



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΣΤΑΣΗ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΒΟΥΔΟΥΡΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΖΚΕΡΗ ΑΣΠΑΣΙΑ

ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΚΑΚΑΒΕΛΑΚΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2005

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	Σελ.5-6
<u>ΜΕΡΟΣ Α' - ΓΕΝΙΚΟ</u>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	Σελ.8-9
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	Σελ.11-22
ΑΝΟΣΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ	
2.1. ΙΣΤΟΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ	
2.2. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	Σελ.24-36
Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ	
3.1. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ	
3.2. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ	
3.3. ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	Σελ.38-52
ΕΙΔΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	Σελ.54-62
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
5.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
5.1.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ, ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	
5.1.2. ΦΥΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	
5.1.3. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ	

5.1.4. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

5.2. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

5.3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Σελ.64-65

ΗΘΙΚΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Σελ.67-68

Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΗΣ ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ

ΜΕΡΟΣ Β΄ - ΕΙΔΙΚΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σελ.70

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ

Σελ.71-72

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

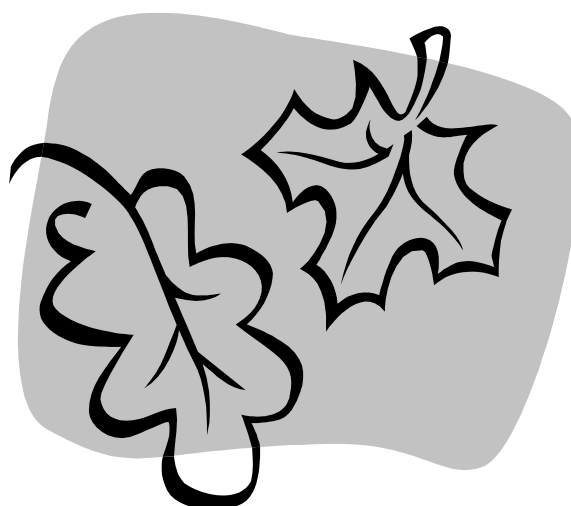
Σελ.73-85

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σελ.87-88

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Σελ.89-90



ΜΕΡΟΣ Α' - ΓΕΝΙΚΟ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα στο χώρο της ιατρικής του 20^{ου} αιώνα αποτελούν και οι μεταμοσχεύσεις. Η επινόηση και η εφαρμογή των μεταμοσχεύσεων έσωσε και εξακολουθεί να σώζει τη ζωή χιλιάδων ανθρώπων ανά τον κόσμο, διότι χάρη σε αυτές, δόθηκε η δυνατότητα αντικατάστασης ζωτικών οργάνων για τον άνθρωπο, όπως η καρδιά και οι νεφροί στο τελικό στάδιο της νόσου, από άλλα υγιή, με αποτέλεσμα την αποκατάσταση των λειτουργιών που είχαν χαθεί ή υποκατασταθεί με μηχανική βοήθεια.

Μεταμόσχευση, σημαίνει εμφύτευση ενός ιστού ή οργάνου, που καλείται μόσχευμα και που αναλαμβάνει τη λειτουργία του αντίστοιχου ανεπαρκούντος οργάνου. Αυτό γίνεται με ή χωρίς αφαίρεση του νοσούντος οργάνου. Σύμφωνα με τη χειρουργική επιστήμη, μεταμόσχευση θεωρείται η επιτυχής επαναγγείωση οργάνου ή ιστών. Με άλλα λόγια δηλαδή, σημαίνει επιτυχής επανασυρραφή αγγείων. Βασική διαδικασία όμως, που προηγείται για να πραγματοποιηθεί μία μεταμόσχευση είναι η δωρεά οργάνων.

Είναι γεγονός ότι η δωρεά οργάνων έχει αποτελέσει σημείο τριβής, συζητήσεων και διαφωνιών εδώ και πολλά χρόνια. Πολλά ερωτήματα παραμένουν εστία προβληματισμού : ποια όργανα μεταμοσχεύονται; έχει κάποιος το δικαίωμα να δωρίζει τα όργανά του – είναι ηθικό να γίνει δότης εν ζωή ή μετά θάνατον; Ο εγκεφαλικός θάνατος ταυτίζεται με τον οριστικό θάνατο του ανθρώπου; Τα ισχύοντα κριτήρια του εγκεφαλικού θανάτου είναι ορθά και κυρίως, εφαρμόζονται στην κλινική πράξη; Είναι πάντοτε ανιδιοτελής – ως θα έπρεπε – η δωρεά οργάνων ή αποτελεί πεδίο αγοραπωλησίας;

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής είναι η απάντηση των παραπάνω ερωτημάτων, υπό το πρίσμα ηθικών, ιατρικών και κοινωνιολογικών παραμέτρων που τα χαρακτηρίζουν. Θα επιχειρηθεί να παρουσιαστούν τα δεδομένα από την εκτενή ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ούτως ώστε να τεκμηριωθεί κάθε απάντηση.

Η εργασία αυτή στοχεύει, επίσης, να εκτιμήσει το επίπεδο ενημέρωσης των σπουδαστών επαγγελματιών υγείας – των αυριανών «διαχειριστών» του ζητήματος και να αποτυπώσει τη συνολική στάση τους, προτείνοντας παράλληλα μέτρα για βελτιστοποίηση. Το αυξημένο επίπεδο ενημέρωσης και ευαισθητοποίηση των ατόμων αποτελούν εχέγγυα για την αισιόδοξη και γόνιμη προοπτικής της διαδικασίας δωρεάς

οργάνων. Σε επίπεδο καθαρά κλινικό, θα γίνει παρουσίαση της προεγχειρητικής, διεγχειρητικής και μετεγχειρητικής παρέμβασης του νοσηλευτικού προσωπικού σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε μεταμόσχευση.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους οι οποίοι συνέβαλλαν στην πραγματοποίηση της πτυχιακή μας εργασίας. Ξεκινώντας μ' ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους φοιτητές που δέχτηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια μας, και μας στήριξαν ηθικά.

Ένα ακόμη ευχαριστώ στον επιβλέποντα καθηγητή κ. Κακαβελάκη Κυριάκο που χωρίς την πολύτιμη βοήθεια του δε θα ήταν δυνατή να βγει εις πέρας η παρούσα πτυχιακή!



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Οι πρώτες προσπάθειες για μεταμόσχευση πραγματοποιήθηκαν κατά την Αναγέννηση από γιατρούς της εποχής, όπως ο Branca, ο οποίος επιχείρησε για πρώτη φορά μεταμόσχευση δέρματος από ένα άτομο σε άλλο, αλλά απέτυχε για άγνωστους λόγους, οι Άγιοι Κοσμάς και Δαμιανός, οι οποίοι επιχείρησαν μεταμόσχευση του κάτω άκρου θανάτοντος Μαυριτανού σε πιστό, αλλά το γεγονός αυτό θεωρήθηκε περισσότερο ως θαύμα παρά ως ιατρική πράξη και ο Tagliacozzi, ο οποίος καθιέρωσε τα δερματικά μισχωτά μοσχεύματα με προοπτική να πετύχει τη συμπλήρωση ελλειμμάτων ή δυσμορφιών στο ανθρώπινο σώμα. Κατά τον 19^ο αιώνα επιτυγχάνεται το πρώτο λειτουργικό αυτομόσχευμα από νευρικό ιστό (Albert), η μεταμόσχευση θυρεοειδούς σε πειραματικό στάδιο (Cocher) και η πρώτη μεταμόσχευση κερατοειδούς χιτώνα (Von Hippel).

Η πρώτη μεταμόσχευση από πτωματικό μόσχευμα έγινε το 1937 και το 1945 ιδρύεται η πρώτη τράπεζα οφθαλμών. Οι πρώτες πειραματικές προσπάθειες για μεταμόσχευση μυελού των οστών γίνονται το 1940-1950. Η μεταμόσχευση ήπατος ξεκίνησε το 1950. Η πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση σε άνθρωπο έγινε το 1968 από τον Calne. Η πρώτη μεταμόσχευση παγκρέατος έγινε το 1967. Μείζονος σημασίας αποτελεί η προσπάθεια για μεταμόσχευση νησιδίων του παγκρέατος, που ξεκίνησε το 1970 καθώς και η πρώτη κλινική μεταμόσχευση πνεύμονα έγινε το 1963. Σήμερα είναι αρκετά διαδεδομένη η διπλή μεταμόσχευση καρδιάς-πνευμόνων.

Επίσης, είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς από άνθρωπο σε άνθρωπο που έγινε το 1967 στη Νότια Αφρική από τον Christian Barnard οπότε και ο μεταμοσχευμένος έζησε για 18 ημέρες και πέθανε από πνευμονία. Το 1968 η δεύτερη μεταμόσχευση από τον ίδιο είχε ως αποτέλεσμα ο ασθενής να ζήσει για 18 μήνες. Σήμερα η μεταμόσχευση καρδιάς παρ' όλα τα ιατροκοινωνικά προβλήματα που δημιουργήσε αποτελεί πια μια αποδεκτή θεραπευτική μέθοδο.

Ακόμη, η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί το πιο διαδεδομένο είδος μεταμόσχευσης και η ιστορία της ξεκινά το 1902 από τον Ullman. Το 1953 ανακοινώνονται τα αποτελέσματα επιτυχούς μεταμόσχευσης νεφρού με καλή νεφρική λειτουργία. Το 1954 στη Βοστώνη έγινε η πρώτη προσπάθεια μεταμόσχευσης νεφρού

μεταξύ μονοωογενών διδύμων αδερφών από τον J.Murray. Το 1990 οι μεταμοσχεύσεις έλαβαν ιδιαίτερη αναγνώριση με την απονομή του βραβείου Nobel στους J.Marey και E.Thomas για τη συνεισφορά τους στη μεταμόσχευση μυελού των οστών.

Συμπερασματικά, τα όργανα τα οποία μπορούν να μεταμοσχευτούν είναι οι νεφροί, η καρδιά, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και τμήμα του λεπτού εντέρου. Ενώ, 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 μεταμοσχεύσεις οργάνων είναι επίτευγμα του 20^{ου} αιώνα. Ήδη από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, είχε γίνει σαφές ότι την επιβίωση του μοσχεύματος επηρέαζαν άγνωστοι παράγοντες, που η διερεύνησή τους απαιτούσε τη συνεργασία περισσότερων ειδικών επιστημόνων εκτός από το χειρουργό ιατρό.



Εικόνα 1. Η πρώτη επιτυχής κλινική μεταμόσχευση νεφρού στον κόσμο, το 1954, από την ομάδα της Βοστώνης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΟΣΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

2.1 Ιστοσυμβατότητα.

Ως σύστημα ιστοσυμβατότητας θεωρούνται 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 απλοτύπου από κάθε γονέα.

Στον άνθρωπο κάθε βραχύ σκέλος του χρωμοσώματος 6 περιέχει γονίδια που καθορίζουν την ύπαρξη μιας ομάδας γλυκοπρωτεϊνών, γνωστών ως αντιγόνων των λευκοκυττάρων του ανθρώπου. Αυτή η περιοχή του χρωμοσώματος 6, που ονομάζεται και μείζον σύστημα ιστοσυμβατότητας, παίζει σπουδαίο ρόλο στην απόρριψη των μοσχευμάτων. Μέχρι σήμερα είναι γνωστές τέσσερις ομάδες αντιγόνων, που ονομάζονται HLA-A, B, C και D(DR). Το σύμπλεγμα HLA είναι πολύμορφο, με τουλάχιστον 15 διαφορετικά αντιγόνα στη θέση A, πάνω από 30 στη B, 6 στη C και 11 στη DR. Τα αντιγόνα αυτά κληρονομούνται με τους νόμους του Mendel, κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα, έτσι που κάθε άτομο να έχει δύο αντιγόνα σε κάθε θέση, ένα από τον κάθε γονέα.

Αρχικά είχε θεωρηθεί ότι όσο περισσότερα αντιγόνα έχουν κοινά ο δότης και ο λήπτης, τόσο καλύτερο αποβαίνει και το αποτέλεσμα της μεταμόσχευσης. Αργότερα όμως, διαπιστώθηκε στην πράξη ότι μεγαλύτερη σημασία έχουν τα αντιγόνα της θέσης D, που καθορίζουν και την ένταση της κυτταρικής ανοσίας. Τέτοια αντιγόνα μπορούν να ελεγχθούν καλύτερα με τη **μικτή καλλιέργεια λεμφοκυττάρων**. Όσο εντονότερη είναι η αντίδραση στις καλλιέργειες, τόσο εντονότερη είναι και η αντίδραση της απόρριψης. Έλεγχος των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας της θέσης D μπορεί να γίνει μόνο σε ζώντες δότες, γιατί χρειάζονται 3-5 ημέρες μέχρι να ολοκληρωθούν τα αποτελέσματα της καλλιέργειας. Στον πτωματικό νεφρό, π.χ., τέτοιος χρόνος δε δίνεται. Αυτός είναι και ο λόγος που τα αποτελέσματα από ζώντες δότες είναι καλύτερα σε σχέση με τους πτωματικούς.

Ο όρος *διασταύρωση για ιστικά αντιγόνα* σημαίνει έλεγχο των αντιγόνων ενός ατόμου που καθορίζονται από το μείζον σύστημα ιστοσυμβατότητας. Τα αντιγόνα HLA-A και HLA-B και ορισμένα C βρίσκονται στους περισσότερους ιστούς του σώματος, εκτός από τα ερυθρά αιμοσφαίρια, καθώς και στα T-

λεμφοκύτταρα σε μεγάλη πυκνότητα. Τα αντιγόνα HLA-D βρίσκονται πυκνότερα στα Β-λεμφοκύτταρα, στα μακροφάγα, στα μονοκύτταρα, στα σπερματοζωάρια και στα ενδοθηλιακά κύτταρα. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται πιο συχνά για τον έλεγχο αυτών των αντιγόνων απαιτεί τη χρησιμοποίηση συμπληρώματος και ονομάζεται *κυτταροτοξικότητα εξαρτώμενη από το συμπλήρωμα (CDC)*.

ΑΝΤΙΓΟΝΟ-ορισμός και δράση.

Αντιγόνο είναι μια ουσία ενδογενής ή εξωγενής, η οποία αναγνωρίζεται από το ανοσοποιητικό σύστημα σαν ξένη. Αντιγονικά στοιχεία μπορούν να εισέλθουν στον οργανισμό διαμέσου όλων των οδών (ενδοδερμικά, ενδομυϊκά, ενδοφλέβια, υποδόρια και από το στόμα). Η από το στόμα χορήγηση μειώνει σημαντικά την αντιγονικότητα ενός στοιχείου, εξαιτίας των πεπτικών ενζύμων και του υδροχλωρικού οξέος του στομάχου. Η οδός χορήγησης του αντιγόνου και η δόση επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το μέγεθος και την ένταση της ανοσοαντίδρασης. Μετά την είσοδο του αντιγόνου στον οργανισμό αρχίζει να εκτελείται η διεργασία προώθησης του, η οποία περιλαμβάνει τρεις φάσεις:

- Σύλληψη του αντιγόνου από τα μακροφάγα κύτταρα μέσα στα λεμφαγγεία ή στη συστηματική κυκλοφορία.
- Μεταφορά και παρουσίαση του αντιγόνου στα λεμφοκύτταρα που κυκλοφορούν με φαγοκύτωση.
- Μετακίνηση και μετανάστευση των λεμφοκυττάρων, που έχουν διεγερθεί, στα κεντρικά λεμφοειδή όργανα, στα οποία πολλαπλασιάζονται, διαφοροποιούνται και μετατρέπονται σε ειδικά κύτταρα αντίδρασης με το αντιγόνο που προκάλεσε τη διέγερση.

Η προώθηση αυτή του αντιγόνου εξαρτάται από την κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος. Αν ο οργανισμός έχει ευαισθητοποιηθεί στο παρελθόν στο ίδιο αντιγόνο, η προώθηση του αντιγόνου γίνεται με άλλο τρόπο.

Κάθε μεταμόσχευση προκαλεί την ανοσοαντίδραση του λήπτη, η οποία έχει τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά:

- 1) Είναι απόλυτα εξειδικευμένη για τα αντιγόνα του μοσχεύματος.

2) Παρουσιάζει μεγάλη πολυμορφία στα κύτταρα που συμμετέχουν.

3) Απαιτεί τη συμμετοχή ολόκληρου του λεμφοποιητικού συστήματος.

4) Επαναλαμβάνεται ακριβώς η ίδια και μάλιστα σε εντονότερο βαθμό, αν προκληθεί και πάλι από τα ίδια αντιγόνα που την προκάλεσαν αρχικά.

Το ανοσοβιολογικό σύστημα έχει την ικανότητα να αντιδρά εκλεκτικά στα ξένα αντιγονικά στοιχεία που προκάλεσαν την αντίδραση και μάλιστα με γενετικά προκαθορισμένες σειρές κυττάρων του λεμφοποιητικού ιστού. Ο λεμφαδενικός ιστός, δηλαδή τα λεμφοζύδια του γαστρεντερικού συστήματος, ο σπλήνας, ο θύμος αδένας και τα έμμορφα στοιχεία του αίματος της λεμφοποιητικής σειράς, πρέπει να βρίσκονται σε απόλυτα φυσιολογική λειτουργία, πράγμα που σημαίνει ότι η φυσιολογική εξέλιξη της ανοσοαντίδρασης απαιτεί και προϋποθέτει πλήρη ανάπτυξη, καθώς και ανατομική και λειτουργική ακεραιότητα του λεμφοποιητικού ιστού.

Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της ανοσοαντίδρασης είναι το γεγονός ότι αν εκδηλωθεί μια φορά διατηρείται στη «μνήμη» του οργανισμού για την υπόλοιπη ζωή του, όπως ακριβώς ένα πρόγραμμα σε κομπιούτερ. Στην ιδιότητα αυτής της μνήμης στηρίζεται και το φαινόμενο της εντονότερης αντίδρασης του ανοσοποιητικού συστήματος, σε περίπτωση επανάληψης του αντιγονικού ερεθισμού, που ονομάζεται «δευτερογενής ανοσοαντίδραση».

Η ανοσοαντίδραση των μεταμοσχεύσεων αποτελεί τυπική ανοσοβιολογική αντίδραση του λήπτη στα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας, που μεταφέρονται με το μόσχευμα και χωρίζεται σε τρεις φάσεις:

Προϊούσα φάση ή φάση της αναγνώρισης (του ξένου αντιγόνου). Τα αντιγόνα του μοσχεύματος μπαίνουν στην κυκλοφορία του λήπτη και κινητοποιούν τα κατάλληλα λεμφοκύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος του δότη. Στην περίπτωση δερματικών μοσχευμάτων τα αντιγόνα εισέρχονται μέσω των λεμφαγγείων, ενώ στην περίπτωση μοσχευμάτων με αγγειακό μίσχο, η είσοδος τους γίνεται μέσω της αιματικής κυκλοφορίας. Από τους ίδιους δρόμους θα κυκλοφορήσουν στο μόσχευμα και τα αντιγόνα του λήπτη και μάλιστα σε πολύ μεγαλύτερα ποσά. Μετά την αποκατάσταση της κυκλοφορίας στο μόσχευμα, μακροφάγα κύτταρα αρχίζουν τη λειτουργία της φαγοκύτωσης των αντιγόνων του μοσχεύματος και ενεργοποιούν το φαινόμενο της ανοσοαντίδρασης του λήπτη. Η αναγνώριση των ξένων αντιγόνων γίνεται από γενετικά προκαθορισμένα λεμφοκύτταρα, που έχουν στην επιφάνειά τους κατάλληλους υποδοχείς για τη σύνδεση με το συγκεκριμένο αντιγόνο.

