

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:**

**« ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ  
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ  
ΚΑΙ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ»**



*Έχει τα μαλλιά του πατέρα της,  
τα μάτια της μητέρας της,  
και ένα μεταμοσχευμένο νεφρό...<sup>1</sup>*

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΜΙΖΑΚΗ ΕΛΕΝΗ  
ΠΑΛΑΙΟΓΙΑΝΝΗ ΜΑΓΙΟΥΛΑ  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΓΙΟΝΙΝΤΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΠΑΤΡΑ 2009**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	σελ.
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6

### **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

##### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ**

1.1 Εισαγωγή.....	9
1.2 Ιστορική αναδρομή στη μεταμόσχευση .....	11
1.3 Η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού το 1953 .....	13
1.4 Η πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από μη συμβατό δότη στην Ελλάδα .....	13
1.5 Ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας .....	14

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

##### **ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ – ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

2.1 Εισαγωγή .....	17
2.2 Νομοθετικό πλαίσιο .....	17
2.3 Διοικητική οργάνωση .....	19
2.4 Κεντρική υπηρεσία συντονισμού .....	19
Α. Ο ρόλος του περιφερικού συντονισμού .....	21
Β. Ο ρόλος του τοπικού συντονισμού .....	21
2.5 Οι δραστηριότητες της Π.Ο.Υ. στον τομέα των μεταμοσχεύσεων .....	24
2.6 Βασικές αρχές για κάθε μεταμόσχευση .....	24
2.7 Ηθικά διλήμματα και κοινωνικοί προβληματισμοί .....	26

2.8 Η θέση της εκκλησίας για τις μεταμοσχεύσεις .....	27
---	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**

3.1 Ορισμός μεταμόσχευσης .....	30
3.2 Είδη μεταμόσχευσης .....	31
3.3 Μεταμόσχευση από ζώντα δότη .....	32
3.4 Κριτήρια αποκλεισμού ζώντα δότη.....	33
3.5 Μεταμόσχευση από νεκρό δότη .....	33
3.6 Κριτήρια αποκλεισμού νεκρού δότη .....	34
3.7 Κριτήρια αποκλεισμού του πτωματικού νεφρικού μοσχεύματος .....	35
3.8 Ενδείξεις νεφρικής μεταμόσχευσης .....	36
3.9 Διάγνωση – Προετοιμασία .....	37
3.10 Περιγραφή μεταμόσχευσης .....	38
3.11 Παρακολούθηση δότη – λήπτη .....	40
3.12 Επιπλοκές της νεφρικής μεταμόσχευσης .....	41
3.13 Απόρριψη μοσχεύματος .....	45
3.14 Μονάδες μεταμόσχευσης νεφρού .....	46

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ – ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ**

4.1 Ορισμός εγκεφαλικού θανάτου .....	48
4.2 Αιτία εγκεφαλικού θανάτου .....	49
4.3 Ιστορική αναδρομή εγκεφαλικού θανάτου .....	49
4.4 Διάγνωση θανάτου εγκεφαλικού στελέχους .....	50
4.5 Έλεγχος θανάτου εγκεφαλικού στελέχους .....	50
4.6 Ενδείξεις στην δωρεά οργάνων .....	52
4.7 Αντενδείξεις στην δωρεά οργάνων .....	53

4.8 Βήματα για δωρεά οργάνων .....	53
4.9 Έλεγχος ιστοσυμβατότητας .....	54
4.10 Εμπόριο οργάνων .....	55
4.11 Διαδικασία δωρεάς οργάνων .....	58
4.12 Κάρτα δωρεάς οργάνων .....	60
4.13 Τελευταίες εξελίξεις πάνω στην δωρεά οργάνων και στην μεταμόσχευση νεφρού .....	61

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	68
2. ΥΛΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	69
3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....	69
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	71
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	92
6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	97
7. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	98

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σήμερα η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί την καλύτερη δυνατή μέθοδος αντιμετώπισης του τελικού σταδίου της Χρόνιας Νεφρικής Ανεπαρκείας Σκοπός της είναι να βοηθήσει όσο το δυνατό καλύτερα και πιο ολοκληρωμένα τη ζωή του ασθενή.

Σε αυτή την εργασία υπάρχει μια ιστορική αναδρομή της μεταμόσχευσης. Οι νομοθετικές ρυθμίσεις που ισχύουν στην Ελλάδα, ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα καθώς και η θέση της ορθόδοξης εκκλησίας της Ελλάδος. Εκτός αυτού υπάρχει μια μεγάλη αναφορά στην μεταμόσχευση νεφρού, στη μεταμόσχευση από ζώντα και νεκρό δότη καθώς επίσης τη προετοιμασία, παρακολούθηση, επιπλοκές και την απόρριψη του μοσχεύματος.

Όσον αφορά το κεφαλαίο της δωρεάς οργάνων, υπάρχει εκτεταμένη αναφορά στον εγκεφαλικό θάνατο και το θάνατο του εγκεφαλικού στελέχους, την διαδικασία της δωρεάς οργάνων αλλά και το εμπόριο οργάνων στην χώρα μας. Εκτός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης υπάρχει και ειδικό μέρος (έρευνα), με θέμα « την γνώση και την στάση των νοσηλευτή που εργάζονται σε μεταμοσχευτικές μονάδες και νεφρολογικές κλινικές, απέναντι στην δωρεά οργάνων και την μεταμόσχευση ».

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εποχή μας η ιατρική επίσκεψη έχει να επιδείξει θαύματα σε ασθένειες που ακόμα και λίγα χρόνια πριν θεωρούνται ανίατα. Ωστόσο υπάρχει περίπτωση όπου οι προσπάθειες της ιατρικής, πρέπει να συναντηθούν με τις ανθρώπινες ευαισθησίες για να επιτύχουν και να γίνει το θαύμα. Πολλοί συνάνθρωποι μας πάσχουν είτε από νεφρική ανεπάρκεια, που αργά η γρήγορα τους οδηγεί σε μεταμόσχευση, είτε από άλλες ασθένειες που χρειάζονται κάποιο ζωτικό όργανα για να συνεχίσουν να ζουν και δυστυχώς τα υπάρχοντα όργανα στη χώρα μας, αλλά και στο εξωτερικό, δεν επαρκούν στην διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση. Κι όμως αν οι υπόλοιποι μη ασθενείς είχαν την ευαισθησία να γίνουν δωρητές οργάνων, το πρόβλημα σήμερα δε θα ήταν πιστεύουμε ιδιαίτερα οξύ και πολλοί συνάνθρωποι μας δεν θα έχαναν τη ζωή τους.

Ευαισθητοποιημένοι από περιπτώσεις ασθενών, που αντιμετωπίσαμε στα νοσοκομεία ως ασκούμενες, θελήσαμε να ασχοληθούμε με αυτό το θέμα. Ευχαριστώντας ταυτόχρονα και την καθηγήτρια μας Κα. Μπατσολάκη Μαρία που μας έδωσε τη δυνατότητα να έρθουμε πιο κοντά στο πρόβλημά ασθενών που χρειάζονται άμεση μεταμόσχευση νεφρού.

Καθώς επίσης και τοις σπουδάστριες Εφαρμογών Πληροφορικής στη Διοίκηση και την Οικονομία στα Α.Τ.Ε.Ι. Μεσολογγίου, Παπαδοπούλου Βασιλική και Καλιάτση Μαρία Ειρήνη για την πολύτιμη βοήθεια τους στην στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων για το ειδικό μέρος.

ΓΕΝΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>





## 1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καλή λειτουργία του ουροποιητικού και του νεφρικού συστήματος, αν και για πολύ διαφορετικούς λόγους το καθένα, είναι μεγάλης σημασίας για τη διατήρηση μιας υψηλής ποιότητας ζωής. Οι ασθένειες του ουροποιητικού συστήματος είναι ενοχλητικές και εμπεριέχουν τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών, γιατί ο ρόλος των νεφρών είναι ζωτικός και μια πτώση της λειτουργίας του προκαλεί σοβαρές μεταβολικές επιπλοκές, ώστε να μπορεί να επιφέρει το θάνατο.<sup>2</sup>

Οι ανάλυση ούρων και οι εργαστηριακές εξετάσεις μας επιτρέπουν να αποτιμήσουμε τη λειτουργικότητα του ουροποιητικού και του νεφρικού συστήματος καθώς και τη διάγνωση ασθενειών που επηρεάζουν άλλα τμήματα του οργανισμού. Οι παθήσεις των νεφρών είναι πολυάριθμες και διαφορετικές μεταξύ τους. Σε πολλές περιπτώσεις πρόκειται για ελαφρές διαταραχές με ευνοϊκή εξέλιξη, αλλά αντίθετα σε άλλες περιπτώσεις προκαλείται μια σταδιακή φθορά του νεφρικού ιστού, που οδηγεί σε μια μη αναστρέψιμη νεφρική βλάβη.<sup>3</sup>

Η βασική συνέπεια των ασθενειών των νεφρών είναι η νεφρική ανεπάρκεια, κατάσταση ιδιαίτερα σοβαρή γιατί προκαλεί ατελή καθαρισμό του αίματος και κατακράτηση τοξικών ουσιών στον οργανισμό, η συσσώρευση των οποίων επιφέρει σοβαρές μεταβολικές διαταραχές. Μπορεί να πρόκειται για μια φλεγμονή που προκαλεί νεφρική βλάβη, μόνο για ένα σύντομο χρονικό διάστημα και ακολουθείτε από πλήρη ανάρρωση, όπως συμβαίνει σε ορισμένες περιπτώσεις σπειραματονεφρίτιδα ή νεφρικού συνδρόμου. Μπορεί όμως να πρόκειται και για πολύ πιο επικίνδυνες καταστάσεις όπως: επίμονες φλεγμονές, σχηματισμός πολλών κυστών, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια καθώς και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, που μεταβάλουν με μη αντιστρεπτό τρόπο τη δομή του νεφρικού ιστού και προκαλούν λειτουργικές βλάβες, που δεν αποκαθίστανται,

καθώς επίσης και η ανάπτυξη κακοηθών, όγκων που η απουσία έγκαιρης διάγνωσης και κατάλληλης θεραπείας θέτουν σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του ασθενή.<sup>4</sup>

Η θεραπεία των ασθενειών του νεφρικού και ουροποιητικού συστήματος εξαρτάται από τη σοβαρότητα της ασθένειας και τα αίτια που την προκαλούν. Οι φλεγμονές των νεφρών που προκαλούν νεφρική βλάβη για σύντομο χρονικό διάστημα, ακολουθείται συνήθως από συντηρητική αγωγή με διόρθωση και διατήρηση της ισορροπίας ύδατος και ηλεκτρολυτών καθώς και φαρμακευτική αγωγή. Ενώ σε σοβαρότερες καταστάσεις π.χ. χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ακολουθείται εξειδικευμένες και επιστημονικά τεκμηριωμένες τεχνικές όπως είναι η αιμοκάθαρση που επιτρέπει τον καθαρισμό του αίματος του ασθενή χωρίς να αποκαταστήσει τις υπόλοιπες λειτουργίες του νεφρού. Καθώς και η περιτοναϊκή κάθαρση που επιτρέπει την αποβολή των αποβλήτων από το αίμα και την περίσσεια των υγρών από το σώμα.<sup>5</sup>

Και οι δυο τεχνικές θεωρούνται μια προσωρινή μέθοδος αντιμετώπισης του προβλήματος που υποχρεώνει τον ασθενή να υποβάλλεται σε συχνές συνεδρίες με αποτέλεσμα να επηρεάζετε ο τρόπος ζωής, η καθημερινότητα του καθώς και η ψυχολογία του. Η οριστική λύση για την αντιμετώπιση της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας είναι η μεταμόσχευση νεφρού, είτε από ζώντες δοτές η από νεκρούς.<sup>6</sup> Η αναμονή του μοσχεύματος είναι μακροχρόνια και επίμονη που έχει ως και για πολύ πιο επικίνδυνες καταστάσεις όπως: επίμονες φλεγμονές, σχηματισμός πολλών κυστών ,η οξεία νεφρική ανεπάρκεια καθώς και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, που μεταβάλουν με μη αντιστρεπτό τρόπο τη δομή του νεφρικού ιστού και προκαλούν λειτουργικές βλάβες, που δεν αποκαθίστανται, καθώς επίσης και η ανάπτυξη κακοηθών όγκων που απουσία έγκαιρης διάγνωσης και κατάλληλης θεραπείας θέτουν σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του ασθενή.<sup>4</sup>

## 1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Υπάρχουν κείμενα αρχαίων ιατρών, που χρονολογούνται από το 700 π.χ., περιγράφουν τεχνικές αποκαταστάσεως ελλειμμάτων της ρινός και των ωτών, μερικές από τις οποίες είναι παρόμοιες με αυτές που χρησιμοποιούνται και σήμερα.<sup>7</sup>

Στο 16<sup>ο</sup> αιώνα ο πλαστικός Ιταλός ιατρός Gasparo Tagliacozzi, εφάρμοζε μέθοδο ρινοπλαστικής κατά την οποία λάμβανε μόσχευμα από το βραχίονα, γνωστή ως «ιταλική μέθοδος».<sup>8</sup>

Σύμφωνα με τις περιγραφές Wodruff κατά το 10<sup>ο</sup> αιώνα πραγματοποιήθηκαν σε πειραματικό επίπεδο οι ακόλουθες μεταμοσχεύσεις : τενόντων, δέρματος, νεύρων, χόνδρων, κερατοειδών, επινεφριδίων, θυρεοειδούς, παραθυρεοειδούς, ωοθηκών, λίπους, καθώς και τμημάτων του γαστρεντερικού και ουροποιητικού συστήματος.<sup>8</sup>

Το 1912 ο Alexis Carrel ανέπτυξε τη τεχνική του και τιμήθηκε με βραβείο Νόμπελ, όταν προείδε ότι όργανα προερχόμενα από θύματα τροχαίων ατυχημάτων, θα ήταν το πλέον κατάλληλα ως μόσχευμα. Πέρασαν όμως πολλές δεκαετίες μέχρις ότου οι μεταμοσχεύσεις οργάνων γίνουν πραγματικότητα στην κλινική πράξη. Έπρεπε εν τω μεταξύ πολυάριθμοι ερευνητές να λύσουν πολλαπλά προβλήματα και να αναπτυχθούν άλλοι τομείς της ιατρικής, όπως εντατική θεραπεία, η ανοσολογία και τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα καθώς και οι αντιμικροβιακοί παράγοντες.<sup>8</sup>

Τα επιτεύγματα κλινικών μεταμοσχεύσεων αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα της σύγχρονης ιατρικής. Μέχρι σήμερα έχουν γίνει

συνολικών, πλέων του 1<sup>ος</sup> εκατομμυρίου μεταμοσχεύσεις, διαφόρων οργάνων, οι οποίες κατανέμονται ως ακολούθως:

Νεφροί: 500.000, νεφροί - πάγρεας: 11.500, πάγρεας: 3.600, ήπαρ: 20.000, καρδιά: 57.000, πνεύμονες: 12.000, μυελός οστών:105.000.<sup>7</sup>

Η πρώτη ανεπιτυχής προσπάθεια κλινικής μεταμόσχευσης νεφρού έγινε από Ρώσο χειρουργό Voronoy, ο οποίος το 1936 μεταμόσχευσε ένα πτωματικό νεφρό σε ασθενή με δηλητηρίαση από ψευδάργυρο.<sup>7</sup>

Η σημαντική περίοδος των μεταμοσχεύσεων νεφρού άρχισε το 1953 όταν ο J. Murray πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού, μεταξύ μονοωικών διδύμων, όπου δεν χρειάζονταν ανοσοκαταστολή. Η τοποθέτηση του μοσχεύματος έγινε στο λαγόνιο βόθρο, τεχνική που χρησιμοποιείτε και σήμερα.<sup>9</sup>

Οι μεταμοσχεύσεις νεφρού αν και τεχνικώς εύκολες έχουν μεγάλη κοινωνική σημασία, διότι είναι ευρύτερα εφαρμοζόμενες μεταμοσχεύσεις. Για το 2000 αναφέρθηκαν 12.500 μεταμοσχεύσεις περιλαμβάνουν 47.000 ασθενείς. Εξ'αυτών οι 3.000 ασθενείς απεβίωσαν αναμένοντας μόσχευμα.<sup>9</sup>

Στη χώρα μας η περίοδος των κλινικών μεταμοσχεύσεων άρχισε το 1967 όταν ο καθηγητής Κ. Τούντας πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση νεφρού στην Θεσσαλονίκη όπου είχε προηγηθεί μια περίοδος πειραματικών μεταμοσχεύσεων νεφρών και καρδιάς. Ακολούθησε η οργάνωση Τμήματος Μεταμοσχεύσεων στο Γενικό Κρατικό Πειραιώς.<sup>9</sup>

Οι μεταμοσχεύσεις κατά συνέπεια, με την προοδευτική βελτίωση των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων θα αποτελούν την τελευταία γραμμή άμυνας της ιατρικής, προ του τέλους.<sup>7</sup>

### **1.3 Η ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΤΟ 1953**

Το 1953 στο νοσοκομείο του Peter Bent Brigham στη Βοστώνη μια ειδική περίπτωση μεταμόσχευσης νεφρού θα πετύχαινε και θα δίδασκε στην ιατρική παρά πολλά επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα του Medawar.<sup>10,11</sup>

Ο Richard και Ronald Herrick ήταν πανομοιότυπα δίδυμα αλλά ο Richard πέθαινε από ασθένεια του νεφρού και γι' αυτό ο Ronald δώρισε ένα από τα νεφρά του, το οποίο μεταμοσχεύτηκε με απόλυτη επιτυχία στον Richard. Επειδή ήταν πανομοιότυπα δίδυμα το μόσχευμα έγινε δεκτό στον Richard χωρίς επιπλοκές.<sup>10,11</sup>

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.<sup>10,11</sup>

### **1.4 Η ΠΡΩΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ ΑΠΟ ΜΗ ΣΥΜΒΑΤΟ ΔΟΤΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Μεταμόσχευση νεφρού από μη συμβατό δότη πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά 18-5-2008 στην κλινική μεταμοσχεύσεων στο Ιπποκράτειο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης. Ο ασθενής, που πήρε εξιτήριο 2-6-2008, είναι ηλικίας 55 ετών και περίμενε χρόνια για το μόσχευμα, το οποίο προήλθε από πτωματικό δότη.<sup>12</sup>

Όπως ανέφερε ο διευθυντής και καθηγητής της κλινικής, Δημήτριος Τακούδας, στην Ελλάδα έχουν γίνει συνολικά 14 μεταμοσχεύσεις νεφρών από μη συμβατούς δότες, εκ των οποίων οι 13 στην Αθήνα με μοσχεύματα από ζώντες δότες και μία στη Θεσσαλονίκη.<sup>12</sup>

Ο κίνδυνος απόρριψης του μοσχεύματος στις περιπτώσεις, που ο δότης δεν έχει συμβατή ομάδα αίματος, είναι δέκα φορές υψηλότερος από ό,τι στις περιπτώσεις κατά τις οποίες το μόσχευμα προέρχεται από συμβατό δότη», επισήμανε ο κ. Τακούδας.<sup>12</sup>

Στην κλινική μεταμοσχεύσεων του νοσοκομείου, από την αρχή του έτους, έχουν γίνει 16 μεταμοσχεύσεις ήπατος, 19 νεφρών, ενώ στις 28 Μαΐου πραγματοποιήθηκε επέμβαση ταυτόχρονης μεταμόσχευσης ήπατος και παγκρέατος. Παρά το γεγονός ότι οι μεταμοσχεύσεις πραγματοποιούνται με επιτυχία και βρίσκονται μοσχεύματα, πρόβλημα δημιουργεί η έλλειψη υποδομών. Το πρόβλημα των ασθενών που υποβάλλονται σε μεταμόσχευση νεφρού από μη συμβατό δότη που είναι η μη συμβατή ομάδα αίματος, μπορεί να αντιμετωπιστεί αν αυτά τα άτομα υποβληθούν σε πλασμαφαιρέσεις ή σε θεραπείες με φάρμακα, ώστε να απευαισθητοποιηθούν και να υποβληθούν σε μεταμόσχευση με ποσοστά επιτυχίας, που αγγίζουν το 80 - 85%».<sup>12</sup>

## **1.5 ΠΟΣΟΣΤΑ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ**

Τα ποσοστά επιβίωσης για τους ασθενείς που υποβάλλονται στις μεταμοσχεύσεις νεφρών είναι 95 – 96% μετά το πρώτο έτος μεταμόσχευσης, και 91% τρία έτη μετά από τη μεταμόσχευση. ενώ πολλοί περισσότεροι πέθαναν στην αναμονή για μεταμόσχευση. Η επιτυχία ενός νεφρικού μοσχεύματος εξαρτάται από την συμβατότητα και τη πηγή του νεφρού. Σύμφωνα με ετήσια έκθεση το 2002, τα νεφρά πτωμάτων έχουν ένα πενταετές ποσοστό επιβίωσης

63%, έναντι σε ένα ποσοστό επιβίωσης 76% για τα νεφρά ζώντων. Εντούτοις, έχουν υπάρξει περιπτώσεις που νεφρά δοτών που λειτουργούν καλά για πάνω από 25 έτη. Επιπλέον, οι πρόοδοι στη μεταμόσχευση κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας έχουν μειώσει το ποσοστό αποτυχίας μοσχεύματος και οι αποτυχίες συνεχώς μειώνονται.<sup>13</sup>

Μπορούμε να πούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό επιβίωσης έχουν οι νεφροί σε μεταμοσχεύσεις μεταξύ αδελφών (95%), ακολουθούν από δότες συγγενείς 1ου βαθμού (90%) και έπονται οι πτωματικές μεταμοσχεύσεις (85%) χωρίς να παραγνωρίζεται και ο παράγων ηλικίας του δότη.<sup>13</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>Ο</sup>



**ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ –  
ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗ  
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ**



## **2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Γίνεται αντιληπτό ότι απαραίτητη προϋπόθεση για την πραγματοποίηση μιας μεταμόσχευσης, είναι η προσφορά του μοσχεύματος, είτε από ζώντα είτε από πτωματικό δότη. Αυτό και μόνο, η προσφορά του μοσχεύματος, καθιστά τις μεταμοσχεύσεις χώρο όπου δοκιμάζουν οι αξίες και οι προτεραιότητες μια κοινωνίας και μετριέται η εναπομένουσα αγάπη και αλtruισμός των ανθρώπων της. Μια και όμως κάθε μόσχευμα αποτελεί κοινωνικό αγαθό, η διάθεση του πρέπει να ακολουθεί ορισμένους διαφανείς κανόνες για την προσπαθεί του κοινωνικού συνόλου.<sup>15</sup>

Η επιτυχία ενός εθνικού προγράμματος μεταμοσχεύσεων, εξαρτάται από δυο κύριους παράγοντες: τη διαθεσιμότητα επαρκούς και ικανού προσωπικού των συναφών επαγγελμάτων υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, κλινικών) και την ύπαρξη άρτιων κεντρικού και περιφερειακού διοικητικού μηχανισμού.<sup>15</sup>

Για την επιτυχία του προγράμματος είναι ανάγκη να υπάρχει κατάλληλο νομοθετικό πλαίσιο και δεύτερον οργάνωση κεντρικού συντονιστικού οργάνου και περιφερειακού, διοικητικού μηχανισμού.<sup>15</sup>

## **2.2 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

Σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ενώσεως, αφότου ίσχυσε η αρχή της εικαζόμενης συγκαταθέσεως, η διαθεσιμότητα οργάνων συνεχώς αυξάνει. Κατά την αρχή αυτή κάθε πολίτης στον οποίο διαπιστώνετε ότι έχει επέλθει ο εγκεφαλικός θάνατος θεωρείται ότι έχει συγκατατεθεί να γίνει δωρητής οργάνων εκτός αν έχει δηλώσει άρνηση. Προς τούτο θα πρέπει να υπάρχει κεντρική υπηρεσία πληροφοριών η οποία θα διατηρεί πλήρη στοιχεία των αρνούμενων την δωρεά

οργάνων. Στις χώρες όπου ισχύει η αρχή της εικαζόμενης συγκαταθέσεως ο αριθμός των διατιθέμενων μοσχευμάτων είναι υπερδιπλάσιος άλλων χωρών.<sup>16</sup>

Η έγκαιρη λήψη ενός οργάνου μετά από θανατηφόρο ατύχημα, μπορεί να χαρίσει μια νέα ζωή, όταν αυτή σ' ένα άλλο άτομο πηγαίνει να σβήσει, με την αυστηρή βέβαια προϋπόθεση ότι ο θάνατος θα έχει προηγουμένως διαγνωσθεί κατά τρόπο επιστημονικώς δόκιμο και αδιάβλητο. Μία τέτοια εξασφάλιση προσφέρει και κατοχυρώνει ο νόμος.<sup>16</sup>

Κριτήρια θανάτου, με βάση τα οποία ο θάνατος διαγιγνώσκετε και επιβεβαιώνεται κατά τρόπο ασφαλή, που να μην επιτρέπει κάποια παρεξήγηση ή έστω επιπόλαια σκέψη ότι ο γιατρός για χάρη της επιστήμης, ενήργησε πρόωρα, θεσπίζει και καθιερώνονται και προστατεύονται με νόμο.<sup>16</sup>

Η νομική λοιπόν κατοχύρωση φαίνεται να αποτελεί μια από τις πρώτες και βασικές προϋποθέσεις για την διευκόλυνση της χειρουργικής των μεταμοσχεύσεων.<sup>17</sup>

