροδική θρόμβωση της μηριαίας φλέβας. Ένας ασθενής ανέπτυξε πυρετό 38.5° C τη 15η ημέρα και ο καθετήρας αφαιρέθηκε. Το τμήμα Νεφρολογίας χρησιμοποιεί αποκλειστικά τους μηριαίους καθετήρες BIONIC διπλού αυλού για την προσπέλαση αγγείων σε οξεία περιστατικά στα τελευταία 3 έτη. Η παρούσα προοδευτική μελέτη δείχνει ικανοποιητικά αποτελέσματα και χαμηλό ποσοστό επιπλοκών.

## ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ

20

Ι. Θάνου, Α. Θεοδούλου, Μ. Κωστενίδου, Α. Λάσκαρη, Μ. Ντίκου, Μ. Πάνου, Α. Σαχίνη

Μονάδες Τεχνητού Νεφρού "Κυανούς Σταυρός", Π.Γ.Ν. "Αμαλία Φλέμινγκ", Νίκαιας Πειραιά

Οι άρρωστοι που υποβάλλονται σε χρόνια Αιμοκάθαρση έρχονται αντιμέτωποι με πολυάριθμους στρεσογόνους παράγοντες, που έχουν σχέση με τη θεραπεία. Η παρούσα μελέτη έγινε με σκοπό: 1) να εκτιμήσει τη στρεσογόνο επίδραση οργανικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων, που έχουν σχέση με τη θεραπεία χρόνια αιμοκαθαιρομένων αρρώστων. 2) Να εξετάσει τη διαφορά σε στρεσογόνο επίδραση ανάμεσα σε οργανικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. 3) Να προσδιορίσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν αυτοί οι άρρωστοι. 4) Να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα σε αναγνωρισμένους από τους αρρώστους στρεσογόνους παράγοντες και σε α) στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν και β) διάκριση αιμοκάθαρσης. Ένα δείγμα 70 αρρώστων διαλέχτηκε, με τυχαία διαδικασία, από ένα σύνολο 210 αιμοκαθαιρομένων αρρώστων σε τρεις μεγάλες μονάδες αιμοκάθαρσης της Αθήνας και του Πειραιά. Για συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν όργανα μέτρησης που αναπτύχθηκαν από ξένους ερευνητές (Hemodialysis stressor Scale και Jalowiec Coping Scale).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι: 1) Ο πρώτος σε στρεσογόνο επίδραση παράγοντας ήταν ψυχοκοινωνικός, ενώ ο τελευταίος οργανικός, 2) οι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες ήταν πιο δυσάρεστοι από τους οργανικούς ( $t=3,32$ ,  $p<0,001$ ), 3) οι άρρωστοι του δείγματος χρησιμοποίησαν περισσότερο μεθόδους προσανατολισμένες στο πρόβλημα από ό,τι στο συναίσθημα, με διαφορά, ωστόσο, μη στατιστικά σημαντική, 4) οι οργανικοί στρεσογόνοι παράγοντες σχετίζονταν θετικά και σημαντικά τόσο με τις προσανατολισμένες στο πρόβλημα όσο και με τις προσανατολισμένες στο συναίσθημα στρατηγικές αντιμετώπισης ( $r=0,3456$ ,  $p=0,002$ , και  $r=0,2143$ ,  $p=0,038$ , αντίστοιχα), 5) οι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες σχετίζονταν επίσης, θετικά και σημαντικά και με τα δύο είδη στρατηγικών αντιμετώπισης ( $r=0,3371$ ,  $p=0,002$  και  $r=0,2705$ ,  $p=0,012$ , αντίστοιχα) και 6) ο χρόνος αιμοκάθαρσης έδειξε θετική, όχι όμως σημαντική σχέση, με τους στρεσογόνους παράγοντες και αρνητική, όχι όμως σημαντική σχέση, με τις στρατηγικές αντιμετώπισης.

Συμπέρασμα: Από την παρούσα μελέτη φάνηκε ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι άρρωστοι βιώνουν, σε διάφορο βαθμό, την επίδραση στρεσογόνων παραγόντων, που σχετίζονται με τη θεραπεία τους και ότι έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν, σε ικανοποιητικό επίπεδο, στρατηγικές αντιμετώπισης. Ωστόσο, από τη θετική σχέση ανάμεσα σε στρεσογόνους παράγοντες και διάκριση αιμοκάθαρσης και την αρνητική ανάμεσα σε στρατηγικές αντιμετώπισης και διάκριση αιμοκάθαρσης (αν και μη στατιστικά σημαντικές) φάνηκε ότι οι αιμοκαθαιρόμενοι άρρωστοι έχουν ανάγκη περισσότερης υποστήριξης καθώς αυξάνεται ο χρόνος της θεραπείας.



Α. Ιωαννίδης, Θ. Τασούλα, Ε. Τανατζή, Π. Ευαγγέλου

**Νεφρολογικό Τμήμα, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Γ.Ν.Ν. Βέροιας**

Με την εργασία μας αυτή προσπαθήσαμε να αξιολογήσουμε την ψυχική κατάσταση και να ελέγξουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση με Τ.Ν.

Μελετήθηκαν 50 ασθενείς (26Α, 24Θ) με μέση ηλικία 57 (22 έως 79) χρόνια και μέσο χρόνο στην αιμοκάθαρση 46 (2 έως 178) μήνες. Για να αξιολογηθεί η ψυχική τους κατάσταση οι ασθενείς απάντησαν σε ερωτήσεις που είχαν σχέση με την οικογένειά τους, τον κοινωνικό τους περίγυρο και τη βλέψη για το μέλλον τους. Για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς απάντησαν σε ερωτήσεις που αφορούσαν την οικονομική τους κατάσταση, την εργασία τους, τον τρόπο μετακίνησής τους προς και από τη Μ.Τ.Ν., την παραμονή τους στη Μ.Τ.Ν. κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης και κατά πόσο μια επικείμενη μεταμόσχευση θα επιλύσει μερικά από αυτά τα προβλήματα.

**Απαντήσεις 1ου μέρους:** 62% πιστεύει ότι το πρόβλημα της υγείας τους είναι πολύ σοβαρό, 24% μεγάλο, 6% μέτριο. 38% έχουν επηρεαστεί στις σχέσεις με το σύντροφό τους, 54% όχι. 90% έχουν καλές έως πολύ καλές σχέσεις με την οικογένειά τους, 22% τους βοηθούν ώστε να μην αντιμετωπίζουν προβλήματα. Οι 4 ασθενείς μας ηλικίας 20 έως 30 ετών επιθυμούν τη δημιουργία οικογένειας. Σε σύγκριση του εαυτού τους με τους άλλους ανθρώπους 46% νομίζουν ότι είναι σαν αυτούς, 44% κατώτεροι, 6% ανώτεροι. Τα αισθήματά τους γι' αυτούς είναι 66% αγάπη, 14% φιλία, 4% ζήλεια, 8% αγάπη, φιλία, ζήλεια. 62% πιστεύουν ότι οι άλλοι άνθρωποι τους βλέπουν σαν ίδιους με αυτούς, 28% σαν κατώτερους, 4% σαν ίδιους και κατώτερους. 62% ασχολείται με κοινωνικές εκδηλώσεις, 30% όχι. 34% βλέπουν ίδιο το μέλλον για τον εαυτό τους, 48% καλύτερο, 12% χειρότερο, 2% αβέβαιο.

**Απαντήσεις 2ου ερωτηματολογίου:** η οικονομική κατάσταση στο 62% των ασθενών είναι μέτρια, 20% κακή, 18% καλή. 84% επηρεάστηκε οικονομικά λόγω της ασθένειας, 16% όχι. 78% πιστεύουν ότι το κράτος δεν τους ενισχύει ικανοποιητικά. 18% είναι ικανοποιημένοι. Μόνο το 36% ασχολούνται με κάποια εργασία. Το 72% μετακινούνται με ταξί, 22% με Ι.Χ. και 6% με τρένο ή άλλο μεταφορικό μέσο. 50% αντιμετωπίζουν προβλήματα, κυρίως το χειμώνα, 44% δεν αντιμετωπίζει. 86% πιστεύουν ότι η θεραπεία που κάνουν είναι η σωστή. 74% ηρεμούν μόλις συνδεθούν στο Μ.Τ.Ν., 26% αγχώονται. 32% αρέσκονται στο να βλέπουν τηλεόραση όταν κάνουν αιμοκάθαρση, 12% να διαβάζουν, 10% να συζητούν και 8% να κοιμούνται. 78% θέλουν να κάνουν μεταμόσχευση, 22% όχι. Από τους ασθενείς που έκαναν μεταμόσχευση και αφαίρεσαν το μόσχευμα οι περισσότεροι θέλουν να ξανακάνουν.