Κεντρική φάση. Αρχίζει με την εγκατάσταση των μικρών λεμφοκυττάρων, που έχουν ευαισθητοποιηθεί προηγουμένως, στους λεμφαδένες. Η εγκατάσταση γίνεται σε τμήματα των λεμφαδένων που ελέγχονται από το θύμο αδέν. Στη θέση αυτή τα μικρά λεμφοκύτταρα μετατρέπονται σε ανοσοβλάστες, οι οποίοι παρουσιάζουν έντονη διαίρεση και στη συνέχεια γίνονται πάλι μικρά «προγραμματισμένα» λεμφοκύτταρα, τα οποία κατευθύνονται ενάντια στο αντιγόνο που προκάλεσε την αντίδραση. Από τα κύτταρα αυτά μια ομάδα θα μετατραπεί σε κύτταρα «μνήμης», που θα ευαισθητοποιήσουν τον οργανισμό να θυμάται για πάντα το αντιγόνο που προκάλεσε την αντίδραση, μια άλλη θα μετατραπεί σε πλασματοκύτταρα, που παράγουν Β-λεμφοκύτταρα και μια άλλη ομάδα θα μετατραπεί σε κύτταρα απευθείας δραστικά στο αντιγόνο της αντίδρασης (Τ- λεμφοκύτταρα), που είτε εξουδετερώνουν το αντιγόνο είτε διευκολύνουν ή επιβραδύνουν την αντίδραση.

Απιούσα ή καταστροφική φάση. Είναι η φάση του τελικού αποτελέσματος και στόχος της είναι η εξουδετέρωση του αντιγόνου που την προκάλεσε. Η εξουδετέρωση μπορεί να επιτευχθεί με αντισώματα (αντισωματικής) ή κυτταροτοξικά λεμφοκύτταρα(κυτταρική).

Κυτταρική ανοσία των μεταμοσχεύσεων είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να δηλωθεί η αντίδραση του λήπτη στα αντιγόνα του δότη με το σχηματισμό κυτταροτοξικών λεμφοκυττάρων. Κατά την κυτταρική ανοσία μαζί με τους ανοσοβλάστες απελευθερώνονται και διάφοροι υδροδιαλυτοί παράγοντες, οι ονομαζόμενες λεμφοκίνες, που δρουν χημειοτακτικά στην κινητοποίηση των λεμφοκυττάρων.

Αντισωματική ανοσία είναι η ικανότητα των αντιγόνων του μοσχεύματος να προκαλούν το σχηματισμό αντισωμάτων μέσω των πλασματοκυττάρων, που σχηματίζονται κατά την κεντρική φάση της ανοσοαντίδρασης. Ο ρόλος τους μπορεί να είναι άλλοτε επιβοηθητικός στην τελική φάση της εξουδετέρωσης των αντιγόνων του μοσχεύματος (ψυχοσυγκολλητίνες) και άλλοτε προστατευτικός για το μόσχευμα (θερμοσυγκολλητίνες). Το φαινόμενο της προστασίας του μοσχεύματος με αντισώματα είναι γνωστό ως Enhancement, που σημαίνει παράταση της επιβίωσης του μοσχεύματος.

Αντίδραση «μόσχευμα κατά του λήπτη». Σε ορισμένες περιπτώσεις κατά τις οποίες το ανοσοβιολογικό σύστημα του λήπτη δεν είναι ικανό να αντιδράσει στα αντιγόνα των ανοσοδραστικών κυττάρων του μοσχεύματος, δημιουργείται αντίστροφη ανοσοαντίδραση απόρριψης, δηλαδή το μόσχευμα αντιδρά ενάντια στο

λήπτη. Αυτή η αντίδραση είναι τύπος κυτταρικής ανοσίας και εκδηλώνεται με T-λεμφοκύτταρα, που μεταφέρονται με το μόσχευμα εναντίον των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας του λήπτη. Για να εκδηλωθεί αντίστροφη ανοσοαντίδραση θα πρέπει:

α) το μόσχευμα να περιέχει κύτταρα ικανά να προκαλέσουν ανοσοαντίδραση

β) ο λήπτης να έχει αντιγόνα ιστοσυμβατότητας διαφορετικά από το μόσχευμα

γ) για κάποιο λόγο να είναι ανίκανος να αντιδράσει στα αντιγόνα του μοσχεύματος. Σε κλινικό επίπεδο, η κατάσταση περιγράφεται ως ομόλογος νόσος ή Runt disease. Χαρακτηρίζεται από μεγάλη διόγκωση των στοιχείων του λεμφοποιητικού ιστού, ανορεξία, διάρροια, λευκοπενία, αναιμία, μεγάλη και προοδευτική απώλεια βάρους και δερματίτιδα με τελική κατάληξη το θάνατο. Η συγκεκριμένη αντίδραση παρατηρείται συχνά σε μεταμόσχευση μυελού των οστών.

2.2 Μεταμοσχεύσεις

Ενδείξεις μεταμοσχεύσεων:

- Τελικό στάδιο νόσου κατά το οποίο η βλάβη του πάσχοντος οργάνου είναι ανεπανόρθωτη, π.χ. σε νεφρική ανεπάρκεια.
- Παιδιά στην ανάπτυξη, νέοι και άτομα που παρουσιάζουν πρόβλημα σε τυχόν υποστηρικτικά μέσα που χρησιμοποιούνται, π.χ. τεχνητός νεφρός, βηματοδότης κ.τ.λ., προηγούνται ανεξάρτητα αιτιολογίας για τη νόσο.
- Άτομα με κακό κυκλοφορικό σύστημα, μυοσκελετικά προβλήματα κ.α.

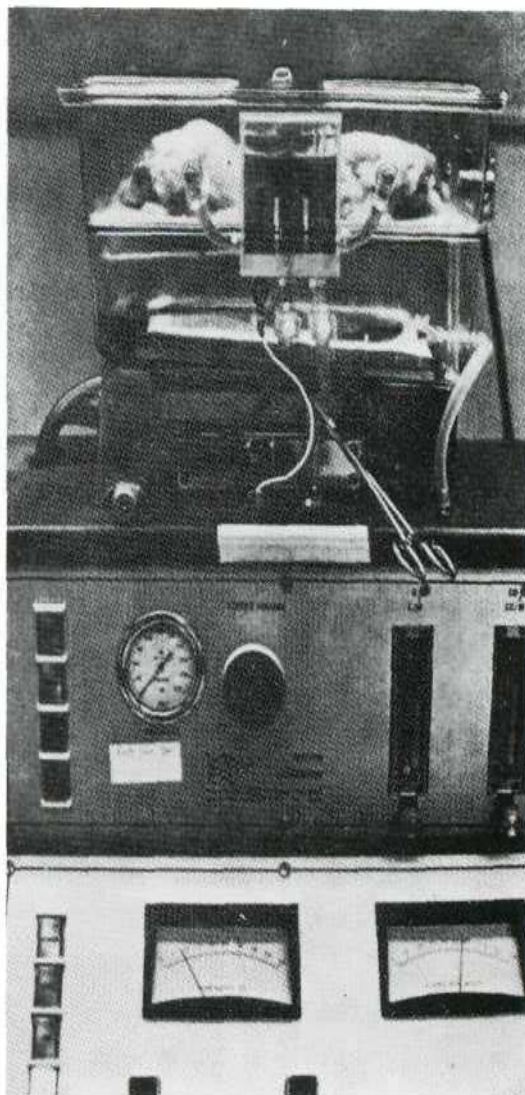
Αντενδείξεις μεταμοσχεύσεων:

- Σηψαιμικές καταστάσεις.
- Προχωρημένη αθηροσκληρυντική νόσος.
- Μεγάλου βαθμού πνευμονική ή ηπατική ανεπάρκεια.
- Ηλικία κάτω του 1 έτους και άνω των 45 ετών.
- Συνυπάρχουσες παθήσεις, π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, ερυθματώδης λύκος, σκληροδερμία, αμυλοείδωση, καρκίνος, φυματίωση κ.τ.λ.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να γίνει δεκτό ένα μόσχευμα αν προέρχεται από πτώμα είναι ότι το άτομο που απεβίωσε θα πρέπει να ήταν απόλυτα υγιές ή να κατέληξε από εγκεφαλική βλάβη, χωρίς επηρεασμό της αιματικής κυκλοφορίας μέχρι τη στιγμή της εκτομής και τοποθέτησης του οργάνου είτε σε μηχανήμα συντήρησης είτε σε έκπλυση με κατάλληλο διάλυμα έκπλυσης μοσχευμάτων.

Για να γίνει αποδεκτό ένα μόσχευμα από ετοιμοθάνατο υποψήφιο δότη ισχύουν τα εξής:

- Η ηλικία του δότη θα πρέπει να είναι από 1 ως και 55 ετών.
- Να μην πίνει ή χρησιμοποιεί άλλες εθιστικές ουσίες.
- Να μην υπάρχει προηγούμενη σημαντικού βαθμού υπέρταση, διαβήτης, νεφρική νόσος, κακοήθεια (εκτός κακοήθειας εγκεφάλου, που δεν έχει δώσει μεταστάσεις).
- Να μην υπάρχει γενικευμένη λοίμωξη.
- Τα εργαστηριακά της ανάλυσης αίματος και ούρων να είναι φυσιολογικά.



Εικόνα 3. Συσκευή έκπλυσης δύο νεφρικών μόσχευμάτων συγχρόνως

- Ο χρόνος θερμής ισχαιμίας, από τη στιγμή του θανάτου ως τη στιγμή τοποθέτησης του οργάνου σε ψυχρή έκπλυση, να μην υπερβαίνει τα 10 λεπτά για έκπλυση με υγρό Collins ή τη 1 ώρα αν το μόσχευμα τοποθετηθεί σε μηχανήμα συντήρησης.
- Να έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος.

Η διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου επιβεβαιώνεται με δύο ΗΚΓ που δείχνουν ισοηλεκτρική γραμμή σε διάστημα μιας ώρας το ένα από το άλλο και βεβαιώνεται από δύο τουλάχιστον νευρολόγους ή νευροχειρουργούς. Εκτεταμένη καταστροφή εγκεφαλικής ουσίας θεωρείται από πολλούς νευροχειρουργούς ικανοποιητική απόδειξη για να δώσουν άδεια αφαίρεσης οργάνων χωρίς ΗΚΓ. Όταν

υπάρχουν αμφιβολίες ή διαφωνίες μεταξύ των εξεταστών εκτελείται αγγειογραφία εγκεφάλου, που αποτελεί και την πιο αξιόπιστη μέθοδο για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Να έχει ληφθεί η συγκατάθεση από τους συγγενείς του υποψήφιου δότη, οι οποίοι σημειωτέων θα πρέπει να είναι πρώτου βαθμού.

Φαινόμενο απόρριψης συμπαγών οργάνων

Ο όρος απόρριψη αναφέρεται στην αντίδραση του ανοσοβιολογικού συστήματος του λήπτη στα ξένα μείζονα και ελάσσονα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας, που μεταφέρονται με το μόσχευμα και κινητοποιούν τους μηχανισμούς κυτταρικής ή αντισωματικής ανοσίας, που προκαλούν καταστροφή του μοσχεύματος.

Ο μηχανισμός μέσω του οποίου εκδηλώνεται η απόρριψη μοσχεύματος είναι ανάλογος προς το τόξο του νευρομυϊκού αντανακλαστικού, το οποίο αποτελείται από το προσιόν, το κεντρικό και το απαγωγό σκέλος. Ο ερεθισμός ή ευαισθητοποίηση του λήπτη από αντιγόνα του μοσχεύματος γίνεται με το προσαγωγό σκέλος και η ένταση του ερεθισμού εξαρτάται από το βαθμό ιστοσυμβατότητας μεταξύ μοσχεύματος και λήπτη. Η κεντρική φάση περιλαμβάνει την ανάπτυξη της αντίδρασης στα ξένα αντιγόνα του μοσχεύματος και είναι δυνατό να επηρεασθεί ή να ελεγχθεί κατά κάποιο τρόπο από τα ανοσοκατασταλτικά. Το απιόν ή απαγωγό σκέλος είναι το εκτελεστικό μέρος του ανοσοβιολογικού τόξου, γιατί κατευθύνει την ανοσοαντίδραση ενάντια στο μόσχευμα και το καταστρέφει, εκτός αν παρεμβληθούν ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες.

Υπάρχουν τέσσερα είδη απόρριψης συμπαγών οργάνων μετά από μεταμόσχευση:

Υπεροξεία απόρριψη. Διαπιστώνεται τις πρώτες 48 ώρες από τη μεταμόσχευση και πιστεύεται ότι οφείλεται σε προσχηματισμένα κυτταροτοξικά αντισώματα, λόγω της ταχύτητας και της βαρύτητας της βλάβης. Πρόκειται για φαινόμενο αγγειακής βλάβης, που έχει ως αποτέλεσμα θρομβωτικές αλλοιώσεις, οι οποίες σχεδόν πάντα οδηγούν σε καταστροφή του μοσχεύματος. Αρχικά αλλοιώνεται το ενδοθήλιο των μικρών αγγείων του μοσχεύματος λόγω κυτταροτοξικών αντισωμάτων. Στη συνέχεια στο αλλοιωμένο ενδοθήλιο επικάθονται αιμοπετάλια από την καταστροφή των οποίων ενεργοποιείται ο μηχανισμός του συμπληρώματος και τελικά με την

επικάθηση και άλλων έμμορφων στοιχείων του αίματος αποφράσσεται το αγγείο. Κλινικά η υπεροξεία απόρριψη εκδηλώνεται με τη ξαφνική και ολοκληρωτική διακοπή της λειτουργίας του οργάνου.

Οξεία απόρριψη ή μεταμοσχευτική κρίση. Μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή μετά την 7^η μετεγχειρητική ημέρα μέχρι και 6 μήνες από τη μεταμόσχευση. Συνήθως είναι βραχύ και οξύ επεισόδιο, διάφορης βαρύτητας, που έχει ως αποτέλεσμα είτε την ολοκληρωτική καταστροφή του μοσχεύματος είτε την ολοκληρωτική ανάνηψη από τη βλάβη ή συνηθέστερα την ανάνηψη από την κρίση, αλλά με μερική και μόνιμη υπολειμματική βλάβη. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από διήθηση του μοσχεύματος από μονοπύρηνια κύτταρα και θεωρείται ότι οφείλεται στη μεγάλη έκτασης εκδήλωση της κυτταρικής ανοσίας.

Χρόνια απόρριψη. Το μόσχευμα απορρίπτεται μήνες μετά τη μεταμόσχευση και εκδηλώνεται με ήπια και πολλές φορές εκλεκτική έκπτωση της λειτουργίας του οργάνου. Πιθανότατα αποτελεί τον τύπο βλάβης κατά την οποία και τα δύο είδη της ανοσίας, κυτταρική και αντισωματική, παίζουν ρόλο ανάλογης βαρύτητας.

Επιβραδυνόμενη οξεία απόρριψη. Δεν έχει ιδιαίτερη παθολογοανατομική μορφή, αλλά αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα επανειλημμένων κρίσεων με υπολειμματική βλάβη.

Γενική και ειδική ανοσοκαταστολή.

Πολλές φορές είναι δυνατό με τεχνητά μέσα να καταργηθεί ή τουλάχιστον να μειωθεί σημαντικά η αντίδραση του ανοσοβιολογικού συστήματος του λήπτη στα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας του μοσχεύματος. Η τροποποίηση της φυσιολογικής ανοσοαντίδρασης ονομάζεται «ανοσοβιολογική αδράνεια» και οι μέθοδοι που την προκαλούν, μέθοδοι ανοσοκαταστολής.

Η ανοσοβιολογική αδράνεια περιλαμβάνει δύο τύπους κατάργησης της ανοσοαντίδρασης. Στον πρώτο τύπο η έλλειψη απάντησης του τροποποιημένου ανοσοβιολογικού συστήματος εμφανίζεται για ορισμένα ειδικά αντιγόνα (ανοσοβιολογική ανοχή), ενώ στο δεύτερο τύπο η κατάργηση της απάντησης αφορά οποιοδήποτε αντιγόνο, άσχετα με τα αντιγόνα του μοσχεύματος (ανοσοβιολογική παράλυση). Η ανοσοβιολογική παράλυση είναι γενικευμένη ανοσοκαταστολή και αφήνει το λήπτη του μοσχεύματος ανίκανο να αντιδράσει σε οποιαδήποτε αντιγονικό ερεθισμό, ακόμα και σε μικροβιακά ή νεοπλασματικά αντιγόνα.

Η θεραπεία της απόρριψης επιτυγχάνεται με φάρμακα όπως η αζαθιοπρίνη, τα

κορτικοειδή (πρεδνιζόνη) και η κυκλοσπορίνη Α.

Αζαθιοπρίνη (Immunan). Είναι παράγωγο της 6-μερκαπτοπουρίνης και χρησιμοποιείται ως ανοσοκατασταλτικό μαζί με κορτικοειδή από το 1961. Αμέσως μετά τη μεταμόσχευση χορηγείται σε δόσεις 3-5 mg/kg βάρους ως δόση συντήρησης, ανάλογα με τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων και αποβάλλεται από τους νεφρούς. Διακόπτεται δε, όταν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων μειωθεί κάτω από 2500. Οι συνηθέστερες παρενέργειες της αζαθιοπρίνης είναι η επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας, η στοματίτιδα, ο πυρετός, η αλωπεκία και οι γαστρεντερικές διαταραχές. Λευκοπενία παρατηρείται πολύ συχνά, αλλά αναιμία και θρομβοκυττοπενία σπάνια.

Κορτικοειδή. Η δόση των διαφόρων σκευασμάτων διαφέρει πολύ από κέντρο σε κέντρο. Η μείωση της δόσης τον πρώτο χρόνο της μεταμόσχευσης θεωρείται γενικός κανόνας. Ένα σχήμα που αποδείχτηκε αποτελεσματικό είναι η χορήγηση 750 mg μεθυλπρεδνιζολόνης (solu-medrol) iv την ημέρα της μεταμόσχευσης, τη 2^η, 7^η και 14^η μετεγχειρητική ημέρα. Τις υπόλοιπες μέρες μεταξύ των παρεντερικών δόσεων χορηγείται πρεδνιζόνη από το στόμα, σε δόση 50 mg ημερησίως για 3 εβδομάδες, που μειώνεται προοδευτικά σε 20 mg την ημέρα μέχρι την 26^η εβδομάδα. Το υπόλοιπο του πρώτου χρόνου της μεταμόσχευσης, η δόση της πρεδνιζόνης διατηρείται στα 15 mg την ημέρα.

Οι παρενέργειες από τα κορτικοειδή περιλαμβάνουν καταστολή των επινεφριδίων και της υπόφυσης, υποκαλιαιμική αλκάλωση, υπεργλυκαιμία, γλυκοζουρία, αυξημένη ευαισθησία στις λοιμώξεις, πεπτικό έλκος, οστεοπόρωση και μυοπάθειες, ψυχικές διαταραχές και μεταβολές στην προσωπικότητα, καταρράκτη, αναστολή της ανάπτυξης στα παιδιά και σύνδρομο Cushing.

Κυκλοσπορίνη Α. Είναι παράγωγο ενός μύκητα με ισχυρή ανοσοκατασταλτική δράση. Οι παρενέργειες από το φάρμακο αυτό περιλαμβάνουν ηπατοτοξικότητα, νεφροτοξικότητα και ανάπτυξη νεοπλασιών. Για ασφαλή χρήση του φαρμάκου συνιστάται η φαρμακοδυναμική παρακολούθηση του μεταμοσχευόμενου, με μέτρηση των επιπέδων του φαρμάκου στον ορό του αίματος.

Άλλες μέθοδοι αντιμετώπισης της απόρριψης είναι η πλασμαφαίρεση και η ακτινοβολία, των οποίων όμως η αποτελεσματικότητα αμφισβητείται.

Οι επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν από μια μεταμόσχευση είναι ποικίλες και προέρχονται από όλα σχεδόν τα συστήματα του οργανισμού και ανάλογα

πάντα με το είδος της μεταμόσχευσης.

Χειρουργικές επιπλοκές:

- Αγγειακές επιπλοκές, π.χ. θρόμβωση αρτηρίας είτε από κακή τεχνική είτε από μετεγχειρητικό τραυματισμό ή από έντονη οξεία απόρριψη, τοπική αιμορραγία και αιματώματα κ.τ.λ.
- Επιπλοκές από το χειρουργικό τραύμα, π.χ. διαπύση τραύματος από κακή τεχνική διάνοιξης και συρραφής και ελλιπή μέτρα ασηψίας-αντισηψίας.
- Επιπλοκές από τη λειτουργία του μοσχεύματος.
- Απόρριψη του μοσχεύματος.
- Μετεγχειρητικές λοιμώξεις, π.χ. πνευμονικές λοιμώξεις, λοιμώξεις του ουροποιητικού, σηψαιμία, λοίμωξη από κυτταρομεγαλοϊό κ.τ.λ.
- Παρενέργειες που σχετίζονται με τη χρόνια λήψη των ανοσοκατασταλτικών, π.χ. ψυχώσεις, μυϊκή εξασθένηση, οστεοπόρωση, πεπτικό έλκος, ίνωση, ηπατίτιδα, παγκρεατίτιδα, κακοήθειες κ.τ.λ.
- Αιματολογικές επιπλοκές (αναιμία, λευκοπενία, θρομβοκυττοπενία, ερυθροκυττάρωση).