Στον Ελληνικό χώρο η νομική εξασφάλιση ξεκίνησε από το 1978 με την ψήφιση του Ν.821/78 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 μία ομάδα γιατρού και συγκεκριμένα στον υπεύθυνο για τον κάθε ασθενή γιατρό ή τον αντικαταστάτη του, έναν νευρολόγο ή έναν αναισθησιολόγο, αποκλειόμενου γιατρού που ανήκει στην μεταμοσχευτική ομάδα. Ο νομοθέτης αποκλείει έστω και την εξαιρετικά απίθανη περίπτωση επίδειξης ενός υπερβάλλοντος ζήλου, εκ μέρους του γιατρού, διασφαλίζοντας τον ταυτόχρονα από οποιαδήποτε κακόβουλη υπόνοια ότι ενήργησε πρόωρα και αυθαίρετα.<sup>17</sup>

## **2.3 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ**

Το πλαίσιο λειτουργίας, η αρχή της εικαζόμενης συγκαταθέσεως δεν έχει ακόμα τύχη ευρείας εφαρμογής εξαιτίας της επιφυλακτικότητας τόσο από τον ιατρικό όσο και από τον νομικό κόσμο των διαφόρων κοινωνιών. Επίσης η χρησιμοποίηση σε ευρεία κλίμακα της πηγής των ζώντων συγγενών dotών συναντά πολλές επιφυλάξεις, λόγω του κινδύνου εμπορευματοποίησης. Υπολογίζεται ότι αν επιτευχθεί, να χρησιμοποιούνται πραγματικός όλοι οι δυνητικοί δότες, το έλλειμμα θα μειωθεί δραματικός. Η εξέλιξη των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας συνηγορεί δυστυχώς με αρνητικό τρόπο.<sup>18</sup>

Οι πτωματικές μεταμοσχεύσεις νεφρών τη δεκαετία του 1980, υστερούσαν σημαντικά έναντι εκείνων των ζώντων συγγενών. Το 1989-1990 έγινε μια σημαντική προσπάθεια διοικητικής αναδιοργάνωσης του άλλου συστήματος. Το αποτέλεσμα δεν άργησε να φανεί και οι πτωματικές μεταμοσχεύσεις υπερέβησαν εκείνων των ζώντων συγγενών. Δυστυχώς η προσπάθεια αυτή δεν συνεχίστηκε τα επόμενα χρόνια τα εκ νέου αναστροφή της ανάπτυξης. Έτσι σήμερα ικανοποιείται μόνο το 23% των αναγκών.<sup>18</sup>

Σκόπιμο είναι η οργάνωση να προβλέπει τρία επίπεδα λειτουργίας: 1) Κεντρικό, 2) Περιφερικό και 3) Τοπικό (ανά νοσοκομείο).<sup>18</sup>

## **2.4 ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ**

Σε κάθε χώρα θα πρέπει να υπάρχει η Κεντρική Υπηρεσία Συντονισμού, η οποία πρέπει να είναι εφοδιασμένη με Κεντρικό Ηλεκτρονικό Υπολογιστή, ο οποίος θα έχει όλα τα στοιχεία των περιφερικών υπηρεσιών συντονισμού. Είναι το κεντρικό όργανο συντονισμού και οργάνωσης του συστήματος προσφοράς και διαθέσεως οργάνων.<sup>16</sup>

Κάθε χώρα θα πρέπει να διαιρεθεί σε μεταμοσχευτηκές περιφέρειες , αναλόγως των μεταμοσχευτικών κέντρων. Στη χώρα μας, οι περιφέρειες αυτές δεν θα πρέπει να είναι πέρα των τριών: Βορείου, Κεντρικής και Νοτίου Ελλάδος. Η κάθε περιφέρεια θα πρέπει να έχει την ευθύνη της περιοχής της και αμείβεται ή ελέγχεται αναλόγως των αποτελεσμάτων.<sup>16</sup>

Σε κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να λειτουργεί γραφείο συντονισμού μεταμοσχεύσεων, στελεχωμένο με συντονιστές εφοδιασμένο με όλα τα σύγχρονα μέσα: Ηλεκτρονικό Υπολογιστή, Τηλεομοιωτυπωτή, κινητό τηλέφωνο, κ.λπ. Στα περιφερικά νοσοκομεία , πρέπει να υπηρετούν τέσσερις συντονιστές, στα δε νοσοκομεία δευτεροβάθμιας φροντίδας, τουλάχιστον ένας συντονιστής. Τα νοσοκομεία τριτοβάθμιας φροντίδας θα πρέπει να διαθέτουν τρεις τουλάχιστον συντονιστές, ένα ανά κάθε δώρο. Τα περιφερικά νοσοκομεία είναι δυνατόν να λειτουργήσουν και με λιγότερους. Το όλο σύστημα θα πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Η κεντρική υπηρεσία να έχει κυρίως επιτελική αποστολή.
2. Να είναι σύστημα αποκεντρωμένο.
3. Να υπάρχει στενή συνεργασία μεταξύ Κεντρικών και Περιφερικών υπηρεσιών.
4. Είναι βασικό οι τοπικοί συντονιστές να ευρίσκονται σε συνεχή επαφή με όλες τις δυνάμεις της τοπικής κοινωνίας και να αναλαμβάνουν το έργο της διαπαιδαγώγησης και ενημέρωσης του κοινού.

Τα μεταμοσχευτικά κέντρα οφείλουν να αναλάβουν την εκπαίδευση των τοπικών συντονιστών.<sup>16</sup>

Η Κεντρική υπηρεσία ενημερώνεται για όλες τις εξελίξεις και εφόσον δεν υπάρχει κατάλληλος λήπτης μέσα στην περιφέρεια, αναλαμβάνει να επικοινωνήσει με τις λοιπές περιφέρειες ή την Euro transplant.<sup>16</sup>

Εφόσον υπάρχει αίτημα για επείγουσα μεταμόσχευση από κάποιο μεταμοσχευτικό κέντρο (π.χ. επί ήπατος, οξεία κεραυνοβόλος ηπατίτιδα ή επαναμεταμόσχευση ) η κεντρική υπηρεσία παρέχει προτεραιότητα.<sup>16</sup>

#### **A) Ο ρόλος του περιφερικού συντονιστή**

Θα πρέπει ευθύς ως περιφερικός συντονιστής λάβει το μήνυμα, να καθορίσει τη σειρά προτεραιότητας λήψεως του οργάνου, από τους υποψηφίους του καταλόγου αναμονής. Επικοινωνεί με το γραφείο συντονισμού του Μεταμοσχευτικού Κέντρου που έχει την προτεραιότητα και παρέχει προθεσμία 60 λεπτών περίπου για να αποφασίσει το κέντρο αν αποδέχεται ή όχι το μόσχευμα. Όταν η απάντηση είναι αρνητική, προχωρεί στο επόμενο κατά σειρά προτεραιότητας κέντρο μεταμοσχεύσεων. Επί θετικής απαντήσεως θα πρέπει να ενημερωθεί αναστρόφως το νοσοκομείο του δότης.<sup>19</sup>

Είναι καθήκον του περιφερικού συντονιστή να καθορίσει τον τρόπο μεταβάσεως των ομάδων λήψεως των οργάνων. Θα πρέπει να συντονιστούν όλες οι ομάδες λήψεως του ήπατος, καρδιάς, παγκρέατος, νεφρών και ενδεχομένως πνευμόνων, εντέρου και κερατοειδών, οι οποίες συχνά προέρχονται από διαφορετικά κέντρα ή και διαφορετικές χώρες.<sup>19</sup>

#### **B) Ο ρόλος του τοπικού συντονιστή**

Ο ρόλος του τοπικού συντονιστή είναι πολλαπλός και συνίσταται:

Στο νοσοκομείο του δότη:

1. Εντοπισμός του δυνητικού δότη. Υποστήριξη του περιβάλλοντος του ασθενούς και προετοιμασία για τη λήψη της συγκαταθέσεως.

2. Συλλογή όλων των απαραίτητων στοιχείων του δότη (αίτια ατυχήματος ή νόσου, ομάδα αίματος, βάρος, ύψος, κ.α.) και μεταβίβαση τους στην περιφερική ομάδα συντονισμού.
3. Συντονίζει τις διάφορες ομάδες λήψεως των επιμέρους οργάνων, ώστε η λήψη να γίνεται χωρίς απώλεια χρόνου, τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή που έχει προγραμματισθεί.
4. Φροντίζει για την όσο το δυνατόν μικρότερη παρενόχληση των εργασιών του νοσοκομείου δότη.
5. Μεριμνά για την εξάπλωση της ιδέας των μεταμοσχεύσεων σε τοπικό επίπεδο.<sup>19,20</sup>

Στο νοσοκομείο του λήπτη:

1. Διατηρεί τον κατάλογο αναμονής των υποψηφίων ληπτών με κάθε λεπτομέρεια, όσον αφορά στην πάθηση, την ομάδα αίματος και άλλα στοιχεία συμβατότητας, ύψος, βάρος και πλήρη στοιχεία για την άμεση επικοινωνία με τον ασθενή. Ο ηλεκτρονικός φάκελος θα πρέπει να ενημερώνεται κάθε εβδομάδα με κάθε στοιχείο που προκύπτει με την πάροδο του χρόνου.
2. Είναι υπεύθυνος για την επιλογή και επικοινωνία για τον υποψήφιο λήπτη.
3. Μεριμνά για το συντονισμό και τη μετακίνηση της ομάδας λήψεως.
4. Αναλαμβάνει την ενημέρωση και υποστήριξη του υποψηφίου λήπτη και του περιβάλλοντος του.
5. Μεριμνά για την εξάπλωση της ιδέας της δωρεάς οργάνων.
6. Αναλαμβάνει την όλη προετοιμασία της επεμβάσεως. Εκτός από το συντονισμό των διαφόρων ομάδων ιατρών, όπως χειρουργών, αναισθησιολόγων, αιμοδοσίας, τεχνικών και νοσηλευτριών, θα πρέπει να μεριμνήσει όπως ο ασθενής, εάν δε νοσηλεύεται ήδη, να ευρίσκεται στο

νοσοκομείο τουλάχιστον 6 ώρες πριν αρχίσει η μεταμόσχευση. Ο ειδικός παθολόγος θα πρέπει να ελέγξει τον ασθενή για κάθε τυχόν αλλαγή της καταγεγραμμένης καταστάσεως του (πρόσφατες φλεγμονές, λειτουργία συστημάτων, κ.λπ.). Επειδή τα διάφορα περιφερικά νοσοκομεία ενδέχεται να μην έχουν τα απαιτούμενα εργαλεία, θα πρέπει ο συντονιστής του Νοσοκομείου λήψεως του οργάνου να φροντίσει ώστε η ομάδα λήψεως να μεταφέρει όλα τα αναγκαία εργαλεία, ράμματα, αποστειρωμένο πάγο, σωλήνες και υγρά συντηρήσεως. Το τοπικό νοσοκομείο τις συνήθεις διευκολύνσεις και αναισθησιολογική κάλυψη.<sup>19, 20</sup>

Ιδιαίτερη αξία έχει η επαφή του συντονιστή με τους υποψήφιους λήπτες και το περιβάλλον τους. Στις χρόνιες παθήσεις ο ασθενής γνωρίζει ότι πρόκειται να υποβληθεί σε μεταμόσχευση. Η απόφαση όμως για την μεταμόσχευση λαμβάνετε συνήθως αιφνιδίως και η προσέγγιση του ασθενούς θα πρέπει να είναι ήπια.<sup>19, 20</sup>

Ο ασθενής θα πρέπει να έχει ενημερωθεί εκ των πρότερων, τα τυχόν μετεγχειρητικά προβλήματα και την αγωγή. Καλό θα είναι να έχει επισπευτεί τη μονάδα εντατικής θεραπείας ώστε να μη πανικοβάλετε από το πλήθος των ηλεκτρικών / ηλεκτρονικών συσκευών. Καλό είναι ο συντονιστής να φροντίσει να φέρει σε επαφή τον υποψήφιο λήπτη με τους άλλους μεταμοσχευμένους ασθενείς από τους οποίους αποδέχεται ευκολότερα τις πληροφορίες και παίρνει κουράγιο. Επίσης, ο συντονιστής θα πρέπει να επισκεφτεί το σπίτι του λήπτη και να προετοιμάσει το εκεί περιβάλλον του. Στις οξείες παθήσεις η απόφαση είναι αιφνίδια και χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα για την ενημέρωση των οικείων του ασθενούς περί της επεμβάσεως. Διότι συχνά είναι δύσκολο να δεχτούν ότι το προσφιές τους πρόσωπο, το οποίο μέχρι πρότινος ήταν υγιές, θα πρέπει να υποβληθεί σε μια τόσο σοβαρή επέμβαση.<sup>19, 20</sup>

## **2.5 ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ Π.Ο.Υ. ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ:**

- § Το Μάιο του 1987 η 40<sup>η</sup> παγκόσμια διάσκεψη υγείας εξέδωσε κείμενο με τι οποίο απαγόρευε κάθε περίπτωση εμπορίας οργάνων.
- § Η 42<sup>η</sup> παγκόσμια διάσκεψη υγείας κινήθηκε στη φιλοσοφία του προηγούμενου κειμένου.
- § Στις 2-4 Μαΐου του 1990 πραγματοποιείται στη Γενεύη ενημερωτική συνάντηση των μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το θέμα των μεταμοσχεύσεων.
- § Στις 3-4 Οκτωβρίου του ίδιου χρόνου πραγματοποιείται δεύτερη συνάντηση επί του θέματος με περιορισμένη συμμετοχή.
- § Στις 24 Ιανουαρίου 1991 ψηφίζεται κοινή ανακοίνωση των αντιπρόσωπων.<sup>21</sup>

## **2.6 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ**

Οι βασικές αρχές που πρέπει να ισχύουν σε κάθε περίπτωση μεταμόσχευσης είναι:

### **Αρχή 1**

Λαμβάνονται όργανα από πτωματικό δοτή για μεταμόσχευση εφόσον:

A) έχουν τηρηθεί όλες οι διατάξεις του νόμου

B) δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωά του αντίθετο στη δωρεά οργάνων. Το κριτήριο αυτό ισχύει σε περίπτωση που δεν υπάρχει γραπτή δήλωση του ατόμου, όταν ήταν σε ζωή.<sup>21</sup>



## **Αρχή 2**

Οι γιατροί που διαπιστώνουν το θάνατο του υποψήφιου δότη δεν πρέπει να ανήκουν σε μεταμοσχευτική ομάδα, ούτε σε ομάδα συντηρήσεις μοσχευμάτων.<sup>21</sup>

## **Αρχή 3**

Σε περίπτωση δότη εν ζωή πρέπει απαραίτητα ο δότης να είναι ενήλικας και συγγενείς εξ αίματος του δέκτη. Εξαιρέσεις μπορεί να γίνουν σε μεταμόσχευση μυελού των οστών ή ιστών που αναγεννιούνται. Η λήψη οργάνου για μεταμόσχευση από ζώντα δότη, πρέπει να γίνει κατόπιν ελεύθερης συναίνεσης του, αφού πρώτα ενημερωθεί επαρκώς για τους κινδύνους, τα οφέλη και τις συνέπειες μιας τέτοιας απόφασης.<sup>21</sup>

## **Αρχή 4**

Δε πρέπει να λαμβάνονται όργανα από άτομα που ανήκουν σε μειονότητες η κρατούμενους.<sup>21</sup>

## **Αρχή 5**

Η παροχή και η λήψη χρημάτων για την αγορά οργάνων απαγορεύεται.<sup>21</sup>

## **Αρχή 6**

Οι διαφημίσεις που προτρέπουν τη χρηματική πληρωμή απαγορεύονται.<sup>21</sup>

## **Αρχή 7**

Οι γιατροί και επαγγελματίες υγείας δε πραγματοποιούν τη μεταμόσχευση, όταν υπάρχουν υποψίες και ένδειξης ότι το μόσχευμα αγοράστηκε.<sup>21</sup>

## **Αρχή 8**

Απαγορεύεται να λαμβάνεται αμοιβή από την υγειονομική ομάδα για τη συμμετοχή τους σε μεταμόσχευα.<sup>21</sup>

## Αρχή 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.<sup>21</sup>

## 2.7 ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Στην πατρίδα μας έγινε δεκτή με ενθουσιασμό η δωρεά οργάνων μετά θάνατον, εντούτοις τα ερωτήματα παραμένουν: «υπάρχει έστω και μικρή πιθανότητα να γίνει φόνος με τη μεταμόσχευση;».<sup>22</sup>

Ο νόμος βεβαία προβλέπει ότι στο ιατρικό συμβούλιο που θα διαγνώσει το θάνατο του δότη δεν πρέπει να συμμετέχει γιατρός που να ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα, αλλά αυτό δεν λύνει το πρόβλημα και επειδή και στον ιατρικό κόσμο εξακολουθεί να υπάρχει διαφωνία σχετικά με τα κριτήρια θανάτου, οι επιφυλάξεις γίνονται σοβαρότερες.<sup>21</sup>

Εξίσου σοβαρό είναι και το πρόβλημα της συγκατάθεσης των συγγενών. Με την έκδοση του Ν.1383/83 καταργήθηκε η συνήθεια αυτή επειδή η πείρα έδειξε ότι οι συγγενείς με δυσκολία δεχόταν. Είναι αψυχολόγητο να πάμε στον άνθρωπο που κλαίει το παιδί του και να του παρουσιάσουμε ένα χαρτί να υπογράψει, ότι συμφωνεί να αφαιρεθούν όργανο από τον αγαπημένο του νεκρό.<sup>22</sup>

Δεν μπορούμε όμως να μη λάβουμε υπόψη μας τη συγκατάθεση των συγγενών, γιατί η τιμή προς τον νεκρό είναι κάτι σεβαστό, ήδη από την αρχαιότητα ('Αντιγόνη'). Ασφαλώς πρέπει με άλλον τρόπο να ρυθμιστεί νομοθετικά το θέμα δωρεά εν ζωή.<sup>21</sup>

Ένα τρίτο πρόβλημα που δημιουργούν οι μεταμοσχεύσεις οφείλεται στη διαφορά μεταξύ ζήτησης και προσφοράς. Και αυτό προκύπτει γιατί η προσφορά των μοσχευμάτων είναι κατά πολύ μικρότερη από ότι η ζήτηση. Και το ερώτημα είναι: ποιος θα προτιμηθεί να ζήσει και ποιος θα καταδικαστεί να πεθάνει; <sup>21</sup>

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,
- Το επείγον της επέμβασης

Κλείνοντας την αναφορά μας στους ηθικούς προβληματισμούς των μεταμοσχεύσεων, πρέπει να αναφέρουμε ότι είναι απαράδεκτη κάθε απόπειρα μεταμόσχευσης εγκεφάλου ή γεννητικών οργάνων. <sup>21</sup>

## **2.8 Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ**

Η Εκκλησία, αντικρίζει τις μεταμοσχεύσεις, ως κάθε τι σχετιζόμενο με την υγεία του ανθρώπου και την πάλη του με τον θάνατον, με ιδιαίτερη συμπάθειας και κατανόησης. Αντίλαμβάνεται και το μέγεθος του προβλήματος και τις δυνατότητες των μεταμοσχεύσεων ως επίσης και το μέγιστο αυτής χρέος έναντι της κοινωνίας, της ιατρικής πράξης, των ληπτών αλλά και των δυνητικών δοτών. Και τον λήπτη επιθυμεί να βοηθήσει αλλά και τον δωρητή οφείλει να σεβαστεί. <sup>21,23</sup>

Το κριτήριο της εκκλησιαστικής ηθικής των μεταμοσχεύσεων, ως και κάθε προβλήματος, είναι πνευματικών. Εάν κάτι βλάπτει την ψυχή ή υποβιβάζει την πνευματική αξίας, ανεπιφύλακτος το απορρίπτει. Αντιθέτως, εάν το επί μέρους επιστημονικών επίτευγμα είναι συμβατών προς την θεολογική παράδοση,

διδασκαλία και εμπειρία της, την ιδιοφυία ανακάλυψη την αντιμετωπίζει με την τόλμη της πνευματικής καινοτομίας της. Ούτε με τον ορθολογιστικό σχολαστικισμό έχει σχέση ούτε εις πολιτικός σκοπιμότητας υποχωρεί ούτε με την εκκοσμίκευση συντάσσεται.<sup>21,23</sup>

Κάθε τι το οποίον υπερβαίνει τον ατομικισμό και την φιλοζωία και συνδέει τους ανθρώπους με σχέση αμοιβαιότητας και κοινωνίας, κάθε τι το οποίον αποδεικνύει την υπέροχη της πνευματικής ζωής επί της βιολογικής επιβιώσεως, η Εκκλησία το προστατεύει και το υποστηρίζει. Ενώπιον του μυστηρίου της ζωής και του θανάτου, ως και της ψυχοσωματικής συμφυΐας του ανθρώπου ίσταται μετά σεβασμού και ιδιαζούσης ευαισθησίας.<sup>21,23</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>



## ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ

### **3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ**

Μεταμόσχευση: Σημαίνει εμφύτευση ενός ιστού ή οργάνου, που καλείται μόσχευμα (graft) και που αναλαμβάνει τη λειτουργία του αντίστοιχου ανεπαρκούντος οργάνου. Αυτό γίνεται με ή χωρίς αφαίρεση του νοσούντος οργάνου.<sup>24</sup>

Είναι μια εγχείρηση κατά την οποία υγιή όργανα, ιστοί ή κύτταρα μεταφέρονται από νεκρό ή ζώντα δότη σε ένα χρονίως πάσχοντα άνθρωπο με σκοπό την αποκατάσταση της λειτουργίας των οργάνων του. Η μεταμόσχευση αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της ιατρικής του 20<sup>ου</sup> αιώνα και έχει καθιερωθεί πλέον ως μία θεραπευτική πρακτική, που επιτρέπει την αποκατάσταση των λειτουργιών του σώματος που είχαν μέχρι εκείνη τη στιγμή χαθεί και σε μερικές περιπτώσεις είχαν μερικώς υποκατασταθεί με μηχανικού τύπου μεθόδους.<sup>5,13</sup>

#### **ΣΚΟΠΟΣ:**

Η μεταμόσχευση νεφρών εκτελείται στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ή τελικού σταδίου νεφρική νόσο (ESRD) που εμφανίζεται όταν οι νεφροί έχουν υποστεί τέτοια βλάβη ώστε να μη είναι σε θέση αποβάλλουν από το σώμα τη περίσσεια υγρών και τοξικό ουσιών και να ρυθμίσουν τη κυκλοφορία και το ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών. Χωρίς τη μακρόχρονη διάλυση ή μια μεταμόσχευση νεφρών ή τελικού σταδίου νεφρική νόσο (ESRD) είναι μοιραία.<sup>5</sup>

### 3.2 ΕΙΔΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

Ανάλογα με τη γενετική σχέση μεταξύ του δότη και του λήπτη, διακρίνονται 3 είδη μοσχευμάτων :

- α) Αυτομοσχεύματα: αυτά προέρχονται από το ίδιο άτομο, π.χ. δερματικά μοσχεύματα, οστικά μοσχεύματα
- β) Αλλομοσχεύματα: όταν ο δότης και ο λήπτης του μοσχεύματος είναι γενετικά διαφορετικοί αλλά ανήκουν στο ίδιο ζωικό είδος, π.χ. μόσχευμα από άνθρωπο σε άνθρωπο
- γ) Ξενομοσχεύματα: όταν ο δότης και ο λήπτης είναι άτομα προερχόμενα από διαφορετικό ζωικό είδος, π.χ. μόσχευμα προερχόμενο από μπαμπούινο σε άνθρωπο.<sup>24</sup>

Άλλη διαίρεση είναι ανάλογα με τα όργανα:

- Μεταμόσχευση Αγγείων
- Μεταμόσχευση Αδένων έσω εκκρίσεως
- Μεταμόσχευση Δέρματος
- Μεταμόσχευση Τοθ κερατοειδούς του οφθαλμού
- Μεταμόσχευση Οστού
- Μεταμόσχευση Ιστών και οργάνων<sup>21</sup>

Τα όργανα τα οποία μπορούν να μεταμοσχευτούν είναι οι νεφροί, η καρδιά, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και τμήμα του λεπτού εντέρου. Οι ιστοί και τα κύτταρα που μπορούν σήμερα να μεταμοσχευτούν είναι δέρμα, επιδερμίδα, οστά, χόνδροι, μύες, τένοντες, σύνδεσμοι, περιτονίες, αγγεία, βαλβίδες της καρδιάς, κερατοειδής χιτώνας του οφθαλμού, σκληρός χιτώνας του οφθαλμού, εμβρυϊκή μεμβράνη, χόριο, ενδοκρινείς ιστοί και ενδοκρινικά κύτταρα, νευρικά κύτταρα, αιμοποιητικά κύτταρα κ.α. Οι τεχνικές συνεχώς βελτιώνονται και

σύντομα θα είναι δυνατή η μεταμόσχευση και άλλων οργάνων, ιστών και κυττάρων.<sup>24</sup>

Και μια Τρίτη διαίρεση σε:

- Μεταμόσχευση από ζώντα δότη
- Μεταμόσχευση από νεκρό δότη<sup>21</sup>

Η επιτυχία και η επιστροφή σε υγιή κατάσταση και φυσιολογική ζωή αγγίζουν το ποσοστό του

- 80% στις μεταμοσχεύσεις νεφρού,
- 70% καρδιάς και ήπατος και
- 90% κερατοειδούς χιτώνα του οφθαλμού

Υπολογίζεται ότι 70.000-100.000 άνθρωποι χάνονται ετησίως σε ολόκληρο τον κόσμο από έλλειψη μοσχευμάτων.<sup>25</sup>

### **3.3 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΠΟ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ**

Σύμφωνα με το Νόμο 1383/1983 η μεταμόσχευση από ζωντανό δότη επιτρέπει μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς και όταν υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις:

1. Ο δότης να είναι ενήλικας και να μην βρίσκεται σε κατάσταση δικαστικής απαγόρευσης
2. Να μην υφίσταται ιστοσυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη
3. Να μην υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για την υγεία ή τη ζωή του δότη
4. Ο δότης ελεύθερα να δηλώσει τη προσφορά του μοσχεύματος
5. Το μόσχευμα να μην πωλείται<sup>21</sup>

**Ζώντας συγγενής δότης:** Είναι μέλος της ίδιας οικογένειας ιστοσυμβατός με το λήπτη, που προσφέρει για μεταμόσχευση το ένα όργανο (π.χ. το ένα νεφρό) ή τμήμα ενός οργάνου (π.χ. την ουρά του παγκρέατος ή τον ένα λοβό του ήπατος



ή λοβό πνεύμονας) ή άλλο ιστό (π.χ. μυελό των οστών). Οι ιδανικότεροι συγγενείς δότες είναι οι πανομοιότυποι δίδυμοι.<sup>24</sup>

**Ζώντας μη συγγενής δότης:** Η δωρεά οργάνου ή ιστού από μη συγγενή ζωντανό δότη γίνεται από άτομα που είτε έχουν συναισθηματική σχέση ή συγγένεια εξ αγχιστείας (π.χ. σύζυγοι) ή απλή γνωριμία με τον υποψήφιο λήπτη ή μπορεί να μη τον γνωρίζουν, αλλά έχουν δηλώσει στα αρμόδια Εθνικά Κέντρα, ότι επιθυμούν να είναι δωρητές ιστού (π.χ. μυελού των οστών).<sup>24</sup>

### **3.4 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΖΩΝΤΑ ΔΟΤΗ**

- 1) Ηλικία <18 ή >65-70 ετών,
- 2) Υπέρταση >140/90mmHg,
- 3) Σακχαρώδης διαβήτης (κλινικός ή λανθάνων),
- 4) Λευκωματουρία >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
- 12) Ψυχιατρικό νόσημα.<sup>25</sup>

### **3.5 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΑΠΟ ΝΕΚΡΟ ΔΟΤΗ**

Απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτραπεί μια τέτοια μεταμόσχευση είναι η διαδικασία του θανάτου του δότη.<sup>15</sup>

Ο πτωματικός δότης συμπαγών οργάνων είναι το άτομο που απεβίωσε από εγκεφαλική βλάβη, όπως κρανιοεγκεφαλική κάκωση, αυτόματη εγκεφαλική αιμορραγία κ.τ.λ., και την ώρα του θανάτου του βρισκόταν σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, όπου υπάρχει η δυνατότητα διατήρησης αναπνοής και κυκλοφορίας με τεχνητά μέσα (αναπνευστήρας κ.τ.λ.), και, επομένως, τα υπόλοιπα όργανα πλην του εγκεφάλου εξακολουθούν να οξυγονώνονται μέχρι τη στιγμή της αφαίρεσής τους. Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες αξιοποίησης νεφρικών μοσχευμάτων από δότες των οποίων η καρδιακή λειτουργία έχει διακοπεί (non heart beating donors).<sup>25</sup>

Μεταμόσχευση από νεκρό δότη υπάρχει όταν:

1. Υπάρχει απουσία λειτουργίας εγκεφάλου και στελέχους
2. Η αιτία θανάτου να είναι γνώστη και να αποτελεί ανάνηψη
3. Η παύση της εγκεφαλικής λειτουργίας θα πρέπει να διατηρείται από ορισμένη περίοδο παρατήρησης και θεραπείας.