**Αποψη μας** είναι ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς γιατρούς και επίλυση των προβλημάτων τους από κοινωνική λειτουργό, ούτως ώστε να είναι ενταγμένοι στο κοινωνικό σύνολο ενεργά.

## ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΥΣ ΑΠΟ 60 ΕΤΩΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΧΠΑ) ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ (ΤΝ)

Σ. Τούνης, Α. Πατσάνας, Γ. Πολυμέρης, Σ. Παπαδόπουλος, Α. Μπελεχρή, Δ. Μέμμος, Μ. Παπαδημητρίου

**Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γεν. Περιφ. Νοσ/μείο, Θεσ/νίκη**

Μελετήθηκαν 25 ασθενείς, που στο τέλος του 1990 ήταν >60 ετών και υποβάλλονταν σε ΧΠΑ με ΤΝ. Η μέση ηλικία τους ήταν 64 έτη (60-84). Η διάρκεια της αιμοκάθαρσης (μέχρι το τέλος του 1990) ήταν  $6,5 \pm 5$  χρόνια (εύρος 2 μήνες - 20 χρόνια). Η πρωτοπαθής νόσος ήταν χρόνια σπειραματονεφρίτιδα (10 ασθενείς), χρόνια διάμεση νεφρίτιδα (9), πολυκυστικοί νεφροί (4), σακχαρώδης διαβήτης (2). Στο τέλος της παρακολούθησης 3 ασθενείς υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση με οξείο διάλυμα, 14 με ΧΠΑ με διττανθρακικό διάλυμα, 5 σε αιμοδιύληση, 2 σε αιμοδιαδιύληση και 1 σε βιοδιύληση. 21 ασθενείς διατηρούσαν την πρώτη αρτηριοφλεβική αναστόμωση, ενώ σε 4 είχε δημιουργηθεί δεύτερη. Προβλήματα κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης παρουσίαζαν 12 ασθενείς (υπόταση 11, κεφαλαλγία 7, αίσθημα "ξεπλύματος" μετά την αιμοκάθαρση 7). Αρτηριακή υπέρταση που να απαιτεί φαρμακευτική αγωγή είχαν 3 ασθενείς και ανεπάρκεια των στεφανιαίων 10. Δύο ασθενείς πέθαναν στη διάρκεια της 3ετούς παρακολούθησης. Η μία από σπληνία μετά από πτωματική μεταμόσχευση και η δεύτερη μετά από βαρεία αιμορραγία από το γαστρεντερικό. Εργαζόμενοι ήταν 7 ασθενείς, αυτοεξυτητούμενοι 16, ενώ είχαν ανάγκη για εξυπηρέτηση 2 ασθενείς.

**Συμπεραίνεται** ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς, παρά το μειονεκτικό καρδιαγγειακό τους σύστημα, ανέχονται καλά την αιμοκάθαρση και έχουν ικανοποιητική αποκατάσταση.

## Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΚΑΤΟΣΤΙΑΙΑΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΟΥΡΙΑΣ. ΜΙΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΠΛΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΤ/V

23

Δ. Μιχαλόπουλος, Ε. Κοσιώνη<sup>1</sup>, Ο. Οικονόμου, Α. Μούσης, Ε. Τριανταφυλλοπούλου, Γ. Τσερκέζης, Μ. Τζιάμαλης

**Μ.Τ.Ν. Αττικού Θεραπευτηρίου, Βιοχημικό Εργαστήριο<sup>1</sup> Νοσοκομείου “Παμμακάριστος”**

Ο δείκτης ΚΤ/V αποτελεί απαραίτητο εργαλείο για την εκτίμηση και το σχεδιασμό της επάρκειας της αιμοκάθαρσης (ΑΜΚ), η μέτρηση του όμως είναι μια αρκετά σύνθετη υπολογιστική μέθοδος για την κλινική πράξη. Σκοπός της εργασίας μας ήταν η μελέτη ενός έμμεσου τρόπου υπολογισμού του ΚΤ/V. Σε 40 συνεδρίες ΑΜΚ συσχέτισαμε το ΚΤ/V ( $1.13 \pm 0.20$ ,  $0.62-1.49$ ) - υπολογισμένο με τον τροποποιημένο αλγόριθμο του μοντέλου κινητικής της ουρίας - με την εκατοστιαία μείωση της ουρίας (Ε.Μ.Ο.) κατά την ΑΜΚ ( $61.9 \pm 6.9\%$ ,  $44-72\%$ ). Η συσχέτιση ήταν πολύ ικανοποιητική ( $r=0.97$ ) και η εξίσωση γραμμικής συσχέτισης ήταν:  $ΚΤ/V = 0.028 Χ Ε.Μ.Ο. - 0.601$

Συμπερασματικά ο νοσηλεύτης και ο γιατρός νεφρολόγος μπορούν εύκολα να εκτιμήσουν το ΚΤ/V, υπολογίζοντας την Ε.Μ.Ο., που είναι μια μέθοδος απλή, ακριβής και άμεσα εφαρμόσιμη στην κλινική πράξη.

## Η ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΚΤ/V

24

Ε. Τριανταφυλλοπούλου, Α. Παρασκευοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Στρατογιάννη, Κ. Ιφός, Α. Βουραζέρη, Ε. Βελλισάκη, Ι. Μακρυνιώτου, Μ. Τζιάμαλης

**Μ.Τ.Ν. Αττικού Θεραπευτηρίου, Βιοχημικό εργαστήριο<sup>1</sup> Νοσοκομείου “Παμμακάριστος”**

Σκοπός της εργασίας ήταν να υπολογίσουμε τη μείωση της απόδοσης της αιμοκάθαρσης (ΑΜΚ) των ασθενών μας λόγω της επανακυκλοφορίας στην αγγειακή προσπέλαση (R) και την επίπτωση στο δείκτη κάθαρσης ΚΤ/V. Σε μια συνεδρία ΑΜΚ/ασθενή ( $n=39$ ), με ροή αίματος  $260-300$  ml/min, μετρήσαμε τη R ( $10 \pm 9\%$ ,  $1-60\%$ , την ενεργό κάθαρση ουρίας (ΚΕ) του φίλτρου ( $185 \pm 33$  ml/min,  $94-252$  ml/min) και το δείκτη κάθαρσης ΚεΤ/V ( $1.14 \pm 0.18$ ,  $0.72-1.47$ ). Λαμβανομένης υπόψη της R η μέση μείωση στην απόδοση κάθαρσης του φίλτρου ήταν  $16 \pm 18$  ml/min ( $1-112$  ml/min). Η μείωση στην απόδοση της ΑΜΚ εκφρασμένη σε δείκτη ΚΤ/V ήταν  $0.81 \pm 0.75$  ( $0-0.41$ ) ενώ σε 14 ασθενείς ήταν  $>0.1$  ( $0.15 \pm 0.08$ ,  $0.1-0.41$ ). Επίπτωση στην επάρκεια της ΑΜΚ με μείωση του ΚΤ/V  $<1$  είχαν 5 ασθενείς.

Συμπερασματικά η R δεν αποτελούσε σημαντικό παράγοντα μείωσης της απόδοσης της ΑΜΚ και της επάρκειας της ΑΜΚ, πλην όμως αποτελεί ένα δυνητικό παράγοντα που οφείλει να λαμβάνει υπόψη τόσο ο νοσηλεύτης που σχεδιάζει την παρακέντηση όσο και ο νεφρολόγος γιατρός που σχεδιάζει την επάρκεια της ΑΜΚ.

# ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΒΙΟΔΙΗΘΗΣΗΣ (BIOFILTRATION) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ

25

Π. Καραμπατάκης, Π. Κουκμίσση, Σ. Κωνσταντίνου, Μ. Δαμιανίδου, Χ. Τσαχλίνης,  
Π. Κουκούδης, Δ. Μέμμος, Μ. Παπαδημητρίου

Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Γεν. Περιφ. Νοσ/μείο, Θεσ/νίκη

Η βιοδιήθηση είναι μία μέθοδος συνδυασμένης αιμοκάθαρσης-αιμοδιήθησης, που επιτυγχάνεται με υγρό αιμοκάθαρσης από το οποίο απουσιάζει τελείως το ρυθμιστικό διάλυμα (acetate free). Η μέθοδος αυτή εφαρμόστηκε σε 2 ασθενείς που παρουσίαζαν δυσανεξία στην κλασική αιμοκάθαρση με οξεικά (ΑΙ-Ο). Χρησιμοποιήθηκε μηχανήμα με ελεγχόμενη υπερδιήθηση και με αντλία έγχυσης. Η μεμβράνη ήταν πολυακρυλονιτρίλιο (ΑΝ 69). Το υγρό αντικατάστασης ήταν ισότονο διάλυμα διττανθρακικού νατρίου ( $\text{Na}^+$  145,  $\text{HCO}_3^-$  145mEq/L). Οι ασθενείς μελετήθηκαν επί 3 μήνες σε ΑΙ-Ο (4 ώρες/συνεδρία) και στη συνέχεια σε βιοδιήθηση (ΒΔ) επί 3 μήνες (3-3,5 ώρες/συνεδρία). Η μελέτη περιλάμβανε κλινική εκτίμηση, κλασικό βιοχημικό έλεγχο και έλεγχο της οξεοβασικής ισορροπίας (ανά μήνα). Οι ασθενείς κατά την ΑΙ-Ο παρουσίασαν συμπτωματική υπόταση, μυϊκές συνολμές, κεφαλαλγία και αίσθημα "ξεπλύματος" μετά τη συνεδρία. Τα προβλήματα αυτά δεν παρατηρήθηκαν με τη ΒΔ. Επίσης, με τη ΒΔ παρατηρήθηκε μείωση της ουρίας και του καλίου του ορού. Οι μεταβολές του ΡΗ και των  $\text{HCO}_3^-$  του πλάσματος φαίνονται στον πίνακα.

|           |                  | Οξεικά |       |       | Βιοδιήθηση |       |       |       |
|-----------|------------------|--------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|
| Μήνες     |                  | 1      | 2     | 3     | 1          | 2     | 3     |       |
| ΑΣΘ.<br>Α | PH               | Προ    | 7,325 | 7,310 | 7,250      | 7,384 | 7,364 | 7,409 |
|           |                  | Μετά   | 7,436 | 7,470 | 7,451      | 7,536 | 7,478 | 7,457 |
|           | HCO <sub>3</sub> | Προ    | 17,8  | 15,9  | 14,7       | 19,6  | 20,6  | 21,6  |
|           |                  | Μετά   | 19,2  | 18,2  | 19,3       | 25,8  | 28,5  | 26,3  |
| ΑΣΘ.<br>Β | PH               | Προ    | 7,359 | 7,338 | 7,250      | 7,386 | 7,346 | 7,352 |
|           |                  | Μετά   | 7,470 | 7,427 | 7,451      | 7,437 | 7,467 | 7,486 |
|           | HCO <sub>3</sub> | Προ    | 15,9  | 16,2  | 14,7       | 22    | 18,6  | 19,6  |
|           |                  | Μετά   | 18,2  | 19,5  | 19,3       | 24,2  | 23,9  | 27,9  |

**Συμπεραίνεται** ότι η ΒΔ στους 2 αυτούς ασθενείς πρόσφερε καλύτερη ανοχή στην αιμοκάθαρση, καλύτερη ρύθμιση της βιοχημικής εικόνας και ιδιαίτερα της οξεοβασικής ισορροπίας, σε σχέση με την ΑΙ-Ο, παρά τη βράχυνση της διάρκειας της συνεδρίας.

## Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΔΙΤΤΑΝΘΡΑΚΙΚΩΝ ΣΕ ΜΙΑ ΜΟΝΑΔΑ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗΣ

26

Μ. Στεφανή, Χ. Μιχαήλ, Α. Στυλιανίδης, Α. Πιερίδης

Τμήμα Αιμοκάθαρσης, Γεν. Νοσ. Λευκωσίας

Η μονάδα αιμοκάθαρσης του Γ.Ν. Λευκωσίας λειτουργεί από το 1973 με οξεικά διαλύματα. Το 1989 αγοράστηκαν μηχανές Baxter 550 SPS με δυνατότητα χρήσης διττανθρακικών και το 1990 άρχισε η χρήση τους με 2 διαλύματα: 1) 7% διττανθρακικό νάτριο [8 λίτρα ανά 4ωρη κάθαρση] και 2) όξινο διάλυμα των υπολοίπων στοιχείων [6 λίτρα ανά 4ωρη κάθαρση]. Το τελικό διάλυμα περιέχει  $\text{Na}=140$ ,  $\text{K}=1$ ,  $\text{Cl}=100$ , διττανθρακικά 40 mmol/L,  $\text{Ca}=7.0\text{mg}\%$ , γλυκόζη 100mg%. Στα 4 χρόνια 1990-91-92-93 γίνονται κατά μέσον όρο 8500 καθάρσεις ανά έτος για τη θεραπεία 65-74 ασθενών. Το ποσοστό των ασθενών σε διττανθρακικά αυξήθηκε από 15.3% (1990) σε 37.5% (1991) σε 49% (1992) και 67% (1993). Το ποσοστό των ασθενών σε EPREX αυξήθηκε στα ίδια έτη από 6.1% → 20.3% → 36% → 52% το 1993. Το 85-90% των ασθενών που λαμβάνουν EPREX κάνουν επίσης κάθαρση με διττανθρακικά. Τον Οκτώβριο του 1993 έγινε για μια εβδομάδα ποιοτική σύγκριση της περιόδου αιμοκάθαρσης μεταξύ 20 ασθενών με οξεικά διαλύματα και 42 με διττανθρακικά. Καταγράφηκαν όλα τα συμπτώματα και τα υποτασικά επεισόδια. 20 ασθενείς (1 ασθενής με προηγούμενο by-pass) υποβλήθηκαν σε 45 αιμοκαθάρσεις με οξεικά. Μέση ηλικία 65 (33-79). 10 ασθενείς [50%] δεν είχαν κανένα υποτασικό επεισόδιο, ενώ οι υπόλοιποι ανέπτυξαν 12 υποτασικά επεισόδια [26.6%], κυρίως (75%) μεταξύ της 3ης και 4ης ώρας. 42 ασθενείς (9 διαβητικοί και 10 με καρδιοπάθεια) υποβλήθηκαν σε 110 αιμοκαθάρσεις με διττανθρακικά. Μέση ηλικία 59 (33-82). 28 ασθενείς (66%) δεν είχαν κανένα υποτασικό επεισόδιο, ενώ οι υπόλοιποι ανέπτυξαν 22 υποτασικά επεισόδια (20%), κυρίως (72%) μεταξύ της 3ης και 4ης ώρα κάθαρσης. Παρόλον ότι 45% των ασθενών σε διττανθρακικά έχουν είτε διαβήτη ή καρδιοπάθεια, ο αριθμός των υποτασικών επεισοδίων είναι χαμηλότερος απ' ό,τι στους ασθενείς σε οξεικά και η ποιότητα της αιμοκάθαρσης καλύτερη. Στόχος στην αιμοκάθαρση είναι να προσφέρουμε διττανθρακικά σε όλους τους ασθενείς.

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

27

Σ. Ψωμά, Κ. Τσαρτσιταλίδης, Σ. Κουρέλη, Β. Παπαδόπουλος, Κ. Μπουζίλα, Α. Νάτση, Κ. Κατωπόδης

**Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσ. "Α. Φλέμιγκ", Αθήνα**

Η βαθμιαία πτώση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης (ΑΙΚ) με παράλληλα αυξανόμενο αριθμό σφύξεων είναι σύνθετος φαινόμενο. Η πρόσληψη τροφής κατά την ΑΙΚ ενδέχεται, μεταξύ άλλων, να επηρεάζει την καρδιαγγειακή σταθερότητα των ασθενών.

**Σκοπός** της εργασίας αυτής ήταν να μελετηθεί η επίδραση της πρόσληψης τροφής κατά την ΑΙΚ στις μεταβολές της ΑΠ και του αριθμού των σφύξεων και να εντοπιστούν ενδεχόμενες διαφορές με τη χρήση οξείκων ή διττανθρακικών ανιόντων.

**Στη μελέτη** περιλήφθηκαν 14 ασθενείς σε ΑΙΚ με οξείκα και 14 με διττανθρακικά ανιόντα, σταθεροποιημένοι από 6μήνου. Η επιλογή των ασθενών για ΑΙΚ με διττανθρακικά είχε γίνει με βάση την καρδιαγγειακή τους αστάθεια και τα συχνά υποτασικά επεισόδια που παρουσίαζαν. Δεν κρίθηκε δεοντολογικώς ορθό να γίνει και αντιστροφή του πειράματος, ως προς το είδος του διαλύματος. Έγινε καταγραφή της μέγιστης και ελαχίστης ΑΠ και των σφύξεων ανά 30' καθώς και της επιθυμητής και πραγματοποιηθείσας απώλειας βάρους. Την πρώτη φορά οι ασθενείς δεν έλαβαν τροφή, ενώ τη δεύτερη φορά δόθηκε συγκεκριμένο γεύμα στα 60'. Οι παράμετροι της ΑΙΚ ήταν σταθερές και τις 2 φορές. Υπολογίστηκε η μέση ΑΠ (ΜΑΠ) και καταγράφηκαν όλα τα συμπτώματα κατά την ΑΙΚ.