Παράγοντες που επηρεάζουν την επιβίωση του μοσχεύματος.

- Το είδος του μοσχεύματος. Μοσχεύματα από ζωντανούς δότες έχουν μεγαλύτερη επιβίωση από πτωματικά μοσχεύματα.
- Η συμβατότητα δότη και λήπτη.
- Ο αριθμός των επεισοδίων απόρριψης τους τρεις πρώτους μήνες μετά τη μεταμόσχευση και το χρονικό διάστημα που εμφανίστηκε το πρώτο επεισόδιο. Τα περισσότερα μοσχεύματα χάνονται τους τρεις πρώτους μήνες μετά τη μεταμόσχευση και ελάχιστα μετά τα δύο χρόνια.
- Συστηματικές παθήσεις, όπως ο διαβήτης, η αρτηριοσκληρωτική αρτηριοπάθεια και οι κολλαγονώσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ «ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ»

3.1 Διαδικασία επιλογής

Όταν έρθει η στιγμή που για να ζήσει ο ασθενής είναι απαραίτητη η μεταμόσχευση, στέλνεται από τον ιατρό σε ένα ειδικό μεταμοσχευτικό κέντρο για να γραφτεί στην λίστα αναμονής εφ' όσον πρώτα έχει περάσει τις ιατρικές, ψυχολογικές και ασφαλιστικές απαιτήσεις.

Ο χρόνος αναμονής ποικίλει από 1 μέρα ως χρόνια ανάλογα την βαρύτητα του ασθενή. Όταν βρεθεί το μόσχευμα από πτωματικό δότη ειδοποιείται το μεταμοσχευτικό κέντρο από την Ε.Ο.Μ. για την επιλογή του λήπτη με βάση την ομάδα αίματος, την ηλικία, την ιστοσυμβατότητα, το χρόνο αναμονής, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επειγόν της επέμβασης και την εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης. Στη συνέχεια, ειδοποιείται ο ασθενής και κρίνεται αν την συγκεκριμένη περίοδο είναι σε κατάσταση για να γίνει η μεταμόσχευση, αν όχι επιλέγεται ο επόμενος λήπτης.

Μετά την μεταμόσχευση ο ασθενής παραμένει στο νοσοκομείο για 2-3 βδομάδες και μετά είναι σε θέση να πάει σπίτι του. Συγχρόνως, πρέπει να παίρνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα για να μην απορριφθεί ή καταστραφεί το μόσχευμα από το σώμα καθώς και να γίνονται τακτικές εξετάσεις για την υπόλοιπη ζωή του.

Η διαδικασία της «δωρεάς οργάνων»

Κύριο χαρακτηριστικό για τους δότες οργάνων είναι ότι έχουν βλάβη στον εγκέφαλο που είναι μη αναστρέψιμη από κάποιο ατύχημα ή εγκεφαλικό επεισόδιο ή αιμάτωμα. Ο ασθενής βρίσκεται στην ΜΕΘ και υποστηρίζεται μηχανικά, ενώ ταυτόχρονα γίνονται διάφορες εξετάσεις για να φανεί το ποσοστό καταστροφής του εγκεφάλου. Από τις εξετάσεις αν βγει ότι ο εγκέφαλος δεν ζει και το εγκεφαλικό στέλεχος είναι νεκρό, ενημερώνονται οι συγγενείς ότι ο ασθενής είναι νεκρός. Στη συνέχεια, εξετάζεται από μια εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια αν μπορεί να γίνει 'δωρητής οργάνων' και εξηγεί στους συγγενείς μαζί με το γιατρό τί είναι 'δωρεά οργάνων' και αν θέλουν να προχωρήσουν στην διαδικασία. Μέχρι να παρθεί κάποια σχετική απόφαση, τα σημαντικά όργανα του ασθενή, οξυγονώνονται με αναπνευστήρα και αν η τελική απόφαση είναι θετική, τότε, αρχίζει η διαδικασία λήψης των μοσχευμάτων με έξοδα του νοσοκομείου.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιλογή του κατάλληλου λήπτη:

- Κοινή ομάδα αίματος με το δότη.
- Ανοσοβιολογική συμβατότητα-ιστοσυμβατότητα με το δότη.
- Ηλικία.
- Ανοχή σε μηχανική υποστήριξη.

Η διασταύρωση του δότη με το λήπτη για ανοσοβιολογικές ομοιότητες και διαφορές γίνεται με τις ίδιες μεθόδους για πτωματικές μεταμοσχεύσεις και για ζευγάρια ζωντανών εξεταζόμενων. Η μόνη διαφορά είναι ότι σε περίπτωση πτωματικού μοσχεύματος επιλέγεται ο κατάλληλος λήπτης για το συγκεκριμένο μόσχευμα, ενώ σε ζωντανούς επιλέγεται ο πιο κατάλληλος δότης για το συγκεκριμένο λήπτη.

Κριτήρια για τον αποκλεισμό από τη μεταμόσχευση συγγενούς δότη:

- Ηλικία μικρότερη των 21 ετών ή μεγαλύτερη των 65.
- Υποψία ότι ο δότης έχει υποστεί οποιαδήποτε μορφή πίεσης.
- Αδυναμία του δότη να υπογράψει τη συγκατάθεσή του, έστω και αν δεν κατάλαβε τη διαδικασία της μεταμόσχευσης.
- Παθήσεις, όπως κακοήθης υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης και νεφροπάθεια.
- Παθολογικές τιμές εργαστηριακού ελέγχου.
- Έντονες αντιρρήσεις της οικογένειας.
- Ασυμβατότητα στην ομάδα αίματος και σε δύο απλότυπους HLA, θετική πρωτογενής διασταύρωση, δείκτης αντίδρασης Μικτής Καλλιέργειας Λεμφοκυττάρων μεγαλύτερος από 10.

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Για να ξεκινήσει η διαδικασία ‘δωρεάς οργάνων’ θα πρέπει να έχει προέλθει ο εγκεφαλικός θάνατος.

Στον εγκεφαλικό θάνατο έχουμε νέκρωση του εγκεφάλου, ο οποίος δεν μπορεί να συντηρήσει τα ζωτικά όργανα του ανθρώπου. Ο εγκεφαλικός θάνατος περνάει από κάποια στάδια. Πιο αναλυτικά, ο κλινικός θάνατος, όπου ο ασθενής φαίνεται σαν νεκρός, λόγω διακοπής της καρδιακής λειτουργίας. Αν μέσα σε 4 λεπτά αποκατασταθεί η καρδιακή λειτουργία μπορεί να μην έχουμε μη αναστρέψιμες βλάβες. Αν όμως, περάσουν 5-6 λεπτά, τότε, έχουμε τον φλοιώδη θάνατο ή ‘φυτό’ με καταστροφή δηλαδή, του φλοιού του εγκεφάλου. Όταν η επάνοδος της καρδιακής λειτουργίας ξεπεράσει τα μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, ο εγκέφαλος καταστρέφεται ολοκληρωτικά και έχουμε τον *εγκεφαλικό θάνατο*.

Αποτέλεσμα άμεσο είναι η νέκρωση και των άλλων οργάνων του σώματος λόγω μη οξυγόνωσης και έτσι έχουμε το *βιολογικό θάνατο*.

Σαν αποτέλεσμα, μεταμόσχευση ζωτικών οργάνων δεν μπορεί να γίνει αν έχουμε εγκεφαλικό θάνατο και κυρίως βιολογικό θάνατο που επήλθε μετά την διακοπή της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας, όπως επίσης κι αν έχουμε πρώτα καταστροφή του εγκεφάλου και μετά διακοπή καρδιακής ανακοπής. Ο θάνατος αν είναι ακαριαίος ή αν δεν προφτάσει να μπει στην ΜΕΘ δεν μπορεί να γίνει μεταμόσχευση.

Σε κάποιες περιπτώσεις, όμως, ο ασθενής είναι ζωντανός αλλά σε κώμα μέσα στη ΜΕΘ. Έτσι έχουμε καταστροφή του εγκεφάλου με επακόλουθο την διακοπή καρδιάς και αναπνοής. Σε αυτές τις περιπτώσεις, μπορεί να υποστηριχθεί μηχανικά για διατήρηση της αναπνοής και της κυκλοφορίας για λίγες ώρες. Οι γιατροί που θέτουν τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι ο θεράπων ιατρός του ασθενή, ο νευροχειρουργός ή νευρολόγος και ο αναισθησιολόγος συνοδευόμενοι πάντα από εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις. [9^η ΑΠΟΦΑΣΗ ΤΗΣ 21^{ης} ΟΛΟΜΕΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ (20-3-1985)]

3.2 Μύθοι και πραγματικότητες

Πολλοί άνθρωποι δεν είναι καλά ενημερωμένοι σε ορισμένα θέματα που αφορούν την δωρεά οργάνων και πιστεύουν σε μύθους οι οποίοι όμως δεν είναι πραγματικότητα.

ΜΥΘΟΣ 1 : Οι πλούσιοι και οι διάσημοι έχουν ειδική μεταχείριση και

προηγούνται στη λίστα αναμονής ενώ ο ‘απλός’ πολίτης πρέπει να περιμένει πολύ χρόνο στη λίστα αναμονής!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Το πόσο πλούσιος ή φτωχός είναι κάποιος δεν είναι ο παράγοντας που καθορίζει το χρόνο αναμονής για τη λήψη ενός μοσχεύματος αλλά η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς και όλοι οι παράγοντες που συντελούν για την καταλληλότητά του ως λήπτη.

ΜΥΘΟΣ 2 : Η θρησκείες είναι αντίθετες με τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Κάποιες θρησκείες, όπως ο Χριστιανισμός, ο Βουδισμός, ο Ιουδαϊσμός κ.α. είναι σύμφωνες με τη δωρεά οργάνων. Συγκεκριμένα, η Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία είναι θετική στηριζόμενη στην αγάπη και την προσφορά στον συνάνθρωπό μας.

ΜΥΘΟΣ 3: Οι γιατροί του νοσοκομείου θ’ αφήσουν κάποιον να πεθάνει επειδή ξέρουν ότι θέλει να γίνει ‘δωρητής οργάνων’!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Κύριο μέλημα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι η διατήρηση και η αποκατάσταση της υγείας. Αν κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό και σύμφωνα με όλες τις διεργασίες που πιστοποιούν το θάνατο, τότε και μόνο τότε, ξεκινάει η μεταμοσχευτική διαδικασία.

ΜΥΘΟΣ 4: Η οικογένεια του δότη πληρώνει το κόστος της μεταμόσχευσης!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Δεν υπάρχει καμιά οικονομική επιβάρυνση στην οικογένεια του δότη. Οι αρμόδιοι για όλο το οικονομικό κόστος είναι τα ασφαλιστικά όργανα και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

ΜΥΘΟΣ 5 : Η αφαίρεση οργάνων παραμορφώνει το σώμα!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: Στη μεταμοσχευτική διαδικασία δεν υπάρχει βεβήλωση του ανθρωπίνου σώματος. Ταυτόχρονα, το ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό σέβεται απ’ όλες τις απόψεις το ανθρωπινό σώμα και σε καμιά περίπτωση δεν υπάρχει παραμόρφωση αυτού.

ΜΥΘΟΣ 6 : Δε μπορεί κάποιος να γίνει δωρητής οργάνων αν έχει κάποιο πρόβλημα υγείας!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Δεν είναι ο κυριότερος παράγοντας η παρουσία κάποιας ασθένειας εφ' όσον όλα τα όργανα εξετάζονται πρώτα από τον θεράποντα ιατρό για το εάν είναι κατάλληλα ή όχι για μεταμόσχευση.

ΜΥΘΟΣ 7 : Επιτρέπεται η αγορά και η πώληση οργάνων!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Η αγορά και η πώληση οργάνων διώκεται νομικά όταν υπάρχει κάθε είδους χρηματική συναλλαγή για την απόκτηση αυτού. Αντιθέτως, είναι μια ελεύθερη πράξη χωρίς ανταλλάγματα.

ΜΥΘΟΣ 8 : Δεν μπορεί κάποιος να δωρίσει ένα όργανό του, ενώ είναι ακόμη στη ζωή!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Αυτό δεν ισχύει. Μπορεί να δοθεί από ζώντα δότη ένα νεφρό όπως και μέρος του ήπατος, μέρος του πνεύμονα ή του λεπτού εντέρου και αιμοποιητικά κύτταρα σε συγγενή δευτέρου βαθμού εξ' αίματος σε ευθεία ή πλάγια γραμμή (σύμφωνα με το Νόμο 2737/99 περί μεταμοσχεύσεων).

ΜΥΘΟΣ 9 : Δεν εξετάζεται αν ο δωρητής έχει κάποια μεταδιδόμενη ασθένεια!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Πάντα πραγματοποιούνται αιματολογικές εξετάσεις για να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια μεταδιδόμενη ασθένεια, όπως HIV (AIDS) και ηπατίτιδα.

ΜΥΘΟΣ 10 : Δε μπορεί κάποιος να συμφωνήσει να δωρίσει κάποια συγκεκριμένα όργανα και όχι κάποια άλλα!

ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ : Με τη δήλωση 'δωρεάς οργάνων' , αυτόματα, γνωστοποιείται η επιθυμία να δωρίσεις συγκεκριμένα όργανα.

ΑΛΛΕΣ 10 ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ !

1. Θα χρησιμοποιηθούν τα όργανα που αφαιρέθηκαν με σκοπό τη μεταμόσχευση για ερευνητικούς σκοπούς ;

ΟΧΙ. Σύμφωνα με το νόμο 'περί μεταμοσχεύσεων' η αφαίρεση κυττάρων, ιστών και οργάνων από άνθρωπο, ζώντα ή νεκρό, με σκοπό τη μεταμόσχευση σε άλλον άνθρωπο, γίνεται μόνο για θεραπευτικούς σκοπούς.

2. *Μαθαίνει ποτέ ο μεταμοσχευμένος ασθενής ποιος ήταν ο δότης ;*

ΟΧΙ. Η ταυτότητα του νεκρού δότη δεν αποκαλύπτεται στο λήπτη και στην οικογένεια του. Δεν αποκαλύπτεται επίσης η ταυτότητα του λήπτη στην οικογένεια του νεκρού δότη. Τα αρχεία των ληπτών περιέχουν ‘ευαίσθητα δεδομένα’ που προστατεύονται από το νόμο.

3. *Γίνεται γνωστό εάν κάποιος είναι δωρητής οργάνων ;*

ΟΧΙ. Μόνο οι κοντινοί του συγγενείς στους οποίους έχει εμπιστευτεί την επιθυμία του γνωρίζουν την απόφαση του. Όλα τα στοιχεία των δωρητών οργάνων καταχωρούνται με ασφαλείς διαδικασίες στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων που είναι απόρρητο και προστατεύεται από το νόμο 2472/97.

4. *Τι είναι ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων ;*

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με έδρα την Αθήνα το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Σκοπός του Ε.Ο.Μ. είναι η υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα των μεταμοσχεύσεων

Ο Ε.Ο.Μ. μεταξύ:

- εισηγείται τους όρους, τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων, καθώς και τον κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς μεταμόσχευση
- οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση μοσχευμάτων_ στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών
- καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες οργάνων
- συνεργάζεται με αντίστοιχους οργανισμούς και μεταμοσχευτικά κέντρα της αλλοδαπής για την προμήθεια και την ανταλλαγή μοσχευμάτων
- μεριμνά για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των συγγενών των δοτών

- επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζόμενων για μεταμόσχευση οργάνων

5 .Τι είναι το Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων ;

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων τηρεί μητρώα δωρητών κατά όργανο και ιστό καθώς και μητρώο εκείνων από τους οποίους έχουν ληφθεί όργανα και ιστοί για μεταμόσχευση.

6 .Τι είναι ο συντονιστής μεταμόσχευσης ;

Είναι επαγγελματίας υγείας που έχει γνώση των θεμάτων της μεταμόσχευσης και είναι υπεύθυνος για την οργάνωση όλων των διαδικασιών που αφορούν τις επεμβάσεις δότη και λήπτη. Επιμελείται για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών και των οικογενειών των δοτών οργάνων, καθώς και για την παροχή σωστής ιατρικής φροντίδας στους δότες και λήπτες οργάνων.

7 .Ποιος ο λόγος της κάρτας δωρεάς οργάνων ;

Μετά την συμπλήρωση και αποστολή στον Ε.Ο.Μ. της “δήλωσης δωρεάς οργάνων”, ο δυνητικός δότης πρέπει να συμπληρώσει την “κάρτα δωρεάς οργάνων”, την οποία οφείλει να φέρει πάντοτε μαζί του. Με τον τρόπο αυτό, διευκολύνει τις διαδικασίες για την υλοποίηση της επιθυμίας του.

8. Πώς μπορεί να πραγματοποιηθεί η επιθυμία κάποιου να γίνει δωρητής ;

Εγγράφεται κατευθείαν στο Εθνικό Μητρώο Δωρητών Οργάνων αποστέλλοντας στον Ε.Ο.Μ. τη “δήλωση δωρεάς οργάνων”. Αναζητά το έντυπο της “δήλωσης δωρεάς οργάνων” από το ασφαλιστικό σου ταμείο, Υπηρεσίες Υγείας και τα Ταχυδρομεία. Συμπληρώνει το έντυπο που θα διανέμεται σε κάθε απογραφή πληθυσμού. Για περισσότερες πληροφορίες μπορεί να απευθύνεται στο τηλέφωνο του Ε.Ο.Μ. 1147 όλο το 24ωρο ή ακόμα για να του αποσταλεί ταχυδρομικά έντυπο ενημερωτικό υλικό μαζί με μια δήλωση δωρεάς οργάνων.

Το πιο σημαντικό, βέβαια, είναι να έχει ενημερωθεί η οικογένεια του για την απόφαση αυτή.

9.Μπορεί να αλλάξει γνώμη ;

ΝΑΙ, μπορεί. Η συναίνεση ή η άρνηση για δωρεά οργάνων είναι πάντοτε ελεύθερα ανακλητή. Απλά ενημερώνει τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, ζητά τη διαγραφή του από τη λίστα δωρητών και ακυρώνει την κάρτα δωρητή.

10.Ποιός θα πάρει τα όργανά ενός δωρητή ;

Η κατανομή των μοσχευμάτων στους υποψηφίους λήπτες του Εθνικού Μητρώου διενεργείται αναλόγως με το όργανο που μεταμοσχεύεται και βάσει κριτηρίων όπως η ομάδα αίματος, η ιστοσυμβατότητα, το ιατρικώς πιστοποιούμενο επειγόν της επέμβασης, ο χρόνος αναμονής, η ηλικία, το σωματικό βάρος, η εγγύτητα του τόπου λήψης του μοσχεύματος προς τον τόπο μεταμόσχευσης.

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων υποχρεούται για επείγοντα περιστατικά να δημιουργεί ειδικό κατάλογο υποψηφίων ληπτών οι οποίοι έχουν προτεραιότητα στη λήψη μοσχεύματος. Αν τα κριτήρια είναι ισοδύναμα, προηγούνται τα πρόσωπα που έχουν δηλώσει, πριν παρουσιασθεί γι' αυτά ανάγκη της μεταμόσχευσης, τη συναίνεση τους για την αφαίρεση των οργάνων τους ύστερα από το θάνατό τους.



