

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ
ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ
ΥΠΟΚΕΙΝΤΑΙ ΣΕ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ.



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΜΕΝΤΕ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΝΤΕΚΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ – ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2006

*«Από την τροφή που τρως
ένα μικρό μέρος τρέφει εσένα
και το υπόλοιπο τον γιατρό σου.»*

(επιγραφή σε αιγυπτιακή πυραμίδα πριν 4.000 χρόνια)

Αφιερώνουμε την εργασία μας σε όλους τους νεφροπαθείς που δίνουν αγώνα για τη ζωή, στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Μ.Τ.Ν. του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών και στις οικογένειές μας, που μας στηρίζουν σε όλη την προσπάθειά μας.

Τέλος ευχαριστούμε θερμά τον Εργαστηριακό Συνεργάτη του Τμήματος Νοσηλευτικής, κ. Μαρνέρα Χρήστο για την άψογη καθοδήγησή του και την άριστη μετάδοση της γνώσεως του και της εμπειρίας του.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	10
<u>Κεφάλαιο 1^ο</u>	11
1.1. Απεκκριτικό Σύστημα	11
1.1α. Ανατομία των νεφρών – Υφή των νεφρών – Αγγεία των νεφρών	13
1.1β. Ανατομία της πυέλου	14
1.1γ. Ανατομία των ουρητήρων	14
1.1δ. Ανατομία της ουροδόχου κύστεως	15
1.1ε. Ανατομία της ουρήθρας	16
1.2. Λειτουργία των νεφρών	17
1.2α. Κατασκευή και διατομή του νεφρού	19
1.3. Παθήσεις των νεφρών	20
1.3α. Κυστίτιδα	22
1.3β. Σπειραματονεφρίτιδα	23
1.3γ. Ακράτεια	25
1.3δ. Νεφρολιθίαση	25
1.3ε. Λευκωματουρία	28
1.3στ. Πυελονεφρίτιδα	29
1.3ζ. Καρκίνος των νεφρών	30

<u>Κεφάλαιο 2^ο</u>	32
Νεφρική Ανεπάρκεια	
2.1. Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια	32
2.2. Αντιμετώπιση Οξείας Νεφρικής Ανεπάρκειας και των προβλημάτων που προκύπτουν απ' αυτήν	37
2.3. Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια	40
2.4. Αντιμετώπιση Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας – Εξωνεφρική κάθαρση	41
2.4α. Αιμοκάθαρση – Τεχνητός Νεφρός	42
2.4β. Περιτοναϊκή κάθαρση	43
2.4γ. Μεταμόσχευση νεφρού	45
<u>Κεφάλαιο 3^ο</u>	46
3.1. Ψυχολογικές Πλευρές της νόσου. Ο ασθενής πριν την ένταξη σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης	46
3.2. Ψυχολογική επίδραση της θεραπείας υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας	53
3.3. Γενικά προβλήματα που επηρεάζουν την καλή ψυχολογική κατάσταση	61

<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	67
<u>Κεφάλαιο 1^ο</u>	68
1.1. Θρέψη και διατροφή σε άτομο που υποβάλλεται σε μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης – τεχνητό νεφρό	68
1.2. Επίπτωση της θρέψης στη νοσηρότητα και θνητότητα των νεφροπαθών	75
<u>Κεφάλαιο 2^ο</u>	78
Η διαιτητική αγωγή στο νεφρολογικό ασθενή	
2.1. Δίαιτα ασθενούς με οξεία νεφρική ανεπάρκεια	79
2.2. Διατροφή σε ασθενείς με προοδευτική νεφρική ανεπάρκεια – Συντηρητική αντιμετώπιση	80
2.3. Διατροφή ασθενών υπό αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό	81
2.4. Διατροφή ασθενών υπό περιτοναϊκή κάθαρση	82
2.5. Η δίαιτα σε διαφορετικές ομάδες ασθενών που παρουσιάζουν προβλήματα με την νεφρική τους λειτουργία	84
2.5α. Η δίαιτα στους ηλικιωμένους ασθενείς	84
2.5β. Η δίαιτα στους ασθενείς διαφόρων εθνικοτήτων	84
2.5γ. Η δίαιτα στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη	85
<u>Κεφάλαιο 3^ο</u>	86
Ο ρόλος του νοσηλευτή νεφρολογίας στη διαμόρφωση της διαιτητικής συμπεριφοράς του νεφροπαθούς	

<u>Κεφάλαιο 4^ο</u>	90
4.1. Ειδικά διαιτητικά προβλήματα και οι λύσεις τους	90
4.1α. Ανορεξία	90
4.1β. Κακή γεύση τροφών	91
4.1γ. Αύξηση θερμίδων διατολογίου	92
4.1δ. Συνεδρία αιμοκάθαρσης και φαγητό	92
4.2. Φαγητό έξω από το σπίτι – Προτάσεις	92
4.3. Τροφές που επιτρέπονται ελεύθερα	94
<u>Κεφάλαιο 5^ο</u>	95
5.1. Α΄ Κλινική περίπτωση	95
5.2. Β΄ Κλινική περίπτωση	100
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	171



Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η νεφρική ανεπάρκεια αποτελεί ένα πολυσύνθετο και πολυδιάστατο χρόνια νόσημα. Ο ρόλος του νοσηλευτή Νεφρολογίας έχει αλλάξει πολύ τα τελευταία τριάντα χρόνια.

Πολλοί ίσως θ' αναρωτηθούν, πώς είναι δυνατό να παρέμβει ο νοσηλευτής Νεφρολογίας στη διαμόρφωση της διαιτητικής συμπεριφοράς του νεφροπαθούς, αφού αυτό αρχικά φαίνεται να είναι καθαρά έργο του διαιτολόγου και όχι του νοσηλευτή Νεφρολογίας.

Για να γίνει αυτό κατανοητό, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι ο νοσηλευτής, μέσα απ' τη χρήση κι εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, έχει τη δυνατότητα να γνωρίζει καλύτερα από οποιονδήποτε άλλον αρωγό υγείας τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του νεφρολογικού ασθενούς καθώς και τα στοιχεία εκείνα που συνθέτουν το νοσηλευτικό του ιστορικό.

Επίσης, είναι αυτός ο οποίος έχει τη δυνατότητα να γνωρίζει την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ασθενούς, επειδή έρχεται σε συνεχή και άμεση επαφή, όχι μόνο με τον ίδιο το νεφροπαθή, αλλά και με το οικογενειακό του περιβάλλον.¹

Τελευταίο, αλλά οπωσδήποτε όχι μικρότερης σημασίας, είναι το γεγονός ότι ο νοσηλευτής Νεφρολογίας είναι εκείνος ο οποίος θα εκπαιδεύσει τον ασθενή, γεγονός που τον καθιστά το πλέον κατάλληλο πρόσωπο για να τον ενημερώσει και να τον ελέγξει σε θέματα που αφορούν στην κατανόηση και επιτυχημένη ή όχι εφαρμογή του διαιτολογίου του.

Έτσι, γίνεται κατανοητό ότι ο νοσηλευτής Νεφρολογίας μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της διαιτητικής συμπεριφοράς του νεφροπαθούς και βέβαια είναι δυνατό οι νοσηλευτικές του παρεμβάσεις να συμβάλουν καθοριστικά στη «διαιτητική συμπεριφορά και τήρηση του διαιτολογίου».¹

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας, ανάλογα με τη μορφή και το στάδιο εξέλιξής της, εκτός της φαρμακευτικής ή εξωνεφρικής θεραπείας, περιλαμβάνει και την εφαρμογή ειδικής διαίτας.

Στο σύνολο της, η διαίτα θα πρέπει να θεωρείται ως θεραπευτική παρέμβαση πρωταρχικής σημασίας, που η εφαρμογή της επιβάλλεται, ανεξάρτητα της όποιας άλλης αγωγής έχει επιλεγεί προς αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας. Ο καθορισμός της απαιτεί ειδικές γνώσεις, γιατί, ανά περίπτωση, θα πρέπει να εξασφαλίζει την απαιτούμενη ενεργειακή και δομική σύνθεση της διατροφής. Η κατάλληλη αναλογία λευκωμάτων - υδατανθράκων - λιπών - ιχνοστοιχείων - βιταμινών έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί καταλυτικής σημασίας χειρισμό για την ανάκαμψη της νεφρικής λειτουργίας ή για την επιβράδυνση της νεφρικής νόσου.¹

Η σύσταση του ανθρώπινου οργανισμού διαταράσσεται κατά τη νεφρική ανεπάρκεια ως αποτέλεσμα αυτής καθαυτής της ουραιμίας αλλά και του είδους της εφαρμοζόμενης θεραπευτικής αγωγής (κορτικοειδή, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, εξωνεφρική κάθαρση). Η εφαρμογή κατάλληλης διαίτας (ποσοτικής και ποιοτικής) είναι ο μόνος τρόπος για τη διατήρηση του ισοζυγίου αζώτου και της ορθής σύστασης των διαφόρων ιστών του οργανισμού. Σε πολλές περιπτώσεις, η ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή δεν αποδίδει ή έχει περιορισμένο αποτέλεσμα, επειδή δεν εφαρμόζεται συγχρόνως η προσήκουσα διαίτα. Παρόμοια, η εξέλιξη της νεφρικής πάθησης διαπιστώνεται ότι επιταχύνεται, παρά την αγωγή, επειδή η ακολουθούμενη διατροφή είναι ακατάλληλη.¹ Έτσι, ο καθορισμός της διαίτας οφείλει να στηρίζεται σε συγκεκριμένες παραμέτρους. Μεταξύ αυτών, καθοριστικές πρέπει να θεωρούνται το φύλο, η ηλικία, η πρωταρχική νεφρική πάθηση, οι συνοδοί νόσοι, το στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας, η φαρμακευτική αγωγή και το είδος της εξωνεφρικής κάθαρσης. Είναι αυτονόητο, ότι η διαιτητική διατροφή του διαβητικού νεφροπαθούς υπό τεχνητό νεφρό είναι τελείως διαφορετική απ' την αντίστοιχη νεφροπαθούς μη διαβητικού υπό περιτοναϊκή κάθαρση. Παρόμοια, η αξιολόγηση των

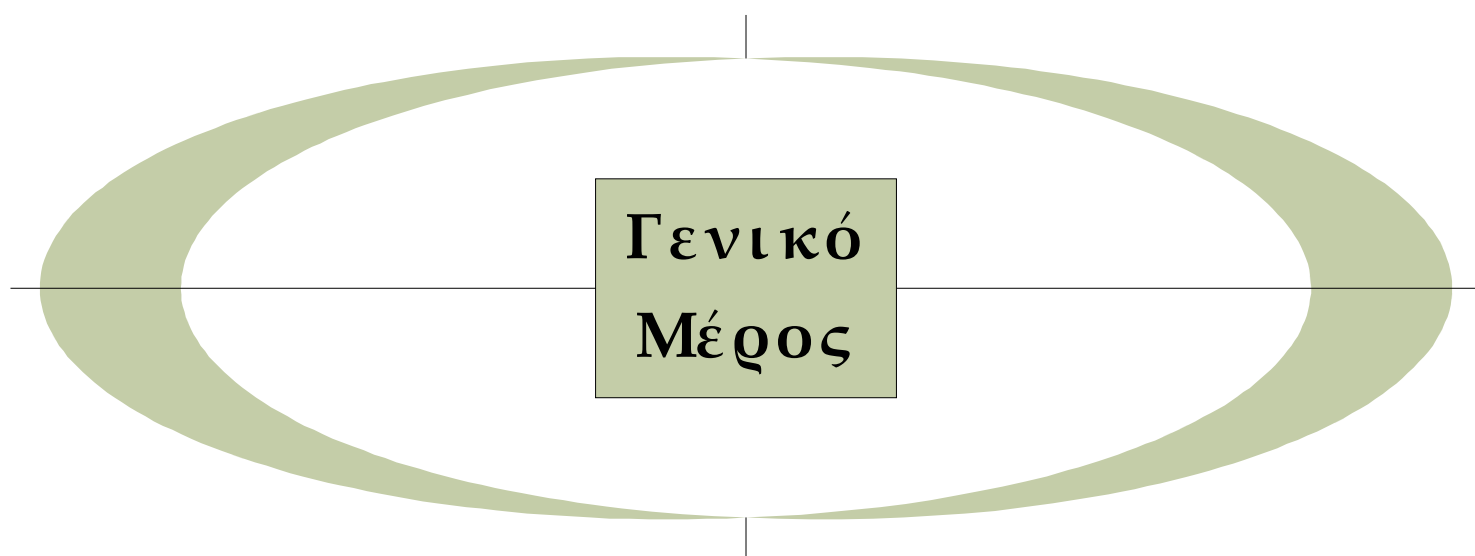
παραμέτρων θρέψης (σωματομετρία, βιοχημικές εξετάσεις) θα πρέπει να εναρμονίζεται και να εξατομικεύεται ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε υπό αντιμετώπιση ασθενούς. Βέβαια, η συνεκτίμηση όλων των ως άνω παραγόντων και παραμέτρων και η βάσει αυτών ρύθμιση της διατροφής αποτελεί έργο ειδικού διαιτολόγου. Ωστόσο, ο νοσηλευτής

Νεφρολογίας διατηρεί το προνόμιο της στενής και συχνής επαφής με το νεφροπαθή, που του επιτρέπει να διαπιστώνει τις ανάγκες και απαιτήσεις του ή να ανακαλύπτει την αδυναμία εκτέλεσης των οδηγιών του διαιτολόγου. Η διαμόρφωση, δηλαδή, της διαιτητικής συμπεριφοράς του νεφροπαθούς βρίσκεται στα πλαίσια της λειτουργίας του νοσηλευτή Νεφρολογίας κι αποτελεί μια άλλη πλευρά της προσφοράς του προς το νεφροπαθή. Έτσι, η γνώση του αντικειμένου της δίαιτας επιβάλλεται σήμερα να αποκτηθεί απ' το νοσηλευτή, έτσι ώστε η συμμετοχή του στη διαμόρφωση της διαιτητικής συμπεριφοράς του νεφροπαθούς ν' αποτελεί προϊόν γνώσης. Βέβαια, θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα η προς τούτο στενή και ορθή συνεργασία του νοσηλευτή με το διαιτολογικό τμήμα και την ιατρική ομάδα παρακολούθησης του ασθενούς. Αλλά επισημαίνεται και πάλι το γεγονός ότι ο νοσηλευτής θα διαπιστώσει πρώτος τις δυσκολίες της εφαρμογής ή την αδυναμία προσαρμογής προς ένα συγκεκριμένο διαιτητικό σχήμα. Ειδικότερα, σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών (ηλικιωμένοι, διαβητικοί, παιδιά υπό τεχνητό νεφρό κ.λπ.), στις οποίες η σύνδεση νοσηλευτή – ασθενούς είναι δεδομένη, η εφαρμογή της δίαιτας εξαρτάται, κατά κύριο λόγο, απ' τη νοσηλευτική παρέμβαση. Έτσι, η διαμόρφωση διαιτητικής συμπεριφοράς του νεφροπαθούς, η παρακολούθηση της συμμόρφωσης του στις οδηγίες, η διαπίστευση ψυχικής επιβάρυνσης του απ' τη δίαιτα και η επίλυση λεπτομερειών επί της ακολουθούμενης διατροφής, ανήκουν πρωταρχικά στο νοσηλευτή Νεφρολογίας, ο οποίος ασφαλώς δεν επιδιώκει να υποκαταστήσει το διαιτολογικό τμήμα, αλλά, αντίθετα, στοχεύει στην αλληλοσυμπλήρωση των υπηρεσιών προς όφελος του νεφροπαθούς.¹



Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του νοσηλευτή Νεφρολογίας αποτελεί επιτακτική ανάγκη του χώρου της υγείας.¹





Κεφάλαιο 1^ο

1.1 Απεκκριτικό Σύστημα

Το απεκκριτικό σύστημα είναι σύνολο οργάνων του ανθρώπινου οργανισμού που έχουν αποστολή να κατακρατούν απ' το αίμα τις άχρηστες ουσίες και να τις αποβάλλουν απ' το σώμα με τη μορφή ούρων. Γι' αυτό λέγεται και ουροποιητικό σύστημα. Η λειτουργία τους λέγεται απέκκριση και τα προϊόντα που αποβάλλονται απεκκρίματα.

Τα όργανα του απεκκριτικού συστήματος είναι τα δύο νεφρά, η νεφρική πύελος, οι ουρητήρες, η ουροδόχος κύστη και η ουρήθρα. Τα νεφρά είναι τα καθαυτό εκκριτικά όργανα που εκκρίνουν τα επιβλαβή και άχρηστα προϊόντα του αίματος. Τα υπόλοιπα όργανα αποτελούν ένα είδος αποχετευτικού συστήματος για να τα βγάζουν έξω ως ούρα.

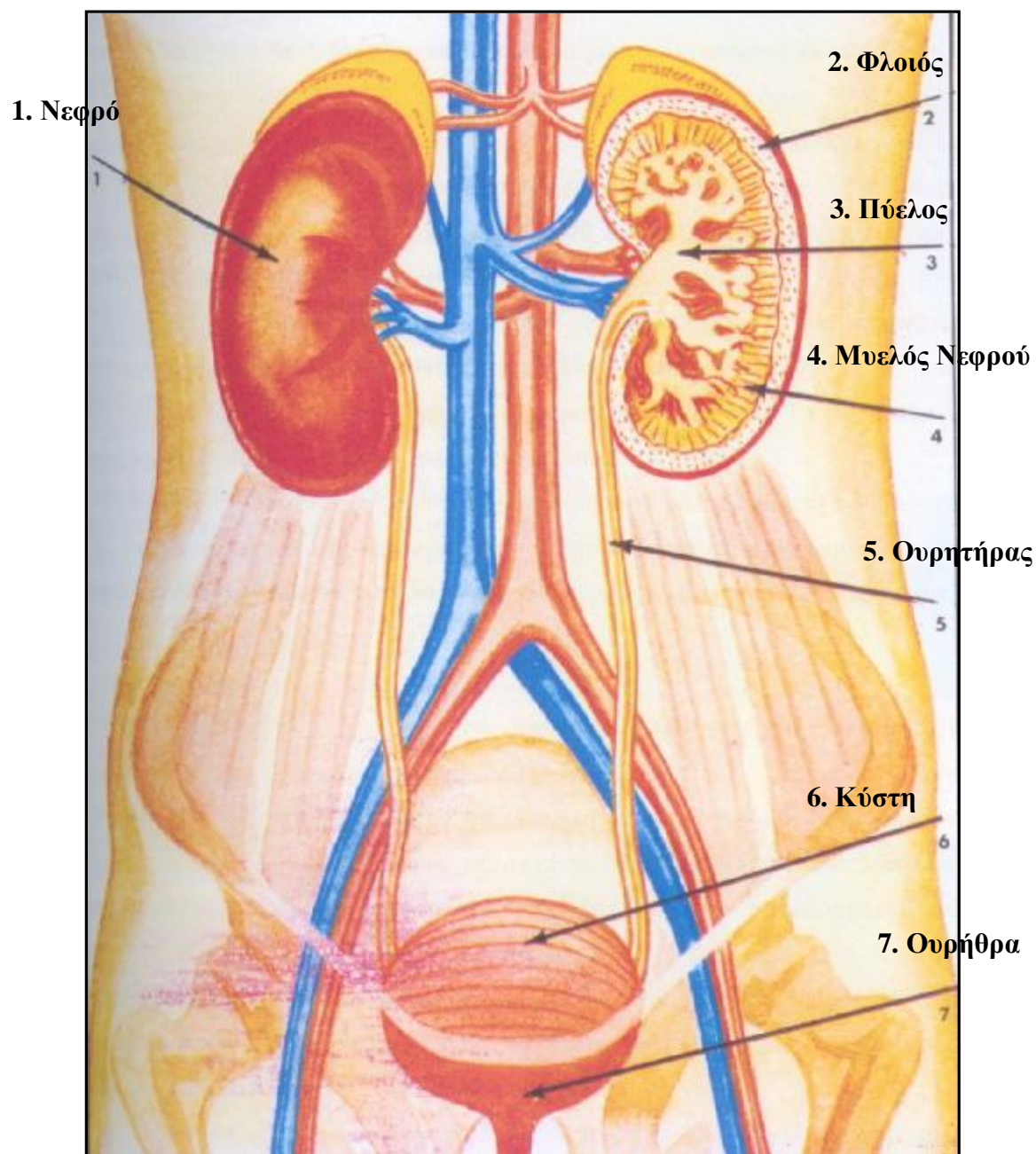
Οι νεφρικές αρτηρίες διοχετεύουν ασταμάτητα στα νεφρά αίμα, όχι όμως τελείως καθαρό. Περιέχει επιβλαβή προϊόντα που παράγονται απ' την ανταλλαγή της ύλης στους ιστούς και στα διάφορα όργανα. Στο συκώτι παράγεται ουρία. Υπάρχουν επίσης περισσεύματα αλάτων και νερού που πρέπει να αποβληθούν απ' το αίμα. Το αίμα απ' τις νεφρικές αρτηρίες φτάνει ως τα τριχοειδή αγγεία για να φτάσει στη νεφρική φλέβα. Μόλις φτάσει εκεί το αίμα, έρχεται σε επαφή με τα κύτταρα των ουροφόρων σωληναρίων και διυλίζεται. Τα βλαβερά προϊόντα προχωρούν στα σωληνάκια και διοχετεύονται στην πύελο, από εκεί στον ουρητήρα και αποθηκεύονται στην ουροδόχο κύστη. Το καθαρισμένο αίμα συναθροίζεται στη νεφρική φλέβα για να συνεχίσει την κανονική κυκλοφορία του απαλλαγμένο απ' τις άχρηστες ουσίες.²

Η κύστη είναι το πιο ευαίσθητο όργανο του σώματός μας, άμα γεμίσει με ούρα, θα τα διώξει με την ουρήθρα έξω απ' το σώμα μας. Τα ούρα είναι άχρηστα για τον οργανισμό μας. Είναι υγρά με ωχροκίτρινο χρώμα, ελαφρώς ξινά και έχουν ειδικό βάρος 1.018 - 1.020. Περιέχουν μέσα ουρία, ουρικό οξύ, διάφορα άλατα, λευκώματα, νερό, ζάχαρο. Ο οργανισμός μας αποβάλλει μέσα σε 24 ώρες 1000 - 1500 κυβικά εκατοστόμετρα ούρων.

Τα νεφρά είναι απ' τα σπουδαιότερα όργανα του οργανισμού μας. Είναι ένα είδος διυλιστηρίου που καθαρίζει το αίμα απ' τις άχρηστες και βλαπτικές ουσίες. Αν από ένα ζώο αφαιρεθούν και τα δύο νεφρά, θα πεθάνει πολύ γρήγορα από δηλητηρίαση του αίματος.²

Μ' ένα νεφρό μπορεί όμως να ζήσει. Υπάρχουν άνθρωποι που ζουν μ' ένα νεφρό, γιατί με εγχείρηση αφαίρεσαν το άλλο, που έπαθε κάποια βλάβη από κάποια αρρώστια.²

Σημαντική Παράσταση των οργάνων του απεκκριτικού συστήματος του ανθρώπου



1.1α. Ανατομία των νεφρών – Υφή των νεφρών – Αγγεία των νεφρών

Τα νεφρά είναι δύο αδένες, δεξιός και αριστερός, και βρίσκονται στο βάθος της κοιλιάς, στο ύψος των οσφυϊκών σπονδύλων. Βρίσκονται στο βάθος της κοιλιάς πίσω απ' το περιτόναιο, δεξιά κι αριστερά απ' την σπονδυλική στήλη. Πιο συγκεκριμένα, βρίσκεται στο ύψος των πρώτων οσφυϊκών σπονδύλων. Είναι αδένες σκοτεινά ερυθροί σε σχήμα πολύ μεγάλου φασολιού. Το μήκος του καθενός είναι περίπου 0.11 - 0.12μ. και το πλάτος 0.05μ. και το βάρος τους 130 - 150 γραμμάρια.

Στο εσωτερικό του νεφρού υπάρχει ένας κοίλος χώρος, η νεφρική πύελος. Σ' αυτή καταλήγουν τα ανοιχτά άκρα από πολυάριθμα σωληνάρια που βρίσκονται στο νεφρό, τα ουροφόρα σωληνάρια. Υπολογίζεται ως 1.000.000 απ' αυτά. Ώστε, ουσιαστικά η ουσία του νεφρού είναι τα ουροφόρα σωληνάρια.

Σε κάθε νεφρό φτάνει η νεφρική αρτηρία η οποία είναι ένας κλάδος της αορτής. Όταν αυτή διακλαδίζεται σε μικρότερα αρτηρίδια και τέλος σε πολύ λεπτά τριχοειδή αγγεία, τα οποία έρχονται σε επαφή με τα ουροφόρα σωληνάρια. Τα τελευταία για τον σκοπό αυτόν, έχουν ειδικά κύτταρα στα εσωτερικά τοιχώματα.

Η αορτή με τις δύο νεφρικές αρτηρίες διοχετεύει ασταμάτητα αίμα στα δύο νεφρά, για να καθαριστεί από τις επιβλαβείς ουσίες που παράγονται στους ιστούς και στα διάφορα όργανα κατά την ανταλλαγή της ύλης. Οι επιβλαβείς αυτές ουσίες είναι περισσότερο νερό, ουρία και άλατα.

Υφή των νεφρών

Εκτός από τα αγγεία το παρέγχυμα του νεφρού αποτελείται από ένα πολύπλοκο σύστημα σωληνάρων, τους νεφρώνες και τα αθροιστικά σωληνάρια. Ο νεφρός του ανήλικου περιέχει 2 εκατομμύρια νεφρώνες. Η τυφλή άκρη του ουροφόρου σωληναρίου εμπύπτει προς τα μέσα σακοειδώς και σχηματίζει το έλυτρο Bowmann. Μέσα στο έλυτρο του Bowmann που αποτελεί το φίλτρο δια μέσου του οποίου σχηματίζεται στην κοιλότητα του ελύτρου του Bowmann το πρόουρο. Το έλυτρο αυτό με το αγγειώδες σπείραμα αποτελούν το νεφρικό σωματίο του Malpighi. Από το έλυτρο αρχίζει το εσπειραμένο σωληνάριο Α΄ τάξης, το εσπειραμένο σωληνάριο Β΄ τάξης και τα αθροιστικά σωληνάρια. Όλα αυτά αποτελούν την υφή των νεφρών.³

Αγγεία των νεφρών

Η νεφρική αρτηρία μπαίνει στο νεφρό απ' τις πύλες του και διαιρείται σε πρόσθιο, οπίσθιο και άνω κλάδο. Ο πρόσθιος και ο άνω πορεύονται μπροστά απ' την νεφρική πύελο και χορηγούν κλάδους για το πρόσθιο τμήμα του νεφρού.

Ο οπίσθιος πορεύεται πίσω απ' τη νεφρική πύελο μαζί με τη νεφρική φλέβα και δίνει κλάδους για το οπίσθιο μέρος του νεφρού. Κάθε κλάδος αρτηρίας εισέρχεται στο παρέγχυμα και υποδιαιρείται στις μεσολόβιες αρτηρίες που πορεύονται στη μυελώδη ουσία μεταξύ των πυραμίδων και ύστερα στις τοξοειδείς αρτηρίες, που φέρονται τοξοειδώς μεταξύ φλοιώδους και μυελώδους ζώνης τις οποίες αιματώνουν.⁴

1.1β. Ανατομία της πυέλου

Η νεφρική πύελος είναι μια πεπλατυσμένη κοιλότητα του νεφρού σε σχήμα χοάνης, στη συμβολή των καλύκων κι αποτελεί την περιοχή όπου αθροίζονται τα ούρα, τα οποία ρέουν απ' τις νεφρικές πυραμίδες. Προς τα κάτω γίνεται στενότερη κι η κορυφή της συνδέεται με την ουρητήρα.

Ένα τμήμα της νεφρικής πυέλου, εξέρχεται απ' την πύλη του νεφρού ενώ το υπόλοιπο τμήμα βρίσκεται μέσα στο νεφρό. Το τοίχωμα της νεφρικής πυέλου καλύπτεται εξωτερικά από ινομυώδη χιτώνα και εσωτερικά από βλεννογόνο, οι οποίοι αποτελούν συνέχεια εκείνων που καλύπτουν τους κάλυκες και τις θυλές των πυραμίδων.⁵

1.1γ. Ανατομία των ουρητήρων

Ο ουρητήρας είναι ο σωλήνας, ο οποίος μεταφέρει τα ούρα απ' την νεφρική πύελο στην ουροδόχο κύστη. Έχει μήκος περίπου 30 εκ. Εισέρχεται στο οπίσθιο τμήμα της ουροδόχου κύστεως με κατεύθυνση λοξή. Το τελευταίο τμήμα του (περίπου 10 εκ.) βρίσκεται μέσα στη κοιλότητα της κύστεως.

Το τοίχωμα των ουρητήρων αποτελείται από τρεις χιτώνες: τον έξω ινώδη χιτώνα, τον μέσο μυϊκό χιτώνα και τον έσω βλεννογόνο χιτώνα.

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από ένα σύμπλεγμα μυϊκών ινών με διάταξη κυκλωτερή και επιμήκη. Ο βλεννογόνος, που βρίσκεται σ' επαφή με τα ούρα, αποτελείται

από επιθήλιο διατεταγμένο σε πολλές στιβάδες του οποίου τα κύτταρα έχουν σχήμα μεταξύ κυλινδρικού και επιπέδου.

Ο τύπος του επιθηλίου αυτού είναι χαρακτηριστικός των ουροφόρων οδών. Κάτω απ' τον βλεννογόνο υπάρχει συνδετικός ιστός με ελαστικές ίνες, οι οποίες, όταν ο ουρητήρας είναι άδειος, σχηματίζουν επιμήκεις πτυχές.⁵

1.1δ. Ανατομία της ουροδόχου κύστεως

Η ουροδόχος κύστη είναι ένα κενό, μυώδες όργανο με χοντρά τοιχώματα το οποίο βρίσκεται στο κάτω μέρος της πύελου (λεκάνης), ανάμεσα στα οστά του εφηβαίου και του απευθησμένου. Έχει τέσσερις έδρες και το σχήμα της θυμίζει αναστραμμένη πυραμίδα. Η βάση της πυραμίδας παρέχει μία επιφάνεια στην οποία στηρίζονται το λεπτό έντερο και η μήτρα -αυτό ισχύει για τις γυναίκες,.

Τα τοιχώματα της ουροδόχου κύστης αποτελούνται από ένα σύνολο μυϊκών στρώσεων που έχουν την δυνατότητα επέκτασης καθώς η κύστη γεμίζει με ούρα, και συρρικνώνονται, όταν η κύστη αδειάζει. Τα νεφρά στέλνουν σχεδόν αδιάκοπα ούρα στην ουροδόχο κύστη με τη βοήθεια των ουρητήρων. Οι μυϊκές ίνες της ουροδόχου κύστης παρουσιάζουν μεγάλη ελαστικότητα. Όταν η αντοχή τους φτάσει στα όρια, τότε γίνεται αισθητή η ανάγκη για ούρηση.⁶

Οι δύο ουρητήρες -οι σωλήνες με τους οποίους διοχετεύονται τα ούρα από τα νεφρά στην ουροδόχο κύστη- εισέρχονται κοντά στις πίσω γωνίες, στην πάνω επιφάνεια. Στην άκρη τους υπάρχουν «μονόδρομες» βαλβίδες οι οποίες αποτρέπουν την επιστροφή ούρων προς τα νεφρά όταν η ουροδόχος κύστη είναι γεμάτη.

Φυσιολογικά η ουροδόχος κύστη ενός ενήλικου μπορεί να συγκρατήσει 300 γραμμάρια περίπου ούρων πριν να γίνει αισθητή η ανάγκη για ούρηση. Καθώς η ουροδόχος κύστη γεμίζει, το τέντωμα των μυωδών τοιχωμάτων της στέλνει νευρικά σήματα στο νωτιαίο μυελό.

Στα μικρά παιδιά η ουροδόχος κύστη αδειάζει αυτόματα μόλις γεμίσει. Με την απόκτηση της συνήθειας της αυτοσυγκράτησης, η αυτόματη κένωση της ουροδόχου κύστης σταματά σταδιακά. Αν υπάρχει και παρουσιαστεί ανάγκη για ούρηση σε μια ακα-

τάλληλη στιγμή, ο εγκέφαλος στέλνει εντολές στα τοιχώματα της ουροδόχου κύστης για να χαλαρώσουν και αμέσως αυξάνεται η χωρητικότητα της.⁶

1.1ε. Ανατομία της ουρήθρας

Τα ούρα απομακρύνονται απ' το σώμα μέσω της ουρήθρας, η οποία ανοίγει απ' το χαμηλότερο σημείο της ουροδόχου κύστης. Κάτω από κανονικές συνθήκες το άνοιγμα αυτό κρατιέται κλειστό με τη βοήθεια ενός σφιγκτήρα, ενός κυκλικού μυός που συστέλλεται για να σφραγίσει τη δίοδο. Κατά τη διάρκεια της ούρησης ο σφιγκτήρας αυτός χαλαρώνει, την ίδια στιγμή που οι μύες των τοιχωμάτων της ουροδόχου κύστης συστέλλονται για ν' απομακρύνουν τα ούρα.

Η ουρήθρα ενός ενήλικου άνδρα έχει μήκος 20 εκ περίπου και αποτελείται από τρία τμήματα. Το πρώτο τμήμα που λέγεται και προστακτικό τμήμα έχει μήκος 2,5 εκ. και περνάει απ' τον σφιγκτήρα ή την βαλβίδα στην έξοδο της ουροδόχου κύστης μέσα απ' το κέντρο του προστάτη. Το μεσαίο τμήμα της ουρήθρας, στους άνδρες, έχει μήκος 12 εκ και συχνά ονομάζεται μεμβρανώδης ουρήθρα.

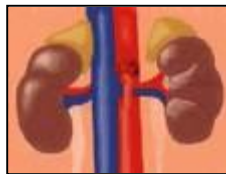
Το τελευταίο τμήμα, το οποίο έχει μήκος 15 εκ κι είναι και το μεγαλύτερο απ' τα άλλα δύο, ονομάζεται σπογγώδης ή σπηλαιώδης ουρήθρα. Αυτή βρίσκεται στο εσωτερικό του πέους και καταλήγει στην ουρηθρική οπή.

Στις γυναίκες η ουρήθρα είναι πολύ μικρότερη και το μόνο στο οποίο χρησιμεύει είναι να κατευθύνει τα ούρα προς το σημείο απομάκρυνσης απ' το σώμα. Η διάμετρος της είναι 1 εκατοστό περίπου και περιβάλλεται από βλεννογόνους αδένες. Το γεγονός ότι είναι πολύ μικρή και καταλήγει σε μια σχετικά εκτεθειμένη και μολυνόμενη περιοχή εξηγεί γιατί οι γυναίκες αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα ουρολοίμωξης.⁶

1.2 Λειτουργία Των Νεφρών

Κάθε άνθρωπος έχει δύο νεφρά τα οποία βρίσκονται στο πίσω τοίχωμα της κοιλιακής χώρας. Απ' την εσωτερική πλευρά κάθε νεφρού ξεκινάει ένας σωλήνας που ονομάζεται ουρητήρας κι, αφού περάσει απ' το πίσω μέρος της κοιλίας, εισέρχεται στην ουροδόχο κύστη. Ο σωλήνας που ξεκινάει απ' την ουροδόχο κύστη ονομάζεται ουρήθρα.

Τα νεφρά περιέχουν χιλιάδες μικροσκοπικές μονάδες φιλτραρίσματος που ονομάζεται νεφρώνες. Κάθε νεφρώνας μπορεί να χωριστεί σε δυο σημαντικά μέρη: το τμήμα φιλτραρίσματος και το σωληνάριο όπου γίνεται η αφαίρεση νερού και χρήσιμων θρεπτικών συστατικών απ' το αίμα.



Το τμήμα φιλτραρίσματος αποτελείται από ένα κόμβο μικροσκοπικών τριχοειδών αγγείων με πολύ λεπτά τοιχώματα. Το νερό κι οι άχρηστες ουσίες που διαλύονται μέσα σ' αυτό μπορούν να περάσουν ελεύθερα απ' τα τοιχώματα αυτά στο σύστημα περισυλλογής των σωληναρίων που βρίσκεται απ' την άλλη πλευρά.⁶

Το δίκτυο των τριχοειδών αγγείων είναι τόσο μεγάλο που μπορεί να περιέχει – ανά πάσα στιγμή – το ένα τέταρτο σχεδόν του αίματος που κυκλοφορεί στο σώμα και φιλτράρει περίπου 130 κυβ. αίματος κάθε λεπτό.

Οι οπές στα τοιχώματα των τριχοειδών αγγείων σχηματίζουν ένα βιολογικό φίλτρο κι είναι τόσο μικρές που δε μπορούν να τις περάσουν μόρια από ένα συγκεκριμένο μέγεθος και πάνω. Όταν μολυνθούν τα νεφρά, το τμήμα φιλτραρίσματος ερεθίζεται και το φίλτρο χάνει την αποτελεσματικότητά του και επιτρέπει την διαφυγή και μεγαλύτερων μορίων προς στα ούρα. Ένα απ' τα μικρότερα μόρια πρωτεΐνης που διαφεύγει προς τα ούρα είναι η λευκωματίνη. Γι' αυτό το λόγο οι γιατροί εξετάζουν τα ούρα των ασθενών για να δουν αν περιέχουν πρωτεΐνες, οπότε καταλαβαίνουν, αν τα νεφρά λειτουργούν κανονικά ή όχι.

Τα σωληνάκια περνούν μέσα απ' το τμήμα φιλτραρίσματος και καταλήγουν σ' ένα σύστημα περισυλλογής το οποίο τελικά αδειάζει στην ουροδόχο κύστη. Κάθε τμήμα φιλτραρίσματος περιβάλλεται από μια κάψα Μπάουμαν η οποία είναι η αρχή του σωληναρίου του. Σ' αυτό το σημείο απορροφάται όλο το νερό και τα άλατα.

Για ν' απορροφηθεί όλο το νερό το σώμα διαθέτει ένα πολύ εξελιγμένο σύστημα, στο οποίο μια ορμόνη που εκκρίνεται στο αίμα απ' την υπόφυση του εγκεφάλου μεταβάλλει την διαπερατότητα του σωληναρίου (τη δυνατότητά του ν' απορροφά πάλι νερό).

Όσο η ορμόνη βρίσκεται στο σώμα, το σωληνάριο επιτρέπει την απορρόφηση μεγάλης ποσότητας νερού. Όταν η έκκριση της ορμόνης σταματά, το σωληνάριο γίνεται λιγότερο διαπερατό απ' το νερό και χάνεται περισσότερη ποσότητα μέσα στα ούρα. Αυτό ονομάζεται διούρηση και η ορμόνη που παίρνει μέρος λέγεται αντιδιουρητική ορμόνη (ΑΔΤ). Σε ορισμένες περιπτώσεις όπως ο άποιος διαβήτης (δεν πρέπει να συγχέεται με τον σακχαρώδη διαβήτη) η ορμόνη αυτή μπορεί να απουσιάζει παντελώς. Όταν συμβαίνει αυτό, το σώμα του ασθενούς δε μπορεί να συγκρατήσει νερό και συνεπώς χάνει μεγάλες ποσότητες στα ούρα που πρέπει να αναπληρωθούν με πόση νερού.⁶

Τα νεφρά ρυθμίζουν την ποσότητα των αλάτων που υπάρχουν στον οργανισμό και παράγουν την ορμόνη ρενίνη. Η στάθμη της ρενίνης εξαρτάται απ' τη στάθμη των αλάτων, η οποία με τη σειρά της ελέγχεται απ' την δράση της επινεφριδιακής ορμόνης, της αλδοστερόνης, πάνω στα σωληνάκια. Η ρενίνη ενεργοποιεί μια άλλη ορμόνη, την αγγειοτενσίνη. Αυτή έχει δύο συνέπειες:

Πρώτον, στενεύει τις μικρές αρτηρίες και αυξάνει την πίεση του αίματος και δεύτερον, αναγκάζει τα επινεφρίδια να εκκρίνουν αλδοστερόνη, η οποία αναγκάζει τα νεφρά να παρακρατούν άλατα, ενώ προκαλεί κι αύξηση της πίεσης στο αίμα.⁶

1.2α. Κατασκευή και διατομή του νεφρού

Αν κόψουμε ένα νεφρό κατά μήκος θα παρατηρήσουμε ότι αποτελείται από ένα εξωτερικό τμήμα σκοτεινόχρωμο και συμπαγές (φλοιώδης μοίρα), κι ένα εσωτερικό, λιγότερο συμπαγές και με ανοιχτόχρωμο χρώμα (μυελώδες μοίρα).