**Από τις μετρήσεις διαπιστώθηκε** ότι στην περίπτωση που οι ασθενείς δεν έλαβαν τροφή υπήρξε ομαλή βαθμιαία μείωση της ΜΑΠ κατά τις τρεις ώρες της αιμοκάθαρσης. Αντιθέτως, στην περίπτωση που χορηγήθηκε τροφή στα 60', παρατηρήθηκε απότομη μείωση της ΜΑΠ στα 120' και 150', ενώ οι μετρήσεις παρουσίασαν σύγκλιση στα 180'. Η πτώση της ΜΑΠ (μέση τιμή±SE) ήταν μεγαλύτερη στην περίπτωση των ασθενών σε οξείκα μετά τη λήψη τροφής (από 102.73±2.96 στο 60' σε 95.59±4.5mmHg στο 150', F=3,5, p=0.023). Σημαντική υπήρξε επίσης η αντίστοιχη αύξηση των σφύξεων (από 79.14±1.9 στο 60' σε 87.28±3.4 στο 150', F=9.08, p=0.0001).

**Συμπεραίνεται** ότι η πρόσληψη τροφής κατά την αιμοκάθαρση είναι ένας παράγοντας που επιδρά αρνητικά στην καρδιαγγειακή σταθερότητα των ασθενών σε αιμοκάθαρση.

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΝΤΥΠΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΤΩΝ ΑΜΚ ΑΣΘΕΝΩΝ

28

Α. Ιφου, Μ. Αθανασοπούλου, Γ. Αντωνάκη<sup>1</sup>, Π. Αρβανίτη, Β. Γαλανάκου, Ν. Βαρθάλη, Μ. Κοτελίδα, Ε. Τριανταφυλλοπούλου

**Μ.Τ.Ν. Αττικού Θεραπευτηρίου, Βιοχημικό Εργαστήριο<sup>1</sup> Νοσοκομείου "Παμμακάριστος"**

**Σκοπός** της εργασίας ήταν να αξιολογήσουμε τη δυνατότητα της κλινικής εντύπωσης να εκτιμήσει την επάρκεια της ΑΜΚ και τη θρέψη των ΑΜΚ ασθενών. 17 νοσηλευτές/τριες διαβάθμισαν την κλινική τους εντύπωση (μη ικανοποιητική, ικανοποιητική, πολύ καλή) σε 23 ασθενείς της μονάδας μας και έγινε σύγκριση με το δείκτη καθαρότητας ΚΤ/Ν (1<, 1-1.2, >1.2) και τον ρυθμό πρωτεϊνικού καταβολισμού (0.9<, 0.9-1.1, >1.1) όπως μετρήθηκαν με το μοντέλο κινητικής της ουρίας. Από 342 παρατηρήσεις που αφορούσαν την Επάρκεια της ΑΜΚ, επιτυχείς στην εκτίμηση τους ήταν 122 (35%) και από 335 παρατηρήσεις που αφορούσαν τη θρέψη, επιτυχείς ήταν 112 (33%), ενώ υπήρχε τάση υπερεκτίμησης με 38% και 46% αντίστοιχα.

**Συμπερασματικά** η κλινική εντύπωση μπορεί να σφάλει σε μεγάλο βαθμό στην εκτίμησή της για την επάρκεια και τη θρέψη των ΑΜΚ ασθενών και ισχυροποιείται η άποψη για την εφαρμογή του μοντέλου κινητικής της ουρίας.

## ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΔΥΟ ΧΡΟΝΩΝ

29

Φ. Σουλάκη, Σ. Σπύρου, Γ. Αγλαμίσση, Ε.Α. Παπαθανασίου

**Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας**

Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια είναι πιο επιρρεπείς στις λοιμώξεις λόγω της ουραιμίας, η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση ορισμένων ανοσολογικών παραμέτρων. Γι' αυτό οι αιμοκαθαιρόμενοι παθαίνουν λοιμώξεις τέσσερις φορές συχνότερα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ενώ το ποσοστό των θανάτων τους που οφείλονται σε λοιμώξεις κυμαίνεται από 12% έως 36%.

Μελετήσαμε τις λοιμώξεις που εμφανίστηκαν μεταξύ 99 ασθενών της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Νοσοκομείου μας σε διάστημα δύο ετών. Η ηλικία τους κυμαινόταν από 34 έως 86 χρόνια και ο χρόνος κατά τον οποίο υφίσταντο αιμοκάθαρση 5 έως 157 μήνες. Οι 27 από τους 99 ασθενείς (ποσοστό 27,2%) εμφάνισαν 1 με 10 λοιμώξεις, ο δε συνολικός αριθμός λοιμώξεων στη Μονάδα ήταν 118. Σαραντατέσσερις από αυτές ήταν λοιμώξεις του αναπνευστικού, 38 των αγγειακών προσπελάσεων, 20 του ουροποιητικού συστήματος, 11 δερματικές, 3 των δοντιών και 1 άγνωστης αιτιολογίας.

Ο μέσος όρος θεραπείας ήταν 8 ημέρες για τις λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, 15,1 ημέρες για τις λοιμώξεις των αγγειακών προσπελάσεων, 10,8 ημέρες για τις λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, 15,5 ημέρες για τις λοιμώξεις δέρματος και 16,3 ημέρες για τις λοιμώξεις των δοντιών. Σε θάνατο κατέληξε μόνο μια ασθενής με "μετεγχειρητική" λοίμωξη.

Συνοψίζοντας, οι λοιμώξεις ακόμη και σήμερα αποτελούν ένα σημαντικό κίνδυνο για τους ασθενείς σε αιμοκάθαρση. Η διάγνωση και η θεραπεία τους αποτελεί πρόκληση για τους γιατρούς και τις νοσηλεύτριες της Μ.Τ.Ν.

## ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ (ΧΠΑ) ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ (ΤΝ)

30

Χ. Κουτσού, Γ. Πολυμέρη, Β. Ευθυμίου, Γ. Παπαδόπουλος, Α. Μπελεχρή, Δ. Μέμμος,  
Μ. Παπαδημητρίου

**Νεφρολογικό Τμήμα Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Γεν. Περ. Νοσ/μείο, Θεσ/νίκη**

Από 96 ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΧΠΑ στη μονάδα ΤΝ στις 30-11-93, 28 ασθενείς είχαν συμπληρώσει διάρκεια αιμοκάθαρσης μεγαλύτερη από 10 χρόνια. Από αυτούς 10 ασθ. είχαν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού και επανήλθαν στον ΤΝ μετά από απόρριψη του μοσχεύματος. Η διάρκεια της ΧΠΑ ήταν ( $M \pm SD$ )  $14,5 \pm 3,6$  χρόνια. Στην έναρξη της ΧΠΑ όλοι οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με οξεικό διάλυμα (συνολική διάρκεια  $M \pm SD$   $12,5 \pm 4,9$  χρόνια), ενώ στην πορεία 20/28 αντιμετωπίστηκαν με διττανθρακικό διάλυμα επί ( $M \pm SD$ )  $3,4 \pm 2$  χρόνια και 16/28 με ειδική μέθοδο (αιμοδιήθηση, αιμοδιαδιήθηση, βιοδιήθηση) επί ( $M \pm SD$ )  $2,9 \pm 2,5$  χρόνια. Στο τέλος της παρακολούθησης η αντιμετώπιση ήταν: οξεικά: 6 ασθ., διττανθρακικά: 13 ασθ., αιμοδιήθηση 3, αιμοδιαδιήθηση: 5, βιοδιήθηση: 1 ασθενής. Ενώ αρχικά οι περισσότεροι ασθενείς είχαν συμπτώματα κατά την αιμοκάθαρση, στο τέλος της παρακολούθησης 6 ασθενείς είχαν υπόταση (4 συμπτωματική), κεφαλαλγία 2, αίσθημα "ξηπλύματος" μετά τη συνεδρία 2 ασθενείς. Σε 19 ασθενείς χρησιμοποιήθηκε μία μόνο εσωτ. αρτηριοφλεβική επικοινωνία, σε 6 ασθενείς 2 και σε 3 ασθενείς περισσότερες από 3. Κυριότερες επιπλοκές ήταν η φλεγμονή και/ή η θρόμβωση. Στο τέλος της παρακολούθησης ο εργαστηριακός έλεγχος ήταν ( $M \pm SD$ ): Hct  $27 \pm 3,4\%$ , ουρία:  $163,3 \pm 25,6$  mg/dl, κάλιο  $5,5 \pm 0,6$  mEq/L, νάτριο  $139 \pm 2$  mEq/L, ασβέστιο  $9,03 \pm 0,6$  mg/dl, φωσφόρος  $4,9 \pm 0,4$  mg/dl. Ικανοί για εργασία ήταν 14 ασθενείς (8 εργαζόμενοι), 12 μπορούσαν να αυτοεξυτηρηθούν, ενώ 2 είχαν ανάγκη βοήθειας.

