

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ:
“ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ”**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
Μέτσο Έλσα

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
Μιχαλοπούλου Έλενα

Πάτρα, 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
----------------------	----------

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

1.1 Εισαγωγή.....	7
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	8
1.3 Επιδημιολογία & Στατιστικά Στοιχεία.....	11
1.4 Κοινωνική στάση και φιλοσοφία.....	13
1.5 Η πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση νεφρού.....	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

2.1 Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια.....	18
2.2 Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια.....	21
2.3 Τελικό Στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας.....	24
2.4 Μέθοδοι Νεφρικής Υποκατάστασης.....	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

3.1 Ορισμός μεταμόσχευσης & Τύποι μοσχευμάτων.....	33
3.2 Επιλογή δότη-λήπτη.....	34
3.3 Ιστοσυμβατότητα.....	38
3.4 Κριτήρια αποκλεισμού υποκείμενων μεταμόσχευσης.....	39
3.5 Λήψη μοσχεύματος-Τεχνική.....	41
3.6 Φάρμακα & Απόρριψη μοσχεύματος.....	43
2.8 Επιπλοκές & πρόγνωση μεταμόσχευσης.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΠΟΨΕΙΣ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΟΥ ΑΝΑΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΙΣ

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

4.1 Νομικά Ζητήματα Μεταμοσχεύσεων.....	50
4.2 Εγκεφαλικός θάνατος.....	52
4.3 Μεταμόσχευση οργάνων από ζώντα δότη.....	54
4.4 Μεταμόσχευση οργάνων από νεκρό δότη.....	55
4.5 Ηθικά ζητήματα μεταμοσχεύσεων & Κοινωνικοί Προβληματισμοί.....	57
4.5.1 Εμπορεία Μοσχευμάτων.....	59
4.6 Εθνικά ζητήματα μεταμοσχεύσεων.....	61
4.7 Θρησκευτικά ζητήματα μεταμοσχεύσεων.....	62
4.8 Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε στις μεταμοσχεύσεις ιστών & οργάνων.....	65
4.9 Βασικές Αρχές Μεταμόσχευσης.....	69
4.9.1 Πώς μπορώ να γίνω δωρητής οργάνων.....	71
4.9.1 Κάρτα δωρεάς οργάνων.....	72

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

5.1 Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.....	74
5.2 Παρέμβαση Νοσηλευτή Στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού.....	75
5.2.1 Νοσηλευτική παρέμβαση πριν την αιμοκάθαρση.....	75
5.2.2 Εκτίμηση του αρρώστου μετά την αιμοκάθαρση.....	77
5.3 Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα Λήπτη.....	77
5.3.1 Ψυχολογική Προετοιμασία.....	87
5.3.2 Θρεπτική & Υδατοηλεκτρική Δίαιτα.....	89
5.4 Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα Δότη.....	91
5.4.1 Αξιολόγηση του Δότη.....	92
5.5 Προετοιμασία την προηγούμενη της επέμβασης Δότη-Λήπτη.....	93
5.6 Προετοιμασία την ημέρα του χειρουργείου Δότη-Λήπτη.....	94

5.7 Μετά την αποχώρηση για το χειρουργείο Δότη-Λήπτη.....	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ	
6.1 Αφαίρεση Νεφρού από Ζώντα & Πτωματικό Δότη.....	97
6.2 Διατήρηση Νεφρικού Μοσχεύματος.....	100
6.3 Αναισθησιολογική Αντιμετώπιση.....	105
6.4 Εγχειρητική Τεχνική στη Μεταμόσχευση Νεφρού.....	107
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ	
7.1 Άμεση Μετεγχειρητική Παρέμβαση.....	113
7.2 Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Παρέμβαση Δότη-Λήπτη.....	114
7.3 Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη Μετεγχειρητική Φροντίδα του Λήπτη.....	116
7.4 Νοσηλευτικές ενέργειες για αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων του ασθενή μετά την επέμβαση.....	121
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ	
8.1 Ποιότητα Ζωής των Μεταμοσχευθέντων Ασθενών.....	123
8.2 Αλλαγές στον τρόπο ζωής μετά την Μεταμόσχευση.....	128
8.3 Φροντίδα και Καθημερινότητα.....	132
• ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	136
• ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	143
• ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	144
Πίνακας 1 ^{ος} σελ.....	12
Πίνακας 2 ^{ος} σελ.....	13
Πίνακας 3 ^{ος} σελ.....	40

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε μια προσπάθεια να ορίσω το σκοπό της εργασίας μου είναι να καταδείξω πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του μεταμοσχευμένου.

Η μεταμόσχευση νεφρού διαφέρει από τις άλλες επεμβάσεις, γιατί δεν επιφέρει απλά και μόνο την ίαση μίας νόσου αλλά και την αλλαγή ολόκληρης της ζωής του ατόμου. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η ταύτιση νοσηλευτή και ασθενούς.

Η μεταμόσχευση είναι αυτή που αποτελεί την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενειών αυτών και όχι η χρόνια αιμοδιάλυση. Εκτός από την απώλεια των τόσων ωρών από την εργασία τους, την ψυχολογική τους επιβάρυνση, τις επιπλοκές, είναι και θέμα μεγάλης οικονομίας και των ασθενών αλλά και του εθνικού υπολογισμού. Δεν υπάρχει τίποτα καλύτερο από ένα επιτυχημένο νεφρικό μόσχευμα. Φυσικά πρέπει να πούμε ότι μια νεφρική μεταμόσχευση χρειάζεται ιατρική παρακολούθηση και να μην ξεχνάμε την μεγάλη σημασία της αιμοκάθαρσης και την σπουδαιότητα των ανακαλύψεων που έκαναν την αιμοδιάλυση ή την περιτοναϊκή κάθαρση προσιτή στους ασθενείς.

ΓΑΛΛΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αλματώδης πρόοδος της χειρουργικής και η προσδοκία των ανθρώπων για εξασφάλιση όχι μόνο μακροχρόνιας αλλά και καλύτερης ποιότητας ζωής, οδήγησε στην αποκατάσταση των φθαρμένων οργάνων με άλλα και υγιή.

Παρότι, κατά τις 2 τελευταίες 10ετίες, η επαναστατική εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας έχει βελτιώσει σε μεγάλο βαθμό τις μεθόδους υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας, η μεταμόσχευση νεφρού εξακολουθεί να αποτελεί ριζικό, θεραπευτικό μέσον εναντίον του τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

Η μεταμόσχευση νεφρού κατέχει την υψηλότερη θέση σε ποσοστά επιτυχίας, σε σύγκριση με τα άλλα όργανα (καρδιά, ήπαρ, πάγκρεας). Η επιβίωση των νεφρικών μοσχευμάτων, τον πρώτο χρόνο ύστερα από τη μεταμόσχευση, ανέρχεται σε 90%-95% από συγγενείς ζώντες δότες, και σε 85%-90% από μεταθανάτιους (πτωματικούς) δότες. Μετά το πέρας της πενταετίας λειτουργεί το 60% και μετά από δεκαετία το 50% των νεφρικών μοσχευμάτων. Ακολούθως οι πιθανότητες απόρριψης μειώνονται σημαντικά. Στην χώρα μας, τα τελευταία 10 χρόνια γίνονται κατά μέσο 60 μεταμοσχεύσεις νεφρού ετησίως από πτωματικούς δότες και 40-70 από συγγενείς ζώντες δότες.

Ο νεφροπαθείς για να εγγραφεί στη λίστα αναμονής υποβάλλεται σε συγκεκριμένο προμεταμοσχευτικό έλεγχο (Π.Ε), απ' τον οποίον θα κριθεί η καταλληλότητά του ή όχι για μεταμόσχευση. Το έντυπο του Π.Ε., στο οποίο αναφέρονται όλες οι κλινικές, παρακλινικές, και εργαστηριακές

εξετάσεις συμπεριλαμβανομένων της ομάδας αίματος, της τυποποίησης των ιστών (tissue typing) και των κυτταροτοξικών αντισωμάτων, υπάρχει σε όλες τις μονάδες τεχνητού νεφρού (M.T.N), κρατικές και ιδιωτικές. Το έντυπο αυτό συμπληρώνεται από το νεφρολόγο της M.T.N., ο οποίος εγκρίνει και υπογράφει την καταλληλότητα του υποψηφίου λήπτη, και ακολούθως επικυρώνεται από τον υπεύθυνο νεφρολόγο και χειρουργό του μεταμοσχευτικού κέντρου (M.K),στο οποίο επιθυμεί να μεταμοσχευθεί ο ασθενείς. Ακολούθως, ένα αντίγραφο του Π.Ε. κατατίθεται στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων ο οποίος έχει την ευθύνη της Εθνικής Λίστας αναμονής.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη μεταμόσχευση νεφρού είναι η συμβατότητα της ομάδας αίματος, των ιστικών αντιγόνων σύμφωνα με το HLA σύστημα αντιγόνων και η αρνητική διασταύρωση (cross match) δότη-λήπτη.

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η πρώτες σκέψεις για την μεταμόσχευση οργάνων βρίσκονται στην ελληνική μυθολογία και έχουν εκφραστεί στον μύθο του **Δαίδαλου** και του γιου του, όπου σύμφωνα με τον μύθο ο Δαίδαλος για να βοηθήσει τον γιό του να δραπετεύσει από τον **Μίνωα**, πρόσθεσε φτερά στον **Ίκαρο**. Ο καυτός ήλιος όμως της Μεσογείου έλιωσε τα φτερά και μαζί με τον **Ίκαρο** πνίγηκαν και οι ελπίδες για μεταμόσχευση. Με λίγα λόγια, η πρώτη απόρριψη μεταμοσχευμένου οργάνου ήταν από τον ήλιο.

Κλασική είναι επίσης και η αναφορά από την εκκλησιά για τους Αγίους Κοσμά και Δαμιανό, στους οποίους αποδίδεται η μεταμόσχευση της κνήμης ενός Μαυριτανού σε ένα λευκό το 3^ο μ.Χ. αιώνα. Το θέμα αυτό ενέπνευσε πολλούς αγιογράφους της Αναγέννησης.

Πέραν όμως από την προϊστορία όπου ο μύθος διαπλέκεται με την πραγματικότητα, η επιστημονική βάση της μεταμοσχεύσεως ιστών και οργάνων στηρίζεται σε πρωτοποριακές μελέτες αφοσιωμένων και ταλαντούχων ερευνητών.

Σύμφωνα με τις περιγραφές του Wodruff κατά τον 19^ο αιώνα πραγματοποιήθηκαν είτε σε κλινικό επίπεδο οι ακόλουθες μεταμοσχεύσεις: τενόντων, δέρματος, νεύρων, χόνδρων, κερατοειδών, επινεφριδίων, θυρεοειδούς, παραθυρεοειδούς, ωοθηκών, λίπους καθώς και τμημάτων του γαστρεντερικού και ουροποιητικού συστήματος (Ιορδανίδης., κ.α., 1993).

Το 1960 εισήχθη στην θεραπευτική η αζαθιοπρίνη από τους Schwartz και Dameshek η οποία αποτέλεσε και τον πρώτο σημαντικό σταθμό στην αγωγή επί μεταμόσχευσης νεφρού. Ακολούθως το φάρμακο αυτό συνδυάστηκε με την κορτιζόνη αρχικός Machioro ,και τον αντιλεμφοκυτταρικό ορό αργότερα, τόσο για την πρόληψη όσο και την αντιμετώπιση των κρίσεων απορρίψεως. Το σχήμα αυτό επικρατεί επί μια εικοσαετία. Το 1980 εισήχθη στην κλινική θεραπευτική των μεταμοσχεύσεων η κυκλοσπορίνη - A. Η εισαγωγή του φαρμάκου αυτού όχι μόνο βελτίωσε την έκβαση των νεφρικών μοσχευμάτων κατά 15% περίπου αλλά υπήρξε καθοριστική και για την εξάπλωση των κλινικών μεταμοσχεύσεων και σε άλλα όργανα, όπως το ήπαρ, την καρδιά, το πάγκρεας και το έντερο.

Τη τελευταία δεκαετία, οι έρευνες συνεχίζονται εντατικώς για την ανακάλυψη του ιδεώδους ανοσοκατασταλτικού φαρμάκου. Διότι τα υπάρχοντα ανοσοκατασταλτικά συνεπάγονται πλήθος ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως: ηπατοτοξικά, νεφροτοξικά και νευροτοξικά, προκαλούν αθηροσκλήρυνση, υπέρταση και υπερλιπιδαιμία. Νέα φάρμακα, όπως το FK.506 που είναι μικροβιακό προϊόν και το RS.61443 (εστέρας του μυκοφαινολικού οξέος), ευρίσκονται υπό κλινική δοκιμασία.

Μια άλλη κατηγορία είναι τα μονοκλωνικά αντισώματα. Το OCT.3 χρησιμοποιείται ήδη για την αντιμετώπιση των κρίσεων απορρίψεως σε ανθεκτικές στα στερεοειδή περιπτώσεις (Hakim. 1997).

Οι μεταμοσχεύσεις νεφρού, αν και τεχνικός εύκολες έχουν μεγάλη κοινωνική σημασία, διότι είναι ευρύτερα εφαρμοσμένες μεταμοσχεύσεις. Για το 2000 αναφέρθηκαν 12.500 μεταμοσχεύσεις ενώ οι κατάλογοι αναμονής περιλαμβάνουν 47.700 ασθενείς. Εξ' αυτών 3000 ασθενείς απεβίωσαν αναμένοντας το μόσχευμα. Στη Ελλάδα, η περίοδος των κλινικών μεταμοσχεύσεων άρχισε το 1967, όταν ο καθηγητής κ. Τούντας πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού στη Θεσσαλονίκη, αφού είχε προηγηθεί μια περίοδος πειραματικών μεταμοσχεύσεων νεφρών και καρδιάς. Ακολούθησε η οργάνωση τμήματος μεταμοσχεύσεων στο Γενικό Κρατικό Πειραιώς.

Σήμερα στην Ελλάδα λειτουργούν 4 μεταμοσχευτικά κέντρα, 3 βρίσκονται στην Αθήνα (Αρεταίειο νοσοκομείο, Ευαγγελισμός, Λαϊκό νοσοκομείο) και ένα στη Θεσσαλονίκη (Ιπποκράτειο νοσοκομείο).

Εφόσον ο φθοροποιός χρόνος συνεχίζει την αποστολή του, και μέχρις ότου βρεθεί αποτελεσματικός τρόπος προλήψεως των νόσων φθοράς, η μόνη δυνατότητα παρατάσεως της ζωής είναι η αντικατάσταση των καταστρεφόμενων ιστών και οργάνων. Οι μεταμοσχεύσεις, κατά συνέπεια, με την προοδευτική βελτίωση των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων θα αποτελούν την τελευταία γραμμή άμυνας της Ιατρικής, προ του τέλους (Λαγγουράνης., 2006).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ- ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η Ελλάδα, όπου από νωρίς, το 1968 και 1969, έγιναν οι πρώτες νεφρικές μεταμοσχεύσεις σε Θεσσαλονίκη και Αθήνα, έχει να επιδείξει σημαντική πρόοδο και θαυμάσια αποτελέσματα σε παγκόσμιο επίπεδο και διαθέτει ικανότατους επιστήμονες (νεφρολόγους, χειρουργούς, ανοσολόγους κ.α.) χωρίς όμως να φθάνει σε ικανοποιητικά επίπεδα από την άποψη του αριθμού των μεταμοσχεύσεων. Ως βασικοί παράγοντες του αρνητικού αυτού αριθμητικού ρεκόρ θα μπορούσαν να θεωρηθούν οι ακόλουθοι:

1. Το νεφελώδες νομικό πλαίσιο που οδηγεί μοιραία και σε ιατρικές αντιπαραθέσεις.
2. Η παντελής έλλειψη χρηματοδότησης προς κάθε κατεύθυνση και,
3. Η έλλειψη επιστημονικών, ηθικών ακόμη και οικονομικών κινήτρων.

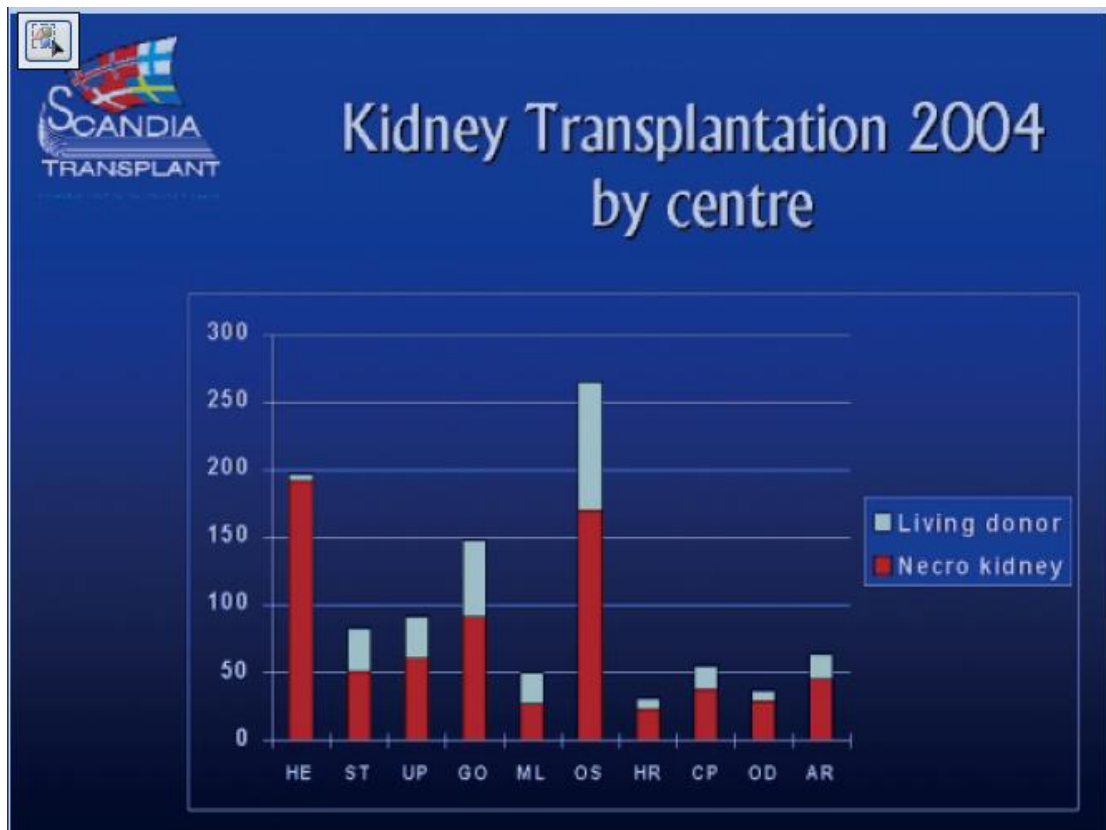
Το τρίπτυχο αυτό καθήλωσε το αριθμό των μεταμοσχεύσεων σε απαράδεκτα χαμηλά επίπεδα, διόγκωσε το κόστος νοσηλείας των νεφροπαθών, δημιούργησε νέα γκέτο (μέρη) ιδιωτικά ή και δημόσια και περιθωριοποίησε μια κατηγορία ασθενών και τις οικογένειες τους. Για να γίνει κατανοητό το πρόβλημα σε όλη την διάσταση του θα πρέπει να δούμε σημερινά στοιχεία αλλά και τις προοπτικές τουλάχιστον μέχρι το 2010 (Σακελαρίου κ.α. 2006).

Στη συνέχεια, σύμφωνα με τον Ε.Ο.Μ. ακολουθούν πίνακες με τα τελευταία στατιστικά στοιχεία (2001-2005) πάνω στη μεταμόσχευση νεφρού:

Για το 2004 το μεγαλύτερο ποσοστό των αξιοποιηθέντων δοτών άνηκε στην δεκαετία '51-'60, ενώ για το 2005 στη δεκαετία '61-'70. Παρατηρούμε ότι υπάρχουν αξιοποιηθέντες δότες πάνω από τα 71 έτη ηλικίας, κάτι που τα προηγούμενα χρόνια ήταν απαγορευτικό. Ακολουθώντας τα σύγχρονα παγκόσμια ιατρικά δεδομένα τα οποία δεν οριοθετούν ηλικιακά τους δότες, στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί μεταμοσχεύσεις νεφρών από οριακούς δότες με άριστα αποτελέσματα.

Βέβαια η ποιότητα αυτών των μοσχευμάτων ελέγχεται υπερηχογραφικά και εργαστηριακά πριν και μακροσκοπικά κατά τη διάρκεια της λήψης αλλά και ιστολογικά μετά την αφαίρεση και πριν την εμφύτευση στον λήπτη.

Πίνακας 1^{ος}



Ποσοστά Ζωντανών - Πτωματικών Δοτών
Lennard et al. 2005

Πίνακας 2^{ος}



Είναι φανερό ότι οι πτωματική μεταμόσχευση στην Ελλάδα αρχίζει σιγά αλλά σταθερά να αυξάνεται. Η αύξηση που παρουσιάζεται ανάμεσα στα έτη 2001 και 2005 είναι 126% ενώ στα έτη 2004 και 2005 είναι 44%.

Τον μεγαλύτερο αριθμό υποψηφίων ληπτών έχει το κέντρο Μεταμόσχευσης του Λαϊκού Νοσοκομείου όπου παρουσιάζεται μεγαλύτερος αριθμός στους μεταμοσχεύσιμους, στους υπερευαίσθητοποιημένους αλλά και σε εκείνους που προσωρινά βρίσκονται εκτός επιλογής μέχρι να επανεξετασθεί η καταλληλότητά τους. Τη δεύτερη θέση σε αριθμό υποψηφίων ληπτών έχει το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, την Τρίτη το Νοσοκομείο Ευαγγελισμός και ακολουθεί η μονάδα μεταμόσχευσης στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Πάτρας (Ε.Ο.Μ., 2006).

1.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΑΣΗ & ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ

Είναι ευρέως γνωστό ότι η κοινωνία δεν πείθεται για τη δωρεά οργάνων. Οι αιτιολογικοί, ανασταλτικοί παράγοντες και η απάντηση στο παραπάνω έχουν καταταχθεί σε τρία επίπεδα.

Πρώτο επίπεδο (επιφανειακό) : τα αίτια των λίγων μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα πλέον οφείλονται στην ελλιπή επιχορήγηση των νοσοκομείων, στην έλλειψη συντονισμού μεταξύ των διαφόρων τμημάτων στην έλλειψη ενημέρωσης, ώστε να δωρίζουν εύκολα όργανα, στον επαρχιακό συντηρητισμό της κοινωνίας όπου θρησκευτικά ταμπού και πρόληψης απαγορεύουν την αφαίρεση οργάνων και ιστών από τους νεκρούς

Δεύτερο επίπεδο (κοινωνικοί ερμηνεία του πρώτου επιπέδου): η ελλιπής για παράδειγμα επιχορήγηση οφείλεται και στη γενικότερη οικονομική κατάσταση του κράτους, στη σπατάλη οικονομικών πόρων που γίνεται στην υγεία, στη διάθεση προσωπικής προβολής διαφόρων, κατοχής θέσεων για λόγους ματαιοδοξίας, ο ουσιαστικός παροπλισμός, η αυτοεγκατάλειψη της νοσηλεύτριας από το ρόλο του στελέχους της κλινικής. Γενικότερα οι μεταμοσχεύσεις με τον πειραματισμό κινδυνεύουν να δημιουργήσουν χίμαιρες, λείπει ο αλτρουισμός. "Ο αλτρουισμός για πολλούς έγινε βιοπορισμός για τους λίγους" είπε ο William Kolf. Δεν πιστεύουμε πια στην αξία της προσφοράς των άλλων στη οικοδόμηση μιας παράδοσης αυτό και έτερο αξιοπρέπειας και νομοτελειακά οδηγούμαστε στην αδυναμία ειλικρινούς συνεργασίας. Η εδραιωμένη μικροπολιτική τάση των πολιτών να αμφισβητούν οτιδήποτε τους λείπει το κράτος (Βαβίτσα. κ.α., 2000).

Τρίτο επίπεδο (εδράζεται στην προϊστορία του πολιτικού-κοινωνικού Εγώ): λόγοι και συναισθήματα που συνηγορούν υπέρ αλλά και κατά των μεταμοσχεύσεων. Δυο αντίθετες τάσεις παρατηρούνται σε όλους τους πολιτισμούς, η μία είναι ο πλήρης σεβασμός στην ακεραιότητα του πτώματος, ώστε να παραδοθεί ακέραιο στη μεταθανάτιο ζωή, οι συγγενείς να διατηρήσουν την τελευταία εικόνα του ανέπαφου προσφιλούς τους.

Άλλος λόγος, η φιλανθρωπία και το δικαίωμα στην υγεία, η ύψιστη δωρεά που ένας άνθρωπος ή συγγενείς μπορούσαν να κάνουν στο πάσχον συνάνθρωπο τους έρχεται σε σύγκρουση με την οικονομική εκμετάλλευση

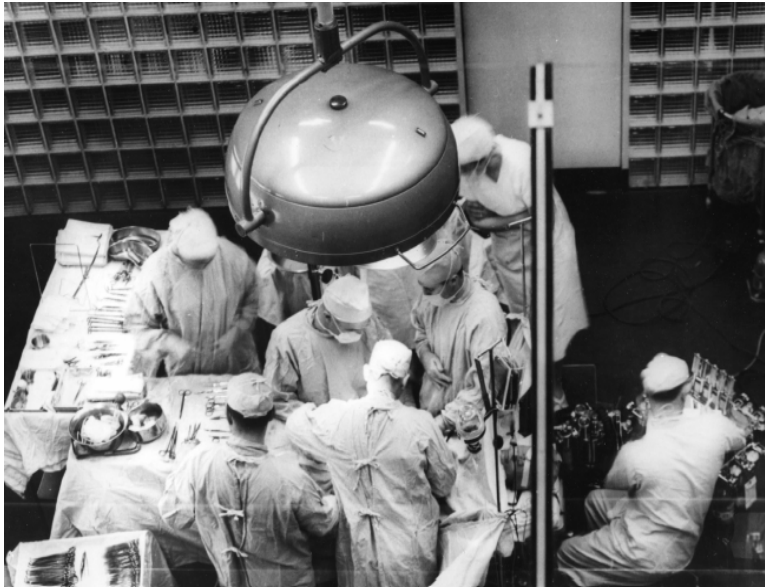
των μοσχευμάτων, είναι φυσικό ο δωρητής να σκεφθεί δυο φορές πριν αποφασίσει να δώσει δωρεάν τα δικά του όργανα ή του συγγενή του. Στην καλύτερη περίπτωση ορισμένοι υγιείς φτωχοί άνθρωποι αποφασισμένοι να πουλήσουν το ένα νεφρό τους για να λύσουν το οικονομικό τους πρόβλημα. Αυτό κυρίως γίνεται σε χώρες του τρίτου κόσμου, Ινδίες και Λατινική Αμερική. Οι λήπτες είναι βέβαιοι πλούσιοι. Όσο και αν έχει γίνει προσπάθεια να διαψευστούν ή να παρεμποδισθούν, αυτές οι εγχειρήσεις γίνονται.

Τέλος, οι μεταμοσχεύσεις αφορούν μεν τους συνανθρώπους μας αλλά όχι και τους περισσότερους, δεν το ζούμε όλοι τόσο συχνά στο δικό μας περιβάλλον για να απασχολεί το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού. Για αυτό το λόγο δεν μπορούν να είναι θετικοί απέναντι στη δωρεά, οι περισσότεροι σκέφτονται ότι δεν τους αφορά, θα τους απασχολήσει μόνο όταν χρειαστούν οι ίδιοι ή κάποιος συγγενής τους μεταμόσχευση οργάνων και έτσι οι άνθρωποι με αυτή τη λογική δεν εμπλέκονται στην προσφορά ζωής.

Κατά το έτος 1996, ο αριθμός των δοτών ήταν 34 δηλαδή 3,4% ανά εκατομμύριο του πληθυσμού. Με 2000 περίπου τροχαία ατυχήματα κατά έτος και με τον υπολογισμό ότι το 20% των τραυματιών αυτών επιβιώνει τόσο ώστε να είναι δυνατή η χρησιμοποίηση των οργάνων ως μοσχευμάτων, θα ήταν δυνατό να έχουμε περισσότερους από 400 δότες κατά έτος. Ο αριθμός θα κατέτασσε τη χώρα μας στη πρωτοπορία των μεταμοσχεύσεων (Βαβίτσα. κ.α., 2000).

1.5 ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Το 1954 στο νοσοκομείο **Peter Bent Brigham** στη Βοστώνη μια ειδική περίπτωση μεταμόσχευσης νεφρού θα πετύχαινε και θα δίδασκε στην ιατρική πάρα πολλά επιβεβαιώνοντας τις απόψεις του **Medawar**. Ο **Richard & Ronald Herrick** ήταν πανομοιότυπα δίδυμα αλλά ο **Richard**



Μεταμόσχευση Νεφρού από τον J. Murray το 1954
Miller, 2005

πέθαινε από ασθένεια του νεφρού και για αυτό ο **Ronald** δώρισε ένα από τους νεφρούς του, το οποίο μεταμοσχεύτηκε με απόλυτη επιτυχία στο **Richard** χωρίς επιπλοκές.

Εντούτοις, υπήρξαν ηθικά προβλήματα σε αυτήν τη νέα διαδικασία που ενόχλησε μερικούς ιατρούς. Η θεραπεία ενός ασθενή απαιτούσε την αφαίρεση ενός ζωτικού οργάνου από ένα υγιές άτομο αλλά αυτό δεν ήταν το κύριο εμπόδιο. Το πιο σημαντικό ήταν το πώς θα δεχθεί ο οργανισμός του λήπτη το μόσχευμα. Οι ακτινογραφίες που δοκιμάστηκαν βομβάρδιζαν ολόκληρο το σώμα του ασθενή. Το ανοσοποιητικό σύστημα ήταν καταπονημένο από τη διαδικασία αυτή και σε πολλές περιπτώσεις η ακτινοβολία σκότωνε τον ασθενή. Το 1959 δυο άλλοι γιατροί στη Βοστώνη ανακάλυψαν ότι κάποια φάρμακα μπορούσαν να καταστέλλουν

το ανοσοποιητικό σύστημα τόσο αποτελεσματικά όσο και η ακτινοβολία αλλά χωρίς παρενέργειες των ακτινογραφιών. Ένα από αυτά τα φάρμακα ήταν το Imuran που παρασκευάστηκε για να καταπολεμήσει την λευχαιμία. Μεταξύ του 1953 και 1973 περίπου 10.000 μεταμοσχεύσεις πραγματοποιήθηκαν.

Ένα αποτελεσματικό ανοσοκατασταλτικό η **κυκλοσπορίνη** ανακαλύφθηκε στις αρχές του 1980. Αποτέλεσε μια εντυπωσιακή ανακάλυψη για την αποφυγή της απόρριψης και μια νέα εποχή στην επέμβαση μεταμόσχευσης άρχισε. Το 1986 μόνο, περίπου 9.000 μεταμοσχεύσεις νεφρών πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α. με ποσοστά επιβίωσης πάνω από 85% για τον πρώτο χρόνο (Miller et al., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Νεφρική ανεπάρκεια είναι μια κατάσταση στην οποία οι νεφροί αδυνατούν να αποβάλουν τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού ή να εκτελέσουν τις ρυθμιστικές τους λειτουργίες (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου., 2000). 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 μπορεί να εξελιχτεί σαν οξεία ή χρόνια και κάποια στιγμή σε τελικό στάδιο νεφρικής νόσου (Engram., 1997).

2.1 ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (Ο.Ν.Α.)

Παθοφυσιολογία

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια (Ο.Ν.Α) είναι μια ξαφνική ,σχεδόν πλήρη απώλεια της νεφρικής λειτουργίας, που προκαλείται από ανεπάρκεια της νεφρικής κυκλοφορίας ή από σπειραματική ή από σωληναριακή δυσλειτουργία. Εκδηλώνεται με απότομη ολιγουρία(ούρα λιγότερα από 500 ml το 24ωρο). Τα επίπεδα κρεατινίνης του ορού και ουρίας του αίματος, καθώς και άλλων μεταβολικών άχρηστων ουσιών που

εκκρίνονται από τους νεφρούς, αυξάνονται (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου., 2000).

Οι αιτίες που προκαλούν Ο.Ν.Α ταξινομούνται σε:

- προνεφρικά: παράγοντες που μειώνουν την νεφρική ροή του αίματος, όπως shock, αφυδάτωση, εγκαύματα κλπ.
- ενδονεφρικά: νοσήματα νεφρικού παρεγχύματος, όπως οξεία σπειραματονεφρίτιδα, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση κλπ.
- μετανεφρικά: παράγοντες που προέρχονται από το κατώτερο αποχετευτικό τμήμα του ουροποιητικού συστήματος. Τέτοιοι παράγοντες είναι λίθοι, στενώσεις και παραμορφώσεις, που εμποδίζουν τη ροή των ούρων (Αθανασοπούλου., 2002).

Κλινικές εκδηλώσεις στην Ο.Ν.Α:

- Ολιγουρία ή ανουρία
- Δίψα και ξηροστομία
- Υπέρταση
- Οιδήματα σε όλο το σώμα
- Καρδιακές αρρυθμίες από υπερκαλιαιμία
- Αναιμία
- Ευαισθησία στο νεφρό και ψηλαφητός νεφρός

Διάγνωση :Γίνεται με το ιστορικό, την κλινική εξέταση, τη μέτρηση ουρίας και της κρεατινίνης στο αίμα, τη γενική ούρων και το υπερηχογράφημα των νεφρών. Σε δύσκολες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί και βιοψία νεφρού (Αθανασοπούλου., 2002).

Αντιμετώπιση Ο.Ν.Α.:

- § Περιορίζεται η δραστηριότητα του αρρώστου και συστήνεται ανάπαυση και αποφυγή λοιμώξεων.
- § Παρακολουθούμε και μετράμε όλα τα υγρά που αποβάλλονται και προσλαμβάνονται.
- § Χορηγούνται διουρητικά και αντιυπερτασικά φάρμακα I.V.
- § Το διαιτολόγιο πρέπει να είναι ανάλατο, φτωχό σε λεύκωμα και πλούσιο σε υδατάνθρακες – με τη μορφή γλυκόζης.
- § Ο άρρωστος παραμένει στο νοσοκομείο μερικές εβδομάδες, μέχρι να λειτουργήσουν φυσιολογικά οι νεφροί. Στο διάστημα αυτό, αν χρειαστεί, ανάλογα με το βαθμό ανεπάρκειας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και αιμοκάθαρση.

Πρόγνωση:

Η Οξεία νεφρική ανεπάρκεια διαρκεί συνήθως μια με δυο εβδομάδες και στην συνέχεια η διούρηση αποκαθίσταται σταδιακά έτσι ο νεφρός επαναλειτουργεί ομαλά. Στην φάση της αποκατάστασης μπορεί να έχουμε έντονη πολουρία. Σε αρκετές όμως περιπτώσεις τα θεραπευτικά μέτρα δεν επαρκούν, γεγονός που οδηγεί στην πλήρη καταστροφή του νεφρού και θάνατο (Τσίκος., 1999).