Η μυελώδης ουσία αποτελείται από κωνοειδείς περιοχές, τις λεγόμενες νεφρικές πυραμίδες. Η κορυφή της πυραμίδας ονομάζεται θηλή, έχει σχήμα στρογγυλό και περιβάλλεται απ' τον νεφρικό κάλυκα. Στο τμήμα αυτό σχηματίζονται τα ούρα και από εδώ ξεκινούν οι οδοί, οι οποίες τα αθροίζουν και τα μεταφέρουν προς τα έξω. Τα ούρα σταζουν απ' τη θηλή και συγκεντρώνονται στον νεφρικό κάλυκα, ο οποίος την περιβάλλει σαν ένα κύπελο. Κάθε νεφρικός κάλυκας εκβάλλει σε μια πλατύτερη χοάνη που ονομάζεται νεφρική πύελος.

Αν παρατηρήσουμε μια νεφρική πυραμίδα στο μικροσκόπιο, θα δούμε ότι αποτελείται από πολυάριθμα μικρά σωληνάκια και απ' το νεφρικό σωματίο Malpinski.

Το νεφρικό σωματίο είναι το κυρίως διηθητικό στοιχείο του νεφρού. Αποτελείται απ' το αγγειώδες σπείραμα (τριχοειδές αγγείο τυλιγμένο σαν κουβάρι) και απ' το έλυτρο του Bowmann, που το περιβάλλει και που αποτελεί το αρχικό τυφλό και ανευρυσμένο άκρο του ουροφόρου σωληναρίου. Το αίμα φθάνει στο τριχοειδές του νεφρικού σωματίου με μεγάλη πίεση και διηθείται. Το νερό, καθώς και πολλές άλλες ουσίες που βρίσκονται μέσα στο πλάσμα, διαπερνά εύκολα το λεπτό τοίχωμα του τριχοειδούς και εισχωρεί στο έλυτρο του Bowmann και επομένως στην ουροφόρο κοιλότητα και τα ουροφόρα σωληνάκια.

Τα σωληνάκια αυτά, που καταλήγουν στο νεφρικό σωματίο, ενώνονται σε ολοένα πλατύτερους σωλήνες, ωστόσο τελικά σχηματίζουν ένα ευθύ σωληνάριο που εκβάλλει στην κορυφή της νεφρικής θηλής, στον αντίστοιχο κάλυκα.

Στο τριχοειδές του νεφρικού σωματίου, δε γίνεται η κανονική ανταλλαγή των αερίων (δηλαδή απόθεση του οξυγόνου και παραλαβή του διοξειδίου του άνθρακα), με συνέπεια τη μετατροπή του αίματος από αρτηριακό σε φλεβικό, όπως στα άλλα τριχοειδή.⁶

Το τριχοειδές αυτό είναι στη πραγματικότητα μια μικρή αρτηρία, η οποία διηθεί το αίμα βοηθούμενη και απ' το γεγονός ότι η πίεση του αίματος στο αγγειώδες σπείραμα

είναι μεγαλύτερη παρά όσο στα άλλα τμήματα. Στο νεφρικό σωματίο εισχωρεί ένα προσαγωγό κι εξέρχεται ένα απαγωγό αρτηρίδιο. Έτσι το αίμα είναι πάντα αρτηριακό.

Για την αναπνοή, η μικρή αρτηρία θα καταλήξει αργότερα σε τριχοειδές· κι αυτό γίνεται για να πραγματοποιηθεί η ανταλλαγή των αερίων.

Πραγματικά, το απαγωγό αρτηρίδιο, ξεκινώντας απ' το νεφρικό σωματίο σχηματίζει ένα νέο τριχοειδές δίκτυο, όπου συντελούνται οι ανταλλαγές των αερίων ανάμεσα στο αίμα και στο νεφρικό ιστό, ακριβώς όπως γίνεται σ' όλους τους ιστούς του οργανισμού. Οι μικρές αρτηρίες που σχηματίζουν το αγγειώδες σπείραμα προέρχονται απ' τις διακλαδώσεις τις οποίες σχηματίζει η νεφρική αρτηρία μέσα στο νεφρό. Οι φλέβες συγκεντρώνονται στις δύο νεφρικές φλέβες, που αρχίζουν από την πύλη του νεφρού και οι οποίες συνοδεύοντας τη νεφρική αρτηρία (η οποία είναι κλάδος κοιλιακής αορτής) κατάληγουν στην κάτω κοίλη φλέβα. Τα ούρα που σχηματίζονται απ' το νεφρό απεκκρίνονται περνώντας απ' τις ουροφόρες οδούς, δηλαδή απ' την νεφρική πύελο, τον ουρητήρα, την ουροδόχο κύστη και την ουρήθρα.⁶

1.3 Παθήσεις Των Νεφρών

Αλλαγές στα ούρα και στις συνήθειες της ούρησης που δε φαίνονται να έχουν προφανή αιτία, όπως πόση περισσότερων υγρών απ' τα συνήθη, μπορεί να είναι συμπτώματα ασθένειας.

Μερικά συμπτώματα που απαιτούν ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση, αν διαρκέσουν περισσότερο από δύο ή περισσότερες ημέρες, είναι αλλαγές στη συχνότητα της ούρησης, στην εγκράτεια, στη ποσότητα και χρώμα των ούρων κι η επώδυνη ούρηση. Πρέπει να ερχόμαστε σε επαφή με τον γιατρό αμέσως, αν υπάρχει δυνατός πόνος κατά την ούρηση, αίμα στα ούρα, σημαντική αλλαγή στη συχνότητα της ούρησης (σύμπτωμα νεφρικής ανεπάρκειας), έντονες αλλαγές στο χρώμα ή στη διαύγεια, συνοδευόμενα από πυρετό.

Αλλαγές στα ούρα ή στις συνήθειες της ούρησης μπορεί να προκληθούν από ποικιλία ανωμαλιών στα νεφρά, στους αγωγούς, την κύστη και τον προστάτη, (έναν αδένα που περιβάλλει την ανδρική ουρήθρα). Η ακριβής αιτία συχνά συσχετίζεται με το εμφανιζόμενο σύμπτωμα.⁷

Η αυξημένη συχνότητα μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονή των νεφρών, της κύστης ή της ουρήθρας, διαβήτη (αύξηση του σακχάρου στο αίμα), ή διογκωμένο προστάτη. Αλλαγή στη συχνότητα της ούρησης, συνήθως με τη μορφή των πολύ συχνών νυκτερινών ξυπνημάτων, που συνοδεύονται για ανάγκη για ούρηση (ονομάζεται νυκτουρία), είναι στενά συνδεδεμένη με επώδυνη ούρηση, με ελαττωμένη ροή ούρων ή δυσκολία στην έναρξη της ούρησης. Αυτά μπορεί να είναι τα συμπτώματα κάποιας φλεγμονώδους ή λοιμώδους ασθένειας στο ουροποιητικό σύστημα καθώς επίσης κι όγκων ή άλλων ανωμαλιών, που έχουν ως αποτέλεσμα την αυξημένη πίεση στην ουροδόχο κύστη.

Η δυσκολία στον έλεγχο της έναρξης και συμπλήρωσης της ούρησης μπορεί, επίσης, να είναι συμπτώματα κάποιας φλεγμονής του αδένου του προστάτη. Η ανικανότητα της συγκράτησης των ούρων είναι ένα συνηθισμένο πρόβλημα των ηλικιωμένων ανθρώπων καθώς αδυνατίζει ο έλεγχος των μυών της ουροδόχου κύστης. Από το πρόβλημα αυτό επηρεάζονται επίσης και οι γυναίκες κατά τα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης. Στην περίπτωση αυτή το βάρος της μήτρας πιέζει την ουροδόχο κύστη χωρίς διακοπή.⁷

Αλλαγές στην ποσότητα ούρων που φυσιολογικά παράγονται μπορεί, επίσης, να σημαίνει την ύπαρξη της ασθένειας. Η παραγόμενη υπερβολική ποσότητα ούρων (που ονομάζεται πολουρία) μπορεί να είναι συμπτώματα νεφρικής ασθένειας, διαβήτη ή αδενικών δυσλειτουργιών.

Ελαφρές αλλαγές στο χρώμα και τη διαύγεια των ούρων από μέρα σε μέρα είναι φυσιολογικές, αλλά ισχυρές αλλαγές στο χρώμα και ακραίες καταστάσεις θολών ούρων μπορεί να σημαίνουν λοίμωξη, όγκους, πέτρες στους νεφρούς, προβλήματα του προστάτη ή κύστεως του κατά μήκος του ουροποιητικού συστήματος.

Πόνοι κατά την διάρκεια της ούρησης με πιο συνηθισμένη μορφή την αίσθηση καψίματος κατά μήκος της ουρήθρας μπορεί να είναι σημάδι λοίμωξης του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος. Υπερβολικός πόνος κατά μήκος της κοιλιακής χώρας ή στην οσφύ μπορεί να σημαίνει παρουσία λίθων στους νεφρούς.

Η θεραπεία των καταστάσεων αυτών περιλαμβάνει την αντιμετώπιση της πρωταρχικής αιτίας της ξαφνικής αλλαγής, η οποία μπορεί να ποικίλει από ελαφρά λοίμωξη μέχρι πολύ σοβαρές ασθένειες. Η ακριβής διάγνωση απ' τον γιατρό είναι το πρώτο βήμα για την κατάλληλη θεραπεία αυτών των ασθενειών.⁷

1.3α. Κυστίτιδα

Η κυστίτιδα είναι η φλεγμονή της ουροδόχου κύστης. Προσβάλλονται οι γυναίκες πολύ περισσότερο απ' τους άνδρες. Συνήθως προκαλείται από βακτηρίδια που εισβάλλουν στην ουρήθρα (τον αγωγό που μεταφέρει τα ούρα απ' την ουροδόχο κύστη έξω απ' το σώμα) και στη συνέχεια εισέρχονται στην ουροδόχο κύστη. Οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαίσθητες απ' τους άνδρες, επειδή η ουρήθρα τους είναι πολύ κοντή, περίπου μια ίντσα σε αντίθεση με τους άνδρες επτά έως οκτώ ίντσες. Επιπρόσθετα, στις γυναίκες το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας, ο κόλπος και ο πρωκτός βρίσκονται πολύ κοντά έτσι που τα βακτηρίδια μπορούν εύκολα να μεταναστεύσουν από το ένα στο άλλο. Σχεδόν πάντοτε τα βακτηρίδια που προκαλούν τη λοίμωξη ποικίλουν σε τύπους και αντιπροσωπεύουν την εντερική χλωρίδα. Η παρεμπόδιση της ροής των ούρων είναι επίσης μια συνηθισμένη αιτία λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος. Όταν συμβαίνει να υπάρχει κάποιο εμπόδιο, η ουροδόχος κύστη μπορεί να μην κενώνεται σωστά. Η ποσότητα τότε των ούρων που απομένει στην ουροδόχο κύστη δημιουργεί κατάλληλο περιβάλλον ανάπτυξης των βακτηριδίων, καθώς επίσης ευνοείται και ο πολλαπλασιασμός τους.⁷

Οι αιτίες παρεμπόδισης της ροής των ούρων μπορεί να περιλαμβάνουν όγκους, πέτρες ή κάποια μεγέθυνση του αδένα του προστάτη.

Η κυστίτιδα στους άνδρες δεν είναι συνηθισμένη. Όταν συμβαίνει αυτό, η συνηθισμένη αιτία είναι κάποια λοίμωξη, η οποία προέρχεται από κάποια φλεγμονή του αδένα του προστάτη ή αναπτύσσεται στην ουροδόχο κύστη εξαιτίας κάποιας μεγέθυνσης του προστάτη. Οι λοιμώξεις της ουροδόχου κύστης στους άνδρες, εκτός κι αν προέρχονται από φανερή αιτία, συνήθως απαιτούν λεπτομερή εκτίμηση, όπως ακτινογραφία των νεφρών και πιθανόν κυστεοσκόπηση, κάποια εξέταση με έναν ευέλικτο σωλήνα, που εισάγεται διαμέσου της ουρήθρας.

Στα συμπτώματα της κυστίτιδας περιλαμβάνεται η επώδυνη αίσθηση ή κάψιμο κατά την ούρηση, η συχνή και πολλές φορές επιτακτική ανάγκη ούρησης και περιστασιακά πόνοι κατά την οσφύ. Αυτά τα συμπτώματα μαζί με αίμα στα ούρα, είναι γνωστά ως αιμορραγική κυστίτιδα και συμβαίνει συχνά στις γυναίκες. Αν και προκαλεί εξαιρετική φοβία είναι πολύ συχνά ελάχιστονο σημασίας και εύκολα θεραπεύσιμη. Στους άνδρες η

εμφάνιση αίματος στα ούρα δεν είναι συνηθισμένη κι ενδέχεται να μην είναι αιμορραγική κυστίτιδα και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.⁷

Εκτός απ' την οπτική διαπίστωση αίματος στα ούρα, συμπτώματα επίσης είναι υψηλός πυρετός, ρίγη, πόνους στην άνω πλάτη. Με ή χωρίς κανένα απ' τα παραπάνω συμπτώματα συνήθως σημαίνει λοίμωξη των νεφρών και απαιτείται τότε άμεση ιατρική φροντίδα.

Η θεραπεία στο πρώτο στάδιο της κυστίτιδας πραγματοποιείται με αντιβιοτικά που λαμβάνονται απ' το στόμα για διάστημα επτά έως δέκα ημέρες. Επανεμφάνιση της ασθένειας μπορεί ν' αντιμετωπιστεί με τον ίδιο τρόπο, αν αυτή οφείλεται σε διαφορετικό μικροοργανισμό. Είναι σημαντικό να τηρούνται με ακρίβεια οι δοσολογίες των φαρμάκων. Αν έχουμε παρουσία λίθων, αυτοί θα χρειαστεί να απομακρυνθούν με χειρουργική επέμβαση, ή με πιο σύγχρονες μεθόδους, όπως η λιθοτριψία.⁷

1.3β. Σπειραματονεφρίτιδα

Η σπειραματονεφρίτιδα είναι μια φλεγμονή των τριχοειδών αγγείων στο σημείο του φίλταρις των νεφρών, ονομαζόμενα σπειράματα, όπου οι άχρηστες ουσίες απόβālονται απ' το αίμα και σχηματίζουν τα ούρα.

Η ασθένεια μπορεί να προκληθεί από κάποια λοίμωξη των νεφρών, αλλά πολύ συχνά οφείλεται σε κάποια αλλεργία ή ανοσοποιητική ανεπάρκεια στις λοιμώξεις σε άλλα σημεία του οργανισμού, ειδικότερα στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις όπως ο στρεπτόκοκκος του ρινοφάρυγγα ή σε φάρμακα. Η ανοσοποιητική ανεπάρκεια συμβαίνει, όταν παρουσιασθεί κάποια φλεγμονή στα τριχοειδή αγγεία του σπέρματος. Τα τριχοειδή υπεραιμούν και περιβάλλονται από ερυθρά αιμοσφαίρια και πύον. Δημιουργούνται υγρά στους γύρω ιστούς και μερικές φορές προκαλούν διόγκωση των νεφρών. Αν η ασθένεια συνεχίζει να βρίσκεται σε εξέλιξη, οι λεπτότατες αρτηρίες των νεφρών σκληραίνονται και μερικές τραυματίζονται, έτσι που κάποιες χάνουν την ικανότητα μεταφοράς αίματος. Τα μερη των νεφρών που εφοδιάζονται με αίμα απ' αυτές συρρικνώνονται κι αλλάζουν μορφή. Το τελικό αποτέλεσμα είναι ολική ανεπάρκεια των νεφρών μετά από χρόνια. Όμως, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών με οξεία σπειραματονεφρίτιδα αναρρώνουν μέσα

σ' ένα ή δύο χρόνια. Μόνο 5 έως 20% αναπτύσσουν χρόνια σπειραματονεφρίτιδα. Η ασθένεια επηρεάζει αμφοτέρους τους νεφρούς.

Αν και πολλά διαφορετικά είδη λοιμώξεων μπορούν να οδηγήσουν στη σπειραματονεφρίτιδα, συμπεριλαμβανομένων της πνευμονίας, βακτηριακών λοιμώξεων της καρδιάς, δευτερογενούς σύφιλης, ελονοσίας, ηπατίτιδας κι ιλαράς, η πιο συνηθισμένη αιτία είναι η στρεπτοκοκκική λοίμωξη του ρινοφάρυγγα, των αμυγδαλών ή του δέρματος.⁷

Τα συμπτώματα της σπειραματονεφρίτιδας αρχίζουν μία ως έξι εβδομάδες μετά την αρχική λοίμωξη, όπως αυτή της στρεπτοκοκκικής ρινοφαρυγγίτιδας. Ο ασθενής παρουσιάζει πονοκεφάλους, χαμηλό πυρετό, διογκωμένο πρόσωπο, πόνους στην περιοχή μεταξύ των πλευρών και της οσφυϊκής χώρας και ελάττωση των ούρων που αποβάλλει. Τα ούρα μπορεί να περιέχουν αίμα ή να έχουν καφέ χρώμα. Είναι δυνατό να παρουσιάζει δύσπνοια ταυτόχρονα με αύξηση της καρδιακής συχνότητας και αύξηση της πίεσης του αίματος. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις η επιδεινούμενη κατάσταση του οργανισμού απ' την συσσώρευση υγρών μπορεί να προκαλέσει τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας, συμπεριλαμβανομένων ταχυκαρδίας, μεγέθυνση της καρδιάς και συμφόρησης των πνευμόνων.

Η θεραπεία περιλαμβάνει κατάκλιση μία έως δύο εβδομάδες μετά την αποκατάσταση της κανονικής νεφρικής λειτουργίας που αποδεικνύεται μετά τις εξετάσεις αίματος, ούρων και της αρτηριακής πίεσης. Το νάτριο και οι πρωτεΐνες μπορεί να περιορισθούν ή ν' απαγορευτούν για ένα διάστημα. Η κατανάλωση υγρών περιορίζεται μέχρις ότου η ποσότητα των ούρων που αποβάλλονται επιστρέψει στο φυσιολογικό επίπεδο. Η ανεπάρκεια της καρδιάς αντιμετωπίζεται με περιορισμό των αλάτων και του νερού, καθώς και με τη χρήση οξυγόνου και φαρμάκων. Κάθε λοίμωξη αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά με αντιβιοτικά.⁷

Αν η ασθένεια επιμένει ακόμη μετά την πάροδο ενός χρόνου, μπορεί να χαρακτηριστεί χρόνιας μορφής. Τυπικά, η βλάβη στους νεφρούς συνεχίζει την πορεία της, αλλά τόσο ανεπαίσθητα, ώστε ο ασθενής δε παρουσιάζει συμπτώματα, εκτός από αποδείξεις στα ούρα, περιλαμβανομένης της πρωτεΐνης και των ερυθρών και λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος. Η φυσιολογική ζωή μπορεί πιθανόν να επικυμανθεί για 20 ή 30 χρόνια μέχρις ότου οι νεφροί δε θα μπορέσουν πια να λειτουργήσουν περισσότερο. Κατά το χρο-

νικό αυτό διάστημα μπορεί να πραγματοποιηθεί μεταμόσχευση νεφρού ή περιοδικός καθαρισμός του αίματος με αιμοκάθαρση, που είναι αναγκαία για τη ζωή.

Προφύλαξη απ' τις λοιμώξεις, τους τραυματισμούς και ανάπαυση μπορεί να βοηθήσει στη πρόληψη της ασθένειας. Η λήψη πρωτεΐνης μπορεί να χρειασθεί να τεθεί υπό περιορισμό, εξαρτώμενη απ' τη λειτουργία των νεφρών. Η μεγάλη κατανάλωση υγρών και η φυσιολογική δραστηριότητα είναι επιθυμητά, αλλά υπέρμετρες ασκήσεις πρέπει να αποφεύγονται για να προλαμβάνουν την κούραση.⁷

1.3γ. Ακράτεια

Ακράτεια είναι η απώλεια του ελέγχου της σύρσης ή της αφόδευσης. Συμβαίνει συχνά στα παιδιά και στα ηλικιωμένα άτομα. Περισσότερο συχνά η ακράτεια από κάποια άλλη πρωταρχική ασθένεια, όπως προβλήματα με το ουροποιητικό σύστημα, λοίμωξη ή πόνοι ή προβλήματα με τους μυς που ελέγχουν την ουροδόχο κύστη και το έντερο. Μπορεί επίσης να προκληθεί από επιληπτικές κρίσεις, από όγκους, τραυματισμούς στον εγκέφαλο ή το νωτιαίο μυελό ή από εγκεφαλικό επεισόδιο. Η επιτυχής αντιμετώπιση και θεραπεία της πρωταρχικής ασθένειας εξαφανίζει το πρόβλημα της ακράτειας.

Ακράτεια από υπερένταση είναι η μη ηθελημένη απώλεια ούρων με τον βήχα, φτέρνισμα, τέντωμα ή το γέλιο. Αυτός ο τύπος της ακράτειας είναι συνηθισμένος στις γυναίκες, των οποίων οι μύες παρουσιάζουν αδυναμία από τον τοκετό.⁷

1.3δ. Νεφρολιθίαση

Οι νεφρικοί λίθοι είναι αποθέματα μεταλλικών ή οργανικών ουσιών που σχηματίζονται στους νεφρούς. Οι διαστάσεις τους μπορεί να ποικίλουν από μικρούς κόκκους μέχρι μεγέθους καρυδιού.

Ο σχηματισμός νεφρικών λίθων εξαρτάται απ' το είδος και την υπερσυγκέντρωση των ουσιών που απαντώνται στα ούρα, τη μείξη νερού και άχρηστων προϊόντων που παράγονται στους νεφρούς και αποβάλλονται από το σώμα. Όταν παρουσιάζεται ανωμαλία, μεγάλες ποσότητες μετάλλων, όπως νάτριο, συγκεντρώνονται στα ούρα, δημιουργούν σκληρές μάζες και λίθους στους νεφρούς.

Αίτια

Αυξημένα επίπεδα ασβεστίου στα ούρα μπορεί να προέρχονται από κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων γάλακτος. Τρώγοντας τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνη D, οι οποίες βοηθούν τον οργανισμό ν' απορροφά το ασβέστιο, συμβάλλουν επίσης στην υερσυσσώρευση του ασβεστίου. Επιπρόσθετα σπασμένα οστά μπορεί να απελευθερώνουν επιπλέον ασβέστιο το οποίο μπορεί να συμπυκωθεί σε λίθους στους νεφρούς.

Ορισμένες ασθένειες επιταχύνουν την συσσώρευση μεταλλικών αποθεμάτων στους νεφρούς, π.χ. η ουρική αρθρίτιδα, η οποία προέρχεται από υψηλά επίπεδα ουρικού οξέος στο αίμα (ένα άχρηστο προϊόν από τη διάσπαση των πρωτεϊνών), το οποίο κρυσταλλοποιείται σε λίθους στα ούρα.

Ουροποιητικές λοιμώξεις που εμποδίζουν την λειτουργία της ουροδόχου κύστης μπορεί επίσης να προκαλέσουν επίσχεση των ούρων, τα οποία έτσι παρουσιάζουν υψηλότερες συγκεντρώσεις στοιχείων, τα οποία μπορεί να συμπυκθούν σε λίθους. Επιπρόσθετα, η υπερλειτουργία των παραθυρεοειδών προκαλεί αύξηση της μεταλλικής απορρόφησης στον οργανισμό κι αυτό είναι δυνατόν να οδηγήσει στην ανάπτυξη την αιτία των νεφρικών λίθων.⁷

Μέσης ηλικίας άνδρες κι άτομα με ουρική αρθρίτιδα ή χρόνιες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος είναι περισσότερο ευαίσθητα στη δημιουργία νεφρικών λίθων. Όμως, σε πολλές περιπτώσεις κανένας δε μπορεί να υποδείξει την αιτία των νεφρικών λίθων.

Οι νεφρικοί λίθοι μπορεί να παραμένουν ανενεργοί για χρόνια και να μη παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα. Απ' την άλλη πλευρά, μερικοί λίθοι μπορούν να προκαλούν προβλήματα καθώς αυτοί περνούν εκτός των νεφρών. Τα προβλήματα αυτά περιλαμβάνουν τους ισχυρούς πόνους κι ευαισθησία πάνω απ' τον προσβεβλημένο νεφρό, συχνά προκαλούν επώδυνη ούρηση, ναυτία, αίμα στα ούρα, πυρετό, ρίγη και υπέρμετρη κατάπτωση.

Κάποιο περισσότερο σοβαρό περιστατικό δημιουργείται, καθώς λίθοι εισέρχονται στους αγωγούς που μεταφέρουν τα ούρα απ' τους νεφρούς στην ουροδόχο κύστη, όπου καταλύουν και προκαλούν αφόρητους πόνους στη λεκάνη, στη κοιλιά και στα όργανα αναπαραγωγής. Αν η έμφραξη συμβεί στην ουρήθρα, ο αγωγός που μεταφέρει τα ούρα απ' την ουροδόχο κύστη εκτός του σώματος ελαττώνεται η ποσότητα των εξερχομένων

ούρων. Τα παγιδευμένα ούρα μπορεί να επιστρέψουν πίσω, τεντώνοντας και τραυματίζοντας το ουροποιητικό σύστημα. Αυτή η περίπτωση απαιτεί άμεση φαρμακευτική αγωγή για την πρόληψη περαιτέρω δυσάρεστων καταστάσεων, όπως η απώλεια συνείδησης, σοκ και πιθανόν βλάβη στους νεφρούς.

Οι νεφρικοί λίθοι που είναι πολύ μικροί για να επισημανθούν, μπορούν να προκαλέσουν ζημιές στους ευαίσθητες ιστούς καθώς μετακινούμενοι διαμέσου του ουροποιητικού συστήματος δημιουργούν αμυχές στις εσωτερικές επιφάνειες του οργάνου προκαλώντας έτσι εσωτερικά τραύματα.⁷

Για να προσδιοριστεί ο τύπος των νεφρικών λίθων, ο γιατρός αναλύει δείγματα αίματος και ούρων. Ακτινογραφίες ή υπερηχογραφήματα κατά τα οποία στέλνονται υψηλής συχνότητας ηχητικά κύματα στα εσωτερικά όργανα του σώματος και με την επιστροφή τους σχηματίζουν την εικόνα τους, αποκαλύπτοντας τη θέση και φύση των λίθων.

Η επανεμφάνιση νεφρικών λίθων μπορεί συχνά να ελεγχθεί με το διαιτολόγιο. Περιορίζοντας ή αποφεύγοντας την κατανάλωση τροφών με υψηλά επίπεδα μετάλλων που δημιουργούν τους λίθους μπορεί να προλάβουν την επιδείνωση της κατάστασης και τον σχηματισμό νέων λίθων.

Απ' τη στιγμή που το ασβέστιο συμβάλλει στην δημιουργία νεφρικών λίθων στις περισσότερες περιπτώσεις, το διαιτολόγιο πρέπει να περιλαμβάνει μικρές ποσότητες γαλακτοκομικών προϊόντων και τροφών με βιταμίνη D. Οι ασθενείς που έχουν ουρική αρθρίτιδα οφείλουν να περιορίσουν την κατανάλωση πρωτεϊνών, αφού το ουρικό οξύ είναι υποπροϊόν της πρωτεΐνης.

Ακόμη δεν υπάρχουν φάρμακα διαθέσιμα να διαλύσουν τους νεφρικούς λίθους. Ο γιατρός μπορεί να συστήσει παυσίπονα, εφόσον ο πόνος απ' την μετακίνηση των λίθων είναι δυνατός. Επίσης, άλλα φάρμακα αποτρέπουν την απορρόφηση του ασβεστίου απ' το αίμα.

Για πολύ μεγάλους νεφρικούς λίθους που δεν είναι δυνατόν ν' αποβληθούν με τα ούρα φυσιολογικά έξω, συνίσταται χειρουργική επέμβαση για την απομάκρυνσή τους.

Μια νέα μέθοδος περιλαμβάνει την χρήση μικροκυμάτων που συντρίβουν τους λίθους έτσι, που να μπορούν να εξέλθουν του ουροποιητικού συστήματος.⁷

Για να προσδιοριστεί επανεμφάνιση νεφρικών λίθων, οι ασθενείς χρειάζεται να πίνουν περίπου τρία με τέσσερα λίτρα νερού την ημέρα για την αραιώση των ούρων τους. Πίνοντας μεγάλες ποσότητες, μερικές φορές και κατά τη διάρκεια της νύχτας, περιορίζουν τη συγκέντρωση ούρων και έτσι δεν μπορούν να σχηματισθούν λίθοι. Το πλεονάζον νερό μπορεί επίσης να απομακρύνει απ' το σύστημα τους μικρούς λίθους.⁷

1.3ε. Λευκωματουρία

Η πρωτεϊνουρία είναι ένα σύμπτωμα νεφρικών παθήσεων που χαρακτηρίζονται από υπερβολικές ποσότητες πρωτεϊνών στα ούρα.

Αίτια

Η πρωτεϊνουρία μπορεί να προκληθεί, εκτός άλλων περιπτώσεων, από νεφρικές δυσλειτουργίες, καρδιοπάθεια ή κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών, εγκυμοσύνη και μεταβολές της εφηβείας καθώς και σε εντατική προπόνηση σε ορισμένα σπορ, όπως το τζόκινγκ, μαραθώνιος δρόμος και πυγμαχία.

Στις περισσότερες περιπτώσεις πρωτεϊνουρίας στους ενήλικες, η διαταραχή διαγνώσκεται κατά πρώτον σε κάποια περιοδική φυσική εξέταση. Συνήθως το άτομο δεν θα έχει εμπειρία συμπτωμάτων και θα αισθάνεται τελικώς υγιές χωρίς καμία απόδειξη νεφρικής ασθένειας. Η συνολική ποσότητα πρωτεϊνών στα ούρα στα πρώτα στάδια διάγνωσης των περιστατικών είναι συνήθως μικρότερη από 1000 mg την ημέρα (η φυσιολογική είναι μικρότερη από 150 mg την ημέρα). Έτσι κι αλλιώς, η πλειοψηφία των ασθενών δε δείχνουν καμία αποδιοργάνωση της νεφρικής λειτουργίας. Στα μισά απ' τα περιστατικά που διαγνώσκονται, η πρωτεϊνουρία παύει να υφίσταται αυτόματα σε διάστημα ενός ή περισσότερων ετών. Όμως, υπάρχουν περιστατικά κατά τα οποία οι ασθενείς συνεχίζουν να χάνουν μεγαλύτερες ποσότητες πρωτεϊνών στα ούρα. Τελικά, μπορεί να προκληθούν υψηλή πίεση αίματος και νεφρική ανεπάρκεια.⁷



Όταν η πρωτεϊνουρία είναι σταθερή, πρέπει να γίνονται σε τακτική βάση μετρήσεις της πρωτεΐνης. Σ' αυτές τις εξετάσεις υπολογίζεται το ολικό ποσό των πρωτεϊνών που αποβάλλονται με τα ούρα σε διάστημα 24 ωρών.

Η θεραπεία της πρωτεϊνουρίας εξαρτάται απ' την περίπτωση και τη σοβαρότητά της. Καθώς πρωτοαναφέραμε, σε πολλά περιστατικά εξαφανίζονται αυτόματα. Όμως οι ασθενείς οφείλουν να είναι προσεκτικοί στις κινήσεις τους και να εξετάζονται κανονικά προκειμένου να επισημανθεί κάθε αλλαγή στην κατάστασή τους. Κάθε αλλαγή των επιπέδων των πρωτεϊνών πρέπει να προσέχεται ιδιαίτερα με άλλες κατάλληλες εξετάσεις της λειτουργίας των νεφρών.⁷

1.3στ. Πυελονεφρίτιδα

Η Πυελονεφρίτιδα είναι φλεγμονή των νεφρών που προκαλείται από βακτήρια, που επηρεάζουν τις νεφρικές πυέλους (σχήματος χωνοειδούς) του άνω άκρου ουρητήρων όπου τους συνδέουν με το νεφρό. Υπάρχουν δύο τύποι πυελονεφρίτιδας, η κατιούσα και η ανιούσα. Στον τύπο της ανιούσας, τα βακτηρίδια της κυκλοφορίας του αίματος επηρεάζουν πρώτα τους νεφρικούς ιστούς και στη συνέχεια «κατέρχονται» ή μετακινούνται προς τα κάτω προκαλώντας λοίμωξη στην πύελο των νεφρών. Ο περισσότερο συνηθισμένος τρόπος της ανιούσας, προσβάλλει πρώτα την ουροδόχο κύστη και στη συνέχεια η λοίμωξη επεκτείνεται προς τα άνω επηρεάζοντας τους νεφρούς.

Αίτια

Οι αιτίες της πυελονεφρίτιδας μπορεί να περιλαμβάνουν ουλές, από προηγούμενες λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, μη φυσιολογική ανάπτυξη του προστάτη, νεφρικούς λίθους και όγκους, στάση των ούρων οφειλούμενη στην αντίστροφη ροή από την ουροδόχο κύστη, σακχαρώδη διαβήτη καθώς και εγκυμοσύνη.⁷

Τα συμπτώματα της πυελονεφρίτιδας είναι πόνοι χαμηλοί στην κοιλιά και πίσω στη λεκάνη, δυσκολία στην ούρηση, οιδήματα (πρήξιμο, συμπεριλαμβανομένης και της διόγκωσης των περιοχών κάτω από τους οφθαλμούς), εγκεφαλικές διαταραχές, ναυτία, εμετοί και σε εξαιρετικές περιπτώσεις απώλεια συνείδησης. Αν και μερικές περιπτώσεις χρόνιας πυελονεφρίτιδας μπορεί να προέρχεται από κάποια οξεία ή αρχική προσβολή, με επιμένουσες και επαναλαμβανόμενες χαρακτηριστικές λοιμώξεις που επακολουθούν, υπάρχουν πολλά περιστατικά κατά τα οποία δεν υπάρχει προηγουμένως η οξεία αυτή φάση. Συχνά οι ασθενείς δεν έχουν πραγματικές αποδείξεις από προηγούμενες ή τρέχουσες λοιμώξεις.

Η οξεία πυελονεφρίτιδα αντιμετωπίζεται με αντιβιοτικά λαμβανόμενα απ' το στομα ή ενδοφλεβείως. Η υποτροπή επεισοδίων πρέπει ν' αντιμετωπισθεί με μια σειρά κατάλληλων αντιβιοτικών. Η χρόνια πυελονεφρίτιδα απαιτεί προσεκτικές ενέργειες και συχνές επανεκτιμήσεις. Οι ασθενείς πρέπει να προβαίνουν σε φαρμακευτική αγωγή με κάποιο αντιβιοτικό, που θα λαμβάνουν ακόμη κατά τις περιόδους που δεν εμφανίζουν συμπτώματα για την μακροπρόθεσμη θεραπεία της ασθένειας.⁷

1.3ζ. Καρκίνος των νεφρών

Οι όγκοι των νεφρών σπάνια είναι καλοήθεις. Τα νεοπλάσματα διαίρονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: (α) όγκους που αναπτύσσονται από εμβρυικούς ιστούς, (β) όγκους που προέρχονται απ' το νεφρικό παρέγχυμα και (γ) όγκους που αναπτύσσονται στις νεφρικές πυέλους ή τους κάλυκες ενηλίκων.

Τα νεφροβλαστώματα είναι οι πιο συχνές νεοπλασίες που συμβαίνουν στα παιδιά, αναπτύσσονται από εμβρυικούς ιστούς και περιέχουν στοιχεία επιθηλιακά και μεσοδερμικά. Σπάνια παρατηρούνται αμφοτερόπλευρα. Εμφανίζονται στα παιδιά κάτω των 7 χρόνων.

Όγκοι του νεφρικού παρεγχύματος είναι τα υπερνεφρώματα ή αδενοκαρκινώματα. Είναι τα συχνότερα νεοπλάσματα των ενηλίκων και σπάνια παρουσιάζονται πριν την ηλικία των 30 χρονών. Συνήθως είναι μονόπλευροι, προέρχονται από επιθηλιακό ιστό και είναι συνήθως εγκυστωμένοι. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα απ' τις γυναίκες. Ορισμένες θεωρίες υπαινίσσονται ότι υπάρχουν ορμονικές σχέσεις. Η ανάπτυξη αυτών των νεοπλασμάτων συμβάλλει στη συμπίεση του νεφρικού ιστού που τους περιβάλλει και τη μετατόπιση και παραμόρφωση της νεφρικής πυέλου, των καλύκων και των αιμοφόρων αγγείων.

Χαρακτηριστικά των αδενοκαρκινωμάτων είναι η εισβολή τους μέσα στη νεφρική φλέβα κι η μετάστασή τους στο ήπαρ, στους πνεύμονες και τα μικρά οστά.

Οι όγκοι της νεφρικής πυέλου ή των καλύκων είναι τα θηλώδη καρκινώματα, που είναι λιγότερο συχνά. Πιστεύεται ότι προκαλούνται από καρκινογόνες ουσίες που υπάρχουν στα ούρα και προέρχονται απ' το επιθήλιο της νεφρικής πυέλου. Τα νεοπλάσματα αυτά συχνά σχετίζονται με εκείνα της κύστης και της ουρήθρας. Και ενώ συχνά συμμετέ-

χουν οι τοπικοί λεμφαδένες και η νεφρική φλέβα, η μετάσταση σε απομακρυσμένα όργανα είναι συνήθης.⁷

Ανεξάρτητα απ' την προέλασή τους, τα νεφρικά νεοπλάσματα παρακωλύουν τη ροή των ούρων ή καταστρέφουν νεφρικό ιστό. Τα πιο πολλά αναπτύσσονται ύπουλα και σχετικά γρήγορα και στα αρχικά τους στάδια συνήθως είναι ασυμπτωματικά. Ο σκοπός της θεραπευτικής αγωγής είναι η εκρίζωση του όγκου και η πρόληψη μεταστάσεων.⁷

Κεφάλαιο 2^ο

Νεφρική ανεπάρκεια

Νεφρική ανεπάρκεια είναι μια κατάσταση στην οποία οι νεφροί αδυνατούν να αποβάλλουν τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού ή να εκτελέσουν τις ρυθμιστικές τους λειτουργίες. Έτσι, προϊόντα που φυσιολογικά αποβάλλονται με τα ούρα συσσωρεύονται στο υγρό του οργανισμού και οδηγούν σε αποδιοργάνωση των ενδοκρινικών και μεταβολικών λειτουργιών, καθώς επίσης και σε διαταραχές υγρών, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας. Η νεφρική ανεπάρκεια είναι συστηματική νόσος και αποτελεί το τελικό μονοπάτι πολλών παθήσεων των νεφρών και της ουροφόρου οδού.⁸

2.1. Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια ονομάζουμε την αιφνίδια μείωση της νεφρικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα την αδυναμία απέκκρισης των προϊόντων του μεταβολισμού. Με τη σειρά της αυτή διαδικασία προκαλεί αύξηση της ουρίας του αίματος και άλλων παραγώγων του αζώτου. Ανάλογα με τη σοβαρότητα και τη διάρκειά της, η ONA είναι συχνά παροδική και, με προσεκτική νοσηλευτική φροντίδα, ο ασθενής μπορεί ν' ανακτήσει τη φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Παρόλα αυτά, χωρίς κατάλληλη εξειδικευμένη θεραπεία, ο ασθενής δεν έχει την ευκαιρία ν' ανακτήσει πλήρως τις δυνάμεις του και περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια ή τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια (ΤΣΝΑ).⁹

Η ONA χωρίζεται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες :

- Προνεφρικά αίτια **α** έχουν σχέση με την ανεπαρκή διάχυση των νεφρών που, όμως, έχουν φυσιολογική δομή,
- Νεφρικά αίτια **β** έχουν σχέση με βλάβη στο νεφρικό παρέγχυμα, μερικές φορές ως αποτέλεσμα των προνεφρικών προβλημάτων,
- Μετανεφρικά αίτια **γ** έχουν σχέση με την επηρεασμένη ουροποιητική λειτουργία των δύο νεφρών ή του ενός νεφρού που λειτουργεί.⁹

Επιπλέον, ίσως εκδηλωθεί οξεία βλάβη σε κάποιον ασθενή με υπάρχουσα χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, που μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω δομική βλάβη. Αυτή η μορφή περιγράφεται ως οξεία νεφρική ανεπάρκεια σε έδαφος χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Προνεφρική Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια

Τα προνεφρικά αίτια της ONA σχετίζονται άμεσα με καταστάσεις υπολειτουργίας των νεφρών ή με μείωση παροχής αίματος στους νεφρούς. Η δομή των νεφρών είναι φυσιολογική. Παρόλα αυτά, όταν μειώνεται η νεφρική αιματική παροχή, μειώνεται η σπειραματική διήθηση, προκαλώντας έτσι μειωμένη διάχυση των νεφρών. Το τελικό αποτέλεσμα είναι μειωμένη αιματική ροή στα σπειράματα που οδηγεί σε ανεπαρκή διήθηση, λόγω της ανεπαρκούς αιματικής ροής. Χωρίς έναν αποτελεσματικό ρυθμό ροής του νεφρικού πλάσματος είναι αδύνατον τα σπειράματα να διηθήσουν τα άχρηστα προϊόντα του αίματος. Η δομή των νεφρικών σωληνάρων όμως παραμένει ανεπηρέαστη.