3.3 ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ

Η μεγάλη πρόοδος και η επιτυχία των μεταμοσχεύσεων τα τελευταία χρόνια, είχαν σαν επακόλουθο μια σημαντική αύξηση του αριθμού των υποψηφίων ληπτών και επομένως την ανάγκη εξεύρεσης μοσχευμάτων. Η αυξημένη αυτή ανάγκη ώθησε όλες αυτές τις χώρες αλλά και τη διεθνή κοινότητα στην ανάπτυξη διεθνούς πολιτικής, μέσα από την οποία η μεταμόσχευση αντιμετωπίζεται, όχι μόνο ως ιατρική πράξη, αλλά ως σύνολο επιστημονικών, θρησκευτικών, κοινωνικών, ηθικών, νομικών διοικητικών και οργανωτικών παραμέτρων. Η μελέτη των παραγόντων αυτών είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη συστημάτων και την δημιουργία προγραμμάτων μεταμοσχεύσεων, τα οποία επιτρέπουν την αξιοποίηση των επιστημονικών δυνατοτήτων, προκειμένου να εξασφαλίζεται ουσιαστική βοήθεια στους πάσχοντες.

Οι ιδιαίτερα πολύπλοκες ιατροκοινωνικές και διοικητικές διαδικασίες που απαιτεί η οργάνωση των μεταμοσχεύσεων, οδήγησαν στη δημιουργία ειδικών συντονιστικών υπηρεσιών. Έτσι ιδρύεται το 1967 το EUROTRANSPLANT που περιλαμβάνει τις χώρες της κεντρικής Ευρώπης(Ολλανδία, Γερμανία, Αυστρία, Λουξεμβούργο, ακολούθησε η Αμερική και άλλες ευρωπαϊκές χώρες και στην Ελλάδα με το Ν/1383 ιδρύεται η Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Εξωνεφρικής Κάθαρσης και Μεταμοσχεύσεων η οποία ήταν υπεύθυνη για το Συντονισμό της Μεταμοσχευτικής Διαδικασίας τον Μάρτιο του 2001, όπου το έργο αυτό αναλαμβάνει ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων(Ε.Ο.Μ.).

Ο Ε.Ο.Μ. ιδρύθηκε με το Νόμο 2737/99, είναι Ν.Π.Ι.Δ με σκοπό την υποβοήθηση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη χάραξη πολιτικής στο τομέα των μεταμοσχεύσεων.

Σκοποί του Ε.Ο.Μ. είναι:

1. Η εισήγηση των ορών, των προϋποθέσεων και της διαδικασίας των μεταμοσχεύσεων, καθώς και του κώδικα δεοντολογίας για τη λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών προς Μεταμόσχευση.

2. Οργανώνει και συντονίζει σε τοπικό, κρατικό και διακρατικό επίπεδο τη διακίνηση των μοσχευμάτων μέσα στα οποία συμπεριλαμβάνεται ο μυελός των οστών.

3. Καταγράφει τους δωρητές ιστών και οργάνων, δυνητικούς δότες και υποψήφιους λήπτες.

4. Προτείνει στον Υπουργό Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης τη χορήγηση άδειας για την ίδρυση Μονάδας Μεταμόσχευσης ή Τράπεζας ιστών προς Μεταμόσχευση.

5. Προβαίνει σε ετήσια εκτίμηση και αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας και των αποτελεσμάτων των Μονάδων Μεταμόσχευσης και υποβάλλει έκθεση στο Υπουργείο.

6. Συνεργάζεται με αντίστοιχους Οργανισμούς και Μονάδες Μεταμόσχευσης της αλλοδαπής για την προμήθεια και ανταλλαγή μοσχευμάτων.

7. Μέριμνα για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ληπτών, των ζώντων δοτών και των οικογενειών των δοτών.

8. Επιδιώκει με κάθε πρόσφορο τρόπο και ιδίως με την οργάνωση κατάλληλης ενημέρωσης και πληροφόρησης του κοινού, την αύξηση του αριθμού των προοριζομένων για μεταμόσχευση οργάνων.

Στο τέλος της δεκαετίας του 70, μέσα από τα προγράμματα μεταμοσχεύσεων διαφάνηκε η αναγκαιότητα της καθιέρωσης ενός νέου θεσμού, ο οποίος θα έχει σαν σκοπό να διευκολύνει το συντονισμό των μεταμοσχεύσεων, αποτελώντας μια ενδιάμεση δομή στην οργάνωση του όλου συστήματος. Έτσι εμφανίστηκε ένας νέος επαγγελματίας υγείας, ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων. Στόχος των Σ.Μ είναι, η μέσα από την ομαδική δουλειά, αύξηση των προσφερομένων μοσχευμάτων, η γρήγορη αναφορά και κατανομή μοσχευμάτων, η επαγγελματική ικανοποίηση για όλους όσους εμπλέκονται στις μεταμοσχεύσεις, η ανακούφιση για τις οικογένειες των δοτών και η σωστή παρακολούθηση των ληπτών. Στην Ευρώπη ακολουθούνται διάφορα συστήματα και προγράμματα μέσα από τα οποία οι Σ.Μ ασκούν το έργο τους. Το πιο σύνηθες, το οποίο εφαρμόζεται και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες είναι ο διαχωρισμός των Σ.Μ. σε συντονιστές αναζήτησης μοσχευμάτων και σε κλινικούς συντονιστές.

Οι πρώτοι εργάζονται σε Οργανισμούς όπως ο Ε.Ο.Μ ή στα περιφερειακά

γραφεία αυτών και κύριο έργο τους είναι η αναζήτηση κατάλληλων δοτών, η προσέγγιση της οικογένειας του δυνητικού δότη, ο συντονισμός της μεταμοσχευτικής διαδικασίας, η κατανομή των μοσχευμάτων ανάλογα με το ισχύον σύστημα της κάθε χώρας, η τήρηση αρχείου υποψηφίων ληπτών και δοτών και η παρακολούθηση της πορείας των μεταμοσχευμένων. Οι δεύτεροι ασχολούνται με όλα όσα αφορούν στο λήπτη. Από την καταγραφή του στο κατάλογο υποψηφίων ληπτών, την προεγχειρητική του κατάσταση ώστε να είναι κατάλληλος στη δεδομένη στιγμή που θα κληθεί για μεταμόσχευση αλλά και τη μετεγχειρητική του πορεία όσο αυτός εξακολουθεί να είναι μεταμοσχευμένος. Πρέπει να είναι έτοιμοι ανά πάσα στιγμή ώστε να μεταβούν στο νοσοκομείο του δότη για την αφαίρεση μοσχευμάτων. Δηλαδή θα πρέπει να έχουν πάγο, υγρά έκπλυσης των μοσχευμάτων, χειρουργικά εργαλεία και φυσικά τα αντίστοιχα ψυγεία μέσα στα οποία θα τοποθετηθούν τα μοσχεύματα.

Η Ισπανία καθιέρωσε ένα νέο μοντέλο συντονιστή, τον τοπικό συντονιστή. Αυτός εργάζεται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ανήκει στο προσωπικό της και είναι part time συντονιστής. Ενώ στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες οι συντονιστές μεταμόσχευσης είναι κυρίως νοσηλευτές, στην Ισπανία είναι κυρίως γιατροί. Κύριο τους καθήκον είναι η αναζήτηση δότη. Δεν περιμένουν να τους ειδοποιήσει κανείς. Φροντίζουν για την έγκαιρη διαπίστωση του εγκεφαλικού θανάτου, την προσέγγιση της οικογένειας, την συντήρηση του δότη, ώστε όταν ληφθούν τα μοσχεύματα να είναι στην καλύτερη δυνατή κατάσταση. Τα καθήκοντα τους τελειώνουν με τη λήξη του χειρουργείου μετά την αφαίρεση των μοσχευμάτων. Βασική αρχή του ‘‘Ισπανικού Μοντέλου’’ είναι ότι δεν αποκλείουν κανένα δότη χωρίς να εξαντλήσουν όλα τα περιθώρια. Το μοντέλο αυτό έφερε την Ισπανία να είναι η πρώτη χώρα στο κόσμο σε αριθμό δοτών και κατ’ επέκταση μεταμοσχεύσεων. Αυτό τώρα εφαρμόζεται στη Βόρεια Ιταλία αλλά και σε μερικές πολιτείες της Αμερικής με τα αντίστοιχα αποτελέσματα.

Το νομικό πλαίσιο της χώρας μας χωρίζει τους συντονιστές μεταμόσχευσης σε κεντρικούς, τοπικούς και κλινικούς.

ΚΕΝΤΡΙΚΟΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Υπηρετούν στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων.

1. Συνεργάζονται με τις λοιπές κατηγορίες συντονιστών μεταμοσχεύσεων για την κοινή προώθηση και εφαρμογή του Εθνικού Μεταμοσχευτικού Προγράμματος, όπως αυτό καταρτίζεται από το Δ.Σ. του Ε.Ο.Μ.
2. Φροντίζουν για τον επιτυχή συντονισμό της μεταμοσχευτικής διαδικασίας συμπεριλαμβανομένης και της κατανομής των προσφερομένων μοσχευμάτων.
3. Ασχολούνται και συμμετέχουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με την προώθηση της ιδέας της δωρεάς ιστών και οργάνων συμπεριλαμβανομένων και των οργανώσεων εκδηλώσεων με τους εμπλεκόμενους φορείς.
4. Συνεργάζονται με τις εμπλεκόμενες στη διαδικασία μεταμόσχευσης μυελού των οστών, υπηρεσίες, για την καλή έκβαση των ενεργειών τους, αλλά και την προώθηση της ιδέας της δωρεάς μυελού των οστών.
5. Τηρούν, συμπληρώνουν, ενημερώνουν το αρχείο υποψηφίων ληπτών και των δωρητών οργάνων.

ΤΟΠΙΚΟΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Εργάζονται στα παραρτήματα του Ε.Ο.Μ. , όπου αυτός ιδρύει, ή σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας στα οποία λειτουργούν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ή Νευροχειρουργικές Κλινικές.

1. Ασχολούνται και συμμετέχουν στην ανάπτυξη προγραμμάτων σχετικών με την διάδοση της ιδέας της δωρεάς ιστών, οργάνων και μυελού των οστών προς μεταμόσχευση.
2. Φροντίζουν για την αναζήτηση, αναγνώριση και τον έλεγχο των δυνητικών δοτών προς μεταμόσχευση.
3. Συμμετέχουν στην ομάδα αφαίρεσης οργάνων κατά τη διαδικασία της λήψης αυτών.

ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Υπηρετούν αποκλειστικά σε Μονάδες Μεταμοσχεύσεων ιστών, οργάνων και μυελού των οστών.

1. Ασχολούνται με τη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των μονάδων μεταμοσχεύσεων, συνεργαζόμενοι με τους ιατρούς στη συμπλήρωση των προμεταμοσχευτικών ελέγχων ασθενών-υποψηφίων ληπτών μοσχεύματος.
2. Ασχολούνται με την προ, κατά και μετά την μεταμόσχευση παροχής φροντίδας σε υποψήφιους λήπτες μοσχεύματος.
3. Συμμετέχουν στις ομάδες λήψης οργάνων και μυελού των οστών.
4. Οι υπηρετούντες Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων σε Μονάδες Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, πέραν των προαναφερόμενων, αναλαμβάνουν ακόμη την επικοινωνία τόσο με τα τμήματα ιστοσυμβατότητας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, όπου τυποποιούνται οι δωρητές μυελού των οστών, όσο και με τον Ε.Ο.Μ., όπου τηρείται το Εθνικό Μητρώο Δωρητών Μυελού των Οστών, προκειμένου για την διευκόλυνση της διεκπεραίωσης αναζήτησης συμβατού δότη για την επιτυχία κάθε αλλογενούς μεταμόσχευσης μυελού των οστών. Συμμετέχουν ακόμη στη διεκπεραίωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας και φροντίζουν ασθενείς και δότες προς τούτο.

Οι Συντονιστές Μεταμόσχευσης ανεξάρτητα από τη θέση που π καθένας παρέχει την υπηρεσία θα πρέπει εκτός από σωστός επαγγελματίας να σκέπτεται ότι ασκεί ένα λειτούργημα και να αντιμετωπίζει με ανθρωπιά τον πάσχοντα συνάνθρωπό του, να αντιμετωπίζει το μόσχευμα με τον προσήκοντα σεβασμό και οφείλει να σέβεται πάνω από καθετί αυτούς που το προσφέρουν.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΙΔΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Μεταμόσχευση δέρματος. Τα δερματικά μοσχεύματα είναι τμήματα της επιδερμίδας και του χορίου, που έχουν αποκοπεί τελείως από την αγγείωση της δότριας επιφάνειας πριν μεταφερθούν και τοποθετηθούν στη λήπτρια επιφάνεια. Ανάλογα με την προέλευσή τους, βιολογικά διακρίνουμε τα αυτομοσχεύματα, που λαμβάνονται και τοποθετούνται στον ίδιο ζώντα οργανισμό, τα ισομοσχεύματα, που χρησιμοποιούνται μεταξύ γενετικά ταυτόσημων οργανισμών (μονοωγενείς δίδυμοι), τα αλλομοσχεύματα ή ομοιομοσχεύματα, που χρησιμοποιούνται μεταξύ δύο γενετικά διαφορετικών οργανισμών του ίδιου όμως γένους και τα ξενομοσχεύματα ή ετερομοσχεύματα, που τοποθετούνται σε ζώντες οργανισμούς διαφορετικού γένους.

Από ανοσοβιολογική άποψη, τα δύο πρώτα είδη μοσχευμάτων είναι ταυτόσημα προς το λήπτη και δεν εμφανίζουν σημεία απόρριψης, σε αντίθεση με τα δύο τελευταία που εμφανίζουν το φαινόμενο της απόρριψης. Επειδή τα αλλομοσχεύματα και τα ξενομοσχεύματα δεν μπορούν να παραμείνουν μόνιμα στη λήπτρια επιφάνεια, χρησιμοποιούνται στη χειρουργική ως «βιολογικοί επίδεσμοι», για την προσωρινή κάλυψη εκτεταμένων δερματικών ελλειμμάτων, όπως τα εγκαύματα, όπου περιορίζουν την απώλεια των υγρών από την εγκαυματική επιφάνεια, μειώνουν το άλγος και τις επιμολύνσεις και συμβάλλουν στην ανάπτυξη κοκκιώδους συνδετικού ιστού προκαλώντας τη δημιουργία νέων αγγείων.

Ανάλογα με το πάχος τους τα μοσχεύματα διακρίνονται σε:

α) Μοσχεύματα μερικού πάχους ή μοσχεύματα κατά Thiersch, που αποτελούνται από την επιδερμίδα και τμήμα του χορίου μόνο. Από τα μοσχεύματα μερικού πάχους τα πιο διαδεδομένα είναι τα δικτυωτά, γιατί έχουν πολλά πλεονεκτήματα και χρησιμοποιούνται ως μέθοδος εκλογής για την κάλυψη εγκαυματικών επιφανειών

β) Μοσχεύματα ολικού πάχους ή μοσχεύματα κατά Wolffe-Krause, που αποτελούνται από την επιδερμίδα και δύο στιβάδες του χορίου

γ) Μοσχεύματα χορίου, τα οποία χρησιμοποιούνται για την κάλυψη μεγάλων κοιλιοκηλών ή άλλων τοιχωματικών ελλειμμάτων. Η λήψη τους γίνεται με αφαίρεση της επιδερμίδας από ένα μόσχευμα ολικού πάχους.

Κρημνοί. Κρημνός ονομάζεται ένα κινητό τμήμα ιστών, που μπορεί να μετατοπισθεί από την μία περιοχή του σώματος στην άλλη και αιματώνεται από τα αγγεία που υπάρχουν στον σχηματιζόμενο μίσχο. Στην Πλαστική Χειρουργική χρησιμοποιούνται κυρίως δερματικοί, βλεννογονικοί ή μυϊκοί κρημνοί.

Ενθέματα. Τα αυτομοσχεύματα κατά κανόνα προτιμούνται για την αντικατάσταση ιστών που λείπουν. Παρόλα αυτά, υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες αυτομοσχεύματα ενός ιστού είτε δεν μπορούν να ληφθούν σε ικανή ποσότητα είτε η χρησιμοποίησή τους δεν δίνει καλό μετεγχειρητικό αποτέλεσμα. Στις περιπτώσεις αυτές και μόνο μπορούν να χρησιμοποιηθούν ενθέματα, τα οποία κατασκευάζονται από μέταλλο ή συνθετικές πλαστικές ουσίες.

Βασική όμως προϋπόθεση για τη χρησιμοποίηση των ενθεμάτων είναι να πληρούν τους παρακάτω όρους:

1. Να μην επηρεάζονται οι φυσικές τους ιδιότητες μέσα στον οργανισμό (αντοχή).
2. Να είναι χημικά αδρανή και σταθερά, ώστε να μην ανιχνεύονται στον οργανισμό.
3. Να μην προκαλούν έντονη άσηπτη φλεγμονή ή αντίδραση ξένου σώματος.
4. Να μην είναι καρκινογόνα.
5. Να μην προκαλούν αλλεργία ή υπερευαισθησία.
6. Να είναι ανθεκτικά σε όλες τις εξωτερικές μηχανικές δυνάμεις που επιδρούν σ' αυτά.
7. Να λαμβάνουν εύκολα το επιθυμητό σχήμα.
8. Να μπορούν να αποστειρωθούν.

Μέχρι σήμερα δεν έχει ανακαλυφθεί η ιδεώδης συνθετική ύλη που να ανταποκρίνεται τελείως σε όλες αυτές τις προϋποθέσεις, ωστόσο οι χειρουργοί χρησιμοποιούν διάφορα άλλα υλικά, όπως μέταλλα, υφάσματα και στερεά συνθετικά υλικά, όπως οι ακρυλικές ρητίνες και οι σιλοξάνες.

Μεταμόσχευση βλεννογόνου. Τα βλεννογονικά μοσχεύματα, όπως και τα δερματικά, διακρίνονται σε μερικού και ολικού πάχους. Τα μερικού πάχους αποτελούνται από το επιθήλιο, τη βασική μεμβράνη και τμήμα της μέσης στιβάδας, ενώ τα ολικού πάχους περιέχουν και τη μέση στιβάδα μέχρι τον υποβλεννογόνο

χιτόνα. Τα βλεννογονικά μοσχεύματα χρησιμοποιούνται για την αποκατάσταση του επιπεφυκότα, καθώς και τμημάτων της στοματικής κοιλότητας. Δότριες επιφάνειες αποτελούν ο στοματικός βλεννογόνος του κάτω χείλους και του κόλπου. Ειδικά όμως για την αποκατάσταση του κάτω βλεφάρου, χρησιμοποιείται σύνθετο μόσχευμα, που αποτελείται από το ρινικό βλεννογόνο μαζί με τμήμα του διαφράγματος.

Μεταμόσχευση λιπόδους ιστού. Εφαρμόζεται στη θεραπεία της ημιατροφίας του προσώπου και στην υποπλασία των μαστών. Πειραματικές μελέτες απέδειξαν ότι το λίπος μεταμοσχευόμενο χρειάζεται περίπου 3-4 ημέρες μέχρι την επαναγγείωση του. Το χρονικό αυτό διάστημα είναι τόσο μεγάλο, ώστε ήδη το κεντρικό τμήμα του μοσχεύματος να υπόκειται σε νέκρωση, που έχει ως συνέπεια την απορρόφηση του και την ανάπτυξη κυστών που περιέχουν λίπος. Για το λόγο αυτό το λίπος δεν χρησιμοποιείται πλέον στην επανορθωτική χειρουργική και έχει αντικατασταθεί από ενθέματα σιλικόνης.

Μεταμόσχευση περιτονίας. Τα μοσχεύματα πλατειάς περιτονίας χρησιμοποιούνται στη χειρουργική ως υλικό σύγκλεισης ιστικών χασμάτων, π.χ. στο τοίχωμα του θώρακα και της κοιλιάς, στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα της καρδιάς κ.τ.λ. και ως “ινία” για την ανάρτηση των άνω βλεφάρων στη βλεφαρόπτωση ή της παρειάς σε παράλυση του προσωπικού νεύρου. Μακροχρόνιες βιοχημικές και ιστοχημικές μελέτες απέδειξαν ότι τα μοσχεύματα πλατειάς περιτονίας ως αυτομοσχεύματα διατηρούν τις βιολογικές τους ιδιότητες, αλλά ως αλλομοσχεύματα απορροφώνται. Έτσι χάνουν τις βιοφυσικές τους ιδιότητες και προκαλούν μόνο μια έντονη τοπική αντίδραση με ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού. Για το λόγο αυτό η πλατιά περιτονία χρησιμοποιείται από μερικούς μόνο χειρουργούς ως αλλομόσχευμα για την ασφαλέστερη σύγκλειση μεγάλων μετεγχειρητικών κοιλιοκηλών.