2.2 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (Χ.Ν.Α.)

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι μια προοδευτική, μη αναστρέψιμη ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας. Ο οργανισμός αδυνατεί να διατηρήσει μεταβολική και υδατοηλεκτρική ισορροπία.

Παθοφυσιολογία:

Με την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, τα τελικά προϊόντα μεταβολισμού των πρωτεϊνών, που φυσιολογικά αποβάλλονται στα ούρα, συσσωρεύονται στο αίμα. Υπάρχουν ανισοζύγια, στη χημεία του σώματος και στο καρδιαγγειακό, αιματολογικό, γαστρεντερικό, ουροποιητικό και μυοσκελετικό σύστημα. Επίσης, παρουσιάζονται μεταβολές στο δέρμα και στο γεννητικό σύστημα.

Αίτια:

- χρόνια σπειραματονεφρίτιδα
- χρόνια πυελονεφρίτιδα
- διαβητική νεφροπάθεια
- ουρική αρθρίτιδα
- πολυκυστική νόσος
- μύελωμα (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου., 2000).

Κλινική εικόνα:

Συμπτώματα και σημεία συνήθως λείπουν όταν η σπειραματική διήθηση είναι άνω του 20% του φυσιολογικού και η τιμή της ουρίας του αίματος κάτω των 100mg/100ml. Με τιμή ουρίας αίματος κάτω των 200mg βαριές

εκδηλώσεις είναι ασυνήθεις, ενώ μερικοί ασθενείς παραμένουν ασυμπτωματικοί ακόμα και με τιμή ουρίας 300mg/10ml.

Κλινικές εκδηλώσεις:

- § Καταβολή, απώλεια δυνάμεων και αναιμία.
- § Ανορεξία, ναυτία, έμετοι αποδίδονται σε αλλοιώσεις του γαστρικού βλεννογόνου από την επίδραση πιθανώς σ' αυτόν της αμμωνίας προς την οποία διασπάται η ουρία.
- § Διάρροια, μερικές φορές με αιματικές κενώσεις.
- § Δύσπνοια από μόχθο που αποδίδεται σε αναιμία, υπερφόρτωση από υγρά ή συνυπάρχουσα υπέρταση.
- § Αδυναμία πνευματικής συγκέντρωσης, σπασμοί, συγχυτικά φαινόμενα, λήθαργος και κώμα, αποδίδονται σε τοξική δράση κατακρατούμενων ουσιών στο Κ.Ν.Σ.
- § Δέρμα ξηρό και χρώμα σαν του άχυρου. Ο κνησμός είναι συχνά βασανιστικός.
- § Αιμορραγική διάθεση. Αποδίδεται σε ποιοτική ανωμαλία των αιμοπεταλίων.
- § Καρδιακές αρρυθμίες, αποτέλεσμα κυρίως της υπερκαλιαιμίας.
- § Οστικές εκδηλώσεις. Είναι πιο έκδηλες σε παιδιά (Γαρδίκας., 1994).

Εργαστηριακές εξετάσεις

- § Hb, ουρία, ουρικό οξύ
- § Δείγμα ούρων για ουροκαλλιέργεια
- § Ακτινογραφία θώρακος
- § Βιοψία οστών (νεφρική οστική νόσος)
- § Προσδιορισμός ιστοσυμβατότητας για μεταμόσχευση (Σακκά., 1993).

Θεραπευτική αγωγή

Ο σκοπός της θεραπευτικής αγωγής αρρώστων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι η διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας και της ομοιόστασης για όσο το δυνατό μακρύτερο χρονικό διάστημα. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει συντηρητική αντιμετώπιση, νεφρική υποκατάσταση (περιτοναϊκή κάθαρση ή αιμοκάθαρση) και μεταμόσχευση νεφρού.

A. Συντηρητική Αγωγή

- Ø *Δίαιτα.* Αυξημένη τιμή ουρίας αίματος δεν επιβάλλει ειδική διαίτα και ιδιαίτερα περιορισμό του λευκώματος της τροφής. Όταν η ουρία είναι περίπου 150mg/100ml το λεύκωμα της τροφής πρέπει να περιορίζεται σε 40 gr ημερησίως. Η διαίτα είναι πλούσια σε θερμίδες (3000/24ωρο) με τη μορφή υδατανθράκων και λιπών. Η εφαρμογή διαίτας περιορίζει την κατανάλωση πρωτεϊνών. Οι πρωτεΐνες βρίσκονται κυρίως στο κρέας, στα πουλερικά, στα θαλασσινά και στα προϊόντα με βάση τη σόγια. Ο περιορισμός στη λήψη πρωτεϊνών από τη διατροφή του ασθενούς βοηθά σημαντικά στη μείωση πίεσης μέσα στους νεφρούς με αποτέλεσμα να προστατεύονται τα όργανα αυτά.
- Ø *Νάτριο.* Ο περιορισμός του Na είναι χρήσιμος στις περισσότερες περιπτώσει Χ.Ν.Α. αλλά η επίτευξη του στόχου αυτού δεν είναι εύκολη ,λόγω κακής συμμόρφωσης και λόγω σχετικά υψηλής περιεκτικότητας των τροφών σε Na. Σε μερικές μορφές Χ.Ν.Α. όχι μόνο δεν επιτρέπεται, αλλά η χορήγηση του είναι απαγορευμένη.
- Ø *Κάλιο.* Περιορισμός καλίου επιβάλλεται μόνο σε υψηλή υπερκαλιαιμία σε προχωρημένα στάδια νεφρική ανεπάρκειας με ολιγουρία. Χυμοί φρούτων και ζωμός κρέατος πρέπει να αποφεύγονται. Ισχυρά διουρητικά βοηθούν στην αποβολή Κ.

Ø *Υγρά.* Στα αρχικά και μέσα στάδια οι περισσότεροι ασθενείς είναι πολυουρικοί γι' αυτό και λόγω δίψας λαμβάνουν άφθονα υγρά. Οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν περίπου 3L υγρών ημερησίως.

Ø *Μεταγγίσεις.* Πρέπει να αποφεύγονται και να εφαρμόζονται μόνο όταν ο αιματοκρίτης ελαττώνεται κάτω των 20% ή αναιμία προκαλεί στηθαγικά συμπτώματα ή δύσπνοια (Ζυρογιάννης., 2000).

B) ΝΕΦΡΙΚΗ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Από τη στιγμή που θα διαπιστωθεί το τελικό στάδιο της Χ.Ν.Α τότε η κατάσταση αντιμετωπίζεται με τις μεθόδους υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας που είναι η περιοδική εξωνεφρική αιμοκάθαρση με τεχνητό νεφρό (T.N), η συνεχή Φορητή Περιτοναϊκή Κάθαρση (Σ.Φ.Π.Κ) και η μεταμόσχευση νεφρού.

2.3 ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Κατά το τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας οι νεφροί έχουν χάσει μονίμως ποσοστό μεγαλύτερο του 90% της φυσιολογικής λειτουργικής τους ικανότητας επομένως δεν μπορούν να διηθήσουν απ' το αίμα τις άχρηστες ουσίες και το πλεονάζον νερό για να τα αποκρίνουν ως ούρα. Το τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας συνήθως αποτελεί εξέλιξη της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. Εάν δεν γίνουν οι κατάλληλες ενέργειες για να υποκατασταθεί η λειτουργία των νεφρών με αιμοδιύλυση ή μεταμόσχευση νεφρού, η πάθηση είναι αναπόφευκτα μοιραία (Κωτσιόπουλος., 2004).

Συμπτώματα του τελικού σταδίου Ν.Α.: (βλέπε εικόνα)

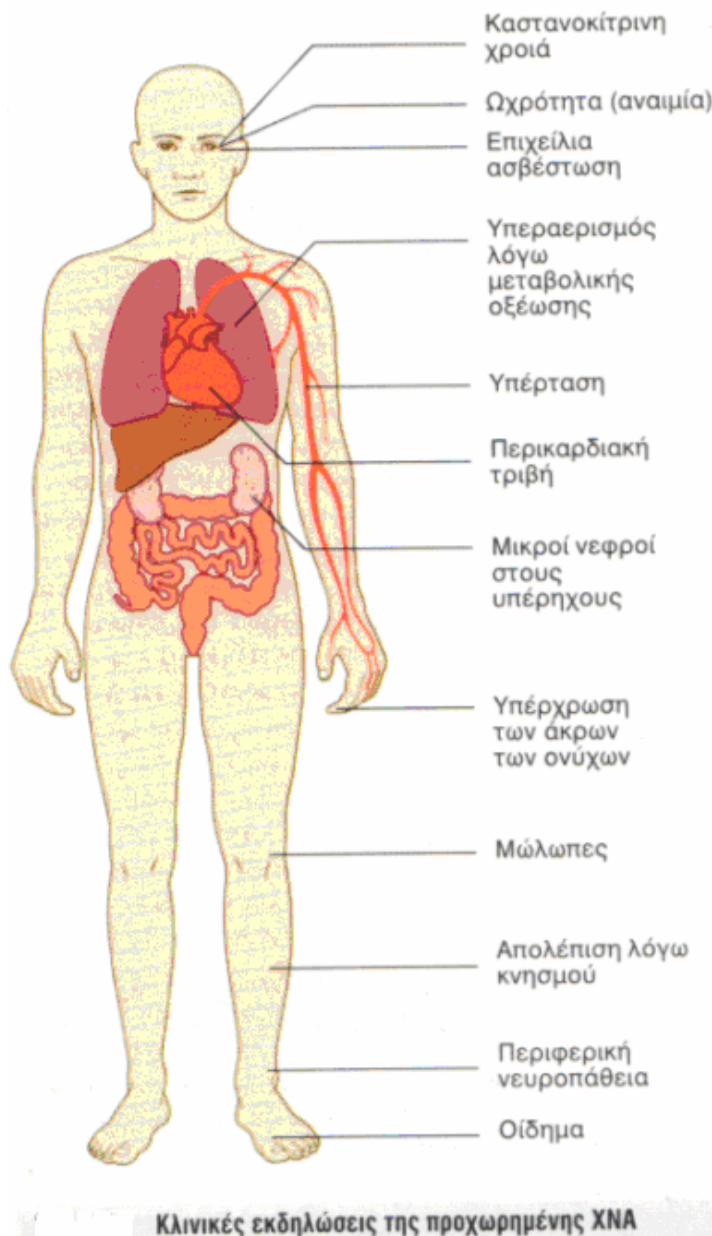
- § Μεγάλη μείωση του όγκου των ούρων
- § Διόγκωση (πρήξιμο) του προσώπου, των άκρων και της κοιλιακής χώρας
- § Σοβαρής μορφής λήθαργο
- § Απώλεια βάρους
- § Πονοκέφαλος
- § Εμετός
- § Αίσθηση ξηρότητας στη γλώσσα
- § Έντονο κνησμό στο δέρμα (Κωτσιόπουλος., 2004).

Διάγνωση:

Εάν ο γιατρός έχει κάποιες υποψίες ότι ο ασθενής πάσχει από τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας, καταρχάς, θα κανονίσει να υποβληθεί σε εξετάσεις ούρων και αίματος για να ανιχνευθούν τυχόν μη φυσιολογικά επίπεδα άχρηστων ουσιών σε αυτά τα σωματικά υγρά. Εάν το αίτιο της νεφρικής ανεπάρκειας δεν έχει ήδη διαπιστωθεί μπορεί να υποβληθεί σε υπερηχογράφημα ή ραδιοπυρηνογράφημα για να διαπιστωθεί η ύπαρξη τυχόν ανωμαλιών στους νεφρούς του ασθενή (Κωτσιόπουλος., 2004).

Θεραπεία:

Η μεταμόσχευση νεφρού θεωρείται η πλέον απαραίτητη γι' αυτό το στάδιο της νεφρικής ανεπάρκειας (Davidson's, 2005).



2.4 ΜΕΘΟΔΟΙ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια μπορούν να αντιμετωπισθούν επαρκώς και για αρκετό χρονικό διάστημα με ιατροφαρμακευτική αγωγή. Στις περιπτώσεις όμως εκείνες στις οποίες η συντηρητική αγωγή αδυνατεί να προφυλάξει τους ασθενείς, οι μέθοδοι νεφρικής υποκατάστασης έχουν

απόλυτη ένδειξη. Οι ενδείξεις γενικά για την εφαρμογή των μεθόδων νεφρικής αποκατάστασης μπορούν να συνοψισθούν στα εξής:

- 1) Σε πειραματική διήθηση μικρότερη των 2 κ.εκ /1' με έντονη συμπτωματολογία.
- 2) Σε ουραιμία με ουρία άνω των 150mg%.
- 3) Σε αύξηση της κρεατινίνης του αίματος άνω των 15% και πλασματοκάθαρσης αυτής κάτω των 5 κ.εκ./1'.
- 4) Σε αύξηση του καλίου του αίματος άνω των 6mEq/1'.
- 5) Σε οξέωση με διττανθρακικά κάτω των 16 mEq/1' και
- 6) Σε υπέρταση, υπονατριαιμία, καρδιακή ανεπάρκεια, οιδήματα και περιφερική νευρίτιδα.

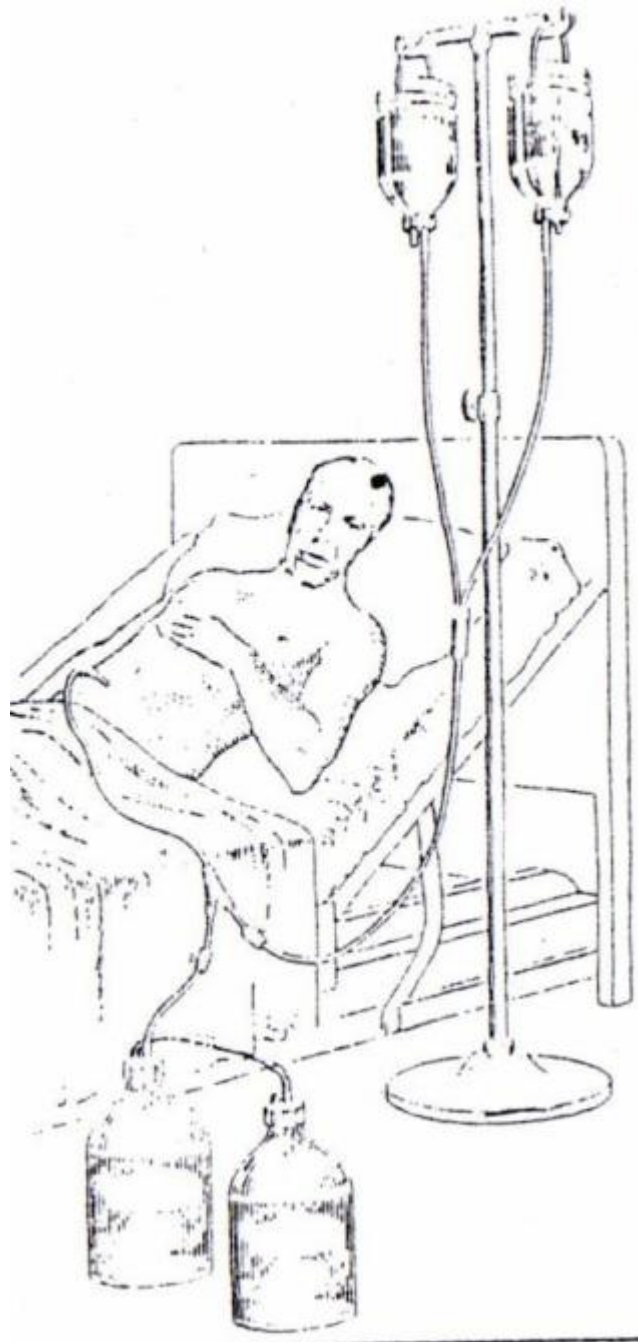
Οι περισσότεροι αποδοτικές μέθοδοι νεφρικής υποκατάστασης είναι η περιτοναϊκή κάθαρση και ο τεχνητός νεφρός (αιμοκάθαρση) (Σακκά., 1993).

A. Περιτοναϊκή Κάθαρση

Οι μέθοδος αυτή σήμερα έχει σημαντικά απλοποιηθεί και μπορεί να εκτελεστεί και σε μικρές ακόμη νοσηλευτικές μονάδες. Η περιτοναϊκή κάθαρση είναι η τεχνική στην οποία ρόλο του φίλτρου παίζει η ζωική μεμβράνη του περιτοναίου. Με την τεχνική αυτή εισάγεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα (μέσω ειδικού καθετήρα που τοποθετείται χειρουργικά) ειδικό διάλυμα, το οποίο παραμένει από 4 έως 6 ώρες.

Στη διάρκεια αυτού του χρόνου, ουσίες μεταφέρονται από το αίμα στην περιτοναϊκή κοιλότητα μέσω της μεμβράνης του περιτοναίου. Στη συνέχεια, το διάλυμα αποχετεύεται και μαζί του απομακρύνονται και οι τοξικές ουσίες. Η περιτοναϊκή κάθαρση σήμερα γίνεται με τη βοήθεια

ειδικού μηχανήματος και καλείται αυτοματοποιημένη περιτοναϊκή κάθαρση.



Περιτοναϊκή κάθαρση

Επιπλοκές: Κατά καιρούς έχουν αναφερθεί διάφορες επιπλοκές της περιτοναϊκής κάθαρσης, όπως το κοιλιακό άλγος κ.λπ.(βλέπε εικόνα), οι επιπλοκές όμως αυτές περιορίζονται στο ελάχιστο εάν η κάθαρση εκτελεστεί με προσοχή.

Ενδείξεις: Η περιτοναϊκή κάθαρση σήμερα εκτελείται κυρίως σε ασθενείς όπου ο τεχνητός νεφρός αποφεύγεται.

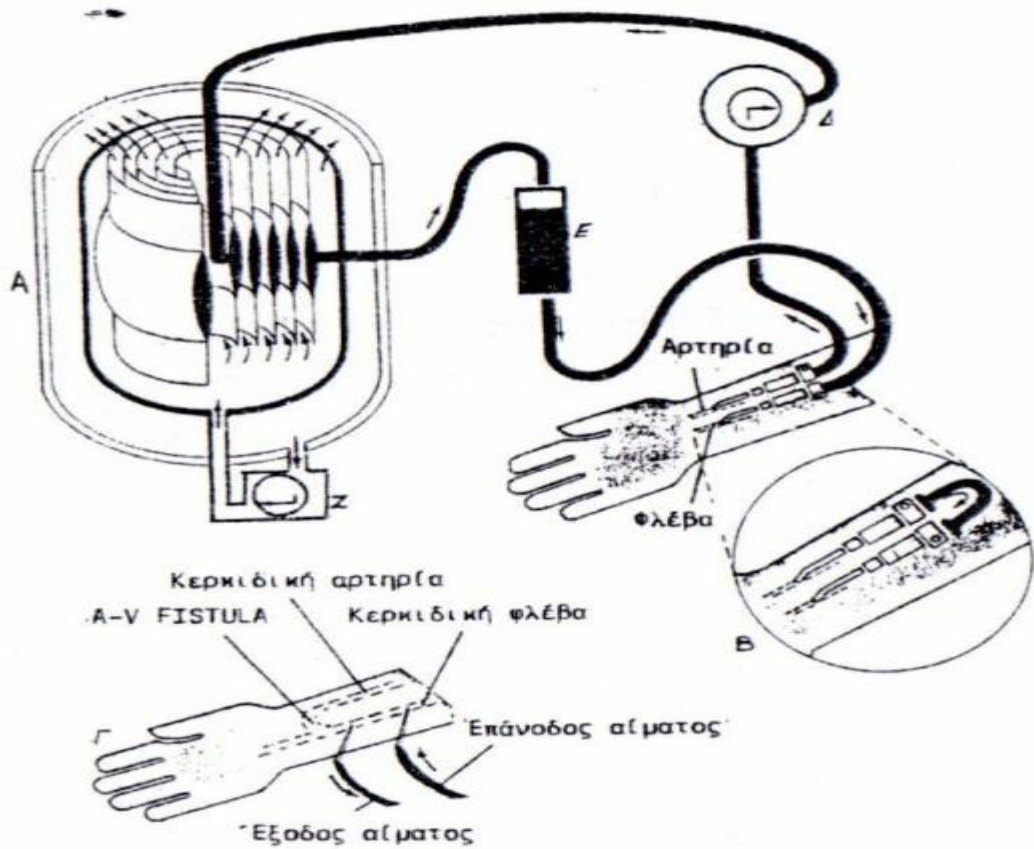
Αντενδείξεις: Η περιτοναϊκή κάθαρση πρέπει να αποφεύγεται σε:

- 1) Ασθενείς με πρόσφατες επεμβάσεις στην κοιλία.
- 2) Παιδιά και άτομα προχωρημένης ηλικίας.
- 3) Ασθενείς με περιτονίτιδα ή προηγηθείσα περιτονίτιδα με συμφύσεις.
- 4) Ασθενείς με μέτρια ή βαρεία αναπνευστική ανεπάρκεια.
- 5) Ασθενείς με αυξημένο καταβολισμό και,
- 6) Ασθενείς με μεταβολική αλκάλωση (Γανωτάκη., 1992).

B. Τεχνητός Νεφρός (αιμοκάθαρση)

Ενώ οι περιτοναϊκές πλύσεις μπορούν να εκτελεστούν και σε μερικές νοσηλευτικές μονάδες, ο τεχνητός νεφρός ή αιμοκάθαρση απαιτεί ειδικό τμήμα με εξειδικευμένο προσωπικό (βλέπε εικόνα).

Η αιμοκάθαρση είναι ένας πολύπλοκος τύπος θεραπείας που στοιχίζει πολύ. Η φυσική αρχή που χρησιμοποιείται είναι όμοια με εκείνη της περιτοναϊκής κάθαρσης. Το αίμα του αρρώστου, από την κερκιδική ή βραχιόνια αρτηρία, ωθείται μέσα σε μια διηθητική μεμβράνη από σελοφάν (cellophane), ενώ το υγρό αιμοκάθαρσης ρέει έξω από τη μεμβράνη. Τα άχρηστα μεταβολικά προϊόντα, το νερό και οι ηλεκτρολύτες περνούν ελεύθερα μέσα από τους πόρους της μεμβράνης από το αίμα προς το υγρό κάθαρσης (Ζυγά., 2004).



Σχηματογραφία τεχνητού νεφρού. Α= τεχνητός νεφρός. Β, Γ= αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις. Δ= αντλία αίματος. Ε= φίλτρο κατακράτησης θρόμβων και φυσαλίδων. Ζ= αντλία υγρών κάθαρσης



Μηχάνημα Αιμοκάθαρσης

Ενδείξεις: Η αιμοκάθαρση είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί και:

- 1) Σε οξεία νεφρική ανεπάρκεια.
- 2) Σε ασθενείς με αντιρροπούμενη κάπως νεφρική ανεπάρκεια, οι οποίοι όμως έχουν να αντιμετωπίσουν δυσχερείς καταστάσεις όπως π.χ εγχείρηση.
- 3) Σε ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται για πρώτη φορά σε βαρεία κατάσταση και στους οποίους είναι δυσχερής η διαφορική διάγνωση μεταξύ οξείας ή σε παροξυσμό χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.
- 4) Σε ασθενείς, η συντηρητική αγωγή των οποίων απαιτεί από καιρό σε καιρό αιμοδιύληση και τέλος
- 5) Προς αντιμετώπιση δηλητηριάσεων, βαριάς μορφής ηλεκτρολυτικών διαταραχών, δυσχερώς καρδιακής ανεπάρκειας κ.λπ. (Σακκά., 1998).

Επιπλοκές: Κατά τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης είναι δυνατόν να εμφανισθούν ορισμένες επιπλοκές όπως:

- 1) Υπόταση ή υπέρταση, λόγω απότομης αφαίρεσης υγρών ή χορήγησης υγρών πέραν του δέοντος.
- 2) Το σύνδρομο δυσχερούς προσαρμογής, αποτέλεσμα ταχείας ανάταξης της ουρίας και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, το οποίο εκδηλώνεται με θόλωση της διάνοιας, σύγχυση, κεφαλαλγία, εμετούς, σπασμούς κ.λπ.
- 3) Επιπλοκές από το αίμα, όπως αιμολύσεις ή θρομβώσεις.
- 4) Επιπλοκές από την αντιπηκτική αγωγή.
- 5) Το σύνδρομο του σκληρού ύδατος, λόγω αύξησης του ασβεστίου του αίματος, το οποίο εκδηλώνεται με εμετούς, αδυναμία, απότομες μεταβολές της αρτηριακής πίεσης, κνησμό στο δέρμα και θρόμβωση της αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης.

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε και τις τοπικές και γενικές φλεγμονές, τις θρομβοφλεβίτιδες, την καρδιακή ανεπάρκεια, την ηπατίτιδα, την περικαρδίτιδα, την νευρίτιδα, την αρτηριοσκλήρυνση κ.λπ. (Κωστάκης., 2007).

Γ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί την καλύτερη δυνατή μέθοδο αντιμετώπισης του τελικού σταδίου της Χ.Ν.Α. αλλά δεν εγγυάται τη θεραπεία. Σκοπός της μεταμόσχευσης είναι να απαλλάξει τον νεφροπαθή από την χρόνια αιμοκάθαρση, να βελτιώσει τη νεφρική λειτουργία και επιπλέον να βοηθήσει τον ασθενή να ζήσει όσο το δυνατόν καλύτερα και πιο ολοκληρωμένα με τη ζωή του, επανεντάσσοντας τον στο κοινωνικό σύνολο. Ενώ ο τεχνητός νεφρός και η περιτοναϊκή κάθαρση αποτελούν μεθόδους υποκατάστασεως της νεφρικής λειτουργίας, η μεταμόσχευση νεφρού είναι η μέθοδος αντικατάστασεως της, διότι επαναφέρει στο νεφροπαθή τη φυσιολογική απεκκρictική ,μεταβολική και ενδοκρινική νεφρική λειτουργία (Γανωτάκη., 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Περίπου 30-40 άτομα στο εκατομμύριο κάθε χρόνο φθάνουν στα τελικά στάδια νεφρικής ανεπάρκειας. Μερικοί από τους ασθενείς αυτούς προτιμούν την αιμοδιάλυση και προγραμματίζουν τη ζωή τους ανάλογα για τρεις αιμοδιυλίσεις την εβδομάδα, ενώ άλλοι προσανατολίζονται προς την μεταμόσχευση νεφρού. Ο ζων δότης εξακολουθεί να παίζει σπουδαίο ρόλο στις μεταμοσχεύσεις νεφρών, αν και τελευταία παρατηρείται σημαντική ελάττωση του αριθμού των προσφερόμενων, σε αντίθεση με τους νεκρούς δότες, οι οποίοι και πλεονεκτούν σε αριθμητική προσφορά οργάνων (E.O.M., 2006).

3.1 Ορισμός Μεταμόσχευσης-Τύποι μοσχευμάτων

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. Η μεταμόσχευση αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της ιατρικής του 20^{ου} αιώνα και έχει καθιερωθεί πλέον ως μια θεραπευτική πρακτική, που επιτρέπει την αποκατάσταση των λειτουργιών του σώματος που είχαν μέχρι στιγμής χαθεί και σε μερικές περιπτώσεις είχαν μερικώς υποκατασταθεί με μηχανικού τύπου μεθόδους.

Όσο για τους τύπους μοσχευμάτων η ευρεία κλινική εφαρμογή των μεταμοσχεύσεων δημιούργησε μια συγκεκριμένη ονοματολογία για την καλύτερη επικοινωνία.

Αυτομόσχευμα θεωρείται το μόσχευμα που προέρχεται από ιστό του ίδιου ατόμου, η χρησιμοποίηση π.χ δέρματος από μια περιοχή στην άλλη.

Ισομόσχευμα λέγεται το μόσχευμα που λαμβάνεται από ένα μονοωγενή δίδυμο και δίνεται στον άλλο. Επειδή οι δίδυμοι του τύπου αυτού έχουν την ίδια αντιγονική ταυτότητα (ιστοσυμβατότητα) το μόσχευμα δεν αναγνωρίζεται σαν ξένο από το ανοσολογικό σύστημα του λήπτη και έτσι δεν απορρίπτεται. Τα ισομοσχεύματα επομένως θεωρούνται ιδανικά μοσχεύματα για τη μεταμόσχευση.

Αλλομόσχευμα είναι το μόσχευμα που λαμβάνεται από κάποιο άτομο και δίνεται σε άλλον με διαφορά στο αντιγονικό μοντέλο μεταξύ δότη και λήπτη, εξαιτίας της διαφορετικής γενετικής προέλευσής τους.

Επίσης, οι μεταμοσχεύσεις διακρίνονται σε ορθοτοπικές και ετεροτοπικές ανάλογα με την τοποθέτηση του μοσχεύματος στην ίδια θέση του οργάνου που αφαιρέθηκε ή σε άλλο σημείο του σώματος (Σακκά.,1993).

3.2 Επιλογή δότη-λήπτη

Υπάρχουν τρεις πηγές από τις οποίες είναι δυνατή η λήψη μοσχεύματος, ζωντανός δότης-συγγενής, ο πτωματικός δότης και ο ζωντανός δότης μη-συγγενής. Οι ζωντανοί δότες μη-συγγενείς δεν χρησιμοποιούνται σήμερα σαν δότες μια και δεν έχουν ανοσολογικά πλεονεκτήματα έναντι των πτωματικών δοτών και επίσης δεν το επιτρέπει ο Νόμος περί μεταμοσχεύσεων από τέτοιους δότες επειδή αυτό θεωρείται σαν να προϋπάρχει μια πληρωμή, ένα "εμπόριο" οργάνων, επιπλέον οι

ασθενείς που χορηγούν το νεφρό τους υπόκεινται έως τον κίνδυνο της προεγχειρητικής περιόδου.

Ζωντανός δότης:

Ο ζων δότης πρέπει να είναι ενήλικας δηλ μπορούμε να πούμε σε γενικές γραμμές ότι η ηλικία μέχρι τα 65 είναι κατάλληλη για να χαρακτηρίσουμε κάποιον δότη οργάνων.

Οι εγχειρητικοί κίνδυνοι και η παραμονή του δότη με ένα νεφρό για το υπόλοιπο της ζωής του, θα πρέπει να συγκρίνεται προσεκτικά με τις προσδοκίες επιβίωσης του λήπτη και του μοσχεύματος. Για αυτό το λόγο η μεταμόσχευση από ζώντα δότη ανήκει στην κατηγορία των επικίνδυνων θεραπειών και των σοβαρών επεμβάσεων.

Από πλευράς ιστοσυμβατότητας η μεταμόσχευση μεταξύ μονογενών διδύμων δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα. Ακολουθούν δε τα μη μονοωικά δίδυμα και στη συνέχεια οι γονείς. Οι γονείς έχουν ένα απλότυπο όμοιο με τα παιδιά τους.

Πτωματικός δότης:

Η λήψη του νεφρού από πτωματικό δότη θα πρέπει να πληρεί τους απαραίτητους κανόνες όσον αφορά στο θάνατο του δότη και να υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για τη συντήρηση του οργάνου σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το ληφθέν όργανο θα πρέπει να μεταφερθεί. Σήμερα στο 75% των μεταμοσχεύσεων, σε διεθνή κλίμακα ο νεφρός προέρχεται από νεκρούς δότες και σε πολλά κράτη έχουν ήδη καθοριστεί νομικώς τα απαραίτητα στοιχεία για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου (ανεπίστρεπτη παύση των εγκεφαλικών λειτουργιών ή με άλλα λόγια απώλεια πνευματικής ύπαρξης). Συνήθως προτιμώνται ασθενείς στους οποίους η αρτηριακή πίεση παραμένει σταθερή και ως εκ τούτου υπάρχει καλή αιματική τροφοδοσία των νεφρών.

Όταν επιβεβαιωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος του ασθενούς, για να διατηρήσουμε καλή κυκλοφορία των νεφρών πριν την νεφρεκτομή μπορούμε να χορηγήσουμε φυσιολογικό ορό, κολλοειδή, μανιτόλη κ.λπ.

Εάν η αρτηριακή πίεση δεν διατηρείται επαρκώς με τα υγρά, είναι δυνατή η χρήση της ντοπαμίνης (dopamine) (Σακκά., 1993).

Γενικότερα τα βασικότερα κριτήρια για να χαρακτηρίσουμε κάποιον, δότη οργάνων, είναι τα παρακάτω:

- 1) Να έχει βεβαιωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος.
- 2) Να μην υπάρχει κακοήθεια.
- 3) Να μην υπάρχουν μεταδοτικά νοσήματα ή σήψη.
- 4) Να είναι απαλλαγμένοι από φλεγμονές ,διαβήτη και υπέρταση.
- 5) Να έχει ικανοποιητική καρδιακή, νεφρική και ηπατική λειτουργία (Μπάμπαλης Γ.,2000).

Λήπτης:

Είναι το πρόσωπο για το οποίο γίνεται η αφαίρεση μοσχεύματος από ζώντα ή πτωματικό δότη αντικαθιστώντας έτσι ένα κατεστραμμένο όργανο του. Η ταυτότητα του λήπτη δεν πρέπει να αποκαλύπτεται στην οικογένεια του πτωματικού δότη.

Ο λήπτης θα πρέπει να πληρεί τα παρακάτω βασικά κριτήρια:

- 1) Η νεφρική ανεπάρκεια θα πρέπει να είναι τελική και να είναι δυσχερής από πλευράς θεραπευτικής η αντιμετώπιση αυτής με συντηρητικά μέσα.
- 2) Θα πρέπει να βρίσκεται μεταξύ της ηλικίας των 15-55 ετών.
- 3) Θα πρέπει να βρίσκεται σε καλή διανοητική κατάσταση, αρκετά συνεργάσιμος και να συναινεί απόλυτα στην επέμβαση, στη θεραπεία έπειτα από το χειρουργείο, με τη λήψη φαρμάκων κ.α. και,
- 4) Θα πρέπει να είναι υγιής από τα άλλα συστήματα. (Σαχίνη-Καρδάση Α., 2000).

Οι κανόνες αυτοί δεν τηρούνται πάντοτε από τα διάφορα κέντρα μεταμοσχεύσεων. Γενικά μπορεί να λεχθεί ότι, σήμερα οι απόλυτες αντενδείξεις για τις συστηματικές νόσους έχουν περιοριστεί στους ασθενείς με ερυθματώδη λύκο, με διαβήτη, με αμυλοείδωση κ.λπ. Από τις διάφορες στατιστικές έχει αποδειχθεί ότι ,τη μικρότερη επιτυχία παρουσιάζουν οι ασθενείς ηλικίας κάτω των τριών ετών και άνω των 55 .