Σ' αυτό το προνεφρικό στάδιο, η ωσμωτικότητα των ούρων είναι υψηλή και το νατριο χαμηλό, ως αποτέλεσμα της νεφρικής υποδιάχυσης και της καλά διατηρημένης νεφρικής λειτουργίας. Εάν σε αυτό το στάδιο μπορεί ν' αποκατασταθεί η νεφρική αιματική ροή, τότε θ' ανακτηθεί και η φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Παρόλα αυτά, εάν επιμηκυνθεί το προνεφρικό στάδιο, τότε ίσως οδηγηθούμε σε ισχαιμική βλάβη λόγω ελλιπούς διάχυσης, πράγμα που με τη σειρά του θα οδηγήσει σε οξεία σωληναριακή νέκρωση.⁹

Η σημασία της πρώιμης αναγνώρισης, διάγνωσης και θεραπείας της προνεφρικής ανεπάρκειας είναι ζωτική για την πρόληψη της εξέλιξης σε νεφρική ανεπάρκεια και παρεγχυματική βλάβη.

Νεφρική Ανεπάρκεια

Αναφέρεται και ως παρεγχυματική – εγγενής (εσωτερική) ή ενδονεφρική ανεπάρκεια και σχετίζεται με δομική βλάβη στα σπειράματα αγγεία και στα νεφρικά σωληνάκια. Η διαφορά ανάμεσα στην προ - / μετανεφρική ανεπάρκεια και τη νεφρική ανεπάρκεια είναι ότι στη νεφρική ανεπάρκεια η διόρθωση της αιτίας δεν θα εξασφαλίσει πλήρη διόρθωση της νεφρικής λειτουργίας, λόγω της βλάβης του ίδιου του νεφρώνα. Εδώ το επεισόδιο της ONA ίσως έχει μεγάλη διάρκεια και μπορεί συχνά να οδηγήσει σε ΧΝΑ.⁹

Η κλινική πορεία της εγγενούς νεφρικής ανεπάρκειας είναι συχνά περίπλοκη και εξαρτάται απ' τις υποβόσκουσες ανωμαλίες. Η ανάρρωση είναι πιθανόν να επιμηκυνθεί για περίπου 6 εβδομάδες.

Παρακάτω παρουσιάζονται μερικές αιτίες της εγγενούς νεφρικής ανεπάρκειας.

1. Οξεία εγγενής νεφρίτιδα

Αυτή η κατάσταση συχνά ακολουθεί μετά τη χρήση φαρμάκων, όπως τα αντιβιοτικά, τα αναλγητικά και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Οι λοιμώξεις μπορεί να προκαλέσουν παρόμοια κλινική και παθολογική εικόνα. Σε αυτές περιλαμβάνονται η σαλμονέλα, ο στρεπτόκοκκος, ο μηνιγγιτιδόκοκκος, η λεπτοσπείρωση και πολλές άλλες ιογενείς διαταραχές. Άλλες κατηγορίες εγγενούς νεφρίτιδας προκαλούνται είτε από συστηματική νόσο, όπως ο ΣΕΛ και η σαρκοείδωση είτε εμφανίζονται ως πρωτοπαθής νόσος.

Κλινικά Χαρακτηριστικά

Πυρετός, εξάνθημα, αρθραλγίες, πόνος στη πλάτη, ηωσινοφιλία.

Η ONA είναι δυνατόν να μην εμφανιστεί μέσα σε λίγες ώρες απ' τη χρήση φαρμάκων που προαναφέρθηκαν.

2. Ραβδομύλυση

Μια βασική αιτία της ONA τοξικής μορφής είναι η ραβδομύλυση, που είναι αποτέλεσμα της απελευθέρωσης στο πλάσμα ουσιών απ' τους σκελετικούς μυς που περιέχουν μυοσφαιρίνη.

Η ραβδομύλυση συχνά προκαλείται από τραύμα, για παράδειγμα συμπίεστική κάκωση ή νέκρωση των ιστών λόγω πίεσης. Προκαλεί βλάβη στους σκελετικούς μυς και έτσι οι χρωστικές της μυοσφαιρίνης απελευθερώνονται στο πλάσμα. Η μυοσφαιρίνη εί-

ναι μια χρωστική ερυθρών κι είναι δυνατόν να γίνει νεφροτοξική σε πολύ υψηλά επίπεδα.⁹

Κλινικά Χαρακτηριστικά

Τα ούρα είναι συχνά σκουρόχρωμα, λόγω της παρουσίας μυοσφαιρίνης. Οι ασθενείς συχνά παρουσιάζονται με οξεία νόσο με πυρετό, αδυναμία, αδιαθεσία, πόνο, ναυτία και εμετούς.

3. Νεφρική ανεπάρκεια και ηπατική νόσος

Η ΟΝΑ έχει συχνά σχέση με οξεία υπατική βλάβη που προέρχεται από υπερδοσολογία παρακεταμόλης, κυκλοφορικό shock, σοβαρή σηπτική λεπτοσπείρωση. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια, επίσης, ίσως εμφανιστεί μετά από χειρουργείο στη χοληφόρο οδό. Για τον ασθενή με προχωρημένη ηπατική νόσο η εμφάνιση της νεφρικής ανεπάρκειας ονομάζεται και ηπατονεφρικό σύνδρομο. Η σηψαιμία, η διαταραχή υγρών και ηλεκτρολυτών ή η υποογκαιμία από γαστρεντερική αιμορραγία είναι συχνές αιτίες του συνδρόμου. Αυτοί οι ασθενείς, συχνά χρειάζονται εντατική νοσηλευτική φροντίδα και η κατάλληλη επιλογή θεραπείας είναι μέγιστης σημασίας.⁹

4. Φλοιώδης νέκρωση

Η φλοιώδης νέκρωση είναι δυνατόν να ακολουθήσει οποιαδήποτε οδό της έντονης ή της παρατεταμένης ισχαιμίας. Η κατάσταση αυτή σχετίζεται, επίσης, με σηψαιμία, σοκ, αντιδράσεις από μετάγγιση και εγκαύματα. Η βιοψία νεφρού αποκαλύπτει ανομοιόμορφη νέκρωση των σπειραμάτων, των σωληνάρων και των μικρών αγγείων του φλοιού του νεφρού. Ο μυελός του νεφρού παραμένει ανέπαφος, αλλά ο φλοιός επηρεάζεται και ασβεστοποιείται, πράγμα που μπορεί να φανεί σε μια απλή ακτινογραφία κοιλιάς.

Η επανεμφάνιση των νεφρών είναι συχνά μια αργή διαδικασία, αλλά αν η φλοιώδης νέκρωση είναι εκτεταμένη, η ανάρρωση είναι απίθανη και ο ασθενής θα πρέπει να ενταχθεί σε πρόγραμμα διύλισης.

5. Οξεία σωληναριακή νέκρωση

Η οξεία νεφρική ανεπάρκεια λόγω ισχαιμικών αλλαγών ή τοξικών νεφρικών τραυματισμών αποτελεί ένα κλινικό σύνδρομο που συχνά ονομάζεται οξεία σωληναριακή νέκρωση. Είναι πολύ συχνή αιτία ΟΝΑ και έχει υψηλό ποσοστό θνησιμότητας, γύρω στο 50%. Προκαλεί βλάβη στο σωληναριακό τμήμα του νέφρωνα. Δυστυχώς παρά τα 35 χρόνια εφαρμογής της αιμοκάθαρσης, δεν έχει παρατηρηθεί πρόοδος στην έκβαση της οξείας σωληναριακής νέκρωσης.⁹

Αν και η αιτιολογία της ΟΣΝ ποικίλει, ο πιο συνηθισμένος παράγοντας είναι η μείωση της παροχής οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών στα μεταβολικά ενεργά σωληναριακά κύτταρα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή παύση της λειτουργίας των κυττάρων και την ανομοιόμορφη νέκρωση. Ευτυχώς, τα σωληναριακά κύτταρα μπορούν ν' αναγεννηθούν και να ξαναδημιουργήσουν τη βασική μεμβράνη. Ο στόχος είναι να κρατηθεί στη ζωή ο ασθενής στη διάρκεια της φάσης αναγέννησης. Μπορεί να επιτευχθεί πλήρης ανάρρωση, εάν εφαρμοστεί γρήγορα η κατάλληλη θεραπεία. Τα περισσότερα επεισόδια εγγενούς νεφρικής ανεπάρκειας προκαλούνται από οξεία ισχαιμία, λόγω έκθεσης σε τοξικές ουσίες, όπως φάρμακα ή βακτηριακές ενδοτοξίνες.

6. Νεφροτοξικότητα

Σε οποιοδήποτε ασθενή με ΟΝΑ, κυρίως με οξεία σωληναριακή νέκρωση, πιθανή αιτία μπορεί να είναι η χορήγηση κάποιου θεραπευτικού παράγοντα. Οι θεραπευτικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τον νεφρό σε οποιαδήποτε απ' τις τρεις κατηγορίες.

Η ισχαιμική ΟΝΑ συχνά σχετίζεται με ανεπαρκή διάχυση στον νεφρό, έτσι ώστε το προσαγωγό και απαγωγό αρτηρίδιο είναι ανίκανο να διατηρήσει την αυτορυθμιστική του λειτουργία, με αποτέλεσμα πτώση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης. Η διακοπή της παροχής αίματος στον νεφρό συμβαίνει συχνά σε μεγάλες αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις, π.χ. αορτική παράκαμψη, και πολύ πιθανό να προκληθεί ισχαιμία.⁹

7. Μετανεφρική ανεπάρκεια

Οι μετανεφρικοί παράγοντες επηρεάζουν τη ροή των ούρων. Η επίδραση αυτή στον έναν νεφρό δεν θα προκαλέσει νεφρική ανεπάρκεια με εξαίρεση τα άτομα που έχουν έναν νεφρό. Έτσι, η απόφραξη θα πρέπει να είναι αμφίπλευρη για να προκαλέσει προβλήματα. Παρόλα, αυτή η ταχύτητα επαναλειτουργίας των νεφρών εξαρτάται από τη διάρκεια και την πολυπλοκότητα της βλάβης.

Η ουροφόρος οδός είναι δυνατόν να επηρεαστεί από τρεις μηχανισμούς: προσβολή από μέσα (π.χ. ένας λίθος στον ουρητήρα), νόσο των τοιχωμάτων, προσβολή από έξω. Όπως και στη προνεφρική ανεπάρκεια, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα και να αρχίσει η θεραπεία όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, γιατί θεωρητικά η μετανεφρική ανεπάρκεια είναι αναστρέψιμη.⁹

2.2. Αντιμετώπιση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας και των προβλημάτων που προκύπτουν από αυτήν

Μια και ο φυσιολογικός νεφρός είναι απαραίτητος για την ομοιόσταση του οργανισμού, κυρίως όσον αφορά τον όγκο, την ισορροπία ηλεκτρολυτών, την οξεοβασική ισορροπία και την απέκκριση άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού του αζώτου, η απώλεια αυτών των λειτουργιών είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υπερκαλιαιμία, υπερφόρτωση υγρών, οξέωση και ουραιμία.

Το πρώτο βήμα για την καλή αντιμετώπιση είναι ο εντοπισμός οποιουδήποτε βαθμού νεφρικής ανεπάρκειας.

Είναι σημαντικό, πριν από οποιαδήποτε παρεμβατική πράξη, να ελέγχονται πλήρως οι ασθενείς που βρίσκονται σε κίνδυνο να εμφανίσουν νεφρική ανεπάρκεια.

Υπερκαλιαιμία

Η υπερκαλιαιμία είναι, συχνά, μια θανατηφόρα επιπλοκή της ΟΝΑ. Ο νεφρός που δε λειτουργεί δε μπορεί ν' απεκκρίνει ικανοποιητικά κάλιο, κυρίως αν ο ασθενής είναι ολιγουρικός (400ml ούρων την ημέρα) ή, ακόμα χειρότερα, ανουρικός (καθόλου ούρα). Επιπλέκεται περισσότερο απ' την περίπλοκη θεραπεία ενός ατόμου με λοίμωξη και το οποίο έχει ανάγκη μετάγγισης αίματος και χορήγησης φαρμάκων που περιέχουν κάλιο.

Η αιμοκάθαρση ή η οξεία περιτοναϊκή κάθαρση είναι συχνά θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας. Η διαδικασία αυτή ίσως πάρει κάποιο χρόνο, αν ο ασθενής δεν έχει αγγειακή προσπέλαση. Υπάρχει η δυνατότητα άλλων εναλλακτικών μορφών θεραπείας: Χορήγηση δεσμευτικών του καλίου, με τη μορφή ρητίνης κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία, μπορεί να εμφανιστούν επεισόδια υπέρ ή υπογλυκαιμίας.¹⁰

Υπερφόρτωση όγκου

Η επιτυχής ομοίωσταση όγκου επιτρέπει τη διατήρηση σταθερού όγκου υγρών στην κυκλοφορία και τον εξωκυττάριο χώρο, πάντα την κατανάλωση διαφόρων ποσοτήτων νερού και αλατιού και τις ποικίλες απώλειες νερού. Ίσως εμφανιστεί οίδημα στους αστραγάλους, τα πόδια και την περιοχή του ιερού οστού. Κατά την φυσική εξέταση μένει εντύπωμα στο σημείο πίεσης. Σε αυτό το στάδιο το δέρμα βρίσκεται σε κίνδυνο και θα πρέπει να παρέχεται ιδιαίτερη φροντίδα. Δύσπνοια και κυρίως ορθόπνοια είναι χαρακτηριστικά του πνευμονικού οιδήματος.

Κάθε ασθενής με ΟΝΑ θα πρέπει να έχει ατομικές οδηγίες για την πρόσληψη υγρών και νατρίου. Γενικά, ο όγκος των προσλαμβανομένων υγρών θα πρέπει να ισούται με τον όγκο των αποβαλλόμενων ούρων, αυξημένο κατά 300 – 500 ml. Οι ασθενείς με υπερβολική αποβολή, όπως συμβαίνει στους εγκυματίες, φυσικά χρειάζονται περισσότερο προσλαμβανόμενα υγρά και ειδική φροντίδα. Είναι σημαντικό οι ασθενείς και οι οικογένειές τους ν' αναμιχθούν ενεργά στην τήρηση σωστού ισοζυγίου υγρών.

Μεταβολική οξέωση

Η παρουσία ΟΝΑ δεν θα πρέπει να οδηγεί τους νοσηλευτές στο να σκέπτονται ότι αυτή είναι η μόνη αιτία που προκαλεί οξέωση, έως ότου αποκλειστούν άλλες αιτίες, Π.χ. κετοξέωση, γαλακτική οξέωση.

Η οξέωση παρουσιάζεται στη νεφρική ανεπάρκεια, όταν τα νεφρικά σωληνάκια αποτυγχάνουν να ξαναδημιουργήσουν διττανθρακικά και ν' απεκκρίνουν ιόντα υδρογόνου στο πρόουρο. Αυτή η κατάσταση, με τη σειρά της, προκαλεί ανισορροπία οξέων – βάσεων.

Είναι δυνατό, μια και τα περισσότερα οξέα προέρχονται απ' την αποδόμηση των πρωτεϊνών των τροφών, να μειωθεί το επίπεδο της οξέωσης με τον περιορισμό της πρόσληψης πρωτεϊνών. Άλλη εναλλακτική λύση είναι η χορήγηση διττανθρακικού νατρίου, αλλά θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας τον μεγάλο κίνδυνο υπερφόρτωσης με υγρά, καθώς και την υπερνατριαιμία. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της οξέωσης είναι η αιμοκάθαρση με διττανθρακικά.¹⁰

Ουραιμία

Η κατακράτηση των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού των πρωτεϊνών θα οδηγήσει σε ουραιμία. Τα συμπτώματα της ουραιμίας συχνά περιλαμβάνουν ναυτία, εμετούς, λόξυγκα, κίνδυνο αιμορραγίας, νευρολογικά προβλήματα, σύγχυση, μειωμένη αντίδραση και ευερεθιστότητα. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω είναι απαραίτητη η αιμοκάθαρση.

Ο σκοπός της αιμοκάθαρσης είναι η πρόληψη της θνησιμότητας και η στήριξη του νεφρού κατά τη διάρκεια της φάσης ανάρρωσης. Το πόσο συχνά θα υποβληθεί κάποιος σε αιμοκάθαρση εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάστασης του.

2.3. Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια

Ως χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ορίζεται η προοδευτική και μη αναστρέψιμη έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Τα κυριότερα αίτια είναι οι χρόνιες σπειραματονεφρίτιδες, πυελονεφρίτιδες, ιδιοπαθής υπέρταση, συστηματικά και μεταβολικά νοσήματα, νεοπλάσματα, ουρολογικές παθήσεις.

Κλινικές εκδηλώσεις. Στα αρχικά στάδια που η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας είναι μικρή δεν υπάρχουν συμπτώματα. Προοδευτικά, όμως όσο αυξάνει η ουρία του αίματος κι αρχίζουν οι κλινικές εκδηλώσεις, επηρεάζονται όλα τα συστήματα. Εμφανίζεται οίδημα γύρω απ' τα μάτια, τα σφύρα και ανά σάρκα. Ανορεξία, ναυτία κι εμετοί. Καταβολή δυνάμεων και αναιμία. Διάρροιες, δύσπνοια, νευροπάθεια, δέρμα ξηρό και κνησμός, πόνος, αιμορραγική διάθεση, καρδιακές αρρυθμίες, συγχυτικά φαινόμενα, λήθαργος, κώμα.

Διαγνωστικός έλεγχος. Γίνεται απ' το ιστορικό του αρρώστου, την κλινική του εικόνα, τα ευρήματα των εργαστηριακών εξετάσεων. ΕΦ πυελογραφία, υπερηχογράφημα.¹¹

Θεραπευτική αγωγή. Κυρίως είναι αιτιολογική, όπως καταπολέμηση λοίμωξης, σε υπέρταση αντιυπερτασική θεραπεία, ρύθμιση δίαιτας (λεύκωμα, κάλλιο, νάτριο κ.λ.π.) ανάλογα με το στάδιο της νόσου και τα εργαστηριακά ευρήματα. Εφαρμογή χρόνιας αιμοκάθαρσης (τεχνητό νεφρό), ή μεταμόσχευση νεφρού όταν ενδείκνυται.¹¹

2.4. Αντιμετώπιση Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας – Εξωνεφρική κάθαρση

Η λειτουργία των νεφρών μπορεί να επηρεασθεί από διάφορα νοσήματα που προσβάλλουν τους νεφρούς. Τα νοσήματα αυτά μπορεί να οδηγήσουν σε οξεία ή χρόνια ανεπάρκεια. Και στις δύο περιπτώσεις υπάρχει έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Στην ΟΝΑ υπάρχει δυνατότητα για πλήρη αποκατάσταση, αντίθετα στη ΧΝΑ οι βλάβες είναι μόνιμες και σχεδόν μη αναστρέψιμες. Γι' αυτό στην ΟΝΑ η αντιμετώπιση είναι συνήθως πρόσκαιρη και βραχύχρονη, στη ΧΝΑ, όταν εγκατασταθεί, είναι ισόβια.¹²

Όταν η λειτουργικότητα των νεφρών μειωθεί, προϊόντα του μεταβολισμού, όπως ούρα, κάλιο, κρεατινίνη κ.α. συσσωρεύονται στον οργανισμό σε αυξημένες ποσότητες με δυσμενείς επιπτώσεις. Όταν η λειτουργικότητα των νεφρών φθάσει κάτω του 10% ο άρρωστος βρίσκεται στο τελικό στάδιο ΧΝΑ που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί με συντηρητική αγωγή. Για την επιβίωση του νεφροπαθούς είναι αναγκαία η απομάκρυνση των συσσωρευμένων ουσιών με την τεχνική μιας μεθόδου εξωνεφρικής κάθαρσης ή μεταμόσχευση νεφρού.^{12,13}

Μέθοδοι Εξωνεφρικής κάθαρσης

Οι μέθοδοι εξωνεφρικής κάθαρσης είναι οι ακόλουθοι :

- I. Χρόνια αιμοκάθαρση – Τεχνητός νεφρός, στον οποίο χρησιμοποιείται τεχνητή μεμβράνη.
- II. Περιτοναϊκή κάθαρση – Περιτοναϊκή πλύση, στην οποία χρησιμοποιείται η φυσική μεμβράνη του οργανισμού, το περιτόναιο.
- III. Συνεχής φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ), η οποία είναι τροποποίηση της περιτοναϊκής πλύσεως και χρησιμοποιείται επίσης η φυσική μεμβράνη του περιτοναίου.

Σκοπός και των τριών μεθόδων δεν είναι η αποκατάσταση όλων των λειτουργιών που επιτελούν οι νεφροί, αλλά η απομάκρυνση των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού απ' τον οργανισμό και η ομοιόσταση του ύδατος και των ηλεκτρολυτών. Συνεπώς οι εξωνεφρικές καθάρσεις δεν υποκαθιστούν το νεφρό, αλλά αντικαθιστούν ορισμένες λειτουργίες και διατηρούν το άτομο στη ζωή.^{12,13}

2.4α. Αιμοκάθαρση – τεχνητός νεφρός

Η αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό γίνεται με φίλτρο που έχει δύο διαμερίσματα:

α) του αίματος

β) του διαλύματος αιμοκάθαρσης που χωρίζονται από μια ημοδιαπιδυτή μεμβράνη.

Η διαπερατότητα της μεμβράνης και η διαφορά της συγκέντρωσης των ηλεκτρολυτών στα δύο διαμερίσματα καθορίζει την μετακίνηση διαλυτών ουσιών με διάχυση απ' το αίμα προς το διάλυμα (π.χ. ουρία, κάλιο) και σε ορισμένες περιπτώσεις (π.χ. ασβέστιο) απ' το διάλυμα προς το αίμα. Επίσης, η διαφορά υδροστατικής πίεσης, που μπορεί να υπάρχει, αν εφαρμοστεί αρνητική πίεση στο διαμέρισμα του διαλύματος, οδηγεί σε μετακίνηση ύδατος και των διαλυμένων σ' αυτό ουσιών απ' το αίμα προς το διάλυμα με αποτέλεσμα αφαίρεση υγρών και ηλεκτρολυτών.

Κατά την αιμοκάθαρση, το αίμα του ασθενή μεταφέρεται στο αρτηριακό σκέλος του κυκλώματος και, αφού γίνει ηπαρινισμός, έρχεται με τη βοήθεια αντλίας στο φίλτρο, στο οποίο ρέει, σε αντίθετη με το αίμα κατεύθυνση, το διάλυμα αιμοκάθαρσης. Για την παρασκευή του διαλύματος γίνεται ανάμιξη νερού ύδρευσης που έχει υποβληθεί σε ειδι-



κή επεξεργασία και συμπυκνωμένου διαλύματος. Μετά την έξοδό του απ' το φίλτρο το αίμα, αφού διέλθει από παγίδα φυσαλλίδων αέρα, επαναχορηγείται στον άρρωστο με το φλεβικό σκέλος του κυκλώματος. Η αγγειακή προσπέλαση εξασφαλίζεται με τη δημιουργία της εσωτερικής αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας (fistula), κατά προτίμηση στο αντιβράχιο, με αναστόμωση

μιας αρτηρίας με επιπολής φλέβα που αποκτά ευρύ αυλό και ισχυρό τοίχωμα και εξασφαλίζει ικανοποιητική παροχή αίματος και τη δυνατότητα πολλαπλών παρακεντήσεων. Όταν η διενέργεια της fistula είναι αδύνατη, χρησιμοποιούνται συνθετικά μοσχεύματα. Σε επείγουσες περιπτώσεις γίνεται καθετηριασμός της μηριαίας ή σφαγίτιδας φλέβας. Η εξωτερική αρτηριοφλεβική επικοινωνία (shunt) με καθετήρες από σιλικονισμένο ελαστικό σήμερα χρησιμοποιείται σπάνια.^{14, 15}

Η αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό γίνεται στο νοσοκομείο 3 φορές την εβδομάδα, ενώ η διάρκεια της συνεδρίας εξαρτάται από παράγοντες όπως το σωματικό βάρος, οι ερ-



γαστηριακές εξετάσεις, η υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία κ.α. και είναι συνήθως 4 ώρες. Η μεθοδος αυτή διορθώνει τη βιοχημική εικόνα της ουραιμίας, τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές, την υπερφόρτωση με υγρά κ.α. κι επιτρέπει πιο ελεύθερη διατροφή στους ασθενείς. Αρκετές όμως διαταραχές δεν βελτιώνονται ή επιδεινώνο-

νται όμως προοδευτικά, όπως η περιφερική νευροπάθεια, ο υπερπαραθυρεοειδισμός, η υπερλιπιδαιμία και η προϊούσα αθηρωμάτωση. Επίσης, η μακροχρόνια αιμοκάθαρση οδηγεί σε νέες παθολογικές καταστάσεις, όπως η υπερφόρτωση με υγρά, η υπερφόρτωση με αργίλιο και η εναπόθεση αμυλοειδούς στις αρθρώσεις. Οι κυριότερες επιπλοκές απ' την αρτηριοφλεβική αναστόμωση είναι η θρόμβωση και η φλεγμονή, που μπορεί να εξελιχθεί σε σηψαιμία. Κατά τη συνεδρία της αιμοκάθαρσης είναι δυνατό να παρατηρηθούν ανατάξιμα υποτασικά επεισόδια, ιδίως σε ηλικιωμένους και διαβητικούς ασθενείς. Οι οξείες επιπλοκές είναι σπάνιες (πυρετικές α-ντιδράσεις, αιμόλυση, αιμορραγία και εμβολή αέρα).^{14, 15}

2.4β. Περιτοναϊκή κάθαρση

Η περιτοναϊκή κάθαρση ή πλύση στηρίζεται στην αρχή της διαπίδυσης των υγρών με την ημιδιαπερατή μεμβράνη, το περιτόναιο. Κατά την περιτοναϊκή κάθαρση διάλυμα καθορισμένης ηλεκτρολυτικής σύνθεσης και γλυκόζης δυο φιαλών των 1000 cc εισάγεται εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας και παραμένει μέχρι να εξισορροπηθεί με τα συστατικά του αίματος του ασθενούς και κατόπιν αποβάλλεται.

Το περιτόναιο είναι λεπτή μεμβράνη με μεγάλη επιφάνεια που καλύπτει εσωτερικά τα κοιλιακά τοιχώματα κι όλα τα όργανα που βρίσκονται στο χώρο της κοιλιάς. Η μεμβράνη αυτή είναι πλούσια σε αιμοφόρα αγγεία και λειτουργεί σαν ημιδιαπερατή μεμβράνη. Επιτρέπει δηλαδή να περνούν από αυτή διάφορες διαλυτές ουσίες. Έτσι όταν ένα διάλυμα, που περιέχει ουσίες παραμένει μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, αρχίζει η με-

τακίνηση των ουσιών αυτών μέσω του περιτόναιου προς το αίμα και αντίθετα απ' το αίμα προς το διάλυμα. Η μετακίνηση αυτή γίνεται συνέχεια μέχρις ότου οι πυκνότητες των ουσιών που περιέχονται στο αίμα και στο διάλυμα εξισωθούν. Στην περιτοναϊκή κάθαρση και στη ΣΦΠΚ εκμεταλλευόμενα την ιδιότητα αυτή του περιτόναιου για την αφαίρεση των τοξικών ουσιών απ' τον οργανισμό του αρρώστου, καθώς και για τη χορήγηση ουσιών οι οποίες προστίθενται στο διάλυμα της πλύσεως όπως είναι οι ηλεκτρολύτες, η ινσουλίνη σε διαβητικούς, τα αντιβιοτικά κ.α.^{12, 16}

Για την παραπάνω διεργασία της περιτοναϊκής πλύσεως, γίνεται μικρή διάνοιξη στη λευκή γραμμή δυο δάχτυλα κάτω από τον ομφαλό ή στο σημείο κοιλιακής παρακέντησης -πλάγια- και εισάγεται ειδικός καθετήρας στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο κάθετήρας στο άκρο που εισάγεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι πολύ διάτρητος για να διευκολύνεται η διόδος του υγρού. Το άλλο άκρο -έξω της κοιλίας- καταλήγει σε γωνία για την πρόληψη διολίσθησης του προς τα μέσα. Στην γωνία αυτή υπάρχει υποδοχή σύνδεσης που εφαρμόζεται μικρός συνδετικός σωλήνας μεταξύ καθετήρα και ειδικής συσκευής ορών Υ. Η συσκευή Υ έχει τέσσερις υποδοχές: δυο για τις φιάλες, μια για τον ενδιάμεσο συνδετικό σωλήνα και μια για τη σύνδεση του με πλαστικό σάκο (ουροσυλλέκτη), για την έξοδο του υγρού απ' την περιτοναϊκή κοιλότητα.

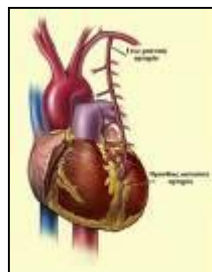
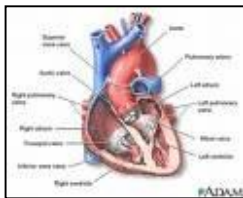
Για να πέσει το διάλυμα των δυο λίτρων στην περιτοναϊκή κοιλότητα με ελεύθερη ροή χρειάζονται περίπου 10' - 15'. Θα πρέπει να παραμένει 20' - 30' στην περιτοναϊκή κοιλότητα για την εξισορρόπηση των ουσιών στο υγρό και κατόπιν χρειάζονται άλλα 20' - 30' περίπου για ν' αποβληθεί. Η διεργασία της πλύσεως επαναλαμβάνεται για 12, 24, 36 ώρες και πλέον. Η συχνότητα ποικίλλει ανάλογα με την περίπτωση του αρρώστου και την ιατρική οδηγία.

Η λήψη τροφής και υγρών κατά την περιτοναϊκή κάθαρση είναι ελεύθερη. Δεν είναι επίσης αναγκαίος ο περιορισμός των κινήσεων του αρρώστου.^{12, 16}

2.4γ. Μεταμόσχευση νεφρού

Η μεταμόσχευση είναι μια εγχείρηση κατά την οποία υγιή όργανα, ιστοί ή κύτταρα μεταφέρονται από ένα νεκρό ή ζωντανό δότη σε έναν χρονίως πάσχοντα άνθρωπο με σκοπό την αποκατάσταση της λειτουργίας των οργάνων του. Η μεταμόσχευση, αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της ιατρικής του 20ου αιώνα και έχει καθιερωθεί πλέον σήμερα ως μία θεραπευτική πρακτική, αφού επιτρέπει την αποκατάσταση των λειτουργιών του σώματος που είχαν μέχρι εκείνη τη στιγμή χαθεί και σε μερικές περιπτώσεις είχαν μερικώς υποκατασταθεί με μία μηχανικού τύπου μέθοδο. Προϋπόθεση όμως για την εφαρμογή των μεταμοσχεύσεων είναι η προσφορά οργάνων, της κοινής γνώμης και της αποδοχής της ιδέας της δωρεάς οργάνων, ιστών και κυττάρων. Η δωρεά κυττάρων, ιστών και οργάνων μετά θάνατον είναι ένα δώρο ζωής στον πάσχοντα συνάνθρωπο και ένα μήνυμα ελπίδας, ανθρωπιάς και αλληλεγγύης.

Τα όργανα τα οποία μπορούν να μεταμοσχευθούν είναι οι νεφροί, η καρδιά, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και τμήμα του λεπτού εντέρου. Οι ιστοί και τα κύτταρα που μπορούν σήμερα να μεταμοσχευθούν είναι δέρμα, επιδερμίδα, οστά, χόνδροι, μύες, τένοντες, σύνδεσμοι, περιτονίες, αγγεία, βαλβίδες της καρδιάς, κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού, σκληρός χιτώνας του οφθαλμού, εμβρυϊκή μεμβράνη, χόριο, ενδοκρινείς ιστοί και ενδοκρινικά κύτταρα, νευρικά κύτταρα, αιμοποιητικά κύτταρα κ.α. Οι τεχνικές συνεχώς βελτιώνονται και σύντομα θα είναι δυνατή η μεταμόσχευση και άλλων οργάνων, ιστών και κυττάρων.^{17, 18}



Κεφάλαιο 3^ο

3.1. Ψυχολογικές πλευρές της νόσου.

Ο ασθενής πριν την ένταξη σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης.

Δυστυχώς, μόνο οι μισοί από τους ασθενείς που εντάσσονται σε πρόγραμμα υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας παρακολουθούνται σε εξωτερικό ιατρείο στη διάρκεια της πορείας της νεφρικής τους λειτουργίας προς το τελικό στάδιο. Οι υπόλοιποι ασθενείς παρουσιάζουν οξεία νεφρική ανεπάρκεια, (ONA) τελικού σταδίου ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που δεν έχει διαγνωστεί πιο πριν και η οποία εξελίσσεται ταχύτατα σε τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια.

Στους ηλικιωμένους ασθενείς (>70 χρονών) με ONA είναι λιγότερο πιθανόν να επαναλειτουργήσουν οι νεφροί από ότι σε ασθενείς <70 χρόνων. Αυτοί οι ασθενείς που έχουν μήνες ή και χρόνια για να προσαρμοστούν στο γεγονός της αιμοκάθαρσης και της μεταμόσχευσης φαίνεται ότι προσαρμόζονται πιο εύκολα στη θεραπεία.

Οι νεφρολογικές μονάδες χρησιμοποιούν αυτόν τον χρόνο για να προετοιμάσουν τους ασθενείς για τη μετάβαση από τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια στην τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια και στην ανάγκη για διύλιση, όχι μόνο ιατρικά, αλλά και ψυχολογικά και κοινωνικά. Τέτοια εκπαίδευση πριν την αιμοκάθαρση ίσως καθυστερήσει την ανάγκη για αιμοκάθαρση ως αποτέλεσμα της καλύτερης κατανόησης της αντιυπερταστικής θεραπείας. Τα θέματα που πρέπει να συζητηθούν ποικίλλουν, ανάλογα με την ηλικία και τις περιπτώσεις, αλλά μπορούν να περιλαμβάνουν:

- τη σημασία και τον σκοπό των φαρμάκων και της δίαιτας,
- την επιλογή της θεραπείας που ταιριάζει καλύτερα στην κοινωνική κατάσταση των ασθενών και τη ζωή τους, τα προβλήματα με την εργασία και τα οικονομικά λόγω της ασθένειας, τα προβλήματα με το σπίτι, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες θεραπείας.

- την αλλαγή ρόλων μέσα στη σχέση και τις επιδράσεις στα μέλη της οικογένειας ή τα άτομα που φροντίζουν τους ασθενείς,
- τις δυσκολίες στις σεξουαλικές σχέσεις.
- τις επιδράσεις της νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου στις διακοπές των ασθενών.

Στις περιπτώσεις νεότερων ασθενών οι επιδράσεις μπορούν να είναι καταστρεπτικές, περιλαμβάνοντας διακοπή του σχεδίου ζωής, των προοπτικών καριέρας, γάμου και απόκτησης παιδιών. Οι πιο μεγάλοι σε ηλικία ασθενείς αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα.

Εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων, όσο ευρύτερη η πληροφόρηση και η προετοιμασία, τόσο καλύτερα μπορεί να προσαρμοστεί ο ασθενής, κυρίως αν η γνώση που αποκτήθηκε τον βοηθά να επιλέξει τον τύπο θεραπείας που του ταιριάζει καλύτερα. Αυτή η προετοιμασία ωφελεί και τον/τη σύζυγο ή το άτομο που φροντίζει τον ασθενή, που συχνά νιώθει περισσότερο άγχος από τον ίδιο τον ασθενή, μην έχοντας την ευκαιρία να μιλήσει στον γιατρό κατά τις επισκέψεις τους στο νοσοκομείο. Οι σύζυγοι επηρεάζονται και αυτοί από τη νόσο του ασθενή.¹⁹

Κυρίως επηρεάζονται απ' τους παρακάτω παράγοντες:

- λήθαργος και κόπωση,
- ανικανότητα συγκέντρωσης,
- ευερεθιστότητα,
- απάθεια κατάθλιψη ή άγχος,
- μειωμένη ικανότητα επίδειξης τρυφερότητας ή σεξουαλικού ενδιαφέροντος, απομόνωση και έλλειψη επικοινωνίας, συνεχή παράπονα για τα συμπτώματα, όπως φαγούρα, απώλεια όρεξης ή αναπνοής.

Οι σύντροφοι των ασθενών έχουν εκφράσει συχνά τη δυσφορία που τα συμπτώματα ελαχιστοποιούνται ή δεν αναφέρονται καθόλου στην ιατρική ομάδα κατά τις ιατρικές επισκέψεις. Οι ασθενείς που προσπαθούν να συμβιβαστούν με τα συναισθήματα



τους θεωρούν δύσκολο να καταναλώσουν επιπλέον ενέργεια για να βοηθήσουν τον/τη σύντροφο να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα αυτά. Νιώθουν ένοχοι που η νόσος επηρεάζει και τους άλλους, κάνοντας δύσκολη τη συναναστροφή τους με τους άλλους ανθρώπους. Ως αποτέλεσμα, πολλοί σύντροφοι των ασθενών, με τις ίδιες ανησυχίες για το

μέλλον των ανθρώπων τους, νιώθουν ότι δεν έχουν στήριξη και δεν αντιμετωπίζονται σωστά.

Μερικές μονάδες έχουν ομάδες ασθενών πριν την ένταξη τους στο πρόγραμμα αι-



μοκάθαρσης και πριν τη μεταμόσχευση, για να βοηθήσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους στη διάρκεια αυτής της σημαντικής περιόδου. Στη μονάδα μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '80, η συμβουλευτική, πριν την ένταξη στο πρόγραμμα, εφαρμόζονταν σε εξατομικευμένη βάση απ' τον διαιτολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό και τους νοσηλευτές. Αυτό το πρόγραμμα περιλάμβανε επίσκεψη από τον κοινωνικό λειτουργό στο σπίτι του ασθενή για αξιολόγηση

του τύπου της θεραπείας που θα ταιριάζει περισσότερο στις απαιτήσεις του ατόμου. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ετοίμαζε μια αναφορά που αξιολογούσε το σπίτι, την οικονομική κατάσταση, τον τρόπο ζωής και εργασίας, την κοινωνική στήριξη και γενικά τα θετικά και τα αρνητικά στην κατάσταση του ασθενή. Τέτοιοι παράγοντες ερευνούνται καλύτερα εκτός νοσοκομείου, στο περιβάλλον κάθε ασθενή. Ιδανικό θα ήταν αυτό το πρόγραμμα να μπορούσε να εφαρμοστεί στις περισσότερες περιπτώσεις, αλλά η αύξηση του φόρτου εργασίας στις μονάδες τεχνητού νεφρού, κυρίως στη Μεγάλη Βρετανία, έκανε ανέφικτη την επίσκεψη στα σπίτια όλων των ασθενών, πριν την ένταξη τους σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης.¹⁹

Η λύση που επιλέγεται από πολλές μονάδες είναι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους να παρακολουθούν συνεδρίες, όπου πληροφορίες και διδασκαλία παρέχονται με τον πιο οικονομικό και αποτελεσματικό τρόπο. Σε μερικά νοσοκομεία αυτές οι ομάδες οργανώνονται απ' το νοσηλευτι-



κό προσωπικό και σε άλλα από κοινωνικούς λειτουργούς. Οι πιο αποτελεσματικές ομάδες φαίνεται ότι είναι αυτές που οργανώνονται από πολυδύναμη ομάδα, με την παρουσία ιατρών, νοσηλευτών, διαιτολόγων και κοινωνικών λειτουργών και περιλαμβάνει και εκπαίδευση από άλλους ασθενείς, που ήδη έχουν ενταχτεί στο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης. Υπάρχουν πολλά διαφορετικά προγράμματα και τύποι επικοινωνίας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τις διάφορες ομάδες:



-Άμεση διδασκαλία, δηλαδή παροχή πληροφοριών για τις αιτίες και τις επιδράσεις της νεφρικής ανεπάρκειας και των μεθόδων θεραπείας φάρμακα, δίαιτα, διύλιση μεταμόσχευση.