Συμπεραίνεται ότι με τον Τεχνητό Νεφρό είναι δυνατή η μακροχρόνια επιβίωση και η καλή ποιότητα ζωής. Οι βελτιώσεις των μεθόδων αιμοκάθαρσης έχουν μειώσει τα συμπτώματα και τις οξείες επιπλοκές.

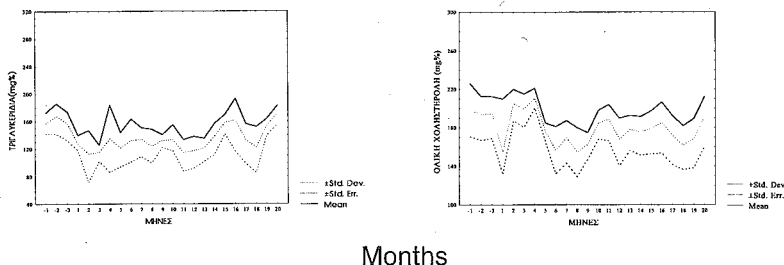
## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΜΟΡΙΑΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΗΠΑΡΙΝΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΥΠΟ ΧΠΑ

31

Α. Ρεβελιώτου, Ε. Ζαφείρη, Σ. Αγγελίδου

Μ.Τ.Ν. Νοσοκομείου ΕΕΣ

Η επίδραση της αντικατάστασης της κλασικής ηπαρίνης με χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνη στα επίπεδα των τριγλυκεριδίων και της ολικής χοληστερόλης του ορού εκτιμήθηκε σε 6 αρρώστους υπό ΧΠΑ για διάστημα ενάμιση έτους. Όπως φαίνεται στο σχήμα η μακροπρόθεσμη ευεργετική επίδραση της ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους στις παραμέτρους αυτές δεν είναι ιδιαίτερα σημαντική.



## Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

32

Ι. Δημοσθένους, Α. Ελευθερίου

Τμήμα Αιμοκάθαρσης, Νοσοκομείο Λεμεσού, Κύπρος

Σκοπός ήταν να βρεθεί η συχνότητα του ιού Ηπατίτιδας C στους ασθενείς υπό αιμοκάθαρση (Α/Κ). Στη μελέτη περιλήφθηκαν 76 άτομα από τα 150 που βρίσκονταν στην Α/Κ παγκύπρια. Αντισώματα ηπατίτιδας C ελέγχθηκαν με τη μέθοδο ELISA+RIBA σε 40 άνδρες και 36 γυναίκες, ηλικίας 21 μέχρι 81 ετών. Μέσος όρος ηλικίας 56,6 έτη. Χρόνος παραμονής στην Α/Κ ήταν 10-194 μήνες. Συνολικά μεταγγίσθηκαν 70 άτομα με τόσο αίμα που θα αναλογούσαν 14 μονάδες στον κάθε ένα. 6 άτομα δεν πήραν καθόλου μεταγγισι αίματος. Κανένα από τα 76 άτομα δεν ήταν θετικό στην Ηπατίτιδα Β. 7 βρέθηκαν με αντισώματα HCV (6 άνδρες και 1 γυναίκα, ηλικίας 34-84 ετών). Οι Ηπατικές δοκιμασίες όλων των ελεγμένων ασθενών ήταν φυσιολογικές, πλην ενός. Συμπεράσματα: Παγκύπρια η συχνότητα ηπατίτιδας C στους ασθενείς (Α/Κ) είναι 9.2%.

## ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ΧΝΑ) ΚΑΤΑ ΤΗ 10ΕΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ (Μ.Τ.Ν.) ΤΡΙΚΑΛΩΝ

33

Σ. Παρασκευά, Σ. Γιαννουλάκου, Α. Τσιάμη, Ε. Σταμπασίδου, Α. Παλαιού, Σ. Πετσά, Σ. Αλέκος, Ν. Τσιάνας

Μ.Τ. Νεφρού, Γ.Ν.Ν. Τρικάλων

Η Μ.Τ.Ν. Τρικάλων κατά τη διάρκεια της 10ετούς λειτουργίας της (1983-1993) εξυπηρέτησε 166 ασθενείς (91Α-75Γ), ηλικίας 19-78 ετών (μέση τιμή 48,4±27,3) με τελικό στάδιο Χ.Ν.Α.

Σκοπός της παρούσης αναδρομικής μελέτης ήταν η ανάλυση των αιτιών θανάτου σε 46 ασθ. (31Α-15Γ) ηλικίας 43-78 ετών (μέση τιμή 58,8) που συνέβησαν την ανωτέρω περίοδο. Τα αίτια θανάτου ήταν: αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) σε 9/46 (19,5%) από τα οποία τα 3 ήταν αμφορραγικής αιτιολογίας, καρδιαγγειακά επεισόδια σε 18/46 (39%) από τα οποία τα 5 ήταν εμφράγματα μυοκαρδίου, λοιμώξεις 6/46 (13,1%) από τις οποίες οι 2 ήταν σηψαιμικές, κακοήθεια 7/46 (15,2%), υπερχαλαιμία 3/46 (6,55%), 1 θάνατος από αιμορραγία και τέλος σε 2 ασθ. τα αίτια ήταν άγνωστα. Από τους ασθενείς αυτούς στην ηλικία 43-60 ετών συγκαταλέγονται όλοι οι θάνατοι από κακοήθεια, εμφράγματα μυοκαρδίου, ενώ στην ηλικία 61-78 ετών οι θάνατοι από ΑΕΕ και λοιμώξεις. Ενα μεγάλο ποσοστό ασθενών 14/46 (30%) κατέληξαν τους πρώτους 18 μήνες από την έναρξη της θεραπείας τους. Τέλος, η επιβίωση των ασθενών αυτών στα 1, 2, 5 χρόνια ήταν 83,5%, 68% και 55% αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: 1) Τα αίτια θανάτου των ασθενών της Μονάδας μας έχουν περίπου την ίδια αναλογία με τα αναφερόμενα σε Πανελλήνια και Πανευρωπαϊκή κλίμακα. 2) Σε συνδυασμό με την ηλικία των νεφροπαθών τα ΑΕΕ και οι λοιμώξεις συμβαίνουν στις μεγάλες ηλικίες, ενώ τα εμφράγματα μυοκαρδίου και οι κακοήθειες σε μικρότερες ηλικίες. 3) Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών (30%) πεθαίνει στα πρώτα 2 χρόνια από την έναρξη της αιμοκάθαρσης. 4) Τα ποσοστά επιβίωσης είναι υψηλά και στα ίδια επίπεδα με άλλες Μ.Τ.Ν..

# ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΠΟΡΡΙΨΗ Η ΟΞΕΙΑ ΣΩΛΗΝΑΡΙΑΚΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

34

*Β. Λαγκαζάλη, Π. Γεωργιάκη*

**Χειρουργική Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Ιπποκράτειο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο, Θεσ/νίκη**

Η προεγχειρητική αγωνία και το άγχος για την επιτυχή έκβαση της μεταμόσχευσης κορυφώνεται μετεγχειρητικά σε περιπτώσεις οξείας σωληναριακής νέκρωσης ή απόρριψης. Ανάλογα με την προσωπικότητά του ο ασθενής εμφανίζει μηχανισμούς κατάθλιψης. Η σωστή νοσηλευτική φροντίδα αυτών των ασθενών περιλαμβάνει ειδικές κλινικές μεθόδους και δεν περιορίζεται σε απλές τεχνικές διαδικασίες και απρόσωπα προκαθορισμένα επιστημονικά πλαίσια. Είναι κυρίως διαπροσωπική σχέση. Στην κλινική μας σε διάστημα 2 ετών (1992-1993) στις 55 πτωματικές μεταμοσχεύσεις νεφρού που έγιναν, παρατηρήθηκαν 4 περιπτώσεις με μη αναστρέψιμη απόρριψη, 5 περιπτώσεις με αναστρέψιμη απόρριψη (αγγειακού και κυτταρικού τύπου) και 8 περιπτώσεις με οξεία σωληναριακή νέκρωση. Σε έναν ασθενή (με προϋπάρχουσες διαταραχές συμπεριφοράς) χρειάστηκε ψυχιατρική αντιμετώπιση και ανάλογη φαρμακευτική αγωγή, ενώ σε 5 περιπτώσεις χορηγήθηκαν εκτάκτως ήπια αγχολυτικά. Η ψυχολογική υποστήριξη του μεταμοσχευμένου ασθενή βοηθά, αφ' ενός μεν στο να αισθανθεί καλύτερα ψυχικά ώστε να αντιμετωπίσει με αισιοδοξία τα προβλήματα και αφ' ετέρου εξασφαλίζει συμπεράσματα για το νοσηλευτικό προσωπικό.

## ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΟΣΤΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΟΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΟΥΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΣ ΥΠΟ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

35

*Ε. Ηλιοπούλου*

**Μ.Τ.Ν. Γεν. Νοσοκ. Σεργών**

Οι οστικές επιπλοκές της ΧΝΑ είναι διάφορες και η ακριβής διάγνωση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή αντιμετώπισή τους. Ακρογωνιαίος λίθος της διαγνωστικής διαδικασίας είναι η βιοψία οστού. Σκοπός της εργασίας είναι η ενημέρωση σχετικά με την εφαρμογή της βιοψίας στους παραπάνω ασθενείς και η αντιμετώπισή τους.

Οκτώ ασθενείς (5 γυναίκες και 3 άνδρες της Μ.Τ.Ν.) υποβλήθηκαν σε βιοψία οστού, επειδή είχαν διαφόρου έντασης οστικό άλγος, κνησμό και ακτινολογικές αλλοιώσεις (κυρίως διάχυτη οστεοπόρωση).

Όλοι οι ασθενείς είχαν υψηλά επίπεδα παραθορμόνης (PTH), υψηλές τιμές αργιλίου στον ορό και θετικό DFO-test. Ένας από αυτούς είχε υποβληθεί σε υφολική παραθυροειδεκτομή και είχε φυσιολογικές τιμές PTH. Μετά από σχετική προετοιμασία του ασθενούς και τοπική αναισθησία, όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε βιοψία δια βελόνης (Trucut) από τη λαγόνια ακρολοφία. Ελήφθη από όλους ικανοποιητικό οστοτεμάχιο και τοποθετήθηκε σε ειδικό διάλυμα. Δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές επιπλοκές εκτός από μικρής έντασης τοπικό άλγος και σε μια περίπτωση εκτεταμένο τοπικό αιμάτωμα. Σε πέντε ασθενείς διαπιστώθηκε νεφρική οστεοδυστροφία (ΝΟΔ), ελαττωμένου μεταβολισμού (οστεομαλακία από αργίλλιο) και σε τρεις διαπιστώθηκε μικτού τύπου ΝΟΔ (δευτεροπαθής υπερπαραθυροειδισμός και οστεομαλακία).

Η βιοψία οστού είναι μέθοδος ασφαλής για τη διάγνωση των οστικών επιπλοκών της ΧΝΑ. Μπορεί να γίνει σε καλά οργανωμένο τμήμα Νομαρχιακού Νοσοκομείου χωρίς τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών.



## ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΠΕΡΝΕΦΡΩΜΑΤΟΣ ΩΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΑΙΤΙΑΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ΧΝΑ)

36

Γ. Αγγλαίση, Ι. Αυθεντόπουλος, Σ. Χριστοπούλου, Β. Γιαννάκη, Ε.Α. Παπαθανασίου

**Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας**

Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς ηλικίας 64 ετών με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας ενταγμένου σε πρόγραμμα χρόνιας περιοδικής αιμοκάθαρσης, του οποίου το πρωτοπαθές αίτιο ήταν αδονοκαρκίνωμα σε αμφοτέρους τους νεφρούς.

Το περιστατικό ανακρινόμαστε γιατί δεν είναι συνηθής η εντόπιση υπερνεφρώματος και στους δύο νεφρούς και διότι σπάνια ενοχοποιείται σαν πρωτοπαθές αίτιο τελικού σταδίου ΧΝΑ.

Αναφέρεται το ιστορικό της νόσου, η εξέλιξή της σε τελικό στάδιο ΧΝΑ, ο χρόνος ένταξης σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση, η εμφάνιση δευτεροπαθών μεταστάσεων στους πνεύμονες, τα οστά και το ήπαρ και η ραγδαία επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς μέχρι το θάνατό του.

Παρατίθενται στοιχεία για το υπερνεφρώμα, που αποτελεί το συχνότερο από τους όγκους του νεφρού και το οποίο προέρχεται από κύτταρα των εγγύς εσπειραμένων σωληναρίων ή κατά τους παθολογοανατόμους από καλοήγη αδενώματα.

Γίνεται μια θεώρηση από πλευράς νεφρολογικής νοσηλευτικής των ιδιαιτεροτήτων και των σοβαρών προβλημάτων υποστήριξης ενός ασθενούς με τ.ΧΝΑ, ο οποίος παράλληλα πάσχει από καρκίνο.

Τέλος, εξετάζεται αν υπάρχει σχέση αυξημένης εμφάνισης νεοπλασμάτων στους χρόνια αιμοκαθαριζόμενους ασθενείς και το κατά πόσον η ουραιμία και η αιμοκάθαρση επηρεάζουν την πρόγνωση και την εξέλιξή τους.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

37

Β. Μάντζου, Κ. Στεφανίδης, Π. Τσούγια, Α. Μητσιώνη, Ι. Ρουμπελάκη, Δ. Σιαπέρα,  
Α. Καπόγιαννης, Κ. Μιχέλης

**Νεφρολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών "Π. & Α. Κυριακού"**

Είναι γνωστό ότι η θεραπεία εκλογής για τα παιδιά με τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας είναι η μεταμόσχευση νεφρού, που πρέπει να γίνεται σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά από την έναρξη εξωνεφρικής κάθαρσης (ΕΚ). Για ένα μικρό όμως ποσοστό ασθενών αυτό δεν είναι εφικτό. Για τα προβλήματα παιδιών σε μακρόχρονη ΕΚ δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία στη βιβλιογραφία.

Μελετήθηκαν 16 παιδιά (ομάδα Α) σε ΕΚ >5 χρόνια ( $7.9 \pm 2.7$ ) και συγκρίθηκαν με 83 παιδιά (ομάδα Β), με χρόνο ΕΚ <5 χρόνια ( $3.1 \pm 0.4$ ). Η κατανομή των ηλικιών των παιδιών των δύο ομάδων δεν διέφερε σημαντικά ( $10.1 \pm 3.4$  και  $8.8 \pm 3.4$  χρόνων για την ομάδα Α, ομάδα Β αντίστοιχα). Επίσης δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των ασθενών των δύο ομάδων στην αιτιολογία της νεφρικής ανεπάρκειας και στην μέθοδο ΕΚ (αντιμετωπίστηκαν με ΣΦΠΚ 4/16 ασθενείς της ομάδας Α και 27/83 της ομάδας Β και με αιμοκάθαρση 12/16 και 56/83 αντίστοιχα).

Η θνησιμότητα των ασθενών σε μακρόχρονη ΕΚ ήταν 25% (4/16) και διέφερε στατιστικά σημαντικά από αυτήν των ασθενών της ομάδας Β (8.4%). Το 25% των παιδιών της ομάδας Α είχαν ιστορικό απώλειας του μοσχεύματος και αύξηση του τίτλου κυτταροτοξικών αντισωμάτων, αιτία της μακρόχρονης ΕΚ. Επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού είχε μόνο το 18% των παιδιών της ομάδας Α σε σχέση με το 38% της ομάδας Β. Δεν διαπιστώθηκαν οστικές παραμορφώσεις ή κλινικά ευρήματα πολυνευρίτιδας και αμυλοείδωσης στους ασθενείς σε μακρόχρονη ΕΚ, γεγονός που αποδίδεται στην επάρκεια της εξωνεφρικής κάθαρσης και της φαρμακευτικής αγωγής.

Τα παιδιά που αντιμετώπισθηκαν με μακρόχρονη ΕΚ (>5 χρόνια) είχαν ικανοποιητική έκβαση, όμως μειονεκτούν σε σχέση με τους ασθενείς με διάρκεια ΕΚ <5 χρόνων.