Σχετικά με το μόσχευμα ο νεφρός ο οποίος αφαιρείται χειρουργικά από τον πτωματικό δότη εκπλύνεται ταχέως με ειδικό διάλυμα(συνήθως διάλυμα Collins). Στη συνέχεια ο νεφρός είναι δυνατόν να διατηρηθεί με δυο τεχνικές, είτε με υποθερμία, είτε συνεχή κυκλοφορία του μοσχεύματος με εξωσωματικό κύκλωμα το οποίο το οποίο διατηρεί σφύζουσα ροή και χρησιμοποιεί διάλυμα πλάσματος ή λευκωματίνης. Στην πρώτη περίπτωση της υποθερμίας με τη βοήθεια πάγου μπορεί να διατηρήσει το μόσχευμα και μέχρι 48 ώρες, ενώ με την εξωσωματική κυκλοφορία μπορεί να διατηρηθεί και μέχρι 3 ημέρες με μικρή πιθανότητα οξείας σωληναριακής νέκρωσης (Μπάμπαλης., 2000).

Πέρα όμως από τα παραπάνω οφείλει κανείς να σεβαστεί και κάποιες πιθανές αιτίες που μπορούν να αποτρέψουν τη δωρεά οργάνων.

Αυτές είναι οι εξής:

- 1.απουσία των νομικών θεσπισμένων νομικών κριτηρίων του θανάτου.
- 2.θρησκευτικά πιστεύω που απαγορεύουν τη δωρεά οργάνων.
- 3.μη σωστή κατανόηση του εγκεφαλικού θανάτου και της διαδικασίας της δωρεάς οργάνων.
- 4.το ψυχολογικό άγχος των θρηνοσών οικογενειών όταν ζητηθεί να δωρίσουν τα όργανα (Γαρδίκας., 1994).

3.3 Ιστοσυμβατότητα

Η γνώση των ιστικών αντιγόνων και του τρόπου εκτέλεσης της ιστοσυμβατότητας, αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχή μεταμόσχευση. Αυτή βεβαίως προϋποθέτει την ύπαρξη αρκετού αριθμού ατόμων, ώστε να είναι δυνατή η εκλογή του κατάλληλου δότη από πλευράς ιστικής συμβατότητας. Θεωρητικά σε περιπτώσεις όπου υπάρχει πλήρης ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη δεν εμφανίζεται καμία αντίδραση απόρριψης του μοσχεύματος. Αυτό όμως είναι απόλυτο δυνατό μόνο σε περιπτώσεις μονοωγενών διδύμων. Μοσχεύματα από μη μονοωγενή αδέρφια έχουν πιθανότητα 25% πλήρης ιστοσυμβατότητας, ενώ από τον κάθε ένα γονέα προς τα παιδιά η πιθανότητα είναι 50%.

Γενικά σήμερα προτείνεται για τον προσδιορισμό της ιστοσυμβατότητας οι εξής μέθοδοι:

- 1) Ομάδα αίματος-Rhesus
- 2) Συμβατότητα ιστικών αντιγόνων σύμφωνα με το HLA σύστημα αντιγόνων και,
- 3) Η αρνητική διασταύρωση (cross-match) δότη-λήπτη. Το cross-match ανιχνεύει την παρουσία αντισωμάτων στο πλάσμα του λήπτη εναντίον αντιγόνων λεμφοκυττάρων του δότη και επιτελείται αμέσως πριν από τη μεταμόσχευση. Όσο περισσότερα είναι τα κοινά αντιγόνα μεταξύ δότη και λήπτη, τόσο μεγαλύτερη θα είναι και η επιβίωση του μοσχεύματος και αυτό δεν είναι απόλυτο. Συνήθως η μεταμόσχευση γίνεται με 2 έως 4 κοινά αντιγόνα (Λαγγουράνης., 2006).

3.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΓΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Κριτήρια αποκλεισμού του υποψηφίου λήπτη νεφρικού μοσχεύματος:

A) Απόλυτα 1) Κακοήθη νεοπλάσματα, 2) χρόνια λοίμωξη, 3) βαρεία χρόνια αναπνευστική ή καρδιακή ανεπάρκεια, 4) χρόνια ηπατίτιδα, 5) ψυχιατρικά νοσήματα, 6) αδυναμία συμμόρφωσης στη διαιτητική και φαρμακευτική αγωγή (non compliance) και 7) προχωρημένη αποφρακτική αρτηριοπάθεια λαγονίων αρτηριών (το μόσχευμα εμφυτεύεται, συνήθως, στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας και η νεφρική αρτηρία και φλέβα αναστομώνονται με τα σύστοιχα λαγόνια αγγεία).

B) Σχετικά: Μερικά πρωτοπαθή νοσήματα των νεφρών, τα οποία οδήγησαν τον ασθενή σε τελικό στάδιο Χ.Ν.Α., όπως η εστιακή τμηματική σπειραματοσκλήρυνση, η IgA νεφροπάθεια, η μεμβρανοϋπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα (ιδίως η τύπου II) κ.ά., είναι πιθανόν να υποτροπιάσουν και στο νεφρικό μόσχευμα. Συστηματικά νοσήματα, κληρονομικές παθήσεις και άλλες παθολογικές καταστάσεις, όπως η διαβητική νεφροπάθεια, η παραπρωτεϊναιμία, η συστηματική αγγειίτιδα, η κοκκιωμάτωση του Wegener, η σκληροδερμία, η αμυλοείδωση, η πρωτοπαθής υπεροξαλουρία, η θρομβοκυτταροπενική πορφύρα, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, και η δρεπανοκυτταρική αναιμία, έχουν συχνά ως επακόλουθο την απώλεια του νεφρικού μοσχεύματος. Επίσης, ορισμένα νοσήματα ή παθήσεις, όπως ενεργό έλκος βολβού 12δάκτυλου, χολοκυστίτιδα, εκκολπωματίτιδα, πολύποδες του παχέος εντέρου κ.ά., αποτελούν αντένδειξη και πρέπει να θεραπευθούν ριζικά πριν από τη μεταμόσχευση.

Κριτήρια αποκλεισμού του ζώντα δότη:

1) Ηλικία <18 ή >65-70 ετών, 2) υπέρταση >140/90mmHg, 3) σακχαρώδης διαβήτης (κλινικός ή λανθάνων), 4) λευκοματουρία >250 mg/24h, 5) ιστορικό νεφρολιθίασης, 6) κάθαρση κρεατινίνης <80 ml/min, 7) μικροσκοπική αιματουρία, 8) ουρολογικές ανωμαλίες των νεφρών, 9) σοβαρή νόσος, όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νεοπλάσματα κ.ά., 10) παχυσαρκία (30% πάνω από το ιδανικό βάρος), 11) ιστορικό θρόμβωσης ή θρομβοεμβολικών επεισοδίων και 12) ψυχιατρικό νόσημα.

Κριτήρια αποκλεισμού του πτωματικού δότη:

<u>Απόλυτα</u>	<u>Σχετικά</u>
<ul style="list-style-type: none">· Ηλικία >75 ετών· Χ.Ν.Α.· Κακοήθη νεοπλάσματα με πιθανές μεταστάσεις· Σηψαιμία· HIV (+)· Διάτρηση εντέρου (περιτονίτις)	<ul style="list-style-type: none">· Υπέρταση· Ηλικία <5 και >60 ετών· Συστηματική νόσος (Ερυθρηματώδης λύκος, Σακχαρώδης διαβήτης κ.ά)· Οξεία σωληναριακή νέκρωση· HCV(+)· Παρατεταμένη ψυχρή ισχαιμία

<ul style="list-style-type: none"> · Παρατεταμένη θερμή ισχαιμία · HbsAg (+) 	
--	--

Πίνακας 3^{ος}

(Λαγγουράνης., 2006).

3.5 ΛΗΨΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ- ΤΕΧΝΙΚΗ

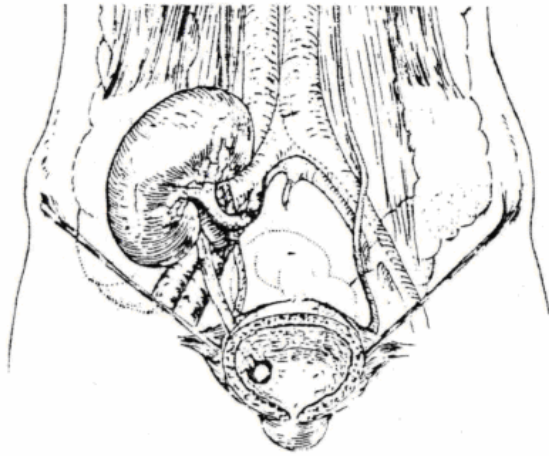
Κατά τη λήψη του μοσχεύματος θα πρέπει να υπογραμμισθεί η μεγάλη σημασία της ενδοφλεβίου χορηγήσεως υγρών στο δότη και της προκλήσεως ικανής διούρησεως πριν δοθεί αναισθησία. Εάν η αναισθησία αρχίσει πριν έχουμε διούρηση τότε η εκκρινόμενη αντιδιουρητική ορμόνη (ADH) μπορεί να την εμποδίσει. Άλλα σημεία που πρέπει να προσέξει ο χειρουργός είναι η αποφυγή μη απαραίτητων χειρισμών και ψηλαφήσεων του νεφρού και το "τέντωμα" του νεφρού με διάταση του μίσχου του. Τα παραπάνω μπορεί να προκαλέσουν αγγειοσπασμό, μείωση της διούρησεως και ελάττωση της σπαργής (δηλ. μαλακό παρέγχυμα) του νεφρού. Μαννιτόλη δίδεται ενδοφλεβίως κατά τη διάρκεια της λήψεως του μοσχεύματος και εάν διαπιστωθεί ελάττωση της νεφρικής σπαργής η εγχείρηση διακόπτεται για λίγο μέχρι την αποκατάσταση του παρεγχύματος στο φυσιολογικό.

Ο δότης του πτωματικού μοσχεύματος είναι συνήθως υποβολαιμικός και για τη διατήρηση ικανοποιητικής διούρησης παίρνει διάφορα αγγειοσυσπαστικά φάρμακα. Το πρώτο μας μέλημα πρέπει λοιπόν να είναι η αποκατάσταση του ελαττωμένου ενδαγγειακού χώρου με γρήγορη ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Εκτός από τη χορήγηση υγρών χορηγούνται αναστολείς των α-υποδοχέων δηλ. α-blockers (phenoxybenzamine και phentolamine) για να εμποδίσουμε το νεφρικό αγγειόσπασμα. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία όταν ο θάνατος έχει επέλθει σαν συνέπεια καρδιακής

ανακοπής και μπορεί εάν ο αγγειοσπασμός εκδηλωθεί να επιμένει και να καταλήξει σε βλάβη του μοσχεύματος (Μπάμπαλης Γ., 2000).

Τεχνική του μοσχεύματος

Αφορά αναστομώσεις αγγείων και ακόμη αποκατάσταση της συνέχειας του ουροποιητικού συστήματος. Ειδικότερα σε ενήλικες ασθενείς ο νεφρός τοποθετείται στο λαγόνιο βόθρο και η νεφρική αρτηρία του δότη αναστομώνεται τελικοπλάγια στην έξω λαγόνια αρτηρία του λήπτη (Σακκά., 1993).



τεχνική στην μεταμόσχευση νεφρού

3.6 ΦΑΡΜΑΚΑ & ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Ανοσοβιολογικά φάρμακα και Απόρριψη μοσχεύματος

Χορήγηση ανοσοκατασταλτικών: Βασικά φάρμακα σε διάφορα πρωτόκολλα ανοσοκαταστολής είναι η Αζαθιοπρίνη (Azathioprine) γνωστή σαν Imuran, τα κορτικοειδή υπό τη μορφή της Prednisone ή του Solu- Medrol και η κυκλοσπορίνη A(CyA) που σε αντίθεση με τα προηγούμενα φάρμακα καταστέλλει μόνο ειδικές φάσεις της ανοσοαντίδρασης και με αυτόν τον τρόπο διατηρείται γενικότερα η αντίσταση του οργανισμού.

Λευκοπενία και θρομβοκυτταροπενία μπορεί να παρατηρηθούν μετά από χορήγηση Imuran. Η δόση του Imuran είναι 4mg/kg βάρους/ημερησίως για τις πρώτες 2 μέρες μετά τη μεταμόσχευση και 100mg ημερησίως (ή 1,5mg/kg βάρους/ημερησίως) στη συνέχεια εκτός αν υπάρξουν επιπλοκές (δηλ λευκοπενία και ελάττωση των αιμοπεταλίων). Στην τελευταία περίπτωση αναπροσαρμόζεται η δόση του Imuran μέχρι και τέλειας διακοπής του. Σχετικά με τη χορήγηση κυκλοσπορίνης υπάρχει ανησυχία για την μακροχρόνια νεφροτοξικότητα έτσι μερικά κέντρα συνηθίζουν να τη διακόπτουν όταν η νεφρική λειτουργία είναι ικανοποιητική 6-12 μήνες μετά τη μεταμόσχευση (Μπάμπαλης., 2000).

Ο ρόλος των νεότερων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων όπως το τακρολίμους(FK506) και η μοφετιλική μυκοφαινόλη έχει πρόσφατα αναγνωριστεί με κλινικές μελέτες (Davidson's., 2005).

Επιπλοκές ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων:

Η ανοσοκαταστολή συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων, ιδιαίτερα ευκαιριακών, και αυξημένη συχνότητα κακοηθών νεοπλασμάτων, κυρίως του δέρματος. Περίπου οι μισοί ασθενείς θα

εμφανίσουν κακοήθεια του δέρματος 15 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση (Σακκά., 1993).

Το σύνδρομο της οξείας αποβολής του μοσχεύματος

Δεν πρόκειται εδώ για την υπεροξεία αποβολή του νεφρού που παρατηρείται σε ασθενείς που έχουν προσχηματισμένα κυτταροτοξικά αντισώματα που αντιδρούν με το μόσχευμα. Στην υπεροξεία αποβολή ήδη μέσα στο χειρουργείο και σε λίγα λεπτά μετά τη λειτουργία των αγγειακών αναστομών ο νεφρός μεταβάλλεται σε μια μάζα μαύρου-μπλε χρώματος και τότε η μόνη θεραπεία είναι η άμεση νεφρεκτομή.

Η επιταχυνόμενη αποβολή (accelerated rejection) είναι λιγότερο εκρηκτική αποβολή και εξελίσσεται σε λίγες ημέρες μετά τη μεταμόσχευση, έχει δε κλινική εικόνα μη βελτιούμενη νεφρικής ανεπάρκειας (Βεργούλας., 2000).

Το σύνδρομο της οξείας αποβολής χαρακτηρίζεται συνήθως από διόγκωση του νεφρού, πυρετό, πόνο στο μόσχευμα, ολιγουρία, υπέρταση, μεταβολή ή εξαφάνιση του ακουστικού φυσήματος (bruit) που ακούγεται στην περιοχή του μοσχεύματος, ελάττωση του Na των ούρων, λεμφοκύτταρα στο ίζημα των ούρων, λευκοκυττάρωση, ελάττωση του αριθμού των αιμοπεταλίων, αύξηση της ουρίας και της κρεατινίνης αίματος και ελάττωση της νεφρικής αιματώσεως στη ραδιοϊσοτοπική μελέτη του σπινθηρογραφήματος.

Συνήθως τις πρώτες ημέρες μετά τη μεταμόσχευση εμφανίζεται μια ήπια μορφή αποβολής που εκδηλώνεται μόνο με αύξηση της ουρίας αίματος και σε λίγο αργότερα της κρεατινίνης.

Η θεραπεία της οξείας αποβολής γίνεται με ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοειδών (Solu Medrol επί 3 ή 5 ημέρες) και ακτινοβολία του μοσχεύματος (150 rads κάθε δεύτερη ημέρα για 3 δόσεις).

Σε μεταμόσχευση από πτωματικό δότη είναι δυνατό να έχουμε ισχαιμική βλάβη του νεφρού που προκαλεί λειτουργική ανεπάρκεια που

μπορεί να διαρκέσει από 1-4 εβδομάδες. Στο διάστημα αυτό γίνεται τακτική αιμοδιάλυση μέχρι την αποκατάσταση της νεφρικής λειτουργίας.

Σε αντίθεση με την οξεία αποβολή η χρόνια αποβολή που μπορεί να εμφανισθεί και μετά από χρόνια μετά τη μεταμόσχευση, χαρακτηριστικά δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή της οξείας αποβολής. Χαρακτηρίζεται από πολύ βραδεία επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και τελικά τη νέκρωση του μοσχεύματος (Μπάμπαλης., 2000).

3.7 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ

Οι επιπλοκές διακρίνονται: **A)** σε χειρουργικές επιπλοκές, **B)** σε απόρριψη από μη πλήρη ιστοσυμβατότητα και **Γ)** σε άλλες επιπλοκές όπως αυτές που είναι αποτέλεσμα των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων.

A. Χειρουργικές

1. **Φλεγμονή** του τραύματος. Η συχνότητά της σήμερα είναι <1%. Η θεραπεία περιλαμβάνει αντιβιοτικά και παροχέτευση επί διαπύησης.

2. **Λεμφοκήλη** (διαρροή και συλλογή λέμφου, πλησίον των λαγονίων αγγείων, λόγω διατομής λεμφικών αγγείων). Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν απαιτείται θεραπεία. Επί μεγάλης λεμφοκήλης πιθανόν να δημιουργηθούν συμπιεστικά φαινόμενα και απόφραξη του ουρητήρα, η οποία αντιμετωπίζεται με εκκενωτική παρακέντηση και έγχυση σκληρυντικών ουσιών (Betadine ή τετρακυκλίνη) και επί αποτυχίας με εσωτερική παροχέτευση προς την περιτοναϊκή κοιλότητα, με μαρσιποποίηση.

3. **Αιμορραγία** Σχολαστική αιμόσταση, κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, προλαμβάνει την επιπλοκή. Σπανίως η αιμορραγία οφείλεται σε ρήξη των αναστομών των νεφρικών – λαγονίων αγγείων, η οποία απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση. Όψιμη αιμορραγία, πολύ επικίνδυνη για τη ζωή του λήπτη, οφείλεται σε ρήξη μυκωτικού ανευρύσματος, η οποία αντιμετωπίζεται με νεφρεκτομή και επιδιόρθωση του τοιχώματος της λαγόνιας αρτηρίας.

4. **Θρόμβωση** αρτηρίας ή φλέβας του νεφρικού μοσχεύματος. Συνήθως, επισυμβαίνει τις πρώτες μέρες μετά τη μεταμόσχευση (οφείλεται σε κακή χειρουργική τεχνική) και σπανιότερα μετά από 1-2 μήνες, λόγω οξείας απόρριψης. Συνήθως επέρχεται απώλεια του μοσχεύματος. Χορήγηση στρεπτοκινάσης και ηπαρίνης βοηθά σε ορισμένες περιπτώσεις.

5. **Στένωση** της νεφρικής αρτηρίας. Διακρίνονται δύο τύποι, **α)** η εστιακή στο σημείο αναστόμωσης νεφρικής-λαγόνιας αρτηρίας και **β)** η διάχυτη. Η διαδερμική ενδοαυλική αγγειοπλαστική αντιμετωπίζει ικανοποιητικά την επιπλοκή, σε ποσοστό πάνω από το 80% των περιπτώσεων. Επί αποτυχίας είναι αναγκαία η χειρουργική επιδιόρθωση.

6. **Διαρροή ούρων** Αντιμετωπίζεται με επαναμόσχευση του ουρητήρα, ουρητηροστομία, κυστεοπυελοτομία, εξωτερική ουρητηροστομία κ.ά., ανάλογα με την αιτία και το επίπεδο της διαφυγής των ούρων.

7. **Ουρητηρική απόφραξη** μπορεί να οφείλεται σε ενδοαυλικά, εξωαυλικά και τοιχωματικά αίτια (θρόμβοι, ίνωση, λεμφοκήλη, κάμψη του ουρητήρα, λίθοι κ.ά.). Η θεραπεία είναι ανάλογη της αιτιολογίας.

B. Απόρριψη

Διακρίνονται 3 κύριοι τύποι απόρριψης:

1. **Υπεροξεία.** Οφείλεται σε προσχηματισμένα κυτταροτοξικά αντισώματα του λήπτη εναντίον αντιγόνων του δότη (από προηγηθείσες μεταγγίσεις, εγκυμοσύνες, αποτυχημένες μεταμοσχεύσεις) και εμφανίζεται εντός του πρώτου 24ώρου από τη μεταμόσχευση. Σχεδόν πάντοτε επέρχεται απώλεια του μοσχεύματος. Αποτελεί σπάνια επιπλοκή σήμερα.

2. **Οξεία.** Συνήθως, εμφανίζεται το πρώτο τρίμηνο και σπανιότερα αργότερα. Διακρίνονται δύο τύποι: **α)** η χυμική (αντισώματα) και **β)** η κυτταρική. Η χυμική αντιμετωπίζεται με μονοκλωνικά αντισώματα (ΟΚΤ3), για 10-14 ημέρες, και η κυτταρική με υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών (0,5-1gr), ενδοφλεβίως, για 3-5 ημέρες.

3. **Χρόνια.** Η αιτιολογία δεν είναι σαφής. Μπορεί να είναι αποτέλεσμα επανειλημμένων οξέων ή ηπίων επεισοδίων απόρριψης, επιδεινούμενα από άλλους μη ανοσοβιολογικούς βλαπτικούς παράγοντες. Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία (Λαγγουράνης., 2006).

Γ. Άλλες επιπλοκές

Πολλές παθολογικές επιπλοκές μπορεί να συμβούν, τόσο στην άμεση, όσο και στην αψότερη μεταμοσχευτική περίοδο. Αυτό είναι επακόλουθο είτε της μείωσης της άμυνας του οργανισμού, από την ανοσοκατασταλτική αγωγή, είτε των τοξικών παρενεργειών αυτών των φαρμάκων.

Οι σημαντικότερες επιπλοκές, που προκύπτουν από τη μείωση της χυμικής και κυτταρικής ανοσίας του οργανισμού, είναι οι λοιμώξεις και τα νεοπλάσματα. Η εμφάνιση των λοιμώξεων έχει σχέση με την ένταση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής και την έκθεση σε λοιμογόνους παράγοντες. Η έκθεση μπορεί να είναι ενδονοσοκομειακή (όπως π.χ ψευδομονάδα) ή εξωνοσοκομειακή (αναπνευστικοί ιοί, σαλμονέλλα, βάκιλλος του Koch, μύκητες, παράσιτα κ.ά.). Η λοίμωξη μπορεί να είναι είτε πρωτογενής είτε επακόλουθο ενεργοποίησης προϋπάρχουσας λοίμωξης (π.χ. από τοξόπλασμα, κυτταρομεγαλοϊό, πνευμονοκύστη carini κ.τ.λ.). Άλλες λοιμώξεις εμφανίζονται συχνότερα τον 1^ο μήνα, άλλες μεταξύ 1^{ου} – 6^{ου} μήνα και άλλες μετά τον 6^ο μήνα. Η αντιμετώπιση είναι ανάλογη της αιτίας, με τα κατάλληλα αντιμικροβιακά κ.τ.λ. φάρμακα.

Οι επιπλοκές, που σχετίζονται με τις παρενέργειες των διαφόρων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων στα διάφορα συστήματα του οργανισμού, όπως η νεφροτοξικότητα από κυκλοσπορίνη και tacrolimus, η υπερτροφία των ούλων από κυκλοσπορίνη, η απλαστική αναιμία από AZA(αζαθιοπρίνη), η άσηπτη νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου οστού από κορτικοστεροειδή κ.τ.λ., αντιμετωπίζονται, κυρίως, με τη μείωση της δοσολογίας του ενοχοποιητικού φαρμάκου. Η επικρατούσα τάση, σήμερα, είναι να χορηγούνται, γενικά, όσο το δυνατόν μικρότερες δόσεις ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων (Κωτσιόπουλος., 2004).

Πρόγνωση για αιμοκάθαρση-μεταμόσχευση

Οι πληροφορίες για τη μακροχρόνια πρόγνωση σε ασθενείς υπό αιμοκάθαρση ή μετά τη μεταμόσχευση είναι περιορισμένες, επειδή οι τεχνικές αυτές εφαρμόζονται τα τελευταία 30 χρόνια και η τεχνολογία αλλάζει με γοργούς ρυθμούς. Εντούτοις, η αιμοκάθαρση και η μεταμόσχευση μπορούν να θεωρηθούν πολύ αποτελεσματικές μορφές

θεραπείας, με 5ετή επιβίωση περίπου 80% για την κατοίκων αιμοκάθαρση, 80% μετά τη μεταμόσχευση νεφρού, 60% για την αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο, 50% για τη συνεχή περιτοναϊκή κάθαρση. Ωστόσο, οι αριθμοί καταδεικνύουν ότι η πρόγνωση της νεφρικής νόσου τελικού σταδίου είναι σήμερα πολύ καλύτερη από αυτήν πολλών άλλων δυνητικών θανατηφόρων νόσων (Davidson's., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 40

ΑΠΟΨΕΙΣ & ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

4.1 ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Η ραγδαία εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων που παρατηρείται στις μέρες μας, συνοδεύεται από σειρά νομικών προβλημάτων. Το πλέγμα των δικαίων κανόνων, που ρυθμίζουν το θέμα των μεταμοσχεύσεων εκτείνεται στο ποινικό δίκαιο, στο αστικό δίκαιο και στην ειδική νομοθεσία αναφορικά με το ζήτημα.

Στους ζωντανούς δότες το κύριο νομικό πρόβλημα που ανακύπτει είναι το κατά πόσο η σύνεση του δότη αίρει τον άδικο χαρακτήρα της πράξης της αφαίρεσης του οργάνου, η οποία θεωρείται βαριά σωματική βλάβη.

Στους νεκρούς δότες κρίσιμο ζήτημα αποτελεί η αποσαφήνιση της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου και η καθιέρωση αντικειμενικών κριτηρίων για την ασφαλή πιστοποίηση του.

Για τους λόγους αυτούς επισημαίνεται η ανάγκη αναθεώρησης των παλαιών νομικών κανόνων, όπου αυτή προκύπτει και της διατύπωσης νέων προσαρμοσμένων στην εκτελούμενη επιστημονική πρόοδο, ώστε και επαρκώς να προστατεύεται η ιατρική δραστηριότητα και να εμπεδωθεί αίσθημα ασφάλειας σ' όλο τον κόσμο.

Στο ζήτημα των μεταμοσχεύσεων υπάρχει νομοθετική επέμβαση για 2 κυρίως λόγους: έναν πρακτικό και έναν δεοντολογικό. Πρώτον, διότι εξαιτίας της υφής του ζητήματος των μεταμοσχεύσεων είναι δυνατό να υπάρξει εκμετάλλευση του ανθρώπινου προβλήματος και δεύτερον, επειδή

η νομική, όντας επιστήμη του ανθρώπου είναι φυσικό να ενδιαφέρεται για το άτομο ακόμα και σε μια τόσο κρίσιμη στιγμή της ύπαρξής του.

Στην δεκαετία του 1960 δεν υπήρχε ομοσπονδιακός νόμος σχετικά με τη δωρεά οργάνων. Το 1968 στις Η.Π.Α. σχεδιάστηκε η Uniform Anatomical Gift Act (VAGA) από το National Conference of Commissioners on Uniform State Laws και την Ένωση των Αμερικανών Νομικών. Η πράξη γράφτηκε για να σηματοδοτήσει την αλλαγή στην δημόσια πολιτική για να ενθαρρύνει τη Δωρεά Οργάνων από νεκρό δότη. Η πράξη λειτούργησε σαν μοντέλο και χρησιμοποιήθηκε στην ίδια μορφή σε κάθε πολιτεία μέχρι το 1973. Η βασική φιλοσοφία του VAGA ήταν να ενθαρρυνθεί η εθελοντική Δωρεά οργάνων.

Η Δωρεά Οργάνων, πρέπει να γίνει αμέσως για να επιβεβαιωθεί ότι τα όργανα, βρίσκονται σε ικανοποιητική κατάσταση για μεταμόσχευση. Επομένως η οικογένεια δεν έχει χρόνο στη διάθεση της να ψάξει για διαθήκη, και για αυτόν τον λόγο οι δότες που έχουν κάρτα Δωρητή παρακαλούνται να ενημερώνουν τις οικογένειες τους για τις επιθυμίες τους, ώστε να είναι προετοιμασμένες για να υπογράψουν για τη Δωρεά Οργάνων, όταν ο δωρητής είναι πλέον εγκεφαλικά νεκρός. Με τον τρόπο αυτό η ευθύνη της δύσκολης απόφασης βαρύνει τον Δωρητή και όχι την οικογένεια. Η νομοθεσία στην Πενσυλβανία σε μια προσπάθεια να πιέσει τους Επαγγελματίες Υγείας να διαδώσουν την Δωρεά Οργάνων, με την πράξη 141(1986) τους παραχωρεί την άδεια να ζητήσουν την μεταμόσχευση οργάνων. Η οικογένεια πρέπει να ερωτηθεί για τη μεταμόσχευση, όταν ο πιθανώς δωρητής κηρυχθεί Εγκεφαλικά Νεκρός. Οι επαγγελματίες υγείας είναι υπεύθυνοι να ζητήσουν την δωρεά οργάνων από την οικογένεια. Αυτό πρέπει να καταγραφεί στον φάκελο του ασθενή μαζί με την απάντηση της οικογένειας.

Στον Ελληνικό χώρο η νομική εξασφάλιση για Μεταμόσχευση Ιστών και Οργάνων ξεκίνησε από το 1978 με την ψήφιση του νόμου Ν.821/78 και συνεχίστηκε με το Ν.1383/83 και το Ν.2737/99 που ισχύει σήμερα. Ο

τελευταίος νόμος δέχεται όπως άλλωστε και οι προηγούμενοι την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου, αλλά αφήνει την διαγνωστική ευθύνη σε μια ομάδα γιατρών και συγκεκριμένα στον υπεύθυνο για τον κάθε ασθενή γιατρό ή τον αντικαταστάτη του, ένα νευρολόγο και έναν αναισθησιολόγο, που ανήκει στην μεταμοσχευτική ομάδα (Παπαδημητρίου., 2003).

4.2 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ (ΦΟΒΟΙ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΧΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ)

Η υπόθεση των μεταμοσχεύσεων είναι αδιάκριτα συνδεδεμένη με τη δυνατότητα λήψης ζωτικών οργάνων σε κατάλληλη κατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι τα όργανα αυτά θα πρέπει να αφαιρεθούν από το δότη οπωσδήποτε πριν καταπαύσει η καρδιακή λειτουργία, διότι η κυκλοφορία του αίματος είναι αυτή που τα συντηρεί στη ζωή. Από την άλλη πλευρά, η αφαίρεση των οργάνων δεν επιτρέπεται να προκαλέσει τον θάνατο, με άλλα λόγια ,προκειμένου περί απλών συμπαγών οργάνων (καρδιά ,ήπαρ, πάγκρεας κτλ.) δεν μπορεί να γίνει ενόσω ο δότης είναι ζωντανός. Η επινόηση του αναπνευστήρα έλυσε αυτό το αδιέξοδο, μια που στις περιπτώσεις εγκεφαλικά νεκρών ατόμων στάθηκε έτσι δυνατό να διατηρηθεί η κυκλοφορία του αίματος παρά την νέκρωση του εγκεφάλου. Αυτή όμως η ιδιόμορφη ιατρογενής κατάσταση οδήγησε στο παράδοξο να μιλούσε για νεκρούς που όμως διατηρούν ζωντανό σώμα.

Η επικρατούσα άποψη μεταξύ ειδικών επιστημόνων και αρμοδίων επιτροπών είναι ότι ο βιολογικός θάνατος είναι η απώλεια της λειτουργικής συνοχής του σώματος ως οργανισμού. Με άλλα λόγια ο θάνατος επέρχεται όταν έστω και μια εκ των ζωτικών λειτουργιών απουσιάζει.

Η περίπτωση του εγκεφαλικού θανάτου αναφέρεται σε ένα άτομο του οποίου η εγκεφαλική λειτουργία δεν επιτελείτε διότι έχει ήδη αρχίσει η

αποσύνθεση του εγκεφαλικού ιστού και έχει ήδη νεκρωθεί το εγκεφαλικό στέλεχος. Ο εγκέφαλος δεν αντικαθίσταται ούτε με βιολογικό μόσχευμα ούτε με τεχνητό όργανο. Αυτό σημαίνει ότι η εγκεφαλική λειτουργία, σε αντίθεση μάλιστα με την καρδιακή, ούτε αντικαταστάσιμη είναι ούτε αναστρέψιμη. Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την άποψη, ένα εγκεφαλικά νεκρό άτομο δεν αντιλαμβάνεται τίποτα, δεν σκέπτεται, δεν πονά, δεν αισθάνεται, δεν έχει τη δυνατότητα να σταματήσει την πορεία του προς την ολοκληρωτική φθορά, έχει χάσει την λειτουργική αυτονομία και οντότητα του και όλα αυτά έχουν συμβεί οριστικά και αμετάκλητα. Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι και θα παραμείνει εκτεθειμένος σε φιλοσοφική αμφισβήτηση, τα βαθύτερα αίτια αμφισβήτησης του είναι τα εξής:

- 1) Ο εγκεφαλικός θάνατος, σε αντίθεση με τον ως τώρα γνωστό φυσικό θάνατο, είναι ιατρογενής έννοια, συνέπεια όχι της φυσιολογικής εξέλιξης και ανθρώπινου οργανισμού αλλά της τεχνολογίας.
- 2) Η υποψία ότι ο εγκεφαλικός θάνατος επινοήθηκε για να εξυπηρετήσει μια σκοπιμότητα.
- 3) Ο δικαιολογημένος φόβος ότι η αχαλίνωτη χρησιμοθηρία και ο ευδαιμονισμός οδηγούν σε ασέβεια απέναντι στο νεκρό σώμα και στο γεγονός του θανάτου.
- 4) Η σύγχυση μεταξύ εγκεφαλικού θανάτου και του κώματος ή της χρόνιας φυτικής κατάστασης.
- 5) Ο φόβος ότι τα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου δεν είναι τα ακριβή και συνεπώς και η διάγνωση μπορεί να είναι εσφαλμένη και η κατάσταση αναστρέψιμη.
- 6) Η αντίληψη ότι οι εγκεφαλικά νεκροί ενδεχομένως να διατηρούν κάποιες ανώτερες λειτουργίες, τα δε εγκεφαλονωτιαία αντανακλαστικά αποτελούν αποδείξεις μη οριστικής επίλευσης του θανάτου (Κωστάκης., 2004).