-Ομαδική στήριξη.

-Διαβεβαίωση, εξάλειψη των μύθων γύρω απ' τη νεφρική ανεπάρκεια και τη θεραπεία, εξασφαλίζοντας ότι οι φόβοι των ασθενών είναι ρεαλιστικοί και εστιάζονται σε πραγματικά προβλήματα, παρά σε φήμες (π.χ. αρκετοί ασθενείς ρωτούν, αν είναι αλήθεια ότι είναι σύντομη η επιβίωση τους σε αιμοκάθαρση και ότι είναι αναμενόμενο να πεθάνουν, εκτός και αν μεταμοσχευθούν).

-Ενθάρρυνση ενεργούς συμμετοχής στη θεραπεία, με την εξασφάλιση κλίματος συνεργασίας ανάμεσα στους ασθενείς και το προσωπικό, παρά παθητικής αποδοχής.

-Παρουσίαση θεμάτων και ενθάρρυνση ερωτήσεων, κυρίως σε θέματα που πολλοί ασθενείς νιώθουν ότι δε μπορούν να θέσουν στο πολυάσχολο ιατρικό προσωπικό στα ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία. Αυτό δίνει λαβή για συζήτηση πολλών θεμάτων, που οι ασθενείς και οι συγγενείς τους ίσως σκεφτούν αργότερα, όταν δεν θα είναι στη μονάδα.

- π.χ. :
- (α) κατάθλιψη
 - (β) άγχος
 - (γ) δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις
 - (δ) σωματικό είδωλο
 - (ε) σεξουαλικότητα.

Απ' τη στιγμή που θα τεθούν αυτά τα θέματα, οι ασθενείς νιώθουν ότι μπορούν να προσεγγίσουν τα μέλη του προσωπικού για μια εμπιστευτική συζήτηση, αν το κρίνουν απαραίτητο.¹⁹

Με σκοπό την ικανοποίηση κάποιων από αυτά τα κριτήρια, οι ασθενείς διδάσκονται απ' το προσωπικό και τους άλλους ασθενείς και έτσι ο ρόλος του «ασθενή» παίρνει κύρος και ενεργητική συμμετοχή. Αυτή η ενέργεια σημαίνει, επίσης, ότι οι πληροφορίες που δίνονται έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα, μια και προέρχονται από την προσωπική εμπειρία των άλλων ασθενών. Γίνονται συχνά ερωτήσεις στους «ασθενείς-δασκάλους» που είναι περισσότερες από αυτές που γίνονται προς το προσωπικό. Η συνολική εντύπωση που δημιουργείται είναι της ομαδικής εργασίας, με τους ασθενείς ως μέλος της ομάδας παρά ως παθητικούς δέκτες της φροντίδας.

Ίσως είναι φρόνιμο να παρουσιαστεί στους ασθενείς το σύστημα της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης, χρησιμοποιώντας όσο το δυνατόν λιγότερο εξοπλισμό (π.χ. όχι ειδική επιφάνεια εργασίας, θερμοφόρα ή στατό για τους ορούς), επιτρέποντας έτσι να γίνει μια εισαγωγή στο τεχνικό μέρος της διαδικασίας. Αυτή η παρουσίαση δίνει ένα ξεκάθαρο μήνυμα ότι η θεραπεία είναι φορητή, ευέλικτη και δεν απαιτεί ούτε κλινικές εγκαταστάσεις ούτε «ασφάλεια» στο σπίτι. Επίσης, παρουσιάζεται ως κάτι που μπορεί να γίνει χωρίς ντροπή, μπροστά σε άλλα άτομα. Όλα αυτά τα μηνύματα τα λαμβάνει ο ασθενής, χωρίς να είναι απαραίτητο ν' αναφερθούν προφορικά. Στους περισσότερους ασθενείς που εφαρμόζεται είναι μεσήλικες (>50 χρονών) και έχουν τουλάχιστον μερικής απασχόλησης εργασία -δίνοντας πάλι ένα θετικό προφίλ της θεραπείας. Το άτομο που τα παρουσιάζει ερωτάται κατά πόσο «παραλείπουν κάποια αλλαγή» ή παραβαίνουν τους κανόνες και συνήθως δίνουν αληθινές απαντήσεις, παρά την παρουσία του προσωπικού βοηθώντας ξανά να δημιουργηθεί μια ατμόσφαιρα ειλικρίνειας και ρεαλισμού με τα μέλη της ομάδας.

Οι εκπαιδευτικές συναντήσεις περιλαμβάνουν επίσκεψη στη μονάδα τεχνητού νεφρού, όπου οι ασθενείς και οι συγγενείς τους ενθαρρύνονται να μιλάνε στους αιμοκαθαιρόμενους. Πολλοί από αυτούς δεν έχουν ξαναμπει σε μονάδα και οι περισσότεροι ανακουφίζονται και εκπλήττονται, όταν βρίσκουν ότι η θεραπεία δεν είναι ούτε επώδυνη ούτε τρομερή. Το μήνυμα που περνάει βλέποντας τους ασθενείς να τρώνε, να διαβάζουν, να κοιμούνται, να πλέκουν ή να βλέπουν τηλεόραση στη διάρκεια της θεραπείας είναι θετικό, δίνοντας έμφαση στη φυσιολογικότητα, παρά στην κλινική διαδικασία. Είναι, επίσης, καθησυχαστικό για τους ασθενείς πριν την ένταξη στο πρόγραμμα να τους λένε ότι μόνο λίγη ποσότητα αίματος βρίσκεται σε εξωσωματική κυκλοφορία. Βλέπουν πολλούς τύ-

πους προσπέλασης και μηχανήματα αιμοκάθαρσης και μπορούν να γνωρίσουν ασθενείς που προετοιμάζονται να ενταχθούν σε πρόγραμμα αιμοκάθαρσης στο σπίτι.¹⁹

Συχνά γίνονται συζητήσεις με άτομα που βρίσκονται ήδη ενταγμένα στη θεραπεία και τίθενται πρακτικές ερωτήσεις, στρέφοντας τη σκέψη από την ιδέα ότι θα χρειάζονται συνεχώς μια μηχανή για να τους διατηρεί σε ζωή, στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης.

Μέσω της παρουσίας των δυνατοτήτων θεραπείας, οι ασθενείς νιώθουν ότι συμμετέχουν στην επιλογή της μεθόδου θεραπείας. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχουν δυνατότα ιατρικά επιχειρήματα για την επιλογή του ενός ή του άλλου τύπου διύλισης. Οι ασθενείς θα πρέπει να νιώσουν ότι τους δόθηκαν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες και δυνατότητα επιλογής. Επίσης, δίνει δύναμη στους ασθενείς το ότι έχουν τον έλεγχο της κατάστασης που, με πολλούς τρόπους, τους έχει αφαιρέσει τις επιλογές και την αυτοδιάθεση. Είναι δυνατόν να υπάρχουν λίγες ακόμα περιοριστικές εμπειρίες απ' την εξάρτηση από ένα μηχάνημα. Οι ασθενείς που φαίνεται ότι πετυχαίνουν περισσότερο, αυτοί δηλαδή που ζουν ικανοποιητικά, παρά τα αντίθετα προγνωστικά, είναι αυτοί που διατηρούν τον έλεγχο της θεραπείας τους, παρά εκείνοι που μένουν στο έλεος της κατάστασης. Οι ασθενείς που ενθαρρύνονται να παρακολουθούν μόνοι τους το σωματικό τους βάρος και την αρτηριακή τους πίεση έχουν αυξημένη την αυτοπεποίθηση, σε αντίθεση μ' αυτούς που εξαρτώνται απ' το προσωπικό της μονάδας. Όσο πιο δυνατοί νιώθουν οι ασθενείς, τόσο λιγότερο εξαρτημένοι και αβοήθητοι νιώθουν. Ο στόχος είναι να αποκτήσουν οι ασθενείς όσο το δυνατόν περισσότερη αυτοπεποίθηση, σε μια ζωή που εξαρτάται απ' τη νόσο και το υγειονομικό προσωπικό. Μια αίσθηση ελέγχου της κατάστασης θα πρέπει να περιλαμβάνει γνώση και ικανότητα «μείωσης των κανόνων», καμιά φορά, μέσα σε ασφαλή όρια, π.χ. παράλειψη μιας αλλαγής στο πρόγραμμα της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης για παρακολούθηση κάποιου σημαντικού γεγονότος ή γνώση της αντιμετώπισης της υπερκαλιαιμίας ή υπερβολικού φόρτου υγρών. Αυτές οι καταστάσεις δε θα πρέπει να θεωρούνται ως απείθαρχη συμπεριφορά, αλλά ως εξαιρέσεις που επιβεβαιώνουν τον κανόνα. Μπορεί να είναι δύσκολο για το προσωπικό να ενθαρρύνουν ευλυγισία του προγράμματος λόγω του φόβου υπέρβασης των ορίων. Παρόλα αυτά, όπως και στις σχέσεις των γονέων με τα παιδιά τους, είναι σημαντικό να ενθαρρύνεται μια συνετή και υπεύθυνη ανεξαρτησία. Πιστή τήρηση των περιοριστικών κανόνων είναι πιθανόν να

είναι υπεύθυνη για περισσότερα προβλήματα και δυστυχίες από ότι πιθανές παρεκτροπές από το πρόγραμμα.¹⁹

Οι πληροφορίες που παρουσιάζονται θα πρέπει να αφορούν τον μυθικό «μέσο» ασθενή και δεν θα πρέπει να δίνουν εξωπραγματικά υψηλές απαιτήσεις με την παρουσίαση, ως παράδειγμα, ενός ασθενή σε άψογη φόρμα, δραστήριου και καλά προσαρμοσμένου στη θεραπεία, χωρίς να δίνουν την αντίθετη άποψη του καταθλιπτικού και αδύναμου ασθενή. Είναι χρήσιμο για τους ασθενείς πριν την ένταξη σε πρόγραμμα θεραπείας να ακούσουν τη γνώμη κάποιου που έχει παρουσιάσει προβλήματα με κάποιο από τους τρόπους διύλισης και έχει πάει πολύ καλά με τον άλλο τρόπο. Αποτελεί επίσης κέρδος για τους ασθενείς η γνωριμία με μεταμοσχευμένο ασθενή που ένιωσε την εμπειρία της απόρριψης του πρώτου μοσχεύματος και αργότερα υποβλήθηκε σε μια νέα, επιτυχή, μεταμόσχευση.

Η ειλικρίνεια είναι σημαντικό κομμάτι της συνεργασίας ανάμεσα στον ασθενή και την ομάδα και γι' αυτό τον λόγο οι πιθανές επιπλοκές της θεραπείας, όπως περιτονίτιδα στη ΣΦΠΚ, κήλες, διαφυγές υγρού, ανάγκη επανατοποθέτησης του καθετήρα, απότυχία ωρίμανσης της fistula ή ανεπιθύμητες ενέργειες της ανοσοκαταστολής μετά τη μεταμόσχευση, θα πρέπει να συζητούνται ανοιχτά. Το προσωπικό δεν βοηθά ή δεν σέβεται τον ασθενή με το να είναι υπερπροστατευτικό ή υπεραισιόδοξο για την έκβαση της κατάστασης τους. Το προσωπικό ίσως χρησιμοποιήσει την άρνηση, όταν ασχολείται με τους ασθενείς -πραγματικά ο ασθενής μπορεί να νιώσει «αποτυχία», αν το προσωπικό παρουσιάσει μια εξιδανικευμένη εικόνα και δεν μπορέσει να την «πραγματοποιήσει», παρόλα αυτά, είναι πιθανόν να είναι ειλικρινείς χωρίς να είναι αρνητικοί και να παρουσιάζουν μια όσο το δυνατό περισσότερο ισορροπημένη εικόνα των πιθανών ωφελειών και των ανασταλτικών παραγόντων.

Η φιλοσοφία πίσω απ' τις ομάδες πληροφόρησης είναι να παρουσιάσουν μια ρεαλιστική, αλλά όχι πολύ λεπτομερή εικόνα της συνεργασίας μέσα στην ομάδα. Αναφέρεται πάντοτε ότι τα προσωπικά προβλήματα και οι ερωτήσεις μπορούν να συζητηθούν πρόσωπο με πρόσωπο, με το κατάλληλο μέλος του προσωπικού, μετά τη συνεδρία ή το εξωτερικό ιατρείο. Η



διάρκεια των συνεδριών είναι αρκετά σημαντική, μια και απαιτείται μια περίοδος προσαρμογής το λιγότερο 6 μηνών. Έτσι, υπάρχει χρόνος για σκέψεις όπως:

- συζήτηση με τους εργοδότες για τις αλλαγές στις ώρες εργασίας ή τα καθήκοντα που θα ταιριάζουν με τις μελλοντικές απαιτήσεις της θεραπείας,
- αλλαγές στο σπίτι ή αλλαγή σπιτιού κυρίως με τους ηλικιωμένους ασθενείς, που ίσως επιθυμούν να κάνουν αίτηση για κάποιο οίκο ευγηρίας ή για μετακόμιση σε bungalow ή σε ισόγειο διαμέρισμα (γράμματα από το νοσοκομείο είναι δυνατόν να απαιτήσουν τέτοιες ρυθμίσεις στη Μεγάλη Βρετανία), πρόιμη αίτηση για βοήθημα από την Πρόνοια (π.χ. Επίδομα Αναπηρίας) για περιορισμό των οικονομικών προβλημάτων.

Αν και δεν υπάρχουν αυστηροί κανόνες, συνήθως είναι απαραίτητο να καλούνται στις ομάδες πληροφόρησης οι ασθενείς με κρεατινίνη 300-400μμο1/1, καθώς και αυτοί που έχουν έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας.

3.2. Ψυχολογική επίδραση της θεραπείας υποκατάστασης Νεφρικής λειτουργίας.

Χειρουργική προσπέλαση

Η εξασφάλιση αυτονομίας στην αιμοκάθαρση παρέχεται στον ασθενή με τη δημιουργία της αγγειακής προσπέλασης. Η αγωνία για την εισαγωγή στο χειρουργείο φαίνεται υπερβολική σε σχέση με αυτήν καθεαυτήν τη διαδικασία, που είναι απλούστατη. Η δημιουργία της προσπέλασης είναι αλάνθαστο σημάδι ότι η θεραπεία είναι αναπόφευκτη. Επίσης, είναι ο κατάλληλος χρόνος για την τελική ψυχολογική προετοιμασία. Στη διάρκεια της εισαγωγής για τη δημιουργία αγγειακής προσπέλασης είναι δυνατόν να δοθεί στον ασθενή η κατάλληλη βιβλιογραφία και πληροφορίες και να γίνει συζήτηση με τον διαιτολόγο γύρω από την παρούσα και μελλοντική δίαιτα. Επίσης, μπορεί να γίνει συζήτηση με τον κοινωνικό λειτουργό ή τον νοσηλευτή σύμβουλο για τα συναισθήματα και τις ψυχοκοινωνικές ανησυχίες, τις ανησυχίες για το σπίτι, την οικογένεια ή τα οικονομικά. Είναι καλή περίοδος να συζητηθούν οι μελλοντικές δραστηριότητες του ατόμου και οι δυνατότητες για διακοπές, μια και συνήθως σε αυτό το σημείο ο ασθενής γνωρίζει ήδη τους περιορισμούς της θεραπείας και είναι απαραίτητο να του υπενθυμίζει κάποιος ότι ο

στόχος της θεραπείας είναι να ζει τη ζωή του καλύτερα και ποιοτικά και όχι απλά να ζει για να κάνει αιμοκάθαρση.

Για παροχή καλής ψυχολογικής στήριξης και προετοιμασίας είναι απαραίτητο να αφιερώσουμε χρόνο στους ασθενείς. Παρά όμως τις ικανότητες επικοινωνίας και συζήτησης που μπορεί κάποιος να έχει, σχεδόν σπάνια πετυχαίνει να ικανοποιήσει όλους τους ασθενείς. Σ' αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει πάντα ο πειρασμός να εγκαταλείψει κανείς ακόμα και την προσπάθεια να μιλήσει με τους ασθενείς για τις ανησυχίες τους, σκεπτόμενος ότι από τη στιγμή που δεν μπορεί αυτό να γίνει «σωστά», τότε δεν αξίζει να γίνεται καθόλου.

Αυτό όμως δε θα έπρεπε να πραγματοποιηθεί. Τέλεια και ευαίσθητη συμβουλευτική μπορεί να δοθεί με δύο λεπτά ανταπόκρισης σε κάποια συγκεκριμένη ανησυχία του ασθενή, με προϋπόθεση, βέβαια, να μην ξεχνάμε τις ανάγκες και τους φόβους των ασθενών και να είμαστε σε θέση να λαμβάνουμε τα σήματα που εκπέμπονται.

Η δημιουργία της προσπέλασης για αιμοκάθαρση είναι συχνά μια παραμορφωτική εμπειρία για τους ασθενείς. Το προσωπικό έχει συνηθίσει να βλέπει σφαγιτιδικούς ή υποκλειδίου, μόνιμους ή προσωρινούς καθετήρες, shunt ή φίστουλες και είναι πολύ εύκολο να ξεχνά ότι όλα αυτά προκαλούν την περιέργεια των άλλων και ερευνητικές ματιές έξω από το νοσοκομείο. Οι γυναίκες, κυρίως, είναι ευαίσθητες στην εμφάνιση των προσπελάσεων, όχι γιατί έχουν μεγαλύτερη ωραιοπάθεια, αλλά γιατί τα ρούχα τους είναι πιθανόν να καλύπτουν λιγότερο τα χέρια, τους ώμους και το λαιμό από ότι το πουκάμισο ενός άνδρα ή το σακάκι του. Οι περισσότεροι ασθενείς θα έχουν δει την καλό φτιαγμένη φίστουλα των ασθενών που κάνουν αιμοκάθαρση για πολλά χρόνια και αυτό θα πρέπει να είναι πολύ αποθαρρυντικό. Το προσωπικό, κυρίως το νοσηλευτικό, θα πρέπει να αναγνωρίζει τα συναισθήματα του ασθενή, θα πρέπει να τον συμβουλεύει για τα ρούχα του και να τον βοηθά να κάνει τους καθετήρες και τις γάζες όσο το δυνατόν πιο αόρατα.



Τα περισσότερα χειρουργεία για αγγειακή προσπέλαση γίνονται με τοπική αναισθησία και μπορεί να κρατήσουν πολύ χρόνο. Παρά την κατάλληλη προνάρκωση είναι συνήθως ένα αγχογόνο και δύσκολο διάστημα για τους ασθενείς, που μπορούν να επωφεληθούν από την παρουσία ενός νοσηλευτή που γνωρίζουν, για να μιλούν στη διάρκεια της διαδικασίας.

Ο καθετήρας Tenckhoff για τη ΣΦΠΚ είναι λιγότερο ορατός από τους άλλους, αλλά προκαλεί πολλά προσωπικά προβλήματα, τα περισσότερα γύρω από το σωματικό είδωλο και την αντίδραση του/της συντρόφου. Πολλοί ασθενείς φοβούνται ότι δεν θα είναι πλέον ελκυστικοί για τους συντρόφους τους, λόγω του καθετήρα, αλλά και λόγω του σημείου εισόδου στην κοιλιακή χώρα.

Μερικοί ασθενείς, γνωρίζοντας τα προβλήματα που έχουν οι κολοστομίες και οι ειλεοστομίες, φοβούνται ότι ο καθετήρας θα έχει μια έντονη οσμή. Πριν την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο είναι καλό οι νοσηλευτές να έχουν δείξει στους συντρόφους τους το σημείο εξόδου και οι τελευταίοι να έχουν κατανοήσει τη διαδικασία στερέωσης του καθετήρα και της γάζας, ασχέτως, αν θα συμμετέχουν στη θεραπεία. Θα πρέπει ο νοσηλευτής να είναι σε θέση να εξηγήσει στο ζευγάρι ότι η ΣΦΠΚ δε θα εμποδίζει τις σεξουαλικές τους σχέσεις.¹⁹

Αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο

Οι ασθενείς περνούν από μια σειρά φάσεων μετά τη διάγνωση της νεφρικής ανεπάρκειας, παρόμοια με τα στάδια της στέρησης που έχει περιγραφεί από τον Kubler Ross (1970). Αυτές οι απαντήσεις αντιπροσωπεύουν τη διαδικασία προσαρμογής στην απώλεια, ξεκινώντας απ' το shock και το μούδιασμα, ακολουθούμενη από την άρνηση, τη στέρηση, τη θλίψη και τον θυμό, πριν φτάσει στο επίπεδο της αποδοχής. Ο Abram (1970) αναγνώρισε μια δεύτερη διαδικασία προσαρμογής στην έναρξη της θεραπείας. Τα στάδια ίσως μεταπίπτουν, όπως συμβαίνει και με τα στάδια της στέρησης, αλλά είναι δυνατόν να αναγνωριστούν και από το προσωπικό και από τους ασθενείς. Στην πιο απλή της μορφή η νόσος έχει τρεις φάσεις:

Φάση πρώτη – Ευφορία

Αρχικά υπάρχει ένα αίσθημα ανακούφισης για πάρα πολλούς λόγους. Πρώτον, μετά από μήνες ή χρόνια αναμονής σε μια ενδιάμεση κατάσταση το εμπόδιο της αιμοκάθαρσης έχει υπερπηδηθεί. Δεύτερον ο ασθενής ίσως νιώσει την ωφέλεια από τη θεραπεία αμέσως, κυρίως αν η ουραιμία ήταν συμπτωματική προκαλώντας ναυτία και φαγούρα ή απώλεια αναπνοής από το πνευμονικό οίδημα. Τρίτον, η εμπειρία της αιμοκάθαρσης είναι συνήθως λιγότερο τραυματική απ' όσο περίμενε ο ασθενής.

Φάση δεύτερη - Καταθλιπτική αντίδραση

Η δεύτερη φάση ακολουθεί αρκετά γρήγορα. Η καινοτομία της θεραπείας ξεθωριάζει, οι περιορισμοί, τα εμπόδια και η διάρκεια της αρχίζουν να γίνονται αντιληπτά από τον ασθενή. Συνειδητοποιεί την κατάσταση και αρχίζει να εξασθενεί η αντοχή του. Επιπλέον, αν και δεν είναι πλέον ουραιμικός, ο ασθενής είναι γνώστης του ότι η αιμοκάθαρση δεν είναι δυνατόν να τον κάνει να νιώθει απολύτως καλά. Κόπωση, έλλειψη ενέργειας και ενθουσιασμού για ζωή, ευερεθιστότητα, έλλειψη ύπνου και ελαφρά κατάθλιψη κάνουν τη ζωή με αιμοκάθαρση δύσκολη, κυρίως για αυτούς που περίμεναν να νιώθουν «απίστευτα» καλύτερα. Οι σύντροφοι και η οικογένεια είναι πολύ πιθανό να νιώσουν άγχος και ίσως κλονιστούν οι σχέσεις τους. Η προσπάθεια για συνέχιση της εργασίας, ενώ βρίσκονται οι ασθενείς κάτω από αυτές τις πιέσεις, ίσως φανεί πολύ δύσκολη και ίσως ο ασθενής αρχίσει να σκέφτεται να αφήσει την εργασία του. Αυτοί που ήταν αποφασισμένοι να μην επιτρέψουν στην αιμοκάθαρση να επηρεάσει τη ζωή τους, πρέπει να αποδεχτούν την ήττα - είναι αδύνατον να παραμείνει ανεπηρέαστη η ζωή τους. Αυτό το στάδιο ίσως κρατήσει βδομάδες ή και μήνες και θα πρέπει να το αντιμετωπίσει το προσωπικό με υπομονή και κατανόηση.

Τρίτη φάση - Ρεαλιστική προσαρμογή

Αν η προσαρμογή πάει σύμφωνα με το σχέδιο, ο ασθενής αποδέχεται σταδιακά τους αναπόφευκτους περιορισμούς, ενώ εκμεταλλεύεται όσο το δυνατόν περισσότερο τις δυνατότητες που έχει. Ίσως είναι αναγκαίο να αλλάξει χόμπι, συνήθειες και ρόλους στο σπίτι. Θα πρέπει να βρεθούν εναλλακτικές πηγές ικανοποίησης και διασκέδασης, αλλά όλα αυτά χρειάζονται χρόνο και ίσως θα πρέπει το προσωπικό να ενθαρρύνει τον ασθενή. Στο διάλειμμα στήριξη και επιμονή από την ομάδα παρέχει το πλαίσιο, μέσα στο οποίο ο ασθενής μαθαίνει να συμβιβάζεται με τον διαφορετικό τρόπο ζωής.

Δεν αποτελεί κάτι περίεργο, αν στη διάρκεια αυτής της περιόδου προσαρμογής, ο ασθενής είναι κακόκεφος, ευερέθιστος, ευέξαπτος και μερικές φορές μη συνεργάσιμος. Είναι εύκολο για το προσωπικό να θεωρεί μη ελκυστική και «αχάριστη» αυτήν τη συμπεριφορά, κυρίως όταν η αιμοκάθαρση θεωρείται μια δυσεύρετη και ακριβή διαδικασία και το προσωπικό το ίδιο είναι πολύ εξειδικευμένο και προσπαθεί να κάνει όσο το δυνατόν καλύτερα τη δουλειά του. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν θεωρούν την αιμοκάθαρση αυτή καθαυτή δύσκολη διαδικασία, εκτός και αν υπάρχουν συνεχή προβλήματα με την προσπέλαση ή κράμπες ή συχνές διαμάχες γύρω από το προσλαμβανόμενο βάρος ανάμεσα στις αιμοκαθάρσεις. Οι παράγοντες που είναι πιθανότερο να προκαλέσουν εκνευρισμό είναι οι αργοπορίες, κυρίως όταν προκαλούνται από το σύστημα μεταφοράς ή η καθυστέρηση στην ετοιμασία των μηχανημάτων, οι αλλαγές στο πρόγραμμα λόγω έκτακτων περιστατικών και η μη αποδοχή δυνατότητας ύπαρξης απρόβλεπτων καταστάσεων, όπως προβλήματα με το σημείο της προσπέλασης. Ο χρόνος που απαιτείται σε όλη τη διαδικασία γίνεται το κεντρικό σημείο για πολλούς ασθενείς, που απεχθάνονται τον χρόνο που αφιερώνουν στην αιμοκάθαρση, παρά το γεγονός ότι η κάθαρση τους κρατά στη ζωή. Μερικά προβλήματα υπάρχουν και με το προσωπικό, αλλά οι ασθενείς συνήθως σκέπτονται να μην εκνευρίσουν αυτούς που τους φροντίζουν και να είναι «καλοί». Ως αποτέλεσμα, οι σύντροφοι και οι οικογένειες ίσως επωμιστούν το βάρος των αρνητικών συναισθημάτων και συχνά παραπονιούνται ότι οι ασθενείς στις επισκέψεις στο εξωτερικό ιατρείο ισχυρίζονται ότι όλα είναι εντάξει, ενώ υπάρχουν πολλά σωματικά προβλήματα στο σπίτι.¹⁹

Αυτή η αντίδραση στους πρώτους μήνες της αιμοκάθαρσης υπάρχει σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, αλλά οι αρνητικές επιπτώσεις είναι, αναμφισβήτητα, πιο έντονες στους νέους ασθενείς, που θεωρούν τους περιορισμούς δυσβάσταχτους. Είναι φυσιολογικό για ανθρώπους στα είκοσι και τριάντα να έχουν εργασία πλήρους απασχόλησης, να φλερτάρουν και να παντρεύονται, να κάνουν οικογένεια και να επιθυμούν να εκπληρώσουν τους στόχους τους. Για τον νέο ασθενή η ζωή που υπάρχει μπροστά του και τα σχέδια του έχουν αλλάξει ριζικά, χωρίς να υπάρχει δυνατότητα αποδεκτής εναλλακτικής λύσης. Η μόνη πιθανότητα αλλαγής της πορείας των γεγονότων είναι η αβέβαιη ελπίδα μιας καλής μεταμόσχευσης. Δυστυχώς, αυτό δεν είναι ένα προγραμματισμένο γεγονός που απλά ο ασθενής το αναμένει (εκτός και αν ένας συγγενής προσφερθεί να δωρίσει τον νεφρό

του). Η ζωή για τους περισσότερους νέους ασθενείς είναι «σε αναμονή» και όσο περισσότερο περιμένουν για μεταμόσχευση, τόσο πιο δυστυχισμένοι και στενοχωρημένοι νιώθουν.

Αιμοκάθαρση στο σπίτι

Αρκετοί ασθενείς, κυρίως αυτοί που είναι απίθανο να υποβληθούν γρήγορα σε μεταμόσχευση και που επιθυμούν να συνεχίσουν να εργάζονται με πλήρες ωράριο, επιλέγουν να κάνουν αιμοκάθαρση στο σπίτι. Αν και ο αριθμός των ατόμων που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο σπίτι βρίσκεται σε φθίνουσα πορεία, παραμένει μια καλή επιλογή γι' αυτούς που έχουν έντονο λόγο να επιθυμούν μια τέτοια επιλογή. Σπάνια είναι η καλύτερη θεραπεία για πολύ αδύναμους ηλικιωμένους ασθενείς, κυρίως αν δέχονται βοήθεια από έναν ηλικιωμένο σύντροφο, που ίσως θεωρεί τη θεραπεία δύσκολη να εφαρμοστεί και να συνεχιστεί. Από ψυχολογικής πλευράς, είναι σημαντικό να υπάρχει καλή υποστήριξη στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο σπίτι, περιλαμβάνοντας περιόδους νοσηλείας στο νοσοκομείο, για να δοθεί χρόνος στον σύντροφο να ξεκουραστεί. Προτείνεται επίσης, όπου είναι δυνατό, να εξασφαλιστεί ότι τουλάχιστον δύο οικιακοί βοηθοί είναι σε ετοιμότητα, σε περίπτωση που κάποιος είναι άρρωστος ή βρίσκεται μακριά κάποια στιγμή. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι ασθενείς ίσως είναι πολύ πιο αρνητικοί και με περισσότερες απαιτήσεις από τα μέλη της οικογένειάς τους από ότι όταν βρίσκονται στη μονάδα και γι' αυτόν τον λόγο δεν θα πρέπει να υποτιμάται το βάρος που επωμίζεται ο σύντροφος.¹⁹

Βιβλιογραφικά δεδομένα, που συγκρίνουν την ποιότητα ζωής με τους διαφορετικούς τύπους θεραπείας, αναφέρουν ότι η αιμοκάθαρση στο σπίτι προσφέρει τη μεγαλύτερη πιθανότητα φυσιολογικής ζωής, περιλαμβάνοντας και την εργασία, με τα επίπεδα της ποιότητας ζωής να είναι συγκρίσιμα με αυτά των μεταμοσχευμένων ασθενών. Πιο πρόσφατα ο Lunts περιγράφει τον τρόπο που η αιμοκάθαρση στο σπίτι είναι βιώσιμη θεραπεία, καθώς και θεραπεία εκλογής για πολλούς ασθενείς.

Το μεγαλύτερο δίλημμα στη μάθηση των τεχνικών είναι να επιτευχθεί ισορροπία ανάμεσα στην προώθηση συνεχούς, ασφαλούς και σχολαστικής τεχνικής και ταυτόχρονα να ενθαρρύνεται η ελαστικότητα και η ευελιξία που επιτρέπει στον ασθενή να ανακαλύψει την ελευθερία που προσφέρει αυτού του είδους η θεραπεία. Οι νεότεροι ασθενείς που επιλέγουν την περιτοναϊκή κάθαρση με σκοπό να συνεχίσουν να εργάζονται με πλήρες

ωράριο, είναι πολύ πιθανόν να εκμεταλλευτούν όλες τις δυνατότητες, μετά από μια σύντομη περίοδο «που κάνουν ό, τι θέλουν». Οι περισσότεροι μπορούν να κάνουν διακοπές μακριά από το σπίτι τους, φεύγουν ταξίδια τα Σαββατοκύριακα και διηγούνται ιστορίες για τα πιο απίθανα μέρη που κατάφεραν να κάνουν μια αλλαγή. Είναι πιο δύσκολο να ενθαρρύνεις ηλικιωμένους ασθενείς να κάνουν το ίδιο. Πολλοί νιώθουν ότι δεν είναι ασφαλές να επιχειρούν μια αλλαγή σε άγνωστο περιβάλλον και αναπτύσσουν ένα σχεδόν υπερβολικό φόβο για οποιαδήποτε μεταβολή των συνθηκών αλλαγής. Μερικοί αναφέρουν ότι, εκτελώντας τις 4 ημερήσιες αλλαγές, τους έχει γίνει τρόπος ζωής, παρά μέσο για να ζήσουν.

Ασθενείς που πηγαίνουν καλά στην ΠΚ και προσαρμόζουν τη θεραπεία στα μέτρα τους, ίσως το αποδείξουν καλύτερα με τη χρήση φορητών συστημάτων αλλαγής, ευρηματικών τρόπων θέρμανσης και κρεμάσματος των σάκων φορητών επιφανειών που μπορούν να είναι καθαρές, όπως μεγάλα πλαστικά τραπέζομάντιλα. Αυτοί οι ασθενείς περήφανα επιδεικνύουν στο προσωπικό πώς βρήκαν τρόπους να λύσουν τα προβλήματα αυτά. Δείχνουν αυτοπεποίθηση με τον τρόπο που ντύνονται, βρίσκοντας κολακευτικά, αλλά και εύχρηστα ρούχα και περιποιούμενοι τον εαυτό τους. Σε αντίθεση, οι ασθενείς που δεν πηγαίνουν ιδιαίτερα καλά και αποκομίζουν κέρδος από τις συμβουλές, δεν είναι υπερήφανοι για την εμφάνιση τους, σπάνια ή ποτέ δεν ταξιδεύουν με τα σύνεργα της θεραπείας και παραμένουν κλεισμένοι στο σπίτι και απομονωμένοι. Οι εξωστρεφείς χαρακτήρες αποκομίζουν μεγάλο κέρδος, μια και οι ασθενείς αυτοί δεν ντρέπονται ή δεν εμποδίζονται να κάνουν τις αλλαγές σε μέρη που ίσως τους δουν οι άλλοι. Πολλοί λίγοι ασθενείς είναι τόσο ντροπαλοί που προτιμούν να μην τους βλέπουν τα μέλη της οικογένειάς τους να κάνουν αλλαγή, κυρίως τα παιδιά και τα εγγόνια τους. Αυτό, γιατί θεωρούν τις αλλαγές ως μια απεκκριτική διαδικασία (που, σε τελική ανάλυση, είναι) και έτσι θα πρέπει να εκτελείται σε ιδιαίτερο μέρος. (Ο ασθενής σε Αιμοκάθαρση δεν θεωρεί τη θεραπεία ως απεκκριτική διαδικασία, ακόμα και αν γίνεται η ίδια διαδικασία της απομάκρυνσης των άχρηστων προϊόντων. Ο νοσηλευτής της περιτοναϊκής, όντας ευαίσθητος σε σημάδια καλής ή μη προσαρμογής στη θεραπεία, είναι σε θέση να επιβάλλει και να ενθαρρύνει τη λογική και ευέλικτη χρήση αυτής της μορφής θεραπείας.

Το άτομο και η εντατική εκπαίδευση που απαιτείται για να προετοιμαστεί με ασφάλεια ένας ασθενής να εφαρμόσει τη ΣΦΠΚ στο σπίτι του, επιτρέπει τη δημιουργία

ισχυρού δεσμού με τον νοσηλευτή, ίσως πιο στενού από αυτού που δημιουργείται στη μονάδα τεχνητού νεφρού. Σε μια πρόσφατη έρευνα 65 ασθενών που άρχισαν θεραπεία τον τελευταίο χρόνο στη μονάδα της συγγραφέως στην ερώτηση «Αισθάνεστε ότι παίρνετε αρκετές πληροφορίες για τη θεραπεία σας;», απάντησαν «Ναι» το 94% των ασθενών σε ΣΦΠΚ και το 69% των αιμοκαθαιρόμενων. Παρόμοια, στην ερώτηση «Αισθάνεστε ότι έχετε ικανοποιητική στήριξη;» απάντησε «Ναι» το 85% των περιτοναϊκών ασθενών και μόνο το 63% των αιμοκαθαιρόμενων. Αυτό πιθανά να αντικατοπτρίζει τις καλές αρχικές επαφές με το προσωπικό της μονάδας ΣΦΠΚ και μια αίσθηση συνεχούς στήριξης μέσω τηλεφωνημάτων στη μονάδα, όταν ήταν απαραίτητο. Αυτή η «εύκολη πρόσβαση» των νοσηλευτών της μονάδας ΣΦΠΚ είναι σημαντική, λόγω του ότι οι ασθενείς που πηγαίνουν στο σπίτι μπορεί διαφορετικά να νιώθουν πιο απομονωμένοι και χωρίς στήριξη από τη μονάδα, σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Οι επισκέψεις στο σπίτι από έναν νοσηλευτή της μονάδας ΣΦΠΚ είναι συνήθης διαδικασία σε μερικές μονάδες και τις εκτιμούν πολύ οι ασθενείς και οι σύντροφοι τους. Στο τέλος, μια επίσκεψη στο σπίτι του ασθενή είναι επιθυμητή πριν αρχίσει η θεραπεία. Το υλικό καταλαμβάνει πολύ χώρο και ίσως είναι αδύνατο να αποθηκευτεί προμήθεια υγρών για έναν μήνα. Μια τέτοια επίσκεψη για αρχική αξιολόγηση θα πρέπει, στην καλύτερη περίπτωση, να γίνεται από κοινωνικό λειτουργό, εργοθεραπευτή και νοσηλευτή της μονάδας ΣΦΠΚ ή μαζί με κοινοτικό νεφρολογικό νοσηλευτή, έτσι ώστε να δίνονται συμβουλές για τις αλλαγές, για πιθανές προσαρμογές στο σπίτι, αν είναι αναγκαίες και οποιαδήποτε κοινοτική στήριξη, που ίσως είναι απαραίτητη.¹⁹

3.3. Γενικά προβλήματα που επηρεάζουν την καλή ψυχολογική κατάσταση

Σεξουαλικά προβλήματα και χαμηλή γονιμότητα

• Η νεφρική ανεπάρκεια επηρεάζει τόσο τη σεξουαλική επιθυμία όσο και την ικανότητα ολοκλήρωσης της σεξουαλικής πράξης. Το πρόβλημα δεν έχει καταγραφεί πλήρως, λόγω της έλλειψης επιθυμίας των ασθενών να συζητήσουν το θέμα, συχνά η μη συζήτηση του προβλήματος οφείλεται στο προσωπικό, παρά στους ασθενείς, παρόλα αυτά, είναι γενικά παραδεκτό ότι το 70% των ανδρών ασθενών παρουσιάζει ενός βαθμού ανικανότητα και ένα παρόμοιο ποσοστό γυναικών έχουν προβλήματα με τον οργασμό. Οι λόγοι γι' αυτήν την κατάσταση είναι πολλοί.

Οι σωματικές αιτίες μπορεί να περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

- ορμονική διαταραχή
- αναιμία που οδηγεί σε κόπωση
- επίδραση των φαρμάκων, κυρίως κάποιων αντιυπερτασικών
- αγγειακά προβλήματα που επηρεάζουν την αιματική ροή στην περιοχή των γεννητικών οργάνων
- νευροπάθεια, κυρίως στους ασθενείς με διαβήτη, μειώνοντας την ευαισθησία σεξουαλικά ερεθίσματα.

Ψυχολογικές αιτίες που συχνά επηρεάζουν και αυξάνουν το πρόβλημα :

- κατάθλιψη
- χαμηλή αυτοαντίληψη / σωματικό είδωλο
- αλλαγή ρόλου, οδηγώντας σε εξάρτηση και απώλεια εμπιστοσύνης στη σεξουαλική ταυτότητα
- αίσθημα ενοχής προς τον σύντροφο.

Όταν οι σεξουαλικές σχέσεις είναι σπάνιες ή απουσιάζουν, το τρυφερό άγγιγμα και το αγκάλιασμα συχνά σταματούν, οδηγώντας σε περαιτέρω απομάκρυνση και διαταραχή της φυσικής σχέσης.