### **3.6 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΝΕΚΡΟΥ ΔΟΤΗ**

1. Μη ελεγχόμενη σήψη
2. Κακοήθεια εξωκρανιακή: ειδικά μελάνωμα, χοριοκαρκίνωμα, λέμφωμα ή καρκίνος πνεύμονα, μαστού, νεφρού ή εντέρου.<sup>26</sup>
3. Μεταδιδόμενα νοσήματα: φυματίωση, HIV, σύφιλη, συστηματικές ιογενείς λοιμώξεις, ερπητική μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, HBV, HCV ενεργός νόσος.
4. Ηλικία >70 ετών
5. Βακτηραιμία
6. Μυκητιαμία
7. Υψηλού κινδύνου κοινωνικό ιστορικό: κατάχρηση αλκοόλ, κατάχρηση τοξικών ουσιών.<sup>27</sup>

### 3.7 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

#### Απόλυτα

- Ηλικία >75 ετών
- Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια
- Κακοήγη νεοπλάσματα με πιθανές μεταστάσεις
- Σηψαιμία
- HIV (+)
- Διάτρηση εντέρου (περιτονίτις)
- Παρατεταμένη θερμή ισχαιμία\*
- HbsAg (+)<sup>13</sup>

#### Σχετικά

- Υπέρταση
- Ηλικία <5 και >60 ετών
- Συστηματική νόσος (Ερυθρηματώδης λύκος, σακχαρώδης διαβήτης κ.ά.)
- Οξεία σωληναριακή νέκρωση
- HCV(+)
- Παρατεταμένη ψυχρή ισχαιμία\*\*<sup>13</sup>

\* Με τον όρο **θερμή ισχαιμία** εννοούμε τη χρονική περίοδο που μεσολαβεί από τη στιγμή της διακοπής της κυκλοφορίας του αίματος στον νεφρό του δότη μέχρι τη στιγμή που αρχίζει η διαδικασία της ψύξης αυτού του νεφρού. Η ψύξη διενεργείται με έκπλυση εξωτερική και, κυρίως, εσωτερική (μέσω έγχυσης στη νεφρική αρτηρία άσηπτων, ειδικών διαλυμάτων, θερμοκρασίας 4° K, περίπου), για να απομακρυνθεί όλο το αίμα από το ενδονεφρικό αγγειακό δίκτυο, γιατί εάν παρέμενε θα υφίστατο πήξη και θα καθιστούσε τον νεφρό ακατάλληλο προς

μεταμόσχευση. Με τις νεότερες τεχνικές έγχυσης διαλυμάτων, κατά το διάστημα που οι νεφροί του δότη βρίσκονται ακόμα στη θέση τους, ο χρόνος αυτός τείνει να μηδενιστεί. Σε περιπτώσεις, όμως, αιμοδυναμικής αστάθειας ή καρδιακής ανακοπής του δότη, πριν από την αφαίρεση των νεφρών, η θερμή ισχαιμία παρατείνεται περισσότερο από 20'-30' λεπτά της ώρας, με πολύ αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα και βιωσιμότητα των νεφρικών μοσχευμάτων.<sup>25</sup>

**\*\*Ως ψυχρή ισχαιμία** θεωρείται το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την αρχή της ψύξης μέχρι την εμφύτευση του μοσχεύματος στον λήπτη, το οποίο συνήθως κυμαίνεται από 8-30 ώρες. Όσο γρηγορότερα γίνει η μεταμόσχευση τόσο περισσότερες οι πιθανότητες να λειτουργήσει άμεσα και όχι καθυστερημένα το νεφρικό μόσχευμα.<sup>25</sup>

### **3.8 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ**

Πρακτικώς, κάθε πάθηση οργάνου, η οποία οδηγεί σε τελική λειτουργία ανεπαρκείας του, αποτελεί ένδειξη μεταμόσχευσης. Οι ενδείξεις για μεταμόσχευση διαχωρίζονται ανά όργανο.

Κάθε πάθηση των νεφρών που οδηγεί σε τελικό στάδιο νεφρικός ανεπάρκειας είναι:

- Σπειραματονεφρίτιδα
- Χρόνια πυελονεφρίτιδα
- Κληρονομικά νοσήματα
- Μεταβολικά νοσήματα
- Αποφρακτικά νοσήματα
- Τοξικά αίτια ανεπάρκειας
- Πολυσυστηματικές νόσοι

- Αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο
- Όγκοι, Συγγενή νοσήματα
- Μη οξεία νεφρική ανεπάρκεια
- Τραύματα<sup>27</sup>

### 3.9 ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Πριν μπουν στον κατάλογο μεταμόσχευσης, οι πιθανοί λήπτες νεφρών πρέπει να υποβληθούν σε μια περιεκτική φυσική εξέταση. Εκτός από τη δοκιμασία συμβατότητας, οι ραδιολογικές δοκιμές, οι εξετάσεις ούρων, και μια ψυχολογική αξιολόγηση, θα γίνουν επίσης χαρτογράφηση των HLA αντιγόνων δοτή και λήπτη καθώς και εξέταση cross-match όπου αναμειγνύεται ο ορός του δότη και του λήπτη, απαραίτητη για τη συμβατότητα.<sup>28</sup>

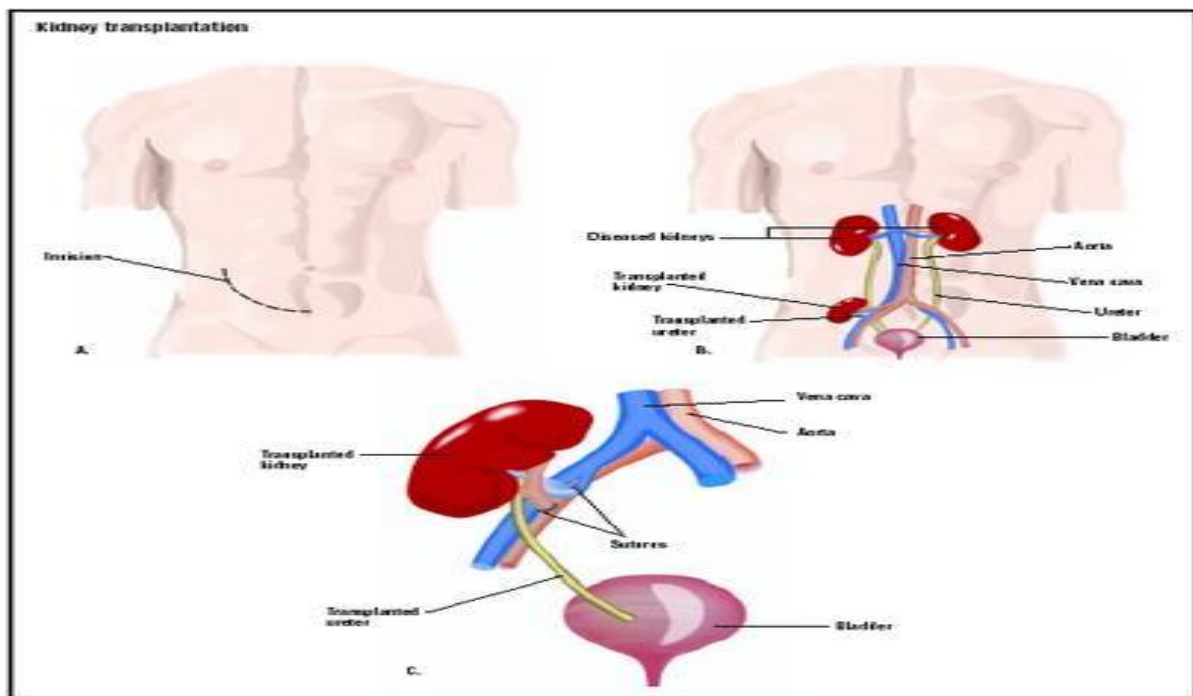
Οι πιθανοί ζωντανοί δοτές υποβάλλονται επίσης σε ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό και μια φυσική εξέταση για να αξιολογήσουν την καταλληλότητά τους για τη δωρεά. Οι εκτενείς εξετάσεις αίματος εκτελούνται και στο δοτή και στον λήπτη. Τα δείγματα αίματος χρησιμοποιούνται στον τύπο ιστού για τις αντιστοιχίες αντιγόνων, και επιβεβαιώνουν ότι οι τύποι αίματος είναι συμβατοί. Εάν μια αντίδραση εμφανίζεται, υπάρχουν μερικά πρωτόκολλα επεξεργασίας που μπορούν να μειώσουν την ικανότητα αμέσου αντιδράσεως, συμπεριλαμβανομένων των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων και της πλασμαφαίρεσης (μια θεραπεία διήθησης αίματος).<sup>28</sup>

Η λειτουργία νεφρών του δοτή θα αξιολογηθεί με εξετάσεις ούρων επίσης. Απαραίτητη θεωρείται και η νεφρική αγγειογραφία του δότη όπου εκχέετε στην αρτηρία του, ένα σκιερό φάρμακο και λαμβάνονται ακτινολογικές εικόνες. Μόλις επιβεβαιωθεί η συμβατότητα και οι φυσικές προετοιμασίες για τη μεταμόσχευση νεφρών είναι πλήρεις, και ο δοτής και ο λήπτης μπορούν να υποβληθούν σε μια ψυχολογική ή ψυχιατρική αξιολόγηση για να εξασφαλισθεί

ότι προετοιμάζονται συναισθηματικά για τη θεραπευτική αγωγή της μεταμόσχευσης.<sup>28</sup>

### 3.10 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΛΗΨΗΣ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

Η μεταμόσχευση νεφρών χειρουργικά συνδέει ένα λειτουργών νεφρό, από έναν κλινικά νεκρό δότη οργάνων ( πτωματική μεταμόσχευση ) ή από έναν ζωντανό δότη σε έναν ασθενή με τελικού σταδίου νεφρική νόσο (ESRD). Οι ζωντανοί δότες μπορεί να είναι ανεξάρτητοι από τον ασθενή, αλλά ένας συγγενής δότης έχει μεγαλύτερη πιθανότητα ο νεφρός του να έχει καλύτερη συμβατότητα με τον ασθενή.



Για μια μεταμόσχευση νεφρού, μια τομή γίνεται στη κάτω κοιλία (A). Το νεφρό του δότη συνδέεται με τον αγγεία του ασθενή χαμηλότερα στην κοιλία από τα εγγενή νεφρά, τα οποία αφήνονται συνήθως στη θέση τους(B). Ένας μεταμοσχευμένος ουρητήρας συνδέει το νεφρό του δότη με τη κύστη του ασθενούς(C).<sup>13</sup>

## **A. ΑΝΟΙΚΤΗ ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ**

Η χειρουργική επέμβαση για να αφαιρεθεί ο νεφρός από το δότη καλείται **νεφρεκτομή**. Σε μία παραδοσιακή, ανοικτή νεφρεκτομή, ο δότης υφίσταται γενική αναισθησία και μια 15.2–25.4cm τομή στην πλάγια ή στη πρόσθια κοιλία. Τα αγγεία αίματος που συνδέουν το νεφρό με το δότη κόβονται και στερεώνονται, και ο ουρητήρας κόβεται επίσης και στερεώνεται μεταξύ της κύστης και του νεφρού. Το νεφρό και ένα συνημμένο τμήμα του ουρητήρα αφαιρούνται από το δότη. Μια παρόμοια διαδικασία χρησιμοποιείται για να αποκομίσει τα νεφρά πτωμάτων.<sup>13</sup>

## **B. ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΝΕΦΡΕΚΤΟΜΗ**

Η λαπαροσκοπική νεφρεκτομή είναι μια μορφή ελάχιστης χειρουργικής επέμβασης που χρησιμοποιεί όργανα, μακριές, στενές σωλήνες για περικοπή, και αφαίρεση το νεφρού του δότη. Ο χειρουργός βλέπει το νεφρό και τον περιβάλλοντα ιστό με ένα εύκαμπτο βιντεοσκόπιο. Το βιντεοσκόπιο και **τα χειρουργικά όργανα** ελίσσονται μέσω τεσσάρων μικρών τομών στην κοιλία, και το διοξείδιο του άνθρακα αντλείται στην κοιλιακή κοιλότητα για να τη διογκώσει για μια βελτιωμένη απεικόνιση του νεφρού. Μόλις ελευθερωθεί ο νεφρός, εξασφαλίζεται σε μια τσάντα και τραβιέται μέσω μιας πέμπτης τομής, περίπου 7,6 εκατ. ευρέως, στο κοιλιακό τοίχωμα κάτω από τον ομφαλό. Αν και αυτή η χειρουργική τεχνική παίρνει ελαφρώς περισσότερο χρόνο από μια ανοικτή νεφρεκτομή, οι μελέτες έχουν δείξει ότι προωθεί έναν γρηγορότερο χρόνο αποκατάστασης, πιά σύντομες παραμονές στο νοσοκομείο, και λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο για τους δότες.<sup>13</sup>

Μόλις αφαιρεθούν, τα νεφρά από τους ζωντανούς δότες και τα πτώματα τοποθετούνται στον πάγο και ξεπλένονται με μια κρύα συντηρητική ουσία. Το νεφρό μπορεί να συντηρηθεί σε αυτήν την λύση για 24–48 ώρες έως ότου

πραγματοποιηθεί η μεταμόσχευση. Όσο πιο σύντομα γίνει η μεταμόσχευση τόσο καλύτερες οι πιθανότητες είναι για την κατάλληλη λειτουργία.<sup>13</sup>

## **Γ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**

Κατά τη διάρκεια της λειτουργίας μεταμόσχευσης, ο λήπτης νεφρού ευρίσκεται κάτω από γενική αναισθησία και προληπτικής αντιβίωσης για να προληφθεί η πιθανή λοίμωξη. Ένας καθετήρας τοποθετείται στην κύστη προτού να αρχίσει η χειρουργική επέμβαση. Μια τομή γίνεται στο πλευρό του ασθενή, και ο χειρουργός εμφυτεύει το νεφρό επάνω από το πυελικό οστό και κάτω από το υπάρχον, μη-λειτουργούν με το ράψιμο της αρτηρίας και της φλέβας του νεφρού στη λαγόνια αρτηρία και φλέβας του ασθενή. Ο ουρητήρας του νέου νεφρού συνδέεται άμεσα με την κύστη του λήπτη. Μόλις συνδεθεί το νέο νεφρό, τα ασθενή νεφρά μπορεί ή δεν πρέπει να αφαιρεθούν ανάλογα με τις αιτίες που προκάλεσαν την νεφρική ανεπάρκεια. Εκτός επιπλοκών, η λειτουργία μεταμόσχευσης διαρκεί περίπου τρεις έως τέσσερις ώρες.<sup>24,28</sup>

Οι ασθενείς με ιστορικό καρδιακών παθήσεων, νόσου πνευμόνων, καρκίνου, ή ηπατίτιδας δεν μπορούν να είναι κατάλληλοι υποψήφιοι για τη λήψη μιας μεταμόσχευσης νεφρών.<sup>24,28</sup>

### **3.11 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΔΟΤΗ - ΛΗΠΤΗ**

Μια μέση παραμονή στο νοσοκομείο για έναν δότη μεταμόσχευσης είναι περίπου πέντε ημέρες. Και οι δότες και οι λήπτες νεφρών θα δοκιμάσουν κάποια ταλαιπωρία από τη τομή μετά από τη χειρουργική επέμβαση.<sup>28</sup>

Μια θεραπευτική αγωγή ανοσοκατασταλτικών, ή της αντί-απόρριψης, φάρμακο για να αποτρέψει το ανοσοποιητικό σύστημα από την απόρριψη του νέου νεφρού. Τα κοινά ανοσοκατασταλτικά περιλαμβάνουν τη cyclosporine, prednisone, το tacrolimus, mycophenolate mofetil, το sirolimus, baxsiliximab,



daclizumab, και το azathioprine. Ο λήπτης νεφρών θα απαιτηθεί να πάρει τα ανοσοκατασταλτικά για όλη τη διάρκεια ζωής του νέου νεφρού.<sup>24,28</sup>

Επειδή το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς καταστέλλεται, διατρέχει έναν αυξανόμενο κίνδυνο για λοίμωξη. Η περιοχή χειρουργικών τομών πρέπει να κρατηθεί καθαρή, και ο λήπτης μεταμόσχευσης πρέπει να αποφύγει την επαφή με άτομα που πάσχουν από ιώσεις, ή παρόμοιες νόσους. Εάν ο ασθενής έχει τα κατοικίδια ζώα, δεν πρέπει να χειριστεί τα ζωικά απόβλητα. Μετά από την αποκατάσταση, ο ασθενής θα πρέπει ακόμα να είναι σε προσοχή για την έκθεση στους ιούς και άλλους περιβαλλοντικούς κινδύνους.<sup>24,28</sup>

Οι λήπτες μεταμόσχευσης πρέπει να ρυθμίσουν τις διαιτητικές συνήθειές τους. Η κορτιζόνη αυξάνει την όρεξη και το νάτριο καθώς και τον πρωτεϊνικό καταβολισμό, και ο ασθενής πρέπει να ρυθμίσει τη λήψη του / της θερμίδων, άλατος, και πρωτεΐνης για να αντισταθμίσει.<sup>28</sup>

### **3.12 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ**

#### **A. Χειρουργικές**

1. **Φλεγμονή** του τραύματος. Η συχνότητά της σήμερα είναι <1%. Η θεραπεία περιλαμβάνει αντιβιοτικά και παροχέτευση επί διαπύσης.<sup>29</sup>

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 μαρσιποίηση.<sup>29</sup>

3. **Αιμορραγία** Σχολαστική αιμόσταση, κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, προλαμβάνει την επιπλοκή. Σπανίως η αιμορραγία οφείλεται σε ρήξη των αναστομών των νεφρικών – λαγόνιων αγγείων, η οποία απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση. Όσιμη 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.<sup>29</sup>

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.<sup>29</sup>

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.<sup>29</sup>

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.<sup>29</sup>

## **B. Άλλες επιπλοκές**

Πολλές παθολογικές επιπλοκές μπορεί να επισυμβούν, τόσο στην άμεση, όσο και στην απώτερη μεταμοσχευτική περίοδο και είναι επακόλουθο είτε της μείωσης της άμυνας του οργανισμού, από την ανοσοκατασταλτική αγωγή, είτε των τοξικών παρενεργειών αυτών των φαρμάκων.<sup>28</sup>

Οι σημαντικότερες επιπλοκές, που προκύπτουν από τη μείωση της χημικής και κυτταρικής ανοσίας του οργανισμού, είναι οι ακόλουθες:

### **1. Οι λοιμώξεις**

Η εμφάνιση των λοιμώξεων έχει σχέση με την ένταση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής και την έκθεση σε λοιμογόνους παράγοντες. Η έκθεση μπορεί να είναι ενδοσκομομειακή (ασπέργιλλος, λεγιονέλλα, ψευδομονάδα κ.τ.λ.) ή εξωνοσκομομειακή (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 carinii κ.τ.λ.). Άλλες λοιμώξεις εμφανίζονται συχνότερα τον 1<sup>ο</sup> μήνα, άλλες μεταξύ 1<sup>ου</sup> – 6<sup>ου</sup> μήνα και άλλες μετά τον 6<sup>ο</sup> μήνα. Η αντιμετώπιση είναι ανάλογη της αιτίας, με τα κατάλληλα αντιμικροβιακά κ.τ.λ. φάρμακα.<sup>28</sup>

### **2. Τα νεοπλάσματα**

Τα συχνότερα νεοπλάσματα είναι διάφορα non-Hodgkin's λεμφώματα, τα οποία αναφέρονται με τον γενικό όρο μετά-μεταμοσχευτική λεμφοϋπερπλαστική νόσος (PLTD) και τα οποία πολλές φορές σχετίζονται με ιούς, όπως ο κυτταρομεγαλοϊός και ο ιός του Epstein-Barr. Άλλα νεοπλάσματα περιλαμβάνουν το σάρκωμα Kaposi, το επιθηλιακό και βασικοκυτταρικό καρκίνωμα του δέρματος, το μελάνωμα και το καρκίνωμα γεννητικών οργάνων (κυρίως μήτρας και κόλπου). Η δραστική μείωση της ανοσοκατασταλτικής

αγωγής, σε συνδυασμό με χορήγηση φαρμάκων εναντίων ιών και σε μερικές περιπτώσεις η χειρουργική θεραπεία έχουν θετικά αποτελέσματα. Βασικό προληπτικό μέτρο εναντίον του καρκίνου του δέρματος, στα ανοσοκατασταλμένα άτομα, αποτελεί η αποφυγή έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία.<sup>28</sup>

### **3. Παρενέργειες των διαφόρων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων**

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, 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.<sup>28</sup>

Η τακτική κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση, η εξατομίκευση της φαρμακευτικής και διαιτητικής αγωγής και γενικά του τρόπου ζωής στις τρέχουσες ανάγκες και ιδιαιτερότητες του λήπτη αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην πρόληψη και θεραπεία των επιπλοκών και, επομένως, στην επιβίωση του νεφρικού μοσχεύματος και τη μείωση της νοσηρότητας και θνητότητας του λήπτη.<sup>28</sup>

Τέλος, υπάρχουν συρρέουσες ενδείξεις και πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα που αφήνουν πολλά περιθώρια ελπίδας ότι, στο άμεσο μέλλον η κλωνοποίηση ιστών και οργάνων και γενικά η ιατρική βιοτεχνολογία αφενός θα λύσουν το πρόβλημα της έλλειψης μοσχευμάτων και αφετέρου θα εξασφαλίσουν την "προμήθεια" μοσχευμάτων περισσότερο συμβατών προς τους λήπτες, με αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση των μεταμοσχευτικών επιπλοκών.<sup>29</sup>

### 3.13 ΑΠΟΡΡΙΨΗ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

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.<sup>28</sup>

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.<sup>28</sup>

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.<sup>28</sup>

Μέχρι το 1983 η ανοσοκατασταλτική αγωγή βασιζόταν στα κορτικοστεροειδή και την αζαθειοπρίνη (AZA) και σε ειδικές περιπτώσεις στα πολυκλωνικά αντισώματα. Ακολούθως προσετέθη η κυκλοσπορίνη-A, η οποία, σε συνδυασμό με AZA και κορτικοστεροειδή (το κλασσικό τριπλό σχήμα), βελτίωσε σημαντικά την επιβίωση των μοσχευμάτων και επέτρεψε τη μείωση της δοσολογίας και, επομένως, των παρενεργειών των άλλων δύο φαρμάκων. Τα τελευταία χρόνια η AZA έχει αντικατασταθεί από το νέο ανοσοκατασταλτικό mycophenolate mofetil (cell cept).<sup>27.29</sup>