Μεταμόσχευση χόνδρου. Ο χονδρικός ιστός μεταμοσχευμένος ως αυτομόσχευμα, όχι μόνο διατηρεί την αρχική του δομή ως “ζώντας” ιστός, αλλά αναπτύσσεται ακόμη περισσότερο στη λήπτρια περιοχή. Τα μοσχεύματα χόνδρου σε αντίθεση με τα οστικά, ενώνονται με τους γύρω ιστούς σχηματίζοντας ουλή από συνδετικό ή χονδροϊνώδη ιστό και παραμένουν ως “ζώντες” ιστοί στο λήπτη, λόγω της μικρής αντιγονικής δραστηριότητας των χονδρικών κυττάρων και της “μονωτικής” προστατευτικής ιδιότητας της μεσοκυττάριας ουσίας, που παράγουν.

Μεταμόσχευση οστού. Τα οστικά μοσχεύματα κλινικά διακρίνονται σε μοσχεύματα από συμπαγές οστούν, σπογγώδες οστούν ή από συνδυασμό και των δύο. Η μορφολογία των συμπαγών οστών είναι τέτοια που δεν επιτρέπει τη γρήγορη επαναγγείωση τους, ενώ τα μοσχεύματα από σπογγώδη ουσία, λόγω της αρχιτεκτονικής τους, περιέχουν μεγάλο αριθμό οστεοβλαστών και η επαναγγείωση τους είναι ευκολότερη. Με βάση τα πειραματικά και κλινικά δεδομένα, κάθε οστικό μόσχευμα υπόκειται σε νέκρωση και αφαλάτωση, διατηρεί όμως την αρχική του δομή ώστε οι δοκίδες να χρησιμεύουν σαν “ικρίωμα”.

Στη συνέχεια αρχίζει η σταδιακή ανάπλαση του οστού (οστεογένεση) από τους υπάρχοντες οστεοβλάστες, που καλύπτουν τις αφαλατωμένες οστικές δοκίδες. Στην οστεογένεση συντελεί η επαναγγείωση του μοσχεύματος μέσω των αβερσειών συστημάτων και των σωλήνων του Volkman. Εάν δεν εκπληρωθούν οι παραπάνω προϋποθέσεις, το μόσχευμα απορροφάται και στη θέση του αναπτύσσεται συνδετικός ιστός. Σαν δότριες περιοχές για τη λήψη οστικών μοσχευμάτων χρησιμοποιούνται οι πλευρές, το λαγόνιο και η πρόσθια επιφάνεια της κνήμης.

Μεταμόσχευση μυός. Τα μυϊκά μοσχεύματα αποτελούν νέα εξέλιξη στην πλαστική χειρουργική, αφού μέχρι σήμερα ήταν γνωστό ότι ένας μεταμοσχευμένος μυς εκφυλίζεται σε ινώδη συνδετικό ιστό και έτσι χάνει τη λειτουργικότητα του. Η χρησιμοποίηση μυϊκών μοσχευμάτων στον άνθρωπο είναι αρκετά περιορισμένη, λόγω των δυσκολιών που αναγνωρίστηκαν από την εκτεταμένη και μακροχρόνια πειραματική έρευνα. Κύριος ανασταλτικός παράγοντας είναι η δυνατότητα μεταμόσχευσης λεπτών και μικρών μόνο μυών, ώστε να εξασφαλίζεται η επιβίωσή τους. Για το λόγο αυτό έως τώρα έχουν χρησιμοποιηθεί μόνο ο βραχύς εκτείνων τα δάκτυλα του άκρου ποδός και ο μακρύς παλαμιαίος μυς. Επιπλέον αρχίζουν να γίνονται επεμβάσεις για την επανάκτηση της κινητικότητας των μιμικών μυών του προσώπου μετά από παράλυση του προσωπικού νεύρου.

Μεταμόσχευση νεύρων. Νευρικά μοσχεύματα χρησιμοποιούνται για τη γεφύρωση περιφερικών νεύρων που έχουν κοπεί λόγω τραύματος ή που έχουν διηθηθεί από νεοπλάσματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η συναφαίρεση του προσωπικού νεύρου σε κακοήθεις όγκους της παρωτίδας, όπου το δημιουργούμενο νευρικό χάσμα γεφυρώνεται με νευρικό μόσχευμα. Σαν νευρικά μοσχεύματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο αυτομοσχεύματα, κυρίως το υποκνημίδιο νεύρο, αφού

μέχρι σήμερα όλοι οι τρόποι συντήρησης των αλλομοσχευμάτων έχουν τελείως αποτύχει. Η επιβίωση του νευρικού μοσχεύματος εξαρτάται πρώτα από την επαναγγείωσή του. Εάν αυτή δεν είναι πλήρης σε όλα τα αγγειακά πλέγματα του νεύρου, τότε είναι δυνατόν να εμφανισθούν μη αναστρέψιμες βλάβες στους νευράξονες, οπότε και η επαναλειτουργία του μοσχεύματος θα είναι ελλιπής. Η ταχύτητα της επαναγγείωσης εξαρτάται από το μήκος και τη διάμετρο του μοσχεύματος. Λεπτά και μικρά μοσχεύματα επιβιώνουν καλύτερα από τα παχύτερα και μικρότερα.

Κλινικές μεταμοσχεύσεις

Μεταμόσχευση νεφρού. Νεφρική μεταμόσχευση γίνεται σε άτομα που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας με άμεση προτεραιότητα στα παιδιά και τους νέους σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους, καθώς και σε άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα δυσπροσαρμοστίας στον τεχνητό νεφρό και μη ικανοποιητική αρτηριοφλεβική επικοινωνία για σωστή αιμοκάθαρση.

Υπάρχουν δύο είδη νεφρικής μεταμόσχευσης, η μεταμόσχευση με πτωματικό νεφρό και η μεταμόσχευση από ζώντα δότη. Βασική προϋπόθεση για τη λήψη του πτωματικού νεφρού είναι να έχει επέλθει εγκεφαλικός θάνατος του δότη. Ιδανικοί δότες πτωματικών νεφρών θεωρούνται άτομα προηγουμένως υγιή με φυσιολογική νεφρική λειτουργία, τα οποία κατέληξαν από ανεπανόρθωτη εγκεφαλική βλάβη. Η επιβίωση του ληφθέντος νεφρικού μοσχεύματος εξαρτάται από το «θερμό χρόνο ισχαιμίας», δηλαδή το χρόνο που θα περάσει από την ώρα που θα διακοπεί η αιματική ροή του δότη μέχρι την ώρα που θα τοποθετηθεί στην έκπλυση ο νεφρός και από τον «ψυχρό χρόνο ισχαιμίας», που είναι ο χρόνος από τη στιγμή της έκπλυσης μέχρι τη στιγμή της επαναγγείωσης, με την τοποθέτηση του μοσχεύματος στο λήπτη.

Πριν από κάθε μεταμόσχευση ο δότης υποβάλλεται σε όλες τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις, που απαιτούνται για την ομαλή και επιτυχή διεξαγωγή της μεταμόσχευσης με κυριότερη τη *μικτή καλλιέργεια των λεμφοκυττάρων*, με την οποία εξετάζεται η ασυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη στα αντιγόνα του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας. Απαραίτητη προϋπόθεση για να διεξαχθεί η επέμβαση είναι ο λήπτης να μην πάσχει από κάποια λοίμωξη και τα εργαστηριακά

ευρήματα να είναι φυσιολογικά. Σε περίπτωση απόρριψης του μοσχεύματος εμφανίζονται συμπτώματα όπως oligουρία, πυρετός, αύξηση του βάρους, υπέρταση, επώδυνη διόγκωση του μοσχεύματος, λευκοκυττάρωση, αύξηση της ουρίας, της κρεατινίνης και των παθολογικών στοιχείων των ούρων.

Η μεταμόσχευση νεφρού αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (X N A).

Αντενδείξεις είναι λίγες όπως:

1. Νεοπλασίες
2. Συστηματικές μεταβολικές παθήσεις
3. Λοιμώξεις
4. Συστηματικές αγγειοπάθειες
5. Ανεπάρκεια τελικού σταδίου διαφόρων οργάνων και
6. κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Αλκοολικοί, χρήστες ναρκωτικών ή άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα δεν συμμορφώνονται με την επιβαλλόμενη μετεγχειρητική παρακολούθηση και οδηγούν σε αποτυχία της μεταμοσχεύσεως.

Προμεταμοσχευτικός έλεγχος

Οι υποψήφιοι νεφρικών μοσχευμάτων πρέπει να υποβάλλονται σε συστηματικό έλεγχο για την ανάδειξη παθήσεων που ενδεχομένως να αποτελούν αντένδειξη για μεταμόσχευση ή αν αναδειχθούν να θεραπευθούν και να επιτρέψουν τη μεταμόσχευση. Το πεπτικό, καρδιαγγειακό, αναπνευστικό και ουροποιογεννητικό σύστημα πρέπει να αποτελούν στόχους του ελέγχου. Εστίες λοιμώξεων πρέπει να θεραπεύονται. Η ύπαρξη υπερπαραθυρεοειδισμού πρέπει να διορθώνεται. Ο έλεγχος πρέπει να συμπληρώνεται με πλήρη χαρτογράφηση των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας.

Απόρριψη του μοσχεύματος

Η απόρριψη αποτελεί τη συχνότερη αιτία αποτυχίας της μεταμοσχεύσεως και διακρίνεται σε τέσσερις τύπους :υπεροξεία, επιταχυνόμενη οξεία, οξεία και χρόνια. Η διάκριση βασίζεται κυρίως σε χαρακτηριστικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς και ορισμένα παθολογοανατομικά ευρήματα:

*Υπεροξεία απόρριψη:*Εμφανίζεται αμέσως με την αιμάτωση του μοσχεύματος και

οφείλεται σε είδη έτοιμα αντισώματα στο λήπτη.

Επιταχυνόμενη απόρριψη: Συμβαίνει μεταξύ 3^{ης} και 5^{ης} μετεγχειρητικής ημέρας. Τα αιμοπετάλια παίζουν ενεργό ρόλο σ' αυτή τη μορφή απορρίψεως.

Οξεία απόρριψη: Συμβαίνει κατά τους 3 πρώτους μήνες μετά τη μεταμόσχευση. Ευθύνεται για 85% των επεισοδίων απορρίψεως. Η κύρια αιτία φαίνεται να είναι η μη επαρκής ανοσοκαταστολή.

Χρόνια απόρριψη: Συμβαίνει σε 8%-10%. Χαρακτηρίζεται από προοδευτική λειτουργική έκπτωση του μοσχεύματος. Η αιτία είναι άγνωστη και συμβαίνει 4 φορές λιγότερο σε μοσχεύματα από συγγενείς δότες.

Αποτελέσματα: Η πενταετής επιβίωση φτάνει το 85-95%. Ασθενείς με μόσχευμα από συγγενείς δότες έχουν 25% καλύτερη πρόγνωση. Νέα άτομα παρουσιάζουν περισσότερα και βαρύτερα επεισόδια οξείας απορρίψεως. Η οξεία απόρριψη συνδυάζεται με χειρότερη πρόγνωση. Η άμεση λειτουργία του μοσχεύματος έχει καλύτερες προσδοκίες για μακρότερη επιβίωση.

Μεταμόσχευση καρδιάς. Ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται στο τελικό στάδιο της καρδιακής ανεπάρκειας και να πάσχει από καρδιακό νόσημα με προσδόκιμη επιβίωση μικρότερη του ενός χρόνου. Κατά τ' άλλα, ισχύει ό,τι και στις λοιπές μεταμοσχεύσεις.

Υπάρχουν δύο μέθοδοι μεταμόσχευσης της καρδιάς, η ορθοτοπική και η ετεροτοπική. Στην ορθοτοπική μεταμόσχευση αφαιρείται η καρδιά του λήπτη, εκτός από τμήμα του οπίσθιου τοιχώματος του δεξιού και αριστερού κόλπου όπου εκβάλλουν η άνω και κάτω κοίλη φλέβα και οι πνευμονικές φλέβες αντίστοιχα και στη θέση της συρράπτεται η καρδιά του δότη, με την αναστόμωση των δεξιών και αριστερών κόλπων, της αορτής και της πνευμονικής αρτηρίας.

Στην ετεροτοπική μεταμόσχευση η καρδιά του λήπτη παραμένει στη φυσική της θέση. Η καρδιά του δότη συρράπτεται με την αναστόμωση των δεξιών και αριστερών κόλπων, της αορτής τελικοπλάγια με την αορτή του λήπτη και της πνευμονικής αρτηρίας του δότη με την πνευμονική του λήπτη, με την παρεμβολή συνθετικού σωληνωτού μοσχεύματος. Στο 90% των μεταμοσχεύσεων ακολουθείται η ορθοτοπική μέθοδος, αλλά η ετεροτοπική έχει το πλεονέκτημα ότι παρά την απόρριψη του μοσχεύματος ο ασθενής επιζεί μέχρι να βρεθεί νέο μόσχευμα. Η

μεταμοσχευμένη καρδιά συμπεριφέρεται αιμοδυναμικά όπως και η φυσική, αλλά στερείται νεύρωσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα η καρδιακή παροχή να εξαρτάται αποκλειστικά από το βαθμό πλήρωσης της αριστερής κοιλίας και τη συσταλτικότητα του μυοκαρδίου.

Κριτήρια επιλογής υποψηφίων

Η επιλογή των υποψηφίων για μεταμόσχευση καρδιάς διέπεται από αυστηρότατα κριτήρια, γι' αυτό και σε καλά οργανωμένα κέντρα η απόφαση αποδοχής και εγγραφής του υποψηφίου στον κατάλογο αναμονής γίνεται από επιτροπή γιατρών όλων των ειδικοτήτων που συμμετέχουν στην προεγχειρητική μελέτη.

Η απόφαση αυτή ίσως είναι η σημαντικότερη την οποία λαμβάνει η χειρουργική ομάδα. Είναι ευνόητο ότι ο ασθενής πρέπει να μεταμοσχευθεί πριν εισέλθει στο στάδιο της πολυοργανικής ανεπάρκειας, όπως και ότι δεν πρέπει να χειρουργηθεί πρόωρα, δηλαδή σε στάδιο όπου η επιβίωση του χωρίς την μεταμόσχευση θα είναι εξίσου καλή.

Προϋποθέσεις για να γίνει κάποιος δότης καρδιάς είναι :

1. Ηλικία μέχρι 35 ετών για τους άνδρες και 45-50 για τις γυναίκες.
2. Α, Β, Ο συμβατότητα .
3. Ελεύθερο ιστορικό για στεφανιαία νόσο, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη και υπερχοληστεριναιμία.
4. Ελεύθερο ιστορικό για καρδιακή ανακοπή.
5. Χορήγηση συμπαθομιμητικών ουσιών.
6. Απουσία παρατεταμένης υποτάσεως κατά το στάδιο που προηγείται της λήψεως των οργάνων, η οποία συνεπάγεται κακή αιμάτωση του μυοκαρδίου και βλάβη του μοσχεύματος.

Επιπλοκές της μεταμόσχευσης είναι.

1. Η απόρριψη
2. Οι λοιμώξεις
3. Η πρόιμη αθηροσκλήρωση
4. Οι νεοπλασίες

Μεταμόσχευση πνεύμονα Ελάχιστοι με τελικό στάδιο αναπνευστικής ανεπάρκειας

έχουν μέχρι σήμερα μεταμοσχευθεί με πτωματικούς πνεύμονες και από αυτούς μόνο ένας έζησε για 10 μήνες και ένας άλλος για 6 μήνες. Σε επίσημες αναφορές οι κλινικές μεταμοσχεύσεις πνεύμονα δεν ξεπερνούν τις 45 περιπτώσεις. Το πρώτο εμπόδιο στην πρόοδο των μεταμοσχεύσεων αποτελεί η εξαιρετική δυσκολία στην εξεύρεση πνευμονικού μοσχεύματος, έπειτα η συχνά κακή γενική κατάσταση του λήπτη, η δικαιολογημένα περιορισμένη εμπειρία των μεταμοσχευτών πνεύμονα και οι επιπλοκές που εμφανίζονται από την κακή επούλωση των βρογχικών αναστομώνσεων.

Ακόμη, αναπόφευκτο μειονέκτημα του πνεύμονα αποτελεί η άμεση επαφή του με το εξωτερικό περιβάλλον, γεγονός που τον κάνει επιρρεπή σε λοιμώξεις, καθώς και η αδυναμία διατήρησης της νεύρωσης του οργάνου, με αποτέλεσμα να καταργείται το αντανακλαστικό του βήχα και να μεταβάλλεται το ποσό και η πυκνότητα των εκκρίσεων.

Τέλος, είναι γνωστό ότι είναι αδύνατο να αφαιρεθεί πνευμονικό μόσχευμα που να είναι άσηπτο. Η πρώτη απόπειρα μεταμοσχεύσεως πνεύμονα σε άνθρωπο έγινε το 1963.όπου ο λήπτης έζησε 18 μέρες. Μεταξύ 1963 και 1983 εξετελέστηκε επιτυχώς η πρώτη μεταμόσχευση πνεύμονα σε άρρωστο με πνευμονική ίνωση Αυτό επιτεύχθηκε γιατί παρατηρήθηκε ότι μεγάλες δόσεις στεροειδών προκαλούσαν διάσπαση της βρογχικής αναστομώνσεως με επακόλουθη σηψαιμία και θάνατο.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1. Ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση
2. Εμφύσημα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
3. Κυστική ίνωση
4. Πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση

Γενικές ενδείξεις

1. Προσδόκιμο επιβιώσεως μικρότερο των 2 ετών
2. Στάδιο 3 η 4 κατά N. Y. H. A, αλλά με δυνατότητα λειτουργικής αποκαταστάσεως.

Ενδείξεις κατά πάθηση

1. Ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση

2. Εμφύσημα
3. Κυστική ίνωση
4. Πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση.

Απόλυτες αντενδείξεις

1. Νεοπλάσματα
2. Ενεργός λοίμωξη
3. Μη αναστρέψιμη δυσλειτουργία ζωτικών οργάνων(νεφρών, ήπατος)
4. Ιστορικό ελλείψεως συνεργασίας και υπακοής στις ιατρικές οδηγίες
5. Συνεχιζόμενη κατάχρηση καπνού ή ναρκωτικών
6. Σημαντική στεφανιαία νόσος.

Μεταμόσχευση σπλήνα. Πριν μερικά χρόνια επιχειρήθηκαν σπληνικές μεταμοσχεύσεις με την ελπίδα ότι θα ενισχυθεί η ανοσοβιολογική αντίσταση του οργανισμού κατά του καρκίνου, αλλά κατέληξαν σε πλήρη αποτυχία. Η προσπάθεια μεταμόσχευσης σπλήνα για παραγωγή παράγοντα VII στοίχιζε πολύ ακριβά, γιατί ως λεμφοποιητικό όργανο ο σπλήνας παρουσίαζε έντονη απόρριψη και όταν δεν απορριπτόταν, ο λήπτης κινδύνευε από ομόλογο νόσο, λόγω αντίδρασης του μοσχεύματος εναντίον του λήπτη. Σήμερα ο σπλήνας μεταμοσχεύεται μόνο πειραματικά, για την έρευνα των διαφόρων σταδίων της αντίδρασης των μεταμοσχεύσεων.

Μεταμόσχευση εντέρου. Παρά τη δραματική ανάγκη μεταμόσχευσης τμήματος εντέρου σε ασθενείς με σύνδρομο βραχέως εντέρου, όλες οι προσπάθειες για αλλομεταμόσχευση εντέρου κατέληξαν σε θάνατο του λήπτη. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται 6 τέτοιες κλινικές περιπτώσεις. Η έβδομη και τελευταία αναφέρεται από τον Έλληνα καθηγητή της χειρουργικής Π. Χρυσοσπάθη και τους συνεργάτες του και είναι η μόνη που έζησε. Όπως ο σπλήνας και ο πνεύμονας, έτσι και οι εντερικές μεταμοσχεύσεις βρίσκονται ακόμη σε πειραματικό στάδιο.