Τα σωματικά προβλήματα που οδηγούν σε ανικανότητα στους άνδρες είναι δυνατόν ν' αντιμετωπιστούν επιτυχώς. Η ικανοποιητική κάθαρση και η αντιμετώπιση της αναιμίας με ερυθροποιητίνη ίσως είναι αρκετά για να επαναφέρουν τη σεξουαλική λειτουργία. Εάν υπάρχουν προβλήματα με τη στύση ή τη διατήρησή της, υπάρχουν αρκετές λύσεις. Αυτές είναι συσκευές κενού, εισαγωγή προσταγλανδίνης, μπαλένες φάλαινας στο πέος, ενέσεις στη βάση του πέους και χορήγηση σιλденаφίλης (Viagra) που παρέχεται δωρεάν στους νεφροπαθείς. Είναι σημαντικό οι άνδρες με σεξουαλικά προβλήματα να προωθούνται σε κάποιον σύμβουλο, μια και η επίδραση της ανικανότητας στην αυτοπεποίθηση και την ταυτότητα, καθώς και στις σχέσεις με τον/τη σύντροφο, επηρεάζουν την καλή κατάσταση και τη διάθεση τους.¹⁹

Η αντιμετώπιση της απώλειας επιθυμίας στις γυναίκες έχει προκαλέσει μικρότερη προσοχή. Σήμερα υπάρχουν σε εξέλιξη μελέτες, όπου η αυξημένη αιματική παροχή στην περιοχή των γεννητικών οργάνων βελτιώνει τη σεξουαλική απάντηση, αλλά έως το 2001 δεν είχε εγκριθεί φάρμακο για την αντιμετώπιση των σεξουαλικών προβλημάτων. Εάν οι γυναίκες ασθενείς νιώθουν έτοιμες για σεξουαλική επαφή, είναι δυνατόν να διατηρήσουν το φυσικό δεσμό με τον σύντροφο, ακόμα και αν δεν νιώθουν σεξουαλική ικανοποίηση. Η τεχνητή ύγρανση της περιοχής ίσως είναι απαραίτητη για την πρόληψη της δυσφορίας. Για παράδειγμα:

Η 40χρονη σύζυγος ενός αιμοκαθαιρόμενου ασθενή επισκέφθηκε τον σύμβουλο σεξουαλικής ζωής των νεφροπαθών με μεγάλη δυσαρέσκεια. Εξήγησε ότι δεν είχαν σεξουαλικές επαφές εδώ και 2 χρόνια. Ένιωθε θυμό και ευερεθιστότητα, τόσο με τον σύζυγο της, όσο και με τα παιδιά της. Ένιωθε, επίσης, ενοχές, επειδή δεν έφταιγε ο σύζυγος της για τη νεφρική ανεπάρκεια και δεν έδειχνε άλλο σεξουαλικό ενδιαφέρον.

Κατά τη συζήτηση με το ζευγάρι ο σύμβουλος ρώτησε τον ασθενή, αν είχε ποτέ στύση. Απάντησε ότι περιστασιακά είχε μερική στύση, τις πρώτες πρωινές ώρες. Η σύζυγος του έμεινε έκθαμβη και ρώτησε για ποιο λόγο δεν της το είχε πει. Ο ασθενής της τόνισε ότι η ίδια έπαιρνε υπνωτικά χάπια για μεγάλο χρονικό διάστημα και ήταν δύσκολο να την ξυπνήσει, όχι να έχει σεξουαλική επαφή μαζί της στις 5 ή 6 το πρωί! Η σύζυγος του ασθενή σταμάτησε αμέσως να παίρνει τα χάπια και το ζευγάρι είχε σεξουαλική επαφή μετά από μια εβδομάδα.

Είναι χρήσιμο για τους ασθενείς και τους συντρόφους τους να συζητούν με σύμβουλο, επειδή έτσι αρχίζουν να επικοινωνούν για το πρόβλημα, που είναι εύκολο να το βελτιώσουν ή να το επιλύσουν με απλή προσαρμογή της συμπεριφοράς.

Στις γυναίκες το κύριο πρόβλημα, που επηρεάζει την αυτοεκτίμηση, είναι η απώλεια γονιμότητας (άτακτη ή απύουσα ωορρηξία και έμμηνος ρύση και η γνώση ότι, ενώ βρίσκεται σε αιμοκάθαρση, η σύλληψη είναι απίθανη και η επιτυχής εγκυμοσύνη ακόμα πιο δύσκολη). Τα ψυχολογικά προβλήματα που οδηγούν σε δυσκολίες στις σεξουαλικές σχέσεις βελτιώνονται συχνά μετά τη συζήτηση με τον σύμβουλο. Αυτή η συζήτηση θα πρέπει να περιλαμβάνει και τους δύο συντρόφους, προκειμένου να επιτευχθεί η επικοινωνία ανάμεσα στο ζευγάρι. Είναι πολύ καθησυχαστικό για τον σύντροφο που είναι καλά να πληροφορηθεί ότι φταίει η νόσος για τη μείωση της προσοχής και τρυφερότητας του, που προκαλεί τη μείωση ή την απουσία σεξουαλικού ενδιαφέροντος. Εάν δεν υπάρχει τρυφερότητα, θα πρέπει να ενθαρρύνεται, για να ενδυναμωθεί ο σωματικός δεσμός και, σε κάποιες περιπτώσεις, έχει ως αποτέλεσμα την επιτυχή σεξουαλική επαφή, με ή χωρίς διείσδυση. Τα προβλήματα που περιγράφονται εδώ βελτιώνονται ή εξαφανίζονται μετά από μια επιτυχημένη μεταμόσχευση, αν και τα αγγειακά προβλήματα και η νευροπάθεια, που σχετίζεται με τον σακχαρώδη διαβήτη, ίσως συνεχίσουν να βάζουν σε κίνδυνο τη σεξουαλική δραστηριότητα. Για παράδειγμα:

Κατά τη συζήτηση με τον σύμβουλο μια αιμοκαθαιρόμενη, ηλικίας 45 ετών, ανέφερε ότι ο σύζυγος της ήταν «πολύ καλός και τρυφερός» και δεν ζητούσε ποτέ σεξουαλικές σχέσεις. Ο σύμβουλος της πρότεινε, αν ένιωθε επιθυμία, να προκαλέσει σεξουαλικά τον σύντροφο της, ακόμα και αν δεν ήταν σε θέση να νιώσει ερεθισμένη. Αυτός θα ήταν ένας τρόπος να νιώσει ο σύντροφος της επιβεβαίωση, καθώς και ευχαρίστηση για τη φροντίδα και την προσοχή του. Η ασθενής βρισκόταν υπό σκέψη, αλλά λίγους μήνες αργότερα επισκέφθηκε ξανά τον σύμβουλο. Ανέφερε ότι ακολούθησε τη συμβουλή του και ότι ήθελε να τον ευχαριστήσει, γιατί η επίδραση στη σχέση ήταν πολύ ευεργετική. «Ήταν τόσο χαρούμενος», είπε, «ξαναζωντάνεψε τον γάμο μας».

Είναι, επίσης, πιθανόν ότι απέτρεψε τον σύζυγο της από το ν' αρχίσει να ψάχνει αλλού για τρυφερότητα και σωματική επαφή.

Σωματικό είδωλο

Τόσο η αιμοκάθαρση, όσο και η μεταμόσχευση, επηρεάζουν το σωματικό είδωλο, κάνοντας τους ασθενείς να νιώθουν διαφορετικά, μη ελκυστικοί, άρρωστοι και καθόλου άνετα με το σώμα τους.



Το χειρουργείο για τη δημιουργία προσπέλασης έχει συχνά ως αποτέλεσμα πολλαπλές ουλές, στα χέρια, το στήθος και την κοιλιακή χώρα. Μια φίστουλα που χαρακτηρίζεται «πολύ καλή» απ' τους νοσηλευτές είναι δυνατόν να θεωρείται ως απαίσια απ' τους ασθενείς και είναι πιθανόν να το κρύβουν από τους φίλους και τους περίεργους ξένους. Το προσωπικό έχει συνηθίσει τόσο πολύ τους κεντρικούς καθετήρες, που ξεχνά την αντίδραση των ατόμων που είναι εκτός νοσοκομείου. Οι ασθενείς με φίστουλα και μοσχεύματα είναι δυνατόν να θεωρηθούν ως ναρκομανείς από το κοινό, λόγω των επιδράσεων της πολλαπλής φλεβοκέντησης.

Ο καθετήρας Tenckoff δεν είναι τόσο εμφανής, αλλά οι ασθενείς μπορεί να θεωρούν πως φαίνονται παράξενοι· και ότι όλοι το καταλαβαίνουν. Πολλοί νιώθουν ντροπή μπροστά στους συντρόφους τους και νιώθουν ότι κανένας δεν θα τους θεωρεί ελκυστι-

κούς. Κάποιοι ακόμα πιστεύουν ότι ο καθετήρας μυρίζει και ότι το καταλαβαίνουν όλοι. Τα περισσότερα προβλήματα είναι υποκειμενικά και αντικατοπτρίζουν την αντίδραση του ίδιου του ασθενή και την απέχθεια προς το ίδιο του το σώμα.¹⁹

Μετά τη μεταμόσχευση, τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, κυρίως τα στεροειδή, αλλάζουν το πρόσωπο, έτσι ώστε οι ασθενείς μπορεί να θεωρούν πως δεν αναγνωρίζουν το πρόσωπο τους στον καθρέπτη. Επιπλέον, η υφή του δέρματος και των μαλλιών αλλάζει και εμφανίζονται μαλλιά σε σημεία που δεν θα έπρεπε, όπως τα φρύδια και τα μάγουλα. Είναι σημαντικό να βεβαιωθούν οι ασθενείς πως, κατά κανόνα, αυτές οι παρενέργειες γίνονται λιγότερο εμφανείς, καθώς μειώνονται τα φάρμακα. Παρόλα αυτά, στις περιπτώσεις όπου η εμφάνιση παραμένει αλλαγμένη, ίσως είναι απαραίτητη η στήριξη και η παροχή συμβουλών.

Η αυτοπεποίθηση και η αίσθηση της ταυτότητας που έχει ο καθένας από εμάς εξαρτάται από την εικόνα που έχουμε για τον εαυτόν μας, τόσο εμείς όσο και οι άλλοι. Αν η ακεραιότητα της εικόνας που έχει ο καθένας για τον εαυτό του παραβιαστεί με κάποιο τρόπο, από φάρμακα, χειρουργεία ή ακόμα και λανθασμένα με την εντύπωση ότι έχει αλλάξει, τότε είναι πιθανόν να υπάρξουν σοβαρές ψυχολογικές βλάβες.

Τα άτομα που έχουν μια θανατηφόρα νόσο, όπως η νεφρική ανεπάρκεια, ζουν «στην κόψη του ξυραφιού» και διατηρούνται στη ζωή από ένα μηχάνημα. Αυτοί οι ασθενείς έχουν την τάση να γνωρίζουν, περισσότερο από άλλους, το πόσο εύθραυστη είναι η ζωή και το πόσο πρόωρα μπορεί να πεθάνουν. Αν και υπάρχουν κάποιοι που ξοδεύουν πολλές δεκαετίες σε δίλλημα ή με μεταμόσχευση και αγγίζουν μια φυσιολογική ζωή, στατιστικά αυτοί είναι οι εξαιρέσεις. Για τον νέο ασθενή η διάγνωση είναι μεγαλύτερη πηγή άγχους σε σχέση με κάποιον που είναι 70 και 80 ετών και που περιμένει να πεθάνει μέσα σε μια δεκαετία περίπου. Οι περισσότεροι ασθενείς συμφιλιώνονται με την ιδέα, βγάζοντας τη σκέψη του θανάτου από το μυαλό τους. Όμως στις επισκέψεις τους στο νοσοκομείο ξαναέρχονται αντιμέτωποι με την πραγματικότητα, καθώς βλέπουν φίλους ή γνωστούς να υποφέρουν από τις επιπλοκές ή να έχουν πεθάνει. Οι περισσότεροι αναρωτιούνται εάν θα είναι τα επόμενα θύματα. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε διύλιση αποτελούν μια κλειστή κοινότητα που γνωρίζει, καλύτερα από όλους, «να μην ρωτά για ποιον χτυπά η καμπάνα, γιατί χτυπά για σένα».

Η γνώση του αναπόφευκτου μπορεί να οδηγήσει σε μία εσωτερική νοητική αντιπαράθεση να ζήσει κανείς τη ζωή του τώρα που "είναι καιρός", τώρα "που ο ήλιος λάμπει", ρισκάροντας τις συνέπειες ή να ζήσει μια περιορισμένη ζωή, υπακούοντας στους κανόνες, μια ζωή μεγαλύτερη σε διάρκεια, χωρίς όμως τις χαρές και τις εμπειρίες που οι άλλοι μπορούν να απολαύσουν. Οι πιο επιτυχημένοι ασθενείς φαίνεται να είναι αυτοί που βρίσκουν έναν μηχανισμό ισορροπίας ανάμεσα στις δύο ακραίες καταστάσεις. Δυστυχώς, οι ασθενείς δεν μπορούν να ελέγξουν όλα τα γεγονότα, ακόμα και αν προσπαθούν να ακολουθήσουν όλες τις συμβουλές. Η κατάσταση είναι «μη αναστρέψιμη» και δυσάρεστη. Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια θα πρέπει να μάθουν να ζουν με την αβεβαιότητα του μέλλοντος, περισσότερο από εμάς τους υπόλοιπους.

Ο νέος ασθενής, που δεν έχει δεσμούς και συναισθηματικές σχέσεις, συχνά θεωρείται ότι έχει ένα μειονέκτημα, αλλά η χαρά του γάμου και των παιδιών έχει το δικό της τίμημα υπάρχουν περισσότερα που μπορεί να χάσει κανείς.¹⁹



Κεφάλαιο 1^ο

1.1. Θρέψη και διατροφή σε άτομο που υποβάλλεται σε μέθοδο εξωνεφρικής κάθαρσης – τεχνητό νεφρό.

Η κατάσταση θρέψης ενός ατόμου αναφέρεται στο σώμα του και ειδικότερα στο λιπώδη ιστό, τη μυϊκή μάζα και το σκελετό. Η διατήρηση της θρέψης επιτυγχάνεται με την κατάλληλη και επαρκή διατροφή. Με άλλα λόγια, η θρέψη σχετίζεται με τη φυσική και χημική κατάσταση του σώματος, ενώ η διατροφή αφορά τις τροφές και τις θρεπτικές ουσίες που περιέχουν.

Τα βασικά στοιχεία της διατροφής είναι οι πρωτεΐνες, τα λίπη και οι υδατάνθρακες, τα οποία, μαζί με τις βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία συντελούν στην ανάπτυξη της θρέψης. Ειδικότερα, οι πρωτεΐνες συμβάλλουν στην παραδοχή δομικών υλικών για τη δημιουργία και διατήρηση των διαφόρων ιστών (πρωτεϊνική ή δομική θρέψη), ενώ τα λίπη και οι υδατάνθρακες (σάκχαρα) προσφέρουν την απαιτούμενη προς τούτο ενέργεια (ενεργειακή ή θερμιδική θρέψη).

Σε περίπτωση ανάγκης, είναι δυνατό και οι πρωτεΐνες να χρησιμεύσουν ως πηγή ενέργειας για τον οργανισμό.¹

Λευκώματα

Τα λευκώματα χρειάζονται για την ανάπλαση των κυττάρων. Διασπώνται στον οργανισμό και παράγουν χρήσιμα υλικά που βοηθούν στην ανάπτυξη του, αλλά και άχρηστα ή επιβλαβή που δεν αποβάλλονται λόγω βλάβης των νεφρών. Έτσι είναι αναγκαίο να περιοριστεί το λευκώμα στη διαίτα για να ελαττωθούν τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού. Το κύριο άχρηστο υλικό είναι η ουρία. Όταν οι νεφροί δεν φιλτράρουν τις τροφές, η ουρία παραμένει στο αίμα και μπορεί να ανέλθει σε υψηλά επίπεδα, με αποτέ-

λεσμα να προκαλέσουν ναυτία, ζάλη, εμετούς, λόξυγκα ή γενική αδιαθεσία. Παρά το ότι η αιμοκάθαρση βελτιώνει το επίπεδό της ουρίας, ο περιορισμός του λευκόματος είναι α-



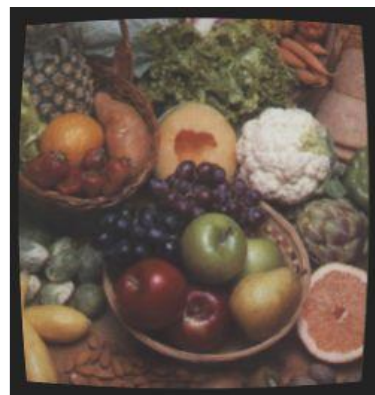
ναγκαίος για να μην αυξηθεί υπερβολικά η ουρία στο ενδιάμεσο των αιμοκαθάρσεων. Οι ζωικές πρωτεΐνες που βρίσκονται στο γάλα, τα αυγά, τα ψάρια, τα πουλερικά το τυρί και τα κρέατα ονομάζονται πρωτεΐνες υψηλής βιολογικές αξίας, διότι περιέχουν όλα τα απαραίτητα αμινοξέα. Αυτά παράγουν

μετά την πέψη τους λιγότερα άχρηστα υλικά. Οι φυτικές πρωτεΐνες, δηλαδή, τα όσπρια, τα ζυμαρικά, το ρύζι και ορισμένα λαχανικά, ονομάζονται πρωτεΐνες χαμηλής αξίας, διότι δε περιέχουν όλα τα απαραίτητα αμινοξέα. Αυτές οι πρωτεΐνες παράγουν μετά απ' την πέψη τους περισσότερα άχρηστα υλικά. Έτσι γίνεται φανερό ότι οι περισσότερες πρωτεΐνες στη δίαιτα ενός νεφροπαθούς θα πρέπει να προέρχονται από την υψηλής ποιότητας ομάδα πρωτεϊνών, ούτως ώστε να διατηρούν τους μυς, να φτιάχνουν καινούργιους ιστούς και να προλαμβάνουν την φθορά. Το ποσόν του λευκόματος που πρέπει να χορηγηθεί εξαρτάται απ' το βάρος και το ύψος του ασθενούς.¹⁹



Υδατάνθρακες

Οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν τροφές πλούσιες σε άμυλο και ζάχαρη. Τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες που επιτρέπονται είναι οι καραμέλες, τα γλυκά κουταλιού, η μαρμελάδα, το μέλι, η κομπόστα, το ζελέ και τα φρούτα. Οι ασθενείς πρέπει να



είναι προσεκτικοί όμως στην ποσότητα των φρούτων που καταναλώνουν (π.χ. όχι πολύ καρπούζι γιατί αυξάνονται τα υγρά) αλλά και στο κάλιο που περιέχουν (όχι πορτοκάλια, μανταρίνια, μπανάνες). Επιτρέπονται τα λαχανικά, ωμά ή μαγειρεμένα στο λάδι, τα ζυμαρικά, το ρύζι και οι

πατάτες μέτριες ποσότητες μετά από ειδική επεξεργασία. Τα λαδερά φαγητά που επίσης, επιτρέπονται είναι: αγκινάρες, αρακάς, μπάμιες, παντζάρια, κολοκυθάκια, χόρτα, κουνουπίδι, σπανακόπιτα, σπανακόρυζο, γεμιστά, ντολμάδες. Τέλος, οι υδατάνθρακες πρέπει να χορηγούνται σε μεγαλύτερες ποσότητες σε ασθενείς με απίσχυαση.²⁰



Λύπη

Τα λύπη είναι απαραίτητα στη δίαιτα διότι προσφέρουν ενέργεια στον οργανισμό, αλλά και το απαραίτητο αίσθημα γεύσης. Συνιστώνται να χρησιμοποιούνται καλύτερα φυτικά έλαια (μαργαρίνη, ελαιόλαδο, καλαμποκέλαιο κ.τ.λ) αντί του ζωικού λίπους. Έτσι καλό θα είναι να αφαιρεθεί το λίπος από το κρέας και το δέρμα από το κοτόπουλο, για να αποφύγει ο νεφροπαθής τα μη αναγκαία ζωικά λίπη.¹⁹



Κάλιο

Το κάλιο είναι επίσης ένα συστατικό της τροφής, αλλά και του σώματος. Οι φυσιολογικού νεφρού αποβάλλουν τις περισσές ποσότητες καλίου. Ο κύριος κίνδυνος αυξημένου καλίου στο αίμα είναι να προκληθεί καρδιακή αρρυθμία. Αυτό μπορεί να συμβεί χωρίς καμία προειδοποίηση. Υψηλές ποσότητες καλίου μπορεί να προκαλέσουν ανακοπή της καρδιάς. Πολύ λίγο κάλιο επίσης στη δίαιτα μπορεί να είναι επιζήμιο. Οι κύριες πηγές καλίου είναι το γάλα, οι πατάτες, οι μπανάνες, τα πορτοκάλια, τα ξηρά φρούτα, τα λαχανικά, τα καρύδια, τα φουντούκια, τα αμύγδαλα, τα υποκατάστατα του νατρίου, οι σοκολάτες. Οι πατάτες και τα λαχανικά μπορούν να απαλλαγούν από το κάλιο, αν βραστούν και πεταχτεί το πρώτο νερό.¹⁹



Αλάτι

Ο οργανισμός λειτουργεί σωστά διατηρώντας ένα λεπτό ισοζύγιο με το αλάτι. Οι φυσιολογικού νεφρού αποβάλλουν το περισσό αλάτι με τα ούρα και έτσι διατηρούν το απαραίτητο ισοζύγιο. Το αλάτι φυσιολογικά βρίσκεται σε όλες τις τροφές. Το μαγειρικό αλάτι είναι χλωριούχο νάτριο. Η συνολική ημερήσια κατανάλωση αλατιού πρέπει να είναι περιορισμένη γι' αυτό χρειάζεται προσοχή στο φυσικό αλάτι των τροφών. Ο γιατρός θα πει πόσος αλάτι θα πρέπει να προστεθεί στο φαγητό, διότι η αυξημένη πρόσληψη αλατιού προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης, δίψα και κατακράτηση υγρών. Μερικές τροφές με υψηλή περιεκτικότητα αλατιού είναι: οι αφυδατωμένες σούπες, τα τουρσιά, οι ελιές, το μπέικον, τα αλλαντικά και ορισμένα τυριά. Αυτά είναι φρόνιμο να αποφεύγονται.¹⁹

Τα υγρά

Τα υγρά παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαίτα των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Συνήθως αυτός ο τύπος θεραπείας απαιτεί μείωση των υγρών. Όσο πιο λίγα ούρα αποβάλλει ο νεφροπαθής, τόσο λιγότερα υγρά πρέπει να λαμβάνει. Η μεγαλύτερη ποσότητα των υγρών μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνη και να αυξήσουν την αρτηριακή πίεση, να προκαλέσουν οίδημα και να συγκεντρωθούν στους πνεύμονες δημιουργώντας οξύ πνευμονικό οίδημα.

Τα υγρά προκαλούν αύξηση του βάρους γρήγορα. Μια απότομη αύξηση του σω-



ματικού βάρους σημαίνει ότι ο ασθενής πίνει πολλά υγρά ή παίρνει πολύ αλάτι με τη διαίτα. Όταν λέμε υγρά δεν εννοούμε μόνο το νερό. Κάθε τι που λιώνει στη θερμοκρασία του περιβάλλοντος είναι υγρό. Σ' αυτά συμπεριλαμβάνεται το παγωτό, η γρανίτα, ο πάγος, το ζελέ.¹⁹

Τα φρούτα και τα λαχανικά περιέχουν 90% περίπου νερό.

Μη ξεχνάμε επίσης ότι οι σούπες περιέχουν νερό. Η ημερήσια δόση των προσλαμβανομένων υγρών πρέπει να είναι εξατομικευμένη. Για ένα φυσιολογικό άτομο είναι 2000 – 2500



κ.ε. δηλαδή είναι το ποσό των ούρων στο 24ωρο αυξημένο κατά 1000 κ.ε. Συγκεκριμένα ο επιτρεπόμενος όγκος υγρών που μπορεί να λαμβάνει ο ασθενής ημερησίως υπολογίζεται με τον εξής τρόπο:

$$\text{Όγκος ούρων 24ώρου} + 500\text{ml} = \text{επιτρεπόμενη ποσότητα υγρών ανά ημέρα}^{19,20}$$

Φώσφορος

Ο φώσφορος σε όλες σχεδόν τις τροφές. Ειδικότερα σε αυξημένη ποσότητα βρίσκεται στο γάλα, το τυρί, το συκώτι, τους ξηρούς καρπούς και το γιαούρτι. Συνήθως αποβάλλεται από τον οργανισμό με τα ούρα άλλα σε όσους δεν έχουν ούρα συσσωρεύεται στο σώμα μειώνουν το ασβέστιο οπότε αυξάνει η λειτουργία των παραθυρεοειδών αδένων. Μελλοντικά αυτό μπορεί να κατάληξει σε πάθηση των οστών που λέγεται νεφρική οστεοδυστροφία, για την πρόληψη ή αντιμετώπιση της οποίας ο νεφροπαθής πρέπει να λαμβάνει αντιόξινα. Αυτά τα φάρμακα έχουν την ικανότητα να δεσμεύουν το φώσφορο της τροφής στο έντερο και δεν



επιτρέπουν την απορρόφηση και την είσοδο του στο αίμα. Με την αιμοκάθαρση αφαιρείται πολύ λίγο φώσφορος από το σώμα και γι' αυτό είναι απαραίτητη η λήψη αντιόξινων έτσι όπως υποδεικνύεται από το γιατρό. Τα χάπια αυτά πρέπει να λαμβάνονται αμέσως μετά το φαγητό.



Βιταμίνες και μέταλλα

Σχετικά με τις βιταμίνες και τα μέταλλα χρήσιμο είναι να γνωρίζουμε τα εξής. Συνίσταται η καθημερινή λήψη βιταμινών του συμπλέγματος Β και φυλλικού οξέος διότι οι βιταμίνες αυτές αποβάλλονται κατά την διάρκεια της αιμοκάθαρσης. Είναι προτιμότερο δε να λαμβάνονται μετά την αιμοκάθαρση. Για την βιταμίνη Α δεν συνίσταται συμπληρωματική χορήγηση. Εκτός από τις βιταμίνες που αναφέρθηκαν παραπάνω μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια συνθετική μορφή βιταμινών D. Ο ρόλος της βιταμίνης αυτής είναι σπουδαίος διότι προάγει την απορρόφηση του ασβεστίου από το έντερο και εμποδίζει τα οστά να γίνονται εύθραυστα. Μπορεί ακόμη να βελτιωθεί η μυϊκή αδυναμία που συνο-

δεύει την χρόνια ανεπάρκεια. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα (γάλα και τυρί) είναι άριστες πηγές ασβεστίου, επειδή όμως περιέχουν και μεγάλες ποσότητες φωσφόρου πρέπει να καταναλώνονται με πολύ προσοχή. Συνήθως συνίσταται και συμπληρωματικά χορήγηση ασβεστίου, το οποίο πρέπει να λαμβάνεται μεταξύ των γευμάτων για να δυναμώσουν τα κόκαλα. Ο γιατρός θα ενημερώσει πως θα παίρνετε το ασβέστιο και την βιταμίνη D και τότε πρέπει να τα σταματήσετε για να μην αυξηθεί υπερβολικά το ασβέστιο στο αίμα.¹⁹



Σίδηρος

Αναιμία συχνά συνοδεύει τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Σ' αυτές τις περιπτώσεις συνίσταται συμπληρωματική χορήγηση σιδήρου. Από καιρό σε καιρό γίνονται αιμοληψίες για να προσδιοριστεί η ανάγκη για την χορήγησή του, η οποία πρέπει να σταματήσει όταν επανέλθει στα φυσιολογικά ή σε κάπως ικανοποιητικό επίπεδο. Τέλος πρέπει να αποφεύγονται τα καθαρτικά ή τα κλύσματα με μαγνήσιο π.χ. γάλα μαγνησίας.¹⁹

1.2. Επίπτωση της θρέψης στη νοσηρότητα και θνητότητα των νεφροπαθών

Η θρέψη ενός ατόμου είναι αποτέλεσμα της όρεξης προς λήψη τροφής, του είδους της διατροφής και της παρουσίας ή μη υποκειμένων παθολογικών καταστάσεων που επηρεάζουν την όρεξη ή το μεταβολισμό. Καλή θρέψη είναι αυτονόητο ότι συνδέεται με καλή επιβίωση και, όπως προκύπτει από μεγάλες μελέτες σε πληθυσμούς, παθολογικοί δείκτες θρέψης συνοδεύονται από αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Έτσι, χαμηλά επίπεδα λευκοματίνης ορού στο γενικό πληθυσμό συνδυάζονται με αυξημένο κίνδυνο εισαγωγής στο νοσοκομείο, καθώς και αυξημένο κίνδυνο θανάτου. Στο χρόνια ουραιμικό άρρωστο, υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη της μικτής υποθρεψίας. Οι κυριότεροι από αυτούς φαίνονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1

Παράγοντες υποθρεψίας (πρωτεϊνικής-θερμιδικής) στη ΧΝΑ

1. Ανεπαρκής πρόσληψη τροφής (ανορεξία, χρόνια νόσος, κατάθλιψη)
2. Αυξημένη συχνότητα καταβολικών καταστάσεων (λοιμώξεις)
3. Υποπρωτεϊνική διαίτα
4. Απώλεια μεταβολικών ικανοτήτων του νεφρού
5. Διαδικασία κάθαρσης
 - α. Τεχνητός νεφρός: Απώλεια αμινοξέων, πεπτιδίων, βιταμινών, ιχνοστοιχείων. Πρωτεϊνικός καταβολισμός. Απώλεια αίματος
 - β. Περιτοναϊκή κάθαρση: Απώλεια πρωτεϊνών, βιταμινών, ιχνοστοιχείων.

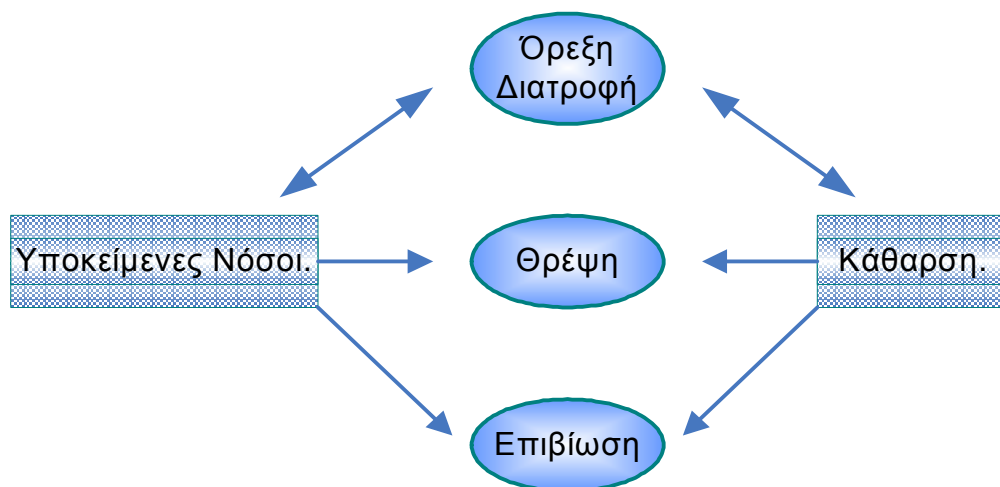
Για τον άρρωστο που βρίσκεται σε ΧΝΑ, η εμφάνιση φαινομένων ουραιμικού συνδρόμου (ανορεξία, καταβολή, αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων) αποτελεί συντελεστή διαταραχής της θρέψης. Η εφαρμογή υποπρωτεϊνικής διαίτας συμβάλλει βέβαια στη βελτίωση της γενικής κατάστασης και στη μείωση των συμπτωμάτων, αλλά αποτελεί η ίδια παράγοντα δομικής υποθρεψίας, παρά το γεγονός ότι το αποτέλεσμα δεν είναι κλινικά εμφανές, τουλάχιστον κατά τους πρώτους μήνες εφαρμογής της.¹

Μετά πάροδο άλλότε Χρονικού διαστήματος ο άρρωστος προσεγγίζει το τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας. Στο στάδιο αυτό συνυπάρχουν η υποθρεψία, το ουραιμικό σύνδρομο και η κύρια νόσος με τις τυχόν επιπλοκές, εάν πρόκειται για δευτεροπαθή νεφροπάθεια. Υπό τις συνθήκες αυτές, γίνεται πλέον απαραίτητη η υποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας και η ένταξη του ουραιμικού ατόμου σε κάποια μορφή εξωνεφρικής κάθαρσης, δηλαδή τεχνητό νεφρό ή περιτοναϊκή κάθαρση.

Η κλασική μελέτη της αιμοκάθαρσης (National Cooperative Dialysis Study, NCDS), που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες στα τέλη της δεκαετίας του '70 και τις αρχές της δεκαετίας του '80, έδειξε, μεταξύ άλλων, ότι η αποτυχία της θεραπείας αυξάνει όσο περιορίζεται η πρόσληψη πρωτεΐνης. Ως αποτυχία της μεθόδου θεωρείται η αύξηση της νοσηρότητας, η οποία είναι αυτονόητο ότι συνδέεται με αυξημένη θνητότητα. Ωστόσο, όπως γίνεται σαφές από τα προηγούμενα, η σχέση υποθρεψίας προς τη νοσηρότητα δεν είναι απαραίτητα σχέση αιτίου προς αποτέλεσμα. Τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια που βρίσκονται σε κάθαρση έχουν συνήθως συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, όπως καρδιαγγειακή νόσο, διαβήτη, γαστρεντερικές εκδηλώσεις, ηπατοπάθεια ή εκδηλώσεις συστηματικής νόσου, που προκαλούν οι ίδιες ανορεξία και υποθρεψία. Στις περιπτώσεις αυτές, η υποθρεψία είναι απλή εκδήλωση της υποκείμενης νόσου, η οποία και αποτελεί το αίτιο της αυξημένης νοσηρότητας ή θνητότητας.¹

Η καλύτερη απομάκρυνση ουραιμικών ουσιών βελτιώνει την όρεξη, γεγονός που οδηγεί σε αποκατάσταση της θρέψης. Σε αρκετές μελέτες που αφορούν τόσο την αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό όσο και τη ΣΦΠΚ, διαπιστώνεται θετική σχέση μεταξύ της δόσης κάθαρσης (Kt/V) και της πρωτεϊνικής πρόσληψης. Παρά τις υπάρχουσες επιφυλάξεις, φαίνεται ότι πρόκειται για πραγματική βιολογική σχέση. Τούτο στηρίζεται στη διαπίστωση ότι αύξηση της δόσης κάθαρσης στους ίδιους ασθενείς οδηγεί και σε αύξηση της κατανάλωσης πρωτεΐνης, τουλάχιστον μέχρι ενός ορισμένου ορίου.¹

Ως επαρκής κάθαρση μπορεί να θεωρηθεί εκείνη που συντελεί στην επάνοδο του αρρώστου σε ισορροπία ως προς τη θρέψη και εξασφαλίζει επιβίωση ανάλογη προς εκείνη του μη ουραιμικού με ίδιο φύλο και ηλικία. Οι σχέσεις μεταξύ των παραμέτρων που επηρεάζουν άμεσα τη θρέψη και την επιβίωση στο χρόνια ουραιμικό ασθενή διαγράφονται στο σχήμα 1. Είναι σαφείς οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους.¹



Σχήμα 1.

Κεφάλαιο 2^ο

Η διαιτητική αγωγή στο νεφρολογικό ασθενή

Είναι γενικώς αποδεκτό ότι η τήρηση της διαιτητικής αγωγής από τους νεφροπαθείς συνεισφέρει στη μείωση ορισμένων επιπλοκών της νεφρικής ανεπάρκειας, αλλά και στην καθυστέρηση της εξέλιξης της νεφρικής νόσου και κατά συνέπεια της έναρξης της υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση.

Η μη συμμόρφωση των ασθενών στη δίαιτά τους, αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα στο χώρο της Νεφρολογίας. Συγκεκριμένα, έχει δειχθεί ότι μεγάλο ποσοστό ενηλίκων ασθενών υπό ΣΦΠΚ μειονεκτούν ως προς τη θρέψη, ενώ σχεδόν 50% των ασθενών υπό ΣΦΠΚ αναπτύσσουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό υποθρεψία, με την οποία σχετίζεται άμεσα η θνητότητα και η θνησιμότητά τους.

Ένα επίσης μεγάλο ποσοστό ασθενών υπό TN δεν τηρούν τη δίαιτα όσον αφορά στην πρόσληψη υγρών και τροφών πλούσιων σε κάλιο.

Από τα παραπάνω μπορεί εύκολα να αποδειχθεί πόσο μεγάλης σημασίας είναι η τήρηση της διαιτητικής αγωγής από τους νεφρολογικούς ασθενείς και ιδιαίτερα η αποφυγή υποθρεψίας (malnutrition).

Η διαμόρφωση της διαιτητικής αγωγής διαφέρει για κάθε έναν ασθενή και προσαρμόζεται, όχι μόνο στο βαθμό της νεφρικής του ανεπάρκειας και στη μέθοδο της υποκατάστασης που χρησιμοποιείται, αλλά και στην ψυχοσωματική κατάστασή του, στην ηλικία του, στην εθνικότητά του και στα συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας του, όπως η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, καρδιακής ανεπάρκειας, υπέρτασης κ.λπ.¹

2.1. Δίαιτα ασθενούς με οξεία νεφρική ανεπάρκεια

Ο σχεδιασμός της διαιτητικής αγωγής της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας (ΟΝΑ) βασίζεται στη διατήρηση της ισορροπίας του αζώτου στον οργανισμό του ασθενούς και εξαρτάται άμεσα από το μέγεθος της βλάβης των νεφρών, αλλά και τον τρόπο αντιμετώπισης της ΟΝΑ.

Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι ασθενείς με ΟΝΑ έχουν την ίδια μεταβολική αντίδραση στο τραύμα, τη λοίμωξη, τη χειρουργική επέμβαση και τον πυρετό με τους ασθενείς που δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα νεφρικής βλάβης.

Η υποθρεψία είναι εξαιρετικά σημαντικό να αποφευχθεί και σε αυτή την κατηγορία των ασθενών, αφού έχει άμεση σχέση με την ανάπτυξη λοιμώξεων, οι οποίες αποτελούν μια από τις πιο κοινές αιτίες θανάτου στους ασθενείς αυτούς.

Επειδή οι ασθενείς με ΟΝΑ συχνά αντιμετωπίζουν πολλαπλά και σοβαρά προβλήματα, που αφορούν όχι μόνο στη νεφρική τους λειτουργία αλλά και σε άλλες λειτουργίες του οργανισμού, απαιτείται στενή νοσηλευτική παρακολούθηση για την αναγνώριση και πρόληψη σε αρχικά στάδια διαφόρων σοβαρών επιπλοκών και υποθρεψίας.

Είναι επομένως πολύ σημαντικό να υπάρχει συνεχής έλεγχος της τήρησης του διαιτολογίου και υποστήριξη των ασθενών σε καταστάσεις που τους αποθαρρύνουν από τη λήψη της τροφής, όπως έμετοι, ναυτία κ.ά.¹

2.2. Διατροφή Σε Ασθενείς Με Προοδευτική Νεφρική Ανεπάρκεια. Συντηρητική Αντιμετώπιση

Οι στόχοι της διαιτητικής αγωγής κατά τη συντηρητική αντιμετώπιση των ασθενών με ΧΝΑ είναι:

- α) Η αποφυγή διαταραχής της ισορροπίας του ύδατος και των ηλεκτρολυτών.
- β) Η μείωση της συγκέντρωσης των προϊόντων μεταβολισμού του αζώτου.
- γ) Η διατήρηση της επιθυμητής κατάστασης της θρέψης.
- δ) Η επιβράδυνση του ρυθμού εξέλιξης της νεφρικής βλάβης.

Ο σχεδιασμός της διαίτας του ασθενούς κατά τη συντηρητική αντιμετώπιση βασίζεται στον περιορισμό των προσλαμβανομένων πρωτεϊνών, των οποίων το 60-70% θα είναι υψηλής αξίας πρωτεΐνες (αυγά, κρέας, ψάρι), στην επαρκή θερμιδική κάλυψή του, στη μειωμένη πρόσληψη φωσφόρου από τις τροφές και στη συμπληρωματική κάλυψή του με ασβέστιο και υδατοδιαλυτές βιταμίνες.

Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας θα πρέπει να παρακολουθούνται συχνά και να ελέγχονται περιοδικά για την τήρηση του διαιτολογίου τους και την κατάσταση της θρέψης τους. Εξαιρετικά σημαντική χαρακτηρίζεται δε η ύπαρξη υποστηρικτικού οικογενειακού περιβάλλοντος.