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Η πρώτη γραμμή αναγράφει τον αριθμό εργασία (πλάγια - μαύρα νούμερα).  
Η δεύτερη γραμμή αναγράφει τον αριθμό της σελίδας που ανήκει η άνω εργασία .

|                         |                    |           |                        |                    |                        |                               |
|-------------------------|--------------------|-----------|------------------------|--------------------|------------------------|-------------------------------|
| <b>Σ. Αγγελίδου</b>     | <b>8</b>           | <b>31</b> | <b>Β. Δεσβενιώτης</b>  | <b>1</b>           | <b>Π. Κουκούδης</b>    | <b>25</b>                     |
|                         | 8                  | 20        |                        | 5                  |                        | 17                            |
| <b>Γ. Αглаμίση</b>      | <b>29</b>          | <b>36</b> | <b>Α. Δημοπούλου</b>   | <b>4</b>           | <b>Ε. Κουλουρίδης</b>  | <b>16</b>                     |
|                         | 19                 | 22        |                        | 6                  |                        | 12                            |
| <b>Α. Αγορίτσα</b>      | <b>2</b>           |           | <b>Ι. Δημοσθένους</b>  | <b>32</b>          | <b>Μ. Κουλούσιου</b>   | <b>4</b> <b>14</b>            |
|                         | 5                  |           |                        | 20                 |                        | 6   11                        |
| <b>Μ. Αθανασοπούλου</b> | <b>28</b>          |           | <b>Α. Ελευθερίου</b>   | <b>32</b>          | <b>Μ. Κουμπάρου</b>    | <b>19</b>                     |
|                         | 18                 |           |                        | 20                 |                        | 14                            |
| <b>Σ. Αλέκος</b>        | <b>33</b>          |           | <b>Π. Ευαγγέλου</b>    | <b>21</b>          | <b>Σ. Κουρέλη</b>      | <b>27</b>                     |
|                         | 20                 |           |                        | 15                 |                        | 18                            |
| <b>Γ. Αντωνάκη</b>      | <b>28</b>          |           | <b>Α. Ευθυμιάδου</b>   | <b>13</b>          | <b>Α. Κοντζαφάρα</b>   | <b>12</b>                     |
|                         | 18                 |           |                        | 11                 |                        | 10                            |
| <b>Θ. Ανυφαντής</b>     | <b>2</b>           |           | <b>Β. Ευθυμίου</b>     | <b>30</b>          | <b>Ι. Κουτρούβη</b>    | <b>17</b>                     |
|                         | 5                  |           |                        | 19                 |                        | 13                            |
| <b>Α. Αποστόλου</b>     | <b>10</b>          |           | <b>Μ. Ζαβρός</b>       | <b>18</b>          | <b>Χ. Κουτσού</b>      | <b>30</b>                     |
|                         | 9                  |           |                        | 13                 |                        | 19                            |
| <b>Σ. Αραμπατζή</b>     | <b>15</b>          |           | <b>Ε. Ζαφείρη</b>      | <b>8</b> <b>31</b> | <b>Α. Κυργιανάνης</b>  | <b>4</b>                      |
|                         | 12                 |           |                        | 8   20             |                        | 6                             |
| <b>Π. Αρβανίτη</b>      | <b>28</b>          |           | <b>Ν. Ζευγίτη</b>      | <b>3</b>           | <b>Γ. Κυριάκου</b>     | <b>19</b>                     |
|                         | 18                 |           |                        | 6                  |                        | 14                            |
| <b>Π. Ασημοπούλου</b>   | <b>1</b>           |           | <b>Ε. Ηλιοπούλου</b>   | <b>35</b>          | <b>Θ. Κύρη</b>         | <b>18</b>                     |
|                         | 5                  |           |                        | 21                 |                        | 13                            |
| <b>Χ. Ασίκη</b>         | <b>5</b>           |           | <b>Ι. Θάνου</b>        | <b>20</b>          | <b>Σ. Κωνσταντίνου</b> | <b>25</b>                     |
|                         | 7                  |           |                        | 14                 |                        | 17                            |
| <b>Μ. Αυδή</b>          | <b>13</b>          |           | <b>Α. Θεοδούλου</b>    | <b>20</b>          | <b>Μ. Κωστενίδου</b>   | <b>20</b>                     |
|                         | 11                 |           |                        | 14                 |                        | 14                            |
| <b>Ι. Αυθεντόπουλος</b> | <b>36</b>          |           | <b>Η. Θώδης</b>        | <b>17</b>          | <b>Β. Λαγκαζάλη</b>    | <b>12</b> <b>34</b>           |
|                         | 22                 |           |                        | 13                 |                        | 10   21                       |
| <b>Ν. Βαρθάλη</b>       | <b>28</b>          |           | <b>Κ. Ιφός</b>         | <b>24</b>          | <b>Α. Λάζαρη</b>       | <b>16</b>                     |
|                         | 18                 |           |                        | 16                 |                        | 12                            |
| <b>Ε. Βελιάρη</b>       | <b>9</b>           |           | <b>Α. Ιφου</b>         | <b>28</b>          | <b>Α. Λάσκαρη</b>      | <b>5</b> <b>6</b> <b>20</b>   |
|                         | 9                  |           |                        | 18                 |                        | 7   7   14                    |
| <b>Θ. Βελιώτης</b>      | <b>5</b>           |           | <b>Α. Ιωαννίδης</b>    | <b>21</b>          | <b>Χ. Λεκατσά</b>      | <b>6</b>                      |
|                         | 7                  |           |                        | 15                 |                        | 7                             |
| <b>Ε. Βελλισάρη</b>     | <b>24</b>          |           | <b>Μ. Καλοειδής</b>    | <b>5</b>           | <b>Ι. Μακρυνιώτου</b>  | <b>24</b>                     |
|                         | 16                 |           |                        | 7                  |                        | 16                            |
| <b>Χ. Βεσιλήρη</b>      | <b>1</b>           |           | <b>Ε. Καμπούρη</b>     | <b>3</b>           | <b>Ι. Μαλέγκος</b>     | <b>7</b>                      |
|                         | 5                  |           |                        | 6                  |                        | 8                             |
| <b>Σ. Βουδικιάρη</b>    | <b>4</b> <b>14</b> |           | <b>Α. Καπόγιαννης</b>  | <b>37</b>          | <b>Α. Μαμαντζή</b>     | <b>15</b>                     |
|                         | 6   11             |           |                        | 22                 |                        | 12                            |
| <b>Α. Βουραξέρη</b>     | <b>24</b>          |           | <b>Α. Καραγιάννη</b>   | <b>3</b>           | <b>Β. Μάντζου</b>      | <b>37</b>                     |
|                         | 16                 |           |                        | 6                  |                        | 22                            |
| <b>Σ. Βρυωνίδης</b>     | <b>18</b>          |           | <b>Π. Καραμπατάκης</b> | <b>25</b>          | <b>Α. Μαργαρίτη</b>    | <b>1</b>                      |
|                         | 13                 |           |                        | 17                 |                        | 5                             |
| <b>Β. Γαλανάκου</b>     | <b>28</b>          |           | <b>Κ. Κατωπόδης</b>    | <b>27</b>          | <b>Β. Μαρινοπούλου</b> | <b>14</b>                     |
|                         | 18                 |           |                        | 18                 |                        | 11                            |
| <b>Π. Γεωργάκη</b>      | <b>34</b>          |           | <b>Π. Κίτσιου</b>      | <b>17</b>          | <b>Α. Μαροπούλου</b>   | <b>6</b>                      |
|                         | 21                 |           |                        | 13                 |                        | 7                             |
| <b>Β. Γιαννάκη</b>      | <b>36</b>          |           | <b>Β. Κομπόλια</b>     | <b>2</b> <b>7</b>  | <b>Α. Μέμμος</b>       | <b>22</b> <b>25</b> <b>30</b> |
|                         | 22                 |           |                        | 5   8              |                        | 15   17   19                  |
| <b>Σ. Γιαννουλάκου</b>  | <b>33</b>          |           | <b>Ε. Κοσιώνη</b>      | <b>23</b>          | <b>Κ. Μεταξούλη</b>    | <b>5</b>                      |
|                         | 20                 |           |                        | 16                 |                        | 7                             |
| <b>Ε. Γκιριτζιώτου</b>  | <b>3</b>           |           | <b>Μ. Κοτελίδα</b>     | <b>28</b>          | <b>Γ. Μητολίδου</b>    | <b>15</b>                     |
|                         | 6                  |           |                        | 18                 |                        | 12                            |
| <b>Μ. Δαμιανίδου</b>    | <b>25</b>          |           | <b>Π. Κονκμίση</b>     | <b>25</b>          | <b>Α. Μητσιώνη</b>     | <b>37</b>                     |
|                         | 17                 |           |                        | 17                 |                        | 22                            |