4.3 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ

Σύμφωνα με το νόμο 2737/1999 "Μεταμοσχεύσεις ανθρώπινων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις" στο κεφάλαιο Β, άρθρο 10 "Αφαίρεση ιστών και οργάνων" από ζώντα δότη ορίζει:

1. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση διενεργείται αποκλειστικά προς το θεραπευτικό όφελος του λήπτη, εφόσον δεν διατίθενται ιστοί και όργανα, μέχρι τη στιγμή της διενέργειας λήψης του οργάνου από αποβιώσαντα πρόσωπα, δεν υφίσταται άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος ανάλογης αποτελεσματικότητας και δεν συνεπάγεται προφανή σοβαρό κίνδυνο για τη ζωή ή την υγεία του δότη.
2. Η μεταμόσχευση γίνεται από ενήλικο πρόσωπο. Ο ανήλικος που έχει συμπληρώσει το 12^ο έτος της ηλικίας του ,συναινεί και αυτός στην αφαίρεση. Οι συναινέσεις παρέχονται κατά τον τρόπο που προβλέπεται στη παράγραφο 5 του άρθρου αυτού
3. Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από ζώντα δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση είναι δυνατή μόνον εφόσον ο δότης δεν τελεί σε πλήρη στερητική δικαστική συμπαράσταση, έχει την ικανότητα συναίνεσης και δηλώνει ελεύθερος την προς τούτο συναίνεσή του, αφού προηγουμένως ενημερωθεί για το σκοπό τη φύση και τους ενδεχόμενους κινδύνους της επέμβασης.
4. Η συναίνεση παρέχεται με έναν από τους εξής τρόπους:
 - με συμβολαιογραφικό έγγραφο
 - με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται από την Αστυνομική Αρχή η γνησιότητα της υπογραφής του δότη
 - με προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικό βιβλίο το οποίο τηρείται στο νοσηλευτικό ίδρυμα όπου θα γίνει η μεταμόσχευση. Κατά τη δήλωση παρίστανται 2 μάρτυρες, οι

οποίοι και συνυπογράφουν με το δότη τη σχετική καταχώριση της συναίνεσης στο ειδικό βιβλίο

5. Η συναίνεση του δότη είναι ελευθέρως ανακλητή, έως τη στιγμή κατά την οποία αρχίζει η διαδικασία της αφαίρεσης. Η ανάκληση γίνεται με οποιονδήποτε τρόπο.

6. Όλα τα σχετικά με τη μεταμόσχευση στοιχεία διαβιβάζονται στον Ε.Ο.Μ., όπου και φυλάσσονται σε ειδικό αρχείο (Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης., 2006).

4.4 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΝΕΚΡΟ ΔΟΤΗ

Στο κεφάλαιο Γ', άρθρο 12 του νόμου 2737/99 καθορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για την αφαίρεση μοσχεύματος από νεκρό δότη.

- 1) Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη με σκοπό τη μεταμόσχευση επιτρέπεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς. Η αφαίρεση διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου.
- 2) Η αφαίρεση διενεργείται εφόσον ο δυνητικός δότης έχει εγγράφως συναινέσει σε αυτήν. Η αφαίρεση αποκλείεται αν έχει εγγράφως εκφράσει την άρνηση του.
- 3) Σε κάθε γενική απογραφή πληθυσμού κάθε ενήλικος απογραφόμενος ατομικά καλείται να δηλώσει εγγράφως, σε ειδικό έντυπο διαβιβαζόμενο στον Ε.Ο.Μ. αν συναινεί ή όχι στην αφαίρεση ιστών και οργάνων του σώματος του για μεταμόσχευση μετά τον θάνατο του.

- 4) Αν ο δυνητικός δότης δεν έχει εκφράσει τη συναίνεση του ή την άρνηση του, η αφαίρεση διενεργείται εφόσον δεν αντιτίθεται σε αυτήν, ο σύζυγος, τα ενήλικα τέκνα, οι γονείς ή τα αδέρφια.
- 5) Η συναίνεση ή η άρνηση είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή. Η συναίνεση ή η άρνηση παρέχεται από ενήλικο πρόσωπο που δεν τελεί υπό πλήρη στερητική συμπαράσταση και που είναι σε θέση να εκφράσει ελεύθερα τη βούληση του.
- 6) Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και εφόσον οι λειτουργίες ορισμένων οργάνων διατηρούνται με τεχνητά μέσα, υποχρεούνται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και έναν νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη του σχετικού πιστοποιητικού θανάτου. Ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει αμέσως τις υπηρεσίες του Ε.Ο.Μ. και σε συνεργασία με αυτές ενημερώνει τον σύζυγο ή τους συγγενείς για το θάνατο, καθώς και για τη δυνατότητα δωρεάς οργάνων και ιστών με σκοπό τη μεταμόσχευση, για να εκφράσουν κατά την παρ. 4 συναίνεση τους ή άρνησή τους, αν ο δυνητικός δότης δεν έχει εγγράφως συναινέσει ή αποκλείσει τη μεταμόσχευση.
- 7) Η αφαίρεση ιστών και οργάνων από νεκρό δότη γίνεται με τον προσήκοντα σεβασμό στο σώμα του νεκρού, εκεί όπου βρίσκεται ο δότης και κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Η επέμβαση για τη λήψη μοσχεύματος προηγείται άλλων επεμβάσεων που δεν έχουν επείγοντα χαρακτήρα
- 8) Αμέσως μετά το θάνατο τους οι δυνητικοί δότες, που είχαν δώσει τη συναίνεση τους για την αφαίρεση ιστών και οργάνων μετά το θάνατο τους, καταχωρούνται σε κατάλογο που συντάσσει ο Ε.Ο.Μ. (Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας, 1999).

4.5 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Όπως συμβαίνει με όλες τις ανθρώπινες εξελίξεις, αυτός ο ιδιαίτερος χώρος της ιατρικής επιστήμης, παρά την ελπίδα για υγεία και ζωή που προσφέρει, παρουσιάζει επίσης κάποια σοβαρά θέματα που πρέπει να εξεταστούν υπό το φως μίας διορατικής ανθρωπολογικής και ηθικής σκέψης.

Πρέπει να τονιστεί ότι κάθε μεταμόσχευση οργάνου πηγάζει από μια απόφαση μεγάλης ηθικής αξίας: “η απόφαση να προσφέρεις χωρίς αντάλλαγμα ένα μέρος του σώματος σου για την υγεία και την ευημερία ενός άλλου ανθρώπου”, εδώ ακριβώς βρίσκεται η μεγαλοψυχία της χειρονομίας, μια γνήσια πράξη αγάπης. Δεν αποτελεί απλώς μια πράξη όπου χαρίζουμε κάτι που μας ανήκει, αλλά μια πράξη στην οποία χαρίζουμε κάτι από τον εαυτό μας.

Αν και η ιδέα της δωρεάς οργάνων μετά θάνατον έγινε με ενθουσιασμό δεκτή στην Ελλάδα, εντούτοις τα ερωτήματα παραμένουν:

1. “μήπως υπάρχει έστω και μια μικρή πιθανότητα να γίνει φόνος με σκοπό τη μεταμόσχευση;”, ο νόμος βέβαια προβλέπει ότι στο ιατρικό συμβούλιο που θα διαγνώσει το θάνατο του δότη πρέπει να συμμετέχει και γιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα, αλλά αυτό δεν λύνει το πρόβλημα και επειδή και στο ιατρικό κόσμο εξακολουθεί να υπάρχει διαφωνία σχετικά με τα κριτήρια θανάτου.
2. εξίσου σοβαρό με το παραπάνω πρόβλημα είναι και “το πρόβλημα της συγκατάθεσης των συγγενών”. Παλαιότερα όταν υπήρχε αμφιβολία για την επιθυμία του αποθανόντα οι ιατροί ζητούσαν την συγκατάθεση των πιο στενών συγγενών. Με την έκδοση του Ν. 1383/83 καταργήθηκε η συνήθεια αυτή επειδή η πείρα έδειξε ότι οι συγγενείς με πολύ δυσκολία δέχονταν. Και ήταν φυσικό γιατί όταν πέθαινε κάποιος νέος, ήταν δυνατόν οι συγγενείς να έχουν τέτοια

ψυχραιμία να δώσουν το σώμα του; Οπωσδήποτε είναι ανυπολόγητο να πάμε στον άνθρωπο που κλαίει το παιδί ή τον αδελφό του και να του παρουσιάσουμε ένα χαρτί να υπογράψει ότι συμφωνεί να αφαιρεθούν όργανα από τον αγαπημένου του νεκρό. Δεν μπορούμε όμως να μη λάβουμε υπόψη μας τη συγκατάθεση των συγγενών, γιατί η τιμή προς το νεκρό είναι κάτι σεβαστό ήδη και από την αρχαιότητα. Ασφαλώς πρέπει με άλλον τρόπο να ρυθμιστεί νομοθετικά το θέμα δωρεά εν ζωή (Γιαννοπούλου., 2003).

3. ένα τρίτο πρόβλημα που δημιουργούν οι μεταμοσχεύσεις οφείλεται στη διαφορά μεταξύ ζήτησης και προσφοράς. Συγκεκριμένα σήμερα στις Η.Π.Α περιμένουν για μεταμόσχευση καρδιάς γύρω στα 12.000 - 14.000 άτομα, ενώ είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν μόνο 900-1000. Και το ερώτημα προκύπτει σκληρό. Ποιος θα προτιμηθεί να ζήσει και ποιος θα καταδικαστεί να πεθάνει; Και έτσι δημιουργείτε ο προβληματισμός.

Τα κριτήρια που φαίνεται ότι ισχύουν σήμερα είναι:

- η απόφαση της επιτροπής δεοντολογίας
- η προτίμηση του λήπτη που έχει το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης και που προβλέπεται ότι θα έχει καλύτερη ποιότητα ζωής και,
- το επείγον της επέμβασης

Μήπως όμως εκείνο που τελικά κρίνει την επιλογή είναι η οικονομική και κοινωνική κατάσταση του ατόμου; Μήπως οι μεταμοσχεύσεις πέρα από τα όσα αγαθά προσφέρουν διερευνούν το χάσμα ανάμεσα στους πλούσιους και τους φτωχούς αυτού του πλανήτη;

4. ένα τέταρτο πρόβλημα είναι ότι "Μήπως αυτό που κρίνει τελικά την επιλογή είναι η οικονομική και κοινωνική κατάσταση του ατόμου;" ή "Μήπως οι μεταμοσχεύσεις πέρα από τα όσα αγαθά προσφέρουν διευρύνουν το χάσμα ανάμεσα στους πλούσιους και τους φτωχούς αυτού του πλανήτη;"

5. Και τέλος κλείνοντας την αναφορά στους ηθικούς προβληματισμούς των μεταμοσχεύσεων πρέπει να αναφέρουμε "ότι , είναι απαράδεκτη κάθε απόπειρα μεταμόσχευσης εγκεφάλου ή γεννητικών οργάνων". Και αυτό γιατί στη μεν πρώτη περίπτωση αντιμετωπίζουμε πρόβλημα αλλοίωσης της προσωπικότητας του λήπτη, ενώ στη δεύτερη αγγίζουμε το θέμα της αλλαγής φύλλου, πράγμα που είναι ηθικά απαράδεκτο.

Δεν παραγνωρίζουμε τη συμβολή των μεταμοσχεύσεων στη νίκη της ασθένειας και του θανάτου, πρέπει όμως όπως έδειξε και η σύντομη αυτή ανασκόπηση του θέματος ,η συναίνεση για μεταμόσχευση να είναι αποτέλεσμα διαφώτισης σοβαρού προβληματισμού και περίσκεψης (Γαννοπούλου Α.,2003).

4.5.1 ΕΜΠΟΡΕΙΑ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΩΝ

Η αγοροπωλησία των οργάνων απαγορεύεται ρητά από το νόμο και μάλιστα κάθε παράβαση τιμωρείται με υψηλό πρόστιμο και φυλάκιση. Παρά ταύτα, κατά καιρούς εμφανίζονται υποστηρικτικές οι απόψεις ότι μια τέτοια δυνατότητα αφ' ενός μεν αποτελεί δικαίωμα του κάθε ανθρώπου, αφ' ετέρου δε θα έλυne το πρόβλημα της ελλείψεως μοσχευμάτων.

Η χρησιμοποίηση ζωντανών μη συγγενών δοτών με πληρωμή ξεκίνησε πριν από 30 περίπου χρόνια στην Ινδία. Το εμπόριο αυτό συνεχίζεται μέχρι σήμερα και είναι γνωστό ότι τα μέλη της Ελληνικής Κοινωνίας συμμετέχουν σε αυτό ως αγοραστές ή μεσάζοντες.

Το διεθνές δίκαιο σήμερα προσπαθεί να προστατεύσει τις μεταμοσχεύσεις από την εκμετάλλευση με τη θέσπιση νόμων. Έτσι στη Ελλάδα η προσπάθεια προστασίας των μεταμοσχεύσεων από τέτοιου είδους εκτροπές είχε ως αποτέλεσμα ο νέος νόμος να αποφεύγει και τη θέσπιση λογικών κινήτρων (π.χ μια μονάδα εντατικής θεραπείας που προσφέρει περισσότερους δότες και επιχορηγείται περισσότερο) ή αποκλείει

περιπτώσεις που δεν έρχονται σε αντίθεση με βασικές ηθικές αρχές (π.χ να προσδιορίζει ο δότης το λήπτη παραβιάζοντας τη σειρά που προβλέπει η λίστα).

ΔΥΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Όπως στις ΗΠΑ και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έτσι και στην Ελλάδα η πληρωμή διάθεσης ιστών και οργάνων απαγορεύεται. Το 1989 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας καταδίκασε την εμπορία οργάνων και ζήτησε από όλες τις κυβερνήσεις να θεσμοθετηθούν αυστηρές διατάξεις.

Είναι όμως δυνατόν να καταβληθούν έξοδα για:

- την αφαίρεση των προς μεταμόσχευση οργάνων και,
- για διαφυγόντα κέρδη, που συνδέονται κατευθείαν με την πράξη της αφαίρεσης οργάνων.

Η ηθική βάση της απαγορεύσεως της εμπορίας συνίσταται στο γεγονός ότι ο διαθέτων με αμοιβή ένα όργανο π.χ ένα νεφρό, ενδέχεται να μη δρα με ελεύθερη βούληση και με βάση την αρχή της φιλαλληλίας, αλλά κάτω από αδήριτες οικονομικές ανάγκες, που αλλοιώνουν το φιλοσοφικό νόημα της ηθικής των μεταμοσχεύσεων.

ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Το πρόβλημα της εμπορίας παραμένει οξύ σε χώρες του τρίτου κόσμου, όπως Φιλιππίνες, Ινδία κ.τ.λ. ακόμη και στο Πακιστάν δεν απαγορεύεται η εμπορία οργάνων. Τα επιχειρήματα είναι ότι λόγω του μικρού αριθμού μηχανημάτων νεφρικής καθάρσεως και του μεγάλου αριθμού νεφροπαθών, μόνο ένα μικρό ποσοστό των αναγκών για αιμοκάθαρση μπορεί να ικανοποιηθεί. Άρα, εάν οι οικονομικώς δυνάμενοι προμηθευτούν με τον τρόπο αυτό ένα όργανο και μεταμοσχευτούν, θα κενωθεί θέση στη συσκευή αιμοκαθάρσεως, όλο και περισσότεροι άποροι θα υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η άποψη αυτή έχει απορριφθεί όμως από τις δυτικές κοινωνίες (Κωστάκης., 2004).

4.6 ΕΘΝΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Όταν οι άνθρωποι που ανήκουν στην Αφρό – Αμερικανική Φυλή ερωτήθηκαν να διευκρινίσουν τον λόγο που υπήρχαν λίγοι από αυτούς ως δωρητές οργάνων απάντησαν ότι υπήρχε έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις, θρησκευτική ανησυχία ,δυσπιστία προς την ιατρική κοινότητα και φόβος πρόωρου τραυματισμού της φροντίδας. Εκείνοι επίσης είπαν ότι θέλουν να δωρίσουν τα όργανά τους σε άλλους ανθρώπους της φυλής τους. Επίσης και οι Έλληνες αρνούνται την δωρεά οργάνων για τους ίδιους λόγους περίπου.

Σε εθνικές ομάδες της Λατινικής Αμερικής και της Μέσης Ανατολής η κληρονομιά, οι προκαταλήψεις, η θρησκεία και η έλλειψη ιατρικών γνώσεων απέτρεπαν τα άτομα από τη δωρεά οργάνων. Οι Άραβες απαγορεύονται να δωρίσουν όργανα, μπορούν όμως να δέχονται.

Σε 13 χώρες έχει καθιερωθεί η υποτιθέμενη άδεια. Αυτό σημαίνει ότι αν δεν υπάρχει προηγούμενη άρνηση τότε όλοι είναι δότες. Για να αποφευχθούν δικαστικές διαμάχες σε 6 από αυτές τις χώρες (Νορβηγία, Ελλάδα, Φινλανδία, Ισπανία, Σουηδία και Ιταλία) οι ιατροί ακόμα λαμβάνουν και δεύτερη άδεια από την οικογένεια. Στις 7 υπόλοιπες χώρες (Αυστρία, Τσεχοσλοβακία, Δανία, Γαλλία, Ισραήλ, Πολωνία και Ελβετία) τα όργανα λαμβάνονται εκτός αν υπάρχει προηγούμενη γνωστοποιημένη άρνηση (Λογοθέτης. κ.α., 1993).

4.7 ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

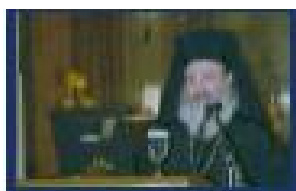
Θέση της Ορθόδοξου Εκκλησίας

Μέχρι χθες ο θάνατος ορίζονταν σαν παύση της καρδιακής λειτουργίας. Σήμερα η σύγχρονη τεχνολογία εισάγει στη ζωή της την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου. Οι μελλοντικές εξελίξεις της επιστήμης και της τεχνολογίας δεν γνωρίζουμε που θα μας οδηγήσουν.

Για την ορθόδοξη εκκλησιά αν υπάρχει έστω και η παραμικρή πιθανότητα, η βλάβη να είναι αναστρέψιμη, κανείς δεν έχει το δικαίωμα να θανατώσει έναν άνθρωπο έστω και αν πρόκειται να σωθεί κάποιος άλλος.

Έτσι αν παραμεριστούν κάποιες επιφυλάξεις για τις πτωματικές μεταμοσχεύσεις, η ορθόδοξη εκκλησία βλέπει τις μεταμοσχεύσεις ως συνεισφορά στο βωμό της αγάπης προς το συνάνθρωπο ως ύψιστη πράξη αυτοθυσίας. Εκλεκτός εκπρόσωπος της, ο Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και της Ελλάδος ο κ. Χριστόδουλος, στηρίζει τη στάση της εκκλησίας στα αγιογραφικά κατά Ιωάννη ιε' 13 και προς Γαλάτας δ' 15. Και καταλήγει: "εμείς, ως εκπρόσωποι της εκκλησίας, βλέπουμε τη δωρεά οργάνων για μεταμόσχευση ως πράξη αγάπης. Και προσευχόμαστε να επικρατήσει και στα ευρύτερα στρώματα του λαού η συνείδηση αυτού του χρέους" (Γιαννοπούλου., 2003).

Ο Αρχιεπίσκοπος Χριστόδουλος υποστηρίζει



Οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων ανθρώπινης προέλευσης αποτελούν ασφαλώς ένα από τα επιτεύγματα στην ιστορία της ιατρικής. Χιλιάδες άνθρωποι έχουν ξαναδεί το φως με μεταμόσχευση κερατοειδούς χιτώνας και πολλοί άλλοι έχουν αποφύγει το θάνατο χάρη στη μεταμόσχευση

νεφρών. Παράλληλα έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος και στις μεταμοσχεύσεις καρδιάς, ήπατος, πνευμόνων και παγκρέατος. Η μεγάλη όμως πρόοδος που έχει σημειωθεί στον τομέα αυτόν της παρέμβασης ιατρικής και ακόμα μεγαλύτερη που αναμένεται να σημειωθεί στο άμεσο μέλλον, επιβάλλουν την από πάσης πλευράς οριοθέτηση της μεθόδου ώστε να αποτραπούν καταχρήσεις της και να παραμείνει μια ευεργετική για τον άνθρωπο εξέλιξη. Το θέμα εκτός από την ιατρική και νομική όψη έχει ασφαλώς και τη θρησκευτική γι' αυτό και επιχειρούμε μια θεώρηση και από την τελευταία, με βάση πάντοτε τη χριστιανική ηθική του Ευαγγελίου. Είναι φυσικό πως αν υπερνικηθεί η άγνοια των πολλών πάνω στο θέμα και ενθαρρύνουν κατάλληλα οι υποψήφιοι δότες, οι μεταμοσχεύσεις μπορούν να λύσουν μια σειρά από περίπλοκα προβλήματα και να χαρίσουν σε άλλους καταδικασμένους ανθρώπους τη χαρά της ζωής. Ωστόσο δεν λείπουν και εκείνοι που στέκονται αρνητικά ή και με απλές επιφυλάξεις εμπρός στο πρόβλημα που δείχνει ότι δεν έχει εξαντληθεί ο προβληματισμός που συνδέεται με τις καθολικές διαστάσεις του ζητήματος. Πρέπει από την αρχή να τονίσουμε ότι η χριστιανική ηθική δεν προσφέρει έναν κώδικα ιατρικής δεοντολογίας. Προσφέρει όμως ηθικά κριτήρια αξιολόγησης των πράξεων του ανθρώπου. Σε σχέση με τις μεταμοσχεύσεις 2 είναι τα θεμελιώδη κριτήρια που προσδιορίζουν την πορεία πλευσεως μας. Το ένα είναι, η εκτίμηση του ανθρώπου ως εικόνα του Θεού πράγμα που σημαίνει ότι ο άνθρωπος έχει μοναδική και ανεπανάληπτη αξία και το δεύτερο είναι η χωρίς όρους και όρκους αγάπης προς τον πλησίον, που φτάνει μέχρι και της αγάπης αυτού του εχθρού.

Η εκκλησία της Ελλάδος κατόπιν ενδελεχούς μελέτης του θέματος και υποβολής σχετικού υπομνήματος της αρμόδιας επί της Βιοηθικής Επιτροπής της, διατείνεται ότι η πρώτη αρχή, από την οποία ξεκινά τον προβληματισμό της επί των μεταμοσχεύσεων και της δωρεάς οργάνων είναι η φιλανθρωπία της. Το γεγονός πως οι μεταμοσχεύσεις

μεταμορφώνουν το δράμα του λήπτη σε ελπίδα ζωής, η εκκλησία τα περιβάλλει με ιδιαίτερη συμπάθεια και σεβασμό.

Η προσφορά υγείων οργάνων για μεταμόσχευση αποτελεί σπουδαία συνεισφορά στο βωμό της αγάπης προς το συνάνθρωπο. Η Ορθόδοξη Χριστιανική Εκκλησία ως εκ του λόγου τούτου δεν μπορεί παρά να είναι ευνοϊκή απέναντι στην όλη κίνηση που σημειώνεται τελευταία στη χώρα μας.

Βασικές θέσεις της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας επί της ηθικής των μεταμοσχεύσεων

Γενικές αρχές

- Η εκκλησία αντικρίζει τις μεταμοσχεύσεις ως κάθε τι σχετιζόμενο με την υγεία του ανθρώπου και την πάλη του με το θάνατο μετά ιδιαίτερας συμπάθειας και κατανόησης. Αντιλαμβάνεται και το μέγεθος του προβλήματος και τις δυνατότητες των μεταμοσχεύσεων ως επίσης και το μέγιστο αυτής της ιατρικής πράξεως των ληπτών αλλά και των δυνητικών δοτών. Και τον λήπτη επιθυμεί να βοηθήσει αλλά και τον δωρητή.
- Το κριτήριο της εκκλησιαστικής ηθικής των μεταμοσχεύσεων ως και κάθε προβλήματος είναι πνευματικών. Εάν κάτι βλάπτει τη ψυχή ή υποβιβάζει τις πνευματικές αξίες, ανεπιφύλακτος το απορρίπτει. Αντιθέτως εάν το επιμέρους επιστημονικό επίτευγμα είναι συμβατό προς τη θεολογική παράδοση, διδασκαλία και εμπειρία της, την αντιμετωπίζει με τη τόλμη της πνευματικής καινοτομίας της. Ούτε με τον ορθολογιστικό σχολαστικισμό έχει σχέση ούτε σε πολιτικές σκοπιμότητες υποχωρεί.

- Κάθε τι το οποίο υπερβαίνει τον ατομικισμό και τη φιλοζωία και συνδέει τους ανθρώπους με σχέση αμοιβαιότητας και κοινωνίας, κάθε τι το οποίο αποδεικνύει την υπεροχή της πνευματικής ζωής επί της βιολογικής επιβιώσεως, η Εκκλησία το προστατεύει και το υποστηρίζει. Αλλά και ενώπιον του μυστηρίου της ζωής και του θανάτου ως και της ψυχοσωματικής συμφυΐας του ανθρώπου ίσταται μετά σεβασμού και ιδιαζούσης ευαισθησίας (E.O.M., 2007).

4.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ Μ.Μ.Ε ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΙΣΤΩΝ

Τα Μ.Μ.Ε αποτελούν άλλον ένα τομέα κακοποίησης των μεταμοσχεύσεων. Συχνά είτε με υπερβολές τις δυσφημούν είτε με άδικες προβολές συγκεκριμένων ατόμων τις κακοδιαφημίζουν. Φαίνεται πως δεν είναι αναληθές ότι σε χώρες υποανάπτυκτες επιτήδειοι εκμεταλλευτές βρίσκουν τρόπους να θυσιάζουν αθώους ανθρώπους ,κυρίως παιδιά, στο βωμό των μεταμοσχευτικών συμφερόντων. Όταν αυτά τα μεμονωμένα περιστατικά προβάλλονται με ιδιάζουσα συναισθηματική φόρτιση και επιμελημένες αφηγηματικές υπερβολές στα κεντρικά δελτία ειδήσεων χωρών, όπως π.χ και εδώ στην Ελλάδα, που είναι εντελώς ξένες με αυτή τη λογική και πρακτική, τότε γκρεμίζουν κάθε σκέψη αγάπης και διάθεση προσφοράς στο συνάνθρωπό, κλονίζουν την εμπιστοσύνη στο μεταμοσχευτικό καθεστώς και δημιουργούν ατμόσφαιρα φόβου και κλίμα καχυποψίας.

Από την άλλη πλευρά μόλις εμφανισθεί κάποιο περιστατικό κατά το οποίο πονεμένοι συγγενείς προσφέρουν όργανα προσφιλών τους προσώπων, τα Μ.Μ.Ε υπερφορτίζουν το γεγονός της επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων ,πράγμα που αφενός μεν μεροληπτικά βελτιώνει την εικόνα ή ακόμα υποβοηθάει τα συμφέροντα τους, αφετέρου δε άμεσα

υποβιβάζει το ρόλο των ιατρών του δότη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα συχνά οι δεύτεροι ,που έχουν και την πιο δύσκολη συνειδησιακά και πρακτικά συνεισφορά στην υπόθεση ,να βρίσκονται σε τόσο δύσκολη θέση που να δυσκολεύονται να επαναλαμβάνουν τη συνεργασία τους. Έτσι, ενώ φαινομενικά κερδίζουν οι μεταμοσχεύσεις στον κόσμο η υπόθεση χάνεται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας από τους ιατρούς.

Η απάντηση σε αυτή την κατάσταση είναι η αποξένωση των επί μέρους μεταμοσχευτικών γεγονότων και επιτυχιών από την προβολή των συγκεκριμένων προσώπων και τα Μ.Μ.Ε. Η δημογραφική προβολή των μεταμοσχεύσεων θα είναι ανεκτίμητη όταν οι κάμερες και τα μικρόφωνα μεταφερθούν από τη Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στα studios των ραδιοτηλεοπτικών σταθμών.

Η γνώση των Ελλήνων όσον αφορά στη δωρεά οργάνων και ιστών και τις μεταμοσχεύσεις είναι ελλιπής και βασίζεται κυρίως σε μύθους παρά στην πραγματικότητα.

Για τη συνεχή και πολύπλευρη ενημέρωση του κοινού θα πρέπει να επιστρατευτούν άτομα τα οποία έχουν επιρροή στη διαμόρφωση των απόψεων της κοινής γνώμης, όπως είναι οι θρησκευτικοί ηγέτες, οι δημοσιογράφοι κύρους, οι προσωπικότητες της τέχνης, των γραμμάτων και του αθλητισμού καθώς το υγιέστερο τμήμα της κοινωνίας, οι νέοι. Η προσπάθεια δεν θα πρέπει να κατατείνει στη δημιουργία συνθηκών "πλύσης εγκεφάλου", αλλά ενεργού ενημέρωσης και διαμόρφωσης γνώμης. Η αγωγή υγείας αποτελεί το σημείο κλειδί για τη δημιουργία και στήριξη της Εθνικής Στρατηγικής.

Τα σημαντικότερο πρόβλημα της ελλιπούς ενημέρωσης είναι ότι το πλημμελώς ενημερωμένο άτομο είναι ευάλωτο σε οποιαδήποτε φήμη και συκοφαντία προέρχεται από τα Μ.Μ.Ε, διότι δεν έχει την ικανότητα να την ελέγξει. Δεν θα ενδιαφερθεί, εξάλλου, να παρακολουθήσει την πορεία και την τελική τύχη μιας καταγγελίας που διάβασε σε κάποιον τίτλο μιας εφημερίδας. Αν και αυτές οι αιτίες του χαμηλού αριθμού των διαθέσιμων

μοσχευμάτων είναι πολυσύνθετες, εντούτοις οι απόηχοι ανά τον κόσμο, περί εμπορίας οργάνων αποτελούν την κυριότερη αιτία της αρνητικής στάσης του κοινού και της διαμόρφωσης αρνητικού κλίματος απέναντι στη δωρεά ιστών και οργάνων. Τόσο οι απόηχοι περί εμπορίας όσο και ορισμένα "εγχώρια" αρνητικά δημοσιεύματα, διευκόλυναν τη δημιουργία κλίματος και εμπιστοσύνης του κοινού προς το σύστημα μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα.

Ο ελληνικός λαός χαρακτηρίζεται από την εθελοντική του προσφορά, αλλά επηρεάζεται εύκολα και ένα δημοσίευμα μπορεί να καταστρέψει σκληρή δουλειά πολλών ετών. Τα αρνητικά δημοσιεύματα βρίσκουν πρόσφορο έδαφος σε πλημμυρώς ενημερωμένα άτομα, τα οποία, μη διαθέτοντας επαρκή γνώση, είναι ευάλωτα σε κάθε είδους είδηση-επηρεαζόμενα άμεσα από αυτή- και επιρρεπή στη διαμόρφωση αβάσιμων αξιολογικών κρίσεων και αστήρικτων στάσεων.

Ένα νέο πρόγραμμα ενημέρωσης έπρεπε να στοχεύει στη αποσαφήνιση βασικών εννοιών αναφορικά με τις μεταμοσχεύσεις, στην κατά το δυνατό άρση των σχετικών προκαταλήψεων γύρω από το θάνατο, στην απομυθοποίηση των διαφόρων αρνητικών δημοσιευμάτων και την απόδοση τους στις πραγματικές διαστάσεις επιπλέον, πρέπει να καταδικαστεί σαφές στον κόσμο, τους δημοσιογράφους και τους επιστήμονες υγείας ότι στην Ελλάδα το νομικό πλαίσιο, οι μεταμοσχευτήκες διαδικασίες, ο μεγάλος αριθμός εμπλεκόμενων σε αυτές ατόμων και οι μηχανισμοί συντονισμού και ελέγχου των μεταμοσχεύσεων αποτελούν ασφαλιστική δικλείδα και δεν αφήνουν κανένα περιθώριο όχι μόνο για εγκληματικό εμπόριο οργάνων, αλλά ούτε και για οποιοδήποτε άλλη εμπορευματοποίηση, τουλάχιστον στο χώρο των μεταμοσχεύσεων.

Ακόμη η συστηματική ενημέρωση του κοινού από τα Μ.Μ.Ε θα έχει ως αποτέλεσμα τη διάλυση των μύθων γύρω από τις μεταμοσχεύσεις και την ευαισθητοποίηση ότι η προσφορά ιστού ή οργάνου είναι δώρο ζωής

και συμβάλλει στη διατήρηση της ελπίδας για την εδραίωση μιας κοινωνίας αλληλεγγύης και υψηλών πολιτιστικών αξιών.

Συμπερασματικά, τα Μ.Μ.Ε διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της στάσης της κοινής γνώμης απέναντι στη δωρεά ιστών και οργάνων. Εκτός όμως από τα Μ.Μ.Ε., τόσο και η λογοτεχνία έχει ασχοληθεί με το θέμα των μεταμοσχεύσεων, ένα θέμα που ενδιαφέρει μικρούς και μεγάλους (Βαφειάδη., 2006).

4.9 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

ΑΡΧΗ 1

Λαμβάνονται όργανα από πτωματικό δότη για μεταμόσχευση εφόσον:

α) έχουν τηρηθεί όλες οι διατάξεις του νόμου, β) δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του αντιτίθετο στη δωρεά οργάνων. Το κριτήριο αυτό ισχύει σε περίπτωση που δεν υπάρχει γραπτή δήλωση του ατόμου, όταν ήταν εν ζωή, που να τον κατατάσσει στους δωρητές σώματος.

ΑΡΧΗ 2

Οι γιατροί που διαπιστώνουν το θάνατο του υποψηφίου δότη δεν πρέπει να ανήκουν σε μεταμοσχευτική ομάδα, ούτε σε ομάδα συντήρησης μοσχευμάτων.

ΑΡΧΗ 3

Είναι προτιμότερο τα όργανα που πρόκειται να μεταμοσχευτούν να λαμβάνονται από πτωματικούς δότες. Σε περίπτωση δότη εν ζωή πρέπει απαραίτητα ο δότης να είναι ενήλικας και συγγενής εξ αίματος του δέκτη. Εξαιρέσεις μπορούν να ισχύσουν σε μεταμόσχευση μυελού των οστών ή ιστών που αναγεννώνται.

Για να ληφθεί όργανο για μεταμόσχευση από ζώντα δότη, αυτό πρέπει να γίνει κατόπιν ελεύθερης συναίνεσής του. Ο δότης πρέπει να αποφασίσει ελεύθερος από κάθε πίεση και επίδραση και αφού πρώτα ενημερωθεί επαρκώς για τους κινδύνους, τα οφέλη και τις συνέπειες μιας τέτοιας απόφασης.

ΑΡΧΗ 4

Δεν πρέπει να λαμβάνονται όργανα για μεταμόσχευση από άτομα που ανήκουν σε μειονότητες ή κρατούμενους. Εξαιρέσεις μπορούν να ισχύσουν σύμφωνα με το νόμο του κράτους και μόνο για ιστούς που αναγεννώνται.

ΑΡΧΗ 5

Το ανθρώπινο σώμα και τα μέρη του δεν μπορεί να γίνει σε καμία περίπτωση θέμα εμπορικής συναλλαγής. Η παροχή και η λήψη χρημάτων για την αγορά οργάνων απαγορεύεται.

ΑΡΧΗ 6

Οι διαφημίσεις για την προσφορά οργάνων που ενέχουν τον κίνδυνο της χρηματικής πληρωμής απαγορεύονται.

ΑΡΧΗ 7

Οι γιατροί και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να διενεργήσουν μεταμόσχευση, όταν υπάρχουν βάσιμες υποψίες και ενδείξεις ότι το μόσχευμα αγοράστηκε.

ΑΡΧΗ 8

Δεν επιτρέπεται κανένα πρόσωπο που ανήκει στην υγειονομική ομάδα να λάβει αμοιβή για τη συμμετοχή του σε μεταμόσχευση.