Είναι απαραίτητο να κατανοήσει ο ασθενής σε αυτό το στάδιο πόσο σπουδαία είναι η αυστηρή τήρηση της διαίτας του και ότι η καλύτερη ανταμοιβή του θα είναι η διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας του, η απαλλαγή του από τη συμπτωματική ουραιμία (έμετοι, ανορεξία, ναυτία, λήθαργος) και η πιθανότητα επιβράδυνσης της έναρξης της νεφρικής υποκατάστασης.

Σε αυτή την κατηγορία των νεφροπαθών, σημαντική βοήθεια για τον έλεγχο της διαιτητικής συμπεριφοράς μπορεί να προσφέρει η καταγραφή των προσλαμβανομένων τροφών από τον ασθενή σε ειδικά σχεδιασμένα ημερολόγια διατροφής, τα οποία θα ελέγχονται περιοδικά από τη νοσηλεύτρια και το θεράποντα ιατρό του.

Επίσης, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται ότι κυκλοφορούν στο εμπόριο τροφές χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες, οι περισσότερες των οποίων καταψύχονται και διατηρούνται άριστα και τις οποίες μπορούν να χρησιμοποιούν για την ευκολία τους, καθώς και βιβλία μαγειρικής με συνταγές για την παρασκευή γευμάτων

νεφρικής ανεπάρκειας¹.

Τέλος, οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να αθλούνται, αφού η φυσική άσκηση θα τους βοηθήσει να διατηρήσουν τη μυϊκή τους μάζα¹.

2.3. Διατροφή Ασθενών Υπό Αιμοκάθαρση Με Τεχνητό Νεφρό

Είναι γνωστό ότι η γενική κατάσταση του ασθενούς εξαρτάται από την ποιότητα της αιμοκάθαρσης, τη δίαιτα που ακολουθεί και τη φαρμακευτική αγωγή.

Η ποσότητα των υγρών και των άχρηστων προϊόντων που συγκεντρώνονται μεταξύ δύο συνεδριών αιμοκάθαρσης είναι δυνατό να ελεγχθούν με τη δίαιτα. Για το λόγο αυτό δίνεται μεγάλη σημασία στη συμμόρφωση του ασθενούς στη διαιτητική αγωγή, της οποίας μακροπρόθεσμος στόχος είναι να παρέχει στον ασθενή όλα τα θρεπτικά συστατικά σε ιδανική ποιότητα και ποσότητα. Κατ' αυτόν τον τρόπο Θα προλαμβάνονται επιπλοκές από τη μη συμμόρφωση στην ενδεικνυόμενη δίαιτα. Για παράδειγμα, η εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου μπορεί να επηρεαστεί από τον τύπο και την ποσότητα των λιπαρών οξέων και των υδατανθράκων των τροφών, ενώ η ανάπτυξη υπερπαραθυρεοειδισμού από την αυξημένη περιεκτικότητά τους σε φωσφόρο.

Με την αιμοκάθαρση καταργείται ο αυστηρός περιορισμός λήψης πρωτεϊνών. Θα πρέπει όμως να υπάρχει έλεγχος, γιατί αν ο ασθενής αφεθεί ελεύθερος στη δίαιτα σε πρωτεΐνες, είναι δυνατό είτε να λαμβάνει μικρότερες ποσότητες από αυτές που απαιτούνται είτε να κάνει κατάχρηση, με αποτέλεσμα την αυξημένη παραγωγή ουρίας.¹ Η πλειονότητα των πρωτεϊνών και σε αυτή την κατηγορία ασθενών πρέπει να είναι υψηλής βιολογικής αξίας.

Οι θερμίδες της ημερήσιας διαίτας του ασθενούς δεν διαφέρουν απ' τις θερμίδες που θα πρέπει να λαμβάνει ένα οποιοδήποτε άλλο άτομο, πάντοτε βέβαια σε συνάρτηση με τη διατήρηση του ιδανικού του βάρους, αφού η παχυσαρκία πρέπει οπωσδήποτε να αποφευχθεί.

Μεγάλη προσοχή από μέρους του ασθενούς απαιτείται στη λήψη υγρών και τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε φωσφόρο και κάλιο.

Μερικές πρακτικές συμβουλές θα πρέπει να δοθούν στον ασθενή, ώστε να επιτυγχάνεται η πρόσληψη του επιτρεπόμενου όγκου υγρών. Συγκεκριμένα, συνιστάται:

- αποφυγή προσθήκης αλατιού και αντικατάστασής του με άλλα καρυκεύματα που δε προκαλούν δίψα,
- λήψη των φαρμάκων με το φαγητό (όταν αυτό δεν αντενδείκνυται),
- συχνές γαργάρες και ξέπλυμα του στόματος αντί της λήψης υγρών,
- χρήση μικρών κύβων πάγου για την ικανοποίηση της δίψας, αντί νερού,
- κατανομή της επιτρεπόμενης ποσότητας υγρών σε όλη τη διάρκεια του 24ώρου.

Τέλος, είναι απαραίτητο ο ασθενής υπό TN να μπορεί να συσχετίζει σημεία και συμπτώματα τα οποία κατά πάσα πιθανότητα οφείλονται σε κακή διατροφή, όπως κράμπες, έμετοι, κνησμός, οιδήματα αρθρώσεων - σφυρών κ.ά.¹

2.4. Διατροφή Ασθενών Υπό Περιτοναϊκή Κάθαρση

Η διαίτα διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας με περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ) κι έχει ως σκοπό την προαγωγή της καλής κατάστασης της υγείας του ασθενούς και την αποφυγή μακροπρόθεσμων επιπλοκών της μεθόδου, όπως:

- παχυσαρκίας,
- υπερλιπιδαιμίας,
- υποπρωτεϊναιμίας.

Η διαιτητική αγωγή των ασθενών υπό ΠΚ στοχεύει στην αναπλήρωση των πρωτεϊνών που χάνονται με τη μέθοδο (ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχει περιτονίτιδα), στην ελάττωση κατά 400-600 των θερμίδων που προβλέπονται από το διαιτολόγιο (πρόκειται για τις θερμίδες που λαμβάνονται από τη γλυκόζη του περιτοναϊκού διαλύματος), καθώς και στην αποφυγή λήψης λιπαρών γευμάτων και τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε φωσφόρο.

Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα υποπρωτεϊναιμίας και μειωμένης όρεξης, ενώ συγχρόνως κερδίζουν εύκολα βάρος λόγω της αυ-

ξημένης θερμιδικής αξίας της γλυκόζης των περιτοναϊκών διαλυμάτων.

Επίσης, η πλήρωση της περιτοναϊκής κοιλότητας με τα 2 λίτρα υγρών, που συνήθως απαιτεί η μέθοδος, δημιουργεί ένα αίσθημα πληρότητας, με αποτέλεσμα στο αρχικό τουλάχιστον στάδιο ένταξης οι ασθενείς να τρέφονται με μικρότερες ποσότητες τροφής. Μια λύση για την αποφυγή του αισθήματος πληρότητας των ασθενών αυτών, είναι η λήψη του γεύματος κατά τη διάρκεια τη αλλαγής των σάκων και η λήψη μικρότερων και συχνότερων γευμάτων¹.

Για την κατηγορία των ασθενών με μειωμένη όρεξη, είναι σημαντικό να τεθούν συγκεκριμένοι στόχοι και να εφευρευθούν τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθεί αύξηση της λήψης τροφής (αναμνήσεις από γεύματα που ικανοποιούσαν στο παρελθόν, παλαιότερες προτιμήσεις τροφών κ.λπ.).

Στην αντίπερα όχθη του ασθενούς υπό ΠΚ με υποθρεψία, βρίσκεται ο υπέρβαρος ασθενής, ο οποίος καλείται να αντιμετωπίσει ένα δύσκολο πρόβλημα, τον έλεγχο του βάρους του. Ο σχεδιασμός της διαιτητικής αγωγής των ασθενών αυτών χρειάζεται να είναι τέτοιος, ώστε να δημιουργεί ένα διαιτητικό μοντέλο που θα ικανοποιεί τον ασθενή, αλλά συγχρόνως θα περιορίζει τις θερμίδες και το αλάτι. Το σημαντικότερο δε θα είναι να υπάρχει κίνητρο για την επιτυχή συμμόρφωση του ασθενούς, ο οποίος θα πρέπει να θέλει να ελέγξει το βάρος του, πριν καν αρχίσει την προσπάθεια για κάτι τέτοιο.¹

2.5. Η Δίαιτα Σε Διαφορετικές Ομάδες Ασθενών Που Παρουσιάζουν Προβλήματα Με Την Νεφρική Τους Λειτουργία

2.5α. Η Δίαιτα Στους Ηλικιωμένους Ασθενείς

Συχνά, οι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα με τη διατροφή τους διαφορετικά από αυτά των πιο νέων σε ηλικία ασθενών:

Με την αύξηση της ηλικίας παρατηρείται μείωση του ρυθμού μεταβολισμού συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών, με αποτέλεσμα τη μείωση των αναγκών των ασθενών αυτών σε ενέργεια, ενώ οι ανάγκες τους σε μέταλλα και βιταμίνες παραμένουν ίδιες.¹

Η διάθεση για φαγητό και η ικανότητα μάσησης εξαρτώνται άμεσα από την κατάσταση των δοντιών και των τεχνητών οδοντοστοιχιών των ασθενών.

Για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, η προσφορά πρακτικών συμβουλών, όπως π.χ. για συχνό οδοντιατρικό έλεγχο, κατάλληλη προετοιμασία των γευμάτων ώστε να είναι πιο μαλακά και εύπεπτα κ.λπ., πιθανόν να είναι απαραίτητη. Σε καταστάσεις δυσκοιλιότητας, η οποία αποτελεί συχνό πρόβλημα των ηλικιωμένων, συνιστάται η προσθήκη φυτικών ινών στο καθημερινό διαιτολόγιο.

Πρέπει, τέλος, να λαμβάνεται υπόψη ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς υπό ΤΝ αντιμετωπίζουν συχνότερα προβλήματα ελλιπούς διατροφής, αντίθετα από τους ηλικιωμένους ασθενείς υπό ΣΦΠΚ, οι οποίοι φαίνεται να βελτιώνουν τη διατροφική τους κατάσταση με την πάροδο της ηλικίας.¹

2.5β. Η Δίαιτα Στους Ασθενείς Διαφόρων Εθνικοτήτων

Με τις αυξανόμενες μετακινήσεις των πληθυσμών, όλο και συχνότερα περιθάλπουμε ασθενείς διαφόρων εθνικοτήτων και θρησκειών στις νεφρολογικές μας μονάδες.

Κατά συνέπεια, θα πρέπει ο σχεδιασμός της διαιτητικής αγωγής να προσαρμόζεται στις διατροφικές συνήθειες, τη θρησκεία, τον πολιτισμό και τις παραδόσεις των ασθενών αυτών, προκειμένου να επιτευχθεί η συμμόρφωσή τους στη δίαιτα.

Θα πρέπει λοιπόν ο νοσηλευτής, στο νοσηλευτικό του ιστορικό, να λαμβάνει πληροφορίες που θα αφορούν στο θρήσκευμα και την εθνικότητα, καθώς και στα στοιχεία εκείνα που αποκαλύπτουν τυχόν διατροφικές ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς.¹

2.5γ. Η Δίαιτα Στους Ασθενείς Με Σακχαρώδη Διαβήτη

Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) αποτελούν μια ιδιαίτερη κατηγορία νεφρολογικών ασθενών, αφού απαιτούνται μετατροπές στο διαιτολόγιό τους, είτε αυτοί ακολουθούν συντηρητική αγωγή, είτε αντιμετωπίζονται με ΤΝ ή ΠΚ.

Οι ασθενείς με ΣΔ πρέπει να τίθενται σε δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες και φωσφόρο νωρίτερα απ' ό,τι οι υπόλοιποι ασθενείς με προοδευτική νεφρική ανεπάρκεια, καθώς έχει αποδειχθεί άμεση σχέση της προσλαμβανόμενης ποσότητας πρωτεϊνών και φωσφόρου με την εξέλιξη της νεφρικής βλάβης στους ασθενείς αυτούς.

Οι ασθενείς με ΣΔ υπό ΤΝ συχνά αντιμετωπίζουν πρόβλημα δίψας, που οφείλεται σε υπεργλυκαιμία, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε υπερφόρτωση του οργανισμού με υγρά. Για το λόγο αυτόν, είναι απαραίτητη η καλή ρύθμιση του διαβήτη τους.

Προσοχή επίσης απαιτείται στη λήψη φυτικών ινών για την αποφυγή υπερκαλιαιμίας και υπερφωσφαταιμίας.

Στους ασθενείς με ΣΔ υπό ΠΚ συναντάται δυσκολία ρύθμισης του ΣΔ με ινсуλίνη, λόγω της παρουσίας δεξτρώζης στο περιτοναϊκό διάλυμα.

Προσοχή, τέλος, θα πρέπει να επιδεικνύεται για την αποφυγή παχυσαρκίας και υπερλιπιδαιμίας.¹

Κεφάλαιο 3^ο

Ο ρόλος του νοσηλευτή νεφρολογίας στη διαμόρφωση της διαιτητικής συμπεριφοράς του νεφροπαθούς

Ο νοσηλευτής Νεφρολογίας Θα πρέπει να ασχοληθεί με το θέμα της διαιτητικής αγωγής του νεφρολογικού ασθενούς και πώς μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην τηρηση του διαιτολογίου από τον ασθενή.

Συγκεκριμένα, τα βήματα που θα πρέπει να ακολουθήσει ο νοσηλευτής Νεφρολογίας έχουν ως εξής:

Θα λάβει το νοσηλευτικό ιστορικό κατά τα στάδια εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας, στα οποία θα περιλαμβάνονται και πληροφορίες που θα αφορούν:

- στην ηλικία του ασθενούς
- στη θρησκεία και στην εθνικότητά του
- στην κοινωνική - οικονομική κατάστασή του
- στον τρόπο ζωής του
- στις διατροφικές συνήθειες του ίδιου και των μελών της οικογένειάς του
- στη γενική κατάσταση θρέψης του
- στις προτιμήσεις του για τις διάφορες τροφές
- στη συνήθη διαδικασία προετοιμασίας των γευμάτων (τι περιλαμβάνουν, πώς προετοιμάζονται, πάτε και από ποιον)
- στο τι νιώθει ο ασθενής γιο τη διαδικασία της προετοιμασίας και λήψης της τροφής (πιστεύει ότι το φαγητό είναι υποχρέωση ή απόλαυση;)
- στο επάγγελμά του και κατά πόσο αυτό τον υποχρεώνει να συμμετέχει συχνά σε επαγγελματικά γεύματα.¹

Θα αξιολογήσει τη γενική κατάσταση της υγείας και την κατάσταση της θρέψης του ασθενούς.

Θα αναγνωρίσει και τις ιδιαιτερότητες του ασθενούς όσον αφορά στη διαίτα του και θα αξιολογήσει το πώς αυτές μπορεί να επηρεάσουν τη διαμόρφωση της διαιτητικής του συμπεριφοράς.

Θα αξιολογήσει τις ανάγκες για ενημέρωση και εκπαίδευσης του ασθενούς και της οικογένειάς του σε θέματα διατροφής.

Θα προγραμματίσει τη διαδικασία της εκπαίδευσης για τη διαίτα και θα θέσει στόχους εφικτούς και συγκεκριμένους.¹

Θα εκπαιδεύσει τον ασθενή και την οικογένειά του σε γενικά θέματα διατροφής και ιδιαίτερα σε αυτά που αφορούν στο διαιτολόγιο που θα ακολουθήσει ο ασθενής. Τα θέματα εκπαίδευσης περιλαμβάνουν:

- γενικές αρχές διατροφής
- ανάλυση δασικών όρων, όπως πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες, θερμίδες, μέταλλα, κάλιο, νάτριο, φωσφόρος, μαγνήσιο, ασβέστιο, σίδηρος κ.ά.
- την περιεκτικότητα των θρεπτικών ουσιών-στοιχείων που περιέχονται στις διάφορες τροφές
- την επίδραση της διατροφής στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς
- τις βασικές αρχές της νεφρικής διαίτας και τις διαφοροποιήσεις του εξατομικευμένου διαιτολογίου
- τη μέτρηση της ποσότητας των τροφών και των μερίδων με κατανοητά και εύχρηστα μέτρα υπολογισμού
- τη συμπλήρωση του διαιτητικού ημερολογίου
- τις τροφές που έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες, νάτριο, κάλιο, φωσφόρο
- τις τροφές που προσδίδουν, αντίστοιχα, πολλές και λίγες θερμίδες
- οδηγίες για ρύθμιση του διαιτολογίου, όταν ο ασθενής χρειάζεται να γευματίσει εκτός σπιτιού ή σε ειδικά μέρη, όπως αεροπλάνα κ.λπ.
- την προετοιμασία συνταγών εύγευστων, με ποικιλία και μέσα στα πλαίσια της διαιτητικής του αγωγής.¹



Θα ελέγξει κατά πόσο επιτεύχθηκαν οι στόχοι εκπαίδευσης που είχαν αρχικά τεθεί.

Θα παρακολουθήσει τον ασθενή για την τήρηση ή όχι της διαιτητικής του αγωγής.

Θα ελέγξει τους λόγους που θα σχετίζονται με τη μη συμμόρφωση του ασθενούς στο διαιτητικό σχήμα που του έχει δοθεί.

Θα επανεκπαιδεύσει και θα ενημερώσει τον ασθενή και θα τον παραπέμψει σε άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας παρακολούθησης, όταν κρίνει ότι αυτό είναι αναγκαίο.¹

Για την επιτυχή τήρηση του διαιτολογίου από τον ασθενή, καθοριστικό ρόλο θα παίζει όχι μόνο η ικανότητά του να μεταβάλει τη διατροφική του συμπεριφορά, αλλά και κάποιοι άλλοι εξίσου σημαντικοί παράγοντες.

Είναι σαφές ότι ο νοσηλευτής που θα παρέμβει στο θέμα της δίαιτας, θα πρέπει να είναι άριστος γνώστης της Νεφρολογικής Νοσηλευτικής, να κατέχει ιδιαίτερες γνώσεις και εκπαίδευση που θα αφορούν στη διατροφή και στις ανάγκες των νεφρολογικών ασθενών και να έχει ασχοληθεί διεξοδικά με την εκπαίδευση των ασθενών αυτών.

Θα πρέπει εδώ να τονίσουμε ότι, ανάλογα με τη θέση εργασίας του νοσηλευτή Νεφρολογίας, μεταβάλλεται και το έργο του στη διαμόρφωση της διαιτητικής συμπεριφοράς του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής που προσφέρει τις υπηρεσίες του στο εξωτερικό νεφρολογικό ιατρείο θα έρθει σε επαφή με χρόνιους ασθενείς υπό συντηρητική αγωγή και σπάνια με ασθενείς υπό αιμοκάθαρση, σε αντίθεση με το νοσηλευτή Νεφρολογίας που εργάζεται σε μονάδα εξωνεφρικής κάθαρσης (TN ή ΠΚ), ο οποίος θα έρθει σε επαφή μόνο με αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Τέλος, ο νοσηλευτής Νεφρολογίας που προσφέρει τις υπηρεσίες του στη νεφρολογική κλινική, θα έχει τη δυνατότητα να παρέμβει νοσηλευτικά σε όλες τις κατηγορίες των ασθενών με ΧΝΑ και ίσως να ελέγξει καλύτερα το βαθμό εκπαίδευσης, ενημέρωσης και συμμόρφωσης των ασθενών αυτών.¹

Επομένως, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις θα εξαρτηθούν άμεσα από την κατηγορία του ασθενούς και από τα κατά πόσα αυτός έχει ήδη λάβει την αρχική ενημέρωση και εκπαίδευσή του από άλλες πηγές.

Είναι ευνόητο ότι η εκπαίδευση θα πρέπει να προσαρμόζεται πάντα στη δυνατότητα του ασθενούς για μάθηση και κατανόηση, παράγοντες που είναι δυνατό να επηρεάζονται από καταστάσεις όπως η ουραιμία, ο θυμός, η κατάθλιψη, ο φόβος και η άρνηση για συμμόρφωση.

Επομένως, η εκπαίδευση πρέπει να γίνεται με εύκολα βήματα, με απλές οδηγίες και βασισμένη στην αρχή της επανάληψης και του ελέγχου.¹

Στην προσπάθειά του να παρέχει την εκπαίδευση στον ασθενή, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, οπτικοαουστικά μέσα διδασκαλίας, δείγματα τροφών και γενικά μια μεγάλη ποικιλία μέσων, που θα κρίνει ότι μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στην επιτυχή διαμόρφωση της διαιτητικής συμπεριφοράς του ασθενούς.

Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί για τις πηγές απ' όπου θα μπορεί να προμηθευτεί βιβλία προετοιμασίας γευμάτων για νεφρική ανεπάρκεια και έτοιμες τροφές φτωχές σε νάτριο, κάλιο, φωσφόρο κ.λπ., ενώ είναι δυνατό να του δοθούν δείγματα καρυκευμάτων και μπαχαρικών με οδηγίες για να πειραματιστεί σε νέες γεύσεις και να δημιουργήσει πιο εύγευστα γεύματα.

Τέλος, επειδή έχει δειχθεί ότι η ΧΝΑ επηρεάζει τις προτιμήσεις και τις διατροφικές συνήθειες των ασθενών, ο νοσηλευτής Νεφρολογίας θα πρέπει πάντα να προτείνει στο νεφροπαθή εναλλακτικές λύσεις, όταν ο τελευταίος διαφωνεί με ορισμένα σημεία του διαιτολογίου του ή δηλώνει ότι αδυνατεί να τα εφαρμόσει.¹

Κεφάλαιο 4^ο

4.1. Ειδικά διαιτητικά προβλήματα και οι λύσεις τους

4.1α. Ανορεξία

Η ανορεξία είναι πολύ συχνή ανάμεσα στους αρρώστους που έχουν νεφρική ανεπάρκεια. Η αρρώστια των νεφρών, η έλλειψη ενέργειας, η υπερένταση, τα φάρμακα ή ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων παίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της όρεξης. Σε μερικούς ανθρώπους η όρεξη έρχεται και παρέρχεται, ενώ άλλοι σπάνια συμβαίνει να νιώσουν πεινασμένοι.

Μερικοί άρρωστοι έχουν την αίσθηση μιας κακής γεύσης στο στόμα τους και άλλοι φαίνεται να νιώθουν ένα φούσκωμα στο στομάχι, λίγο μετά την αρχή του φαγητού. Έτσι κάποιο από τα συμπτώματα αυτά μπορεί να κάνει τους νεφροπαθείς να τρώνε λιγότερο, με αποτέλεσμα να χάνουν σωματικό βάρος. Ακόμα το χάσιμο του βάρους μπορεί να καλυφθεί και να μην το καταλαβαίνουν αν ξαφνικά αρχίσουν να παίρνουν υγρά και αλάτι σε μεγαλύτερες ποσότητες από όσο πρέπει. Έτσι η υπερβολική κατακράτηση υγρών μπορεί να καλύψει το πραγματικό χάσιμο βάρους (χάνουν κρέας ενώ κρατάνε αλάτι και υγρά). Γι' αυτό είναι σημαντικό να προσπαθούν να τρώνε καλά για να εμποδίσουν την απώλεια σωματικού βάρους και να διατηρηθούν έτσι φυσιολογικοί από άποψη μυϊκής μάζας. Γενικά άτομα με νεφροπάθεια που κρατιούνται σε καλή κατάσταση, έχουν καλές διαιτητικές συνήθειες, αισθάνονται καλύτερα και έχουν λιγότερα προβλήματα.²¹

Τα παρακάτω μπορούν να βοηθήσουν σαν γενικές οδηγίες.

Συμβουλές :

- να τρώνε μικρά και συχνά γεύματα όταν δεν είναι πεινασμένοι,
- να κρατάνε κατάλληλο κολατσιό τροφών δίπλα τους,
- να τρώνε κάποιο κολατσιό πριν κοιμηθούν,
- να στηρίζονται σε τροφές που αγαπάνε όταν δεν είναι πολύ πεινασμένοι,

- 0 να προσπαθούν να κάνουν τη τροφή τους πιο ελκυστική με γαρνιτούρες,
- 0 να διατηρούν τη δραστηριότητά τους, παρασκευάζοντας εύκολα ένα γεύμα μαγειρεύοντας ή και ψήνοντας,
- 0 να κάνουν τον χρόνο φαγητού πιο ευχάριστο, τρώγοντας με φίλους, πηγαίνοντας έξω για φαγητό, ακούγοντας μουσική κατά τη διάρκεια του γεύματος ή τρώγοντας σε διαφορετικό δωμάτιο του σπιτιού, ειδικά σε ένα μέρος όπου μπορούν να βλέπουν έξω από το παράθυρο.²¹



4.1.β. Κακή γεύση τροφών

Ακολουθούν κάποιες συμβουλές που μπορούν να βοηθήσουν όταν οι νεφροπαθείς νομίζουν ότι οι τροφές τους δεν έχουν καλή γεύση, αλλά πρέπει να φάνε για να μην χάσουν βάρος.

Συμβουλές :

- 0 εάν το φαγητό δεν έχει «κανονική γεύση» να προσπαθούν να φάνε κοτόπουλο, ψάρι ή αυγά,
- 0 κάποιες τροφές, ειδικά το κρέας, μπορεί να έχουν γεύση καλύτερη όταν είναι κρύες ή όταν έχουν τη θερμοκρασία δωματίου,
- 0 ξινό ή ξινή γεύση μπορεί μερικές φορές να διώξει την κακή γεύση από το στόμα,
- 0 να χρησιμοποιούν λεμόνι, χυμό λεμονιού ή ξύδι,
- 0 ακόμη να χρησιμοποιούν ισχυρά καρυκεύματα του γούστου τους κατά το μαγείρεμα, όπως σκόρδο ή κάρυ,
- 0 να πλένουν τα δόντια τους ή να ξεπλένουν το στόμα τους πολύ συχνά. Να ρωτούν το γιατρό ή τον οδοντίατρο σχετικά με ειδικές οδοντόκρεμες ή γενικά για την υγιεινή του στόματος.²¹



4.1γ. Αύξηση Θερμίδων διαιτολογίου

Η διαίτα στη νεφρική ανεπάρκεια πρέπει οπωσδήποτε να περιέχει την απαραίτητη ποσότητα θερμίδων.

Ακολουθούν ορισμένοι κανόνες αν χρειαστεί να προστεθούν θερμίδες στη διαίτα:

- 0 μαργαρίνη ή βούτυρο μπορούν να προστεθούν στα λαχανικά, το ρύζι, τις πατάτες και τα μαγειρεμένα δημητριακά,
- 0 επιπρόσθετα μπορεί να προστεθεί μαγιονέζα στη σαλάτα, τα αυγά και τα σάντουιτς,
- 0 να βάζουν μέλι, σιρόπι, μαρμελάδες ή κρέμα τυριού πάνω στο ψωμί, το τوست και τα κράκερ.²¹



4.1δ. Συνεδρία αιμοκάθαρσης και φαγητό

Μερικοί άρρωστοι νομίζουν ότι την ώρα που είναι συνδεδεμένοι στο μηχάνημα, μπορούν να τρώνε ότι δεν επιτρέπεται, επειδή φεύγει με το φίλτρο. Αυτό δεν είναι αλήθεια, διότι για να γίνει η πέψη και να απορροφηθεί κάθε τέτοια τροφή από το έντερο, χρειάζεται χρόνος που είναι πολλές φορές μεγαλύτερος από το τετράωρο της αιμοκάθαρσης.²¹

4.2. Φαγητό έξω από το σπίτι



Στην προσπάθεια οι ασθενείς να προσαρμοστούν στο νέο τρόπο ζωής, πιθανό να αντιμετωπίσουν πρόβλημα με τα γεύματα, όταν θέλουν να φάνε κάτι έξω από το σπίτι. Αν σκεφτούν λίγο πριν παραγγείλουν, μπορούν να απολαύσουν ένα ευχάριστο γεύμα, διατηρώντας την πρόσληψη νατρίου μέσα σε φυσιολογικά γι' αυτούς όρια.²¹

Όταν είναι εύκολο, να προτιμούν εστιατόριο το οποίο να προσφέρει μεγάλη ποικιλία φαγητών για να μπορούν να διαλέξουν. Να ζητούν φαγητά που φτιάχτηκαν χωρίς σάλτσα ή προσθήκη ψωμιού και οπωσδήποτε να παρακαλούν το φαγητό τους να το ετοιμάσουν χωρίς να βάλουν αλάτι, γι' αυτό να μάθουν να περιμένουν να φτιαχτεί μετά από λίγα λεπτά κάτι ξεχωριστό γι' αυτούς, χωρίς αλάτι.²¹

Προτάσεις :

- 0 Κρέας ψημένο σε σχάρα (όχι μπιφτέκι, στο οποίο όπως είναι γνωστό έχει προστεθεί ψωμί) και ψάρια που κάνουν θαυμάσιες σούπες, αποτελούν μερικές από τις καλές επιλογές για τους ασθενείς που παρουσιάζουν προβλήματα με τη νεφρική τους λειτουργία όταν τρώνε έξω. Να αποφεύγουν τις σάλτσες και να χρησιμοποιούν αν θέλουν πιπέρι ή φρέσκο λεμόνι.



- 0 Να ζητούν για σαλάτα βρασμένα ή αχνισμένα λαχανικά. Να διαλέγουν κάτι που σερβίρεται χωρίς τυρί ή σάλτσα. Φρέσκα φρούτα μπορούν να αποτελέσουν το επιδόρπιο. Αν βρεθούν σε κάποιο εστιατόριο, όπου οι τροφές με μικρή περιεκτικότητα σε αλάτι είναι λιγοστές (όπως λ.χ. σε κινέζικο εστιατόριο ή σε πιτσαρία) να ζητήσουν φαγητά που είναι δυνατόν να φτιαχτούν χωρίς αλάτι. Να παραγγείλουν πίτσα με χάμπουργκερ αντί για λουκάνικο και να φάνε μόνο ένα ή δύο κομμάτια.



- 0 Με λίγη προνοητικότητα και καλό σχεδιασμό, τρώγοντας έξω μπορούν να συνεχίσουν να έχουν ευχάριστες ευκαιρίες για εξόδους, με παρέες, ενώ βρίσκονται σε δίαιτα με χαμηλό νάτριο.²¹

4.3. Τροφές που επιτρέπονται ελεύθερα

Αυτές πρέπει να καταναλώνονται για να αυξάνεται η ποσότητα των θερμίδων που παίρνουν καθημερινά οι ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση. Η παρακάτω λίστα περιέχει τις βασικότερες από τις τροφές που επιτρέπεται να τρώγονται ελεύθερα :

- 0 ζάχαρη,
- 0 μαρμελάδα, μέλι,
- 0 βραστά γλυκά,
- 0 κρέμα,
- 0 βούτυρο, μαργαρίνη (ανάλατα και με πολυακόρεστα),
- 0 φυτικό λάδι,
- 0 κορνφλάουερ, κάστερ – πάουντερ.²¹



Κεφάλαιο 5^ο

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη. Είναι μια σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας θα παρουσιάσουμε δύο περιπτώσεις νεφροπαθών που εισήχθησαν στο νεφρολογικό κέντρο του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών ως υποψήφιοι λήπτες για μεταμόσχευση νεφρού.

5.1. Α΄ Κλινική περίπτωση

Ασθενής άρρεν 56 ετών ο οποίος εισήλθε στη μονάδα αυξημένης φροντίδας της νεφρολογικής κλινικής προς μεταμόσχευση νεφρού. Ο ασθενής Κ.Μ. είναι συνταξιούχος και ζει στην Πάτρα. Είναι παντρεμένος με δύο παιδιά ενήλικα. Ο υποψήφιος λήπτης βρίσκεται στο τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας για 8 χρόνια και πραγματοποιεί 3 συνεδρίες αιμοκάθαρσης την εβδομάδα στην MTN του ΠΠΓΝΠ. Στο ιστορικό του αναφέρεται κληρονομικότητα νεφρικής πάθησης (χρόνια σπειραματονεφρίτιδα). Ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος έχει ολοκληρωθεί. Το μόσχευμα προέρχεται από πτωματικό δότη άρρεν του εξωτερικού. Ο ασθενής είναι πολύ νευρικός και έχει τρομερή αγωνία για την έκβαση της επέμβασης.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Τόνωση του ηθικού του αρρώστου.	Ψυχολογική τόνωση, πρόληψη άγχους.	Προγραμματίζεται συζήτηση με τον άρρωστο και γνωριμία με άλλους μεταμοσχευμένους της μονάδας.	Με την συζήτηση αξιολογείται η ψυχολογική ετοιμότητα του αρρώστου για την επέμβαση και συστήνεται στους άλλους ασθενείς.	Η επικοινωνία με τον νοσηλευτή και τους μεταμοσχευμένους ενισχύει θετικά την ψυχολογία του αρρώστου.
Ενημέρωση του αρρώστου για τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Διδασκαλία για την αντιμετώπισή τους.	Συμμετοχή του αρρώστου, πρόληψη επιπλοκών και δυσχερειών.	Ενημέρωση για τοποθέτηση συσκευών, τη χρησιμότητά τους. Διδασκαλία για την αντιμετώπιση δυσχερειών. Δυνατότητα χρησιμοποίησης εικόνων.	Ενημερώνεται ο άρρωστος για την τοποθέτηση Levin, Folley, φλεβοκαθετήρων, ηλεκτροδίων και εξηγούνται οι δυσχέρειες που εμφανίζονται. Δίδονται στον άρρωστο να τα περιεργαστεί. Διδάσκεται πώς να βήχει, ν' αναπνέει βαθιά, να μη τραβάει τους καθετήρες.	Ο άρρωστος ενημερώθηκε, έγινε διδασκαλία και κατανόησε τις πληροφορίες και υποδείξεις.
Έναρξη της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας.	Σωστή ανοσοκατασταλτική αγωγή.	Χορηγείται σύμφωνα με το ιατρικό πρωτόκολλο 12 ώρες πριν την επέμβαση η πρώτη δόση κυκλοσπορίνης.	Ενημερώνεται ο άρρωστος. Παρακολουθείται για συμπτώματα δυσανεξίας όπως ναυτία.	Η ταμπλέτα χορηγήθηκε και έγινε ανεκτή από τον άρρωστο.
Πραγματοποίηση της γενικής προεγχειρητικής προετοιμασίας.	Σωστή προετοιμασία για το χειρουργείο.	Προγραμματίζεται λουτρό και καθαρισμός του εντέρου με χαμηλό υποκλυσμό.	Ο άρρωστος κάνει μάνιο με βακτηριοστατικό σαπούνη και σύμφωνα με τις υποδείξεις του νοσηλευτή. Πραγματοποιείται καθαρτικός υποκλυσμός με fleet-enema.	Ο άρρωστος ολοκλήρωσε τη γενική προεγχειρητική προετοιμασία.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.	Πρόληψη λοιμώξεων.	Ετοιμάζονται τα αντικείμενα για την ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου.	Εύρισμα κοιλιακής χώρας με βακτηριοστατικό σαπούνι. Αποφεύγονται ερεθισμοί – τραυματισμοί.	Πραγματοποίηση τοπικής προεγχειρητικής προετοιμασίας.
Τελική προεγχειρητική προετοιμασία.	Ολοκλήρωση της προετοιμασίας του αρρώστου για το χειρουργείο.	Συμπλήρωση των σχετικών εντύπων. Αφαίρεση κοσμημάτων, κλήση του τραυματιοφορέα χειρουργείων και ορισμός του συνοδού νοσηλευτή.	Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία και ο άρρωστος φοράει ρούχα χειρουργείου και υπογράφει τα σχετικά έγγραφα. Τα κοσμήματα δίδονται στους συγγενείς. Ο άρρωστος πάει στο χειρουργείο.	Ολοκλήρωση τελικής προεγχειρητικής προετοιμασίας.
Επιστροφή απ' το χειρουργείο. Παρουσίαση ατελεκτασίας.	Αποκατάσταση της αναπνοής.	Προγραμματίζονται ασκήσεις αναπνοής, χορήγηση οξυγόνου, αποχρεμπτικών και αναρροφήσεις.	Παρακινείται ο άρρωστος για βαθιές αναπνοές, να βήχει και να αποβάλλει τις εκκρίσεις. Χορήγηση οξυγόνου με μάσκα Venturi στα 5 lt. Χορήγηση 1 amp Mucosolvan I.V. προς ενίσχυση της απόχρεμης. Αναρρόφηση των εκκρίσεων απ' το στόμα.	Αντιμετώπιστηκε η ατελεκτασία, επαναφορά της αναπνοής σε φυσιολογικά επίπεδα.
Μετεγχειρητικός πόνος.	Αντιμετώπιση του πόνου.	Εκτίμηση του πόνου. Σωστή τοποθέτηση του αρρώστου και χορήγηση αναλγητικών.	Δίδεται θέση στον άρρωστο για χαλάρωση των μυών και περιορίζονται οι κινήσεις. Χορηγείται 1 amp Apotel I.V.	Σταδιακή υποχώρηση του πόνου.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Ναυτία, έμμετος.	Αντιμετώπιση και ανακούφιση των συμπτωμάτων.	Τοποθέτηση νεφροειδών χαρτοβάμβακα, port - cotton κοντά στον άρρωστο. Αδιάβροχο για την προστασία των κλινοσκεπασμάτων. Χορήγηση αντιεμετικού.	Τοποθέτηση της κεφαλής στο πλάι. Περιποίηση του στόματος. Χορήγηση 1 amp Primperan I.V. Μέτρηση όγκου εμεσμάτων. Καταγραφή στη λογοδοσία.	Ανακούφιση του ασθενούς, ενημέρωση της λογοδοσίας.
Παρακολούθηση παροχετεύσεων του ουροποιητικού συστήματος.	Καλή λειτουργία των παροχετεύσεων και πρόληψη των λοιμώξεων.	Διδασκαλία πως πρέπει να κάθεται ο άρρωστος ή να κινείται με τις παροχετεύσεις. Καθημερινός καθαρισμός της συμβολής του καθετήρα με το ουρηθρικό στόμιο. Καθαρισμός περινέου. Άσηπτη τεχνική.	Στερέωση των παροχετεύσεων με λευκοπλάστ στο μηρό. Προσοχή στις κινήσεις προς αποφυγή παλινδρόμησης των ούρων. Περιποίηση του καθετήρα με χρήση αποστειρωμένων γαντιών, γαζών, αντισηπτικών διαλύσεων. Περιποίηση του περινέου με βακτηριοστατικό σαπούνι. Συχνή αλλαγή ουροσυλλεκτών. Λήψη δείγματος ούρων καθημερινά για καλλιέργεια.	Συμμόρφωση προς τις υποδείξεις. Σωστή περιποίηση. Απουσία ουρολοιμώξεων.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Έλεγχος ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών.	Αποκατάσταση και διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών.	Προγραμματίζεται η χορήγηση υγρών ανάλογα με τα αποβαλλόμενα. Γίνεται ισόποση κατανομή για όλο το 24ωρο. Καταγραφή αποβαλλόμενων κάθε ώρα. Έλεγχος ηλεκτρολυτών με εργαστηριακό έλεγχο.	<p>Τα υγρά 24ώρου χορηγούνται αναλόγως των αποβαλλόμενων (με διούρηση 500ml/3ωρο).</p> <p>Προσλαμβανόμενα το 24ωρο (ml)</p> <p>D/W 5% 1000 + 2amp Na = 1020 N/S 0.9% 1000 + 2amp Na = 1020 D/W 5% 1000 + 3amp K = 1030 N/S 0.9% 500 + 1amp K = 510 D/W 5% + 3amp Dopamine = 265 I.V. φάρμακα = 55 1 ποτήρι νερό = 200 Σύνολο : 4100</p> <p>Κατά τη διάρκεια της νύχτας μειώνεται ο ρυθμός χορήγησης σε 150ml/h και θα χορηγηθούν έτσι 1200ml, ενώ τα υπόλοιπα 1200ml θα χορηγηθούν σε 16h με ρυθμό 161ml/h.</p> <p>Αποβαλλόμενα το 24ωρο (ml)</p> <p>Ουροκαθετήρας folley = 3730 Παροχέτευση τραύματος = 190 Σύνολο : 3920</p> <p>Η διαφορά των 180ml καλύπτεται απ' τις άδηλες απώλειες. Καθημερινά λήψη αίματος για τον προσδιορισμό των ηλεκτρολυτών.</p>	Ίκανοποιητική λειτουργία νεφρικού μοσχεύματος.