|                  |    |    |    |
|------------------|----|----|----|
| A. Μίσιου        | 15 |    |    |
|                  | 12 |    |    |
| X. Μιχαήλ        | 26 |    |    |
|                  | 17 |    |    |
| A. Μιχαλόπουλος  | 23 |    |    |
|                  | 16 |    |    |
| K. Μιχέλης       | 37 |    |    |
|                  | 22 |    |    |
| I. Μονέδας       | 6  |    |    |
|                  | 7  |    |    |
| E. Μοσκοφίδου    | 7  |    |    |
|                  | 8  |    |    |
| E. Μόσχου        | 1  |    |    |
|                  | 5  |    |    |
| E. Μουρβάτη      | 17 |    |    |
|                  | 13 |    |    |
| A. Μούσης        | 23 |    |    |
|                  | 16 |    |    |
| A. Μπακόλη       | 16 |    |    |
|                  | 12 |    |    |
| A. Μπελεχρή      | 22 | 30 |    |
|                  | 15 | 19 |    |
| Z. Μπήδιου       | 1  |    |    |
|                  | 5  |    |    |
| K. Μπουζίλα      | 27 |    |    |
|                  | 18 |    |    |
| K. Μπράτση       | 9  |    |    |
|                  | 9  |    |    |
| B. Νάκα          | 15 |    |    |
|                  | 12 |    |    |
| A. Νάτση         | 27 |    |    |
|                  | 18 |    |    |
| A. Νικολάου      | 13 |    |    |
|                  | 11 |    |    |
| M. Ντίκου        | 20 |    |    |
|                  | 14 |    |    |
| A. Ξεπαπαδάκου   | 5  |    |    |
|                  | 7  |    |    |
| O. Οικονόμου     | 23 |    |    |
|                  | 16 |    |    |
| A. Ορφανίδου     | 18 |    |    |
|                  | 13 |    |    |
| A. Παλαιού       | 33 |    |    |
|                  | 20 |    |    |
| Σ. Παναγούτσος   | 13 |    |    |
|                  | 11 |    |    |
| M. Πάνου         | 20 |    |    |
|                  | 14 |    |    |
| Σ. Παπαβασιλείου | 2  |    |    |
|                  | 5  |    |    |
| Γ. Παπαδάκης     | 5  | 6  |    |
|                  | 7  | 7  |    |
| M. Παπαδημητρίου | 22 | 25 | 30 |
|                  | 15 | 17 | 19 |
| B. Παπαδόπουλος  | 27 |    |    |
|                  | 18 |    |    |
| Γ. Παπαδόπουλος  | 30 |    |    |
|                  | 19 |    |    |
| Σ. Παπαδόπουλος  | 22 |    |    |
|                  | 15 |    |    |

|                    |    |    |    |
|--------------------|----|----|----|
| A. Παπαθανασίου    | 15 |    |    |
|                    | 12 |    |    |
| E.A. Παπαθανασίου  | 29 | 36 |    |
|                    | 19 | 22 |    |
| Γ. Παπανικολάου    | 4  | 14 |    |
|                    | 6  | 11 |    |
| Σ. Παρασκευά       | 33 |    |    |
|                    | 20 |    |    |
| A. Παρασκευοπούλου | 24 |    |    |
|                    | 16 |    |    |
| M. Παρδάλη         | 7  |    |    |
|                    | 8  |    |    |
| M. Παρζάλη         | 2  |    |    |
|                    | 5  |    |    |
| A. Πατσόνας        | 22 |    |    |
|                    | 15 |    |    |
| M. Πειχαμπέρη      | 13 |    |    |
|                    | 11 |    |    |
| Γ. Περικλέους      | 11 |    |    |
|                    | 10 |    |    |
| Σ. Πετσά           | 33 |    |    |
|                    | 20 |    |    |
| A. Πετιδής         | 18 | 19 | 26 |
|                    | 13 | 14 | 17 |
| A. Πολίτου         | 1  |    |    |
|                    | 5  |    |    |
| Γ. Πολυμέρη        | 22 | 30 |    |
|                    | 15 | 19 |    |
| E. Πρασά           | 4  | 14 |    |
|                    | 6  | 11 |    |
| M. Ράπη            | 6  |    |    |
|                    | 7  |    |    |
| A. Ρεβελιώτου      | 8  | 31 |    |
|                    | 8  | 20 |    |
| I. Ρουμπελάκη      | 37 |    |    |
|                    | 22 |    |    |
| A. Σαχίνη          | 20 |    |    |
|                    | 14 |    |    |
| N. Σελεμίδης       | 5  |    |    |
|                    | 7  |    |    |
| A. Σιαπέρα         | 37 |    |    |
|                    | 22 |    |    |
| E. Σκληρός         | 5  | 6  |    |
|                    | 7  | 7  |    |
| Φ. Σουλάκη         | 29 |    |    |
|                    | 19 |    |    |
| Σ. Σπύρου          | 29 |    |    |
|                    | 19 |    |    |
| E. Σταμπασίδου     | 33 |    |    |
|                    | 20 |    |    |
| Σ. Στεφανάκου      | 6  |    |    |
|                    | 7  |    |    |
| M. Στεφανή         | 26 |    |    |
|                    | 17 |    |    |
| K. Στεφανίδης      | 37 |    |    |
|                    | 22 |    |    |
| E. Στρατογιάννη    | 24 |    |    |
|                    | 16 |    |    |
| A. Στυλιανίδης     | 26 |    |    |
|                    | 17 |    |    |

|                       |    |    |    |
|-----------------------|----|----|----|
| K. Σωφρονιάδου        | 6  |    |    |
|                       | 7  |    |    |
| E. Τανατζή            | 21 |    |    |
|                       | 15 |    |    |
| Γ. Τασιοπούλου        | 14 |    |    |
|                       | 11 |    |    |
| Θ. Τασούλα            | 21 |    |    |
|                       | 15 |    |    |
| M. Τζαχρίστα          | 16 |    |    |
|                       | 12 |    |    |
| T. Τζαχρίστα          | 16 |    |    |
|                       | 12 |    |    |
| M. Τζιάμαλης          | 23 | 24 |    |
|                       | 16 | 16 |    |
| Φ. Τζίφου             | 2  |    |    |
|                       | 5  |    |    |
| M. Τιτή               | 2  |    |    |
|                       | 5  |    |    |
| Σ. Τούνης             | 22 |    |    |
|                       | 15 |    |    |
| A. Τραντά             | 12 |    |    |
|                       | 10 |    |    |
| B. Τριανταφυλλίδου    | 12 |    |    |
|                       | 10 |    |    |
| E. Τριανταφυλλοπούλου | 23 | 24 | 28 |
|                       | 16 | 16 | 18 |
| B. Τσακίρη            | 1  |    |    |
|                       | 5  |    |    |
| K. Τσαμπαλάτη         | 9  |    |    |
|                       | 9  |    |    |
| K. Τσαρτσιταλίδης     | 27 |    |    |
|                       | 18 |    |    |
| X. Τσαχπίνης          | 25 |    |    |
|                       | 17 |    |    |
| Γ. Τσερκέζης          | 23 |    |    |
|                       | 16 |    |    |
| A. Τσιάμη             | 33 |    |    |
|                       | 20 |    |    |
| N. Τσιάνας            | 2  | 7  | 33 |
|                       | 5  | 8  | 20 |
| Γ. Τσιόκα             | 2  |    |    |
|                       | 5  |    |    |
| Π. Τσούγια            | 37 |    |    |
|                       | 22 |    |    |
| I. Τσουνίδου          | 15 |    |    |
|                       | 12 |    |    |
| Σ. Φιλοπούλου         | 7  |    |    |
|                       | 8  |    |    |
| A. Χαρίτου            | 11 |    |    |
|                       | 10 |    |    |
| E. Χατζημαλτέζου      | 19 |    |    |
|                       | 14 |    |    |
| Γ. Χατζημιχαήλ        | 18 |    |    |
|                       | 13 |    |    |
| A. Χατζηπασχάλη       | 17 |    |    |
|                       | 13 |    |    |
| Σ. Χριστοπούλου       | 36 |    |    |
|                       | 22 |    |    |
| Σ. Ψωμά               | 27 |    |    |
|                       | 18 |    |    |