ΑΡΧΗ 9

Υπό το πρίσμα των αρχών της δικαιοσύνης και της ισότητας, η μεταμόσχευση είναι αναφαίρετο δικαίωμα όλων των ασθενών. Το μόσχευμα προσφέρεται με βάση τις ιατρικές τους ανάγκες και όχι με οικονομικά ή άλλα κριτήρια (Γιαννοπούλου., 2003).

4.9.1 ΠΩΣ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΓΙΝΩ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Αν κάποιος εκφράσει την επιθυμία του να γίνει δωρητής οργάνων μετά το θάνατο του, διευκολύνει τη διαδικασία της μεταμόσχευσης. Όμως, είναι πολύ δύσκολο να πεισθεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων και να έχει μαζί του μια κάρτα δωρητή οργάνων. Οι άνθρωποι συχνά δε θέλουν να σκέφτονται την πιθανότητα του θανάτου τους. Αντίθετα, πολλοί άλλοι έχουν όλες τις καλές προθέσεις, αλλά δεν καταφέρουν να κάνουν μια τέτοια κάρτα, συνήθως από αμέλεια. Σε μερικές χώρες όπως Βέλγιο, υπάρχει ένα σύστημα με το οποίο όλοι οι κάτοικοι θεωρούνται αυτόματα πιθανοί δωρητές οργάνων. Όποιος δεν θέλει μπορεί να ζητήσει να βγει από αυτό το σύστημα. Με αυτό τον τρόπο έχει αυξηθεί ο διαθέσιμος αριθμός οργάνων για μεταμόσχευση σε αυτή τη χώρα.

Σε πολλές πολιτείες των Η.Π.Α έχει εφαρμοστεί ένας νόμος που υποχρεώνει τους ιατρούς να ρωτούν τις οικογένειες όλων των πιθανών δωρητών. Αυτό σημαίνει ότι δε θα κατηγορηθούν για έλλειψη ευαισθησίας σε μια δύσκολη στιγμή, γιατί απλά εφαρμόζουν το νόμο.

Έτσι λοιπόν παίρνοντας κανείς την απόφαση να γίνει δωρητής οργάνων, ακολουθεί την εξής απόφαση:

* Εγγραφείτε κατευθείαν στο Εθνικό Μητρώο Δωρητή Οργάνων συμπληρώνοντας τη δήλωση δωρεάς οργάνων σε ηλεκτρονική μορφή κάνοντας κλικ στις λέξεις « Κάρτα Δωρεάς Οργάνων» .

* Ζητήστε το έντυπο της δήλωσης δωρεάς οργάνων κατά τη διάρκεια των συναλλαγών σας με το ασφαλιστικό σας ταμείο.

* Αναζητήστε τη Δήλωση Δωρεάς Οργάνων στις υπηρεσίες Υγείας και στα Ταχυδρομεία.

* Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθύνεστε στο τηλέφωνο του Ε.Ο.Μ. 1147 όλο το 24ωρο ή ακόμα για να σας

αποστέλλουμε ταχυδρομικά έντυπο ενημερωτικό υλικό μαζί με μια δήλωση δωρεάς οργάνων.

4.9.2 ΚΑΡΤΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

Η κάρτα δωρεάς οργάνων συμπληρώνεται από ενήλικα και μόνο και τηρείται άκρως απόρρητο.

Η κάρτα που συμπληρώνεται είναι:

Επώνυμο

Όνομα

Πατρώνυμο

Ημ. Γέννησης

Οδός – Αριθμός

Τ.Κ.

Πόλη

Τηλέφωνο

Επιθυμώ να βοηθήσω ασθενείς συνανθρώπους μου προσφέροντας μετά το θάνατό μου τα όργανα μου (Ε.Ο.Μ.,2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 50

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα ενός ασθενούς που θα κάνει μια μεταμόσχευση δεν διαφέρει από αυτήν ενός ασθενούς που πρόκειται να κάνει μια χειρουργική επέμβαση.

Για μια λοιπόν επιτυχημένη μεταμόσχευση νεφρού είναι απαραίτητο να δοθεί έμφαση στην παρακολούθηση τόσο του λήπτη όσο και του δότη. Τούτο επιτυγχάνεται με μια τυποποιημένη σειρά εξετάσεων καθώς και με τη φυσική και ψυχική προετοιμασία.

5.1 Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας

Προεγχειρητικά, οι σκοποί είναι όμοιοι με εκείνους των αρρώστων που υποβάλλονται σε επεμβάσεις στους νεφρούς. Μεγάλη προσοχή δίνεται στην ψυχική και φυσική προετοιμασία τόσο του δότη, όσο και του λήπτη.

Πιο συγκεκριμένα:

- § Καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου.
- § Ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με τη μείωση πηγών μόλυνσης και ενίσχυσης της αντίστασης του οργανισμού του αρρώστου.
- § Πρόληψη των επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης του αρρώστου (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου., 2000).

5.2 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ

Η παροχή ολοκληρωμένης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας είναι ο κύριος στόχος του νοσηλευτή που εργάζεται στη μονάδα τεχνητού νεφρού. Τρεις είναι οι βασικές αρχές που αποτελούν τη βάση της ολιστικής προσέγγισης του νεφροπαθούς:

- Û Διατήρηση της ατομικότητας του ασθενούς
- Û Υποστήριξη της ψυχολογικής του κατάστασης
- Û Προστασία του ασθενούς

Για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς που υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση απαιτείται νοσηλευτική εκτίμηση με τον οποία ο νοσηλευτής διερευνά, αναγνωρίζει και προσδιορίζει τα προβλήματα και τις ανάγκες του.

Η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, η προσεκτική κλινική εξέταση σε συνδυασμό με τον εργαστηριακό έλεγχο συμβάλλουν στον προγραμματισμό των νοσηλευτικών ενεργειών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια είναι μια εξαιρετικά περίπλοκη κατάσταση, που επηρεάζει την λειτουργία του οργανισμού (Briones et al., 1998).

5.2.1 Νοσηλευτική παρέμβαση πριν την αιμοκάθαρση

Πριν την αιμοκάθαρση ο νοσηλευτής ελέγχει :

- Ø Γενική κατάσταση. Παρατήρηση στο βάδισμα, έκφρασης του προσώπου, τόνου φωνής κ.λ.π.
- Ø Βασικής σημασίας η ακριβής μέτρησης του βάρους σώματος.

Ø Ζωτικά σημεία. Αρτηριακή πίεση σε ορθή και κατακεκλιμένη θέση.

Οι παράμετροι αυτοί χρησιμοποιούνται για αξιολόγηση του αρρώστου κατά και μετά την αιμοκάθαρση.

Κατάσταση της περιοχής της αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης:

1. εξωτερική αρτηριοφλεβική παράκαμψη (shunt):

Έλεγχος κατάστασης γαζών. Αφαίρεση γαζών και έλεγχος για σημεία θρόμβου. Σημείωση του χρώματος του αίματος, του σφυγμού και τήρηση άσηπτης τεχνικής. Παρακολούθηση για σημεία λοίμωξης. Σημείωση περιοχών που παρουσιάζουν ερυθρότητα, οίδημα ή παροχέτευση υγρού. Εκτίμηση ανάγκης για περισσότερη διδασκαλία που αφορά τη φροντίδα **shunt**.

2. Υποδόρια αρτηριοφλεβική παράκαμψη (αρτηριοφλεβικό συρίγγιο, fistula, αρτηριοφλεβικό συνθετικό μόσχευμα).

Έλεγχος της περιοχής για σημεία θρομβοφλεβίτιδας. Σημείωση παρουσίας οιδήματος ή αποχαιρετισμού.

Ø Ημερομηνία προηγούμενης κάθαρσης.

Ø Ιστορικό αιμορραγίας.

Ø Γενική ψυχολογική κατάσταση. Η οικογένεια του αρρώστου είναι πολύτιμη στην παροχή αυτής της πληροφορίας.

Ø Πληροφόρηση που αφορά τη συμμόρφωση του αρρώστου με το διαιτητικό θεραπευτικό σχήμα. (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου., 2000).

5.2.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ

- Ø **Ζ.Σ.** Εκτός από μια μείωση της **Α.Π.** μπορεί να ανεβεί και η θερμοκρασία.
- Ø Ακριβές βάρος σώματος.
- Ø Προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Αν ο άρρωστος είχε ούρα πριν την κάθαρση, θα παρουσιάσει ολιγουρία, αφού το νερό και τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού απομακρύνθηκαν με το αίμα.
- Ø Παρακολούθηση για σημεία εγκεφαλικού οιδήματος.
- Ø Παρακολούθηση για αιμορραγική διάθεση. Ο ηπαρινισμός είναι απαραίτητος στην αιμοκάθαρση.
- Ø Παρακολούθηση για σημεία βαριάς κατάθλιψης. Μη συμμόρφωση, όπως κακή φροντίδα της fistula, λήψη σίτιων με πολύ κάλιο, μπορεί να είναι σημάδι κατάθλιψης.
- Ø Βοήθεια της οικογένειας για υποστήριξη του αρρώστου.
- Ø Εκτίμηση δυνατοτήτων για κάθαρση στο σπίτι (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου., 2000).

5.3 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΗΠΤΗ

Οι άρρωστοι που θα υποβληθούν σε μεταμόσχευση είναι μια εντελώς ξεχωριστή κατηγορία αρρώστων που διέρχονται από σοβαρές αντικειμενικές δυσκολίες, αλλά και από συγκινησιακές διαταραχές.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει:

1. Να σταθεί στο πλευρό του αρρώστου και να απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις που αφορούν την επέμβαση, την άμεση μετεγχειρητική πορεία και τους κινδύνους που διατρέχει, την πορεία της ζωής του. Οι ερωτήσεις αυτές, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, στην κατηγορία των αρρώστων αυτών είναι πολλές, και πολλές φορές εξειδικευμένες.

Ο άρρωστος ανησυχεί για οτιδήποτε σοβαρό πρόκειται να συμβεί ή μη. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να τον ηρεμήσει, να του εξηγήσει ότι τον αφορά, πολλές φορές χρήσιμο είναι να τον ξεναγήσει στους χώρους του χειρουργείου και της κλινικής και να τον συστήνει σε έναν ασθενή που έχει υποστεί ήδη μεταμόσχευση και φυσικά δεν έχει ιδιαίτερα προβλήματα.

2. Να ενθαρρύνει τον άρρωστο να διατηρήσει την αυτόφροντίδα του και την μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του. Αυτό θα βοηθήσει να αισθάνεται αξιοπρεπής και ολοκληρωμένος. Το αίσθημα του αυτοσεβασμού καταρρακώνεται όταν το άτομο δεν μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του, αισθάνεται εξαρτημένο ή έρμαιο των καταστάσεων. Η επίτευξη της απόκτησης της μέγιστης ανεξαρτησίας είναι ο στόχος του νοσηλευτικού προσωπικού για τον άρρωστο. Αυτό επιτυγχάνεται με διδασκαλία του αρρώστου για το πώς να αυτοεξυπηρετείται και πώς να ρυθμίζει την καθημερινή του ζωή μόνος του. Σε όλη αυτή τη διαδικασία, απαραίτητο είναι να δώσει την ευκαιρία στον άρρωστο να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του, γιατί μόνο έτσι θα καταφέρει να τους ξεπεράσει και να προχωρήσει δυνατός και ήρεμος.

3. Να μελετήσει την ψυχική κατάσταση του ασθενούς και αν δει ότι έχει σοβαρές συγκινησιακές διαταραχές, οι οποίες είναι συχνές, να ενημερώσει τον αρμόδιο γιατρό για έναρξη ψυχοθεραπείας.

Είναι συχνές οι περιπτώσεις στις οποίες ο άρρωστος έχει ταλαιπωρηθεί με χρόνια αιμοκάθαρση και περιμένει πολύ για να μεταμοσχευθεί. Έχει φόρτιση φοβερή όταν μπαίνει στην τελική ευθεία και δεν μπορεί μόνος του

να ελέγξει τα συναισθήματα και να ισορροπήσει γι' αυτό χρειάζεται τη βοήθεια ενός ψυχολόγου που θα τον βγάλει από αυτά τα αδιέξοδα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αφού μελετήσει την κατάσταση του είναι αυτό που θα κρίνει αν ο άρρωστος χρειάζεται βοήθεια και θα ενημερώσει τον αρμόδιο γιατρό.

4. Να οργανώσει και να βοηθήσει τον γιατρό για την διεξαγωγή του εργαστηριακού ελέγχου, τη λήψη ιστού για επανέλεγχο της ιστοσυμβατότητας και όλων των άλλων δοκιμασιών. Πριν την μεταμόσχευση ο χρόνος είναι περιορισμένος και πολύτιμος. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει ανά πάσα στιγμή πανέτοιμο, εφοδιασμένο με όλο τον απαραίτητο υλικοτεχνικό εξοπλισμό και να είναι ενήμερο για το τι πρόκειται να συμβεί και την χρησιμότητα του. Πρέπει να είναι γρήγορο και ιδιαίτερα προσεκτικό και να βοηθά ή να κατευθύνει τον άρρωστο ώστε να συνεργάζεται καλά με τον γιατρό.

5. Πρέπει να προλαμβάνει και να αναγνωρίζει οποιαδήποτε μολυσματική διεργασία θέτει σε κίνδυνο την κατάσταση του ασθενή.

Μια μόλυνση πριν την μεταμόσχευση μπορεί να αποβεί μοιραία για τη ζωή του αρρώστου γι' αυτό οι κινήσεις ή η τεχνικές πρέπει να είναι άριστες από άποψη αποστείρωσης σε οτιδήποτε γίνεται, π.χ. εφαρμογή καθετήρα, λήψη ιστού, λήψη αίματος. Επίσης το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να ελέγχει την καθαριότητα των χώρων της κλινικής που νοσηλεύονται οι άρρωστοι. Ακάθαρτες τουαλέτες, βρώμικα δωμάτια, μολυσμένα αντικείμενα, είναι καταστροφικά για τον άρρωστο. Ακόμη το περιορισμένο επισκεπτήριο πριν ή μετά τη μεταμόσχευση το οποίο θα γίνεται σε αυστηρά ορισμένες ώρες και με ειδικές στολές και μάσκες τα οποία είναι απαραίτητα.

6. Να ενημερώσει τον άρρωστο για την αγωγή που θα ακολουθήσει όσον αφορά τη νεφρική ανεπάρκεια πριν τη μεταμόσχευση. Συνήθως συνεχίζει τα περισσότερα από τα φάρμακα που έπαιρνε πριν αλλά προστίθενται και μερικά νέα ή αφαιρούνται και κάποια που δεν χρειάζονται.

Ευνόητο είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να δώσει ιδιαίτερη σημασία στις μικρές ή μεγάλες ανάγκες του αρρώστου, να καθησυχάσει όλες τις ανησυχίες του ώστε ήρεμος, αποφασισμένος, να χειρουργηθεί. Η ψυχική ηρεμία του αρρώστου σε αυτές τις περιπτώσεις καθορίζει κατά ένα ποσοστό και την επιτυχή έκβαση της επέμβασης (Τσούγια κ.α., 1994).

Νοσηλευτική φροντίδα λήπτη

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

Μια πλήρης ιατρική συνέντευξη συμπεριλαμβανόμενου του ιστορικού πρέπει να διεξαχθεί στο κέντρο μεταμόσχευση μαζί με μια γενική φυσική εξέταση.

Ιστορικό και φυσική εξέταση

Γενικά :Είναι σημαντικό να συγκεκριμενοποιηθεί η αιτία της νεφρικής πάθησης. Ο γιατρός εάν είναι δυνατόν πρέπει να επανεξετάσει τους τομείς των προηγούμενων νεφρικών βιοψιών, γιατί αυτό μπορεί να βοηθήσει στο να υπολογιστεί ο κίνδυνος επανάληψης της αρχικής νεφρικής πάθησης. Οι πληροφορίες στην αίτια της ασθένειας μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλέον προκαταρκτικά μέτρα, όπως οι ουρολογικές εξετάσεις ή προμεταμοσχευτική νεφροτομή στα φυσικά νεφρά.

Η ενεργή μόλυνση του ουροποιητικού συστήματος γενικά θεωρείται αντενδεικτικό για νεφρική μεταμόσχευση. Η μόλυνση θα πρέπει να εξαλειφθεί καταρχήν με κατάλληλη αντιστατική αγωγή. Αν αυτό αποτύχει και φανεί ότι ένας από τους 2 νεφρούς είναι η πηγή της μόλυνσης, πρέπει να ακολουθήσει μονόπλευρη ή δίπλευρη νεφροτομή.

Ο ασθενής θα πρέπει επίσης να εξεταστεί για τυχόν παρουσία άλλων μολυσματικών εστιών, άλλα στην απουσία εμφανών ενδείξεων ή συμπτωμάτων δεν είναι αναγκαία εκτεταμένη έρευνα (Σαχίνη- Καρδάση και Πάνου., 2000).

Άλλες ασθένειες

Ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις, Σακχαρώδη Διαβήτη και μερικές περιπτώσεις που οδηγούνται σε νεφρική ανεπάρκεια σχηματίζουν ομάδες ειδικών κινδύνων, οι οποίοι αντιμετωπίζονται ξεχωριστά. Σε ασθενείς με παθήσεις άσχετης της αιτίας της νεφρικής ανεπάρκειας δεν μπορεί να δοθεί μια γενική γραμμή αντιμετώπισης (Σακκά., 1993).

Οικογενειακό ιστορικό

Εφόσον ένας μεγάλος αριθμός αιτίων νεφρικής ανεπάρκειας είναι κληρονομικές, ένα προσεκτικά φτιαγμένο οικογενειακό ιστορικό μπορεί να μας δώσει επιπλέον σημαντικές πληροφορίες. Μπορεί επίσης να γίνει σημείο έναρξης για την προσέγγιση συγγενών που να σκέφτονται τη δωρεά νεφρού (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου., 2000).

Προηγούμενες επεμβάσεις

Το εγχειρητικό ιστορικό του ασθενή επιβάλλεται να δημιουργηθεί. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό μιας και προηγούμενες εγχειρήσεις στην κοιλιακή χώρα αυξάνουν την αμφισβήτηση πιθανής παρουσίας υποστήριξης. Το ιστορικό μπορεί επίσης να παίζει μεγάλο ρόλο στο να αποφασίσει κανείς που θα τοποθετηθεί καλύτερα το δωρητό νεφρό.

Εργαστηριακές εξετάσεις

Ο εργαστηριακός έλεγχος είναι απολύτως απαραίτητος πριν την νεφρική μεταμόσχευση.

Καταρχήν πρέπει να γίνει αναφορά στις αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις. Αυτές περιλαμβάνουν:

- Ø Μη πρωτεϊνικό άζωτο
- Ø Αλκαλική φωσφατάση
- Ø Ουρία
- Ø Κρεατινίνη ορού
- Ø Μαγνήσιο ορού
- Ø Ουρικό οξύ ορού
- Ø Χλώριο ορού
- Ø Κάλιο ορού
- Ø Ασβέστιο ορού
- Ø Νάτριο ορού
- Ø CO₂ ολικό αίματος
- Ø Ανόργανα θειικά του ορού
- Ø Αέρια αρτηριακού αίματος
- Ø Αιματοκρίτης- Αιμοσφαιρίνη

Οι περισσότεροι από τους λήπτες θα πρέπει να είναι αιμοκαθαρόμενοι 3 φορές την εβδομάδα. Οποσδήποτε πριν από την επέμβαση υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Αναγκαίος είναι και ο πλήρης αιμορραγικός έλεγχος επειδή η πηκτικότητα του αίματος είναι επηρεασμένη στους ουραιμικούς ασθενείς. Οι ουραιμικοί ασθενείς που έχουν διούρηση πρέπει να έχουν ούρα στείρα για τουλάχιστον 3 συνεχιζόμενες καλλιέργειες (Κωτσιόπουλος., 2004).

Ραδιογραφικές εξετάσεις

Αναγκαίες είναι μόνο λίγες ραδιογραφικές εξετάσεις. Σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια ανά τακτά χρονικά διαστήματα γίνονται ραδιογραφήματα στήθους. Πρέπει επίσης να γίνει έλεγχος στην κοιλιακή χώρα έτσι ώστε να καθοριστεί το μέγεθος της αγγειακής ασβεστοποίησης, στις αρτηρίες όπου θα γίνει η αρτηριακή αναστόμωση με το μόσχευμα.

Τα ραδιογραφήματα χειρός, σε υψηλή μεγέθυνση και μαζί με κλινικά εργαστηριακά στοιχεία, δίνουν επαρκείς πληροφορίες για τη σοβαρότητα της νεφρικής οστεοδυστροφίας.

Ανοσολογικές εξετάσεις

Υπάρχουν πολλές αποδείξεις για το ότι η διασταύρωση των αντιγόνων HLA-DR και πιθανώς των HLA-B επίσης μεταξύ του δωρητή και του λήπτη, βελτιώνει τον ασθενή και την επιβίωση του μοσχεύματος. Γι' αυτό η καταγραφή του ιστού συμπεριλαμβανομένου και του οικογενειακού ιστορικού όταν εξετάζεται η ομοζυγοποίηση, είναι κοινά αποδεχτεί ως αναγκαία διαδικασία πριν την νεφρική μεταμόσχευση. Επιπλέον η έρευνα των αντισωμάτων HLA πρέπει να διεξαχθεί με 3 μηνιαία διαλλείματα (Davidson's, 2005).

Φυσική εκτίμηση

Είναι απαραίτητο μετά από όλες τις εξετάσεις να γίνει και φυσική εκτίμηση του ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγξει καταρχήν τα ζωτικά σημεία του ασθενή. Η αύξηση της θερμοκρασίας είναι ενδεχόμενο μιας πιθανής λοίμωξης. Η αυξημένη επίσης τιμή της αρτηριακής πίεσης είναι δυνατό να δημιουργήσει προβλήματα στη επέμβαση. Μετράτε το

βάρος του ασθενή και γίνεται έλεγχος του δέρματος. Είναι πολύ πιθανό να παρατηρηθεί ωχρότητα (εξαιτίας της ουραιμίας). Επίσης ελέγχονται τα μάτια για τυχόν αιμορραγίες του αμφιβληστροειδούς καθώς και οιδήματα της οπτικής θηλής λόγω της υπέρτασης. Ο νοσηλευτής δεν παραλείπει να ελέγξει το στόμα. Η δυσοσμία (εξαιτίας της οξέωσης), είναι αποτέλεσμα της ουρίας η οποία εκκρίνεται μέσα στο σάλιο που τη διασπά η αμμωνία. Γενικότερα πρέπει να γίνει αξιολόγηση όλων των συστημάτων για παρεκκλίσεις από το φυσιολογικό (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου., 2000).

Προεγχειρητική διδασκαλία

Η επιστημονική ομάδα που θα ασχοληθεί με τη μεταμόσχευση νεφρού οφείλει να είναι δίπλα στο ασθενή. Ο ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε μια τόσο σημαντική επέμβαση είναι εύλογο να έχει διάφορες απορίες και να απαιτεί εξηγήσεις. Οι γιατροί, οι διαιτολόγοι, οι φυσιοθεραπευτές, καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να ενημερώσουν το λήπτη, για τι τον περιμένει τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά. Προεγχειρητικά ενδεχομένως να τοποθετηθεί levin, folley, μάσκα venture. Θα γίνει ενδοφλέβια έγχυση υγρών, επίσης θα παραμείνει νηστικός και θα του γίνει υποκλυσμός. Μετεγχειρητικά ο ασθενείς θα έχει να αντιμετωπίσει τον πόνο, την ναυτία, τη ζάλη, την αδυναμία κίνησης, και αυτοεξυπηρέτησης. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να διδάξει τον ασθενή (μετά την επιστροφή του από το χειρουργείο) να αποβάλλει τα φλέγματα του και να αναπνέει βαθιά. Τέλος πρέπει να τονιστεί πόσο σημαντική είναι η συνεργασία του ίδιου του ασθενή όσον αφορά στην αποδοχή της φαρμακευτικής αγωγής και στην προσπάθεια της γρήγορης κινητοποίησης.

Φυσική προετοιμασία

Το προηγούμενο βράδυ, ο υποψήφιος λήπτης, κάνει λουτρό καθαριότητας με αντιμικροβιακό σαπούνι. Ξυρίζει την κοιλιακή χώρα ολόκληρη και ως τους μηρούς. Σ' αυτό περιλαμβάνεται και το ηβικό τρίχωμα. Έπειτα η περιοχή αυτή τρίβεται πάλι με βακτηριοστατικό σαπούνι, ώστε να αποφευχθεί ενδεχόμενη λοίμωξη.

Στη συνέχεια με τη βοήθεια καθαρικού υποκλυσμού, γίνεται προετοιμασία του εντέρου. Ο ασθενής δεν πρέπει να φάει ή να πιει τίποτα την ημέρα της επέμβασης, ενώ το προηγούμενο βράδυ μπορεί να πιει τσάι και να φάει φρυγανιές.

Μεγάλη προσοχή πρέπει όμως να δοθεί και στην περιποίηση της ρινικής και στοματικής κοιλότητας. Γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης της ουλίτιδας, της στοματίτιδας και της κάκοσμης αναπνοής. Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζονται οι κίνδυνοι λοιμώξεων και ανακουφίζεται ο ασθενής από τον πόνο. Έτσι καλό είναι να χρησιμοποιούνται αντισηπτικά διαλύματα αντιμυκητιασικές αλοιφές καθώς και μαλακές οδοντόβουρτσες ή πορτ-κοτόν.

Ο λήπτης υπογράφει τα έγγραφα συγκατάθεσης. Αφαιρεί τα κοσμήματά του και τις τεχνικές οδοντοστοιχίες (αν υπάρχουν) φορά την ενδυμασία του χειρουργείου και μαζί με το προεγχειρητικό δελτίο οδηγείται στο χειρουργείο.

Σε περίπτωση που ο λήπτης μεταφερθεί εσπευσμένα στο χειρουργείο για μεταμόσχευση από πτωματικό δότη του τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας για την αποφυγή εισρόφησης σε τυχόν εμετό (Μαλγαρινού και Κωσταντινίδου., 1995).

Φαρμακευτική αγωγή

Προκειμένου να μην παρουσιασθούν προβλήματα σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή, ο ασθενείς θα πρέπει να έχει υποβληθεί σε αλλεργικά τεστ και ιδιαίτερα σε τεστ για αλλεργικές αντιδράσεις πενικιλίνης. Πριν την επέμβαση μεταμόσχευσης νεφρού, χορηγούνται αντιβιοτικά και ανοσοκατασταλτικά. Όσον αφορά αντιβιοτικά, συνήθως χορηγείται Clarofan 1 gr ενδοφλεβίως (I.V.) ή Floxapen, μια ώρα πριν το χειρουργείο. Σε ασθενείς αλλεργικούς στην πενικιλίνη χορηγείται ερυθρομυκίνη. Αυτή όμως αν συνδυαστεί με κυκλοσπορίνη έχει νεφροτοξικές ιδιότητες.

Φροντίζοντας για την ανοσοκαταστολή του λήπτη του νεφρικού μοσχεύματος, χορηγούμε 6-12h πριν την επέμβαση από το στόμα ή ενδοφλέβια, ciclosporin – Gya(neural) 3mgr/K gr/ σωματικού βάρους, σε διάλυση 250cc D/W 5% ή N/S σε έγχυση 2-3h. Η ανοσοκαταστολή όμως συνεχίζεται διεγχειρητικά, λίγο πριν την επαναιμάτωση του νεφρού. Τότε χορηγείται 1 gr solu-medrol I. V. εφ' άπαξ.

Ο ασθενείς εξακολουθεί να λαμβάνει τα φάρμακα που λάμβανε ως αιμοκαθαρόμενος (Σακκά., 1993).

5.3.1 Ψυχολογική Προετοιμασία

Ο νοσηλευτής αποτελεί ενεργό μέλος της υγειονομικής ομάδας και της ομάδας μεταμοσχεύσεων. Η μακροχρόνια, επίμονη, σχολαστικά ψυχολογική ετοιμασία των υποψηφίων για μεταμόσχευση νεφρού τον νοσηλευτή τον έχει καταστήσει πλέον οικείο πρόσωπο προς αυτούς. Η αμοιβαία εμπιστοσύνη, η δημιουργία φιλικών σχέσεων, η έμπρακτη εκδήλωση στοργής και αγάπης προς τον ασθενή συμβάλλουν πολύ στην αισιόδοξη αποδοχή της εγχείρησης, στη συναισθηματική και ψυχολογική του προετοιμασία. Η παρουσία του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης στο πλάι του μεταμοσχευμένου αποτελεί καθησυχαστικό παράγοντα γι' αυτόν. Ο νοσηλευτής ως συντονιστής της ομάδας μεταμοσχεύσεων παρακολουθεί την εγχειρητική τεχνική, την εμφάνιση τυχόν άμεσων επιπλοκών και είναι ανά πάσα στιγμή σε θέση να τις αντιμετωπίσει με τη βοήθεια βέβαια και της λοιπής ομάδας υγείας (Μαλγαρίνου., 1995).

Πιο αναλυτικά ο νοσηλευτής καλείται:

Û Να πάρει ένα προσεκτικό ιστορικό υγείας.

Έτσι μπορεί να διαπιστώσει φόβους και ανησυχίες το αρρώστου, που αποτελούν δυνητικές πηγές συγκινησιακών αντιδράσεων, κυρίως άγχος. Ακόμα μπορεί να μάθει τα φάρμακα που παίρνει αφού πολλοί νεφροπαθείς που οδηγούνται για μεταμόσχευση ήδη λαμβάνουν φάρμακα για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, του σακχαρώδη διαβήτη, των ηλεκτρολυτών (καλίου, ασβεστίου, μαγνησίου), αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά. Έτσι προλαμβάνονται διεγχειρητικές ή μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Û Να δημιουργήσει όλες τις προϋποθέσεις που βοηθούν τον άρρωστο να εκφράζει τις σκέψεις του και να πληροφορεί το χειρουργό για τους φόβους του, ώστε μαζί να τον προετοιμάσουν για την χειρουργική του εμπειρία.

Û Να μην παραβλέπει την σημαντικότητα της πνευματικής
θεραπείας.

Η πίστη έχει μεγάλη υποστηρικτική δύναμη. Έτσι πρέπει να σέβεται τα πιστεύω του κάθε ατόμου.

Û Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να
τις ικανοποιήσει.

Û Να εκπαιδεύσει προεγχειρητικά τον ασθενή σε ό,τι αφορά τις
μετεγχειρητικές δραστηριότητες.

Η διδασκαλία του αρρώστου σε σχέση με το βήχα και τις βαθιές αναπνοές, τα ενδοφλέβια υγρά, το μόνιμο καθετήρα, τον πόνο, τις ενεργητικές κινήσεις μέσα στο κρεβάτι, την έγερση, συμβάλλει στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία. Και την πρόληψη επιπλοκών.

Û Να ενημερώσει τον υποψήφιο λήπτη για την απομόνωση
μετεγχειρητικά, γιατί υπάρχει κίνδυνος λοιμώξεων.

Û Να απαντήσει στις ερωτήσεις που αφορούν την επέμβαση, την
άμεση μετεγχειρητική περίοδο και τα σχέδια μετά την έξοδο.

Û Να πληροφορήσει το δότη ότι και με ένα νεφρό μπορεί να
υπάρξει φυσιολογική νεφρική λειτουργία.

Û Να πλησιάσει το στενό οικογενειακό περιβάλλον για να
διαλύσει τους φόβους και τις ανησυχίες και να απαντήσει στα
πολλά τους ερωτήματα (Σαχίνη –Καρδάση και Πάνου., 2000).

Η ψυχολογική προετοιμασία:

§ Βοηθά στη μείωση του άγχους.

§ Μειώνει τη δόση του αναισθητικού που χορηγείται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και των αναλγητικών μετά από αυτή.

§ Συμβάλλει στην πιο γρήγορη σταθεροποίηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης μετά την επέμβαση.

§ Μειώνει την επίπτωση μετεγχειρητικής λοίμωξης.

- § Ενθαρρύνει το άτομο να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στην ανάρρωσή του.
- § Επιταχύνει την ανάρρωση και την έξοδο από το νοσοκομείο (Παπαδημητρίου., 2003).

5.3.2 ΘΡΕΠΤΙΚΗ ΚΑΙ ΥΔΑΤΟΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Πολλές φορές οι ασθενείς αντιμετωπίζουν θρεπτικά προεγχειρητικά προβλήματα παρακάτω αναφέρονται κάποια από αυτά και πως μπορούν να προληφθούν ή ακόμη και να αντιμετωπιστούν :

- ✓ **Η καχεξία:** Παρουσιάζεται σε νεφροπαθείς ασθενείς εξ' αιτίας της χρόνιας νόσου. Ο καχεκτικός ασθενής είναι επιρρεπής σε λοιμώξεις λόγω μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας των βλεννογόνων, των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα. Είναι επιρρεπής σε shock και αιμορραγία εξ' αιτίας υποπρωτεϊναιμίας από παρατεταμένο αρνητικό ισοζύγιο αζώτου. Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος εξαιτίας μειωμένων αποθεμάτων πρωτεΐνης και βιταμίνης C. Η πρωτεϊνική αναπλήρωση μπορεί να επιτευχθεί με :

Δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες και φτωχή σε λίπος.

Συμπληρωματικά υγρά γεύματος, όπως γάλα εμπλουτισμένο από σκόνη γάλακτος. Μπορεί να χρειαστεί και ολική παρεντερική διατροφή.

✓ **Παχυσαρκία.** Αν ο άρρωστος είναι παχύσαρκος και ο προεγχειρητικός χρόνος το επιτρέπει ,πρέπει να του εφαρμόζεται ένα συστηματικό πρόγραμμα ελάττωσης βάρους. Τα παχύσαρκα άτομα συχνά πάσχουν από υπέρταση, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και μεταβολικές διαταραχές όπως σακχαρώδη διαβήτη. Ο λιπώδης ιστός αυξάνει την τεχνική δυσκολία της χειρουργικής επέμβασης. Αυτό επίσης αυξάνει τον κίνδυνο για μετεγχειρητική λοίμωξη του τραύματος ρήξη ραμμάτων και εκσπλάχνωση. Το παχύσαρκο άτομο είναι πιο επιρρεπές σε μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές.

✓ **Νοσηλευτικό στόχος.** Είτε σε καχεκτικό ασθενή, είτε σε παχύσαρκο ασθενή, είναι ο καθορισμός του ανάλογου διαιτολογίου και η παρακολούθηση της σωστής διατροφής του αρρώστου. Διαταραχές στους ηλεκτρολύτες και τα υγρά του σώματος είναι συνήθεις σε πολλούς νεφροπαθείς αρρώστους, γι' αυτό πρέπει να τεκμηριώνονται και να διορθώνονται προεγχειρητικά. Ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, ιδρώτα και τυχόν εμετούς. Για αυτό κατά την προεγχειρητική προετοιμασία δίνεται μεγάλη έμφαση στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι ο ασθενής βοηθιέται στην πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως ναυτία, δίψα, shock (Μαυροματίδης., 2007).