5.2. Β' Κλινική περίπτωση

Ασθενής άρρεν 52 ετών ο οποίος εισήλθε στη μονάδα αυξημένης φροντίδας της νεφρολογικής κλινικής προς μεταμόσχευση νεφρού. Ο ασθενής Ν.Β. είναι δημόσιος υπάλληλος και είναι κάτοικος της Πάτρας. Είναι παντρεμένος με ένα παιδί 24 ετών (κόρη). Ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας επί 14 μήνες και πραγματοποιεί 3 συνεδρίες αιμοκάθαρσης την εβδομάδα στη MTN του ΠΠΓΝΠ. Στο ιστορικό του αναφέρονται συχνές ουρολοιμώξεις και μακροχρόνια χρήση αντιφλεγμονώδους φαρμακευτικής αγωγής. Ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος έχει ολοκληρωθεί. Το μόσχευμα προέρχεται από ζώντα δότη (μητέρα του ασθενούς). Ο ασθενής όπως είναι αναμενόμενο είναι πολύ νευρικός, ενώ πραγματοποίησε την παραμονή της επέμβασης αιμοκάθαρση.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Αγωνία για την επέμβαση.	Ψυχολογική υποστήριξη.	Προγραμματίζεται συζήτηση με τον άρρωστο για την εφησυχασμό του. Χορήγηση αγχολυτικού.	Με τη συζήτηση εξηγείται η διαδικασία της επέμβασης και η μετεγχειρητική πορεία. Παρέμβαση και των άλλων μεταμοσχευμένων της μονάδας. Χορήγηση 1 tl Lexotanil 3 mgr.	Μειώθηκε το άγχος του αρρώστου.
Επιστροφή από το χειρουργείο. Παρακολούθηση των I.V. οδών χορήγησης.	Πρόληψη λοιμώξεων.	Αποφυγή συνεχών φλεβοκεντήσεων. Αξιολόγηση των πιθανοτήτων λοίμωξης.	Έλεγχος για σημεία φλεγμονής. Καθημερινή αλλαγή γαζών και επιδεσμικού υλικού μετά από περιποίηση με αντισηπτικό διάλυμα. Περιποίηση κεντρικών φλεβικών γραμμών. Πριν από κάθε ενέργεια σχολαστικό πλύσιμο χεριών με αλκοολούχο και βακτηριοστατικό διάλυμα. Χρήση αποστειρωμένων γαντιών.	Ορθή φροντίδα των I.V. οδών χορήγησης.
Φροντίδα χειρουργικού τραύματος.	Πρόληψη λοιμώξεων – ανακούφιση του αρρώστου.	Προγραμματίζεται η πρώτη αλλαγή των 5 ^η – 6 ^η μετεγχειρητική ημέρα.	Άσηπτη τεχνική. Περιποίηση με αποστειρωμένες γάζες και λαβίδες. Έλεγχος της τραυματικής περιοχής για φλεγμονή, αιμορραγία, ρήξη ραμμάτων.	Έγινε περιποίηση του τραύματος. Ο άρρωστος ανακουφίστηκε από τις ογκώδεις περιδέσεις.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Φροντίδα του αναπνευστικού συστήματος.	Πρόληψη αναπνευστικών λοιμώξεων.	Προγραμματίζεται η μεταφορά του ασθενούς σε μονόκλινο θάλαμο με φιλτραρισμένο αέρα, περιορισμένο αριθμό επισκεπτών. Καθημερινή εκτίμηση για σημεία αναπνευστικής λοίμωξης.	Έλεγχος του αέρα, φίλτρων, θερμοκρασίας, υγρασίας. Επίσκετήριο μόνο 30' λεπτά καθημερινή. Ειδική ενδυμασία προσωπικού- επισκεπτών για τη μονάδα. Συμπτώματα όπως ξηρός βήχας, σκουρόχρωμα πτύελα, ταχύπνοια, δύσπνοια, ρίγος, πυρετός, καταβολή δυνάμεων καταγράφονται και αναφέρονται.	Σωστή εφαρμογή του πρωτοκόλλου. Απουσία συμπτωμάτων λοίμωξης.
Φροντίδα και παρακολούθηση του γαστρεντερικού σωλήνα.	Πρόληψη δυσχερειών και λοιμώξεων από Γ.Ε.Σ.	Προγραμματίζεται παρακολούθηση Levin, περιποίηση ρινοστοματικής κοιλότητας, εκτίμηση της εντερικής λειτουργίας.	Καθημερινή πλύση του Levin με Nace 0,9%. Έλεγχος γαστρικών υγρών. Χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας, φθοριούχου οδοντόκρεμας, αντισηπτικών διαλυμάτων (Hexalen). Για τον καθαρισμό της ρινικής κοιλότητας χρησιμοποιούνται γάζες με αποστειρωμένο ύδωρ. Η κινητοποίηση του αρρώστου βοηθά την εντερική επαναλειτουργία. Σε δυσκοιλότητα χορήγηση Duphalac 20 cc 1 3.	Καθημερινή φροντίδα. Απουσία δυσχερειών και λοιμώξεων.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Απόρριψη του μεταμοσχεύματος.	Αντιμέτωπιση της απορριπτικής κρίσης.	Έλεγχος συνοδών συμπτωμάτων (διόγκωση, άλγος, ανορεξία, μεταβολή διούρησης – πτώση 25%). Ψυχολογική ενίσχυση του αρρώστου.	<p>Παρατηρείται μικρά αύξηση της Α.Π. (200mmHg) και του Σ.Β. (500 gr). Πραγματοποίηση αξονικής τομογραφίας. Χορήγηση ALG (ανοσοκαταστολή) επί 3 ημέρες. Καθημερινός εργαστηριακός έλεγχος. Διακοπή Prezolon και κυκλοσπορίνης.</p> <p>10:00 Χορήγηση Solu-Medrol 500mgr I.V.</p> <p>12:30 Fenistil amp I.V. (αντιισταμνικό) για πρόληψη αντιδράσεων και 1 lt Degion.</p> <p>13:00 ALG 1gr I.V. χορήγηση μέσω ειδικού φίλτρου.</p> <p>13:30 Solu-Corteg 500mgr I.V.</p> <p>Τήρηση κανόνων ασηψίας. Ο άρρωστος βοηθιέται να εκφράσει τους φόβους και την ανησυχία του.</p>	Σωστή εφαρμογή του πρωτοκόλλου αντιαπορριπτικής αγωγής. Θετική ανταπόκριση στη θεραπεία.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αξιολόγηση αναγκών και προβλημάτων του ατόμου	Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας
Ενημέρωση για τον τρόπο ζωής έξω από το νοσοκομείο.	Επανάταξη του μεταμοσχευμένου στο κοινωνικό σύνολο.	Προετοιμασία για την έξοδο από το νοσοκομείο με διδασκαλία, ενημέρωση, συζήτηση με τους άλλους μεταμοσχευμένους και τους συγγενείς.	Ο άρρωστος διδάσκεται τη σωστή διατροφή και τις δραστηριότητες τις οποίες μπορεί ν' αναπτύξει. Προσοχή στην καλή εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής. Αναγνώριση των συμπτωμάτων απόρριψης (χρήση βιβλιογραφίας, εικόνων). Σημειώνονται οι ημέρες περιοδικής εξέτασης. Δίδονται τα τηλέφωνα του μεταμοσχευτικού κέντρου. Συμμέτοχη των άλλων ασθενών και της οικογενείας.	Ο άρρωστος κατανόησε τις οδηγίες που του δόθηκαν.

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α - Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ

Η συμμόρφωση του ασθενούς στη διαιτητική αγωγή, η διαμόρφωση δηλαδή, με άλλα λόγια, της διαιτητικής του συμπεριφοράς, είναι ο βασικός στόχος όλων των προσπαθειών και παρεμβάσεων μας.

Λαμβάνοντας όμως υπόψη ότι κάθε ασθενής, μέχρι τη στιγμή της έναρξης του νεφρολογικού του προβλήματος, έχει διαμορφώσει τις προτιμήσεις του και τον τρόπο διατροφής του, γίνεται απόλυτα κατανοητό ότι οποιαδήποτε αναγκαστική μεταβολή αυτών των συνηθειών δεν είναι ούτε αρεστή, ούτε εύκολη.

Αναφέρεται ότι επιτυχημένοι θεραπευτές είναι εκείνοι που βοηθούν τον ασθενή στην απόφασή του να ακολουθήσει ένα διαιτητικό πρόγραμμα, ενώ η συμμόρφωση εξαρτάται και από την ικανότητα του ασθενούς να προχωρήσει σε αλλαγές συμπεριφορών, αλλά και από την υποστήριξη που θα έχει ή τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσει στην προσπάθειά του αυτή.¹


Απαραίτητο στοιχείο της επιτυχίας μας είναι η συνεχής εκτίμηση και ο έλεγχος της συμμόρφωσης του ασθενούς στις διαιτητικές οδηγίες, δεδομένου ότι έχει αποδειχθεί πως η πλειοψηφία των χρονίως πασχόντων δεν καταφέρνουν να θυμηθούν σημαντικά στοιχεία των οδηγιών που έχουν λάβει στο παρελθόν, με αποτέλεσμα τη μη συμμόρφωσή τους σ' αυτές τις οδηγίες.

Θα πρέπει εδώ να τονίσουμε ότι για να επιτευχθεί συμμόρφωση των νεφρολογικών ασθενών στο προτεινόμενο διαιτολόγιο, απαιτείται η συνεργασία μιας πολυπαραγοντικής ομάδας, που θα περιλαμβάνει όχι μόνο το νοσηλευτή, αλλά και το νεφρολόγο, το διαιτολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο/ψυχίατρο του νεφρολογικού τμήμα.

Τέλος, ας έχουμε πάντα υπόψη μας ότι μόνη η γνώση και η εκπαίδευση δεν προϋποθέτουν τη συμμόρφωση των ασθενών στους διαιτητικούς περιορισμούς. Το πρόβλημα αυτό περνάει μέσα από τους αιώνες, ξεκινά από την εποχή του Ιπποκράτη και φθάνει ά-

λυτο μέχρι και σήμερα, για να παραμείνει μια συνεχής απειλή για την επιβίωση των ασθενών μας.

Ο νοσηλευτής Νεφρολογίας θα πρέπει να αναγνωρίσει ότι το πρόβλημα είναι πολυδιάστατο και ότι σε αυτό εμπλέκονται πρότυπα υγειονομικής συμπεριφοράς, ιδιαιτερότητες του χαρακτήρα του ασθενούς και οργανωτικά και λειτουργικά κενά του υγειονομικού μας συστήματος, ώστε να συνεχίσει την προσπάθεια χωρίς να φείδεται κόπων και χρόνου, έτσι ώστε το τελικό αποτέλεσμα να είναι προς όφελος των ασθενών του.¹



Παράρτημα

Τρόφιμα & περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες

ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΗΣ (100gr)	mg
Αγγούρι	0,9
Αγκινάρες μαγειρευμένες	2,8
Αλεύρι, σπορέλαιο, πιτυρούχο	13,3
Αλεύρι , σιτάλευρο 80%	12,0
Αμύδαλα	18,6
Ανανάς - Ζωμός	0,4
Ανανάς - κονσέρβα	0,3
Αντίδια	1,7
Αραβόσιτος (αποξηραμένος)	8,9
Αραβόσιτος (βρασμένος)	3,2
Αραβόσιτος (ωμός - χλωρός)	3,5
Αραβοσιτέλαιο	0
Αρακάς ωμός	8,3
Αρακάς μαγειρευμένος	5,4
Αρνί μαγειρευμένο	23,9
Αρνί λαγόνα μαγειρευμένο	19,5
Αρνί εντελώς άπαχο μαγειρευμένο	27,2
Αρνί παϊδάκια, μαγειρευμένο	16,9
Αρνί πλευρά μαγειρευμένο	20,7

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αστακός κονσέρβα ή μαγειρευμένο	18,7
Αυγό βραστό ή ωμό	12,9
Αυγό τηγανητό	13,8
Αυγοτάραχο	21,1
Αφρόγαλα υγρό από αποβουτυρωμένο γάλα	3,6
Αφρόγαλα σκόνη	31,3
Αχλάδια	0,7
Βαμβακέλαιο	0
Βατόμουρα φρέσκα	1,2
Βερίκοκα φρέσκα	1,0
Βούτυρο, αλατισμένο	0,6
Βρούβες	2,2
Βρώμη ξερή	20,5
Βρώμη βραστή	3,3
Βύσσινα	2
Βοδινό άπαχες ψητές ή βραστές μπριζόλες	30,8
Βοδινό ημίπαχες ψητές ή βραστές μπριζόλες	28,1
Βοδινό ψητό ή βρασμένο	20,5
Γάλα αγελάδας	3,5
Γάλα κατσίκας	3,2
Γάλα συμπυκνωμένο σακχαρούχο	8,1
Γάλα Εβαπορέ, άγλυκο	7,0
Γάλα σκόνη, πλήρες	26,4
Γάλα αποβουτυρωμένο	35,9
Γάλα σοκολατούχο, πλήρες	3,4

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Γαλακτομπούρεκο	6,1
Γαλοπούλα ψητή	27,0
Γαρίδες τηγανητές	20,3
Γιαούρτι μερικά αποβουτυρωμένο	3,4
Γιαούρτι από πλήρες γάλα	3,0
Γρέϊπ - φρούτ	0,5
Γλυκοκούλουρα	9,8
Γλυκό σύκο	3,5
Γογγύλια ωμά	1,0
Γογγύλια μαγειρευμένα	0,8
Γλώσσα	14,9
Δαμάσκηνα φρέσκα	0,8
Ελιές κονσέρβα	2,2
Ελιές πράσινες	1,1
Ελιές ώριμες	1,1
Ελαιόλαδο	0
Ζαμπόν	20,4
Ζάχαρη	-
Ζελέ σκόνη	9,4
Ζελέ επιδόρπιο (απλό)	1,5
Ζελέ επιδόρπιο (με φρούτα)	1,3
Ζύμη, σκόνη (δραστική)	36,9
Καβούρια μαγειρευμένα	17,3
Κακάο σκόνη	1,0
Καλαμαράκια τηγανητά	8,6

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Καραβίδες	14,6
Καραμέλες απλές ή με σοκολάτα	4,0
Καραμέλες με ξηρούς καρπούς	4,5
Καρότα ωμά	1,1
Καρότα βραστά	0,9
Καρπούζι	0,5
Καρύδια	14,8
Κάστανα φρέσκα	2,9
Κάστανα ψημένα	6,7
Κατσίκι	20,4
Καφές σκόνη	ίχνη
Καφές ρόφημα	ίχνη
Κέϊκ απλό	4,5
Κερασιά	1,3
Κοκκινογούλια βραστά	1,1
Κολοκυθάκια βραστά	1,0
Κομπόστα βερίκοκο	1,3
Κομπόστα ροδάκινο	1,1
Κορν - μπηφ	22,9
Κορν - φλέϊκς	7,9
Κορόμηλο	0,5
Κοτόπουλο ψητό	31,6
Κουνέλι ψητό	31,6
Κουνέλι μαγειρευμένο	29,3
Κουνουπίδι ωμό	2,7

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Κουνουπίδι βραστό	2,3
Κουραμπιές	7,1
Κρέμα, κρέμα και γάλα	3,2
Κρεμμύδια ξερά	8,7
Κρεμμύδια φρέσκα	1,5
Κυδώνι	0,4
Λαγός	21,0
Λάχανο ωμό	1,3
Λάχανο βρασμένο	1,1
Λεμόνι	1,1
Λεμονάδα	0,1
Λίπος φυτικό	-
Λουκάνικα Φρανκφούρτης	14,0
Λουκάνικα χοιρινά	10,8
Λουκάνικα χωριάτικα	24,0
Μαγιονέζα	1,1
Μαϊντανός	3,6
Μακαρόνια άβραστα	12,5
Μακαρόνια βρασμένα 8-10 λεπτά	6,0
Μακαρόνια βρασμένα 14-20 λεπτά	3,4
Μανιτάρια φρέσκα	2,7
Μανιτάρια κονσέρβα	1,9
Μανταρίνι	0,6
Μαργαρίνη	0,6
Μαρμελάδα	0,5

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Μαρούλι	1,2
Μέλι	0,3
Μελιτζάνες μαγειρευμένες	1,0
Μήλα	0,2
Μηλόπιτα	2,2
Μορταδέλα	20,4
Μοσχαρακι κόντρα φιλέτο	27,9
Μοσχαρακι μπιφτέκι	25,5
Μοσχαρακι μπριζόλα	26,4
Μοσχαρακι μπροστινό	29,8
Μοσχαρακι πλευρές	27,2
Μουσακάς	8,0
Μούσμουλα	0,5
Μπακαλιάρος μαγειρευμένος	28,5
Μπακαλιάρος αλατισμένος	81,8
Μπάμιες βραστές	2,0
Μπανάνες	1,1
Μπαρμπούνια	19,6
Μπέικον τηγανητό	25,7
Μπιζέλια ωμά	6,3
Μπιζέλια μαγειρευμένα	5,4
Μπισκότα απλά	7,4
Μπισκότα γεμάτα	7,7
Μπιφτέκι ψητό	24,2
Μπρόκολο	3,1

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Μύδια (μόνο σάρκα)	14,4
Μυζήθρα χωρίς κρέμα	17,0
Μυζήθρα με κρέμα	13,6
Ντολμαδάκια	12,0
Ντομάτα ωμή	1,1
Ντομάτα σάλτσα	2,5
Ντομάτα μαγειρευμένη	1,3
Ντοματοζουμο	0,9
Ντόνατς	6,3
Ξύδι από μήλα	ίχνη
Ξύδι αποσταγμένο	-
Ορτύκια	25
Παγωτό 10%	4,5
Παγωτό 12%	1
Παγωτό 16%	2,6
Παξιμάδι	6,6
Πάπια (κρέας μόνο)	16,0
Πασατέμπος	23,0
Πατάτα ψητή στη φλούδα	2,6
Πατάτα τηγανητή	4,0
Πατάτα βραστή (τεμαχισμένη)	1,9
Πατατάκια - τσιπς	5,3
Παντζάρια βραστά	1,1
Πεπόνι	0,8
Πιπεριές γλυκές ωμές	1,2

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Πιπεριές γλυκές βραστές	1,0
Πιπεριές καφτερές ωμές	1,3
Πιπεριές καφτερές σε κονσέρβα	0,9
Ποπ-κορν (με λάδι και αλάτι)	9,8
Πορτοκάλι	1,0
Πορτοκαλάδα	0,7
Κοκα-κολα	-
Κρασί (9,9% αλκοόλη σε βάρος)	0,1
Κρασί (15,3% αλκοόλη σε βάρος)	0,1
Μπύρα (1,5% αλκοόλη)	0,3
Ούζο (10% αλκοόλη)	-
Σαμπάνια	0,1
Τζιν, Ρούμι, Ουίσκι, Βότκα με :	
Αλκοόλη 33,1% = 80*	-
Αλκοόλη 36,0% = 86*	-
Αλκοόλη 37,9% = 90*	-
Αλκοόλη 39,7% = 94*	-
Αλκοόλη 42,5% = 100*	-
Βερμούτ	-
Κονιάκ	-
Πίτσα με τυρί	12
Πίτσα με λουκάνικο	6,8
Ραδίκια ωμά	2,7
Ραδίκια βραστά	2,0
Ραπανάκια	0,8

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Ρεβίθια ξέρα	20,5
Ρεβίθια μαγειρευμένα	7,8
Ρέγγα	17,3
Ροδάκινα	0,16
Ρόδι	0,5
Ρύζι ωμό	6,7
Ρύζι βρασμένο	2,0
Ρυζόγαλο	3,6
Σαλάμι	23,8
Σαρδέλες κονσέρβα με λάδι	20,6
Σέλινο βραστό	0,8
Συκώτι αρνίσιο μαγειρευμένο	32,3
Συκώτι βοδινό μαγειρευμένο	26,4
Συκώτι χοιρινό μαγειρευμένο	29,9
Συκώτι κοτόπουλο μαγειρευμένο	26,5
Σκόρδο (σκελίδες)	6,2
Σκουμπρί	19,0
Σόγια, καρποί ωμοί	34,1
Σόγια, καρποί μαγειρεμένοι	11,0
Σοκολάτα ξερή	7,7
Σοκολάτα με αμύγδαλα	9,3
Σολομός άψητος	12,5
Σολομός σε κονσέρβα	24,7
Σουσάμι	18,8
Σπανάκι ωμό	3,2

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Σπανάκι μαγειρευμένο	3,0
Σπανακόπιτα	4,0
Σπαράγγια ωμά	2,5
Σπαράγγια μαγειρευμένα	2,2
Σταφίδες	2,5
Σταφύλια	1,3
Στραγάλια	20,5
Στρείδια άψητα	8,4
Στρείδια μαγειρευμένα	8,6
Σύκα φρέσκα	1,2
Σύκα ξερά	4,3
Τόνος σε κονσέρβα με λάδι	24,2
Τοστ (ψωμί)	10,6
Τσάι ρόφημα	-
Τσιπούρα	19,0
Τσίχλα	-
Τυράκια τυποποιημένα	23,2
Τυρί Βίτσερις	27,5
Τυρί γραβιέρα	28,9
Τυρί κασέρι	25,0
Τυρί παρμεζάνα	35,7
Τυρί ροκφόρ	21,5
Τυρί ολλανδικό	27,5
Τυρί φέτα (μαλακή)	17,5
Τυρόπιτα	14,8

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Φακές μαγειρευμένες	7,8
Φαρίνα αλεύρι	11,4
Φασολάκια μαγειρευμένα	3,2
Φασόλια ξερά	22,3
Φασόλια μαγειρευμένα	7,8
Φράουλες	0,7
Φρουτοσαλάτα κοινή	0,4
Φρυγανιά	10,5
Φιστίκια αράπικα	26,0
Χαβιάρι	34,0
Χήνα μαγειρευμένη	23,7
Χοιρινό μπριζόλα (μέση)	24,5
Χοιρινό κόντρα (άπαχο)	29,4
Χοιρινό πλευρά	20,8
Χουρμάδες	2,2
Χταπόδι	15,3
Χυλόπιτες βραστές	4,1
Ψωμί άσπρο	8,7
Ψωμί πιτυρούχο	10,5

Τρόφιμα & περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες

ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΗΣ (100gr)	mg
Αγγούρι	3,4
Αγκινάρες μαγειρευμένες	9,9
Αλεύρι, σπορέλαιο, πιτυρούχο	71,0
Αλεύρι , σιτάλευρο 80%	74,1
Αμύδαλα	19,5
Ανανάς - Ζωμός	13,7
Ανανάς - κονσέρβα	10,2
Αντίδια	4,1
Αραβόσιτος (αποξηραμένος)	72,2
Αραβόσιτος (βρασμένος)	22,2
Αραβόσιτος (ωμός - χλωρός)	18,8
Αραβοσιτέλαιο	0
Αρακάς ωμός	14,1
Αρακάς μαγειρευμένος	12,1
Αρνί μαγειρευμένο	0
Αρνί λαγόνα μαγειρευμένο	0
Αρνί εντελώς άπαχο μαγειρευμένο	0
Αρνί παϊδάκια, μαγειρευμένο	0
Αρνί πλευρά ώμος μαγειρευμένο	0

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αστακός κονσέρβα ή μαγειρευμένο	0,3
Αυγό βραστό ή ωμό	0,9
Αυγό τηγανητό	0,3
Αυγοτάραχο	0,3
Αφρόγαλα υγρό από αποβουτυρωμένο γάλα	5,1
Αφρόγαλα σκόνη	50,0
Αχλάδια	15,3
Βαμβακέλαιο	0
Βατόμουρα φρέσκα	12,9
Βερίκοκα φρέσκα	12,8
Βούτυρο, αλατισμένο	0,4
Βρούβες	4,0
Βρώμη ξερή	58,6
Βρώμη βραστή	9,5
Βύσσινα	14,3
Βοδινό άπαχες ψητές ή βραστές μπριζόλες	0
Βοδινό ημίπαχες ψητές ή βραστές μπριζόλες	0
Βοδινό πσιινό, ψητό ή βρασμένο	0
Γάλα αγελάδας	4,9
Γάλα κατσίκας	4,6
Γάλα συμπυκνωμένο σακχαρούχο	54,3
Γάλα Εβαπορέ, άγλυκο	9,7
Γάλα σκόνη, πλήρες	38,2
Γάλα αποβουτυρωμένο	52,3
Γάλα σοκολατούχο, πλήρες	23,4

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Γαλακτομπούρεκο	0
Γαλοπούλα ψητή	1,5
Γαρίδες τηγανητές	10,0
Γιαούρτι μερικά αποβουτυρωμένο	5,2
Γιαούρτι από πλήρες γάλα	4,9
Γρέϊπ - φρούτ	10,6
Γλυκοκούλουρα	59,5
Γλυκό σύκο	73,7
Γογγύλια ωμά	6,6
Γογγύλια μαγειρευμένα	4,9
Γλώσσα	0
Δαμάσκηνα φρέσκα	19,7
Ελιές κονσέρβα	8,7
Ελιές πράσινες	1,3
Ελιές ώριμες	2,6
Ελαιόλαδο	0
Ζαμπόν	0,6
Ζάχαρη	95,5
Ζελέ σκόνη	88
Ζελέ επιδόρπιο (απλό)	14,1
Ζελέ επιδόρπιο (με φρούτα)	16,1
Ζύμη, σκόνη (δραστική)	38,9
Καβούρια μαγειρευμένα	0,5
Κακάο σκόνη	89,4
Καλαμαράκια τηγανητά	18,6

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Καραβίδες	1,2
Καραμέλες απλές ή με σοκολάτα	78,6
Καραμέλες με ξηρούς καρπούς	70,5
Καρότα ωμά	9,7
Καρότα βραστά	7,1
Καρπούζι	6,4
Καρύδια	15,6
Κάστανα φρέσκα	42,1
Κάστανα ψημένα	78,6
Κατσίκι	0
Καφές σκόνη	35
Καφές ρόφημα	ίχνη
Κέϊκ απλό	55,9
Κερασιά	17,4
Κοκκινογούλια βραστά	7,2
Κολοκυθάκια βραστά	7,9
Κομπόστα βερίκοκο	30,5
Κομπόστα ροδάκινο	31,3
Κορν - μπηφ	0
Κορν - φλέϊκς	85,3
Κορόμηλο	17,8
Κοτόπουλο ψητό	0
Κουνέλι ψητό	0
Κουνέλι μαγειρευμένο	0
Κουνουπίδι ωμό	0

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Κουνουπίδι βραστό	4,1
Κουραμπιές	71,5
Κρέμα, κρέμα και γάλα	4,6
Κρεμμύδια ξερά	82,1
Κρεμμυδάκια, φρέσκα	8,7
Κυδώνι	15,3
Λαγός	0
Λάχανο ωμό	5,4
Λάχανο βρασμένο	4,3
Λεμόνι	8,2
Λεμονάδα	11,4
Λίπος φυτικό	0
Λουκάνικα Φρανκφούρτης	2,0
Λουκάνικα χοιρινά	0
Λουκάνικα χωριάτικα	0
Μαγιονέζα	2,2
Μαϊντανός	8,5
Μακαρόνια άβραστα	75,2
Μακαρόνια βρασμένα 8-10 λεπτά	30,1
Μακαρόνια βρασμένα 14-20 λεπτά	23,0
Μανιτάρια φρέσκα	4,4
Μανιτάρια κονσέρβα	2,4
Μανταρίνι	12,0
Μαργαρίνη	0,4
Μαρμελάδα	70,1

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Μαρούλι	2,5
Μέλι	82,3
Μελιτζάνες μαγειρευμένες	4,1
Μήλα	14,5
Μηλόπιτα	38,1
Μορταδέλα	0,6
Μοσχαρακι κόντρα φιλέτο	0,8
Μοσχαρακι μπιφτέκι	0
Μοσχαρακι μπριζόλα	0
Μοσχαρακι μπροστινό	0
Μοσχαρακι πλευρές	0
Μουσακάς	5
Μούσμουλα	12,3
Μπακαλιάρος μαγειρευμένος	0
Μπακαλιάρος αλατισμένος	0
Μπάμιες βραστές	6,0
Μπανάνες	22,2
Μπαρμπούνια	0
Μπέικον τηγανητό	2,8
Μπιζέλια ωμά	14,4
Μπιζέλια μαγειρευμένα	12,1
Μπισκότα απλά	45,8
Μπισκότα γεμάτα	68,7
Μπιφτέκι ψητό	0
Μπρόκολο	4,5

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Μύδια (μόνο σάρκα)	3,3
Μυζήθρα χωρίς κρέμα	2,7
Μυζήθρα με κρέμα	2,9
Ντολμαδάκια	45,0
Ντομάτα ωμή	4,7
Ντομάτα σάλτσα	21,8
Ντομάτα μαγειρευμένη	5,5
Ντοματοζουμο	4,3
Ντόνατς	37,7
Ξύδι από μήλα	5,9
Ξύδι αποσταγμένο	5,0
Ορτύκια	0
Παγωτό 10%	20,8
Παγωτό 12%	20,6
Παγωτό 16%	18,0
Παξιμάδι	79,9
Πάπια	0
Πασατέμπος	15,0
Πατάτα ψητή στη φλούδα	21,1
Πατάτα τηγανητή	32,6
Πατάτα βραστή (τεμαχισμένη)	14,5
Πατατάκια - τσιπς	50,0
Παντζάρια βραστά	7,2
Πεπόνι	7,7
Πιπεριές γλυκές ωμές	4,8

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Πιπεριές γλυκές βραστές	3,8
Πιπεριές καφτερές ωμές	10
Πιπεριές καφτερές σε κονσέρβα	7
Ποπ-κορν (με λάδι και αλάτι)	59,1
Πορτοκάλι	12,2
Πορτοκαλάδα	10,4
Κοκα-κολα	10
Κρασί (9,9% αλκοόλη σε βάρος)	4,2
Κρασί (15,3% αλκοόλη σε βάρος)	7,7
Μπύρα (1,5% αλκοόλη)	3,8
Ούζο (10% αλκοόλη)	ίχνη
Σαμπάνια	4,2
Τζιν, Ρούμι, Ουίσκι, Βότκα με :	
Αλκοόλη 33,1% = 80*	ίχνη
Αλκοόλη 36,0% = 86*	ίχνη
Αλκοόλη 37,9% = 90*	ίχνη
Αλκοόλη 39,7% = 94*	ίχνη
Αλκοόλη 42,5% = 100*	ίχνη
Βερμούτ	4,2
Κονιάκ	ίχνη
Πίτσα με τυρί	28,3
Πίτσα με λουκάνικο	35,4
Ραδίκια ωμά	9,2
Ραδίκια βραστά	3,8
Ραπανάκια	3,2

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Ρεβίθια ξέρα	61,0
Ρεβίθια μαγειρευμένα	21,2
Ρέγγα	0
Ροδάκινα	9,7
Ρόδι	16,4
Ρύζι ωμό	80,4
Ρύζι βρασμένο	24,2
Ρυζόγαλο	26,7
Σαλάμι	1,2
Σαρδέλες κονσέρβα με λάδι	0,6
Σέλινο βραστό	3,1
Συκώτι αρνίσιο	2,8
Συκώτι βοδινό	5,3
Συκώτι χοιρινό	2,5
Συκώτι κοτόπουλο	3,1
Σκόρδο (σκελίδες)	30,8
Σκουμπρί	0
Σόγια, καρποί ωμοί	33,5
Σόγια, καρποί μαγειρευμένοι	10,8
Σοκολάτα ξερή	56,9
Σοκολάτα με αμύγδαλα	51,3
Σολομός άψητος	0
Σολομός σε κονσέρβα	0
Σουσάμι	21,6
Σπανάκι ωμό	4,3

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Σπανάκι μαγειρευμένο	3,6
Σπανακόπιτα	21,5
Σπαράγγια ωμά	5,0
Σπαράγγια μαγειρευμένα	3,6
Σταφίδες	77,4
Σταφύλια	15,7
Στραγάλια	61,0
Στρείδια άψητα	3,4
Στρείδια μαγειρευμένα	18,6
Σύκα φρέσκα	20,3
Σύκα ξερά	69,1
Τόνος σε κονσέρβα με λάδι	0
Τοστ (ψωμί)	64,6
Τσάι ρόφημα	0,4
Τσιπούρα	0
Τσίχλα	95,7
Τυράκια τυποποιημένα	1,9
Τυρί Βίτσερις	1,8
Τυρί γραβιέρα	1,8
Τυρί κασέρι	2,1
Τυρί παρμεζάνα	2,8
Τυρί ροκφόρ	2,0
Τυρί ολλανδικό	3,9
Τυρί φέτα (μαλακή)	1,8
Τυρόπιτα	10,0

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Φακές μαγειρευμένες	19,6
Φαρίνα αλεύρι	77,0
Φασολάκια, φρέσκα	5,2
Φασόλια ξερά	61,3
Φασόλια μαγειρευμένα	21,2
Φράουλες	8,4
Φρουτοσαλάτα κοινή	19,7
Φρυγανιά	61,0
Φιστίκια αράπικα	18,6
Χαβιάρι	4,8
Χήνα μαγειρευμένη	0
Χοιρινό μπριζόλα (μέση)	0
Χοιρινό κόντρα (άπαχο)	0
Χοιρινό πλευρά	0
Χουρμάδες	72,9
Χταπόδι	0
Χυλόπιτες βραστές	23,3
Ψωμί άσπρο	50,4
Ψωμί πιτυρούχο	17,7

Τρόφιμα & περιεκτικότητα σε ασβέστιο

ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΗΣ (100gr)	mg
Αγγούρι	25
Αγκινάρες μαγειρευμένες	51
Αλεύρι, σπορέλαιο, πιτυρούχο	41
Αλεύρι , σιτάλευρο	24
Αμύγδαλα	231
Ανανάς - Ζωμός	17
Ανανάς - κονσέρβα	12
Αντίδια	81
Αραβόσιτος (αποξηραμένος)	22
Αραβόσιτος (βρασμένος)	3
Αραβόσιτος (ωμός - χλωρός)	3
Αραβοσιτέλαιο	0
Αρακάς μαγειρευμένος	23
Αρνί μαγειρευμένο	10
Αρνί λαγόνα μαγειρευμένο	8
Αρνί εντελώς άπαχο μαγειρευμένο	11
Αρνί παϊδάκια, μαγειρευμένο	7
Αρνί πλευρά μαγειρευμένο	9

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αστακός κονσέρβα ή μαγειρευμένο	65
Αυγό βραστό ή ωμό	54
Αυγό τηγανητό	60
Αυγοτάραχο	-
Αφρόγαλα υγρό από αποβουτυρωμένο γάλα	121
Αφρόγαλα σκόνη	1218
Αχλάδια	8
Βαμβακέλαιο	0
Βατόμουρα φρέσκα	32
Βερίκοκα φρέσκα	17
Βούτυρο, αλατισμένο	20
Βρούβες	138
Βρώμη ξερή	70
Βρώμη βραστή	13
Βύσσινα	22
Βοδινό άπαχες ψητές ή βραστές μπριζόλες	14
Βοδινό ημίπαχες ψητές ή βραστές μπριζόλες	13
Βοδινό, ψητό ή βρασμένο	9
Γάλα αγελάδας	118
Γάλα κατσίκας	129
Γάλα συμπυκνωμένο σακχαρούχο	262
Γάλα Εβαπορέ, άγλυκο	205
Γάλα σκόνη, πλήρες	909
Γάλα αποβουτυρωμένο	1308
Γάλα σοκολατούχο, πλήρες	111

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Γαλακτομπούρεκο	96
Γαλοπούλα ψητή	8
Γαρίδες τηγανητές	72
Γιαούρτι μερικά αποβουτυρωμένο	120
Γιαούρτι από πλήρες γάλα	111
Γρέϊπ - φρούτ	16
Γλυκοκούλουρα	47
Γλυκό σύκο	-
Γογγύλια ωμά	39,0
Γογγύλια μαγειρευμένα	35,0
Γλώσσα	61
Δαμάσκηνα φρέσκα	12
Ελιές κονσέρβα	-
Ελιές πράσινες	61
Ελιές ώριμες	84
Ελαιόλαδο	0
Ζαμπόν	12
Ζάχαρη	-
Ζελέ σκόνη	-
Ζελέ επιδόρπιο (απλό)	-
Ζελέ επιδόρπιο (με φρούτα)	-
Ζύμη, σκόνη (δραστική)	11
Καβούρια μαγειρευμένα	13
Κακάο σκόνη	30
Καλαμαράκια τηγανητά	-

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Καραβίδες	-
Καραμέλες απλές ή με σοκολάτα	148
Καραμέλες με ξηρούς καρπούς	140
Καρότα ωμά	37
Καρότα βραστά	33
Καρπούζι	7
Καρύδια	99
Κάστανα φρέσκα	27
Κάστανα ψημένα	52
Κατσίκι	11
Καφές σκόνη	179
Καφές ρόφημα	2
Κέϊκ απλό	64
Κερασιά	22
Κοκκινογούλια βραστά	14
Κολοκυθάκια βραστά	25
Κομπόστα βερίκοκο	20
Κομπόστα ροδάκινο	15
Κορν - μπηφ	9
Κορν - φλέϊκς	17
Κορόμηλο	18
Κοτόπουλο ψητό	11
Κουνέλι ψητό	11
Κουνέλι μαγειρευμένο	21
Κουνουπίδι ωμό	25

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Κουνουπίδι βραστό	21
Κουραμπιές	-
Κρέμα, κρέμα και γάλα	108
Κρεμμύδια ξερά	166
Κρεμμύδια φρέσκα	27
Κυδώνι	11
Λαγός	12
Λάχανο ωμό	49
Λάχανο βρασμένο	44
Λεμόνι	26
Λεμονάδα	1
Λίπος φυτικό	-
Λουκάνικα Φρανκφούρτης	2
Λουκάνικα χοιρινά	6
Λουκάνικα χωριάτικα	2
Μαγιονέζα	18
Μαϊντανός	203
Μακαρόνια άβραστα	27
Μακαρόνια βρασμένα 8-10 λεπτά	11
Μακαρόνια βρασμένα 14-20 λεπτά	8
Μανιτάρια φρέσκα	6
Μανιτάρια κονσέρβα	6
Μανταρίνι	7
Μαργαρίνη	-
Μαρμελάδα	35

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Μαρούλι	35
Μέλι	5
Μελιτζάνες μαγειρευμένες	11
Μήλα	7
Μηλόπιτα	8
Μορταδέλα	12
Μοσχαράκι κόντρα μαγειρευμένο	12
Μοσχαράκι μπιφτέκι μαγειρευμένο	7
Μοσχαράκι μπριζόλα μαγειρευμένο	11
Μοσχαράκι μπροστινό μαγειρευμένο	10
Μοσχαράκι πλευρές μαγειρευμένο	12
Μουσακάς	5
Μούσμουλα	12
Μπακαλιάρος μαγειρευμένος	31
Μπακαλιάρος αλατισμένος	-
Μπάμιες βραστές	92
Μπανάνες	8
Μπαρμπούνια	26
Μπέικον τηγανητό	14
Μπιζέλια μαγειρευμένα	23
Μπισκότα απλά	121
Μπισκότα γεμάτα	27
Μπιφτέκι ψητό	12
Μπρόκολο	88

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Μύδια (μόνο σάρκα)	88
Μυζήθρα χωρίς κρέμα	90
Μυζήθρα με κρέμα	94
Ντολμαδάκια	12
Ντομάτα ωμή	13
Ντομάτα σάλτσα	20
Ντομάτα μαγειρευμένη	15
Ντοματοζουμο	7
Ντόνατς	38
Ξύδι από μήλα	0,3
Ξύδι αποσταγμένο	ίχνη
Ορτύκια	12
Παγωτό 10%	146
Παγωτό 12%	123
Παγωτό 16%	78
Παξιμάδι	121
Πάπια (κρέας μόνο)	10
Πασατέμπος	-
Πατάτα ψητή στη φλούδα	9
Πατάτα τηγανητή	15
Πατάτα βραστή (τεμαχισμένη)	6
Πατατάκια - τσιπς	10
Παντζάρια βραστά	11
Πεπόνι	14
Πιπεριές γλυκές ωμές	9

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Πιπεριές γλυκές βραστές	9
Πιπεριές καφτερές ωμές	25
Πιπεριές καφτερές σε κονσέρβα	17
Ποπ-κορν (με λάδι και αλάτι)	8
Πορτοκάλι	41
Πορτοκαλάδα	11
Κοκα-κολα	-
Κρασί (9,9% αλκοόλη σε βάρος)	9
Κρασί (15,3% αλκοόλη σε βάρος)	8
Μπύρα (1,5% αλκοόλη)	5
Ούζο (10% αλκοόλη)	-
Σαμπάνια	8
Τζιν, Ρούμι, Ουίσκι, Βότκα με :	
Αλκοόλη 33,1% = 80*	-
Αλκοόλη 36,0% = 86*	-
Αλκοόλη 37,9% = 90*	-
Αλκοόλη 39,7% = 94*	-
Αλκοόλη 42,5% = 100*	-
Βερμούτ	-
Κονιάκ	-
Πίτσα με τυρί	221
Πίτσα με λουκάνικο	156
Ραδίκια βραστά	35
Ραπανάκια	9