Επίσης το tacrolimus (prograf) και η ραπαμυκίνη (sirolimus) συχνά χορηγούνται αντί της κυκλοσπορίνης. Κάθε μεταμοσχευτικό κέντρο ακολουθεί το δικό του πρωτόκολλο συνδυασμών και δοσολογίας. Άλλα ανοσοκατασταλτικά, σε πειραματικό στάδιο, περιλαμβάνουν την Deoxyspergualin (DSG), Mizoribine, Brequinar sodium, cyclosporine OG-37-325, Leflunomide, νεότερα μονοκλωνικά αντισώματα κ.ά., και υπόσχονται ακόμα καλύτερα αποτελέσματα..<sup>30</sup>

### 3.14 Μονάδες Μεταμοσχεύσεων Νεφρού

#### **Γ.Ν. ΛΑΪΚΟ**

Διευθυντής	Σ. Κυριακίδης
Συντονίστρια	Χ. Αναγνωστοπούλου
Τηλέφωνο	210-7456000

#### **Γ.Ν. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ**

Αν. Διευθυντής	Σ. Δρακόπουλος
Συντονιστής	Δ. Πιστόλας
Τηλέφωνο	210-7233422

#### **Γ.Ν. ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

Αν. Διευθυντής	Α. Αντωνιάδης
Συντονίστριες	Κ. Τσάκνη και Ε. Λόρτου
Τηλέφωνο	2310-837921

#### **Π.Π.Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ**

Διευθυντής	Ι. Βλαχογιάννης
Συντονίστρια	Μ. Αγουρίδη
Τηλέφωνο	2610-999111 <sup>24</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>



## 4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Πριν από μερικές δεκαετίες, ο θάνατος του ανθρώπου διαπιστωνόταν εύκολα, με τη μη αναστρέψιμη διακοπή των ζωτικών λειτουργιών της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Ο θάνατος ήταν ξεκάθαρα στο μυαλό των ανθρώπων και δεν άφηνε περιθώρια αμφιβολιών, εν αντιθέσει με τη σύγχυση που δημιουργούν, σήμερα, διάφοροι δυσνόητοι όροι, όπως κλινικός θάνατος, φλοιώδης θάνατος ή ‘φυτό’, εγκεφαλικός θάνατος και βιολογικός θάνατος. Το άτομο δίνει την εντύπωση του νεκρού (κλινικός θάνατος), διότι δεν χτυπάει η καρδιά, δεν αναπνέει και χάνει τις αισθήσεις του.<sup>28,32</sup>

Εγκεφαλικός θάνατος: σημαίνει μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου, με μόνιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους. Έχει γίνει αποδεκτό, ότι ‘θάνατος του σώματος’. Αν και η ένια του εγκεφαλικού θανάτου είχε διατυπωθεί από το 1959 στη Μ. Βρετανία, ωστόσο το 1968, στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Harvard, ΗΠΑ, καθιερώθηκε ο ορισμός του εγκεφαλικού θανάτου και καθορίστηκαν όλες εκείνες οι δοκιμασίες, με τις οποίες ο κλινικός γιατρός θα μπορεί να διαπιστώσει με ασφάλεια. Ο εγκεφαλικός θάνατος θεωρείται ως η διαχωριστική γραμμή μεταξύ ζωής και θανάτου του ατόμου. Έτσι άνθρωποι με εγκεφαλικό θάνατο δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ζώντες. Αυτοί υποβάλλονται σε κατάλληλη υποστήριξη προκειμένου να διατηρηθούν τα όργανα τους στην καλύτερη δυνατή βιολογική κατάσταση, ώστε να μπορούν να προσφέρουν ζωή σε άλλους ανθρώπους. Η αποδοχή του εγκεφαλικού θανάτου αφορά μόνον την μόνιμη παύση της λειτουργίας του εγκεφάλου και όχι της καρδιάς. Οι ανώτερες ψυχικές και γνωστικές λειτουργίες, όπως σκέψη, αντίληψη, μνήμη, που έχουν ως κέντρο το φλοιό του εγκεφάλου, εξαρτώνται κυρίως από το δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους. Η βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους συνεπάγεται διαταραχή της λειτουργίας του δικτυωτού σχηματισμού του εγκεφαλικού



στελέχους. Γι' αυτό, αποδεχόμαστε ότι η ανεπανόρθωτη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους είναι ικανή και αναγκαία προϋπόθεση για να θεωρηθεί ο εγκέφαλος νεκρός. Στις ΗΠΑ, εκτός από την απώλεια των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους, συμπληρώνεται απαραίτητα και η απώλεια των λειτουργιών του φλοιού, η οποία επέρχεται σε πολύ σύντομο χρόνο μετά την παύση λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους.<sup>33</sup>

## 4.2 ΑΙΤΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

- Βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση
- Αυτόματη ενδοκρανιακή αιμορραγία, ενδοεγκεφαλική ή υπαραχνοειδής
- Μαζικό εγκεφαλικό έμφρακτο
- Εγκεφαλική ανοξία μετά από καρδιακή ανακοπή
- Κακοήθης πρωτοπαθής όγκος εγκεφάλου
- Ανεξέλεγκτη ενδοκρανιακή φλεγμονή<sup>34</sup>

## 4.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

- I Γαλλία 1959: Πρώτη κλινική περιγραφή εγκεφαλικού θανάτου, <<κώμα depasse>>
- I Το 1968 πανεπιστήμιο Harvard: Πρώτη δημοσίευση άρθρου που έδειχνε ότι όταν ο εγκέφαλος είναι νεκρός τότε το άτομο θεωρείται νεκρό.
- I Το 1971 από τη Μινεσότα των ΗΠΑ: Υποστηρίχθηκε ότι <<βλάβη στελέχους – θάνατος>>.
- I Το 1976 Αγγλία: Δημοσιεύτηκαν κριτήρια για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου<sup>34</sup>

#### **4.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ**

Πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις και συνθήκες και να αποκλείεται η πιθανά αναστρέψιμη καταστολή του εγκεφαλικού στελέχους.. Δοκιμασίες ελέγχου της απώλειας της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους.<sup>34</sup>

##### ΒΑΣΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

1. Διαπίστωση ότι ο άρρωστος είναι σε απνοικό κώμα.
2. Καθορισμός της αιτίας του κώματος για τη διαπίστωση δυνητικά μη αναστρέψιμων βλαβών.
3. Αποκλεισμός πιθανά αναστρέψιμης καταστολής του εγκεφαλικού στελέχους (κατασταλτικά φάρμακα, μεταβολικά- ενδοκρινικά νοσήματα).
4. Λεπτομερές ιστορικό και πληροφορίες για τον άρρωστο σαφείς και πειστικές.
5. Κλινική εξέταση
6. Παρακλινικός έλεγχος<sup>9</sup>

#### **4.5 ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ**

Ο έλεγχος της λειτουργικότητας του εγκεφαλικού στελέχους επιτυγχάνεται με **κλινικές δοκιμασίες** οι οποίες αντιστοιχούν στην τομή προς τομή διερεύνησή του. Οι κλινικές δοκιμασίες έχουν σκοπό να αναδείξουν την οριστική κατάργηση των αντανακλαστικών του εγκεφαλικού στελέχους και την ύπαρξη άπνοιας.

Τα αποτελέσματα των κλινικών δοκιμασιών είναι σαφή και κατηγορηματικά για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου, γιατί αναφέρονται στην παρουσία ή απουσία αντιδράσεων και όχι σε διαβαθμίσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αμφίβολες καταστάσεις.<sup>10</sup>

## **1. Αντανακλαστικά εγκεφαλικού στελέχους**

- Το οφθαλμό - κεφαλικό αντανακλαστικό (έλεγχος της III, IV και VI εγκεφαλικής συζυγίας).
- Το αντανακλαστικό της κόρης στο φως (έλεγχος II και III εγκεφαλικής συζυγίας).
- Το αντανακλαστικό του κερατοειδούς (έλεγχος II και III εγκεφαλικής συζυγίας).
- Το αιθούσο-οφθαλμικό αντανακλαστικό (έλεγχος της III, VI και VIII εγκεφαλικής συζυγίας).
- Αντανακλαστικές κινήσεις των μυών του προσώπου στον ισχυρό ερεθισμό οποιουδήποτε σημείου του σώματος. (έλεγχος της V και VII εγκεφαλικής συζυγίας).
- Φαρυγγο-λαρυγγικά αντανακλαστικά (έλεγχος της IX και X εγκεφαλικής συζυγίας).<sup>9,35</sup>

## **2. Δοκιμασία της άπνοιας.**

Είναι το τελικό βήμα για την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου.

Κατά τη δοκιμασία της άπνοιας πρέπει:

- α) Να αποφευχθεί η υποξαιμία κατά το διάστημα της αποσύνδεσης από τον αναπνευστήρα.
- β) Να διορθωθεί πιθανή υποκαπνία.
- γ) Να έχει περάσει αρκετός χρόνος από τη διαπίστωση και διόρθωση του αρτηριακού pH.<sup>10</sup>

## **3. Εργαστηριακές εξετάσεις**

- Για την επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου.
- Η χρησιμότητα τους αποτελεί ακόμη το κυριότερο θέμα διαφωνίας μεταξύ των επιστημόνων.

- Οι μέθοδοι που έχουν προταθεί αφορούν:
  1. Την εκτίμηση της αιματικής ροής του εγκεφάλου
  2. Τον ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο με: α) το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και β) τα προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους.<sup>35</sup>

#### **4. Εκτίμηση της αιματικής ροής του εγκεφάλου:**

- Αγγειογραφία  
(απαιτείται ο καθετηριασμός των καρωτίδων και των σπονδυλικών αρτηριών αξία περιορισμένη)
- Ραδιοϊσοτοπικές τεχνικές  
(δεν απεικονίζουν ροή στον οπίσθιο εγκέφαλο).<sup>9,10,35</sup>

#### **5. Ηλεκτροφυσιολογικές μέθοδοι:**

- α) Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα : απεικονίζεται η ηλεκτρική δραστηριότητα του φλοιού και όχι του εγκεφαλικού στελέχους, δεν μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ λειτουργικής καταστολής και οργανικής βλάβης.
- β) Προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους,<sup>9,10,35</sup>

### **4.6 ΕΝΔΕΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Όλοι μπορούν να είναι δυνητικοί δότες οργάνων. Εφόσον έχει διαγνωσθεί ο εγκεφαλικός θάνατος, λαμβάνονται υπόψη το ιατρικό ιστορικό, ηλικία, ο τρόπος ζωής (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ) και γίνεται πλήρης εργαστηριακός έλεγχος (βιολογικός, μικροβιολογικός και εργαστηριακός) προκειμένου να αποφασιστεί: Η δωρεά καρδιάς- πνευμόνων, ήπατος, νεφρών, κερατοειδών χιτώνων, δέρματος, ιστών και άλλων ιστών. Δωρητές οργάνων μπορούν να γίνουν οι άνθρωποι ηλικίας μέχρι 75 ετών.<sup>36</sup>

#### **4.7 ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Οι βασικές αντενδείξεις στην δωρεά οργάνων είναι οι ακόλουθες:

1. Μη ελεγχόμενη σήψη
2. Κακοήθεια εξωκρανιακή: ειδικά μελάνωμα, χοριοκαρκίνωμα, λέμφωμα ή καρκίνος πνεύμονα, μαστού, νεφρού ή εντέρου.
3. Μεταδιδόμενα νοσήματα: φυματίωση, HIV, σύφιλη, συστηματικές ιογενείς λοιμώξεις, ερπητική μηνιγγοεγκεφαλίτιδα, HBV, HCV ενεργός νόσος.
4. Ηλικία >70 ετών
5. Βακτηραιμία
6. Μυκητιαμία
7. Υψηλού κινδύνου κοινωνικό ιστορικό: κατάχρηση αλκοόλ, κατάχρηση τοξικών ουσιών.<sup>9</sup>

#### **4.8 ΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ:**

1. Οι περισσότεροι δότες οργάνων είναι θύματα ατυχημάτων τα οποία έχουν προκαλέσει θανατηφόρα εγκεφαλικά τραύματα. Άλλοι δότες έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο ή αιμάτωμα στον εγκέφαλο. Σε όλες τις περιπτώσεις η βλάβη που έχει υποστεί ο εγκέφαλος, είναι μη αναστρέψιμη, δηλαδή δεν θεραπεύεται.

2. Στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ενώ συνεχίζεται η υποστήριξη των ζωτικών οργάνων, ο θεράπων ιατρός διενεργεί ειδικές εξετάσεις για να εκτιμηθεί η ζημιά που έχει υποστεί ο εγκέφαλος και το σώμα. Αν ο ασθενής έχει υποστεί νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους και όλες οι εξετάσεις δείχνουν ότι ο εγκέφαλος δεν ζει πια, τότε ο ιατρός ενημερώνει τους συγγενείς.

3. Μια ειδικά εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια, συντονίστρια από το μεταμοσχευτικό κέντρο, πάει στο νοσοκομείο για να εξετάσει αν ο ασθενής είναι ιατρικώς κατάλληλος για να γίνει δωρητής οργάνων.

4. Δίνεται χρόνος στην οικογένεια για να αποφασίσει αν θέλει να δώσει τη συγκατάθεσή της. Αυτή η απόφαση είναι πιο εύκολη αν η οικογένεια είχε ήδη συζητήσει το θέμα της δωρεάς οργάνων πριν από το ατύχημα.<sup>37</sup>

#### **4.9 ΕΛΕΓΧΟΣ ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ**

**ΟΡΙΣΜΟΣ ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ:** Θεωρούμε εξ ορισμού, πρωτεϊνικές ομάδες εντοπισμένες πάνω στις μεμβράνες των εμπύρηνων κυττάρων των θηλαστικών που καθορίζουν την αντιγονική τους έκφραση. Τα αντιγόνα αυτά (Human Leucocyte Antigen-HLA) κληρονομούνται με τη μορφή απλότυπου από κάθε γονέα.

Ο ανοσολογικός προμεταμοσχευτικός έλεγχος πραγματοποιείται σε οργανωμένα εργαστήρια ανοσολογίας – ιστοσυμβατότητας. Ξεκινά μετά τη λήψη της απόφασης για την μεταμόσχευση, παράλληλα με τον υπόλοιπο κλινικό και εργαστηριακό προμεταμοσχευτικό έλεγχο και ολοκληρώνεται ακριβώς πριν την μεταμόσχευση με την τελική διασταύρωση λεμφοκυττάρων. Με την τελευταία αυτή εξέταση επιβεβαιώνεται η καταλληλότητα ενός συγκεκριμένου μοσχεύματος για τον υποψήφιο λήπτη. Τα στοιχεία του μοσχεύματος που αναγνωρίζονται από τον λήπτη ως «ξένα» είναι πρωτεϊνικά μόρια κυτταρικής μεμβράνης, που ανήκουν στα μείζονα και στα ελάσσονα συστήματα ιστοσυμβατότητας. Στα μείζονα συστήματα ιστοσυμβατότητας ανήκουν: α) τα συστήματα ερυθροκυτταρικών αντιγόνων και κυρίως το ABO και β) τα αντιγόνα HLA (αλλαοντιγόνα), τάξη 1 (HLA-A, HLA-B-C) και τάξη 2 (HLA-DR, -DQ,-DP). Στα ελάσσονα συστήματα ιστοσυμβατότητας περιλαμβάνει

ειδικά συστήματα του φύλου, αντιγωνικά συστήματα των ενδοθηλιακών κυττάρων, κ.α.<sup>38</sup>

Όταν δότης και λήπτης φέρουν τα ίδια στοιχεία (αντιγόνα) των συστημάτων ιστοσυμβατότητας ονομάζονται ιστοσυμβατικοί και στην περίπτωση αυτή δεν ενεργοποιείται ο μηχανισμός της ανοσοαπάντησης. Σε αντίθετη περίπτωση ονομάζονται ιστοσυμβατοί και τότε ενεργοποιείται η ανοσοαπάντηση, η οποία οδηγεί σε απόρριψη. Επομένως ο ανοσολογικός έλεγχος περιλαμβάνει: 1) την τυποποίηση ομάδας αίματος ABO 2) την τυποποίηση του νεφροπαθούς ως προς τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας 3) τον έλεγχο ευαισθητοποίησης 4) τον βιολογικό έλεγχο 5) άλλες εξετάσεις.<sup>38</sup>

#### **4.10 ΕΜΠΟΡΙΟ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Ο μέσος χρόνος αναμονής για μεταμόσχευση είναι τρία χρόνια και μέχρι το 2010 αναμένεται να φτάσει τα 10. Τι θα κάνει, λοιπόν, ένας ασθενής όταν η μεταμόσχευση είναι η μόνη ελπίδα και ο χρόνος τρέχει; Σε θέματα ζωής και θανάτου, ο νόμος μετράει ελάχιστα. Ένας άνθρωπος αντιμέτωπος με το θάνατο, το δικό του ή ενός αγαπημένου του προσώπου, παραμερίζει πολλές φορές τους ηθικούς φραγμούς. Γι' αυτό και το εμπόριο οργάνων ανθεί.<sup>39</sup>

Σύμφωνα με έκθεση του Συμβουλίου της Ευρώπης, η τρέχουσα αμοιβή που παίρνει ένας νέος άνθρωπος από την ανατολική Ευρώπη για ένα νεφρό είναι 2.500 έως 3.000 δολάρια. Το συνολικό ποσό, όμως, που πληρώνουν οι ευκατάστατοι ασθενείς για μια παράνομη μεταμόσχευση φτάνει από 100.000 έως και 200.000 δολάρια. Με ένα τέτοιο κίνητρο είναι προφανές γιατί τα διεθνή συνδικάτα του εγκλήματος έχουν στήσει ολόκληρα δίκτυα στοχεύοντας τις φτωχές χώρες. Πέρα από το όποιο κόστος, υπάρχει και ο πολύ μεγάλος κίνδυνος

μετεγχειρητικών επιπλοκών, τόσο για τους δότες όσο και για τους ασθενείς, αφού οι παράνομες μεταμοσχεύσεις δεν γίνονται συνήθως στις καλύτερες συνθήκες.<sup>40</sup>

Ποια είναι λοιπόν η ενδεδειγμένη λύση, δεδομένου ότι οι απαγορεύσεις έχουν περιορισμένη ισχύ μπροστά στην απελπισία; Αν δεχθούμε ότι το πρόβλημα δεν μπορεί να εξαλειφθεί εντελώς, δεν είναι λογικό να προσπαθήσουμε τουλάχιστον να μειώσουμε τη ζημιά; Είναι μια προσέγγιση που έχει αρχίσει να κερδίζει έδαφος μεταξύ χειρουργών σε όλο τον κόσμο, οι οποίοι γνωρίζουν καλά τις συνέπειες της έλλειψης δωρητών και τα τρομακτικά ρίσκα που καταλήγουν να παίρνουν ασθενείς και δότες. Η ιδέα μιας «ηθικής αγοράς οργάνων» είναι η αντιπρόταση στο σημερινό παράνομο εμπόριο. Βάσει αυτής, η αγοραπωλησία θα εξακολουθούσε να απαγορεύεται σε ατομικό επίπεδο, αλλά θα ελεγχόταν από μια επίσημη υπηρεσία. Τα όργανα θα λαμβάνονταν έναντι κάποιας αποζημίωσης έπειτα από τις απαραίτητες εξετάσεις, θα δίνονταν στον καταλληλότερο λήπτη και η καλή υγεία του δότη θα εξασφαλιζόταν μέσα από μια διαδικασία μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Στόχος, η αύξηση των διαθέσιμων οργάνων (και άρα της ελπίδας για πολλούς ασθενείς) και η μείωση της εκμετάλλευσης των φτωχών.<sup>39</sup> Η πρώτη και ιδιαίτερα σοβαρή υπόθεση εμπορίας οργάνων, με τη συμμετοχή Ελλήνων, εξιχνιάστηκε από την Υποδιεύθυνση Αντιμετώπισης Οργανωμένου Εγκλήματος της Ασφάλειας Αττικής.<sup>40</sup>

Οι αστυνομικοί, ύστερα από έρευνες περίπου 5 μηνών, συνέλαβαν Ελληνίδα γιατρό και δύο ακόμη γυναίκες, ιδιοκτήτριες καταστήματος, που φέρονται ως μέλη διεθνούς κυκλώματος, το οποίο έστελνε νεφροπαθείς στην Ινδία, όπου υποβάλλονταν σε παράνομες μεταμοσχεύσεις νεφρών.<sup>40</sup>

Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι ένα μέλος του κυκλώματος εντόπιζε νεφροπαθείς σε διάφορα νοσοκομεία, όπου υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση και



επειδή η κατάστασή τους ήταν μη αναστρέψιμη, τους έπειθε να ταξιδέψουν στην Ινδία για μεταμόσχευση νεφρού, με ελάχιστο αντίτιμο 40.000 ευρώ.<sup>40</sup>

Στη συνέχεια, οι πάσχοντες υποβάλλονταν σε αιματολογικές εξετάσεις για να ελεγχθεί η ιστοσυμβατότητα με τους δότες και τα αποτελέσματα στέλνονταν στους Ινδούς από την Ελληνίδα γιατρό του κυκλώματος.<sup>40</sup>

Οι φτωχοί ντόπιοι δότες -όταν πληρώνονταν- δεν έπαιρναν περισσότερα από 2.000 ευρώ για το νεφρό τους. Ως τώρα δεν έχει εξακριβωθεί ο ακριβής αριθμός των Ελλήνων, που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση νεφρού στην Ινδία, αλλά όπως προέκυψε από την έρευνα, την τελευταία δεκαετία μετέβησαν στη χώρα, έκαναν μεταμόσχευση νεφρού από ζωντανούς δότες και νοσηλεύτηκαν σε ιδρύματα της Ελλάδας, τουλάχιστον 46 άτομα.<sup>40</sup>

Με αφορμή το περιστατικό, ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων θα ήθελε να ενημερώσει τους Έλληνες πολίτες σχετικά:

- Εμπόριο οργάνων δεν γίνεται στην Ελλάδα. Το υπάρχον νομικό πλαίσιο, Νόμος 2737/1999, το καθιστά σαφώς παράνομο και θωρακίζει όλες τις διαδικασίες που διέπουν την Δωρεά Οργάνων και τη Μεταμόσχευση, αναφέροντας στο αρ.2 παρ.1 ότι «η αφαίρεση ιστών και οργάνων με σκοπό τη μεταμόσχευση γίνεται χωρίς οπουδήποτε αντάλλαγμα. Απαγορεύεται κάθε συναλλαγή μεταξύ λήπτη, δότη και των οικογενειών τους καθώς και αυτών με οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο».<sup>40</sup>

- Στην Ελλάδα μεταμοσχεύσεις πραγματοποιούνται μόνο σε δημόσια εξειδικευμένα μεταμοσχευτικά κέντρα με μοσχεύματα που προέρχονται από αποβιώσαντες σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας εγκεφαλικά νεκρούς δότες ή ζώντες δότες με συγγένεια α' βαθμού με τον λήπτη. Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων διαμεσολαβεί, συντονίζει και διασφαλίζει όλες τις απαραίτητες διαδικασίες καθώς και διαχειρίζεται τις λίστες των ληπτών, οι

οποίοι λαμβάνουν μόσχευμα βάσει απόλυτης σειράς προτεραιότητας και όπως ορίζεται από το νόμο.<sup>40</sup>

- Οι διαδικασίες λήψης και μεταμόσχευσης οργάνων είναι απόλυτα συμβατές με τις κατευθυντήριες γραμμές της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων του Συμβουλίου της Ευρώπης, καθώς και τον κώδικα δεοντολογίας Μεταμοσχεύσεων Ιστών και Οργάνων, οι οποίες και τηρούνται αυστηρά. Προτεραιότητα στις εργασίες του ως άνω Συμβουλίου αποτελεί η πάταξη ανάλογων φαινομένων εμπορίου οργάνων και ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων μέσω των αντιπροσώπων του συνεργάζεται προς την κατεύθυνση δύτη.<sup>40</sup>

- Το «εμπόριο οργάνων» πραγματοποιείται σε χώρες με εκτεταμένη φτώχεια, με δότες οικονομικά ασθενείς ανθρώπους οι οποίοι οικειοθελώς πωλούν το νεφρό τους. Μέχρι πρότινος στις χώρες αυτές δεν υπήρχε σχετικό νομικό πλαίσιο που να απαγορεύει τέτοιου είδους συναλλαγή. Τώρα, αρκετές από αυτές τις χώρες έχουν απαγορεύσει δια νόμου την αγοραπωλησία οργάνων, και για το λόγο αυτό οι αυτουργοί διώκονται ποινικά σήμερα.<sup>40</sup>

Ασθενείς καταφεύγουν στη λύση αυτή και θέτουν εαυτούς σε κίνδυνο λόγω της έλλειψης οργάνων παγκόσμια, αλλά ακόμα περισσότερο στην Ελλάδα.<sup>40</sup>

#### **4.11 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ**

Η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού βασίζεται στην αρχή ότι η δωρεά οργάνων πάντοτε έρχεται δεύτερη μετά τους βασικούς ιατρικούς, χειρισμούς. Όσο υπάρχει και η ελάχιστη ελπίδα επιβίωσης, αφαίρεση οργάνων δεν γίνεται.<sup>42</sup>

Πραγματοποιείται:

1. Με εγγραφή στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων αποστέλλοντας τη δήλωση δωρεάς οργάνων
2. Ζητήστε το έντυπο της δήλωσης δωρεάς οργάνων κατά τη διάρκεια των συναλλαγών σας με το ασφαλιστικό σας ταμείο
3. Συμπληρώστε το έντυπο που θα διανέμεται σε κάθε απογραφή πληθυσμού
4. Τα στοιχεία των δωρητών συγκεντρώνονται και καταγράφονται στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων, είναι απόρρητα και προστατεύονται από το Νόμο 2472/1997.
5. Ο εν δυνάμει δωρητής οργάνων μπορεί να αλλάξει γνώμη. Απλά ενημερώνοντας τον Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων, ζητάει τη διαγραφή του από το Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων και ακυρώνεται η κάρτα δωρητή.<sup>42</sup>

## 4.12 ΚΑΡΤΑ ΔΩΡΕΑΣ ΟΡΓΑΝΩΝ

### Αποτύπωσε την αγάπη με ένα δώρο ζωής και στήριξε την ιδέα της Δωρεάς Οργάνων. Είναι στο χέρι σου...

Η ιδέα της **Δωρεάς Οργάνων** μετά το τέλος της ζωής, αποτελεί την ύψιστη μορφή εθελοντικής προσφοράς και αλtruισμού καθώς και τη βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση του ιατρικού θαύματος της **Μεταμόσχευσης**. Δυστυχώς όμως, η έλλειψη μωσχευμάτων αποτελεί τον κύριο περιοριστικό παράγοντα για την ανάπτυξη των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας. Για το λόγο αυτό, είναι ευθύνη όλων μας να κατανοήσουμε τη σημασία της Δωρεάς Οργάνων και να την κάνουμε πραγματικότητα.