5.4 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΟΤΗ

Η διάθεση ενός μέλους του σώματος υγιούς ατόμου, για να επιζήσει κάποιο άλλο άτομο είναι πράξη ιερή και χρειάζεται την ανάλογη αντιμετώπιση.

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ιδιαίτερα σημαντικός στο σημείο αυτό. Και τούτο διότι δεν έχει να ασχοληθεί μόνο με τη φυσική προετοιμασία του υποψήφιου δότη αλλά και με την ψυχολογική προετοιμασία του.

A) Φυσική- σωματική προετοιμασία

Η προετοιμασία του δότη δε διαφέρει πολύ από την προετοιμασία του λήπτη.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να φροντίσει να διεξαχθεί ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος δίχως να υπάρξει καθυστέρηση και ασφαλώς, χωρίς να ταλαιπωρηθεί ο υποψήφιος δότης.

Μετά το τέλος των εξετάσεων, ο δότης πρέπει να υποβληθεί σε λουτρό καθαριότητας, σε υποκλυσμό καθώς και σε νηστεία την ημέρα της επέμβασης.

Αφαιρεί τα κοσμήματά τους και τις τεχνητές οδοντοστοιχίες και ασφαλώς υπογράφει τα έγγραφα συγκατάθεσης για τη δωρεά του νεφρού του.

B) Ψυχολογική προετοιμασία

Ο νοσηλευτής πρέπει να τον προσεγγίσει τον υποψήφιο δότη, να μιλήσει μαζί του και να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τους φόβους του.

Ο υποψήφιος δότης έχει ανησυχία, νευρικότητα και ανασφάλεια για την ποιότητα της ζωής του μετά τη δωρεά. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι άρτια ενημερωμένος και σε θέση να δώσει απαντήσεις στα περισσότερα

ερωτήματα του δότη. Καλό είναι να του απαντά ανοικτά και τίμια στις ερωτήσεις του προκειμένου να αποτρέψει διάφορες παρανοήσεις. Η πληροφόρηση του δότη για τους κινδύνους που διατρέχει καθώς και για τα προβλήματα που ενδεχομένως να αντιμετωπίσει, είναι απαραίτητη προκειμένου να ωριμάσει μέσα του η πράξη που θα κάνει. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να παραλείψει να τονίσει ότι ο δότης είναι ελεύθερος ακόμα και την τελευταία στιγμή, να αρνηθεί να δωρίσει το όργανό του.

Γενικότερα, και απ' ότι έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα, οι δότες οργάνων ανήκουν σε μια ειδική κατηγορία ανθρώπων. Ανθρώπων ευαίσθητων που επιθυμούν να δώσουν ζωή σε κάποιο άλλο άνθρωπο, αλλά από την άλλη και όπως είναι λογικό φοβούνται για τη ζωή τους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, καλό είναι να στρέφεται πλάι τους και να τους περιβάλλει με κατανόηση, στοργή, υπομονή αλλά και άπλετο θαυμασμό (Μιχαλοπούλου., 1998).

5.4.1 Αξιολόγηση του Δότη

1. Θετική έκβαση

2. επιπλοκές

α)απόρριψη. Εξαρτάται από τη σοβαρότητα της αντίδρασης. Παρέμβαση υποστηρικτική και όμοια με εκείνη της Ο.Ν.Α. με χρησιμοποίηση κορτικοστεροειδών και κυκλοσπορίνης. Μπορεί να είναι απαραίτητη η αιμοκάθαρση.

§ Εκτίμηση

-Ανορεξία, κακουχία

-Πυρετός, οίδημα και ευαισθησία στην περιοχή μεταμόσχευσης

-ελλάτωση ποσού ούρων

-αύξηση επιπέδων ουρίας και κρεατινίνης ορού

-υπέρταση

§ Παρέμβαση

-Αναγραφή και άμεση αναφορά σημείου

-βοήθεια αρρώστου με κατάθλιψη ως αντίδραση στην απόρριψη

β)αυτόματη ρήξη μοσχεύματος

γ)υποτροπή της πρωτοπαθούς νεφρικής νόσου στο μόσχευμα (π.χ.σπειραματονεφρίτιδα) (Σαχίνη- Καρδάση και Πάνου., 2000).

5.5 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΔΟΤΗ - ΛΗΠΤΗ

Η προετοιμασία του αρρώστου το απόγευμα της προηγούμενης μέρας περιλαμβάνει:

1. Ετοιμασία δέρματος. Στη μονάδα μεταμόσχευσης νεφρού απαιτείται λουτρό καθαριότητας τοπικά στην περιοχή της κοιλιάς με αντισηπτική σαπουνούχο ουσία και καλή αποτρίχωση με ξυραφάκι. Ο νοσηλευτής εξηγεί στο δότη και στο λήπτη τη διαδικασία ετοιμασίας δέρματος.
2. Ετοιμασία γαστρεντερικής οδού. Αυτή επιτυγχάνεται με δύο καθαρτικούς υποκλυσμούς, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος 6 ώρες προ της εγχειρήσεως. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέως εντέρου. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών στο δότη και στο λήπτη νεφρικού μοσχεύματος.
3. Αιμοκάθαρση. Οι υποψήφιοι λήπτες χρειάζονται μια επιπλέον αιμοκάθαρση, όταν έχουν περάσει περισσότερες από 24 ώρες

από την προηγούμενη αιμοκάθαρση και όταν υπάρχει υπερκαλιαιμία ή υπερφόρτωση από υγρά.

4. Προνάρκωση. Καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Ο νοσηλευτής πρέπει να δώσει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και στην καθορισμένη ώρα. Εξασφαλίζει στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Μετά την προνάρκωση δεν επιτρέπει επισκέπτες στο δωμάτιο (www.Transplation.gr, 2007).

5.6 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ ΔΟΤΗ- ΛΗΠΤΗ

Το πρωί της ημέρας του χειρουργείου ο νοσηλευτής συμπληρώνει την προεγχειρητική ετοιμασία του υποψηφίου δότη και του υποψηφίου λήπτη νεφρικού μοσχεύματος.

- ✓ Καταγράφει τα ζωτικά του σημεία.
- ✓ Επισκοπεί το εγχειρητικό πεδίο για ολοκλήρωση της προετοιμασίας τους.
- ✓ Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης του δότη.
- ✓ Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα, τα καταγράφει και τα παραδίδει για φύλαξη.
- ✓ Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες.
- ✓ Αφαιρεί το χρώμα από βαμμένα νύχια.

- ✓ Χορηγεί τα καθορισμένα προαναισθητικά φάρμακα την καθορισμένη ώρα.
- ✓ Φορεί την κατάλληλη ενδυμασία χειρουργείου (ποδονάρια, μπλούζα, σκούφο).
- ✓ Τοποθετεί ενδοφλέβιο καθετήρα στο δότη και στο λήπτη για την χορήγηση ενδοφλεβίων φαρμάκων.

Ο δότης και ο λήπτης πριν το χειρουργείο λαμβάνουν πρώτη δόση ενδοφλέβιας αντιβίωσης, η οποία θα συνεχιστεί και στο χειρουργείο για άλλες 2 δόσεις. Η αντιβίωση συνεχίζεται μόνο αν οι ασθενείς παρουσιάζουν μετεγχειρητική επιπλοκή.

Ο λήπτης πριν το χειρουργείο, ξεκινά ανοσοκατασταλτική αγωγή. Ο νεφρολόγος ιατρός καθορίζει τη δόση και το σχήμα των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Τα ανοσοκατασταλτικά σχήματα που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι:

- Κορτιζόνη – mycophenolate mofetil
(Cell – cept)- Κυκλοσπορίνη- A (Neoral)
- Κορτιζόνη -(Cell – cept)- tacrolimus (prograf)
- Κορτιζόνη -(Cell – cept)- ραπαμυκίνη- (sicrolimug)

Στα παραπάνω σχήματα ανοσοκαταστολής προστίθενται και άλλα 2 φάρμακα, daclizumab (zenapax), basiliximab (simulect).

Ο ιατρός καθορίζει ποιο από τα δυο φάρμακα θα χορηγήσει στον ασθενή (Παπαδημητρίου., 2003).

5.7 ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΔΟΤΗ-ΛΗΠΤΗ

Οι νοσηλευτές μετά την αποχώρηση του δότη και του λήπτη για το χειρουργείο φροντίζει να τακτοποιήσει τα εξής:

Α. Στρώνει τα κρεβάτια με τέτοιο τρόπο ώστε να διευκολύνει τη μεταφορά των ασθενών από το φορείο σε αυτά.

Β. Τοποθετεί χάρτινες σακούλες στο επάνω πλάγιο χείλος των στρωμάτων.

Γ. Τοποθετεί σε κάθε κομοδίνο των ασθενών ένα ποτήρι με δροσερό νερό, νεφροειδές, χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκια.

Δ. Βεβαιώνεται για την καλή καθαριότητα του θαλάμου.

Ε. Στο κάτω μέρος του κρεβατιού του λήπτη τοποθετείται ειδικό διάγραμμα, στο οποίο αναγράφεται ωριαία μέτρηση προσλαμβανόμενων υγρών και αποβαλλόμενων και Ζ.Σ.

Ζ. Ετοιμάζεται και τοποθετεί τον ειδικό δίσκο στο θάλαμο του λήπτη νεφρικού μοσχεύματος. Αυτός ο δίσκος περιέχει:

§ Σύριγγες

§ Βελόνες

§ Τολύπια από βαμβάκι

§ Θερμόμετρο

§ Ορούς (1000 cc Dextrose 5%, 1000 cc Normal S.)

§ Μάσκα Venturi

§ Συσκευές μικροσταγόνων

§ Απλές συσκευές ορού

§ Οινόπνευμα (Σαχίνη –Καρδάση και Πάνου., 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

6.1 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑΝΟ- ΠΤΩΜΑΤΙΚΟ ΔΟΤΗ

Η λήψη του νεφρικού μοσχεύματος από τον πτωματικό δότη και ιδιαίτερα από ζώντα δότη είναι ίσως το δυσχερέστερο έργο της μεταμόσχευσης. Απαιτείται λεπτομερής παρασκευή του νεφρού, των αγγείων και ιδιαίτερα του ουρητήρα, ώστε να διατηρηθούν απολύτως ακέραια και χωρίς θρόμβωση τα τροχοφόρα αγγεία του, που πορεύονται παράλληλα με αυτόν. Η κάκωση της νεφρικής αρτηρίας ή της νεφρικής φλέβας προδιαθέτει σε επιπλοκές όπως η θρόμβωση ,η δημιουργία ανευρύσματος, η στένωση κ.λ.π., ενώ η καταστροφή των αγγείων του ουρητήρα έχει ως συνέπεια επισφαλή κύστεο - ουρητηρική αναστόμωση.

Θα πρέπει να υπογραμμισθεί η μεγάλη σημασία της ενδοφλεβίου χορηγήσεως υγρών στον δότη (σε ζώντα δότη) και της προκλήσεως ικανής διουρήσεως πριν δοθεί αναισθησία. Εάν η αναισθησία αρχίσει πριν έχουμε διούρηση τότε η εκρινόμενη αντιδιουρητική ορμόνη (ADH) μπορεί να την εμποδίσει.

A. Λήψη από ζώντα δότη

Δέκα περίπου ώρες πριν από την εγχείρηση, χορηγούνται στο δότη 1-2 λίτρα Dextrose 5% με σκοπό την ενυδάτωση του και λίγο πριν απ' την αφαίρεση του μοσχεύματος χορηγούνται 100-150 ml Mannitol 20%. Η προσπέλαση γίνεται εξωπεριτοναϊκά με τη συνήθη πλάγια οσφυϊκή τομή.

Ιδιαίτερα προσοχή καταβάλλεται για τη σχολαστική παρασκευή των νεφρικών αγγείων και του ουρητήρα. Όταν ο λήπτης έχει προετοιμασθεί και μπορεί να δεχθεί το μόσχευμα, απολινώνεται και τέμνεται ο ουρητήρας στο σημείο που διασταυρώνεται με τα λαγόνια αγγεία, απολινώνεται η νεφρική αρτηρία όσο το δυνατό πλησιέστερα προς την αορτή και η νεφρική φλέβα στο σημείο της συμβολής της με την κάτω κοίλη φλέβα. Σε περίπτωση εκτομής του αριστερού νεφρού είναι απαραίτητη η απολίνωση της σπειραματικής ή ωθηκικής φλέβας, που όπως είναι γνωστό, εκβάλλει στην αριστερή νεφρική φλέβα. Μετά την αφαίρεση επακολουθεί η έκπλυση του μοσχεύματος με ένα από τα γνωστά διαλύματα, όπως είναι το διάλυμα Collins ή το διάλυμα Wisconsin (UW). Στη συνέχεια και ενώ το νεφρικό μόσχευμα βρίσκεται μέσα σε παγωμένο ηλεκτρολυτικό διάλυμα, γίνεται παρασκευή των νεφρικών αγγείων και αφαίρεση του περινεφρικού λίπους. Ακολούθως ο νεφρός μεταφέρεται στην χειρουργική αίθουσα που είναι ήδη έτοιμος ο λήπτης και τοποθετείται στην κοίτη του λαγόνιου βόθρου του λήπτη.



Εκπλοση του νεφρικού μοσχεύματος. Η νεφρική αρτηρία εκπλένεται με υγρό και το έκπλυμα εξέρχεται από τη νεφρική φλέβα.



Νεφρικό μόσχευμα έτοιμο προς μεταμόσχευση. Διακρίνονται η νεφρική αρτηρία, η έξω νεφρική φλέβα και ο ουρητήρας.

B. Λήψη από πτωματικό δότη

Η λήψη από τον πτωματικό δότη είναι περισσότερο ευχερής, όπως είναι ευνόητο. Ωστόσο επιβάλλεται η ταχεία παρασκευή και λήψη του μοσχεύματος μέσα σε χρονικό διάστημα μισής ώρας από την παύση της κυκλοφορίας για να προληφθεί ο κίνδυνος ανεπανόρθωτων ισχαιμικών παθολογοανατομικών αλλοιώσεων.

Περιοχές που χρησιμοποιούνται είναι η εγκάρσια διακοιλιακή και η κάθετη υπεριπομφάλια. Ο νεφρός αφαιρείται μετά από διατομή του ουρητήρα στο ύψος των λαγόνιων αγγείων και εκτέμνεται η νεφρική αρτηρία και φλέβα μαζί με μικρό τμήμα της αορτής και της κάτω φλέβας. Επειδή στον πτωματικό δότη δεν υπάρχει η δυνατότητα να γίνει η αγγειογραφία των νεφρικών αγγείων, πριν από την λήψη του μοσχεύματος επιβάλλεται η προσεκτική παρασκευή τους επειδή σε αναλογία 25% των περιπτώσεων υπάρχουν 2, 3 ή και περισσότερες νεφρικές αρτηρίες ή

φλέβες που εκφύονται μεμονωμένες από την αορτή ή εκβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα. Μετά την αφαίρεση των νεφρών γίνεται έκπλυση αυτών με το ειδικό ηλεκτρολυτικό διάλυμα και στη συνέχεια οι 2 νεφροί τοποθετούνται ξεχωριστά σε αποστειρωμένους σάκους οι οποίοι παρέχουν παγωμένο ηλεκτρολυτικό διάλυμα και φυλάσσονται μέσα σε ειδικά ψυγεία σε θερμοκρασία 4°C μέχρι την ώρα της μεταμόσχευσης.



Τοποθέτηση νεφρών σε αποστειρωμένους σάκους που περιέχουν ηλεκτρολυτικό διάλυμα.

Σε ορισμένα μεταμοσχευτικά κέντρα τα νεφρικά μοσχεύματα συντηρούνται σε ειδικές μηχανές όπου γίνεται συνεχής διήθηση με ειδικό ηλεκτρολυτικό διάλυμα, μέχρι την ώρα της μεταμόσχευσης.

6.2 ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Είναι σαφές ότι η πρόοδος των μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων ιστορικά οφείλεται σε τρεις λόγους :

- 1) Την ανάπτυξη των χειρουργικών τεχνικών για την πραγματοποίησή τους.
- 2) Την ανάπτυξη της δυνατότητας για συντήρηση των μοσχευμάτων.
- 3) Η αντιμετώπιση της απόρριψης (Κωστάκης., 2004).

ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

1) ΘΕΡΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ

Η θερμή ισχαιμία είναι αυτή που συμβαίνει πριν το όργανο ψυχθεί. Το χρονικό διάστημα από τον αποκλεισμό του αγγειακού μίσχου μέχρι την έναρξη ψύξης του νεφρού ορίζεται ως ο χρόνος θερμής ισχαιμίας. Στην περίπτωση της πτωματικής μεταμόσχευσης από δότη με παύση της καρδιακής λειτουργίας, μέχρι τη ψύξη του μοσχεύματος. Όταν η λήψη των μοσχευμάτων γίνεται από εγκεφαλικά νεκρό δότη με υποστηριζόμενη αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία, η ψύξη των μοσχευμάτων αρχίζει αμέσως και ο χρόνος θερμής ισχαιμίας είναι μηδέν. Παρατεταμένη θερμή ισχαιμία προκαλεί μεγάλη πτώση των αδενινονουκλεοτίδων του κυττάρου με αποτέλεσμα την αδυναμία παροχής ενέργειας κατά τη ψυχρή ισχαιμία. Θερμή ισχαιμία μικρότερης διάρκειας από μια ώρα προκαλεί βλάβη νεφρού που είναι ανατάξιμη. Το πρόβλημα της ισχαιμικής βλάβης του νεφρού παρατηρείται συνήθως σε πτωματικές μεταμοσχεύσεις και αυτό οφείλεται στον παρατεταμένο χρόνο θερμής ή ψυχρής ισχαιμίας ή και των δυο. Αυτό συμβαίνει κυρίως στις περιπτώσεις όπου για τη διαπίστωση του θανάτου απαιτείται παύση της καρδιακής λειτουργίας, που συνήθως ακολουθεί την κατάργηση της αναπνοής.

2) ΨΥΧΡΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ

Η μεταβολική δραστηριότητα των νεφρικών κυττάρων και η κατανάλωση ενέργειας συνεχίζεται, έστω και σε μικρό βαθμό, ακόμη και όταν η θερμοκρασία είναι 0° C. Αυτό οδηγεί σε κατανάλωση ενέργειας και σε ελάττωση των επιπέδων των αδενινονουκλεοτίδων των κυττάρων, ώστε πέρα από ένα χρονικό όριο να είναι αδύνατη η διατήρηση της βιωσιμότητας του οργάνου. Η υπερκατάψυξη παρεγγυματωδών οργάνων όπως είναι το ήπαρ, η καρδιά, ο νεφρός, παρουσιάζει μεγάλες δυσκολίες, διότι κατά τη βαθμιαία απόψυξη προκαλείται κρυσταλλοποίηση των

συστατικών του κυτταρικού πρωτοπλάσματος και καταστροφή των κυττάρων. Στην κλινική πράξη η θερμοκρασία που θεωρείται ιδανική για τη διατήρηση της ακεραιότητας του νεφρικού κυττάρου είναι η θερμοκρασία μεταξύ 4 και 10⁰ C.

Διαδικασία ψύξης

Η διαδικασία με τον οποίο ψύχεται ο νεφρός επηρεάζει πολύ την επιβίωση του. Η ταχεία ψύξη προκαλεί επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας που οφείλεται στη καταστροφή ενζυμικών συστημάτων και στις αλλοιώσεις των λιπιδίων της κυτταρικής μεμβράνης. Στην κλινική πράξη θεωρείται σκόπιμη η βραδεία και προοδευτική μείωση της θερμοκρασίας του νεφρού. Η συντήρηση των νεφρών μπορεί να γίνει με απλή επιφανειακή ψύξη, με απλή αρχική ψυχρή έκπλυση και υποθερμική συντήρηση και υποθερμική έγχυση (Βεργούλας., 2000).

ΤΡΟΠΟΣ ΨΥΞΗΣ

Απλή επιφανειακή ψύξη

Κατά τη μέθοδο αυτή ο νεφρός αμέσως μετά την αφαίρεσή του τοποθετείται μέσα σε ψυχρό διάλυμα (συνήθως φυσιολογικό ορό) και διατηρείται στους 4⁰ C. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατή η συντήρηση του νεφρού για διάστημα 5-12 ωρών. Η μέθοδος εφαρμόστηκε τη δεκαετία του 1960 σε πτωματικές μεταμοσχεύσεις ανθρώπου, αλλά τα αποτελέσματά της δεν ήταν ικανοποιητικά. Βασικά μειονεκτήματα της μεθόδου είναι η καθυστερημένη και ανομοιόμορφη ψύξη της μυελώδους μοίρας του νεφρού και η κατακράτηση αίματος μέσα στο αγγειακό δίκτυο που προκαλεί σχηματισμό θρόμβων και έκλυση αγγειοσυσπαστικών ουσιών. Η μέθοδος αυτή λόγω των μειονεκτημάτων της δε χρησιμοποιείται πλέον.

Αρχική έκπλυση και υποθερμική συντήρηση

Η μέθοδος αυτή αποτελεί τροποποίηση της προηγούμενης. Μετά τη νεφρεκτομή ο νεφρός ψύχεται με συνδυασμό εξωτερικής ψύξης και σύντομης έκπλυσης του αγγειακού του δικτύου με ψυχρό διάλυμα με τη βοήθεια βαρύτητας. Με τη μέθοδο αυτή επιτυγχάνεται γρήγορη και ομοιόμορφη ψύξη του νεφρού και απομάκρυνση των συστατικών του αίματος. Η έκπλυση σταματά όταν το έκπλυμα που βγαίνει από τις φλέβες γίνει διαυγές. Στη συνέχεια ο νεφρός τοποθετείται σε αποστειρωμένο πλαστικό σάκο που περιέχει ψυχρό διάλυμα έκπλυσης. Ο σάκος τοποθετείται σε δοχείο που περιέχει υγρό και κομμάτια πάγου. Με τον τρόπο αυτό ο νεφρός μπορεί να μεταφερθεί σε μεγάλες αποστάσεις.

Συνεχείς υποθερμική έγχυση

Η χρήση της μεθόδου αυτής υποχώρησε κάπως με την εμφάνιση αποτελεσματικών μεθόδων συντήρησης των νεφρών με απλή αρχική έκπλυση και αποθήκευση στους 4⁰ C, για να επανέλθει πρόσφατα στην επικαιρότητα, δεδομένου ότι η πολιτική περιορισμού του κόστους των μεταμοσχεύσεων καθιστά επιτακτική τη χρήση μοσχευμάτων που δε θα λειτουργήσουν αμέσως, καθιστά επιτακτική τη χρήση μοσχευμάτων που δε θα λειτουργήσουν αμέσως, καθώς και τη χρήση οριακών νεφρών, όπως αυτών που προέρχονται από πτωματικούς δότες στους οποίους δε λειτουργεί πλέον το κυκλοφορικό σύστημα, και των οποίων η βιωσιμότητα δεν είναι δεδομένη. Με τη μέθοδο αυτή το νεφρικό μόσχευμα, αφού υποβληθεί σε αρχική έκπλυση με ενδοκυττάριο διάλυμα, συντηρείται σε ειδικό μηχάνημα. Η νεφρική αρτηρία συνδέεται με κλειστό κύκλωμα που εξασφαλίζει με τη βοήθεια αντλίας συνεχή έκπλυση του αγγειακού δικτύου του νεφρού με ειδικό υποθερμικό διάλυμα. Με τον τρόπο αυτό παρέχονται συνεχώς θρεπτικά υλικά και οξυγόνο, απομακρύνονται τα διάφορα μεταβολικά προϊόντα και υπάρχει δυνατότητα να ρυθμίζει το pH κατά τη διάρκεια της συντήρησης.

Επιλογή της μεθόδου συντήρησης

Έχει γίνει σαφές σε όλους ότι ένας από τους τρεις πλέον σημαντικούς παράγοντες που καθορίζουν την ετήσια επιβίωση των μοσχευμάτων είναι η ποιότητα των μοσχευμάτων τη στιγμή της μεταμόσχευσης. Τα πλεονεκτήματα της μεταμόσχευσης καλά συντηρημένων νεφρικών μοσχευμάτων είναι η άμεση λειτουργία, η ελαττωμένη ανάγκη για αιμοκάθαρση και το χαμηλότερο κόστος νοσηλείας. Η καθυστερημένη έναρξη λειτουργίας του μοσχεύματος συνδυάζεται με φτωχότερη μακροχρόνια επιβίωση. Η κακή συντήρηση των μοσχευμάτων μπορεί να προκαλέσει την έναρξη οξείας απόρριψης. Πιθανόν οι μεταμοσχεύσεις από μη συγγενή ζώοντα δότη έχουν καλύτερη επιβίωση, επειδή η συντήρηση των μοσχευμάτων είναι πολύ καλύτερη από αυτή των πτωματικών. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες οι νεφροί που συντηρούνται σε μηχανήμα παρουσιάζουν 10% υψηλότερο ποσοστό άμεσης λειτουργίας (πρώτη εβδομάδα) από τους νεφρούς που έχουν συντηρηθεί σε θρυμματισμένο πάγο μετά από αρχική έκπλυση. Όσον αφορά την επιβίωση των μοσχευμάτων τον πρώτο χρόνο, δεν υπάρχει ομοφωνία. Συντήρηση πέραν των 30 ωρών, έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν γίνεται με μηχανική έγχυση, τόσο όσο αφορά την άμεση λειτουργία των μοσχευμάτων όσο και την ετήσια επιβίωση τους. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία όλοι οι νεφροί από πτωματικό δότη θα πρέπει να τοποθετούνται σε μηχανήμα συντήρησης μοσχευμάτων (Βεργούλας., 2000).

6.3 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο ρόλος του αναισθησιολόγου στις μεταμοσχεύσεις οργάνων είναι τετραπλός:

1. Συμμετέχει στην ομάδα των γιατρών που δεν ανήκουν στη μεταμοσχευτική ομάδα, για την τεκμηρίωση του εγκεφαλικού θανάτου και την αξιολόγηση του πιθανού δότη.
2. Συμμετέχει ενεργώς κατά την επέμβαση στο δότη, όπου χάρις στην ιδιαίτερη αναισθησιολογική φροντίδα θα εξασφαλισθεί η καρδιοκυκλοφορική σταθερότητα και η τεχνητή υποστήριξη της αναπνοής, που είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη διατήρηση στη ζωή και βελτίωση της ποιότητας των προς λήψη οργάνων.
3. Είναι υπεύθυνος για τη χορήγηση αναισθησίας στο λήπτη, κατά τη διάρκεια της μεταμοσχεύσεως του νέου οργάνου, αναλαμβάνοντας υπευθύνως τη διατήρηση της φυσιολογικής ομοιοστάσεως και τη διόρθωση των διαταραχών της, σε όλες τις δραματικές φάσεις της επεμβάσεως και προεγχειρητικώς.
4. Χορηγεί αναισθησία σε μεταμοσχευμένους ασθενείς που χορηγούνται για άλλη επέμβαση εκτός της μεταμοσχεύσεως, όπως π.χ. ορθοπεδική, γενική χειρουργική, Ω.Ρ.Λ. κ.λ.π.

Η προεγχειρητική αξιολόγηση του υποψηφίου λήπτη γίνεται κατά συστήματα, αναζητώντας τις παθοφυσιολογικές επιπτώσεις της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας του τελικού σταδίου. Η κάθαρση θα προηγηθεί της επεμβάσεως. Συνήθως υπάρχει αναιμία και η ελάχιστη αποδεκτή τιμή της αιμοσφαιρίνης (Hb) κυμαίνεται σε 5-8 mg/Dl. Αυξημένη κρεατινίνη > 6 mg/Dl συνδυάζεται με διαταραχές πήκτικότητας που πρέπει να διερευνώνται.

Η ιδανική από του στόματος προνάρκωση περιλαμβάνει βενζοδιαζεπίνη, ρανιτιδίνη και τη συνήθη αντιυπερτασική αγωγή. Τα αντιχολινεργικά αποφεύγονται γιατί προκαλούν γαστροπάρεση.

Αναισθησία : η πρόσφατη λήψη τροφής ή κυκλοσπορίνης με τη μορφή σοκολατούχου ροφήματος αποτελούν ενδείξεις για ταχεία ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Η αναισθητική μέθοδος εκλογής είναι η ισορροπημένη αναισθησία με τιτλοποιημένες δόσεις ετομιδάτης, μιδαζομάλης και οπιοειδών. Από τα μυοχαλαρωτικά περισσότερο ασφαλή θεωρούνται το ατρακούριο και cis-ατρακούριο, λόγω του μεταβολισμού τους με την αντίδραση κατά Hoffman. Η συντήρηση της αναισθησίας θα γίνει με συνεχή στάγδην έγχυση προποφόλης ή πτητικού αναισθητικού, χωρίς να υπάρχει υπεροχή σε κάποιο. Καλό θα είναι να αποφεύγονται τα πτητικά αναισθητικά στους χρόνιους νεφροπαθείς, στους οποίους συνυπάρχει ισχαιμία μυοκαρδίου ή δυσλειτουργία των κοιλιών.

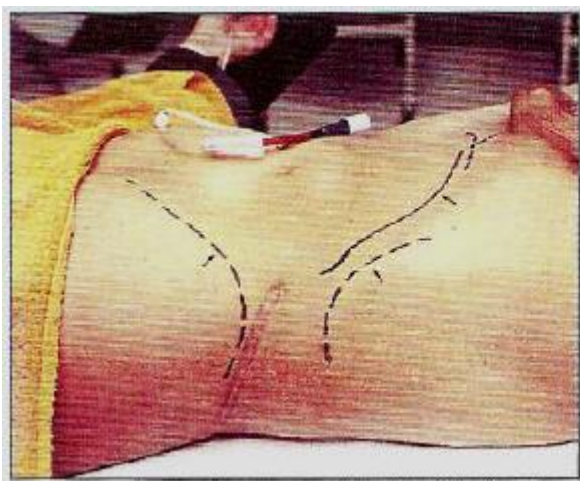
Περίπου 30 λεπτά πριν την επαναιμάτωση πρέπει να αρχίζει η χορήγηση μανιτόλης. Βασική προϋπόθεση για τη λειτουργία του μοσχεύματος είναι η εξασφάλιση επαρκούς νεφρικής αιματικής ροής, η οποία εξαρτάται κυρίως από τον κυκλοφορούντο όγκο αίματος και την αρτηριακή πίεση κατά την επαναιμάτωση. Ο επιθυμητός βαθμός ενυδάτωσης συσχετίζεται με την επάρκεια της καρδιακής λειτουργίας και το βαθμό πληρώσεως των καρδιακών κοιλοτήτων. Πρακτικώς αξιολογείται ελέγχοντας το βαθμό πτώσεως της αρτηριακής πίεσεως κατά την εισαγωγή στην αναισθησία και μετρώντας την Κεντρική Φλεβική Πίεση (ΚΦΠ). Η ενυδάτωση γίνεται με φυσιολογικό ορό και όταν έχουν ήδη χορηγηθεί 40-90 ml/kg συνίσταται να γίνεται έγχυση λευκοματίνης 5%. Η ενυδάτωση θεωρείται επαρκείς όταν η ΚΦΠ είναι μεταξύ 12-14 mm/Hg. Σε περίπτωση βρεφών ή νηπίων που μεταμοσχεύονται με νεφρούς ενηλίκων απαιτούνται ιδιαίτερος λεπτοί χειρισμοί, δεδομένου ότι το σώμα του λήπτη έχει κυκλοφορούντο όγκο αίματος 0,4-0,8 L και "υποχρεώνεται" να δεχθεί το μόσχευμα με αιματική ροή 0,5 L/min. Όταν ολοκληρωθεί η

φόρτιση με υγρά και αμέσως πριν ο χειρουργός προχωρήσει στην επαναγγείωση του ισχαιμικού μοσχεύματος, ελαττώνεται η συγκέντρωση του πτητικού αναισθητικού κατά 50% (Παπαδημητρίου., 2003).

6.4 ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

Η τεχνική της μεταμοσχεύσεως του νεφρού έχει από πολλά χρόνια εμπεδωθεί. Πιθανές διαφορές που υπάρχουν μεταξύ διαφόρων κέντρων, μάλλον είναι θέμα επιλογής και συνήθειας.

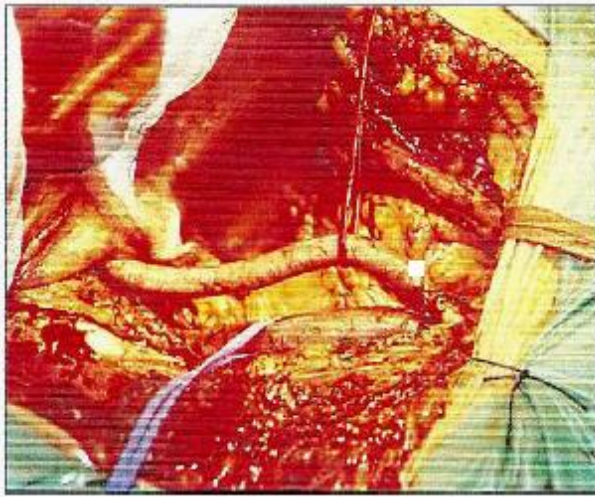
Η χειρουργική τεχνική περιλαμβάνει τις αναστομώσεις της νεφρικής αρτηρίας και φλέβας και του ουρητήρα. Αρχικός εκτελείται εξωπεριτοναϊκή τομή κατά Alexander. Η τομή αυτή σέβεται τους ιστούς και δίδει μεγάλο χώρο για τους χειρισμούς και την τελική τοποθέτηση του μοσχεύματος (Παπαδημητρίου., 2003).



Λήπτης έτοιμος για την έναρξη της μεταμόσχευσης.

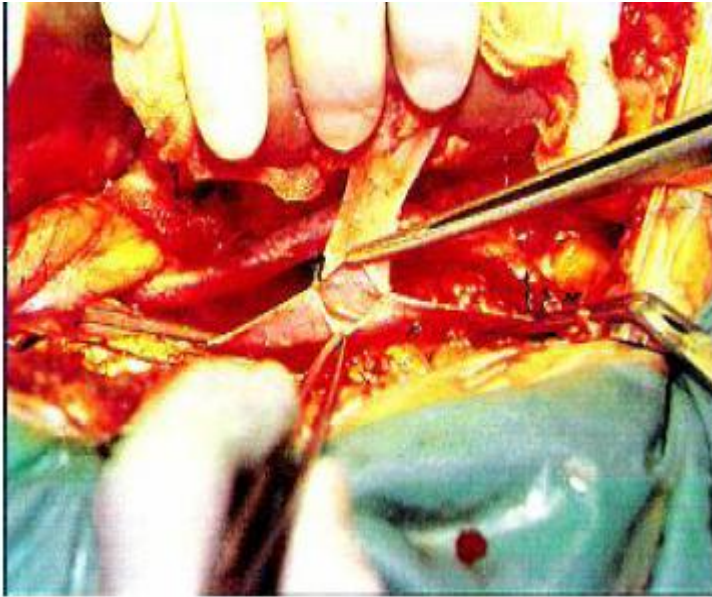
Στη συνέχεια απολινώνονται τα κάτω επιγάστρια αγγεία και παρασκευάζεται ο σπειραματικός τόνος ή ο στρογγυλός σύνδεσμος της μήτρας που συνήθως διατέμνεται. Διανοίγεται το κοιλιακό τοίχωμα και αποκολλάται το περιτόναιο ώστε να εμφανιστούν τα λαγόνια αγγεία και η ουροδόχος κύστη. Παρασκευάζεται η κοινή, η έσω και η έξω λαγόνιος αρτηρία και φλέβα, περίπου μέχρι το ύψος του βουβωνικού συνδέσμου.