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Ρεβίθια ξέρα	150
Ρεβίθια μαγειρευμένα	56
Ρέγγα	-
Ροδάκινα	9
Ρόδι	3
Ρύζι βρασμένο	10
Ρυζόγαλο	2
Σαλάμι	14
Σαλιγκάρια	-
Σαρδέλες ωμές	2,4
Σαρδέλες κονσέρβα με λάδι	354
Σέλινο μαγειρευμένο	31
Συκώτι αρνίσιο μαγειρευμένο	15
Συκώτι βοδινό μαγειρευμένο	11
Συκώτι χοιρινό μαγειρευμένο	15
Συκώτι κοτόπουλο μαγειρευμένο	11
Σκόρδο (σκελίδες)	29
Σκουμπρί	-
Σόγια, καρποί ωμοί	226
Σόγια, καρποί μαγειρευμένοι	73
Σοκολάτα ξερή	228
Σοκολάτα με αμύγδαλα	229
Σολομός άψητος	70
Σολομός σε κονσέρβα	-
Σουσάμι	1160

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Σπανάκι μαγειρευμένο	93
Σπανακόπιτα	69
Σπαράγγια μαγειρευμένα	21
Σταφίδες	62
Σταφύλια	16
Στραγάλια	150
Στρείδια άψητα	94
Στρείδια μαγειρευμένα	152
Σύκα φρέσκα	35
Σύκα ξερά	126
Σφυρίδα	-
Τόνος σε κονσέρβα με λάδι	6
Τοστ (ψωμί)	52
Τσάι ρόφημα	ίχνη
Τσιπούρα	54
Τσίχλα	-
Τυράκια τυποποιημένα	697
Τυρί Βίτσερις	925
Τυρί γραβιέρα	1099
Τυρί κασέρι	750
Τυρί μυζήθρα (αναφέρεται στη μυζήθρα)	
Τυρί παρμεζάνα	1142
Τυρί ροκφόρ	735
Τυρί ολλανδικό	803
Τυρί φέτα (μαλακή)	105

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Τυρόπιτα	317
Φακές μαγειρευμένες	25
Φαρίνα αλεύρι	25
Φασολάκια μαγειρευμένα	17
Φασόλια ξερά	144
Φασόλια μαγειρευμένα	50
Φράουλες	21
Φρουτοσαλάτα κοινή	19
Φρυγανιά	52
Φιστίκια αράπικα	131
Χαβιάρι	-
Χήνα μαγειρευμένη	11
Χοιρινό μπριζόλα (μέση) μαγειρευμένο	11
Χοιρινό κόντρα (άπαχο) μαγειρευμένο	13
Χοιρινό πλευρά μαγειρευμένο	9
Χουρμάδες	59
Χταπόδι	29
Χυλόπιτες βραστές	11
Ψωμί άσπρο	70
Ψωμί πιτυρούχο	99

Τρόφιμα & περιεκτικότητα σε Κάλιο

ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΗΣ (100gr)	mg
Αγγούρι	160
Αγκινάρες μαγειρευμένες	301
Αλεύρι, σπορέλαιο, πιτυρούχο	370
Αλεύρι, σιτάλευρο 80%	95
Αμύδαλα	773
Ανανάς - ζωμός	146
Ανανάς - κονσέρβα	99
Αντίδια	291
Αραβόσιτος (αποξηραμένος)	281
Αραβόσιτος (βρασμένος)	280
Αραβόσιτος (ωμός - χλωρός)	165
Αραβοσιτέλαιο	0
Αρακάς ωμός	316
Αρακάς μαγειρευμένος	196
Αρνί μαγειρευμένο	290
Αρνί λαγόνα μαγειρευμένο	295
Αρνί εντελώς άπαχο μαγειρευμένο	295
Αρνί παϊδάκια, μαγειρευμένο	290
Αρνί πλευρά μαγειρευμένο	290

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αστακός κονσέρβα ή μαγειρευμένο	0,8
Αυγό βραστό ή ωμό	129
Αυγό τηγανητό	140
Αυγοτάραχο	-
Αφρόγαλα υγρό από αποβουτυρωμένο γάλα	140
Αφρόγαλα σκόνη	1606
Αχλάδια	130
Βαμβακέλαιο	0
Βατόμουρα φρέσκα	170
Βερίκοκα φρέσκα	281
Βούτυρο, αλατισμένο	23
Βρούβες	220
Βρώμη ξερή	-
Βρώμη βραστή	ίχνη
Βύσσινα	191
Βοδινό άπαχες ψητές ή βραστές μπριζόλες	370
Βοδινό ημίπαχες ψητές ή βραστές μπριζόλες	370
Βοδινό πσιινό, ψητό ή βρασμένο	370
Γάλα αγελάδας	144
Γάλα κατσίκας	180
Γάλα συμπυκνωμένο σακχαρούχο	314
Γάλα Εβαπορέ, άγλυκο	303
Γάλα σκόνη, πλήρες	1330
Γάλα αποβουτυρωμένο	1745
Γάλα σοκολατούχο, πλήρες	146

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Γαλακτομπούρεκο	137
Γαλοπούλα ψητή	367
Γαρίδες τηγανητές	229
Γιαούρτι μερικά αποβουτυρωμένο	143
Γιαούρτι από πλήρες γάλα	132
Γρέϊπ - φρούτ	135
Γλυκοκούλουρα	97
Γλυκό σύκο	-
Γογγύλια ωμά	268
Γογγύλια μαγειρευμένα	188
Γλώσσα	366
Δαμάσκηνα φρέσκα	170
Ελιές κονσέρβα	-
Ελιές πράσινες	55
Ελιές ώριμες	34
Ελαιόλαδο	0
Ζαμπόν	-
Ζάχαρη	-
Ζελέ σκόνη	-
Ζελέ επιδόρπιο (απλό)	-
Ζελέ επιδόρπιο (με φρούτα)	-
Ζύμη, σκόνη (δραστική)	1998
Καβούρια μαγειρευμένα	-
Κακάο σκόνη	500
Καλαμαράκια τηγανητά	-

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Καραβίδες	-
Καραμέλες απλές ή με σοκολάτα	192
Καραμέλες με ξηρούς καρπούς	233
Καρότα ωμά	341
Καρότα βραστά	222
Καρπούζι	100
Καρύδια	450
Κάστανα φρέσκα	454
Κάστανα ψημένα	876
Κατσίκι	-
Καφές σκόνη	3256
Καφές ρόφημα	36
Κέϊκ απλό	79
Κερασιά	191
Κοκκινογούλια βραστά	208
Κολοκυθάκια βραστά	240
Κομπόστα βερίκοκο	299
Κομπόστα ροδάκινο	292
Κορν - μπηφ	150
Κορν - φλέϊκς	120
Κορόμηλο	299
Κοτόπουλο ψητό	411
Κουνέλι ψητό	411
Κουνέλι μαγειρευμένο	388
Κουνουπίδι ωμό	295

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Κουνουπίδι βραστό	206
Κουραμπιές	-
Κρέμα, κρέμα και γάλα	129
Κρεμμύδια ξερά	1383
Κρεμμύδια φρέσκα	157
Κυδώνι	197
Λαγός	-
Λάχανο ωμό	233
Λάχανο βρασμένο	163
Λεμόνι	138
Λεμονάδα	16
Λίπος φυτικό	-
Λουκάνικα Φρανκφούρτης	108
Λουκάνικα χοιρινά	217
Λουκάνικα χωριάτικα	325
Μαγιονέζα	34
Μαϊντανός	727
Μακαρόνια άβραστα	197
Μακαρόνια βρασμένα 8-10 λεπτά	79
Μακαρόνια βρασμένα 14-20 λεπτά	61
Μανιτάρια φρέσκα	414
Μανιτάρια κονσέρβα	197
Μανταρίνι	141
Μαργαρίνη	23
Μαρμελάδα	33

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Μαρούλι	264
Μέλι	51
Μελιτζάνες μαγειρευμένες	150
Μήλα	110
Μηλόπιτα	80
Μορταδέλα	-
Μοσχαρακι κόντρα φιλέτο	320
Μοσχαρακι μπιφτέκι	447
Μοσχαρακι μπριζόλα	500
Μοσχαρακι μπροστινό	503
Μοσχαρακι πλευρές	320
Μουσακάς	350
Μούσμουλα	170
Μπακαλιάρος μαγειρευμένος	407
Μπακαλιάρος αλατισμένος	100
Μπάμιες βραστές	174
Μπανάνες	370
Μπαρμπούνια	292
Μπέικον τηγανητό	213
Μπιζέλια ωμά	316
Μπιζέλια μαγειρευμένα	196
Μπισκότα απλά	117
Μπισκότα γεμάτα	80
Μπιφτέκι ψητό	500
Μπρόκολο	267

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Μύδια (μόνο σάρκα)	315
Μυζήθρα χωρίς κρέμα	85
Μυζήθρα με κρέμα	72
Ντολμαδάκια	70
Ντομάτα ωμή	244
Ντομάτα σάλτσα	370
Ντομάτα μαγειρευμένη	287
Ντοματοζουμο	227
Ντόνατς	80
Ξύδι από μήλα	1
Ξύδι αποσταγμένο	1
Ορτύκια	320
Παγωτό 10%	181
Παγωτό 12%	112
Παγωτό 16%	95
Παξιμάδι	117
Πάπια (κρέας μόνο)	-
Πασατέμπος	-
Πατάτα ψητή στη φλούδα	503
Πατάτα τηγανητή	775
Πατάτα βραστή (τεμαχισμένη)	285
Πατατάκια - τσιπς	1130
Παντζάρια βραστά	208
Πεπόνι	251
Πιπεριές γλυκές ωμές	213

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Πιπεριές γλυκές βραστές	149
Πιπεριές καφτερές ωμές	-
Πιπεριές καφτερές σε κονσέρβα	-
Ποπ-κορν (με λάδι και αλάτι)	-
Πορτοκάλι	200
Πορτοκαλάδα	200
Κοκα-κολα	-
Κρασί (9,9% αλκοόλη σε βάρος)	92
Κρασί (15,3% αλκοόλη σε βάρος)	75
Μπύρα (1,5% αλκοόλη)	25
Ούζο (10% αλκοόλη)	-
Σαμπάνια	70
Τζιν, Ρούμι, Ουίσκι, Βότκα με :	
Αλκοόλη 33,1% = 80*	2
Αλκοόλη 36,0% = 86*	2
Αλκοόλη 37,9% = 90*	2
Αλκοόλη 39,7% = 94*	2
Αλκοόλη 42,5% = 100*	2
Βερμούτ	-
Κονιάκ	-
Πίτσα με τυρί	130
Πίτσα με λουκάνικο	114
Ραδίκια ωμά	322
Ραδίκια βραστά	180
Ραπανάκια	149

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Ρεβίθια ξέρα	797
Ρεβίθια μαγειρευμένα	294
Ρέγγα	-
Ροδάκινα	202
Ρόδι	259
Ρύζι ωμό	92
Ρύζι βρασμένο	28
Ρυζόγαλο	ίχνη
Σαλάμι	-
Σαρδέλες κονσέρβα με λάδι	560
Σέλινο βραστό	239
Συκώτι αρνίσιο	202
Συκώτι βοδινό	380
Συκώτι χοιρινό	395
Συκώτι κοτόπουλο	151
Σκόρδο (σκελίδες)	529
Σκουμπρί	-
Σόγια, καρποί ωμοί	1677
Σόγια, καρποί μαγειρευμένοι	540
Σοκολάτα ξερή	384
Σοκολάτα με αμύγδαλα	442
Σολομός άψητος	-
Σολομός σε κονσέρβα	-
Σουσάμι	725
Σπανάκι ωμό	470

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Τυρόπιτα	165
Σπανάκι μαγειρευμένο	324
Σπανακόπιτα	163
Σπαράγγια ωμά	278
Σπαράγγια μαγειρευμένα	183
Σταφίδες	763
Σταφύλια	100
Στραγάλια	797
Στρείδια άψητα	121
Στρείδια μαγειρευμένα	203
Σύκα φρέσκα	1942
Σύκα ξερά	640
Τόνος σε κονσέρβα με λάδι	301
Τοστ (ψωμί)	104
Τσάι ρόφημα	25
Τσιπούρα	63
Τσίχλα	-
Τυράκια τυποποιημένα	80
Τυρί Βίτσερις	-
Τυρί γραβιέρα	-
Τυρί κασέρι	82
Τυρί μυζήθρα (αναφέρεται στη μυζήθρα)	-
Τυρί παρμεζάνα	150
Τυρί ροκφόρ	-
Τυρί ολλανδικό	-
Τυρί φέτα (μαλακή)	111

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Φακές μαγειρευμένες	249
Φαρίνα αλεύρι	83
Φασολάκια μαγειρευμένα	156
Φασόλια ξερά	1196
Φασόλια μαγειρευμένα	416
Φράουλες	161
Φρουτοσαλάτα κοινή	181
Φρυγανιά	104
Φιστίκια αράπικα	972
Χαβιάρι	-
Χήνα μαγειρευμένη	-
Χοιρινό μπριζόλα (μέση)	390
Χοιρινό κόντρα (άπαχο)	390
Χοιρινό πλευρά	390
Χουρμάδες	618
Χταπόδι	-
Χυλόπιτες βραστές	79
Ψωμί άσπρο	85
Ψωμί πιτυρούχο	273

Τρόφιμα & περιεκτικότητα σε σίδηρο

ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΗΣ (100gr)	mg
Αγγούρι	1,1
Αγκινάρες μαγειρευμένες	1,1
Αλεύρι, σπορέλαιο, πιτυρούχο	3,3
Αλεύρι , σιτάλευρο 80%	1,3
Αμύδαλα	4,7
Ανανάς - Ζωμός	0,5
Ανανάς - κονσέρβα	0,3
Αντίδια	1,7
Αραβόσιτος (αποξηραμένος)	2,1
Αραβόσιτος (βρασμένος)	0,6
Αραβόσιτος (ωμός - χλωρός)	0,6
Αραβοσιτέλαιο	0
Αρακάς μαγειρευμένος	1,8
Αρνί μαγειρευμένο	1,6
Αρνί λαγόνα μαγειρευμένο	1,1
Αρνί εντελώς άπαχο μαγειρευμένο	1,9
Αρνί παϊδάκια, μαγειρευμένο	0,8
Αρνί πλευρά μαγειρευμένο	1,2

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αυγό βραστό ή ωμό	2,3
Αυγό τηγανητό	2,1
Αυγοτάραχο	0,6
Αφρόγαλα υγρό από αποβουτυρωμένο γάλα	ίχνη
Αφρόγαλα σκόνη	0,6
Αχλάδια	0,3
Βαμβακέλαιο	0
Βατόμουρα φρέσκα	0,9
Βερίκοκα φρέσκα	0,5
Βούτυρο, αλατισμένο	0
Βρούβες	1,8
Βρώμη ξερή	7,1
Βρώμη βραστή	1,1
Βύσσινα	0,1
Βοδινό άπαχες ψητές ή βραστές μπιριζόλες	3,9
Βοδινό ημίπαχες ψητές ή βραστές μπιριζόλες	3,7
Βοδινό ψητό ή βρασμένο	2,6
Γάλα αγελάδας	ίχνη
Γάλα κατσίκας	0,1
Γάλα συμπυκνωμένο σακχαρούχο	0,1
Γάλα Εβαπορέ, άγλυκο	0,1
Γάλα σκόνη, πλήρες	0,5
Γάλα αποβουτυρωμένο	0,6
Γάλα σοκολατούχο, πλήρες	0,2

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Γαλακτομπούρεκο	0,6
Γαλοπούλα ψητή	1,8
Γαρίδες τηγανητές	2,0
Γιαούρτι μερικά αποβουτυρωμένο	ίχνη
Γιαούρτι από πλήρες γάλα	ίχνη
Γρεΐπ - φρούτ	0,4
Γλυκοκούλουρα	2,3
Γλυκό σύκο	-
Γογγύλια μαγειρευμένα	0,4
Γλώσσα	0,8
Δαμάσκηνα φρέσκα	0,5
Ελιές κονσέρβα	-
Ελιές πράσινες	1,6
Ελιές ώριμες	1,6
Ελαιόλαδο	
Ζαμπόν	3,1
Ζάχαρη	-
Ζελέ σκόνη	-
Ζελέ επιδόρπιο (απλό)	-
Ζελέ επιδόρπιο (με φρούτα)	-
Ζύμη, σκόνη (δραστική)	16,1
Καβούρια μαγειρευμένα	0,8
Κακάο σκόνη	2,1
Καλαμαράκια τηγανητά	-

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Καραβίδες	-
Καραμέλες απλές ή με σοκολάτα	1,4
Καραμέλες με ξηρούς καρπούς	1,5
Καρότα ωμά	0,7
Καρότα βραστά	0,6
Καρπούζι	0,5
Καρύδια	3,1
Κάστανα φρέσκα	1,7
Κάστανα ψημένα	3,3
Κατσίκι	2,2
Καφές σκόνη	5,6
Καφές ρόφημα	0,1
Κέϊκ απλό	0,4
Κερασιά	0,4
Κοκκινογούλια βραστά	0,5
Κολοκυθάκια βραστά	0,4
Κομπόστα βερίκοκο	1,3
Κομπόστα ροδάκινο	0,8
Κορν - μπηφ	2,9
Κορν - φλέϊκς	1,4
Κορόμηλο	0,5
Κοτόπουλο ψητό	1,3
Κουνέλι ψητό	1,3
Κουνέλι μαγειρευμένο	1,5
Κουνουπίδι ωμό	1,1

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Κουνουπίδι βραστό	0,7
Κουραμπιές	-
Κρέμα, κρέμα και γάλα	ίχνη
Κρεμμύδια ξερά	2,9
Κρεμμύδια φρέσκα	0,5
Κυδώνι	0,7
Λάχανο ωμό	0,4
Λάχανο βρασμένο	0,3
Λεμόνι	0,6
Λεμονάδα	ίχνη
Λίπος φυτικό	-
Λουκάνικα Φρανκφούρτης	0,6
Λουκάνικα χοιρινά	1,2
Λουκάνικα χωριάτικα	0,4
Μαγιονέζα	0,5
Μαϊντανός	6,2
Μακαρόνια άβραστα	2,9
Μακαρόνια βρασμένα 8-10 λεπτά	1,1
Μακαρόνια βρασμένα 14-20 λεπτά	0,9
Μανιτάρια φρέσκα	0,8
Μανιτάρια κονσέρβα	0,5
Μανταρίνι	0,2
Μαργαρίνη	-
Μαρμελάδα	0,6

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Μαρούλι	2,0
Μέλι	0,5
Μελιτζάνες μαγειρευμένες	0,6
Μήλα	0,3
Μηλόπιτα	0,3
Μορταδέλα	3,1
Μοσχάρaki κόντρα μαγειρευμένο	3,5
Μοσχάρaki μπιφτέκι μαγειρευμένο	-
Μοσχάρaki μπριζόλα μαγειρευμένο	3,2
Μοσχάρaki μπροστινό μαγειρευμένο	3,8
Μοσχάρaki πλευρές μαγειρευμένο	3,4
Μουσακάς	1,8
Μούσμουλα	0,5
Μπακαλιάρος μαγειρευμένος	1,0
Μπακαλιάρος αλατισμένος	3,6
Μπάμιες βραστές	0,5
Μπανάνες	0,7
Μπέικον τηγανητό	0,9
Μπιζέλια μαγειρευμένα	1,8
Μπισκότα απλά	1,6
Μπισκότα γεμάτα	3,1
Μπιφτέκι ψητό	3,6
Μπρόκολο	0,8

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Μύδια (μόνο σάρκα)	3,4
Μυζήθρα χωρίς κρέμα	0,3
Μυζήθρα με κρέμα	0,4
Ντολμαδάκια	0,5
Ντομάτα ωμή	0,5
Ντομάτα σάλτσα	0,8
Ντομάτα μαγειρευμένη	0,6
Ντοματοζουμο	0,9
Ντόνατς	1,5
Ξύδι από μήλα	-
Ξύδι αποσταγμένο	-
Ορτύκια	3,1
Παγωτό 10%	0,1
Παγωτό 12%	0,1
Παγωτό 16%	ίχνη
Παξιμάδι	1,6
Πάπια (κρέας μόνο)	1,6
Πασατέμπος	-
Πατάτα ψητή στη φλούδα	0,7
Πατάτα τηγανητή	1,1
Πατάτα βραστή (τεμαχισμένη)	0,5
Πατατάκια - τσιπς	1,8
Παντζάρια βραστά	0,5
Πεπόνι	0,4
Πιπεριές γλυκές ωμές	0,7

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Πιπεριές γλυκές βραστές	0,5
Πιπεριές καφτερές ωμές	0,7
Πιπεριές καφτερές σε κονσέρβα	0,5
Ποπ-κορν (με λάδι και αλάτι)	2,1
Πορτοκάλι	0,4
Πορτοκαλάδα	0,2
Κοκα-κολα	-
Κρασί (9,9% αλκοόλη σε βάρος)	0,4
Κρασί (15,3% αλκοόλη σε βάρος)	-
Μπύρα (1,5% αλκοόλη)	ίχνη
Ούζο (10% αλκοόλη)	-
Σαμπάνια	0,5
Τζιν, Ρούμι, Ουίσκι, Βότκα με :	
Αλκοόλη 33,1% = 80*	-
Αλκοόλη 36,0% = 86*	-
Αλκοόλη 37,9% = 90*	-
Αλκοόλη 39,7% = 94*	-
Αλκοόλη 42,5% = 100*	-
Βερμούτ	-
Κονιάκ	-
Πίτσα με τυρί	1,0
Πίτσα με λουκάνικο	0,9
Ραδίκια βραστά	0,6
Ραπανάκια	0,5

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Ρεβίθια ξέρα	6,9
Ρεβίθια μαγειρευμένα	2,1
Ρέγγα	1,1
Ροδάκινα	0,5
Ρόδι	0,3
Ρύζι βρασμένο	0,9
Ρυζόγαλο	0,7
Σαλάμι	3,6
Σαρδέλες ωμές	215
Σαρδέλες κονσέρβα με λάδι	3,5
Σέλινο βραστό	0,2
Συκώτι μαγειρευμένο	17,9
Συκώτι βοδινό μαγειρευμένο	8,8
Συκώτι χοιρινό μαγειρευμένο	29,1
Συκώτι κοτόπουλο μαγειρευμένο	8,5
Σκόρδο (σκελίδες)	1,5
Σκουμπρί	-
Σόγια, καρποί μαγειρεμένοι	2,7
Σοκολάτα ξερή	1,1
Σοκολάτα με αμύγδαλα	1,6
Σολομός σε κονσέρβα	-
Σουσάμι	10,5
Σπανάκι ωμό	3,1

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Σπανάκι μαγειρευμένο	2,2
Σπανακόπιτα	1,5
Σπαράγγια μαγειρευμένα	0,5
Σταφίδες	3,5
Σταφύλια	0,4
Στραγάλια	3,4
Στρείδια άψητα	5,5
Στρείδια μαγειρευμένα	8,1
Σύκα φρέσκα	0,6
Σύκα ξερά	3,0
Τόνος σε κονσέρβα με λάδι	1,1
Τοστ (ψωμί)	2,4
Τσάι ρόφημα	ίχνη
Τσίχλα	-
Τυράκια τυποποιημένα	0,9
Τυρί Βίτσερις	1,1
Τυρί γραβιέρα	1,1
Τυρί κασέρι	1,0
Τυρί παρμεζάνα	9,4
Τυρί ροκφόρ	1,1
Τυρί ολλανδικό	0,7
Τυρί φέτα (μαλακή)	0,5
Τυρόπιτα	1,2

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Φακές μαγειρευμένες	2,1
Φαρίνα αλεύρι	2,9
Φασολάκια μαγειρευμένα	0,9
Φασόλια ξερά	7,8
Φασόλια μαγειρευμένα	2,7
Φράουλες	1,0
Φρουτοσαλάτα κοινή	0,4
Φρυγανιά	2,4
Φιστίκια αράπικα	7,3
Χαβιάρι	-
Χήνα μαγειρευμένη	2,1
Χοιρινό μπριζόλα (μέση) μαγειρευμένο	3,2
Χοιρινό κόντρα (άπαχο) μαγειρευμένο	3,8
Χοιρινό πλευρά μαγειρευμένο	2,6
Χουρμάδες	3,0
Χυλόπιτες βραστές	1,1
Ψωμί άσπρο	2,4
Ψωμί πιτυρούχο	2,3

Τρόφιμα & περιεκτικότητα σε βιταμίνη C

ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΗΣ (100 gr)	mg
Αγγούρι	11
Αγκινάρες μαγειρευμένες	12
Αλεύρι, σπορέλαιο, πυτιρούχο	-
Αλεύρι, σιτάλευρο 80%	-
Αμύγδαλα	-
Ανανάς - Ζωμός	17
Ανανάς - κονσέρβα	7
Αντίδια	10
Αραβόσιτος (αποξηραμένος)	-
Αραβόσιτος (βρασμένος)	12
Αραβόσιτος (ωμός - χλωρός)	7
Αραβοσιτέλαιο	-
Αρακάς ωμός	27
Αρακάς μαγειρευμένος	20
Αρνί μαγειρευμένο	-
Αρνί λαγόνα μαγειρευμένο	-
Αρνί εντελώς άπαχο μαγειρευμένο	-
Αρνί παϊδάκια, μαγειρευμένο	-
Αρνί πλευρά μαγειρευμένο	-

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Αστακός κονσέρβα ή μαγειρευμένο	0,07
Αυγό βραστό ή ωμό	-
Αυγό τηγανητό	-
Αυγοτάραχο	14
Αφρόγαλα υγρό από αποβουτυρωμένο γάλα	1
Αφρόγαλα σκόνη	-
Αχλάδια	4
Βαμβακέλαιο	-
Βατόμουρα φρέσκα	21
Βερίκοκα φρέσκα	10
Βούτυρο, αλατισμένο	-
Βρούβες	48
Βρώμη ξερή	-
Βρώμη βραστή	-
Βύσσινα	10
Βοδινό άπαχες ψητές ή βραστές μπιριζόλες	-
Βοδινό ημίπαχες ψητές ή βραστές μπιριζόλες	-
Βοδινό ψητό ή βρασμένο	-
Γάλα αγελάδας	1
Γάλα κατσίκας	1
Γάλα συμπυκνωμένο σακχαρούχο	1
Γάλα Εβαπορέ, άγλυκο	1
Γάλα σκόνη, πλήρες	6
Γάλα αποβουτυρωμένο	7
Γάλα σοκολατούχο, πλήρες	1

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Γαλακτομπούρεκο	-
Γαλοπούλα ψητή	-
Γαρίδες τηγανητές	-
Γιαούρτι μερικά αποβουτυρωμένο	1
Γιαούρτι από πλήρες γάλα	1
Γρέϊπ - φρούτ	38
Γλυκοκούλουρα	ίχνη
Γλυκό σύκο	-
Γογγύλια ωμά	36
Γογγύλια μαγειρευμένα	22
Γλώσσα	-
Δαμάσκηνα φρέσκα	4
Ελιές κονσέρβα	-
Ελιές πράσινες	-
Ελιές ώριμες	-
Ελαιόλαδο	-
Ζαμπόν	-
Ζάχαρη	-
Ζελέ σκόνη	-
Ζελέ επιδόρπιο (απλό)	-
Ζελέ επιδόρπιο (με φρούτα)	3
Ζύμη, σκόνη (δραστική)	ίχνη
Καβούρια μαγειρευμένα	2
Κακάο σκόνη	-
Καλαμαράκια τηγανητά	-

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Καραβίδες	-
Καραμέλες απλές ή με σοκολάτα	ίχνη
Καραμέλες με ξηρούς καρπούς	ίχνη
Καρότα ωμά	6
Καρότα βραστά	6
Καρπούζι	7
Καρύδια	2
Κάστανα φρέσκα	-
Κάστανα ψημένα	-
Κατσίκι	-
Καφές σκόνη	-
Καφές ρόφημα	-
Κέικ απλό	ίχνη
Κερασιά	10
Κοκκινογούλια βραστά	6
Κολοκυθάκια βραστά	5
Κομπόστα βερίκοκο	2
Κομπόστα ροδάκινο	2
Κορν - μπηφ	-
Κορν - φλέικς	-
Κορόμηλο	-
Κοτόπουλο ψητό	-
Κουνέλι ψητό	-
Κουνέλι μαγειρευμένο	-
Κουνουπίδι ωμό	78

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Κουνουπίδι βραστό	65
Κουραμπιές	-
Κρέμα, κρέμα και γάλα	1
Κρεμμύδια ξερά	35
Κρεμμύδια φρέσκα	10
Κυδώνι	15
Λαγός	-
Λάχανο ωμό	47
Λάχανο βρασμένο	33
Λεμόνι	53
Λεμονάδα	7
Λίπος φυτικό	-
Λουκάνικα Φρανκφούρτης	-
Λουκάνικα χοιρινά	-
Λουκάνικα χωριάτικα	-
Μαγιονέζα	-
Μαϊντανός	172
Μακαρόνια άβραστα	-
Μακαρόνια βρασμένα 8-10 λεπτά	-
Μακαρόνια βρασμένα 14-20 λεπτά	-
Μανιτάρια φρέσκα	3
Μανιτάρια κονσέρβα	2
Μανταρίνι	46
Μαργαρίνη	-
Μαρμελάδα	6

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Μαρούλι	8
Μέλι	1
Μελιτζάνες μαγειρευμένες	3
Μήλα	4
Μηλόπιτα	1
Μορταδέλα	-
Μοσχαράκι κόντρα φιλέτο	-
Μοσχαράκι μπιφτέκι	-
Μοσχαράκι μπριζόλα	-
Μοσχαράκι μπροστινό	-
Μοσχαράκι πλευρές	-
Μουσακάς	-
Μούσμουλα	6
Μπακαλιάρος μαγειρευμένος	-
Μπακαλιάρος αλατισμένος	-
Μπάμιες βραστές	20
Μπανάνες	10
Μπαρμπούνια	-
Μπέικον τηγανητό	-
Μπιζέλια ωμά	27
Μπιζέλια μαγειρευμένα	20
Μπισκότα απλά	ίχνη
Μπισκότα γεμάτα	ίχνη
Μπιφτέκι ψητό	-
Μπρόκολο	90

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Μύδια (μόνο σάρκα)	-
Μυζήθρα χωρίς κρέμα	-
Μυζήθρα με κρέμα	-
Ντολμαδάκια	-
Ντομάτα ωμή	20
Ντομάτα σάλτσα	16
Ντομάτα μαγειρευμένη	24
Ντοματοζουμο	16
Ντόνατς	-
Ξύδι από μήλα	-
Ξύδι αποσταγμένο	-
Ορτύκια	-
Παγωτό 10%	1
Παγωτό 12%	1
Παγωτό 16%	1
Παξιμάδι	ίχνη
Πάπια (κρέας μόνο)	-
Πασατέμπος	-
Πατάτα ψητή στη φλούδα	20
Πατάτα τηγανητή	19
Πατάτα βραστή (τεμαχισμένη)	16
Πατατάκια - τσιπς	16
Παντζάρια βραστά	6
Πεπόνι	23
Πιπεριές γλυκές ωμές	128

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Πιπεριές γλυκές βραστές	96
Πιπεριές καφτερές ωμές	235
Πιπεριές καφτερές σε κονσέρβα	68
Ποπ-κορν (με λάδι και αλάτι)	-
Πορτοκάλι	50
Πορτοκαλάδα	50
Κοκα-κολα	-
Κρασί (9,9% αλκοόλη σε βάρος)	-
Κρασί (15,3% αλκοόλη σε βάρος)	-
Μπύρα (1,5% αλκοόλη)	-
Ούζο (10% αλκοόλη)	-
Σαμπάνια	-
Τζιν, Ρούμι, Ουίσκι, Βότκα με :	
Αλκοόλη 33,1% = 80*	-
Αλκοόλη 36,0% = 86*	-
Αλκοόλη 37,9% = 90*	-
Αλκοόλη 39,7% = 94*	-
Αλκοόλη 42,5% = 100*	-
Βερμούτ	-
Κονιάκ	-
Πίτσα με τυρί	6
Πίτσα με λουκάνικο	6
Ραδίκια ωμά	26
Ραδίκια βραστά	20
Ραπανάκια	96

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Ρεβίθια ξέρα	ίχνη
Ρεβίθια μαγειρευμένα	ίχνη
Ρέγγα	-
Ροδάκινα	7
Ρόδι	4
Ρύζι ωμό	-
Ρύζι βρασμένο	-
Ρυζόγαλο	-
Σαλάμι	-
Σαρδέλες κονσέρβα με λάδι	-
Σέλινο βραστό	6
Συκώτι αρνίσιο	33
Συκώτι βοδινό	27
Συκώτι χοιρινό	22
Συκώτι κοτόπουλο	16
Σκόρδο (σκελίδες)	15
Σκουμπρί	-
Σόγια, καρποί ωμοί	-
Σόγια, καρποί μαγειρεμένοι	-
Σοκολάτα ξερή	ίχνη
Σοκολάτα με αμύγδαλα	ίχνη
Σολομός άψητος	9
Σολομός σε κονσέρβα	-
Σουσάμι	-
Σπανάκι ωμό	51

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Τυρόπιτα	ίχνη
Σπανάκι μαγειρευμένο	28
Σπανακόπιτα	28
Σπαράγγια ωμά	4
Σπαράγγια μαγειρευμένα	33
Σταφίδες	26
Σταφύλια	1
Στραγάλια	4
Στρείδια άψητα	-
Στρείδια μαγειρευμένα	-
Σύκα φρέσκα	-
Σύκα ξερά	2
Τόνος σε κονσέρβα με λάδι	-
Τοστ (ψωμί)	-
Τσάι ρόφημα	-
Τσιπούρα	-
Τσίχλα	-
Τυράκια τυποποιημένα	-
Τυρί Βίτσερις	2
Τυρί γραβιέρα	-
Τυρί κασέρι	-
Τυρί μυζήθρα (αναφέρεται στη μυζήθρα)	-
Τυρί παρμεζάνα	-
Τυρί ροκφόρ	-
Τυρί ολλανδικό	-
Τυρί φέτα (μαλακή)	-

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στη Διαμόρφωση της Διαιτητικής Συμπεριφοράς
σε Ασθενείς που Υπόκεινται σε Εξωνεφρική Κάθαρση

Φακές μαγειρευμένες	-
Φαρίνα αλεύρι	-
Φασολάκια μαγειρευμένα	6
Φασόλια ξερά	-
Φασόλια μαγειρευμένα	-
Φράουλες	69
Φρουτοσαλάτα κοινή	2
Φρυγανιά	-
Φιστίκια αράπικα	-
Χαβιάρι	-
Χήνα μαγειρευμένη	-
Χοιρινό μπριζόλα (μέση)	-
Χοιρινό κόντρα (άπαχο)	-
Χοιρινό πλευρά	-
Χουρμάδες	-
Χταπόδι	-
Χυλόπιτες βραστές	-
Ψωμί άσπρο	ίχνη
Ψωμί πυτιρούχο	ίχνη

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγραφιώτης Θ., Διγενής Γ. Ε., Ντόμπρος Ν. Β., Θανασά Γ. Π., 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών Νεφρολογίας, Τομέας Πρακτικών, Επιμέλεια Έκδοσης υπό Θανου Ι., Λάσκαρη Ν., Κωστενίδου Μ., Τσούγια Π., Βόλος 17-18 Μαΐου 1996, σελ. 129-151.
2. Μαθητική Υδρία – Απεκκριτικό Σύστημα, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Γ. Αξιοτέλης και Σια ΕΠΕ, Έτος 1983, σελ. 427.
3. Μαθητική Υδρία, Τόμος 8^{ος}, Εκδόσεις Γ. Αξιοτέλης και Σια Επε, έτος 1983, σελ. 159.
4. Ζήσης Θ., Σημειώσεις Ανατομίας ΤΕΙ Πατρών, Πάτρα 1999, σελ. 159.
5. Dr. F, Beer – Poitevin, Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, 4, Τόμος Α΄, Εκδοτικός Οργανισμός «Χρυσός Τύπος» Α.Ε., Έτος 1980, σελ. 132
6. Trevor Weston, M. P., MRCGP, Άτλας Ανατομίας, Εκδόσεις Κισσός, Έτος 1992, σελ. 314-336.
7. Ρούμπου – Τοπάλλη Μαρία, Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Κισσός, Έτος 2002, σελ. 526-549.
8. Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 1^{ος}, Β΄ Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997, σελ. 407.
9. Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, Τόμος 41^{ος}, Εκδόσεις Πάπυρος, Έτος 1991, σελ. 5123-5131.
10. Γκούμας Κωτσιόπουλος, Υγεία Οδηγός Υγιεινής, Γενική Ιατρική και Χειρουργική, Εκδόσεις Δομική Ο.Ε., Έτος 1995, σελ. 432-438.
11. Αθανάτου Ε., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Κλινική Νοσηλευτική, Ε΄ Έκδοση, Αθήναι 1999, σελ. 438.
12. Αθανάτου Ε., Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες, Έκδοση ΙΓ΄ Αναθεωρημένη, Αθήνα 2003, σελ. 513-514, 516-517, 521.

13. Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες, Ε΄ Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1996, σελ. 493-494.
14. C.F. Gutch, M.H. Stoner, A.L. Corea, editors, η αιμοκάθαρση στην κλινική πράξη, Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα 2003, σελ. 236-238.
15. Σόμπολας Κ., Συνεχής αιμοδιήθηση, Θεσσαλονίκη 1990, σελ. 192-193.
16. Μπαρμπαλιάς Γ.Α., Ουρολογία, Τόμος Α΄, Α΄ Έκδοση, Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Πατρών 1996, σελ. 309-310.
17. Γαρδύκας Κ.Δ., Ειδική Νοσολογία, Α΄ έκδοση, Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1981, σελ. 356.
18. Μιχαλοπούλου Σ., R.N., Msc, Σημειώσεις: «Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα: Μαθήματα μεταμόσχευσης οργάνων για νοσηλευτές», Εκδόσεις ΤΕΙ Πατρών, Πάτρα 1999, σελ. 22.
19. Καυκιά Θεοδώρα, Νεφρολογική Νοσηλευτική (μετάφραση), Τόμος 1^{ος}, 2^η Έκδοση, Εκδόσεις University Studio Press, Έτος 2003, σελ. 422-465.
20. Διαιτολόγιο ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε εξωνεφρική κάθαρση, Πανελλήνια ομοσπονδία νεφροπαθών «Κυανούς Σταυρός», σελ. 5-7.
21. Μαυροματίδης Κ., Τσίτσιος Τ., Σωτηρακόπουλος Ν., Η διαίτα των ασθενών με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου Dialysis living, Τεύχος 5^ο, Υπεύθυνη έκδοσης Κατσιφάκου Ε., Αθήνα Μάιος – Αύγουστος 2002, σελ. 8-16.
22. Τετραμηνιαίο Περιοδικό Dialysis living, Τρόφιμα και περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες, Τεύχος 6^ο, Υπεύθυνη έκδοσης Κατσιφάκου Ε., Αθήνα Σεπτέμβριος – Δεκέμβριος 2002, σελ. 52-56.
23. Τετραμηνιαίο Περιοδικό Dialysis living, Τρόφιμα και περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες, Τεύχος 7^ο, Υπεύθυνη έκδοσης Κατσιφάκου Ε., Αθήνα Ιανουάριος – Απρίλιος 2003, σελ. 45-49.
24. Τετραμηνιαίο Περιοδικό Dialysis living, Τρόφιμα και περιεκτικότητα σε ασβέστιο, Τεύχος 4^ο, Υπεύθυνη έκδοσης Κατσιφάκου Ε., Αθήνα Ιανουάριος – Απρίλιος 2002, σελ. 53-57.

25. Τετραμηνιαίο Περιοδικό Dialysis living, Τρόφιμα και περιεκτικότητα σε κάλιο, Τεύχος 13^ο, Υπεύθυνη έκδοσης Κατσιφάκου Ε., Αθήνα 2005, σελ. 52-56.
26. Τετραμηνιαίο Περιοδικό Dialysis living, Τρόφιμα και περιεκτικότητα σε σίδηρο, Τεύχος 5^ο, Υπεύθυνη έκδοσης Κιτσιφάκου Ε., Αθήνα Μάιος – Αύγουστος 2002, σελ.47-51.
27. Τετραμηνιαίο Περιοδικό Dialysis living, Τρόφιμα και περιεκτικότητα σε βιταμίνη C, Τεύχος 12^ο, Υπεύθυνη έκδοσης Κατσιφάκου Ε., Αθήνα Σεπτέμβριος – Δεκέμβριος 2004, σελ. 50-54.