Μεταμόσχευση λεπτού εντέρου

Η μεταμόσχευση λεπτού εντέρου έχει πλέον καθιερωθεί ως θεραπεία ασθενών με εντερική ανεπάρκεια. Απευθύνεται σε άτομα με εκτεταμένες εντεροκτομές από αγγειακά ή νεοπλασματικά αίτια. Οι υποψήφιοι λήπτες επιζούν σε ολική παρεντερική

διατροφή(ΟΠΔ). Η μακροχρόνια ΟΠΔ προκαλεί μη αναστρέψιμες βλάβες του ήπατος και επιβάλλεται συχνά η μεταμόσχευση ταυτοχρόνως ήπατος και λεπτού εντέρου. Η λήψη του μοσχεύματος γίνεται από δότες με μόνιμες βλάβες του εγκεφαλικού στελέχους και συγγενής ζώντες δότες. Η λήψη μοσχευμάτων από συγγενείς υπαγορεύεται όχι από τις ανάγκες σε μοσχεύματα αλλά από τη διαπίστωση ότι η μακροχρόνια επιβίωση των ασθενών είναι καλύτερη εκείνων που έλαβαν το μόσχευμα από πτωματικούς δότες. Η κυκλοσπορίνη δεν αποδείχθηκε αποτελεσματική στη μεταμόσχευση λεπτού εντέρου. Αντιθέτως το ΦΚ-506 κατέστησε τη μεταμόσχευση λεπτού εντέρου θεραπευτική μέθοδο, ενώ το μυκοφαινολικό οξύ ένα νεότερο φάρμακο φαίνεται να αποτελεί σταθμό στις μεταμοσχεύσεις του εντέρου.

Μεταμόσχευση ήπατος. Μεταμοσχεύσεις ήπατος γίνονται σε περιπτώσεις ηπατικής ανεπάρκειας, η οποία μπορεί να προκλήθηκε από κίρρωση του ήπατος, ιογενή ηπατίτιδα, κυρίως C και φυματίωση, με αποτέλεσμα την πλήρη καταστροφή του ηπατικού παρεγχύματος. Η μεταμόσχευση ήπατος δεν έχει ιδιαίτερος μακρά κλινική διαδρομή. Εξελίχθηκε ταχύτατα την δεκαετία του 1980 μετά την ανακάλυψη της Κυκλοσπορίνης A και σήμερα αποτελεί καθιερωμένη και αποτελεσματική θεραπεία για παθήσεις ήπατος τελικού σταδίου. Υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες ασθενών που είναι υποψήφιοι για μεταμόσχευση οι οποίοι είναι

1. Ασθενείς με κίρρωση και πυλαία υπέρταση
2. Οξεία ηπατική ανεπάρκεια
3. Πρωτοπαθείς και ορισμένες μόνο δευτεροπαθείς νεοπλασίες ήπατος
4. Μεταβολικές διαταραχές που το αίτιο εντοπίζεται στο ήπαρ

Αν υπάρχει ενζυμική έλλειψη αρκεί να μεταμοσχευθεί μέρος του ήπατος. Αν υπάρχει παθολογική αιτία επιβάλλεται μεταμόσχευση ολόκληρου του ήπατος επιβάλλεται και όταν η μεταβολική διαταραχή έχει προκαλέσει μη αναστρέψιμη ηπατοπάθεια

Μεταμόσχευση παγκρέατος. Η μεταμόσχευση του παγκρέατος εφαρμόζεται σε διαβητικά άτομα, που βρίσκονται στο τελικό στάδιο νεφρικής ανεπάρκειας και είτε πρόκειται είτε έχουν ήδη μεταμοσχευτεί με νεφρό και επομένως παίρνουν ανοσοκατασταλτική αγωγή. Η ταυτόχρονη μεταμόσχευση νεφρού-παγκρέατος αποτελεί πάγια τακτική πολλών κέντρων μεταμόσχευσης σ' όλο τον κόσμο. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι για ένα ασθενή με διαβήτη που πρόκειται να μεταμοσχευτεί με νεφρικό μόσχευμα, η προσθήκη και δεύτερου μοσχεύματος (του παγκρέατος), δεν

επιβεβαιώνει την επιβίωση του μοσχεύματος, αλλά, αντίθετα, αυξάνει την επιβίωση του ασθενούς. Η μεταμόσχευση παγκρέατος εφαρμόζεται επίσης και σε άλλες κατηγορίες ασθενών, που δεν έχουν νεφρική ανεπάρκεια, έχουν όμως δυσκολορύθμιστο διαβήτη, παρουσιάζουν σοβαρά επεισόδια υπογλυκαιμίας λόγω αδυναμίας αναγνώρισης της υπογλυκαιμίας και γενικά όταν υπάρχουν κλινικά και ψυχολογικά προβλήματα τόσο σοβαρά από τη χρήση της ινσουλινοθεραπείας, που κάνουν την εφαρμογή της αδύνατη.

Η μεταμόσχευση παγκρέατος αποσκοπεί στη διασφάλιση της παραγωγής ενδογενούς ινσουλίνης. Πρέπει να προγραμματίζεται μόνο όταν εμφανίζονται οι βαριές επιπλοκές της νόσου του σακχαρώδους διαβήτη τύπου όπως:

1. Αμφιβληστροειδοπάθεια
2. Νεφροπάθεια
3. Νευροπάθεια

Η διασφάλιση ενδογενούς παραγωγής ινσουλίνης σταθεροποιεί ή και αναστρέφει μερικώς τις βλάβες. Έτσι η μεταμόσχευση του παγκρέατος απευθύνεται σε τρεις κατηγορίες ασθενών:

1. Σε άτομα που χρειάζονται μεταμόσχευση νεφρού συνεπεία διαβητικής νεφροπάθειας
2. Σε άτομα που ήδη έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού και το μόσχευμα εκδηλώνει διαβητική νεφροπάθεια
3. Σε άτομα που εκδηλώνουν κάποια από τις βαριές επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1.

Η μεταμόσχευση του παγκρέατος στην κατηγορία αυτή έχει στόχο την αποτροπή εξέλιξως:

1. Της αμφιβληστροπάθειας σε μόνιμη τύφλωση
2. Της νεφροπάθειας σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
3. Της νευροπάθειας σε βαριά μορφή που καθιστά αδύνατη την επιβίωση του ασθενούς.

Μεταμόσχευση κερατοειδούς. Σε περιπτώσεις που η διαφάνεια του κερατοειδούς έχει καταστραφεί (εγκαύματα, τραύματα, βαριές κερατίτιδες) ή έχει διαταραχθεί η φυσιολογική σφαιρική διαμόρφωση του κερατοειδή (κερατόκωνος) τότε η μόνη

θεραπευτική αντιμετώπιση είναι η αφαίρεση του παθολογικού κερατοειδή και η αντικατάστασή του με ένα φυσιολογικό που λαμβάνουμε από ένα νεκρό δότη (πτωματικό μόσχευμα). Συχνά, τελείως άστοχα, η επέμβαση αυτή αναφέρεται στον τύπο σαν μεταμόσχευση οφθαλμού χαρακτηρισμός προφανώς λανθασμένος. Δεν μεταμοσχεύεται ολόκληρος ο οφθαλμός, πράγμα αδύνατο τουλάχιστον μέχρι σήμερα, αλλά ένα μικρό μόνο τμήμα του βολβού, ο κερατοειδής. Η μεταμόσχευση κερατοειδούς είναι γνωστή ως κερατοπλαστική και χάρη σε αυτήν μπορεί να σωθεί η όραση ενός πάσχοντα ανθρώπου.

Μυελός των οστών

Άλλος ένας ιστός που μπορεί να μεταμοσχευτεί και είναι αξιόλογο να αναφέρουμε είναι και ο μυελός των οστών.

Μυελός των οστών, λοιπόν, είναι ένας ρευστός ιστός που βρίσκεται μέσα στα οστά του σώματος και κυρίως στα οστά της λεκάνης και του στέρνου. Περιέχει αρχέγονα κύτταρα τα οποία όταν ωριμάσουν μετατρέπονται σε λευκά αιμοσφαίρια, τα οποία συμβάλλουν στην άμυνα του οργανισμού μας, τα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα οποία είναι υπεύθυνα για τη μεταφορά του οξυγόνου και άλλων στοιχείων στους ιστούς των διαφόρων οργάνων και τα αιμοπετάλια που είναι απαραίτητα στην πήξη του αίματος. Αρχέγονα κύτταρα υπάρχουν και στο αίμα σε μικρή ποσότητα. Αυτά τα κύτταρα όταν μεταμοσχεύονται σε ασθενείς δημιουργούν νέο υγιή μυελό.

Μεταμόσχευση μυελού των οστών

Μεταμόσχευση μυελού των οστών είναι η αντικατάσταση του πάσχοντος μυελού με κύτταρα από ένα υγιή δότη, τα οποία μεταγγίζονται ενδοφλέβια στον ασθενή, ακριβώς όπως μια μετάγγιση αίματος. Ο μυελός εγκαθίσταται μέσα στα οστά του λήπτη, όπου αντικαθιστά τον ανεπαρκή μυελό του και αρχίζει να παράγει φυσιολογικά υγιή κύτταρα.

Μεταμόσχευση μυελού των οστών γίνεται για θεραπεία ασθενών που έχουν μυελική απλασία (ανεπάρκεια του μυελού να φτιάξει τα κύτταρα του αίματος) , λευχαιμία (παραγωγή παθολογικών κυττάρων) , κληρονομικά αιματολογικά νοσήματα, ή μυελική καταστροφή (από ακτινοβολία ή φάρμακα) . Παλαιότερα, αυτοί οι ασθενείς ήταν καταδικασμένοι σε θάνατο, σήμερα μπορούν να σωθούν αν λάβουν μυελικό μόσχευμα.

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων καταρτίζει το Εθνικό Μητρώο

Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών, σύμφωνα με το Νόμο 2737/99, το οποίο είναι ενιαίο για όλη τη χώρα και στο οποίο τηρούνται τα στοιχεία των εθελοντών δοτών μυελού των οστών. Η Μονάδα Αναζήτησης Εθελοντών Δοτών Αρχέγονων Αιμοποιητικών Κυττάρων αναζητά δότες για ασθενείς που χρειάζονται μεταμόσχευση μυελού, αλλά δεν υπάρχει γι' αυτούς κατάλληλος συγγενής δότης, συντονίζει τις ενέργειες για συλλογή και τη μεταμόσχευση του μυελού και προωθεί την καταγραφή νέων εθελοντών δοτών.

Σήμερα το Εθνικό Μητρώο Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών έχει 12.000 Έλληνες εθελοντές δότες. Η αναζήτηση του κατάλληλου δότη γίνεται στη Διεθνή Δεξαμενή η οποία περιλαμβάνει 8.000.000 εθελοντές δότες από όλο τον κόσμο. Επειδή μερικές φορές είναι πιθανότερο να βρεθεί συμβατός δότης ανάμεσα σε ομοεθνείς, λόγω ιστικών ομοιοτήτων (κοινά αντιγόνα ιστοσυμβατότητας), ο αριθμός των Ελλήνων εθελοντών δοτών πρέπει να αυξηθεί. Γι' αυτό και αποτελεί και κύριο μέλημα του E.O.M.

Η δήλωση για την εθελοντική δωρεά μπορεί να γίνει από άτομα ηλικίας μεταξύ από 18-50 ετών, οι οποίοι δεν έχουν ιστορικό μεταδοτικών νοσημάτων. Με την δήλωση ένα μικρό δείγμα αίματος λαμβάνεται από τον εθελοντή δότη για να προσδιοριστούν τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας. Τα αποτελέσματα, μαζί με τα στοιχεία του δότη, τη δήλωση του για επιθυμία εγγραφής του στο αρχείο δοτών και το ιατρικό ιστορικό καταχωρούνται στο αρχείο δοτών που τηρείται στον E.O.M.

Η ανεύρεση συμβατού δότη μεταξύ των μελών της οικογένειας του ασθενούς, που είναι και η περισσότερο επιθυμητή, είναι δυνατή μόνο στο 30% των περιπτώσεων. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις πρέπει να αναζητηθεί εθελοντής μη συγγενής δότης. Η πιθανότητα να ταιριάζει δότης με τον ασθενή είναι πολύ μικρή και εξαρτάται από το πόσο συχνός ή σπάνιος είναι ο ιστικός τύπος του ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι ένας δότης μπορεί και να μην κληθεί ποτέ. Είναι απαραίτητη λοιπόν η ύπαρξη μεγάλου αριθμού εθελοντών, για να αυξάνονται ουσιαστικά οι πιθανότητες ανεύρεσης συμβατού δότη.

Εφόσον οι εργαστηριακές εξετάσεις δείξουν πως ένας δότης είναι συμβατός με ένα ασθενή, τότε ο δότης θα πληροφορηθεί για τη διαδικασία δωρεάς μυελού των οστών ή περιφερειακών κυττάρων. Εφόσον ο δότης ενημερωθεί πλήρως και αφού πραγματοποιηθεί κλινική εξέταση του δότη τότε θα πρέπει να αποφασίσει αν θέλει να συνεχίσει με την διαδικασία της δωρεάς και επομένως με την λήψη του μοσχεύματος. Κανείς δε μπορεί να υποχρεώσει τον δότη να δωρίσει μυελό των οστών. Γι' αυτό θα

πρέπει κανείς να είναι αρκετά βέβαιος πριν εγγραφεί στην δεξαμενή. Σκεφτείτε πόση αναστάτωση μπορεί να προκαλέσει στον άρρωστο και την οικογένειά του αν βρεθεί κάποιος που είναι συμβατός και τελευταία στιγμή αρνηθεί. Αν επιθυμείτε να αρνηθείτε σε οποιαδήποτε φάση της διαδικασίας αυτό είναι δεκτό. Καλό θα ήταν να έχετε ενημερωθεί σχετικά με την διαδικασία για να μπορέσετε να πάρετε μια συνειδητή απόφαση εφόσον έχετε σκεφτεί σοβαρά το θέμα. Διαβάστε, ρωτήστε, συζητήστε το θέμα με επαγγελματίες υγείας, την οικογένειά σας, με φίλους και με το προσωπικό του Οργανισμού.

Η λήψη του μυελού γίνεται με οστική παρακέντηση κάτω από γενική ή ραχιαία αναισθησία από ειδικούς αιματολόγους που ασχολούνται με την μεταμόσχευση. Ο δότης εισέρχεται στο νοσοκομείο και εξετάζεται από γιατρούς μία μέρα πριν από τη λήψη και εξέρχεται την επόμενη μέρα της λήψης. Το ποσό του μυελού που συλλέγετε, αποτελεί το 3-5% του συνόλου του μυελού των οστών του δότη, το οποίο και αναγεννιέται πλήρως σε 4-6 εβδομάδες, χωρίς να επηρεάζεται η γενική κατάσταση του. Η διαδικασία της λήψης μυελού είναι ανώδυνη, αφού γίνεται υπό αναισθησία. Για τις επόμενες ημέρες, όμως, και έως περίπου μια εβδομάδα υπάρχει ελαφρύς μυοσκελετικός πόνος στο σημείο της παρακέντησης (λεκάνη), που μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες.

Εκτός όμως, από τη διαδικασία της λήψης μυελού των οστών υπάρχει και μια άλλη μέθοδος συλλογής των αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων από το περιφερικό αίμα. Στην περίπτωση αυτή χορηγείται στο δότη ένα φάρμακο (GCSF) με υποδόρια ένεση για τέσσερις συνεχείς ημέρες πριν τη συλλογή αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων. Μετά τη λήψη του φαρμάκου ακολουθεί η διαδικασία της συλλογής των κυττάρων που είναι παρόμοια με αυτή της αιμοδοσίας. Το αίμα του δότη περνάει από ένα μηχάνημα το οποίο διαχωρίζει και συγκρατεί μόνο τα αρχέγονα κύτταρα του αίματος.

Όλα τα έξοδα του δότη πληρώνονται από το λήπτη ή το ταμείο του λήπτη, καθώς επίσης τα έξοδα μετακίνησης και μη-ιατρικά έξοδα.

Από την εμπειρία ετών η δωρεά μυελού των οστών και αρχέγονων κυττάρων από το περιφερικό αίμα είναι ασφαλής. Στην περίπτωση δωρεάς μυελού των οστών υπάρχει ένας πόνος στο σημείο της παρακέντησης για μερικές μετά τη λήψη. Μοναδικό όφελος της δωρεάς μυελού των οστών είναι η ανεκτίμητη ηθική ικανοποίηση του δότη γνωρίζοντας ότι βοήθησε τον συνάνθρωπό του στον αγώνα με το θάνατο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

5.1. Προεγχειρητική φροντίδα

Τις τελευταίες δεκαετίες σημειώθηκαν καταπληκτικές πρόοδοι στη χειρουργική παρέμβαση και στη μετεγχειρητική φροντίδα. Σ' αυτό συντέλεσαν πολλοί παράγοντες. Κατανοήθηκε η φύση ορισμένων παθήσεων. Αναγνωρίστηκε η σπουδαιότητα του ρόλου της υδατοηλεκτρικής, οξεοβασικής και θρεπτικής ισορροπίας στην αντιμετώπιση του χειρουργικού αρρώστου. Βελτιώθηκαν τα εργαλεία, οι συσκευές και τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται στις επεμβάσεις. Προόδευσε η αναισθησιολογία, ώστε σήμερα να είναι δυνατές μεγάλες επεμβάσεις στην καρδιά, τους πνεύμονες και τον εγκέφαλο. Καταπολεμήθηκαν αποτελεσματικά οι λοιμώξεις. Η χειρουργική συμπληρώθηκε και από άλλες θεραπείες, ώστε σήμερα να είναι δυνατή η μεταμόσχευση οργάνων. Βελτιώθηκε η αποκατάσταση του χειρουργημένου αρρώστου με διάφορα τεχνητά μέλη του σώματος.

Σήμερα, πολλοί άρρωστοι που προγραμματίζονται για χειρουργείο κάνουν τις διαγνωστικές εξετάσεις και την προεγχειρητική ετοιμασία προτού εισαχθούν στο νοσοκομείο. Επίσης, φεύγουν από το νοσοκομείο γρηγορότερα, αυξάνοντας έτσι την ανάγκη για διδασκαλία, κατ' οίκο φροντίδα υγείας και προετοιμασία για αυτοφροντίδα.

Όλες αυτές οι αλλαγές απαιτούν ένα χειρουργικό νοσηλευτή που να γνωρίζει όλη την περιεγχειρητική φροντίδα του χειρουργικού αρρώστου. Ο όρος περιεγχειρητική νοσηλευτική χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ευρεία ποικιλία των νοσηλευτικών λειτουργιών που συνδέονται με τη χειρουργική εμπειρία του αρρώστου και περιλαμβάνει τρεις φάσεις: την προεγχειρητική, την διεγχειρητική και τη μετεγχειρητική φάση.

5.1.1. Προεγχειρητική, ψυχοκοινωνική, νοσηλευτική εκτίμηση και παρεμβάσεις

Κάθε χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται από κάποια μορφή συγκινησιακής αντίδρασης του αρρώστου, έκδηλη ή όχι, φυσιολογική ή παθολογική. Οι συγκινησιακές αντιδράσεις μπορεί να επηρεάσουν τη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου, γι' αυτό είναι απαραίτητο να αναγνωρίζονται στην προεγχειρητική περίοδο.

Παίρνοντας ένα προσεκτικό ιστορικό υγείας, ο νοσηλευτής μπορεί να διαπιστώσει φόβους και ανησυχίες του αρρώστου, που αποτελούν δυνητικές πηγές συγκινησιακών αντιδράσεων, κυρίως άγχους.

Η ίδια η χειρουργική επέμβαση δεν είναι μόνο οργανικός στρεσογόμος παράγοντας. Ο άρρωστος που φοβάται τη χειρουργική επέμβαση κινδυνεύει περισσότερο από εκείνον που την αποδέχεται και επικεντρώνεται στις ωφέλειές της.

Οι φόβοι για τη χειρουργική επέμβαση δεν είναι πάντοτε ανάλογοι με τη σοβαρότητά της.