Κατά τη διάρκεια της παρασκευής των αγγείων αυτών καταβάλλεται ιδιαίτερη προσοχή για τη λεπτομερή και πλήρη απολίνωση των λεμφικών αγγείων, ώστε να αποφευχθεί η δημιουργία λεμφοκήλης.

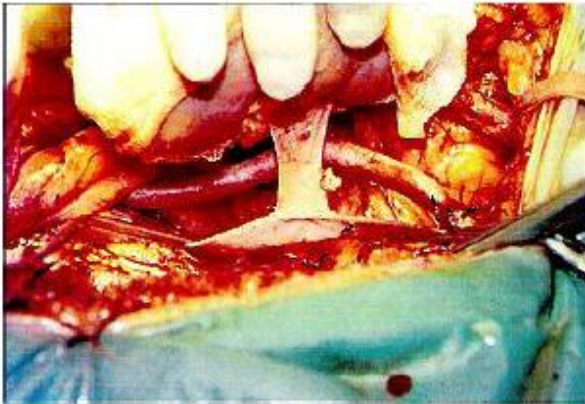


Διακρίνονται παρασκευασμένα τα λαγόνια αγγεία, η έξω λαγόνιος αρτηρία και η έξω λαγόνιος φλέβα.

Τοποθετείται το μόσχευμα στην κοίτη όπου θα παραμείνει και αναστομώνεται πρώτα η νεφρική φλέβα τελικό-πλάγια με την έξω λαγόνιο φλέβα και στη συνέχεια η νεφρική αρτηρία με την έξω ή τελικά με την έσω λαγόνιο αρτηρία. Εφαρμόζεται συνεχής ραφή, με ράμμα Prolene 5/0 (Κωστάκης., 2004).



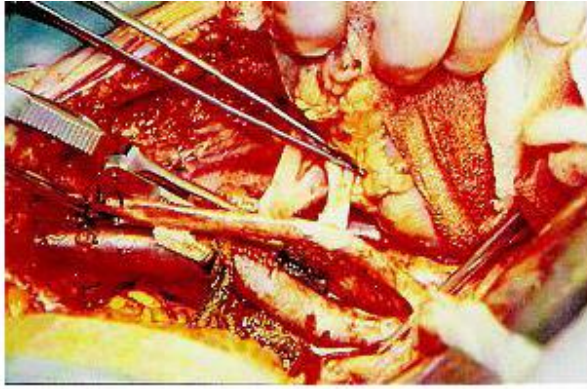
Διακρίνεται η αναστόμωση νεφρικής λαγόνιου φλέβας.



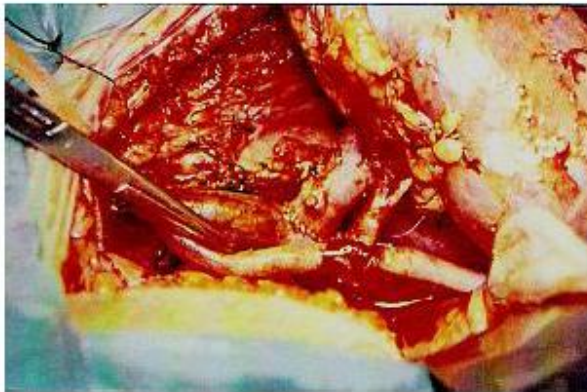
Τελειωμένη η φλεβική αναστόμωση.



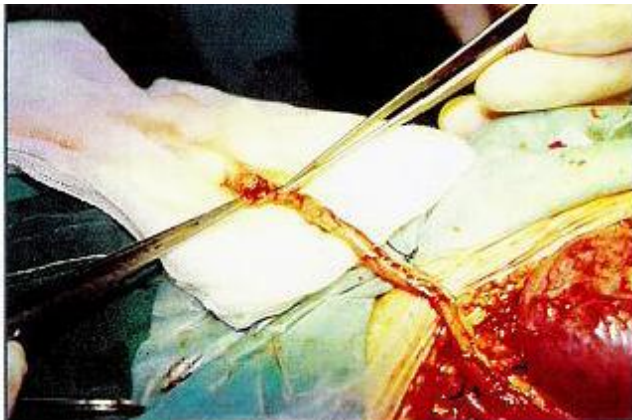
Έναρξη αναστόμωσης νεφρικής-λαγόνιου αρτηρίας.



Τελειωμένη η αρτηριακή αναστόμωση.



Διακρίνεται το νεφρικό μόσχευμα μετά την αφαίρεση των αγγειολαβίδων και την επαναιμάτωση του. Απεικονίζονται επίσης οι δύο αγγειακές αναστομώσεις.



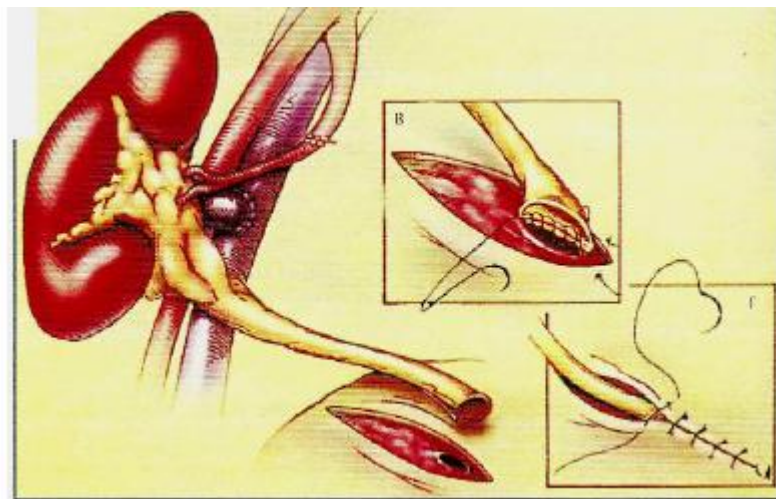
Διακρίνονται οι πρώτες σταγόνες ούρων που εξέρχονται από τον ουρητήρα του νεφρικού μοσχεύματος, μετά την επαναγγείωση του.

Ο δυσχερέστερος χρόνος της εγχειρήσεως είναι η κύστεο-ουρητηρική αναστόμωση. Μετά από πλήρωση της ουροδόχου κύστεως με διάλυμα νεομικίνης σε φυσιολογικό ορό, τέμνεται με λεπτό μαχαιρίδιο ο μυϊκός χιτώνας και αποκαλύπτεται ο βλεννογόνος σε μήκος 1,5-2 cm και με ράμμα PDS- 5/0 αναστομώνεται με συνεχή ραφή.



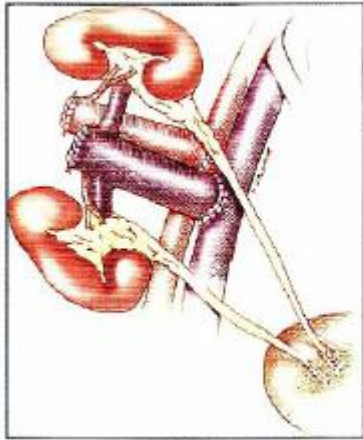
Διακρίνεται η κύστεο-ουρητηρική αναστόμωση τελειωμένη και από κάτω τα λαγόνια αγγεία

Πρέπει να καταβάλλεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε η αναστόμωση να είναι υδατοστεγής, χωρίς όμως να δημιουργείται ισχαιμία στο σημείο ραφής. Μετά τη συμπλήρωση της κύστεο-ουρητηρικής αναστόμωσης διαπερνώνται 2-3 ραφές από ράμμα Vigril 3% δια του μυϊκού χιτώνα και κύστεως και ενταφιάζεται το τμήμα της αποστόμωσης.



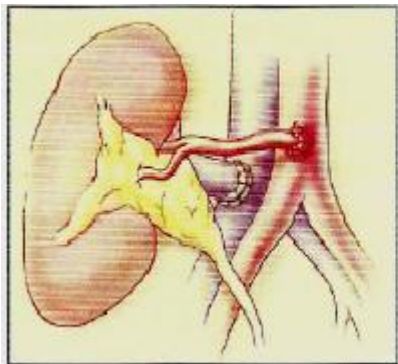
Σχηματική παράσταση της κύστεο-ουρητηρικής αναστόμωσης (Α ,Β).
Ενταφιασμός της Αναστόμωσης (Γ).

Στις παιδιατρικές νεφρικές μεταμοσχεύσεις, η νεφρική αρτηρία και η νεφρική φλέβα μπορούν να αναστομωθούν με την αορτή και την κάτω κοίλη φλέβα.



En "block" μεταμόσχευση δύο παιδικών νεφρών σε ενήλικα.

Όταν τα νεφρά προέρχονται από μικρό παιδί και μεταμοσχεύονται σε μεγάλο παιδί ή ενήλικα, συνήθως μεταμοσχεύονται και τα δύο νεφρά 'en block' και ως αγγειακά μοσχεύματα χρησιμοποιούνται τα αντίστοιχα τμήματα της αορτής και της κάτω κοίλης φλέβας τα οποία αναστομώνονται με τα νεφρικά αγγεία.



Αναστόμωση των νεφρικών αγγείων με την αορτή και την κάτω κοίλη φλέβα.

Ακολουθεί σχολαστική αιμόσταση, παροχέτευση της κοίτης με αεροστεγή σωλήνα και σύγκλειση του τραύματος. Αμέσως μετά τη μεταμόσχευση, μπορεί να γίνει σπινθηρογράφημα, όπου απεικονίζεται ο μεταμοσχευμένος νεφρός με την ουροδόχο κύστη. Ο μεταμοσχευμένος νεφρός προσλαμβάνει και απεκκρίνει το ραδιενεργό φάρμακο στην ουροδόχο κύστη (Κωστάκης., 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

7.1 ΑΜΕΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη ανάρρωση του. Με την επάνοδό τους, στο θάλαμο ο δότης και ο λήπτης, φέρουν ρινογαστρικό σωλήνα, ουροκαθετήρα, καθετήρα παροχέτευσης τραύματος και φλεβοκαθετήρες για τη χορήγηση υγρών (Μαλγαρίνου., 1995).

Ο νοσηλευτής κατά την παραλαβή του αρρώστου από το χειρουργείο:

- Ελέγχει για πιθανό τραυματισμό ή μετακίνηση των καθετήρων κατά τη μεταφορά.
- Τοποθετεί προσεκτικά σε ύπτια θέση τον άρρωστο με το κεφάλι στο πλάι. Αυτή η θέση χρησιμοποιείται για διευκόλυνση αποβολής εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και απελευθέρωσης του αεραγωγού.
- Μετρά και καταγράφει τα ζωτικά σημεία.
- Μετρά και καταγράφει το ποσό των ούρων και ενημερώνει τον ιατρό, ώστε να χορηγήσει το κατάλληλο ποσό των υγρών ενδοφλεβίως (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου., 2000).

7.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΔΟΤΗ-ΛΗΠΤΗ

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΔΟΤΗ

Ο δότης παραλαμβάνεται από το χειρουργείο και γίνεται μέτρηση Α.Π. και σφίξεων ανά μια ώρα. Επίσης παρακολουθείται η παροχέτευση του τραύματος, καθώς και η ποσότητα των εκκρίσεων που βγάζει.

Στους δότες αυτούς από στατικά δεδομένα η έκβαση της επέμβασης κατά 98% είναι αίσια και επιτυχής.

Μετεγχειρητικά αντιμετωπίζουν μικρά προβλήματα πόνου, ενώ από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα αρχίζει η σίτιση του με ελαφρά γεύματα. Η πρόληψη των μολύνσεων είναι έργο του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς προσέχει κατά τη διάρκεια των αλλαγών του τραύματος να τηρείται ασηψία, ενώ φροντίζει να μην υπάρχουν μολυσματικές εστίες πλησίον του ασθενούς (άνθρωποι, αντικείμενα, κ.α).

Πολλοί δότες με την περάτωση της επέμβασης αρχίζουν να έχουν ψυχολογικά προβλήματα, τους καταλαμβάνει ανασφάλεια, ανησυχούν για την μετέπειτα ζωή τους και κλονίζονται ψυχολογικά.

Αυτό είναι βέβαια φυσιολογικό μια και πολλοί βλέποντας την τομή της επέμβασης έχοντας κάποιους αναμενόμενους πόνους και μένοντας στο κρεβάτι, με σωλήνες παροχέτευσης και ορό, κουράζονται και παρουσιάζουν συγκινησιακές διαταραχές συνειδητοποιώντας ότι είναι πια γεγονός ότι έχουν ένα νεφρό, αρχίζουν να ανησυχούν για τη ζωή τους και για τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν. Όλα αυτά το εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό τα βλέπει με υπομονή και φροντίζει με κάθε τρόπο να ανακουφίζει τον άρρωστο, να προλαμβάνει τις ανάγκες του, να απομακρύνει και να αποτρέπει οτιδήποτε θα τον ταλαιπωρήσει. Οφείλει να τον εμπυχώνει και να καθησυχάζει τις ανησυχίες του λύνοντας του όλες τις απορίες και τα προβλήματα που τον απασχολούν (Γιαννόπουλος., 1993).

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΛΗΠΤΗ

Μετά την πραγματοποίηση της νεφρικής μεταμόσχευσης ο δότης χρίζει ιδιαίτερης φροντίδας και εντατικής παρακολούθησης του άρτια εκπαιδευμένου και εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, στην μονάδα μεταμόσχευσης. Ο χώρος υποδοχής του δότη απαρτίζεται από τον βασικό και ειδικό εξοπλισμό:

Βασικός εξοπλισμός

- Ένα κρεβάτι στο οποίο έχει προσαρμοστεί στη βάση του με μια ηλεκτρονική ζυγαριά ακρίβειας.
- Ένα κομοδίνο. Πάνω σε αυτό βρίσκονται: ένα αποστειρωμένο τετράγωνο, ένα νεφροειδές, ένα ποτήρι με νερό, γλωσσοπίεστρα, μια σακούλα για τα άχρηστα και ότι περιέχει κάθε κομοδίνο χειρουργημένου.
- Μια ντουλάπα. Σ' αυτήν βρίσκεται το υλικό ιματισμού και κλινοσκεπάσματα
- Μια καρέκλα.

Ειδικός εξοπλισμός

- Μηχάνημα αιμοκάθαρσης.
- Μηχάνημα υπερήχων.
- Ηλεκτροκαρδιογράφος.
- Οξύμετρο.
- Monitor
- Γάντια και τετράγωνα αποστειρωμένα, σύριγγες, βελόνες, φλεβοκαθετήρες, γάζες, τολύπια βάμβακος, οινόπνευμα, συσκευές οξυγόνου, καθετήρες κύστεως folley, Betadine, ρινογαστρική σωλήνες (Levin), σετ αλλαγών. Επίσης τα ακόλουθα φάρμακα:

αντιυπερτασικά, παυσίπονα, αντιβιοτικά, διουρητικά,
καρδιοτονωτικά, ανοσοκατασταλτικά, ηρεμιστικά, θρομβολυτικά
(Μαλγαρίνου., 1995).

Πρέπει να αναφερθεί επίσης ότι ο θάλαμος καθώς και ο εξοπλισμός που βρίσκεται μέσα σε αυτόν έχουν απολυμανθεί από το ειδικό συνεργείο του νοσοκομείου.

Τέλος, για την διατήρηση της ασηψίας του χώρου υποδοχής του δότη, έξω από το δωμάτιο υπάρχει κρεμάστρα με αποστειρωμένες ρόμπες, μάσκες και ποδονάρια (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου., 2000).

7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΛΗΠΤΗ

Μετά την επέμβαση ο ασθενής μεταφέρεται στην αίθουσα ανάνηψης, στην οποία μπορεί να παραμείνει ως και 24 ώρες γεγονός το οποίο δείχνει την σπουδαιότητα της επέμβασης καθώς και την αναγκαιότητα για εντατική παρακολούθηση.

Στη συνέχεια, ο μεταμοσχευμένος μεταφέρεται στη μονάδα με τη συνοδεία χειρουργού και νοσηλεύτη.

Η παρακολούθηση του ασθενούς γίνεται από έναν και μόνο νοσηλεύτη σε κάθε βάρδια.

Οι ενέργειες που ακουθούνται είναι οι παρακάτω:

Û Τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι, σε αναπαυτική θέση. Στη συνέχεια μετράτε το βάρος του με την ηλεκτρονική ζυγαριά ακρίβειας και καταγράφεται στο ειδικό δελτίο νοσηλείας. Ο έλεγχος αυτός είναι πολύ ουσιαστικός. Για το λόγο αυτό το βάρος

ελέγχεται δυο φορές το 24ωρο. Αυτό που θα πρέπει να σημειωθεί είναι ότι η μέτρηση γίνεται με τα ίδια ρούχα και κλινοσκεπάσματα που έγινε την πρώτη φορά.

Û Σύνδεση με monitor για τη συνεχή παρακολούθηση των παραμέτρων οι οποίοι είναι: Α.Π., σφίξεις, και Κ.Φ.Π.

Û Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά ώρα ή ανά μισή ώρα ανάλογα με τις ιατρικές εντολές.

Û Ωριαία μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών για την διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Παρατηρείται εκτός από τον όγκο και η σύσταση τους.

Η ενέργεια αυτή καθώς και η λήψη των Ζ.Σ., αποτελούν το πιο αξιόπιστο κριτήριο στην πορεία της μεταμόσχευσης.

Û Έλεγχος παροχετεύσεων:

1) αν έχει τοποθετηθεί ρινογαστρικός σωλήνας, ελέγχεται και παρακολουθείται ως προς τη βατότητα, την ποσότητα και την ποιότητα των αποβαλλόμενων υγρών. Για τη διατήρηση της βατότητας, θα πρέπει να καθαρίζεται καθημερινά με μικρές ποσότητες NaCl 0,9%. Επίσης γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και των ρωθώνων.

2) έλεγχος κεντρικού υποκλειδίου καθετήρα Hickman, ο οποίος χρησιμεύει στην ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων. Μετά από κάθε χορήγηση, ενίονται στους αυλούς του καθετήρα 1cc μπλε ηπαρίνης των 5.000 I.U/ml μαζί με 3cc NaCl 0,9%. Στο σημείο εισόδου του καθετήρα γίνεται σχολαστική περιποίηση και αντισηψία με κρέμα Betadine και καλύπτεται με αποστειρωμένο τετράγωνο. Αυτή η ενέργεια γίνεται 2 φορές το 24ωρο.

3) παροχέτευση τραύματος. Γίνεται περιποίηση του τραύματος 2 φορές το 24ωρο με Betadine και φυσιολογικό ορό και τοποθέτηση κάθε φορά επιδεσμικού υλικού με άσηπτη τεχνική, ακόμη ελέγχεται η

παροχέτευση και αφαιρείται ύστερα από την εκτίμηση του χειρουργού.

4 ουροκαθετήρας *folley*. Ελέγχεται συστηματικά η θέση και η βατότητα του καθετήρα, καθώς και η σωστή λειτουργία του για την πρόληψη και αποφυγή μολύνσεων. Αυτό επιτυγχάνεται με άσηπτους χειρισμούς, χρήση αποστειρωμένων γαντιών, συνεχή φροντίδα καθώς και με συχνές αλλαγές. Ιδιαίτερη βαρύτητα μάλιστα δίδεται στην περιποίηση περινέου. Αφού αφαιρεθεί ο ουροκαθετήρας, ο ασθενής διδάσκεται να μετρά τα ούρα μόνος του και να ενημερώνει τον υπεύθυνο νοσηλευτή έτσι ώστε να τα καταγράψει στο ειδικό δελτίο μαζί με τα υπόλοιπα αποβαλλόμενα και προσλαμβανόμενα υγρά.

Û Έλεγχος της κατάστασης του τραύματος και παρακολούθηση του.

Û Έγκαιρη κινητοποίηση του ασθενή για τη διατήρηση της άριστης πνευμονικής λειτουργίας. Έτσι 24ώρες μετά την επέμβαση ο ασθενής σηκώνεται από το κρεβάτι. Όταν ο ασθενής είναι στο κρεβάτι μπορεί να γυρίζει στο χειρουργικό πλευρό. Επισημαίνουμε στον άρρωστο να αποφεύγει την καθιστή θέση για πολύ ώρα, γιατί μπορεί να αναδιπλωθεί ο ουρητήρας, να εξασκηθεί τάση στα σημεία αναστόμωσης και να περιστραφή το μόσχευμα (Μιχαλοπούλου., 1998).

Εργαστηριακός έλεγχος

Ο ασθενής υποβάλλεται στις ακόλουθες εργαστηριακές εξετάσεις

§ Γενική αίματος (έλεγχος επιπέδου κυκλοσπορίνης για τις 2 πρώτες εβδομάδες)

§ Γενική ούρων (ουρία και κρεατινίνη, βασικοί δείκτες για καλλιέργεια της νεφρικής λειτουργίας)

- § Υπερηχογράφημα
- § Ακτινογραφία θώρακος
- § Βιοψία νεφρού

Φαρμακευτική αγωγή

Τα φάρμακα που χορηγούνται στον μεταμοσχευθέντα είναι:

- § Ανοσοκατασταλτικά Sandium, Meural, Cymerene, Solu- Medrol I.V- Medrol P. Os Cell- Cept P. Os. Αυτά τα φάρμακα αποτελούν το βασικό σχήμα ανοσοκαταστολής.
- § Αντιβιοτικά : Ciproxin 1 x 2 Voncon κάθε 5 μέρες.
- § Αντιυπερτασικά Catapressan +6, Adalat, Adalat ret, Copressol Norvasc
- § Ηπακτικά Duphalac, Supp clucerine
- § Πασίπινα pethidine, zideron, stedon, lexotanie, depon, losec, Zantacs.

Διατροφή

Η διαίτα του μεταμοσχευθέντα αν και δεν παρουσιάζει μεγάλες ιδιαιτερότητες, ρυθμίζεται από τον διαιτολόγο.

Ο ασθενής τις πρώτες ημέρες μετά το χειρουργείο πρέπει να τρώει ελαφρά. Το διαιτολόγιο του δεν περιλαμβάνει κάποιους ειδικούς περιορισμούς, εκτός αν συνυπάρχει κάποιο χρονικό νόσημα π.χ. σακχαρώδης διαβήτης.

Διδασκαλία ασθενούς

Το νοσηλευτικό προσωπικό σε συνεργασία πάντα με την ιατρική ομάδα μεταμόσχευσης μεριμνά για τη διδασκαλία του ασθενή, τόσο κατά την παραμονή όσο και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Κατ' αρχήν, ενημερώνεται για τη σπουδαιότητα της διατήρησης των κανόνων υγιεινής και ασηψίας. Φροντίζει να αποφεύγει κινήσεις που μπορεί να επιμολύνουν την περιοχή του τραύματος και να προφυλάσσεται από τυχόν τραυματισμούς και ατυχήματα. Επίσης είναι αναγκαίο να μην εξέρχεται από το δωμάτιο του τις πρώτες 10 τουλάχιστον ημέρες.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίδεται στην έγκαιρη κινητοποίηση του ασθενούς. Αυτό θα βοηθήσει στην αποφυγή επιπλοκών από το κυκλοφοριακό καθώς και στην καλή επαναλειτουργία του εντέρου και της νεφρικής λειτουργίας.

Παράλληλα ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σίγουρος ότι ο μεταμοσχευμένος γνωρίζει τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και ότι μπορεί να αναγνωρίζει σημάδια που εγκυμονούν την έναρξη επιπλοκών.

Καθ' όλη την διάρκεια παραμονής του μεταμοσχευμένου στο νοσοκομείο, καλλιεργείται ένα θετικό κλίμα συνεργασίας και αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Αναπτύσσεται μια στενή διαπροσωπική σχέση μέσα από την οποία ο ασθενής εξωτερικεύει τους φόβους και τις ανησυχίες του συμβάλλοντος έτσι στην ψυχική του ευεξία (Τσούγια., 1994).

7.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΙΘΑΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

1. **Εμετός:** Ο εμετός και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν του 24ωρου από την απονάρκωση του ασθενούς. Εφαρμόζεται προεγχειρητικά στο δότη και στο λήπτη ρινογαστρικός σωλήνας, ο οποίος αφαιρείται, συνήθως τη 2^η μετεγχειρητική ημέρα.

Ο νοσηλευτής : α) τοποθετεί το κεφάλι του ασθενή προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον εμετό. β) μετά από κάθε εμετό, πλένει το στόμα του αρρώστου με λίγο νερό και διατηρεί καθαρά τα κλινοσκεπάσματα.

2. **Πόνος:** Όταν ο άρρωστος πονά, ο νοσηλευτής:

- Εντοπίζει τον πόνο
- Διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, οξύς ή αμβλύς
- Γνωρίζει ότι η αντίδραση του κάθε αρρώστου στον πόνο, είναι διαφορετική και εξαρτάται από την προσωπικότητα του
- Χορηγεί αναλγητικά φάρμακα, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από τον ιατρό. Οι μεγάλες δόσεις αναλγητικών μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Οι εκκρίσεις κατακρατούνται στο βρογχικό δέντρο, με αποτέλεσμα ατελεκτασία και πνευμονία.

3. **Δίψα:** Οφείλεται στην αποστολή των εκκρίσεων, μετά την ένεση ατροπίνης, προεγχειρητικά. Ακόμα, οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της εγχειρήσεως.

Ο νοσηλευτής :

- Κάνει συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με ύγραση των χειλών και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι, ποτισμένο με κρύο νερό.
 - Χορηγεί υγρά δια της φλεβικής οδού.
4. **Κνησμός:** Ο νοσηλευτής πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή για κνησμό και για εξάνθημα ,ξηρότητα ή ερυθρότητα του δέρματος. παροτρύνει τον ασθενή να κάνει μπάνιο κάθε 2^η μέρα με χλιαρό νερό και να χρησιμοποιεί μαλακτικά δέρματος και να κόβει τα νύχια του συχνά.
 5. **Κατάγματα:** Ο νοσηλευτής λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα ασφάλειας όπως: προφυλακτήρες, βοήθεια στην έγερση και χρήση μηχανικών βοηθημάτων για την βάδιση. Χορηγεί αναλγητικά σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού και κανονίζει για την έναρξη φυσιοθεραπείας που στοχεύει στην βελτίωση του μυϊκού πόνου.
 6. **Κράμπες:** Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη τους όπως: τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων και έναρξη ισομετρικών ασκήσεων και ασκήσεων σε ορθή θέση εάν μπορεί ο ασθενής.

Τέλος το πιο σημαντικό σημείο της παρακολούθησης του μεταμοσχευμένου ασθενή είναι η εκτίμηση για τυχόν σημεία και συμπτώματα απόρριψης του μοσχεύματος όπως:

§ **Υψηλός πυρετός**

§ **Μείωση όγκου των ούρων**

§ **Αύξηση της Α.Π.**

§ **Ευαισθησία πάνω από το σημείο μοσχεύματος** (Τσούγια., 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

8.1 Ποιότητα ζωής των μεταμοσχευθέντων ασθενών

Εθνικό Ινστιτούτο
Επιστημονικής Νοσηλευτικής έρευνας



Η ποιότητα ζωής των μεταμοσχευθέντων ασθενών προσφέρει πολλές ευκαιρίες για την βασική επιστήμη και για την κλινική έρευνα κυμαινόμενη από βιολογικές έως κλινικές παρεμβάσεις και έρευνες πληθυσμού. Ειδικά θέματα ενδιαφέροντος στον τομέα της έρευνας που αφορούν τη μεταμόσχευση, τα οποία έχουν εφαρμογή σε μελέτες της ποιότητας ζωής συμπεριλαμβάνουν σημεία και συμπτώματα χρόνιας νόσου, βιολογικούς παράγοντες κινδύνου της νόσου, λειτουργικές

δυσλειτουργίες, ανταπόκριση στη θεραπεία, τον ρόλο των οικογενειών, στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, ειδικές ανάγκες των ατόμων νεαρής ηλικίας και ασθενών υψηλού κινδύνου, προαγωγή της υγείας και της εκπαίδευσης και follow-up. Αυτά τα θέματα προσφέρουν μια μοναδική ευκαιρία ανάπτυξης έρευνας, πρόληψης και στρατηγικών θεραπειών για πειθαρχημένες ερευνητικές ομάδες ασχολημένες με την ποιότητα ζωής των μεταμοσχευθέντων ασθενών. Το εθνικό ινστιτούτο επιστημονικής νοσηλευτικής έρευνας (NINR) χορήγησε μια επιστημονική ομάδα που ασχολείται με την ποιότητα ζωής των μεταμοσχευθέντων ασθενών. Η συγκεκριμένη ομάδα έθεσε τα παρακάτω θέματα:

- ✓ Επιστημονικά κενά στην βιβλιογραφία της μεταμόσχευσης που αφορούν την ποιότητα ζωής των μακρόχρονα επιζώντων μετά την μεταμόσχευση, σημαντικές απορίες έρευνας που είναι ανάγκη να απαντηθούν για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους και μηχανισμούς για να αυξήσουν τα περιθώρια έρευνας.
- ✓ Ειδικοί τομείς έρευνας και δυναμικού ερευνητικών δυνατοτήτων συμπεριέλαβαν τις ειδικές ανάγκες των παιδιών και των εφήβων, προγνωστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής πριν και μετά την μεταμόσχευση, βιολογικές παρεμβάσεις προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής και η χρησιμοποίηση τηλεϊατρικών παρεμβάσεων προκειμένου να βελτιωθεί η σχέση μεταξύ φροντίδας και ποιότητας ζωής.

Επιστημονική τομείς και δυνατότητες

Η επιστημονική ομάδα έθεσε την δυνατότητα έρευνας σε 3 τομείς όσον αφορά την ποιότητα ζωής των μεταμοσχευθέντων ασθενών:

- 1) Σημεία και συμπτώματα χρόνιας νόσου που ζημιώνουν την ποιότητα ζωής
- 2) Παρεμβάσεις στις φυσιολογικές και ψυχολογικές επιπλοκές για την βελτίωση της και

3) Επιπτώσεις λόγω της παρέμβασης σε αυτή σε μακρόχρονα επιζώντες μετά την μεταμόσχευση.

Οι μεταμοσχεύσεις γίνονται σε παιδιά και εφήβους με ασθένειες τελικού σταδίου καρδιάς, πνευμόνων, ήπατος, παγκρέατος και μυελού των οστών ή με αιματολογικές ή ανοσολογικές δυσλειτουργίας όπως ο καρκίνος και η λευχαιμία. Οι συμμετέχοντες στο ερευνητικό πρόγραμμα ανέφεραν ότι τα αποτελέσματα για την ποιότητα ζωής μετά την μεταμόσχευση έχουν μελετηθεί από τις αρχές του 1970. Το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής έχει επανέλθει στο προσκήνιο λόγω της αυξημένης επιβίωσης των ασθενών που οφείλεται στην επιτυχία της μεταμόσχευσης για τελικού σταδίου οργανική νόσο. Οι ερευνητές της επιστημονικής ομάδας σημείωσαν ότι η μεταμόσχευση είναι λιγότερο επικίνδυνη από τι ήταν 20 χρόνια πριν. Οι χειρουργικές τεχνικές έχουν επαναπροσδιοριστεί και ένα μεγάλο εύρος ανοσοκατασταλτικών παραγόντων είναι τώρα διαθέσιμο. Λόγω αυτών των εξελίξεων η ποιότητα ζωής έχει γίνει ένας βασικός δείκτης επιτυχίας της επέμβασης συνδυάζοντας τους πιο παραδοσιακούς δείκτες νοσηρότητας, θνητότητας και σχέσης κόστους – αποτελέσματος.

Η ερευνητική ομάδα σημείωσε ότι η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια η οποία συμπεριλαμβάνει τους ακόλουθους τομείς:

- Φυσική – φυσιολογική λειτουργία
- Πνευματικό – ψυχολογικό επίπεδο
- Λειτουργικό – κοινωνικό επίπεδο (Τσάτσου., 2006).

Διάφορες ερευνητικές μελέτες έχουν συνταχθεί για τον υπολογισμό αυτών των πτυχών ζωής των μεταμοσχευθέντων ασθενών και έχουν συμπεριλάβει διασταυρούμενες αναλύσεις των αλλαγών της ζωής στους λήπτες οργάνων, συγκρίσεις της ποιότητας ζωής μεταξύ ασθενών που έλαβαν διαφορετικά μοσχεύματα οργάνων, αναγνώριση των δεικτών που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής και μακροχρόνιες έρευνες της προ και μετά μεταμόσχευσης περιόδου.

Προγνωστική παράγοντες της ποιότητας ζωής

Κλασικοί προγνωστική παράγοντες της ποιότητα ζωής είναι ανάγκη να προσδιοριστούν για όλες τις κατηγορίες μεταμοσχευθέντων οργάνων. Εξειδικευμένα θέματα μελέτης πρέπει να αναζητηθούν συμπεριλαμβάνοντας τα ακόλουθα:

Η πολυπλοκότητα των παραγόντων και η συσχέτιση των οργανικών βιολογικών συστημάτων που προκαλούν μεταβολικές αλλαγές, συμμετοχή της καρδιοαγγειακής νόσου, της οστεοπόρωσης, και των στρεσογόνων παραγόντων που αλλοιώνουν την ποιότητα ζωής, αλλαγές στους προγνωστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής με το χρόνο, η επίδραση νέων και ανερχόμενων θεραπευτικών προοπτικών (π.χ νέα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, βιοτεχνολογικές και νανοτεχνολογικές συσκευές, εξωσωματικές τεχνικές, μέθοδοι με χημικούς παράγοντες, διαφορές σε προγνωστικούς παράγοντες και αποτελέσματα ανάλογα με την ηλικία, το γένος, τον πολιτισμό, τη φυλή, την εθνικότητα και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ασθενών και ειδικές επιδράσεις της επέμβασης (π.χ. εργασία, σεξουαλική λειτουργία, πνευματικότητα και οικονομική σταθερότητα).

Παρεμβάσεις για την βελτίωση της ποιότητας ζωής

Οι παρεμβάσεις μπορεί να συμπεριλαμβάνουν διαιτητικές και διατροφικές στρατηγικές για να προξενήσουν μεταβολικές αλλαγές ή να μειώσουν την παχυσαρκία, μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις για να παρεμποδίσουν ή να καθυστερήσουν την εξέλιξη της οστεοπόρωσης (ειδικότερα σε γυναίκες που είναι μετεμμηνοπαυσιακές και οστεοπενικές), εκπαίδευση για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας προκειμένου να βοηθήσουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν το άγχος και ειδικές προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν πολλαπλές προοπτικές αποκατάστασης.