- **Γνωρίζετε ότι η πιθανότητα να χραιστούμε** εμείς οι ίδιοι, κάποια στιγμή της ζωής μας ένα μόσχευμα, είναι πολύ μεγαλύτερη από την πιθανότητα να δωρίσουμε τα όργανά μας μετά θάνατον;
- **Γνωρίζετε ότι η Δωρεά Οργάνων πραγματοποιείται μόνο από εγκεφαλικά νεκρούς ανθρώπους** που νοσηλεύονται σε **Μονάδες Εντατικής Θεραπείας** και όχι από ανθρώπους που βρίσκονται σε κώμα ή σε φυτική κατάσταση;
- **Γνωρίζετε ότι ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.)** είναι ο επίσημος κρατικός φορέας του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης που διαμεσολαβεί, ελέγχει και συντονίζει όλες τις σχετικές διαδικασίες από τη Δωρεά στη Μεταμόσχευση;
- **Γνωρίζετε ότι τα όργανα από πολλούς δυνητικούς δότες δεν αξιοποιούνται επειδή δεν είχαν συζητήσει ποτέ εν ζωή με την οικογένειά τους** τη θετική τους στάση απέναντι στη Δωρεά Οργάνων;

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΩΡΗΤΗ

Πώς μπορώ να μάθω περισσότερα;

- Επισκεφτείτε την ιστοσελίδα του Ε.Ο.Μ. στο [www.eom.gr](http://www.eom.gr)
- Τηλεφωνήστε στο τετραψήφιο **1147** ή στο 210 - 6471200.

Πώς μπορώ να πραγματοποιήσω την επιθυμία μου;

- Συμπληρώνοντας την παρακάτω δήλωση δωρητή και αποστέλλοντάς την ταχυδρομικά στον Ε.Ο.Μ.: Τσόχα 5, 115 21 Αμπελόκηποι ή με fax στο 210 - 7255066.
- Ζητήστε στα Κ.Ε.Π. τη φόρμα Εγγραφής στο Μητρώο Δωρητών Οργάνων.

*Για να γίνει η επαύριον της ζωής, πάλι ζωή...  
(Οδ. Ελύτης)*

© 1147

ΕΘΝΙΚΟΣ  
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ



ΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΟΝΟΜΑ.....

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ.....

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....

ΟΔΟΣ..... ΑΡΙΘΜΟΣ.....

TAX. ΚΩΔ..... ΠΟΛΗ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

\*Εντός ενός μήνα από την αποστολή θα λάβετε ταχυδρομικά την Κάρτα Δωρητή - Η απόρασή σας είναι ελεύθερα ανακλητή.\*

#### **4.13 ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΠΑΝΩ ΣΤΗΝ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ**

##### **Αξιολόγηση των υποψηφίων μεταμόσχευσης νεφρών:**

Η αυξανόμενη επιτυχία της μεταμόσχευσης νεφρών, δυστυχώς, έχει συνοδευτεί από μια αδυσώπητη άνοδο επικράτησης τελικού σταδίου της νεφρικής ασθένειας (ESRD) και την απαίτηση για τα όργανα χορηγών.<sup>43</sup>

Το Δεκέμβριο του 2006, το ενωμένο δίκτυο για τα όργανα προς μεταμόσχευση των ΗΠΑ, ανέφερε ότι σχεδόν 70.000 ασθενείς ήταν στην λίστα αναμονής για ένα νεφρό.<sup>44</sup> Η απαίτηση για τα όργανα έχει ξεπεράσει τον ανεφοδιασμό από τους αποθανόντες χορηγούς, που οδηγούν σε έναν μέσο χρόνο αναμονής μεγαλύτερο των 4 ετών για έναν ενήλικο παραλήπτη – ασθενή.<sup>45,46</sup> Επιπλέον, το ποσοστό των ασθενών ηλικίας μεγαλύτερης των 50 έτη στον κατάλογο αναμονής αποθανών - χορηγών έχει αυξηθεί, ώστε τέτοιοι ασθενείς αποτελούν μεγαλύτερο του 50% της συνολικής λαμβάνουσας προσφοράς υποψηφίων. Επίσης, 16% της αναμονή καταγεγραμμένων ασθενών είναι τώρα ηλικίας άνω των 65 έτη.<sup>44,47</sup> Κατά συνέπεια, το κατάλληλο μόσχευμα των πιθανών υποψηφίων μεταμόσχευσης νεφρών δεν είναι πάντα για μεταμόσχευση.<sup>44</sup>

Στις ΗΠΑ, οι υποψήφιοι μεταμόσχευσης νεφρών αποθανών - χορηγών δεν μπορούν νόμιμα να αυξήσουν αναμονής χρόνος έως ότου έχει μειωθεί το κατ'εκτίμηση ποσοστό διήθησής τους (GFR) ~20ml/min το ελάχιστο. Όσον αφορά στο συγχρονισμό της προαγοραστικής μεταμόσχευσης νεφρών, αναφέρει ότι δεν υπήρξε κανένα πλεονέκτημα στο προβαλλόμενο ποσοστό επιβίωσης εμβολίου για KTR [II]. Η καθυστέρηση της προαγοραστικής μεταμόσχευσης συστήθηκε για όσο το δυνατό περισσότερο, υπό τον όρο ότι ο ασθενής δεν αρχίζει τη διάλυση συντήρησης.

Η προκαταρκτική διαλογή που αναφέρεται για την αξιολόγηση μεταμόσχευσης μπορεί να προέλθει από τον ασθενή ή την οικογένειά τους, το νεφρολόγο του ασθενή ή τη μονάδα διάλυσης (δηλ., ένας κοινωνικός λειτουργός), ή άλλους προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης.<sup>48</sup> Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται εισάγονται σε μια βάση δεδομένων υπολογιστών και στέλνονται επάνω για την προκαταρκτική αξιολόγηση της αναθεώρησης υποψηφίων μεταμόσχευσης νεφρών από το ιατρικό προσωπικό.<sup>49</sup> Ο νεφρολόγος του ασθενή πληροφορείται της αρχικής εισαγωγής εγγράφως και τα ιατρικά αρχεία ζητούνται.<sup>50</sup> Ένας οικονομικός συντονιστής ελέγχει την ασφαλιστική κάλυψη του ασθενή και, όταν σχετικός, την έγκριση για τη μεταμόσχευση από την ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία.<sup>51</sup> Εάν εγκρίνεται, ο ασθενής σχεδιάζεται για να παρευρεθεί σε μια εκπαιδευτική κατηγορία που διευθύνεται από τους συντονιστές μεταμόσχευσης νεφρού.<sup>52</sup>

Η ιατρική αξιολόγηση εκτελείται χωριστά από έναν χειρουργό μεταμόσχευσης και έναν νεφρολόγο μεταμόσχευσης.<sup>53</sup> Η οδοντικές εξέταση και η εκκαθάριση ζητούνται σε μεμονωμένη βάση. Μια κοινωνική επίσκεψη εργαζομένων ολοκληρώνει την αρχική διαδικασία διαλογής.<sup>54</sup>

## **ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΕΦΡΟΥ:**

### **1. Κκαρδιαγγειακή πάθηση:**

Η καρδιαγγειακή πάθηση παραμένει, η ενιαία μεγαλύτερη αιτία της θνησιμότητας στον πληθυσμό διάλυσης τελικού σταδίου της νεφρικής ασθένειας (ESRD).<sup>55</sup> Αποτελεί ποσοστό μεγαλύτερο του 50% από όλους τους θανάτους.<sup>56</sup> Επιπλέον, η καρδιακή ανεπάρκεια (CVD) παραμένει ο αριθμός ένα αιτία θανάτου μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση.<sup>57</sup>

Επομένως, η αξιολόγηση του τετραπλάσιου κινδύνου καρδιακή ανεπάρκεια, (CVD) είναι σημαντική στον υπολογισμό, εάν ένας μεμονωμένος ασθενής είναι κατάλληλος υποψήφιος για τη μεταμόσχευση.<sup>58</sup> Η παρουσία σταθερών ατελειών παρήγαγε ένα ακόμα υψηλότερο ποσοστό καρδιακής θνησιμότητας 29%.<sup>59</sup> Εκτός από την ισχαιμική καρδιακή ασθένεια, οι ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρικής ασθένειας (ESRD) είναι επιρρεπείς να αναπτύσσουν καρδιομυοπάθεια, που μπορεί να οδηγήσει στη συμφορητική καρδιακή ανακοπή και τον ξαφνικό θάνατο του ασθενή<sup>60,61</sup>

Σε μια ενδεχόμενη, διατομική μελέτη 153 ασθενών διάλυσης, αναφέρετε ότι μόνο 23% βρέθηκαν να έχουν ισχαιμική καρδιακή ασθένεια, ενώ 10% φανέρωσε τα σημάδια καρδιομυοπάθεια.<sup>62</sup>

## **2. Εγκεφαλοαγγειακή ασθένεια / περιφερειακή αγγειακή ασθένεια:**

Οι ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρικής ασθένειας (ESRO), εκθέτουν επίσης μια υψηλή επικράτηση της καρωτιδικής ασθένειας αρτηριών.<sup>63</sup> Η περιφερειακή αγγειακή ασθένεια έχει ποσοστό εμφάνισης 2.0-3.2% των υποψηφίων μεταμόσχευσης νεφρών.<sup>64,65</sup>

## **3. Καρκίνος**

Απόλυτη αντένδειξη στη νεφρική μεταμόσχευση είναι ο καρκίνος, σε οποιαδήποτε όργανο η κοιλότητα του υποψηφίου δότη αλλά και λήπτη, λόγω της νοσηρότητας που προσδοκείται από την υπάρχουσα ασθένεια.<sup>66,67</sup> Επίσης των ανησυχιών ότι η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος θα προωθήσει την αύξηση του όγκου.<sup>68,69</sup>

## **4. Η ηπατίτιδα**

Η ηπατίτιδας είναι κοινή μεταξύ των ασθενών με τη χρόνια πάθηση νεφρών και έχει προσδιοριστεί ως σημαντική αιτία της χρόνιας πάθησης ήπατος μεταξύ των

νεφρικών παραληπτών μεταμόσχευσης.<sup>70</sup> Η επικράτηση των ασθενών με τα αντισώματα στον ιό της ηπατίτιδας C (αντί-HeV) ήταν 7.8% μεταξύ της υποβολής εκθέσεων των μονάδων διάλυσης στις ΗΠΑ το 2002.<sup>71</sup> Η τράπεζα οργάνων της ΗΠΑ εξέθεσε μια επικράτηση 19% των αντισωμάτων αντί-HCV μεταξύ των ασθενών στον κατάλογο αναμονής τους μεταξύ 1980 και 1990.<sup>72</sup>

Επιπλέον, το RNA HCV ανιχνεύθηκε σε 81% εκείνοι που εξέτασαν το θετικό. Η ηπατίτιδα C αφότου είναι σχετική με την μεταμόσχευση λόγω ενός ενισχυμένου κινδύνου οξείας απόρριψης.<sup>73</sup> Η ηπατίτιδα και η μεταμόσχευση νεφρών μπορούν γενικά να αντιμετωπιστούν ακίνδυνα, η κίρρωση ύπατος είναι παρούσα, μια δύναμη εξετάζει τη συνδυασμένη μεταμόσχευση συκωτιού και νεφρών.<sup>74</sup> Έναντι των αντί-HCV-αρνητικών ασθενών, οι αντί-HCV-θετικοί ασθενείς διάλυσης έχουν έναν αυξανόμενο κίνδυνο για το θάνατο από όλες τις αιτίες.<sup>75</sup> Οι θετικοί ασθενείς τείνουν να αναπτύξουν τη χρόνια ηπατίτιδα και να πεθάνουν από την ασθένεια ήπαρ μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση συχνότερα από εκείνοι που παραμένουν στη διάλυση.<sup>76,77</sup>

## **5. Η.Ι.Υ.**

Πριν από την εισαγωγή, της ιδιαίτερα ενεργού θεραπείας, ο νεφροπαθής ελέγχετε για τον ιό HIV.<sup>78,79</sup> Η θεραπεία έχει διευκολύνει τις επιτυχείς εκβάσεις και για το νεφρό και τη μεταμόσχευση συκωτιού μεταξύ των επιλεγμένων ασθενών.<sup>80,81</sup> Με τα δύο έτη ποσοστά επιβίωσης ασθενών και εμβολίου 82% και 71%, αντίστοιχα.<sup>80</sup> Στις ΗΠΑ, οι μεταμόσχευση στους β-θετικοί ασθενείς έχουν διευκολυνθεί από μια τρέχουσα πολλαπλών κέντρων μελέτη που υποστηρίζεται από το εθνικό ίδρυμα αλλεργίας και μολυσματικής ασθένειας.<sup>81</sup>

## **6. Παχυσαρκία**

Η παχυσαρκία έχει συνδεθεί με την απόρριψη του νεφρικού μοσχεύματος, καθώς επίσης με μια αυξανόμενη επίπτωση των μολύνσεων πληγών και της



καθυστερημένης λειτουργίας εμβολίου (DGF).<sup>82.83</sup> Εν τούτοις, μερικοί έχουν εκθέσει τις παρατηρήσεις τριών ετών εκβάσεις ασθενών και εμβολίου για τους μεταμοσχευμένου παχύσαρκους και μη παχύσαρκους πληθυσμούς.<sup>84</sup> Άλλοι έχουν δείξει ότι οι νεφρικές προσφορές μεταμόσχευσης βελτίωσαν την υπομονετική επιβίωση για τους περισσότερους ασθενείς με μία μάζα σώματος μεγαλύτερη των 30 kg/m<sup>2</sup>, έναντι της επιβίωσης στη διάλυση. Για αυτόν τον λόγο, πολλά κέντρα μεταμόσχευσης δεν έχουν καμία απόλυτη διακοπή για ασθενείς με αυξημένο σωματικό βάρος σε ότι αποκλείει τη μεταμόσχευση, και εξατομικεύουν της απόφασης – κάνοντας.<sup>85</sup>

## 7. Γηρατειά

Το 2005, το ενωμένο δίκτυο στο Ηνωμένο Βασίλειο, για τη διανομή οργάνων ανέφερε ότι, μεταξύ 4.200 θανάτων που εμφανίστηκαν στους ασθενείς που περιμένουν μια μεταμόσχευση νεφρών, 71% εμφανίστηκε στους ασθενείς ηλικίας >50 έτη και 22% στους ασθενείς ηλικίας >65 έτη. Η προτιμημένη κατανομή των οριακών ή επεκταθέντων νεφρών χορηγών κριτηρίων γίνεται συχνά στους παλαιότερους ασθενείς (καθώς επίσης και στους ασθενείς με ιστοσιμβατότητα ομάδας αίματος).<sup>86</sup> Το ανώτερο πρόγραμμα Eurotransplant (ESP) διαμορφώθηκε το 1999 για την επέκταση αυτής της έννοια και να διαθέσει κατά προτίμηση τα τοπικά νεφρά από τους χορηγούς ηλικίας >65 έτη, πρώτοι παραλήπτες φορά ηλικίας >65 έτη προκειμένου να μειωθεί ο κρύος ισχαιμικός χρόνος.<sup>87</sup> Εντούτοις, ο αναμονής χρόνος ήταν 250 ημέρες λιγότερο για τους ασθενείς στο ESP πρόγραμμα.<sup>88</sup>

Η οικονομική ευθύνη ιατρική συμμόρφωση ή μη συμμόρφωσης με ορισμένα φάρμακα που χορηγούνται για την διαφύλαξη του μοσχεύματος και την μη απόρριψη του, είναι ζωτικής σημασίας στην επιτυχή μεταμόσχευση νεφρών αλλά σε ασθενείς με όριο ηλικίας άνω των 65 δεν είναι εύκολο να δράσουν σωστά η και καθόλου λόγω της επιβαρυνμένης κατάστασης τους.<sup>88</sup> Πολλά

κέντρα μεταμόσχευσης απαιτούν μια αποδείξιμη περίοδο συμμόρφωσης εάν έχει υπάρξει μια τεκμηριωμένη ιστορία ή μια συστηματική αποχή από την εργασία ή κραυγαλέα μη συμμόρφωση πριν από την αναμονή-απαρίθμηση εκείνου του ασθενή.<sup>90,91</sup>

Η νεφρική μεταμόσχευση παρέχει στον ασθενή ESRO και η πιθανότητα για μια αυξανόμενη υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής σε σύγκριση με τη διάλυση συντήρησης κ η ελπίδα για μια βελτιωμένη ποιότητα της ζωής.<sup>62,91</sup>

ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

## 1. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα έχει ως θέμα « Την γνώση και την στάση των νοσηλευτή που εργάζονται σε μεταμοσχευτικές μονάδες, νεφρολογικές, νευρολογικές κλινικές και μονάδες εντατικής θεραπείας, απέναντι στην δωρεά οργάνων και την μεταμόσχευση ».

Σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστώσουμε κατά πόσο οι νοσηλευτές είναι γνώστες των όρων: α) δωρεά οργάνων, β) εγκεφαλικός θάνατος, αλλά και γ) τη στάση τους απέναντι στη μεταμόσχευση.

Οι επιμέρους σκοποί της έρευνας, βάση των ερωτήσεων είναι να διαπιστώσουμε:

- Εάν οι νοσηλευτές είναι γνώστες του όρου δωρεά οργάνων;
- Ποιες είναι οι πηγές τους για τις γνώσεις τους στην δωρεά οργάνων;
- Θα γίνονταν δωρητές οργάνων;
- Εάν γνωρίζουν τις νομοθετική ρύθμιση για την προστασία της δωρεάς οργάνων στην χώρα μας και κατά πόσο τις θεωρούν επαρκείς;
- Κατά πόσο οι νοσηλευτές γνωρίζουν, το βασικό κριτήριο για να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων μετά θάνατο;
- Εάν είναι γνώστες του όρου εγκεφαλικός θάνατος
- Η στάση τους απέναντι στην δωρεά οργάνων είναι θετική ή αρνητική;
- Πιστεύουν πως η ανάγκη για μόσχευμα είναι θέμα ζωής για τον λήπτη;
- Τι θεωρούν ότι τους επηρέασε περισσότερο για τη στάση και τις απόψεις τους απέναντι στην δωρεά οργάνων;
- Θεωρούν αναγκαία, οι νοσηλευτές να είναι γνώστης της προσφοράς της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσης κάποιου οργάνου;

Θεωρώντας ως βάση (ανεξάρτητη μεταβλητή) ότι τα ερωτηματολόγια απευθύνθηκαν σε νοσηλευτές που εργάζονται σε μεταμοσχευτικές μονάδες και νεφρολογικές κλινικές, υποθέτουμε πως θα πρέπει να είναι γνώστες των προαναφερθέντων όρων και η στάση τους θα είναι θετική για την δωρεά οργάνων. Με την έρευνα αυτή προσπαθούμε να διαπιστώσουμε κατά πόσο ισχύουν οι υποθέσεις μας.

## **2. ΥΛΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 300 νοσηλευτές που εργάζονται σε μεταμοσχευτικές μονάδες και νεφρολογικές, νευρολογικές κλινικές και μονάδες εντατικής θεραπείας, στο Π.Π.Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ, Γ.Ν.Α. ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ, Π.Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τυχαία και ανεξάρτητα υπηρεσιακής εμπειρίας και επιπέδου μόρφωσης (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ νοσηλευτές). Η ερευνά έλαβε μέρος κατά τη χρονική περίοδο, από 15/4/09 έως 30/7/09.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 14 ερωτήσεις, οι 13 κλειστού τύπου και μια ανοιχτού τύπου. Από αυτές οι 2 είναι (ΝΑΙ – ΟΧΙ), οι 4 (ΝΑΙ – ΟΧΙ – ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ), οι 5 εναλλακτικών απαντήσεων και μία ανοιχτού τύπου ελεύθερης απάντησης. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και απρόσωπα και η συμμετοχή των ατόμων ήταν εθελοντική. Ο μέσος χρόνος απάντησης κάθε ερωτηματολογίου ήταν 10 λεπτά περίπου.

## **3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ**

Για την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση SPSS 14 (στατιστικό λογισμικό γενικού τύπου).

Το πρόγραμμα λειτουργεί εισάγοντας μια ανεξάρτητη μεταβλητή (που είναι η κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου ξεχωριστά ως  $x_1, x_2, x_3, \dots, x_{11}$ ) και την εισαγωγή μιας εξαρτημένης μεταβλητής ( που αντιστοιχεί στις απαντήσεις κάθε ερώτησης των 300 ερωτηματολογίων. Τα μέτρα θέσης μιας κατανομής δεδομένων που αναλύθηκαν στοχεύουν στον προσδιορισμό των ακόλουθων μέτρων διασποράς :

- ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ = MEAN
- ΣΦΑΛΜΑ ΜΕΣΗΣ ΤΙΜΗΣ = Std. ERROR OF MEAN
- ΔΙΑΜΕΣΟΣ = MEDIAN
- ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΤΙΜΗ = MODE
- ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ = Std. DEVIATION
- ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ = VARIANCE
- ΕΥΡΟΣ = RANGE
- ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ = N
- ΑΘΡΟΙΣΜΑ ΤΙΜΩΝ = SUM

## 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### ΕΡΩΤΗΣΗ 1<sup>η</sup>

**Θεωρείται ότι γνωρίζεται τι είναι δωρεά οργάνων;**

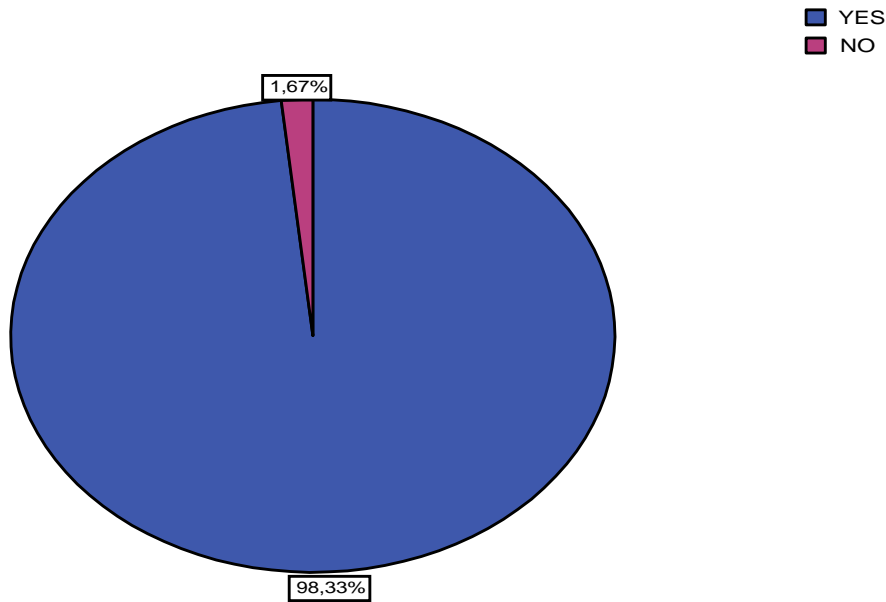
Μέση τιμή	1,0167
Σφάλμα μέσης τιμής	0.00740
Διάμεσος	1.0000
Επικρατούσα τιμή	1.00
Τυπική απόκλιση	0.12823
Διακύμανση	0.016
Εύρος	1,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	305

#### Statistics

XI		
	Valid	
N		300
	Missing	0
Mean		1,0167
Std. Error of Mean		0,00740
Median		1,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		0,12823
Variance		0,016
Range		1,00
Sum		305,00

XI						ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙ ΤΟΙΣ %
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent			
Valid	YES	295	98,3	98,3	98,3		
	NO	5	1,7	1,7	100,0		
Total		300	100,0	100,0			
NAI						295	98,3
OXI						5	1,7
ΣΥΝΟΛΟ						300	100