Οι προεγχειρητικοί φόβοι που μπορεί να βιώνει ο άρρωστος είναι:

1. Φόβος της νάρκωσης. Ο φόβος αυτός ήταν δικαιολογημένος πριν πολλά χρόνια, όταν ήταν λίγα γνωστά για τον έλεγχο και τα αποτελέσματα των μέσων αναισθησίας. Όμως, με τις εξευγενισμένες σημερινές μεθόδους, τα δοκιμασμένα φάρμακα και τους επιδέξιους αναισθησιολόγους, οι κίνδυνοι έχουν ελαχιστοποιηθεί. Η ευκολία με την οποία δίνεται η νάρκωση σήμερα αποδίδεται στην επαρκή φυσική και ψυχική προετοιμασία του αρρώστου. Στην επικοινωνία του με τον άρρωστο, ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στη διόρθωση λαθεμένων αντιλήψεων και πληροφοριών, ενώ η επίσκεψη του αναισθησιολόγου και του νοσηλευτή του χειρουργείου, την προηγούμενη της χειρουργικής επέμβασης, εγκαθιστά επιπρόσθετη εμπιστοσύνη.

Συχνά, ο φόβος της νάρκωσης έρχεται δεύτερος από το φόβο του πόνου και του θανάτου. Θα αισθανθώ πόνο όταν γίνεται η τομή; Και τι θα συμβεί αν παύσει η δράση του αναισθητικού; Μήπως δεν ξυπνήσω από τη νάρκωση; Ο άρρωστος χρειάζεται επιβεβαίωση ότι ο αναισθησιολόγος θα τον προσέχει συνεχώς για να προλάβει τέτοια προβλήματα. Μερικοί γιατροί δεν χειρουργούν αρρώστους που πιστεύουν ότι θα πεθάνουν. Η καλή σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και το νοσηλευτή, μαζί με τη λεπτότητα και τη διακριτικότητα στη συμπεριφορά από μέρους του νοσηλευτή, μπορούν να βοηθήσουν τον άρρωστο να διαπιστώσει ότι ο φόβος του είναι αδικαιολόγητος.

2. Φόβος του αγνώστου. Είναι συχνά ο πιο ενοχλητικός φόβος. Ο φόβος αυτός προέρχεται μερικώς από την πίστη του αρρώστου ότι δεν του είπαν όλα όσα αφορούν τη διάγνωσή του.

3. Φόβος αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου. Με τη σημερινή έμφαση στη νεότητα και το «τέλειο» σώμα, ο φόβος αυτός δεν περιορίζεται μόνο στις ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, επεκτείνεται και στις μικρές.

4. Φόβος αποχωρισμού από τα οικεία υποστηρικτικά συστήματα και από προηγούμενες δραστηριότητες μπορούν επίσης να προκαλέσουν άγχος στον άρρωστο.

Επιπλέον των παραπάνω φόβων, ο χειρουργικός άρρωστος μπορεί να στενοχωριέται και για πολλά άλλα. Μπορεί να έχει οικονομικά προβλήματα, οικογενειακές ευθύνες και επαγγελματικές υποχρεώσεις και να φοβάται για πιθανές ανικανότητες, εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης και για απώλεια ελέγχου και ανεξαρτησίας.

Ο νοσηλευτής, εξαιτίας της εγγυτητάς του με τον άρρωστο, είναι το άτομο στο οποίο αυτός εμπιστεύεται τους φόβους και τα προβλήματά του. Ο νοσηλευτής, με τη σειρά του, θα πρέπει να δημιουργεί όλες τις προϋποθέσεις που βοηθούν τον άρρωστο να εκφράζει τις σκέψεις του και να πληροφορεί το χειρουργό για τους φόβους του, ώστε μαζί να τον προετοιμάζουν για τη χειρουργική εμπειρία.

Εξάλλου, ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον κοινωνικό λειτουργό προκειμένου να λυθούν οικονομικά, οικογενειακά και εργασιακά προβλήματα του αρρώστου.

Η ψυχολογική ετοιμασία, για το χειρουργικό stress που θα ακολουθήσει, επιτρέπει στον άρρωστο να βιώνει κάποιο βαθμό άγχους. Η πληροφόρηση που δημιουργεί μέτριο βαθμό άγχους επιτρέπει στον άρρωστο να αυξήσει την ανοχή του στο stress με ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης. Απουσία άγχους αποστερεί τον άρρωστο από το κίνητρο να ετοιμαστεί ψυχολογικά για τη στρεσογόνο εμπειρία.

Στην προεγχειρητική προετοιμασία δεν θα πρέπει να παραβλέπεται και η σημαντικότητα της πνευματικής θεραπείας. Η πίστη έχει μεγάλη υποστηρικτική δύναμη. Έτσι, τα πιστεύω κάθε ατόμου πρέπει να είναι σεβαστά και να υποστηρίζονται.

Η σπουδαιότητα της προεγχειρητικής ψυχολογικής προετοιμασίας έχει τεκμηριωθεί σε διάφορες νοσηλευτικές ερευνητικές μελέτες. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι η ψυχολογική προετοιμασία:

- Βοηθά στη μείωση του άγχους.
- Μειώνει τη δόση του αναισθητικού που χορηγείται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και των αναλγητικών μετά από αυτή.

- Συμβάλλει στην πιο γρήγορη σταθεροποίηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης μετά την επέμβαση.
- Μειώνει τα επίπεδα των κορτικοστεροειδών ορμονών στο αίμα, που είναι δείκτες της ορμονικής αντίδρασης στο stress.
- Μειώνει την επίπτωση μετεγχειρητικής λοίμωξης.
- Ενθαρρύνει το άτομο να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στην ανάρρωσή του.
- Επιταχύνει την ανάρρωση και την έξοδο από το νοσοκομείο.

5.1.2. Φυσική νοσηλευτική εκτίμηση και παρεμβάσεις

Η φυσική νοσηλευτική εκτίμηση πριν από τη χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει: (α) θρεπτική και υδατοηλεκτρολυτική κατάσταση, (β) αναπνευστική κατάσταση, (γ) καρδιαγγειακή κατάσταση, (δ) ηπατική και νεφρική λειτουργία, (ε) ενδοκρινική λειτουργία, (στ) νευρική λειτουργία, (ζ) αιματολογική λειτουργία, (η) ανοσολογική λειτουργία, (θ) χρήση φαρμάκων, (ι) ηλικιακή κατάσταση.

5.1.3. Πληροφορημένη συγκατάθεση

Για να αποκτήσει το δικαίωμα να επέμβει χειρουργικά σ' έναν άρρωστο, ο χειρουργός πρέπει

να εξασφαλίσει προηγουμένως εκούσια και πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου.

Η συγκατάθεση αυτή προστατεύει το μεν άρρωστο από εκτέλεση μη επικυρωμένης χειρουργικής επέμβασης, το δε χειρουργό από διεκδικήσεις του αρρώστου ή των συγγενών ότι η χειρουργική επέμβαση έγινε χωρίς την άδεια και γνώση του αρρώστου.

Στο άτομο πρέπει να δοθεί μια πλήρης εξήγηση του τι πρόκειται να του γίνει, προτού υπογράψει τη συγκατάθεση. Ακόμα, πρέπει αυτό να ενημερωθεί για πιθανές επιπλοκές, παραμορφώσεις και ανικανότητες που μπορεί να προκύψουν από την επέμβαση, καθώς και αν πρόκειται να αφαιρεθούν μέρη ή όργανα του σώματος. Ο χειρουργός χρησιμοποιεί απλούς όρους, ώστε να γίνονται πλήρως κατανοητοί από τον άρρωστο. Οι ενήλικοι άρρωστοι υπογράφουν τη δική τους συγκατάθεση, εκτός αν βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση ή είναι νοητικά ανίκανοι. Για τους αρρώστους αυτούς υπογράφει κάποιο υπεύθυνο μέλος της οικογένειας ή νομικός κηδεμόνας. Αν

αυτοί βρίσκονται κάπου μακριά, η συγκατάθεση εξασφαλίζεται μέσω τηλεφώνου με την παρουσία ενός ή δύο μαρτύρων στην ίδια γραμμή. Αν δεν μπορεί να βρεθεί συγγενής ή κηδεμόνας, αναλαμβάνει την ευθύνη ο διοικητικός διευθυντής του ιδρύματος ή ο ίδιος ο χειρουργός, ανάλογα με το νομικό καθεστώς της χώρας.

Όταν υπογραφεί η συγκατάθεση, αυτή μπαίνει στο φάκελο του αρρώστου και το συνοδεύει στο χειρουργείο.

5.1.4. Προετοιμασία την προηγούμενη της επέμβασης

Η προετοιμασία του αρρώστου το απόγευμα της προηγούμενης ημέρας περιλαμβάνει (α) ετοιμασία του δέρματος, (β) ετοιμασία της γαστρεντερικής οδού και (γ) ετοιμασία για αναισθησία και προαγωγή ανάπαυσης και ύπνου.

Ο σκοπός της προεγχειρητικής ετοιμασίας του δέρματος είναι η μείωση των βακτηριακών πηγών χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης του δέρματος.

Οι γνώμες για το πώς πρέπει να προετοιμάζεται το δέρμα για χειρουργική επέμβαση διαφέρουν σε ό, τι αφορά (α) τον τρόπο καθαρισμού του δέρματος (τοπικό τρίψιμο ή απλό μπάνιο), (β) το είδος του αντισηπτικού διαλύματος, (γ) τον τρόπο αποτρίχωσης (ξυράφι, ψαλίδια ή κρέμες αποτρίχωσης) και (δ) το αν η αποτρίχωση είναι απαραίτητη. Μερικοί χειρουργοί προτιμούν την αποτρίχωση μόνο εφόσον η παρουσία των τριχών εμποδίζει τη χειρουργική διαδικασία. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ενήμερος με το πρωτόκολλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του ιδρύματος στο οποίο εργάζεται. Το εγχειρίδιο διαδικασιών συνήθως περιλαμβάνει τη σωστή τεχνική, το μέρος και το μέγεθος της επιφάνειας που πρέπει να ετοιμαστεί και τις ειδικές προτιμήσεις του κάθε χειρουργού.

Αν στην προετοιμασία του δέρματος περιλαμβάνεται η αποτρίχωση, εξηγείται στον άρρωστο η διαδικασία. Μετά την ετοιμασία του δέρματος, ο νοσηλευτής τεκμηριώνει τις παρατηρήσεις του για το εγχειρητικό πεδίο ως μέρος της προεγχειρητικής εκτίμησης. Ειδικά, σημειώνει τυχόν λύση ή σημεία λοίμωξης.

Η γαστρεντερική οδός χρειάζεται ειδική προετοιμασία την εσπέρα πριν από τη χειρουργική επέμβαση για (α) μείωση πιθανότητας εμέτου και εισρόφησης, καθώς και κένωσης του εντέρου κατά τη διάρκεια της αναισθησίας και (β) αποφυγή τυχαίας τρώσης του εντέρου κατά τη διάρκεια λαπαροτομίας.

Αν ο άρρωστος πρόκειται να λάβει γενικό αναισθητικό και η εγχείρηση έχει προγραμματιστεί για το πρωί, την εσπέρα της προηγούμενης χορηγείται ελαφρά δίαιτα και αποφεύγεται η από του στόματος λήψη στερεάς τροφής για οκτώ ως δέκα

ώρες πριν από την εγχείρηση. Τα υγρά χορηγούνται ελεύθερα μέχρι τέσσερις ώρες πριν από την επέμβαση. Για την καλύτερη κένωση του εντέρου, σε περιπτώσεις επέμβασης στη γαστρεντερική οδό, γίνεται ένας χλιαρός καθαρτικός υποκλυσμός την εσπέρα πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Για την κένωση του περιεχομένου του στομάχου και του λεπτού εντέρου, μπορεί να εφαρμοστεί γαστρεντερικός σωλήνας την εσπέρα της προηγούμενης ή το πρωί της επέμβασης.

Τη νύχτα επιδιώκεται εξασφάλιση ήσυχου ύπνου, με χορήγηση ηρεμιστικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Το ηρεμιστικό χορηγείται με ζεστό πόμα και ο νοσηλευτής προστατεύει τον άρρωστο από κάθε παράγοντα που μπορεί να του διαταράξει τον ύπνο.

5.1.5. Άμεσες προεγχειρητικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Το πρωινό της ημέρας του χειρουργείου, ο νοσηλευτής συμπληρώνει την προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου. Ρωτά τον άρρωστο αν έχει κάποια απορία ή αν τον απασχολεί κάτι, συνεχίζει να τον παρατηρεί για σημεία άγχους και ενημερώνει αυτόν και τους συγγενείς του για οποιαδήποτε καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης.

Για την ασφάλεια του αρρώστου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, ο νοσηλευτής, πριν από τη μεταφορά του στο χειρουργείο:

- Καταγράφει τα ζωτικά του σημεία. Εξαιτίας άγχους αναμένεται κάποια αύξηση στην αρτηριακή πίεση και στη συχνότητα του σφυγμού. Μεγάλες, ωστόσο, διαφορές από τις βασικές τιμές πρέπει να αναφέρονται στο χειρουργό.
- Ελέγχει την ταινία αναγνώρισης για να βεβαιωθεί ότι είναι ευανάγνωστη, ακριβής και καλά στερεωμένη.
- Επισκοπεί το εγχειρητικό πεδίο για ολοκλήρωση της προετοιμασίας του.
- Ελέγχει και φέρνει σε πέρας οποιαδήποτε ειδική οδηγία, όπως εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα ή έναρξη ενδοφλέβιας γραμμής.
- Επαληθεύει ότι ο άρρωστος δεν έφαγε τις οκτώ τελευταίες ώρες και ότι δεν πήρε υγρά για τουλάχιστον τέσσερις ώρες.
- Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης. Μετρά και καταγράφει την ώρα και το ποσό των ούρων.
- Αφαιρεί, καταγράφει και παραδίδει για φύλαξη δακτυλίδια και άλλα

κοσμήματα του αρρώστου, εκτός της βέρας, που μπορεί να παραμείνει αφού καλυφθεί με λωρίδα λευκοπλάστη.

- Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη. Αν ο άρρωστος χρησιμοποιεί ακουστικό, ειδοποιεί το νοσηλεύτη του χειρουργείου και το αφήνει στη θέση του, ώστε να είναι δυνατή η επικοινωνία του αρρώστου με τη χειρουργική ομάδα.
- Αφαιρεί το χρώμα από βαμμένα νύχια, για να είναι δυνατός ο έλεγχός τους για Κυάνωση στο χειρουργείο και μετά την επέμβαση.
- Βοηθά τον άρρωστο να φορέσει τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο.
- Χορηγεί τα προαναισθητικά φάρμακα στη σωστή ώρα.

Τα προαναισθητικά φάρμακα, πού χορηγούνται σε ατομική βάση, περιλαμβάνουν:

1. Βαρβιτουρικά/ηρεμιστικά (πεντοβαρβιτάλη, διαζεπάμη). Μειώνουν το άγχος και την αγωνία του αρρώστου, προκαλούν καταστολή και έχουν αντιεμετικό αποτέλεσμα. Μπορεί να προκαλέσουν ζάλη, σύγχυση, αποπροσανατολισμό (ηλικιωμένα άτομα) και υπόταση κατά και μετά την επέμβαση.

2. Οπιούχα (θειική μορφίνη και υδροχλωρική μεπεριδίνη). Μπορεί να χορηγηθούν επειδή μειώνουν το βασικό μεταβολισμό και, επομένως, μειώνουν την απαιτούμενη για αναισθησία δόση του αναισθητικού. Δρουν και ως αναλγητικά σε αρρώστους που έχουν πόνο πριν από την επέμβαση. Προκαλούν αναπνευστική και κυκλοφοριακή καταστολή, μειώνουν το αντανακλαστικό του βήχα και, έτσι, αυξάνουν τον κίνδυνο αναπνευστικής οξέωσης, βρογχοπνευμονίας και ατελεκτασίας.

3. Αντιχολινεργικά (ατροπίνη, Υλυκοπυρολάτη). Ελαττώνουν τις εκκρίσεις της στοματικής κοιλότητας και του αναπνευστικού δένδρου και προλαβαίνουν ή αποκαθιστούν σοβαρή αντανακλαστική επιβράδυνση της καρδιακής λειτουργίας κατά τη διάρκεια της αναισθησίας.

Επειδή τα αλκαλοειδή της μελλαντόνας (ατροπίνη και σκοπολαμίνη) έχουν διάφορα μειονεκτήματα, αντί αυτών χρησιμοποιείται μια τεταρτογενής ένωση αμμωνίου, η γλυκοπυρολάτι (Robinue).

Αν για οποιαδήποτε αιτία τα προαναισθητικά φάρμακα δεν χορηγήθηκαν την κανονική ώρα, ενημερώνεται γι' αυτό ο αναισθησιολόγος:

-Συμπληρώνει και υπογράφει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας, το οποίο

τοποθετεί στο φάκελο του αρρώστου.

-Φροντίζει για την ασφαλή μεταφορά του αρρώστου στο φορείο, συνοδεύει τον άρρωστο στο χειρουργείο και παραμένει κοντά του ώσπου να του δοθεί αναισθησία.

-Εξασφαλίζει τρόπο επικοινωνίας με τους συγγενείς του αρρώστου. Τους εξηγεί πώς θα είναι ο άρρωστος μετά την επέμβαση. Τους ετοιμάζει για να δουν διασωληνώσεις, ενδοφλέβιες εγχύσεις, παροχетеύσεις κ.λπ.

5.2. Διεγχειρητική φάση

Από τη στιγμή που ο άρρωστος μεταφέρεται στο δωμάτιο αναισθησίας, την ευθύνη για τη φροντίδα του αναλαμβάνει η χειρουργική ομάδα.

Η χειρουργική ομάδα αποτελείται από ειδικά εκπαιδευμένα άτομα που εργάζονται μαζί, συντονισμένα, για την ευημερία και ασφάλεια του αρρώστου. Ο χειρουργός γιατρός αποφασίζει για τον τύπο της επέμβασης και πρέπει να είναι συνεχώς ενήμερος για αλλαγές στις μεταβαλλόμενες λειτουργικές ανάγκες του αρρώστου.

Ο αναισθησιολόγος εξαλείφει τον πόνο και προάγει τη χαλάρωση μέσω αναισθησίας. Επιπλέον, πρέπει (α) να διατηρεί τον αεραγωγό του αρρώστου, (β) να εξασφαλίζει επαρκή ανταλλαγή αερίων, (γ) να χορηγεί αίμα, υγρά και φάρμακα ανάλογα με τις ανάγκες, (δ) να παρακολουθεί στενά την κυκλοφορία και αναπνοή του αρρώστου και (ε) να ενημερώνει αμέσως το χειρουργό για οποιαδήποτε επιπλοκή.

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας ενεργεί ως διαχειριστής του χειρουργείου, προάγει την ασφάλεια και καλύπτει τις ανάγκες υγείας του αρρώστου με (α) εξασφάλιση καθαρού περιβάλλοντος και σωστής θερμοκρασίας και φωτισμού, (β) έλεγχο της λειτουργίας εξοπλισμού (αναρροφητήρες, διαθερμίες) και σύνδεσής του με άσηπτα εξαρτήματά του, (γ) εξασφάλιση εφοδίων και υλικού, (δ) στενή παρακολούθηση ώστε να εφαρμόζεται συνεχώς η άσηπτη τεχνική, (ε) ζύγιση και μέτρηση των μεγάλων γαζών, (στ) επικοινωνία με ακτινολογικό τμήμα και εργαστήρια, αν το ζητήσει ο χειρουργός, (ζ) ετοιμασία και αποστολή στο παθολογοανατομικό τμήμα δειγμάτων για εξέταση.