Επίδραση της δυναμικής της οικογένειας στα αποτελέσματα των ασθενών

Έχει αποδειχθεί ότι οι αναπτυσσόμενες κοινωνικές συναναστροφές μεταξύ της οικογένειας και του φιλικού περιβάλλοντος πριν και μετά την εμπειρία της μεταμόσχευσης αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει το αποτέλεσμα του ασθενή. Εξαιρετικού ενδιαφέροντος, είναι η ψυχοκοινωνική σχέση του λήπτη ενός μοσχεύματος με τα αδέρφια του εφόσον υπάρχουν .

Σχέση μεταξύ της παροχής φροντίδας και της ποιότητας ζωής

Οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν μια σειρά από συμβουλές για την πορεία της υγείας τους αλλά και την διατήρηση αυτής και να προσδιοριστεί η καλύτερη παροχή φροντίδας αναφορικά με τις ανάγκες του ασθενή. Επιπροσθέτως, καθίσταται σημαντική η ανάπτυξη κλινικών παρεμβάσεων προκειμένου οι ασθενείς να λαμβάνουν τις απαραίτητες πληροφορίες για να λύσουν τα κλινικά προβλήματα πριν και μετά την μεταμόσχευση (Τσάτσου., 2006).

8.2 ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και η ενημέρωση για τα πιθανά προβλήματα και τους κινδύνους αποτελούν σημαντικά στοιχεία για την ανάρρωση και την συνολική επιτυχία της μεταμόσχευσης. Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένοι για τις επιδράσεις του αλκοόλ, των τοξίνων, της έκθεσης σε χημικά τοξικά και του μη ασφαλούς νερού.

Πόσιμο νερό

Οι λήπτες μοσχευμάτων μπορούν να πίνουν νερό βρύσης. Αν το νερό προέρχεται από πηγή αμφιβόλου ποιότητας τότε θα πρέπει να βράζουν το νερό πριν την πόση.

Αλκοόλ και άλλες τοξίνες

Συστήνεται ότι οι λήπτες θα πρέπει να αποφεύγουν την υπερβολική χρήση αλκοολούχων ποτών μετά την μεταμόσχευση. Οι ασθενείς που έχουν κάνει κατάχρηση ναρκωτικών θα πρέπει να έρθουν σε επαφή με ειδικούς συμβούλους. Το ιστιτούτο μεταμοσχευθέντων θεωρεί τον αλκοολισμό θεραπεύσιμο όπως και άλλες ασθένειες.

Έκθεση σε χημικά τοξικά

Πολλά κοινώς χρησιμοποιούμενα οικιακά χημικά όπως το χρώμα, τα φυτοφάρμακα, βενζίνη, καθαριστικά αγωγών κ.α. μπορεί να είναι τοξικά. Αυτό σημαίνει ότι ακόμα και τα αέρια αυτών των ουσιών μπορεί να είναι επιβλαβή για τον λήπτη του μοσχεύματος. Οι λήπτες μοσχευμάτων θα πρέπει να αποφύγουν την επαφή με το δέρμα ή την εισπνοή αυτών των αερίων χρησιμοποιώντας μάσκες και προστατευτικά δίοπτρα.

Μειώνοντας τον κίνδυνο μόλυνσης

Πρέπει να αναφέρουμε ότι οι λήπτες μοσχεύματος εκτός λήψη των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων που είναι απαραίτητα για να εμποδίσουν την απόρριψη μοσχεύματος, κάνοντας και κάποιες αλλαγές στην δραστηριότητα και στον τα τρόπο ζωής τους μπορούν να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο από τις μολύνσεις.

Ένας λήπτης μοσχεύματος πρέπει να ακολουθεί τις παρακάτω συμβουλές για να μειώσει τον κίνδυνο από μολύνσεις:

- § Διατήρηση της υγείας μέσω σωστής διατροφής, ξεκούρασης, φυσικής άσκησης και μείωσης άγχους.
- § Αποφυγή της επαφής με άτομα που έχουν μεταδοτικές ασθένειες (παρωτίτιδα, γρίπη, ιλαρά κ.α.)
- § Λήψη φαρμάκων για την αποφυγή μόλυνσης
- § Συμβουλές από ειδικούς σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων μόλυνσης.
- § Καθημερινή σωματική υγιεινή.
- § Σαπούνισμα χεριών για 10 δευτερόλεπτα τουλάχιστον και τρίψιμο καλά ανάμεσα στα δάχτυλα.
- § Να αποφεύγεται το πιάσιμο των ματιών, της μύτης και του στόματος όταν τα χέρια είναι λερωμένα.
- § Αποφυγή επαφής με τα άτομα που έχουν εμβολιαστεί με το εμβόλιο της πολυομελίτιδας για 8 εβδομάδες.
- § Σε περίπτωση τσιμπήματος από σκουριασμένο αντικείμενο ή δαγκώματος από ζώο να προβούνε σε χορήγηση αντιτετανικού ορού.
- § Να γίνει κάθε χρόνο το ετήσιο εμβόλιο γρίπης.
- § Να μην δανείζονται τα ξυραφάκια και η οδοντόβουρτσα.
- § Χρησιμοποίηση προφυλακτικού κατά την σεξουαλική επαφή.
- § Χρησιμοποίηση για πόσιμο νερό μόνο το εμφιαλωμένο (Sigmon et al., 2005).

Κατοικίδια

Οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς δεν πρέπει να έρχονται σε επαφή με περιττώματα ζώων. Τα περιττώματα των πουλιών και κυρίως των περιστερών περιέχουν έναν μύκητα ο οποίος είναι επικίνδυνος για ασθενείς σε ανοσοκαταστολή. Ωστόσο αυτό δεν σημαίνει ότι ο ασθενής πρέπει να αποχωριστεί τα κατοικίδια του σε περίπτωση που έχει. Απλά πρέπει να προσέξει τα εξής:

- Πλύσιμο των χεριών μετά την επαφή με τα ζώα
- Φροντίδα άρρωστων κατοικίδιων από κάποιων άλλων
- Να μην αφήνονται τα κατοικίδια να κυκλοφορούν ελεύθερα έξω επειδή γίνονται εστίες μικροβίων τα οποία μεταφέρουν στο σπίτι.

Εγκυμοσύνη

Σωστό είναι να αποφεύγεται η εγκυμοσύνη για τα 2 πρώτα χρόνια μετά την μεταμόσχευση. Αυτό γιατί πρόκειται για την περίοδο με τις περισσότερες πιθανές επιπλοκές και τις υψηλότερες δόσεις φαρμάκων. Είναι πολύ σημαντικό για τις γυναίκες που έχουν μεταμοσχευτεί να έχουν ιδιαίτερη φροντίδα πριν, κατά την διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη.

Πάρα πολλές μεταμοσχευμένες γυναίκες έχουν γεννήσει υγιέστατα παιδιά. Ωστόσο υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να γεννήσουν πρόωρα, λιπόβαρα νεογνά ή να υποστούν καισαρική τομή. Οι μακροχρόνιες επιδράσεις της ανοσοκαταστολής στα έμβρυα δεν έχουν γίνει ακόμη γνωστές. Οι μεταμοσχευμένες μητέρες πρέπει να αποφεύγουν τον θηλασμό, διότι μέσω αυτού μεταφέρονται τα φάρμακα από τη μητέρα στο νεογνό.

Μεταμοσχευμένες γυναίκες οι οποίες επιθυμούν να κυοφορήσουν πρέπει να το συζητούν πρώτα με τον γιατρό τους και να έρχονται σε άμεση

συνεννόηση μαζί του για τη σωστή παρακολούθηση της εγκυμοσύνης (Γιαννοπούλου., 1993).

Ασφαλές φαγητό και νερό

Το μολυσμένο νερό και φαγητό μπορεί να γίνει αιτία μόλυνσης που θα οδηγήσει σε εντερικές παθήσεις.

Οι μεταμοσχευμένη πρέπει έχουν υπόψη αυτά τα σημεία:

- Αποφεύγεται τον πάγο και το νερό βρύσης.
- Εάν η ποιότητα του νερού είναι αμφιλεγόμενη μην το χρησιμοποιείτε ούτε για να βουρτσίζεται τα δόντια.
- Αποφεύγεται τα ωμά φαγητά όπως λαχανικά, γάλα που δεν είναι παστεριωμένο, άψητο κρέας ή οστρακοειδή. Τα φρούτα πρέπει να ξεφλουδίζονται επιμελώς και το φαγητό πρέπει να τρώγεται ζεστό.
- Εάν αναπτύξετε διάρροια πρέπει να επικοινωνήσετε με γιατρό. Πίνετε εμφιαλωμένους χυμούς και αναψυκτικά χωρίς καφεΐνη και τρώτε αλατισμένα κράκερ.

Ταξίδια

Εάν προγραμματίζεται ταξίδι πρέπει να φροντίσετε για τα φάρμακα. Ίσως είναι καλύτερα να τοποθετείται φάρμακα σε δυο σημεία. Έτσι σε περίπτωση απώλειας της τσάντας σας δεν θα μείνετε χωρίς φάρμακα. Εάν ταξιδεύετε σε περιοχή με διαφορά ώρας φροντίστε να τακτοποιήσετε το πρόγραμμα σας νωρίτερα για αποφυγή λάθους.

Εάν ταξιδεύετε στο εξωτερικό φροντίστε να ενημερωθείτε για την κατάσταση από τις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας (Μαλγαρίνου.,1995).

8.3 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ

Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο είναι απαραίτητες οι συχνές επισκέψεις στην κλινική που επιτρέπουν στους γιατρούς να ελέγχουν τις εξετάσεις, να ρυθμίζουν την φαρμακευτική αγωγή και να παρακολουθούν για σημεία και συμπτώματα απόρριψης και μόλυνσης. Αυτές οι επισκέψεις είναι κρίσιμες για την επιτυχία της μεταμόσχευσης. Το πρόγραμμα για τις επισκέψεις ποικίλλει σύμφωνα με κάθε μεμονωμένη περίπτωση. Αλλά χωρίς επιπλοκές οι επισκέψεις πρέπει να είναι 3 φορές την εβδομάδα για τις πρώτες 2 ή 3 εβδομάδες και 2 φορές την εβδομάδα για τις επόμενες 2 με 3 εβδομάδες.

Καθημερινότητα

« περιποίηση πληγών»

Μετά την επέμβαση ο ασθενείς μπορεί να κάνει μπάνιο. Μπορεί να βάλει μια μικρή γάζα επάνω στην τομή για να μην ερεθίζεται από ρούχα. Τα ράμματα θα αφαιρεθούν στην κλινική περίπου 2 εβδομάδες μετά την επέμβαση και θα τοποθετηθούν steri – strips τα οποία θα φύγουν μόνα τους. Δεν μπορεί να κολυμπάει και να κάθεται στην μπανιέρα μέχρι η τομή να θεραπευτή εντελώς και να το επιτρέψει ο γιατρός.

Άσκηση

Μετά την έξοδο από την κλινική μπορεί να ξεκινήσει μια καθημερινή άσκηση με περπάτημα. Οποιαδήποτε άλλη άσκηση είναι επιβαρυντική αλλά το περπάτημα θα βελτιώσει και θα διατηρήσει την υγεία του ατόμου. Επίσης μπορεί να ανεβαίνει και να κατεβαίνει σκάλες.

Πρέπει να αποφεύγει το σήκωμα βαριών αντικειμένων και την εκγύμναση των κοιλιακών του μυών για έξι εβδομάδες γιατί μπορεί να

ανοίξει η τομή ή να προκληθεί κήλη η οποία θα χρειαστεί χειρουργική επιδιόρθωση.

Η οδήγηση επιτρέπεται 3 εβδομάδες μετά την επέμβαση. Μέχρι τότε η ιατρική ομάδα πιστεύει ότι θα ήταν καλύτερα να αποφεύγει μια κατάσταση στην οποία πιθανώς δεν θα μπορέσει να αντιδράσει λόγω του πόνου ή των φαρμάκων που μπορεί να μειώνουν τα αντανακλαστικά του (Lennard et al., 2005).

Δίαιτα

Η διαίτα παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην διατήρηση τη υγείας, την πρόληψη και τον έλεγχο των παρενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής. Η βέλτιστη λειτουργία του μοσχεύματος επηρεάζεται άμεσα από τι τρώει το άτομο. Παρόλο που πολλοί από τους περιορισμούς που υπήρχαν πριν την μεταμόσχευση δεν υπάρχουν πλέον, η διαίτα είναι το ίδιο σημαντική απλά διαφορετική. Οι ανάγκες ποικίλουν παρόλα αυτά ο κύριος στόχος μετά την μεταμόσχευση είναι ο έλεγχος των τιμών της χοληστερόλης στο αίμα και η αποφυγή πρόσληψης βάρους. Ένα απλό πρόγραμμα γυμναστικής βοηθάει στην επιτυχία του στόχου. Ο διαιτολόγος παρακολουθεί τον ασθενή σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας δίνοντας οδηγίες για το διαιτολόγιο που θα πρέπει να ακολουθεί.

Επιστροφή στη δουλειά ή στο σχολείο

Δίνεται άδεια για επιστροφή στη δουλειά ή το σχολείο αφού η κατάσταση είναι πλέον σταθεροποιημένη. Γενικά, μια καλή περίοδος για επιστροφή είναι όταν τα ραντεβού για ελέγχους κανονίζονται περίπου κάθε 2 ή 3 μήνες. Η κοινωνική λειτουργός παρέχει στον ασθενή μέσω του νοσοκομείου όλα τα απαραίτητα έγγραφα για την δουλειά του ή το σχολείο του.

Στοματική υγιεινή

Η σωστή στοματική υγιεινή είναι πολύ σημαντική για τα άτομα που έχουν μεταμοσχευθεί με σκοπό την αποφυγή μόλυνσης και τις πιθανές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής στο στόμα. Πρέπει πάντα να χρησιμοποιείται μια μαλακή οδοντόβουρτσα. Άλλα βοηθήματα όπως το οδοντικό νήμα πρέπει να χρησιμοποιούνται, επίσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν στοματικά διαλύματα τα οποία βοηθούν στην στοματική υγιεινή και δίνουν μια αίσθηση δροσιάς. Αυτά πρέπει να χρησιμοποιούνται μετά την ενημέρωση του οδοντίατρου διότι κάποια περιέχουν αλκοόλ και είναι δυνατόν να προκαλέσουν ξηροδερμία στόματος.

Ο οδοντίατρος ο οποίος παρακολουθεί το μεταμοσχευμένο άτομο πρέπει να κάνει μια εκτίμηση της κατάστασης της στοματικής υγείας του ασθενούς, να εντοπίσει τυχόν προβλήματα και να προτείνει λύσεις. Πρέπει τουλάχιστον μια φορά κάθε 4 με 6 μήνες για εξετάσεις και καθορισμό ο οποίος βοηθάει στην πρόληψη οδοντικών παθήσεων ή τον εντοπισμό τους σε πρώιμο στάδιο όπου είναι πιο εύκολο να θεραπευθούν. Αντιβιοτικά πρέπει να λαμβάνονται πριν και μετά από κάθε επίσκεψη στον οδοντίατρο με σκοπό την αποφυγή της μόλυνσης του νεφρού από στοματικά βακτήρια.

Έκθεση στον ήλιο

Λόγω της καταστολής του ανοσοποιητικού συστήματος από τον συνδυασμό των φαρμάκων της μεταμόσχευσης, υπάρχει υψηλός δείκτης κινδύνου για συγκεκριμένους τύπους καρκίνου του δέρματος, ειδικά για ανθρώπους με ανοιχτόχρωμο δέρμα. Πρέπει να χρησιμοποιείται αντηλιακή προστασία τουλάχιστον SPF15 όταν υπάρχει έκθεση στον ήλιο. Επίσης πρέπει να χρησιμοποιείται καπέλο.

Κηπουρική

Πρέπει να χρησιμοποιούνται πάντα γάντια, κάλτσες και παπούτσια όταν υπάρχει ενασχόληση με φυτά. Το χώμα μπορεί να περιέχει βακτηρίδια και μύκητες που είναι δυνατόν να προκαλέσουν σοβαρές μολύνσεις στον μεταμοσχευμένο ασθενή. Τέλος πρέπει να χρησιμοποιείται μάσκα όταν πρόκειται να γίνει κάποια δουλειά όπου θα υπάρχει σκόνη (MacDonald., 2005).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη

Ασθενής άρρεν 52 ετών ο οποίος εισήλθε στην μονάδα τεχνητού νεφρού. Ο ασθενής είναι συνταξιούχος και ζει στην Αίγινα, είναι παντρεμένος με 3 παιδιά ενήλικα.

Ο υποψήφιος λήπτης βρίσκεται στο τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας για 6 χρόνια και πραγματοποιεί 3 συνεδρίες αιμοκάθαρσης την εβδομάδα στο νοσοκομείο της Αίγινας. Στο ιστορικό αναφέρεται:

- § Αρτηριακή υπέρταση
- § Ασθματική βρογχίτιδα σε βρεφική και παιδική ηλικία
- § Ουρολοίμωξη
- § Κληρονομικότητα νεφρικής πάθησης

Στον ασθενή έχει ολοκληρωθεί ο προμεταμοσχευτικός έλεγχος.

Το μόσχευμα προήρθε από πτωματικό δότη, η μεταφορά του ασθενή στην Αθήνα έγινε εσπευσμένα προκειμένου να πραγματοποιηθεί η επέμβαση.

Ο ασθενής είναι πολύ νευρικός και έχει τρομερή αγωνία για την έκβαση της επέμβασης.

Το νεφρικό μόσχευμα τοποθετήθηκε στο δεξιό λαγόνιο βόθρο χωρίς ευαισθησία με στενωτικό φύσημα στην περιοχή.

Επιστρέφει από το χειρουργείο και φέρει: **Folley**, δυο παροχετεύσεις, ρινογαστρικό σωλήνα **Levine**.

Τέθηκε O₂ 24%.

Μετεγχειρητικά ο ασθενής απέδωσε αιματηρά ούρα (**υπολειπόμενη διούρηση**).

Παίρνει Dopamines και ορό με 300ml/h N/S 0,9% για αναπλήρωση.

Ο ασθενής 20 μέρες μετά το χειρουργείο παρουσιάζει οξεία απόρριψη του μοσχεύματος και αμέσως την επόμενη μέρα κάνει πλασμαφαίρεση. Του

τέθηκε Solu-medrol, επίσης του χορηγήθηκαν αυξημένες δόσεις ανοσοκατασταλτικών.

Ο ασθενής βγήκε από το νοσοκομείο μετα από μία εβδομάδα.

Νοσηλευτική διεργασία

Μεταμόσχευση νεφρού από πτωματικό δότη

Αξιολόγηση αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
πυρετός	Μείωση της θερμοκρασίας του σώματος του ασθενούς Ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό	Χορήγηση στον ασθενή αντιπυρετικών φαρμάκων Τρίωρη θερμομέτρηση Ο ασθενής να κάνει χλιαρό μπάνιο σε τακτά χρονικά διαστήματα Λήψη καλλιέργειας αίματος Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων στον ασθενή	Χορηγήθηκε στον ασθενή 1 amp Apotel 600 mg ενδομυϊκός Θερμομετρήθηκε ο ασθενής ανά τρεις ώρες Ο ασθενής υποβλήθηκε σε χλιαρό λουτρό Ο ασθενής σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας βρισκόταν σε καθαρό και άνετο περιβάλλον Έγινε καλλιέργεια αίματος Εφαρμόστηκαν στον ασθενή ψυχρά επιθέματα για αποβολή θερμότητας	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πυρετό και η θερμοκρασία του σώματος του ασθενούς επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα

Αξιολόγηση αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Δύσπνοια	<p>Να αποκατασταθεί η φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία</p> <p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματα της δύσκολης και κοπιαστικής αναπνοής</p>	<p>Χορήγηση O₂ με νεφελοποιητή</p> <p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση</p> <p>Διατήρηση κατάλληλου και ήρεμου περιβάλλοντος</p> <p>Αποφυγή δύσπεπτων τροφών και τροφών που δημιουργούν αέρια για να μην πιέζουν το διάφραγμα</p> <p>Προφύλαξη του ασθενούς από άσκοπη προσπάθεια</p>	<p>Χορηγήθηκε στον ασθενή amp Berovent</p> <p>Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ανάρροπη θέση</p> <p>Διατηρείται το περιβάλλον του ασθενούς δροσερό και καθαρό</p> <p>Χορήγηση κατάλληλου διαιτολογίου με εύπεπτες τροφές</p> <p>Ο ασθενής προφυλάσσεται από άσκοπες κινήσεις</p>	<p>Αποκαταστάθηκε η λειτουργία της αναπνοής</p> <p>Ο ασθενής αναπνέει φυσιολογικά και αισθάνεται καλύτερα</p> <p>Ο ασθενής απαλλάχτηκε από τα ενοχλητικά συμπτώματα της εργώδους αναπνοής</p>

Αξιολόγηση αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Ουρολοίμωξη	Ανίχνευση και προσδιορισμός του αιτίου που προκαλεί την ουρολοίμωξη Αντιμετώπιση αυτής	Λήψη ποσότητας ούρων για ουροκαλλιέργεια Αντιμετώπιση της ουρολοίμωξης με χορήγηση αντιβιοτικών Αλλαγή ουροκαθετήρα Foley	Έγινε λήψη ποσότητας ούρων και στάλθηκε στο εργαστήριο για ουροκαλλιέργεια Εντοπίστηκε το μικρόβιο που προκαλεί την ουρολοίμωξη και χορηγήθηκε στον ασθενή σύμφωνα με ιατρική οδηγία αντιβίωση (Ciproxin των 500mg) Έγινε αλλαγή του Foley με άσηπτη τεχνική	Το μικρόβιο που προκαλεί την ουρολοίμωξη εντοπίστηκε Ο ασθενής με τη χορηγούμενη αντιβίωση ανακουφίστηκε από τα συμπτώματα της ουρολοίμωξης

Αξιολόγηση αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Αυξημένη απόχρεμψη λόγω μη έγκαιρης κινητοποίησης του, άρνηση του ιδίου από φόβο μην πονέσει</p>	<p>Έγκαιρη κινητοποίηση του ασθενούς</p> <p>Αναπλήρωση των αποβαλλόμενων υγρών</p>	<p>Να τεθεί ο ασθενής σε πρόγραμμα φυσικοθεραπείας</p> <p>Ειδοποιείται ο φυσιοθεραπευτής και καταρτίζεται πρόγραμμα φυσιοθεραπείας σε συνεργασία με θεράποντες ιατρούς</p> <p>Να χορηγηθούν στον ασθενή υγρά per os και I.V</p>	<p>Έγινε φυσιοθεραπεία</p> <p>Γίνεται ενθάρρυνση του ασθενούς για κινητοποίηση</p> <p>Χορηγήθηκε στον ασθενή I.V. N/S 0,9% 300ml/h</p>	<p>Ο ασθενής κινητοποιείται και μειώνεται η απόχρεμψη</p>

Αξιολόγηση αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Αυξημένη αποβολή ούρων</p>	<p>Μείωση της χορηγούμενης ποσότητας των διουρητικών φαρμάκων</p> <p>Αναπλήρωση των αποβαλλόμενων υγρών</p>	<p>Να μειωθεί η χορηγούμενη ποσότητα διουρητικών που λαμβάνει ο ασθενής</p> <p>Να χορηγηθούν στον ασθενή υγρά per os και I.V</p>	<p>Μειώθηκε η ποσότητα των διουρητικών</p> <p>Χορηγήθηκε στον ασθενή I.V N/S 0,9% 300ml/h</p>	<p>Ο ασθενής αποβάλει μικρότερη ποσότητα ούρων</p>

Αξιολόγηση αρρώστου Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Πόνος που εντοπίζεται στη μοιροβουβωνική χώρα</p>	<p>Να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά ο πόνος</p> <p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το πόνο</p>	<p>Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων</p> <p>Χορήγηση σπασμολυτικών</p> <p>Δίνουμε στον ασθενή ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι</p> <p>Ενισχύουμε το ηθικό του αρρώστου και αποφεύγουμε ερεθίσματα που προκαλούν συγκίνηση</p> <p>Χορήγηση θερμών επιθεμάτων</p>	<p>Χορηγήθηκε στον ασθενή Apotel 600mg σε 100ml N/S 0,9% 1x3</p> <p>Ο ασθενής τοποθετείται σε ανακουφιστική θέση</p> <p>Ο ασθενής αποφεύγει τη συγκίνηση</p> <p>Εφαρμόστηκαν θερμοφόρες και κομπρέσες</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο</p> <p>Ο ασθενής κινείται επί της κλίνης πιο άνετα</p>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που έβγαλα από την ολοκλήρωση της εργασίας μου φαίνεται ότι στις διάφορες φάσεις της Χ.Ν.Α. και της θεραπευτικής της αντιμετώπισης είτε με την εφαρμογή τεχνητού νεφρού, είτε με την επιχείρηση μεταμόσχευσης οργάνου η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, φαίνεται να συνδυάζεται με το βαθμό ενημέρωσης που έχουν τόσο σε σχέση με τη νόσο τους, όσο και σε σχέση με τα αποτελέσματα της οποιασδήποτε εφαρμοσμένης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Το ίδιο συμβαίνει και στη φάση της μεταμόσχευσης οργάνου, της εφαρμογής ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων κλπ.

Η φύση της ενημέρωσης με την έννοια του χρόνου που αφιερώνεται στον ασθενή για τις ανωτέρω φάσεις θεραπείας, επίσης φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών. Εάν ο χρόνος που αφιερώνεται σ' αυτούς από τους νοσηλευτές είναι ικανοποιητικός και η προσέγγιση των ασθενών ψυχολογικά είναι καλά μεθοδευμένη θα οδηγούσε σε καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά την αυτοπεποίθηση των ασθενών στις διάφορες φάσεις της νόσου τους.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η νόσος είναι μακροχρόνια αλλά και το διάστημα αναμονής για την ανεύρεση μοσχευμάτων είναι επίσης μεγάλο, μπορούμε εύκολα να κατανοήσουμε την σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών την οποία θα πρέπει να θεωρούμε αναπόσπαστο κομμάτι της συνολικής θεραπευτικής τους αντιμετώπισης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδης Β. Α. (2002) *Μεταμοσχεύσεις- Προβληματισμοί και Διλήμματα*. Επίτομος, Αθήνα: Εκδόσεις "Τήνος"
- Αθανασοπούλου Γ., Ανδρουλάκη Ε., Ψαρράς Σ., +συν., (2002) *Χρυσή Υγεία της 3^{ης} χιλιετίας*. Τόμος 4^{ος}, Αθήνα: Εκδόσεις "Δομικής"
- Βαβίτσα Β., Βεντούρη Σ., Κατσαρού Σ., (2000) *Η σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση στις μεταμοσχεύσεις οργάνων*. Πτυχιακή εργασία, Πάτρα: Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας
- Βαφειάδη Ε., (2006) *Ηθικά Διλήμματα στη Μεταμόσχευση Νεφρού*. Πτυχιακή εργασία, Πάτρα: Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας
- Βεργούλας Γ. (2000) *Μεταμόσχευση νεφρού*. Επίτομος, ΕΚΔΟΣΗ 1η, Θεσσαλονίκη: "Εκδόσεις Γραφικές Τέχνες Α.Ε"
- Briones Jr, Pareja Rr, Martin Fs, Toniolo Gch, Perez Jh, Mavrich Hv., (1998) *Incidence of Tumoral Pathology of Kidney*. Eur Urol
- Γανωτάκης Ε. (1992) *Η Νοσηλευτική του 2000 Επιστήμη-Τέχνη-Φιλοσοφία*. Ρόδος: Γανωτάκης
- Γαρδίκας Κ. Δ. (1994) *Ειδική Νοσολογία*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις "Παρισιάνου"
- Γιαννοπούλου Α. (1993) *Μεταμοσχεύσεις-Νοσηλευτική Πορεία της προσφοράς ζωής*, 2 (32^{ος}). Αθήνα: Εκδόσεις "Ταβιθά"
- Γιαννοπούλου Α. (2003) *Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική*. Έκδοση 5η, Αθήνα: Εκδόσεις "Ταβιθά"
- Γιαννόπουλος Ζ., Βογιατζή Λ., Παπαλάκης Ε., Ρεσινιώτης Θ. (1993) *Μετεγχειρητική Πορεία-Παρακολούθηση Νεφρικής Μεταμόσχευσης*. Τόμος 3^{ος}, Αθήνα: "Ταβιθά"
- MacDonald Charlie, (2005) *Kidney Transplant*. www.medpg.com/nact/kt.html – 16/12/07
- Davidson's, (2005) *Γενικές Αρχές και κλινική Πράξη της Ιατρικής Παθολογίας*. Έκδοση 2^η, Αθήνα: Εκδόσεις "Παρισιάνου"

- Εφημερίδα της Κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας, (1999) *Μεταμόσχευση Οργάνων*. Τεύχος 1^{ος}, Αριθμός Φύλλου 174, σ.947
- Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2006) *Πεπραγμένα 2004-2005*. Αθήνα: Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων
- Engram B. (1997) *Νοσηλευτική Φροντίδα στην Παθολογική και Χειρουργική*. Επίτομος, Αθήνα: Εκδόσεις "Έλλην"
- Ε.Ο.Μ. (2007) *Θέσεις της ιεράς συνόδου της εκκλησίας της Ελλάδος επί της ηθικής των μεταμοσχεύσεων*. Σύλλογος αθλούμενων νεφροπαθών. www.eom.gr – 30/11/07
- Ε.Ο.Μ. (2007) *Γίνε δωρητής οργάνων*. Σύλλογος αθλούμενων νεφροπαθών. www.eom.gr -1/12/07
- Ζύγα Σ. & Μπροκολάκη Η. (2004) *Η επάρκεια της Αιμοκάθαρσης στην κλινική πράξη*, 1 (43): 79 – 80
- Ζυρογιάννης Π. Ν. & Τσουφάκης Γ. (2000) *X.N.A – Κλινική και Εργαστηριακή Διερεύνηση του αρρώστου με νεφρική βλάβη*. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Ογκολογίας & Ψυχολογίας, Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών, Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία
- HAKIM NS (ed) . (1997) *Introduction to organ transplantation* London. Imperial College Press
- Miller C. Md. & Jason A. Md. (2005) *A science odyssey: People and Discoveries*
First successful kidney transplantation << Surgery of the soul >> Photos
Science History Publication
www.pbs.org/wgbh/aso/databank/entries/dm54i.html - 30/11/07
- Ιορδανίδης Π., Καραμπίνα Ε., Μίκος Θ., Ρίτσας Ι., Ιακωβίδης Α., Ιεροδιακόνου Χ., (1993) *Τα Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Των Νεφροπαθών-Μεταμόσχευση*, 1-2 (3): 49 – 51, 53 – 55
- Κωτσιόπουλος Γ., (2004) *American College physicians & American society of internal medicine*. Αθήνα: Εκδόσεις "Δομικής"
- Κωστάκης Α., (2004) *Μεταμόσχευση Ιστών και Οργάνων – Δώρο Ζωής*. Επίτομος, Αθήνα: Εκδόσεις "Παρισιάνου"

- Κωστάκης Α., (2007) *Απαντήσεις σε ερωτήματα νεφροπαθων σύλλογος αθλούμενων νεφροπαθών.* [www.san.gr/questions_quest .htm](http://www.san.gr/questions_quest.htm), 30/11/07
- Λαγγουράνη Α., Διευθυντής Μ.Τ.Ν., Νοσοκομείου "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" (2006) *Μεταμόσχευση Νεφρού.* www.psnreal.gr, 12.11.2007
- Λογοθέτης Κ., Κουρούμαλος Κ., Λασθιωτάκης Γ., Πατσούρας Ι., (1993) *Νομικά Ζητήματα των Μεταμοσχεύσεων-Μεταμόσχευση*, 1-2(3): 175-177, 183-186
- Lennard A., Nadalo., MD clinical Professor (2005) *DEPARTMENT OF RADIOLOGY, UNIVERSITY OF TEXAS, SOUTH WESTERN MEDICAL SCHOOL.* www.emedicine.com/RADIO/topic374.htm, 10/11/07
- Μαλγαρίνου Μ. Α. & Κωσταντινίδου Σ. Φ. (1995) *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική.* Τόμος Β', Έκδοση 17^η, Αθήνα: Εκδόσεις "Ταβιθά"
- Μαυροματίδης Κ., (2007) *Μεταμόσχευση Νεφρού.* Αθήνα: Εκδόσεις "Ταβιθά"
- Μιχαλοπούλου Σ. Α., (1998) *Μαθήματα Μεταμόσχευσης Οργάνων.* Σημειώσεις Ευρωπαϊκού Προγράμματος, Πάτρα: Εκδόσεις "ΤΕΙ Πάτρας"
- Μπαρμπάλης Γ., (2000) *Στοιχεία Ουρολογίας.* 1η έκδοση, Πάτρα: Εκδόσεις "Παρισιάνου"
- Παπαδημητρίου Ι., (2003) *Μεταμοσχεύσεις Ιστών και Οργάνων.* Επίτομος, Αθήνα: Εκδόσεις "Παρισιάνου"
- Σαχίνη – Καρδάση Α. & Πάνου Μ., (2003) *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική – νοσηλευτικές διαδικασίες.* Τόμος 1^{ος} , Έκδοση 2^η, Αθήνα: Εκδόσεις "Βήτα"
- Σακελαρίου Γ., Παπαδοπούλου Δ., Κουρελή Σ., (2007) *Προβλήματα και Προοπτικές των Μεταμοσχεύσεων Νεφρών.* Περιοδικό Dialysis living. www.dialysis-living.gr, 15/11/07
- Σακκά Ι., (1998) *Διαγνωστική και Θεραπευτική Ουρολογία – Νεφρολογία.* Τόμος 2^{ος}, Έκδοση 2^η, Αθήνα: Εκδόσεις "Παρισιάνου"

- Sigmon PhD., Hilary D., Rh and Patricia A., Grady PhD, Rn, Faan, (2005) *Quality of life for transplantation patients*. National Institute of nursing research – work group. Bethesda, Maryland.
www.ninr.nih.gov/ninr/news-info/pubs/sigmontransplant.pdf
- Τσάτου Ν., (2007) *Μεταμόσχευση Νεφρού και Ποιότητα Ζωής μετά την επέμβαση. Πτυχιακή εργασία, Πάτρα : Εκδόσεις "ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ"*
- Τσίκος Ν. Καραγεωργοπούλου – Γραβανή Σ., (1999) *Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ*. Επίτομος, Έκδοση 2^η Αθήνα: Εκδόσεις "Έλλην"
- Τσούγια Π., Κωστανίδου Μ., Λασκάρη Α., Θάνου Ι., (1994) *Η Εκπαίδευση του Νοσηλευτή νεφρολογίας στην πρόκληση του 21^{ου} αιώνα*. Πρακτικά του 21^{ου} Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα
- Τζωρακοελευθεράκης Κ., (1995) *Μεταμόσχευση Συμπαγών Οργάνων*. Πάτρα: Εκδόσεις "Πανεπιστημιακού Τμήματος Ιατρικής"
- Transplation.gr (2005) *Νεφρική Ανεπάρκεια-Μεταμόσχευση Νεφρού*.
www.Trasplation.gr/article_patient,20/12/2007