## XI



### ΕΡΩΤΗΣΗ 2<sup>η</sup>

**Ποιες είναι οι πηγές σας, για τις γνώσεις σας στη δωρεά οργάνων ;**

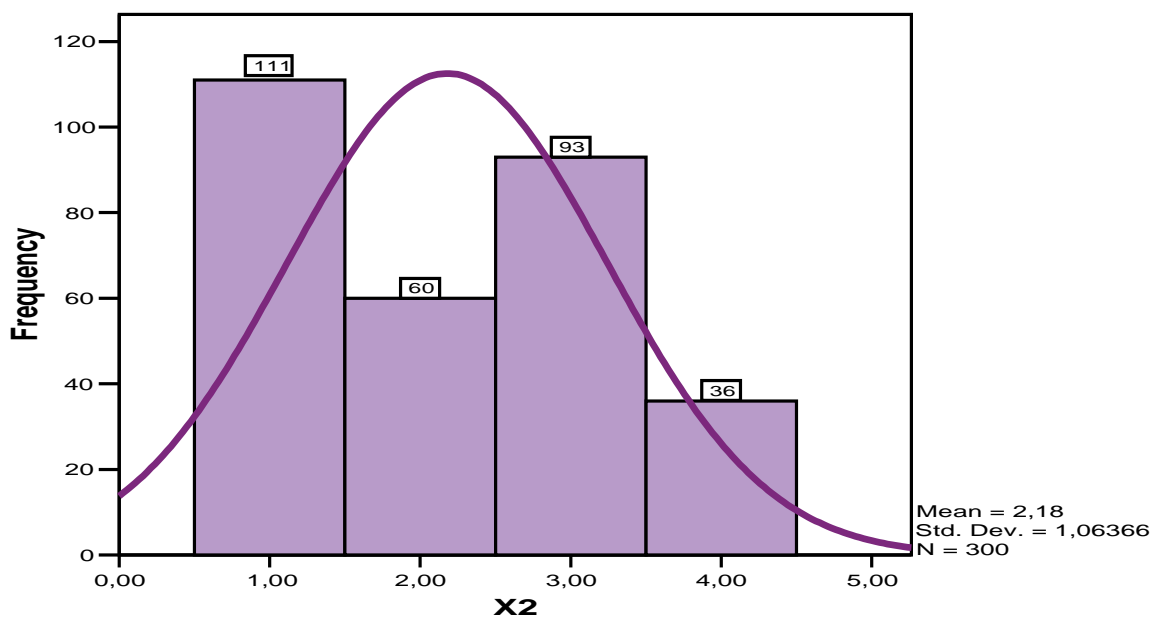
Μέση τιμή	2,1800
Σφάλμα μέσης τιμής	0,06141
Διάμεσος	2,0000
Επικρατούσα τιμή	1,00
Τυπική απόκλιση	1,06366
Διακύμανση	1,131
Εύρος	3,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	654,00

Statistics		
X2		
N	Valid	300
	Missing	0
Mean		2,1800
Std. Error of Mean		0,06141
Median		2,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		1,06366
Variance		1,131
Range		3,00
Sum		654,00



X2						ΑΠΟΤΕ ΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙ ΤΟΙΣ %
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
Valid	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ	111	37,0	37,0	37,0		
	ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ	60	20,0	20,0	57,0		
	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ(ΗΜΕΡΙΔΕΣ - ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ)	93	31,0	31,0	88,0		
	ΙΝΕΡΝΕΤ	36	12,0	12,0	100,0		
	Total	300	100,0	100,0			
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ						111	37,0
ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΑ ΦΥΛΛΑΔΙΑ						60	20,0
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ (ΗΜΕΡΙΔΕΣ-ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ)						93	31,0
ΙΝΤΕΡΝΕΤ						36	12,0
ΣΥΝΟΛΟ						300	100

**Histogram**



### ΕΡΩΤΗΣΗ 3<sup>η</sup>

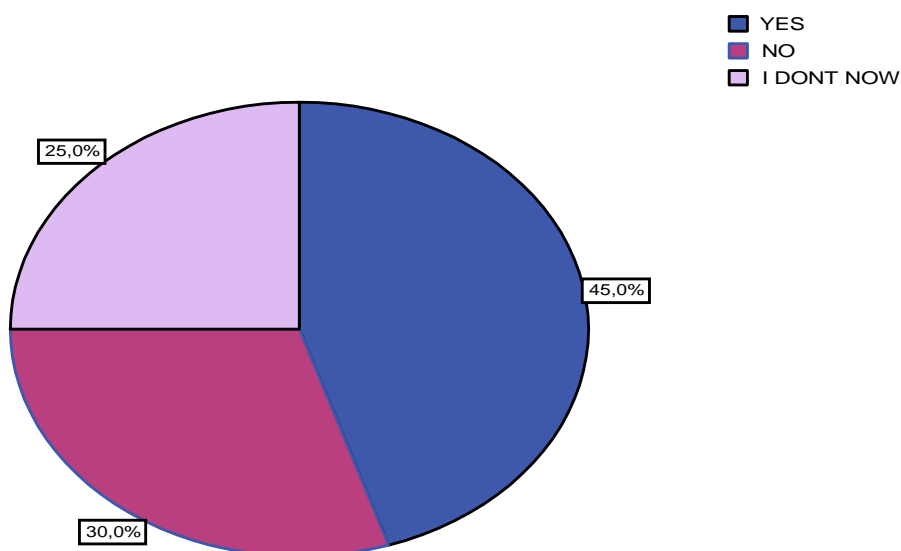
Θα θέλατε να γίνεται δωρητής οργάνων ;

Μέση τιμή	1,8000
Σφάλμα μέσης τιμής	0,04698
Διάμεσος	2,0000
Επικρατούσα τιμή	1,00
Τυπική απόκλιση	0,81376
Διακύμανση	1,662
Εύρος	2,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	540,00

Statistics		
X3		
	Valid	
	Missing	
N		300
		0
Mean		1,8000
Std. Error of Mean		0,04698
Median		2,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		0,81376
Variance		1,662
Range		2,00
Sum		540,00

X3						ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙ ΤΟΙΣ %
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent			
Valid YES	135	45,0	45,0	45,0			
NO	90	30,0	30,0	75,0			
I DONT NOW	75	25,0	25,0	100,0			
Total	300	100,0	100,0				
NAI					135		45
OXI					90		30
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ					75		25
ΣΥΝΟΛΟ					300		100

**X3**



#### ΕΡΩΤΗΣΗ 4<sup>η</sup>

**Γνωρίζεται τη νομοθετική ρύθμιση στη χώρα μας, για την προστασία της δωρεές όργανον προς αποφυγή εκμετάλλευσης της;**

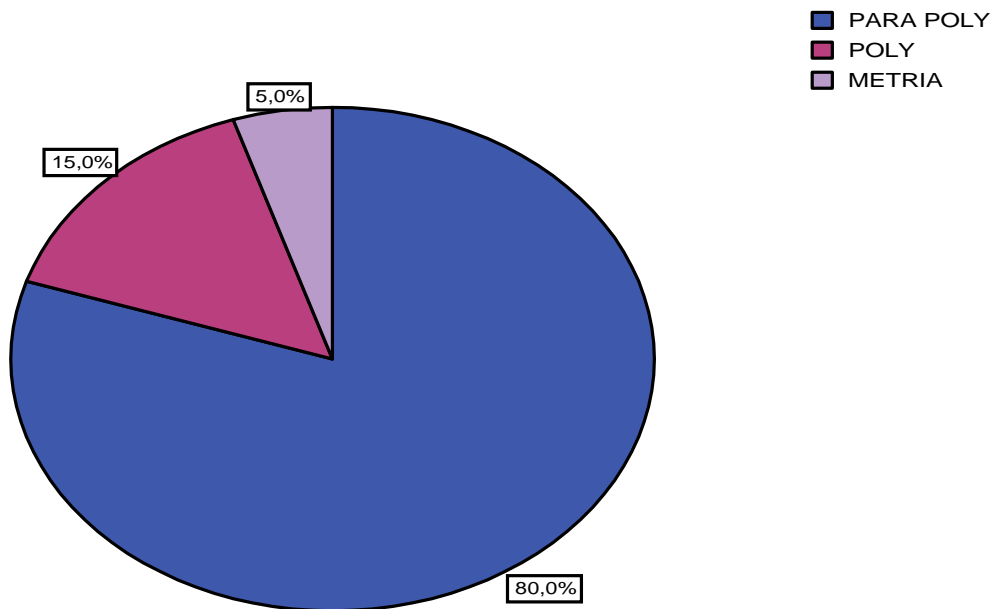
Μέση τιμή	1,2500
Σφάλμα μέσης τιμής	0,03101
Διάμεσος	1,0000
Επικρατούσα τιμή	1,00
Τυπική απόκλιση	0,53709
Διακύμανση	0,288
Εύρος	2,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	375,00

**Statistics**

X4		
	Valid	
	Missing	
N		300
		0
Mean		1,2500
Std. Error of Mean		0,03101
Median		1,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		0,53709
Variance		0,288
Range		2,00
Sum		375,00

X4					ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙ ΤΟΙΣ %
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
Valid	PARA POLY	240	80,0	80,0	80,0	
	POLY	45	15,0	15,0	95,0	
	METRIA	15	5,0	5,0	100,0	
	Total	300	100,0	100,0		
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ					240	80
ΠΟΛΥ					45	15
ΜΕΤΡΙΑ					15	5
ΣΥΝΟΛΟ					300	100

**X4**



## ΕΡΩΤΗΣΗ 5<sup>η</sup>

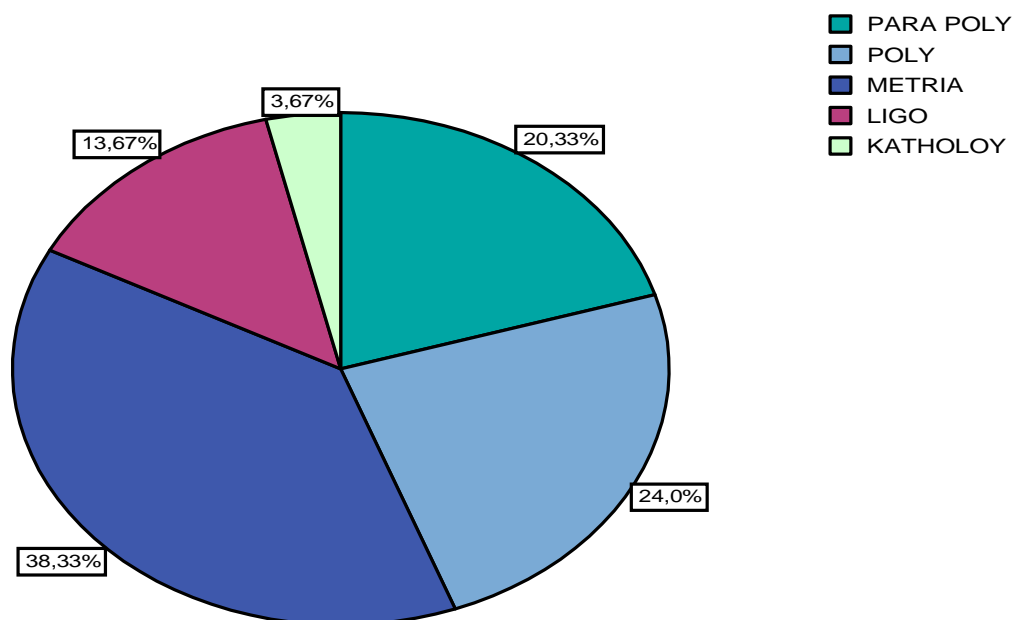
Θεωρείται επαρκείς τις νομοθετικές ρυθμίσεις στην χώρα μας για την προστασία της δωρεάς οργάνων ;

Μέση τιμή	2,5633
Σφάλμα μέσης τιμής	1,06191
Διάμεσος	3,0000
Επικρατούσα τιμή	3,00
Τυπική απόκλιση	1,07230
Διακύμανση	1,150
Εύρος	4,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	769,00

Statistics		
X5		
N	Valid	300
	Missing	0
Mean		2,5633
Std. Error of Mean		1,06191
Median		3,0000
Mode		3,00
Std. Deviation		1,07230
Variance		1,150
Range		4,00
Sum		769,00

X5					ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙ ΤΟΙΣ %	
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent			
Valid							
PARA POLY	61	20,3	20,3	20,3			
POLY	72	24,0	24,0	44,3			
METRIA	115	38,3	38,3	82,7			
LIGO	41	13,7	13,7	96,3			
KATHOLOU	11	3,7	3,7	100,0			
Total	300	100,0	100,0				
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ						61	20,3
ΠΟΛΥ						72	24,0
ΜΕΤΡΙΑ						115	38,3
ΛΙΓΟ						41	13,7
ΚΑΘΟΛΟΥ						11	3,7
ΣΥΝΟΛΟ						300	100

**X5**



### ΕΡΩΤΗΣΗ 6<sup>η</sup>

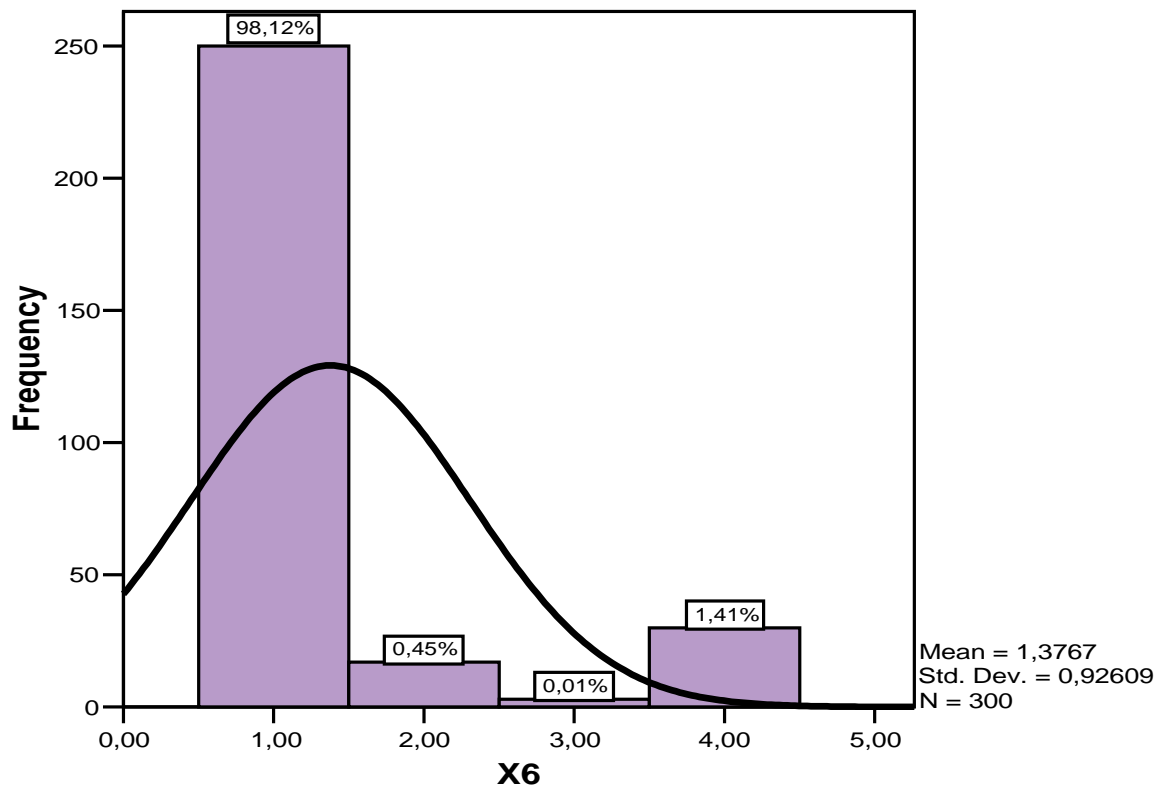
**Ποιό πιστεύεται ότι είναι το βασικό κριτήριο, για να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων μετά θάνατον ;**

Μέση τιμή	1,3767
Σφάλμα μέσης τιμής	1,05347
Διάμεσος	1,0000
Επικρατούσα τιμή	1,00
Τυπική απόκλιση	0,92609
Διακύμανση	0,858
Εύρος	3,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	305

Statistics		
X6		
N	Valid	300
	Missing	0
Mean		1,3767
Std. Error of Mean		1,05347
Median		1,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		0,92609
Variance		0,858
Range		3,00

X6						ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙ ΤΟΙΣ %
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
Valid	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ	250	83,3	83,3	83,3		
	ΔΕΝ ΞΕΡΩ ΘΑΝΑΤΟΣ	17	5,7	5,7	89,0		
	ΑΛΛΟ	30	10,0	10,0	100,0		
	Total	300	100,0	100,0			
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ						250	83,3
ΔΕΝ ΞΕΡΩ						17	5,7
ΘΑΝΑΤΟΣ						3	1,0
ΑΛΛΟ						30	10,0
ΣΥΝΟΛΟ						300	100

**Histogram**



## ΕΡΩΤΗΣΗ 7<sup>η</sup>

**Θεωρείται ότι γνωρίζεται τι είναι ‘εγκεφαλικός θάνατος’;**

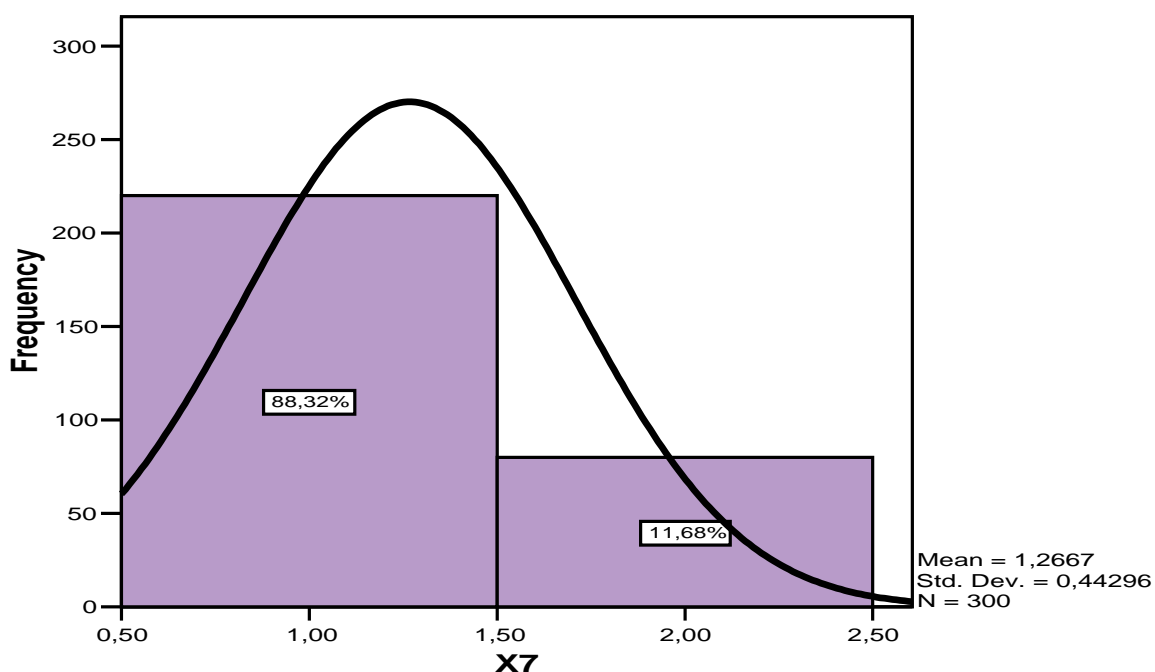
Μέση τιμή	1,2667
Σφάλμα μέσης τιμής	1,02557
Διάμεσος	1,0000
Επικρατούσα τιμή	1,00
Τυπική απόκλιση	0,44296
Διακύμανση	1,196
Εύρος	1,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	380,00

Statistics		
X7		
N	Valid	300
	Missing	0
Mean		1,2667
Std. Error of Mean		1,02557
Median		1,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		0,44296
Variance		1,196
Range		1,00
Sum		380,00

X7					ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙ ΤΟΙΣ %
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
Valid YES	220	73,3	73,3	73,3		
NO	80	26,7	26,7	100,0		
Total	300	100,0	100,0			
ΝΑΙ					220	73,3
ΟΧΙ					80	26,7
ΣΥΝΟΛΟ					300	100



**Histogram**



**ΕΡΩΤΗΣΗ 8<sup>η</sup>**

**Θα συναινούσατε ποτέ στην δωρεά οργάνων συγγενικού σας προσώπου ‘εγκεφαλικά νεκρού’;**

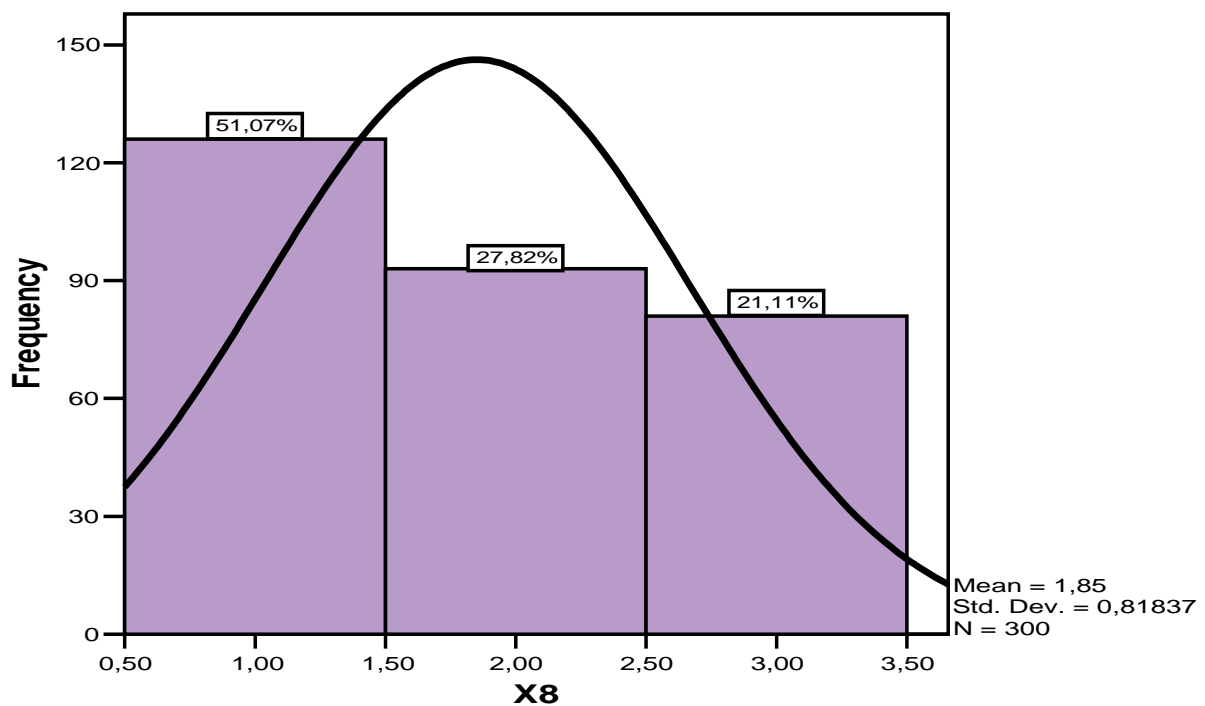
Μέση τιμή	1,8500
Σφάλμα μέσης τιμής	0,04725
Διάμεσος	2,0000
Επικρατούσα τιμή	1,00
Τυπική απόκλιση	0,81837
Διακύμανση	1,670
Εύρος	2,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	555,00

**Statistics**

X8		
N	Valid	300
	Missing	0
Mean		1,8500
Std. Error of Mean		0,04725
Median		2,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		0,81837
Variance		1,670
Range		2,00
Sum		555,00

X8					ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙ ΤΟΙΣ %
		Frequency	Percent	Valid Percent		
Valid	NAI	126	42,0	42,0	42,0	
	OXI	93	31,0	31,0	73,0	
	ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	81	27,0	27,0	100,0	
	Total	300	100,0	100,0		
NAI					126	42,0
OXI					93	31,0
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ					81	27,0
ΣΥΝΟΛΟ					300	100

**Histogram**



### ΕΡΩΤΗΣΗ 9<sup>η</sup>

**Πιστεύεται ότι η συναίνεση των συγγενών για την αφαίρεση οργάνων από ‘εγκεφαλικά νεκρό’ δοτή, αποτελεί φόνο;**

Μέση τιμή	1,9200
Σφάλμα μέσης τιμής	0,03134
Διάμεσος	2,0000
Επικρατούσα τιμή	2,00
Τυπική απόκλιση	1,54275
Διακύμανση	0,295
Εύρος	2,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	576,00

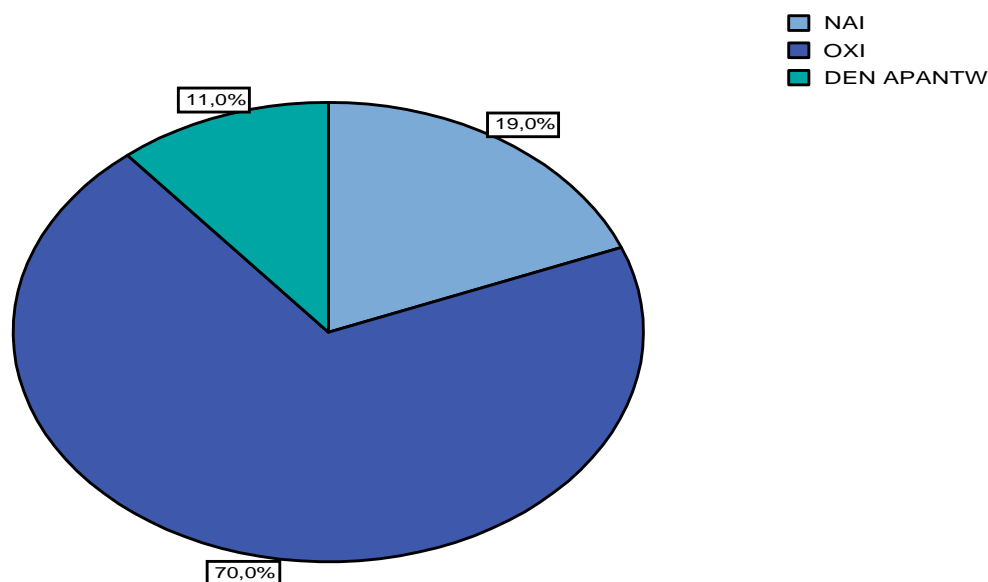
**Statistics**

X9

N	Valid	300
	Missing	0
Mean		1,9200
Std. Error of Mean		0,03134
Median		2,0000
Mode		2,00
Std. Deviation		1,54275
Variance		0,295
Range		2,00
Sum		576,00

X9						ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙ ΤΟΙΣ %
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
Valid	NAI	57	19,0	19,0	19,0		
	OXI	210	70,0	70,0	89,0		
	DEN ΑΠΑΝΤΩ	33	11,0	11,0	100,0		
	Total	300	100,0	100,0			
NAI						57	19,0
OXI						210	70,0
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ						33	11,0
ΣΥΝΟΛΟ						300	100

X9



### ΕΡΩΤΗΣΗ 10<sup>η</sup>

**Συμφωνείτε με την άποψη, πως η αφαίρεση οργάνων προς δωρεά αποτελεί περισσότερο παράταση ζωής για τον λήπτη, παρά παρεμπόδιση θανάτου για τον δοτή;**

Μέση τιμή	2,7767
Σφάλμα μέσης τιμής	1,07930
Διάμεσος	2,0000
Επικρατούσα τιμή	2,00
Τυπική απόκλιση	1,37347
Διακύμανση	1,886
Εύρος	4,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	833,00

### Statistics

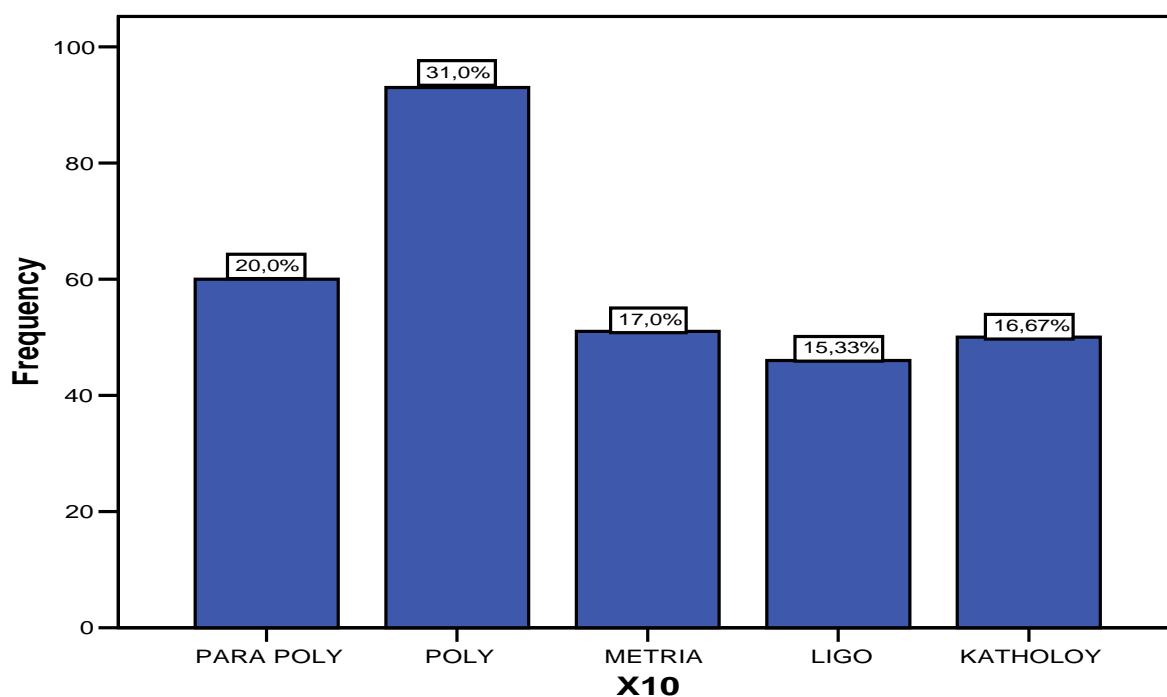
X10		
N	Valid	300
	Missing	0
Mean		2,7767
Std. Error of Mean		1,07930
Median		2,0000
Mode		2,00
Std. Deviation		1,37347
Variance		1,886
Range		4,00
Sum		833,00

<b>X10</b>						ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙ ΤΟΙΣ %
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
Valid	PARA POLY	60	20,0	20,0	20,0		
	POLY	93	31,0	31,0	51,0		
	METRIA	51	17,0	17,0	68,0		
	LIGO	46	15,3	15,3	83,3		
	KATHOLOUY	50	16,7	16,7	100,0		
	Total	300	100,0	100,0			

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	60	20,0
ΠΟΛΥ	93	31,0
ΜΕΤΡΙΑ	51	17,0
ΛΙΓΟ	46	15,3
ΚΑΘΟΛΟΥ	50	16,7
ΣΥΝΟΛΟ	300	100

**X10**



### ΕΡΩΤΗΣΗ 11'

**Θεωρείται πως εάν δεν πραγματοποιηθεί μεταμόσχευση στον λήπτη, του υποδεικνύουμε τον θάνατο;**

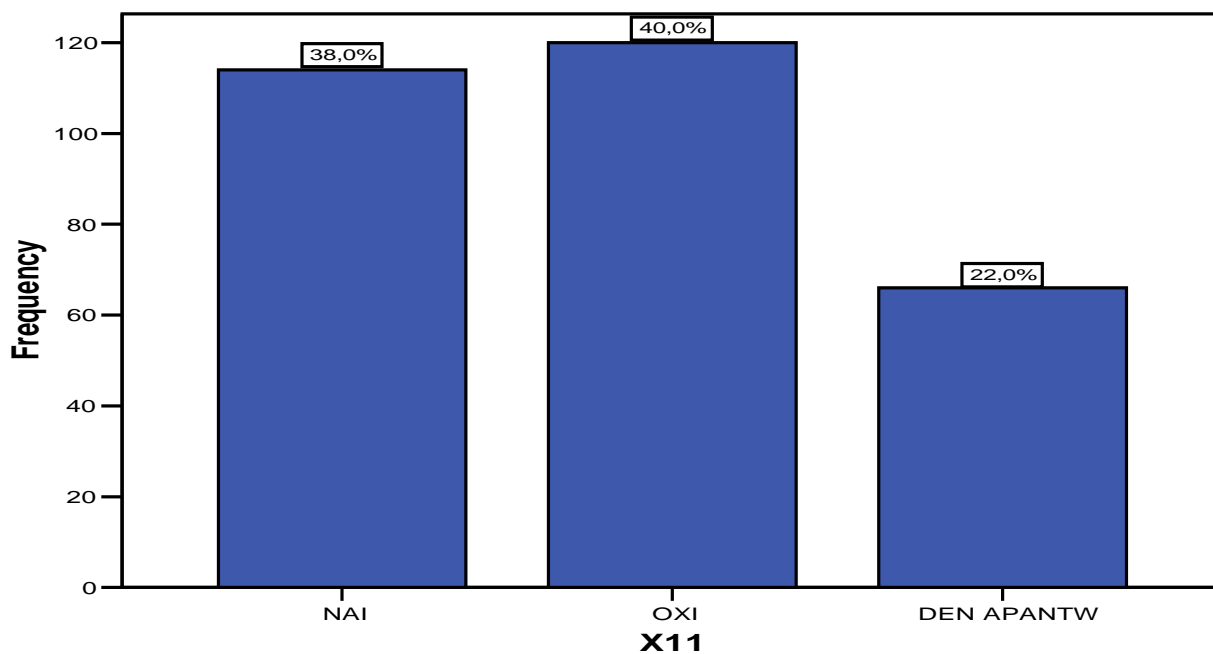
Μέση τιμή	1,8400
Σφάλμα μέσης τιμής	0,04383
Διάμεσος	2,0000
Επικρατούσα τιμή	2,00
Τυπική απόκλιση	1,75916
Διακύμανση	0,576
Εύρος	2,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	552,00

#### Statistics

X11		
N	Valid	300
	Missing	0
Mean		1,8400
Std. Error of Mean		0,04383
Median		2,0000
Mode		2,00
Std. Deviation		1,75916
Variance		0,576
Range		2,00
Sum		552,00

X11						ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙΤΟΙΣ %
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
Valid	NAI	114	38,0	38,0	38,0		
	OXI	120	40,0	40,0	78,0		
	DEN APANTW	66	22,0	22,0	100,0		
	Total	300	100,0	100,0			
NAI						114	38,0
OXI						120	40,0
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ						66	22,0
ΣΥΝΟΛΟ						300	100

### X11



### ΕΡΩΤΗΣΗ 12"

Είναι η ανάγκη για μόσχευμα θέμα ζωής για τον λήπτη;

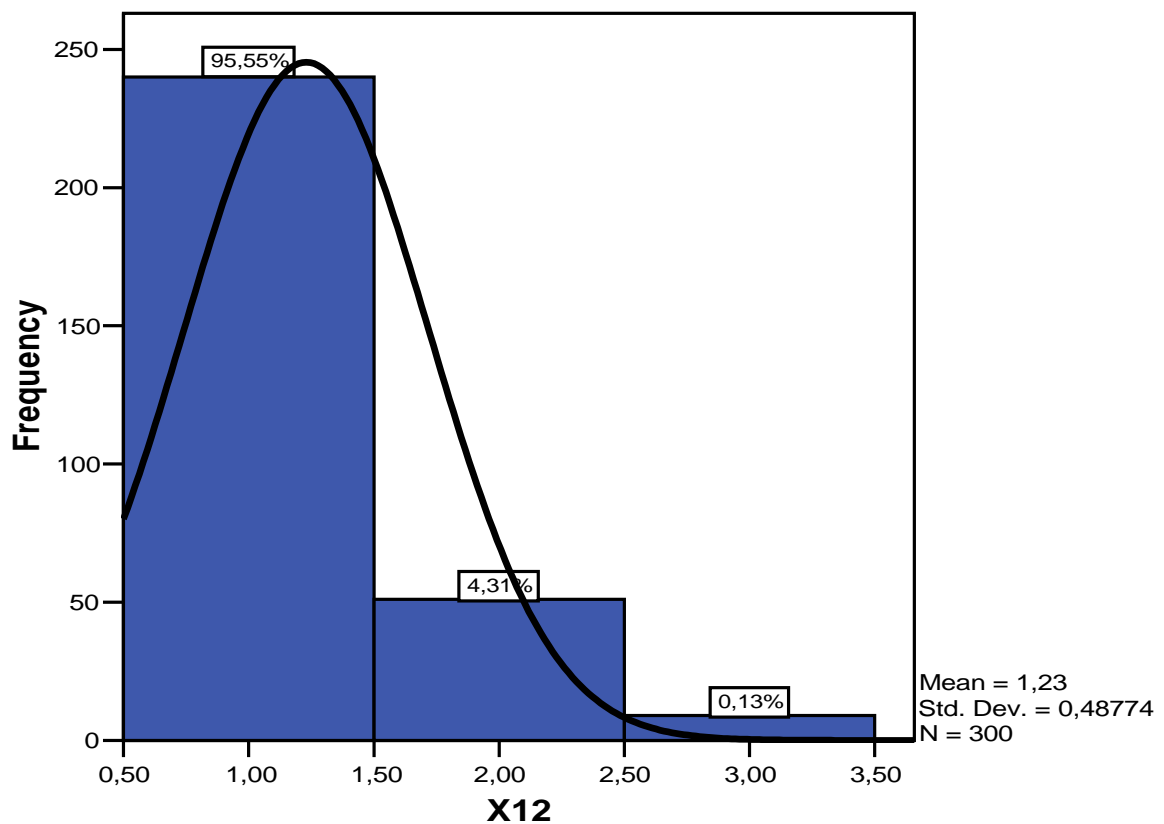
Μέση τιμή	1,2300
Σφάλμα μέσης τιμής	0,02816
Διάμεσος	1,0000
Επικρατούσα τιμή	1,00
Τυπική απόκλιση	0,48774
Διακύμανση	1,238
Εύρος	2,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	369,00

### Statistics

X12		
N	Valid	300
	Missing	0
Mean		1,2300
Std. Error of Mean		0,02816
Median		1,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		0,48774
Variance		1,238
Range		2,00
Sum		369,00

X12						ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙΤΟΙΣ %
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
Valid	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	240	80,0	80,0	80,0		
	ΠΟΛΥ	51	17,0	17,0	97,0		
	ΜΕΤΡΙΑ	9	3,0	3,0	100,0		
	Total	300	100,0	100,0			
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ						240	80,0
ΠΟΛΥ						51	17,0
ΜΕΤΡΙΑ						9	3,0
ΣΥΝΟΛΟ						300	100

**Histogram**





### ΕΡΩΤΗΣΗ 13<sup>η</sup>

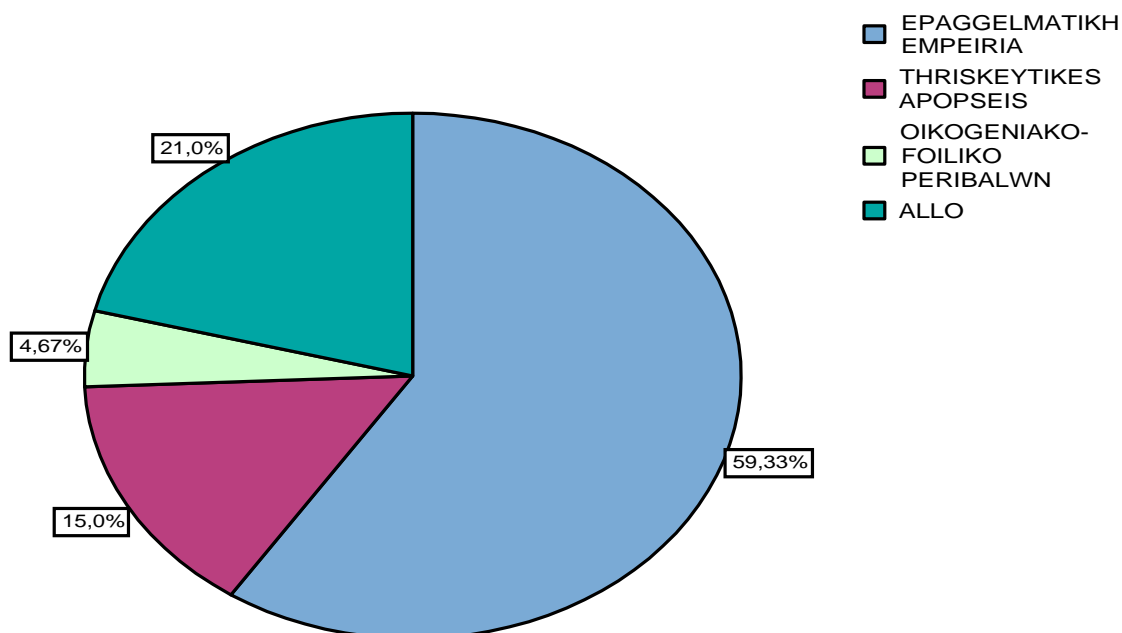
Τι θεωρείται ότι σας επηρεάζει περισσότερο για τη στάση και τις απόψεις σας απέναντι στη μεταμόσχευση νεφρού και την δωρεά οργάνων;

Μέση τιμή	1,8733
Σφάλμα μέσης τιμής	1,06997
Διάμεσος	1,0000
Επικρατούσα τιμή	1,00
Τυπική απόκλιση	1,21196
Διακύμανση	1,469
Εύρος	3,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	562,00

Statistics		
X13		
N	Valid	300
	Missing	0
Mean		1,8733
Std. Error of Mean		1,06997
Median		1,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		1,21196
Variance		1,469
Range		3,00
Sum		562,00

X13					ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙΤΟΙΣ %
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
Valid EPAGGELMATIKH EMPEIRIA	178	59,3	59,3	59,3		
THRISKEYTIKES APOPSEIS	45	15,0	15,0	74,3		
ΟΙΚΟΓΕΝΙΑΚΟ - ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΩΝ	14	4,7	4,7	79,0		
ΑΛΛΟ	63	21,0	21,0	100,0		
Total	300	100,0	100,0			
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ					178	59,3
ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ					45	15,0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ - ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΩΝ					14	4,7
ΑΛΛΟ					63	21,0
ΣΥΝΟΛΟ					300	100

### X13



### ΕΡΩΤΗΣΗ 14<sup>η</sup>

**Θεωρείται αναγκαία την πλήρη ενημέρωση και μάθηση των μελλοντικών νοσηλευτών, όσων αφορά την μεταμόσχευση και δωρεά οργάνων;**

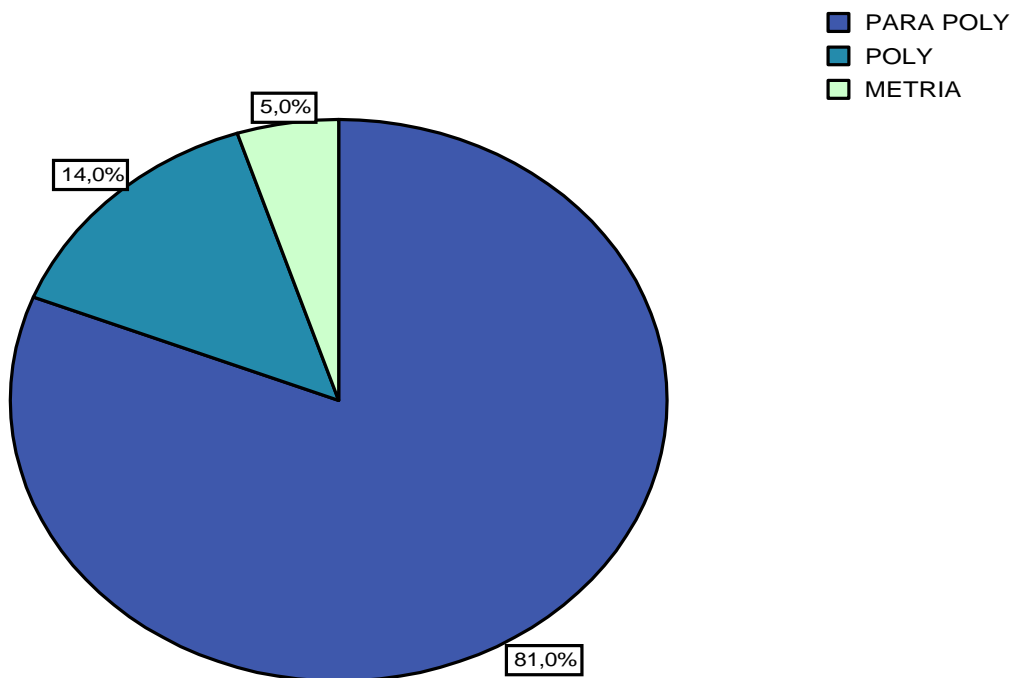
Μέση τιμή	1,2400
Σφάλμα μέσης τιμής	0,03073
Διάμεσος	1,0000
Επικρατούσα τιμή	1,00
Τυπική απόκλιση	0,53230
Διακύμανση	0,283
Εύρος	2,00
Πληθυσμός	300
Άθροισ. τιμών	372,00

#### Statistics

X14		
N	Valid	300
	Missing	0
Mean		1,2400
Std. Error of Mean		,03073
Median		1,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		,53230
Variance		,283
Range		2,00
Sum		372,00

<b>X14</b>						ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΕΠΙΤΟΙΣ %
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent		
Valid	PARA	243	81,0	81,0	81,0		
	POLY	42	14,0	14,0	95,0		
	METRIA	15	5,0	5,0	100,0		
	Total	300	100,0	100,0			
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ						243	81,0
ΠΟΛΥ						42	14,0
ΜΕΤΡΙΑ						15	5,0
ΣΥΝΟΛΟ						300	100

**X14**



## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων και βάση της κάθε ερώτησης ξεχωριστά, τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε είναι τα ακόλουθα :

**1<sup>η</sup> ερώτηση :** *«Θεωρείται ότι γνωρίζεται τι είναι δωρεά οργάνων; »*

Στην ερώτηση αυτή με ποσοστό 98,3% οι απαντήσεις ήταν θετικές και μόνο ένα μικρό ποσοστό του 1,7 % ήταν αρνητικό (θεωρείται αμελητέο και δικεολογίτε ως σφάλμα μέτρησης) . Ήταν αναμενόμενα τα αποτελέσματά στην ερώτηση αυτή γιατί το δήγμα μας ήταν νοσηλευτές που εργάζονται τμήματα σχετικά με την ανάγκη προσφοράς οργάνων.

**2<sup>η</sup> ερώτηση :** *«Ποιες είναι οι πηγές σας, για τις γνώσεις σας στην δωρεά οργάνων ; »*

Στην ερώτηση αυτή οι απαντήσεις είναι διαφορετικές με επικρατούσα απάντηση τα επιστημονικά βιβλία με ποσοστό 37%, επιστημονικές (ημερίδες – σεμινάρια) με 31%, και ακολουθούν ενημερωτικά φυλλάδια με ποσοστό 20% και internet με 12%. Οι διάσπαρτες απαντήσεις μας υποδικνείνουν ότι και στην χώρα μας οι νοσηλευτές ενοικμερώνοντε και ανανεώνουν τις γνώσεις τους παρακολουθώντας επιστημονικές (ημερίδες – σεμινάρια), ένα άλλο θετικό συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε είναι πως και το κράτος και ο δημόσιος φορέας κάνει βήματα για την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού με την χρήση ενημερωτικών φυλλαδίων και διοργάνωση επιστημονικών ημερίδων – σεμιναρίων. Το μικρό ποσοστό ενημέρωσης μέσω internet 12% , διαπιστώνουμε ότι η εξικοίωση του προσωπικού με την τεχνολογία είναι πολύ μικρή σε αντίθεση με νοσηλευτές στην Αγγλία που η χρήση του internet αγνίζει ποσοστά 68% - 70%.<sup>92</sup>

**3<sup>η</sup> ερώτηση :** *«Θα θέλατε να γίνεται δωρητής οργάνων; »*

Στην ερώτηση αυτή παρόλο που το δείγμα μας είναι γνώστες σε μεγάλο ποσοστό για την δωρεά οργάνων 98%, στην ερώτηση αν θα ήθελαν να γίνουν δωρητές οργάνων το 45% απάντησε ΝΑΙ. ενώ ένα μεγάλο ποσοστό είναι αρνητικό 30% και ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό δεν ήθελε να απαντήσει 25%. Βάση αυτού διαπιστώνουμε ότι δεν είναι επαρκώς πληροφορημένοι ή ότι είναι αναποφάσιστοι, γιατί η ιδέα του θανάτου (εγκεφαλικού θανάτου) από μόνη της είναι ένας λόγος ανάπτυξης φόβου και άρνησης.

**4<sup>η</sup> ερώτηση:** *«Γνωρίζεται τη νομοθετική ρύθμιση στην χώρα μας, για την προστασία της δωρεάς οργάνων προς αποφυγή εκμετάλλευσης της; »*

Στην ερώτηση αυτή όλοι θεωρούν ότι γνωρίζουν τη νομοθετική ρύθμιση στη χώρα μας, με ποσοστό 80%. Πολύ μεγάλο ποσοστό δηλώνει ότι γνωρίζει τον ισχύιο νόμο στη χώρα.

**5<sup>η</sup> ερώτηση:** *«Θεωρείται επαρκείς τις νομοθετικές ρυθμίσεις στη χώρα μας, για την προστασία της δωρεάς οργάνων; »*

Οι απόψεις στην ερώτηση αυτή δίστανται, βάση των απαντήσεων διαπιστώνουμε ότι ο νόμος δεν έχει γίνει πλήρης κατανοητός, καθώς επίσης ότι θεωρείται ελλείψεις και δεν μπορεί να προστατέψει του πολίτες νομικά και να διασφαλίσει διαφάνεια στην δωρεά οργάνων και στην μεταμόσχευση.

**6<sup>η</sup> ερώτηση:** *« Ποιο πιστεύετε ότι είναι το βασικό κριτήριο για να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων μετά θάνατο; »*

Στην ερώτηση αυτή το 83,3% απάντησε εγκεφαλικός θάνατος, ενώ 5,7% δεν γνωρίζω, 1% θάνατος και το 10% κάτι άλλο όπως καρδιακή ανακοπή, κόμμα κ.α. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό απάντησε εγκεφαλικός θάνατος του ασθενή όπου είναι και η σωστή απάντηση, ενώ ένα μεγάλο πασοστό της τάξης των 16,7% έδωσαν λάθος απάντηση, που δεν δικαιολογείτε για τον χώρο εργασίας

που δουλεύουν να μην γνωρίζουν καθώς οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι παρακολουθούν ημερίδες και εμπλουτίζουν τις γνώσεις τους.

**7<sup>η</sup> ερώτηση:** *«Θεωρείται ότι γνωρίζεται τι είναι ‘εγκεφαλικός θάνατος’»*

Ένα μεγάλο ποσοστό θεωρεί ότι γνωρίζει τι είναι ‘εγκεφαλικός θάνατος’ με ποσοστό 73,3% αλλά εξίσου σημαντικό ποσοστό θεωρεί ότι δεν γνωρίζει με ποσοστό 26,7% υποθέτουμε ότι το μεγάλο αυτό ποσοστό υπάρχει γιατί μπορεί να μην γνωρίζουν τον ακριβή όρο του εγκεφαλικού θανάτου.

**8<sup>η</sup> ερώτηση:** *«Θα συναινέσατε ποτέ στην δωρεά οργάνων συγγενικού σας προσώπου ‘εγκεφαλικά νεκρού’;»*

Παρόλο που ένα μεγάλο ποσοστό θεωρεί ότι γνωρίζει τι είναι ‘εγκεφαλικός θάνατος’, με ποσοστό 73,3%, δύσκολα θα αποφάσιζε να συναινέσει στη δωρεά οργάνων συγγενικού του προσώπου ‘εγκεφαλικά νεκρό’. Όχι απάντησαν το 32%, δεν απαντώ το 27% ενώ το 42% ήταν θετικό.

**9<sup>η</sup> ερώτηση:** *«Πιστεύεται ότι η συναίνεση των συγγενών για την αφαίρεση οργάνων από ‘εγκεφαλικά νεκρό’ δότη, αποτελεί φόνο; »*

Στην ερώτηση αυτή διαπιστώνουμε ότι το δείγμα δεν θεωρεί την αφαίρεση οργάνων από ‘εγκεφαλικά νεκρό’ δότη φόνο με ποσοστό 70%. Αλλά σε σύγκριση με την προηγούμενη ερώτηση οι ίδιοι δύσκολα θα συναινέσαν σε δικό τους συγγενή.

**10<sup>η</sup> ερώτηση:** *«Συμφωνείτε με την άποψη, πως η αφαίρεση οργάνων προς δωρεά, αποτελεί περισσότερο παράταση ζωής για τον λήπτη παρά παρεμπόδιση θανάτου για τον δότη; »*

Στην ερώτηση αυτή οι απόψεις δίστανται αλλά τείνουν προς την θετική έκβαση, με ποσοστό 20% Πάρα Πολύ, 31% Πολύ, 17% Μέτρια, 15,3% Λίγο,

16,7% Καθόλου. Οι διαφορετικές απαντήσεις είναι αποτέλεσμα της κλινικής τους εμπειρίας και της έκβασης που έχουν οι μεταμοσχευμένοι ασθενείς.

**11<sup>η</sup> ερώτηση:** *«Θεωρείται πως εάν δεν πραγματοποιηθεί η μεταμόσχευση στον λήπτη, του υποδεικνύουμε τον θάνατο;»*

Στην ερώτηση αυτή όπως και στην προηγούμενη ερώτηση οι απόψεις δίστανται αλλά τείνουν προς την αρνητική έκβαση γιατί οι περισσότερες απαντήσεις είναι ΟΧΙ 40% και ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ 22%. Ο κύριος λόγος που υπάρχει αυτές οι απαντήσεις είναι γιατί το δείγμα μας δεν γνωρίζουν επαρκώς τις μεθόδους αντιμετώπισης μιας ανεπάρκειας νεφρού, όπως είναι η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση, που μπορεί να μην είναι ο τελικός τρόπος αντιμετώπισης αλλά προσφέρει παράταση ζωής. Ο κύριος λόγος που υπάρχουν αυτές οι απάντησης είναι ότι η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση δεν είναι λύσεις επίλυσης του προβλήματος αλλά παράτασης ζωής μέχρι να βρεθεί το κατάλληλο μόσχευμα.

**12<sup>η</sup> ερώτηση:** *«Είναι η ανάγκη για μόσχευμα θέμα ζωής για τον λήπτη;»*

Στην ερώτηση αυτή το δείγμα μας είναι θετικό με καμία αρνητική απάντηση. Πάρα Πολύ 80%, Πολύ 17% και Μέτρια 3% . Ο κύριος λόγος που υπάρχουν αυτές οι απαντήσεις είναι ότι η αιμοκάθαρση και η περιτοναϊκή κάθαρση δεν είναι λύσεις επίλυσης του προβλήματος αλλά παράτασης ζωής μέχρι να βρεθεί το κατάλληλο μόσχευμα όπου θα προσφέρει στον λήπτη καλύτερη ποιότητα ζωής.

**13<sup>η</sup> ερώτηση:** *«Τι θεωρείται ότι σας επηρέασε περισσότερο, για τη στάση και τις απόψεις σας απέναντι στην δωρεά οργάνων;»*

Στην ερώτηση αυτή με ποσοστό 59,3% αυτό που τους έχει επηρέασε περισσότερο για τη στάση και τις απόψεις απέναντι στην δωρεά οργάνων είναι η επαγγελματική εμπειρία γιατί η καθημερινή τριβή με ανθρώπους που

αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα αυξάνουν την ευαισθησία, ακολουθούν οι θρησκευτικές απόψεις με 15%, οικογενειακό – φιλικό υπερβάλλον με 4,7% και Άλλο 21%.

**14<sup>η</sup> ερώτηση:** *«Θεωρείται αναγκαία την πλήρη ενημέρωση και μάθηση των νοσηλευτών, όσων αφορά την μεταμόσχευση και δωρεά οργάνων;»*

Στην ερώτηση αυτή το δείγμα μας είναι θετικό με καμία αρνητική απάντηση. Με ποσοστά Παρά πολύ 81%, Πολύ 14%, Μέτρια 5% αυτό μπορεί να οφείλετε γιατί οι νοσηλευτές που εργάζονται σε αυτές τις μονάδες γνωρίζουν καλύτερα από των καθέναν τις δυσκολίες και αποτίσεις που έχει ένα τέτοιο τμήμα αλλά και την προσφορά που δίνεις.

Μετά την έρευνα διαπιστώσαμε ότι οι νοσηλευτές θεωρούν ότι γνωρίζουν τους προαναφερμένους όρους αλλά πολύ δύσκολα θα αποφάσιζαν, εάν αυτό συνέβει σε έναν συγγενικό τους πρόσωπο, το τι θα έκαναν σε μια τέτοια κατάσταση. Γιαυτό το λόγο θέλουν πλήρη ενημέρωση όσων αφορά την μεταμόσχευση και δωρεά οργάνων. Παρόλο που τα ερωτηματολόγια απευθύνονταν σε νοσηλευτές που είδη εργάζονται σε μονάδες νεφρού και αναμέναμε να υπάρχει μια ξεκάθαρη εικόνα και μια συγκεκριμένη στάση για την δωρεά οργάνων, οι απαντήσεις και η στάση τους ήταν απρόσμενες κυρίως σε ότι αφορά την δωρεά οργάνων και την συναίνεση σε συγγενικό τους πρόσωπο.



## 6. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

**Οι προτάσεις μας είναι οι ακόλουθες:**

- Μεγαλύτερη ενημέρωση για τους όρους: δωρεά οργάνων, εγκεφαλικός θάνατος. Καθώς επίσης πότε συμβαίνει, τις προϋποθέσεις για να διαταχτούν αλλά και την προσφορά της δωρεάς οργάνων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την διοργάνωση περισσότερων ημερίδων και σεμιναρίων με θέματα μεταμόσχευσης νεφρού και δωρεάς οργάνων για την καλύτερη ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού και την διάδοση της δωρεάς οργάνων.
- Καθώς έπεισες, τι είναι μεταμόσχευση, πότε συμβαίνει, κριτήρια του λήπτη, τι θα του προσφέρει η μεταμόσχευση δηλ. κατά πόσο θα αλλάξει η ποιότητα ζωής του και η ψυχολογία του..
- Για το πότε γίνεται κάποιος δωρητής οργάνων μετά θάνατον, ποια είναι βασικά κριτήρια του δότη.
- Ενημέρωση για το ποια είναι η νομοθεσία στην Ελλάδα, και την κάλυψη που προσφέρει να ωθήσουν όλο και περισσότερους πολίτες να γίνουν δωρητές οργάνων μετά θάνατον.
- Ενημέρωση για την κάρτα δωρητή οργάνων, από πού μπορούν να την προμηθευτούν, τι ακριβώς είναι και ποια η προσφορά της.
- Τέλος, προτείνουμε να υπάρχει πλήρη ενημέρωση και μάθηση των μελλοντικών νοσηλευτών, όσων αφορά την μεταμόσχευση και δωρεά οργάνων

## 7. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Θεωρείται ότι γνωρίζεται τι είναι δωρεά οργάνων;
    - Ναι
    - Όχι
  
  2. Ποιες είναι οι πηγές σας για τις γνώσεις σας στην δωρεά οργάνων ;
    - Επιστημονικά βιβλία
    - Ενημερωτικά φυλλάδια
    - Επιστημονικές (ημερίδες – σεμινάρια)
    - Internet
  
  3. Θα θέλατε να γίνεται δωρητής οργάνων;
    - Ναι
    - Όχι
    - Δεν απαντώ
  
  4. Γνωρίζεται τη νομοθετική ρύθμιση στην χώρα μας, για την προστασία της δωρεάς οργάνων προς αποφυγή εκμετάλλευσης της:
    - Πάρα πολύ;
    - Πολύ
    - Μέτρια
    - Λίγο
    - Καθόλου
  
  5. Θεωρείται επαρκείς τις νομοθετικές ρυθμίσεις στη χώρα μας, για την προστασία της δωρεάς οργάνων;
    - Πάρα πολύ
    - Πολύ
    - Μέτρια
    - Λίγο
    - Καθόλου
  
  6. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το βασικό κριτήριο για να γίνει κάποιος δωρητής οργάνων μετά θάνατο;
-

7. Θεωρείται ότι γνωρίζεται τι είναι 'εγκεφαλικός θάνατος';
- Ναι
  - Όχι
8. Θα συναινούσατε ποτέ στην δωρεά οργάνων συγγενικού σας προσώπου 'εγκεφαλικά νεκρού';
- Ναι
  - Όχι
  - Δεν απαντώ
9. Πιστεύεται ότι η συναίνεση των συγγενών για την αφαίρεση οργάνων από 'εγκεφαλικά νεκρό' δότη, αποτελεί φόνο;
- Ναι
  - Όχι
  - Δεν απαντώ
10. Συμφωνείτε με την άποψη πως η αφαίρεση οργάνων προς δωρεά, αποτελεί περισσότερο παράταση ζωής για τον λήπτη, παρά παρεμπόδιση θανάτου για τον δότη;
- Πάρα πολύ
  - Πολύ
  - Μέτρια
  - Λίγο
  - Καθόλου
11. Θεωρείται πως εάν δεν πραγματοποιηθεί η μεταμόσχευση στον λήπτη, του υποδεικνύουμε τον θάνατο;
- Ναι
  - Όχι
  - Δεν απαντώ
12. Είναι η ανάγκη για μόσχευμα θέμα ζωής για τον λήπτη;
- Πάρα πολύ
  - Πολύ
  - Μέτρια
  - Λίγο
  - Καθόλου

13. Τι θεωρείται ότι σας επηρέασε περισσότερο για τη στάση και τις απόψεις σας απέναντι στην δωρεά οργάνων;

- Επαγγελματικοί εμπειρία
- Θρησκευτικές απόψεις
- Οικογενειακό – φιλικό περιβάλλον
- Άλλο

14. Θεωρείται αναγκαία την πλήρη ενημέρωση και μάθηση των νοσηλευτών, όσων αφορά την μεταμόσχευση και δωρεά οργάνων;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Στεφανόπουλος,  
[http://stefanogiannis.blogspot.com/2008\\_11\\_01\\_archine.html](http://stefanogiannis.blogspot.com/2008_11_01_archine.html), (7/5/09)
2. Pearce E., Ανατομία και Φυσιολογία για Νοσηλευτές, Πέργαμος, Αθήνα 1999, σ.345-356
3. Μπαρμπαλιάς Γ., Ουρολογία, Τυπόραμα, 2<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα 2004, σ.616-619
4. Τσακοακλίδη Β., Βασική Ανατομική, Βήτα, 4<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα 1999, σ.194-198
5. Egram B., Νοσηλευτική φροντίδα στη παθολογία και χειρουργική, Ελλην, Αθήνα 2002, σ.124-141
6. Αθανάτου Κ., Παθολογική και χειρουργική – κλινική νοσηλευτική, Βήτα, 6<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα 2000,
7. Βαγγελολογιάννης, [http://bagelogiannis.blog.com/2007\\_01\\_11\\_archive.html](http://bagelogiannis.blog.com/2007_01_11_archive.html), (7/5/09)
8. Hakim , [http://introduction.to.organ\\_trasplantation.com/x=5103.17=94](http://introduction.to.organ_trasplantation.com/x=5103.17=94) , (7/5/09)
9. Βολέμης ,  
[http://www.nefrology.uoi.gr/sundrio/metovo\\_site/9\\_10\\_2004/16\\_bolemis\\_pps](http://www.nefrology.uoi.gr/sundrio/metovo_site/9_10_2004/16_bolemis_pps), (19/7/09)
10. Lampadarios,  
[http://www.anaesthesiology.gr/pages/aducation/mn2008\\_02\\_lampadariou\\_pps](http://www.anaesthesiology.gr/pages/aducation/mn2008_02_lampadariou_pps) , (18/7/09)
11. Miller , Arnold, <http://www.pds.org/wgbh/aso/databank/entries/dmski.html> , (7/7/09)
12. Τακούδας, [www.medlook.net/article.asp?item\\_id=709](http://www.medlook.net/article.asp?item_id=709) - , (7/6/09)
13. Λαγουράνη,  
<http://users.forthnet.gr/her/gtroullakis/nephron/XNA/transplantation.htm>, (7/7/09)

- 14.<http://www.papaki.panteion.gr> (7/6/09)
- 15.Δρακόπουλος Σ., Δεοντολογία των μεταμοσχεύσεων, Κόσμος, Αθήνα 2001, σ.5
- 16.Englert Y., Όργανα και ιστοί στην ευρωπαϊκή ένωση, Παρισινού, 1<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα 1995
- 17.Παπαδοπούλου Α., Αναγνωστοπούλου Α., Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός, Επίτομος, Παρισιανού, Αθήνα 2003, σ.58
- 18.Merion, [http://www.helfhopedia.com/kindney\\_transplant/prepare.html](http://www.helfhopedia.com/kindney_transplant/prepare.html), (18/5/09)
- 19.Malowka, <http://www.tris.ypms/kidney.html>, (18/5/09)
- 20.Ελληνική Νεφρολογική Εταιρία, <http://www.ene.gr>, (18/5/09)
- 21.Γιαννόπουλου Α., Διλήμματα και προβληματισμοί στην σύγχρονη νοσηλευτική, Ή ταβίθα', 6<sup>η</sup> έκδοση, Αθηνά 2005, σ.208-220
- 22.Παπαδημητρίου Ι., Ηθικά και Δεοντολογικά Προβλήματα των μεταμοσχεύσεων, ιατρικό βήμα, Αθήνα 1989, σ.60-61
- 23.Μακαριότατος Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και Πάσης Ελλάδος κ.κ. Χριστόδουλος, [http://www.ipatron.gr/news2/synod\\_transplant010307.html](http://www.ipatron.gr/news2/synod_transplant010307.html), (22/5/09)
24. Εθνικός Οργανισμός μεταμοσχεύσεων, [http://www.eom.gr/article\\_detail.asp?e\\_cat\\_id=4&e\\_article\\_id=18](http://www.eom.gr/article_detail.asp?e_cat_id=4&e_article_id=18), (20/5/09)
25. Μπούτζουκα Ε., [www.icutopics.com/docs/StudentsLectures2008-2009/Iculessons/3rdICULessonBoutzouka101008/BrainDeath101008.ppt](http://www.icutopics.com/docs/StudentsLectures2008-2009/Iculessons/3rdICULessonBoutzouka101008/BrainDeath101008.ppt), (20/5/09)
- 26.Μαντζουνέας Ε., Οι μεταμοσχεύσεις στην ελληνική ορθόδοξη εκκλησία, Ήβητα', Αθήνα, 1985
- 27.Κοινωνικής Οργάνωσης «Αγάπη», [www.travel-carhire.com/el/online/hair-loss/48360.php](http://www.travel-carhire.com/el/online/hair-loss/48360.php), (20/6/09)

28. Λαγουράνη, <http://www.emagazino.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=877>, (20/6/09)
29. Γερογιάννης, <http://www.dialysis-living.gr>, (20/6/09)
30. <http://nemertes.lis.upatras.gr/dspace/handle/123456789/511>, (20/7/09)
31. Πεφάνης,  
[http://www.transplantation.gr/article\\_patients.asp?patient\\_id=&medicine\\_id=6&category\\_id=15&article\\_id=200](http://www.transplantation.gr/article_patients.asp?patient_id=&medicine_id=6&category_id=15&article_id=200), (20/6/09)
32. Πανελλήνιος Σύλλογος Μεταμοσχευμένων Νεφρού,  
<http://www.psnrenal.gr,7/11/08> (20/6/09)
33. Κωστάκης Α., Μεταμόσχευση ιστών και οργάνων δώρο ζωής, Επίτομος, Παρισιανού, Αθηνά 2004, σ.165-167
34. Μπουζούκα, <http://europa.eu/scadplus/leg/el/cha/c11578.htm>, (2/7/09)
35. <http://www.cyna.org/14th/articles/011.pdf> (2/7/09)
36. <http://www.seamylinis.gr/htmls/organa.htm>, (2/7/09)
37. <http://www.24sports.com.cy/easyconsole.cfm/id/15220> (5/7/09)
38. Παπασάββας Α., Η διασταύρωση λεμφοκυττάρων ως αναγκαία προϋπόθεση της μεταμόσχευσης, Πρακτικά 21<sup>ου</sup> ετήσιου πανελληνίου νοσηλευτικού συνεδρίου 'βελτίωση ποιότητας νοσηλευτικής πράξης', Αθήνα 17-19 Μαΐου, σ.343-347.
39. [http://www.enet.gr/online/online\\_text/c=111dt=13.12.2003.id=33240660](http://www.enet.gr/online/online_text/c=111dt=13.12.2003.id=33240660)  
(25/6/09)
40. [http://www.netrino.gr/rebated/blog-post.ph?bp\\_id=984](http://www.netrino.gr/rebated/blog-post.ph?bp_id=984), (25/6/09)
41. <http://www.inoyt.gr/archive/intdex.php/t-23526.html>, (25/6/09)
42. <http://www.cyna.org/14th/articles/011.pdf>, (25/6/09)
43. United Network for Organ Sharing. Current US waiting list. UNOS, 2006  
Αναγνώστηκε στο: [www.unos.org.com](http://www.unos.org.com) (27/6/09)
44. United Network for Organ Sharing. Kidney Kaplan- Meier median waiting times for registration listed: 1999-2004 UNOS.2006  
Αναγνώστηκε στο: [www.unos.org.com](http://www.unos.org.com) (27/6/09)

45. United States Renal Data System. USRDS 2005 Report: transplantation. Am J Dis 2006 κεφ.1<sup>ο</sup> σ. 145-150
46. Casingal V, Glumac C, Tan M., et al. Death on the kidney waiting list- good candidates or not, Am J Transplant 2006, κεφ. 6<sup>ο</sup> σ.235-236
47. Kasiske BL, Cangro CB, Hariharan S, et al. American Society of Transplantation, the evaluation of renal transplantation candidates: clinical practice guidelines, Am J Transplant 2001, κεφ. 2<sup>ο</sup> σ.3-15
48. Wolfe RA, Ashidy VB, Milford EL, et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaver transplant, N Engl J Med 2005, κεφ. 8<sup>ο</sup> σ.725-730
49. Port FK., Wolfe RA., Mauger EA., et al. Comparison of survival probabilities for dialysis patients vs. cadaver renal transplant recipient, JAMA 2004, σ.270
50. Meier-Kriesche HU, Ojo AO, Port FK, et al. Survival improvement among patients with end-stage renal disease: trends over time for transplant recipients and wait-listed patients, J Am Soc Nephrol 2003, κεφ.11<sup>ο</sup> σ. 1377-1380
51. Meier-Kriesche HU, Kaplan B, Waiting time on dialysis as the strongest modifiable risk factor for renal transplant outcomes: a paired kidney analysis, 2005,
52. Kasiske BL, Snyder J, Matas AJ, et al. Preemptive kidney transplantation: the advantage and the advantaged, J Am Soc Nephrol, 2002 κεφ. 13 σ. 1358-1364
53. Ishani A, Idrahim HN, Gilderstson D, et al. the impact of residual renal function on graft and patient survival rates in recipients of preemptive renal transplants, Am J Kidney Dis 2003, κεφ.42 σ 1275-1282
54. EBPG (European Expert Group on Renal Transplantation), European Renal Association (ERA-EDTA). Nephrol Dial Transplant,2005



55. United States Renal Data System. The USRDS 2002 annual data report. Bethesda, MD, NATIONAL Institute of Digestive and Kidney Diseases, 2001
56. Locatelli F., Del Vecchio L., Manzoni C., Morbidity and mortality on maintenance haemodialysis, *Neph on* 1999, σ380-386
57. United States Renal Data System, The USRDS annual data report. National institute of diabetes and digestive and kidney diseases, 2001
58. Kramer BK., Zulke G., Kammerl MC., et al, Comparing calcineurin inhibitors in renal transplantation. *Am J Transplant* 2003, κεφ.3 σελ.982-987
59. Pilmore H., Cardiac assessment for renal transplantation, *Am J Transplant*, 2006, κεφ. 3<sup>ο</sup> σ. 982987
60. Rabbat CG, Treleaven DJ, Russell JD., et al. Prognostic value of myocardial perfusion studies in patient with end-stage renal disease for kidney or kidney-pancreas transplantation, *J Am Soc Nephrol*, 2004, σ. 431-439
61. Le A., Wilson R., Duek K., et al, Prospective risk stratification in renal transplant candidates for cardiac death, *Am J kid Dis*, 1999, σ. 65-71
62. Parfrey PS., Harner JD., Barre PE., The natural history of myocardial disease in dialysis patients, *J Am Soc Nephrol* 1999, κεφ 2<sup>ο</sup> σ. 22-29
63. Lamina C., Morner CK., Neyer U., et al, Carotid plaques and their predictive value for cardiovascular and all-cause mortality in hemodialysis patients considering renal transplantation: A decade follow-up. *Am J Kid Dis*, 2006 κεφ47<sup>ο</sup> σ. 888-897
64. Huston J., Torrer VE., Sullivan PP., et al, Value of magnetic resonance angiography for the detection of intracranial aneurysms in autosomal dominant polycystic kidney disease, *J Am Nephrol*, 1999, κεφ 3 σ. 1871-1877
65. Jassal SV, Baseline comorbidity in kidney transplant, [www.transplantation.kidney.com](http://www.transplantation.kidney.com), (30/5/09)

66. Wedd SV., Franks PJ., Reavalay DA., et al, Prevalence of intermittent elucidation and risk factor its development in patients on renal replacement therapy, Eur J Vase Surg, 1999, κερ 6 σ. 532-527
67. Brekke IB., Lien B., Sodal G., Aortoiliac reconstruction in preparation for renal transplantation, Transplant Int 2007, κερ 7 σ.161-163
68. Kasiske BL., The evaluation of renal transplant candidates, [www.clinical\\_practice\\_guidelines.com](http://www.clinical_practice_guidelines.com) ,(5/6/09)
69. Penn I., The effect of immunosuppressant on pre-existing cancers, [www.transplantation\\_cancers.com](http://www.transplantation_cancers.com) (5/6/09)
70. Fishmans Ja., Hepatitis C virus and organ transplantation. [www.hepatitisorgan\\_transplantation.com](http://www.hepatitisorgan_transplantation.com) (5/6/09)
71. Miller ET., Tokats JJ., National surveillance of dialysis associated diseases in the United States, 2006, Semen Dial 2005 σ. 52-58
72. Natov SV., Lau JY., Bouthot Ba., et al, Serologic and virologic profiles of hepatitis C infection in renal transplant candidates, New England Organ Bank Hepatitis C Study group, Am J Kid Dis 1998, σ.929-934
73. Morales JK., Transplantation in the patient with hepatitis C, [www.jam\\_soe\\_nephrol2000.com](http://www.jam_soe_nephrol2000.com) , (6/6/09)
74. Knoll GA., The impacts old renal transplantation on survival in hepatitis C, [www.potsitiveendstage\\_renaldiseasepatients.com](http://www.potsitiveendstage_renaldiseasepatients.com) , (6/6/09)
75. Pereira BJ., Renal transplantation on survival in end-stage renal disease, [www.kidney\\_int.com](http://www.kidney_int.com) , (6/6/09)
76. Goffin E., [www.nephrol\\_dial\\_transplant\\_partients.com](http://www.nephrol_dial_transplant_partients.com) , (7/6/09)
77. Harnett JD., Zeldis JB., Patrey P|S., et al, Transplant patients, 2004, σ. 369-370
78. Svan JU., [www.natural\\_history\\_transpation.com](http://www.natural_history_transpation.com) , (7/6/09)
79. Swanson SJ., HIV and transplantation, [www.unatid\\_states\\_renal\\_data\\_system\\_hiv.com](http://www.unatid_states_renal_data_system_hiv.com) , (15/6/09)

- 80.Kuman MS., Safety and success of kidney transplantation in HIV, [www.concomitant-immunosuppression-positivepatients.com](http://www.concomitant-immunosuppression-positivepatients.com) .(15/6/09)
- 81.Infection Disease Committee of the American Society of Transplantation in the HIV-infected patient. [www.idcast-hiv.com](http://www.idcast-hiv.com) , (20/6/09)
- 82.Kaplan B., The impact of body mass index on renal transplant outcomes, transplantation, 2003, κερ 14 σ.178-185
- 83.Draft HH., The impact of pre-transplant obesity on renal transplant outcomes, [www.clin-bobymass-transplant.com](http://www.clin-bobymass-transplant.com) , (27/6/09)
- 84.Marks WH., Florence LS., Morbid obesity is not a contraindication to kidney transplantation, Am J Surg, 2004, σ. 635-638
- 85.Pelleties SJ., Survival benefit of kidney and liver transplantation for obese patients on the waiting list, [www.clin-transpl.com](http://www.clin-transpl.com) , (3/7/09)
- 86.Matzger RA., Expanded criteria donors for kidney transplantation, [www.am-jtransplant-matzgerra.com](http://www.am-jtransplant-matzgerra.com) , (3/7/09)
- 87.Smits JM., Persijn GG., Van Houwelingen HC., et al , Evaluation of the Euro transplant Senior Program, [www.eesp.com](http://www.eesp.com) , (3/7/09)
- 88.Hariharas S., Recurrent and de novo disease after renal transplantation, Semin Dial, 2000, κερ 13 σ. 195-209
- 89.Briganti EM., Russ GR., Meneil JJ., et al, risk of renal allograft loss from recurrent glomerulonephritis, NEngl Med, 2007, κερ 2 σ. 103-104
- 90.Seandling JD., Kidney Transplant Candidate Evaluation, [www.ktce-senindial.com](http://www.ktce-senindial.com) , (4/7/09)
- 91.Goldfard-Rumyantzev SA, Koford JK., Braind BC., et al, Role of socioeconomic status in kidney transplant outcomes, J Am Soc Nephrol, 2006, κερ 1 σ. 313-322
- 92.Micael HG., <http://www.users.forthnet.gr/her/gtroullakis/nephron.com> , (17/8/09)

Γίνε δωρητής οργάνων....

*Για να γίνει  
η επαύριον της ζωής  
.... πάλι ζωή*

Οδ. Ελύτης