Ο πλυμένος νοσηλευτής παίρνει μέρος άμεσα στη χειρουργική επέμβαση. Ετοιμάζει τα άσηπτα χειρουργικά τραπέζια, με όλα τα απαραίτητα γενικά και ειδικά εργαλεία, ράμματα, βελόνες, γάζες. Βοηθά το χειρουργό και τους βοηθούς του κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης προβλέποντας και παρέχοντας σ' αυτούς τα

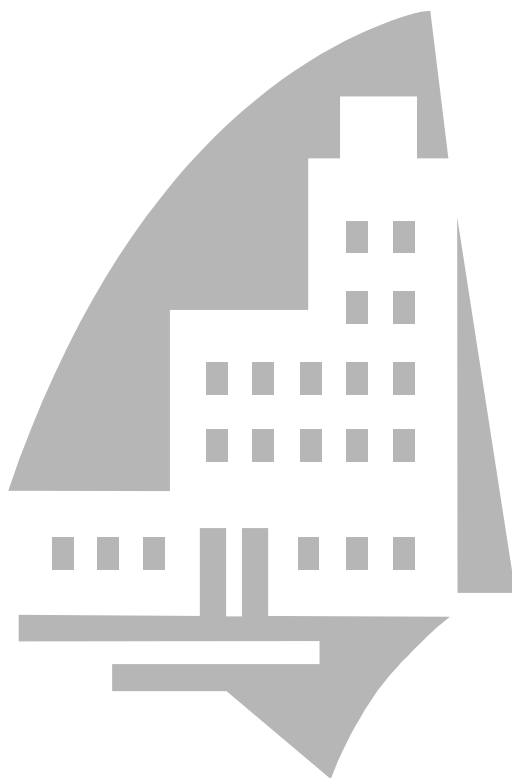
απαραίτητα εργαλεία, σπόγγους κ.λπ. Μετρά βελόνες, εργαλεία και μεγάλες γάζες προτού κλείσει ο χειρουργός το τραύμα.

5.3. Μετεγχειρητική φάση

Μετά τη χειρουργική επέμβαση, ο νοσηλευτής κυκλοφορίας ντύνει τον άρρωστο με καθαρή ρόμπα και βοηθά στη μεταφορά του στο φορείο, που γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφεύγονται έκθεση, απότομοι χειρισμοί, βεβιασμένες κινήσεις και γρήγορες αλλαγές θέσης, που προδιαθέτουν τον άρρωστο σε λοιμώξεις, δημιουργούν τάση στα ράμματα του τραύματος και προδιαθέτουν τον άρρωστο σε υπόταση, αντίστοιχα.

Στο φορείο ο άρρωστος σκεπάζεται με κουβέρτες και στερεώνεται με λωρίδες. Για αύξηση της ασφάλειάς του σηκώνονται οι προφυλακτήρες του φορείου. Στη μεταφορά του στο δωμάτιο ανάνηψης, ο άρρωστος συνοδεύεται από ένα μέλος της χειρουργικής ομάδας.

Άρρωστοι σε κρίσιμη κατάσταση, αυτοί που πιθανά θα εμφανίσουν περίπλοκη μετεγχειρητική πορεία, έχουν υποστεί μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις ή παρουσίασαν καρδιακή ή αναπνευστική ανακοπή κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, μεταφέρονται απευθείας στη μονάδα εντατικής φροντίδας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΗΘΙΚΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ

Πολλοί είναι αυτοί που εκφράζουν την επιφύλαξη τους για την ουσιαστική προσφορά των μεταμοσχεύσεων στην υγεία και το ηθικό του υπόβαθρο.

Κύριοι άξονες αυτής της θέσης είναι οι εξής:

α) *Χαλαρή τήρηση των κριτηρίων του εγκεφαλικού θανάτου*

Υπάρχουν συγκεκριμένες διατάξεις καθορισμένες από τη νομοθεσία βάσει των οποίων διαγιγνώσκεται ο εγκεφαλικός θάνατος ενός ασθενή, έτσι ώστε να αποφασιστεί έγκυρα ότι μπορεί να γίνει δότης οργάνων.

Οι διατάξεις αυτές αφορούν:

- τον αριθμό και την ειδικότητα των γιατρών υπευθύνων να πιστοποιήσουν τον εγκεφαλικό θάνατο
- τις εργαστηριακές εξετάσεις και
- το χρόνο διενέργειας και επανάληψης των εργαστηριακών εξετάσεων για αποφυγή τυχόν λάθους.

β) *Αγοραπωλησία οργάνων*

Κατ' αρχάς απαγορεύεται η αγοραπωλησία οργάνων ρητά και κατηγορηματικά από το νόμο παρόλο που αποτελεί δικαίωμα του κάθε ανθρώπου και θα έλυνε το πρόβλημα έλλειψης μοσχευμάτων. Υπάρχουν όμως πολλά προβλήματα στην πράξη λόγω της πολυπλοκότητας της μεταμοσχευτικής διαδικασίας που κάνουν την αγοραπωλησία υπερβολικά δύσκολη χωρίς ύποπτες παραμέτρους, κρυφές και μυστικές ενέργειες και διεστραμμένους σκοπούς. Για το λόγο αυτό χρειάζεται εγρήγορση εκ μέρους της πολιτείας με σαφείς νομοθετικές ρυθμίσεις και διαρκή ιδεολογική αναβάπτιση όλων των εμπλεκομένων στις μεταμοσχεύσεις

γ) *Παραβίαση της λίστας αναμονής ληπτών - Ρατσιστικά κριτήρια*

Είναι αλήθεια ότι έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις στις τριτοκοσμικές αλλά και μεμονωμένα, στις δυτικές κοινωνίες όπου παραβιάζονται οι λίστες αναμονής ληπτών ευνοώντας πλούσιους και επώνυμους ασθενείς, παρόλο που υπάρχουν εγγενείς δυσκολίες παραβίασης των αυστηρών ιατρικών κριτηρίων.

δ) *Το τεράστιο κόστος των μεταμοσχεύσεων*

Είναι γεγονός ότι το κόστος των μεταμοσχεύσεων ανέρχεται πολύ υψηλά, γι' αυτό θεωρούνται οι μεταμοσχεύσεις ως αποκλειστικό προνόμιο των πλουσίων και

των οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών. Πιστεύεται όμως ότι σύντομα οι εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη με αποτελεσματικότερη και φτηνότερη τεχνολογία, με εξαπλωστευμένες χειρουργικές τεχνικές κλπ. θα δώσει τη δυνατότητα μεταμόσχευσης και σε κατώτερα κοινωνικά στρώματα.

ε) Διαδικασία συγκρότησης της λίστας

Αυτή εναπόκειται στις επιτροπές δεοντολογίας οι οποίες θα πρέπει να καταρτούν τις λίστες αναμονής των ληπτών με καθαρά και αυστηρά αξιολογικά κριτήρια. Θα πρέπει να γίνεται η μοριοδότηση υπεύθυνα με βάση την κατάσταση του ασθενή, την ηλικία, το χρόνο αναμονής και τα στοιχεία ιστοσυμβατότητας του ασθενή και των υποψηφίων ληπτών.

στ) Ο ρόλος των ΜΜΕ

Συχνά με τις υπερβολές τους στα κεντρικά δελτία ειδήσεων γκρεμίζουν κάθε διάθεση αγάπης και προσφοράς προς το συνάνθρωπο ενώ παράλληλα κλονίζουν την εμπιστοσύνη προς αυτή την ίδια τη μεταμόσχευση και δημιουργούν κλίμα φόβου και καχυποψίας εκ μέρους της κοινής γνώμης. Μπορεί να υπερτονίζουν το γεγονός της επιτυχίας των μεταμοσχεύσεων αλλά μπορεί συγχρόνως και να υποβιβάζουν το ρόλο των γιατρών. Για τους παραπάνω λόγους η προβολή μεταμοσχεύσεων από τα ΜΜΕ πρέπει να γίνεται με σύνεση και με ισομερή εκτίμηση όλων των παραγόντων που συμβάλλουν σ' αυτές.

ζ) Ανθρώπινα δικαιώματα και “εικαζόμενη συναίνεση”

Σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει οι μεταμοσχεύσεις να γίνονται με ιδιοτελείς σκοπούς είτε από μέρους του δότη είτε από μέρους του λήπτη. Θα πρέπει να γίνονται μέσα σε πνεύμα ελεύθερης συγκατάθεσης, κι έκφρασης αγάπης, ενδιαφέροντος και συμπαράστασης των ατόμων μεταξύ τους. Κάτω από αυτό το πνεύμα είναι και η Εκκλησία σύμφωνα με την πολιτεία και το κοσμικό κριτήριο.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΗΣ ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ

Η πνευματική - ηθική άποψη του δικαιώματος της δωρεάς των οργάνων.

Στο ερώτημα κατά πόσο είναι δικό μας το σώμα έρχεται ο Λόγος του Θεού ο οποίος τονίζει την ιεουργική χρήση του σώματός μας και ότι το σώμα μας είναι αγαθή προσφορά του Θεού μας δοσμένη “άνωθεν”. Αφού λοιπόν ο Θεός μας το έδωσε, κάθε προσφορά του αποκτά πολύ μεγάλη αξία. Στο ερώτημα κατά πόσο δικαιούμεθα να προσφέρουμε τα όργανά μας μετά θάνατον, οι ίδιοι οι όσιοι της Εκκλησίας μας και πολλοί ασκητές προσδιόρισαν την μετά θάνατον κατάσταση του σώματός τους. Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω η δωρεά μελών του σώματός μας, εφόσον αποτελεί έκφραση αγάπης και γίνεται με συνείδηση της σωτηρίας μας, αποτελεί πνευματική μας υποχρέωση. Αυτό τονίζεται και από τον ίδιο μας τον Κύριο στο Μυστικό Δείπνο, από τον Απ. Παύλο, από τον Απ. Ιωάννη, αλλά αναφέρεται και στο Γεροντικό. Η προσφορά των μελών του σώματός μας, που αποτελούν και μέλη της Εκκλησίας μας με σκοπό να παρατείνουμε τη ζωή του συνανθρώπου μας, αποτελεί ύψιστη απόδειξη αγάπης από μέρους μας απέναντί του, μέσα σε πνεύμα ελευθερίας εκφράζοντας έτσι μια εσωτερική μας ανάγκη προς τον πλησίον μας. Αλλά και ο ίδιος ο δότης μέσα από αυτή του την πράξη απολαμβάνει τη Χάρη και την Ευλογία του Θεού: “το περισσόν”.

Η μεταμόσχευση είναι κάτι που η εκκλησία ευλογεί και μέσω αυτής διακρίνει ένα θαυμάσιο πεδίο ποιμαντικής αγωγής των πιστών της, η οποία δεν είναι προσανατολισμένη στο ότι κάποιος βιολογικά θα ζήσει λίγο παραπάνω, γιατί ύστερα από λίγο ούτως ή άλλως και αυτός θα πεθάνει, αλλά στο ότι η αγάπη κάποιου συνανθρώπου του δεν θα του επιτρέψει να πεθάνει ‘τόρα’.

Ο δότης προσφέρει μόσχευμα που σε λίγο θα πεθάνει-δεν γίνεται αλλιώς. Δίνει όμως και αγάπη, ενδιαφέρον, έκφραση συναλληλίας, και αισθήματα αυτοπροσφοράς, που όχι μόνο ποτέ δεν πεθαίνουν, αλλά αιώνια τον συνοδεύουν. Γι’ αυτό, ενώ προσφέρει, δεν στερείται, χαρίζει όργανα, αλλά δέχεται ζωή.

Αυτό το φρόνιμα και η διάθεση της αυτοπροσφοράς αποτελεί τον πνευματικό άξονα της ηθικής της εκκλησίας στο θέμα των μεταμοσχεύσεων. Με βάση αυτό, θα μπορούσε να προσεγγίσει το θέμα των μεταμοσχεύσεων ως ευκαιρία μετάγγισης πνευματικού ήθους στην κοινωνία. Η Εκκλησία, ούτε την αλήθεια θυσιάζει, ούτε το πρόσωπο υποδουλώνει. Ενώ επικροτεί και προτιμά κάθε ιδέα αυτοπροσφοράς, αν σε

κάποιον η δωρεά οργάνου δεν τον οικοδομεί, τον αποτρέπει αν τον ωφελεί, τον προτρέπει. Το πνεύμα της δεν υποτάσσεται στην ανάγκη των μεταμοσχεύσεων, αλλά υπηρετεί το σεβασμό του προσώπου. Κυρίως του προσώπου ως δότη.

Όσο πιο ιερή είναι μια πράξη, τόσο μεγαλύτερη βεβήλωση προκαλεί η προσβολή της. Αυτός είναι και ο λόγος της κύριας δυσκολίας των μεταμοσχεύσεων, ο κίνδυνος να βεβηλωθεί. Γι' αυτό και η εκκλησία, εκτός από την διδασκαλία και την μαρτυρία της, πρέπει συνετά να πιέζει τους όρους, νόμους και προϋποθέσεις των επιτροπών. Όπως δεν μπορεί μικρόψυχα να θυσιάσει στον σχολαστικισμό την ελευθερία, ανάλογα δεν της επιτρέπεται ασύνετα να πετάξει τον θησαυρό της ιερής προαιρέσεως των παιδιών τις, στα σκουπίδια της εκμεταλλεύσεως και κακοηθείας.

Οι υποστηρικτές των μεταμοσχεύσεων βλέποντας την μεγάλη ανάγκη των μεταμοσχεύσεων συχνά μιλούν για ανάληψη εκστρατείας ενημέρωσης. Σκοπός της εκκλησίας δεν είναι μόνο η ανεύρεση μοσχευμάτων, αλλά η αφύπνιση της αγάπης και αυτό δεν γίνεται με ενημέρωση, αλλά με έμπνευση. Ο ρόλος και οι δυνατότητές της στον τομέα αυτόν είναι ανυπολόγιστες όπως επίσης και οι δυσκολίες και τα εμπόδια.

Συμπερασματικά, οι μεταμοσχεύσεις είναι κάτι που η Εκκλησία καλείται να ευλογήσει. Κι αυτό γιατί η προσφορά οργάνων ως αυτοπροσφορά αποτελεί έκφραση αγάπης, ενδιαφέροντος, συναλληλίας που πορεύεται παράλληλα με τον πνευματικό άξονα της ηθικής της Εκκλησίας. Έτσι η Εκκλησία μπορεί να οργανώσει προγράμματα αγωγής δοτών, να καλλιεργεί σημαντικές αρετές μεταξύ των πιστών της, να παρέχει καλλιέργεια ήθους και φρονήματα πνευματικά. Μπορεί να εκπροσωπείται ουσιαστικά στα αρμόδια όργανα και φορείς και να παίζει ενεργά το ρόλο της μέσα στα μεταμοσχευτικά κέντρα και τις αρμόδιες επιτροπές και να συνεργάζεται ουσιαστικά με την Πολιτεία. Έτσι, θα μπορέσει να δημιουργήσει μια μεταμοσχευτική πνευματική παράδοση προσανατολισμένη στη πνευματική ανάγκη προσφοράς αισθημάτων του δότη. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούν οι μεταμοσχεύσεις να ζήσουν όταν μάθουμε να δίνουμε, να προσφέρουμε!

Τέλος, είναι προσανατολισμένη στις πνευματικές ανάγκες προσφοράς αισθημάτων του δότη και όχι στη φυσιολογική ανάγκη αποδοχής οργάνων του λήπτη. Οι μεταμοσχεύσεις θα ζήσουν μόνο όταν μάθουμε να δίνουμε, σίγουρα θα πεθάνουν όταν θέλουμε να παίρνουμε.



ΜΕΡΟΣ Β' - ΕΙΛΙΚΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μικρή προσφορά οργάνων για μεταμόσχευση, αποτελεί καθοριστικό ανασταλτικό παράγοντα για την προαγωγή των προγραμμάτων μεταμόσχευσης. Έχει υποστηριχτεί ότι η θετική στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στις μεταμοσχεύσεις, μπορεί να επηρεάσει θετικά την απόφαση των υποψήφιων δοτών και των οικογενειών τους. Η εκπαίδευση των νέων στελεχών των επαγγελμάτων υγείας, ενδέχεται να λειτουργήσει καταλυτικά στην προαγωγή των μεταμοσχεύσεων.

Από την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού το 1954 μέχρι και σήμερα, έχει υπάρξει αύξηση της ικανότητας παράτασης και βελτίωσης της ζωής των ασθενών μέσω αυτής της διαδικασίας και δεν θεωρείται πλέον μια πειραματική πράξη αλλά μια επέμβαση ρουτίνας.

Οι μελλοντικές προοπτικές σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις, όπως π.χ. οι ξενομεταμοσχεύσεις, δίνουν υποσχέσεις. Στην παρούσα φάση, παρόλα αυτά, η διαθεσιμότητα ανθρώπινων οργάνων για μεταμόσχευση φαίνεται να είναι περιορισμένη, με πολλούς ασθενείς να διαγιγνώσκονται σαν εγκεφαλικά νεκροί αλλά να μην αναγνωρίζονται σαν εν δυνάμει δότες. Είναι ευρέως γνωστό ότι οι λίστες αναμονής των υποψήφιων για μεταμόσχευση βαίνουν συνεχώς αυξανόμενες, λόγω αυτής ακριβώς της αναντιστοιχίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης. Την ίδια στιγμή, οι εξελίξεις στον τομέα της Χειρουργικής έχουν απλουστεύσει τη διαδικασία της μεταμόσχευσης και έχουν αυξήσει τη γκάμα των μεταμοσχευόμενων ιστών και οργάνων, ελαττώνοντας ταυτόχρονα τον αριθμό των επιπλοκών αλλά και της νοσηρότητας και θνητότητας που αυτές επιφέρουν.

Η άποψη της ιατρικής κοινότητας και ίσως περισσότερο η στάση της κοινής γνώμης, επηρεάζουν σαφώς τη διαθεσιμότητα οργάνων για μεταμόσχευση.

Σκοποί της παρούσας εργασίας ήταν:

- η διερεύνηση της στάσης των φοιτητών Νοσηλευτικής και Ιατρικής σχετικά με τη διαδικασία και το θεσμό των μεταμοσχεύσεων,
- η σύγκριση της στάσης ανάμεσα σε αυτές τις δύο ομάδες φοιτητών και η περαιτέρω σύγκριση αυτών με τη στάση μιας τρίτης ομάδας φοιτητών, η οποία δεν ανήκει στο χώρο των επαγγελμάτων υγείας,
- η διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσης των συμμετεχόντων φοιτητών, πάνω σε θέματα που αφορούν τη διαδικασία των μεταμοσχεύσεων.

ΜΕΘΟΔΟΣ – ΥΛΙΚΟ

Η έγκριση για τη διεξαγωγή της μελέτης, η οποία πραγματοποιήθηκε την περίοδο από Νοέμβριο του 2004 ως Μάρτιο του 2005, δόθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης. Σ' αυτή κλήθηκαν να συμμετάσχουν μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίου φοιτητές από τα Τμήματα Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Εργασίας, φοιτητές Ιατρικής, αλλά και μια ομάδα φοιτητών από το Τμήμα Μηχανολογίας.

Στη μελέτη κλήθηκαν να συμμετάσχουν μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίου 200 άτομα και τελικά συμμετείχαν 160 (74 άνδρες και 96 γυναίκες, με μ.ο. ηλικίας τα 23 έτη) – ποσοστό συμμετοχής: 80%. Από αυτά, τα 80 προέρχονταν από τη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας του ΤΕΙ Κρήτης (9 ήταν άνδρες και 71 γυναίκες), τα 40 φοιτούσαν στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης (21 ήταν άνδρες και 19 γυναίκες), ενώ από άλλες σχολές προέρχονταν 40 άτομα (34 άνδρες και 6 γυναίκες).

Ο πληθυσμός της μελέτης επιλέχθηκε τυχαία, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και θρησκείας, με κύριο κριτήριο τη φοίτηση στη σχολή για τουλάχιστον 2 έτη.

Ο σχεδιασμός και η δόμηση του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας αλλά και σε ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί για αντίστοιχες μελέτες στο εξωτερικό. Συμπεριλάμβανε ερωτήσεις οι οποίες αναζητούσαν πληροφορίες-κλειδιά σχετικά με τη στάση των ερωτώμενων απέναντι στο θεσμό των μεταμοσχεύσεων, με τη γνώση τους αναφορικά με τη διαδικασία της μεταμόσχευσης και την καταλληλότητα του λήπτη, του δότη και του μοσχεύματος · τέλος συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις σχετικά με δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πριν την διεξαγωγή της κύριας μελέτης, πραγματοποιήθηκε μια αντίστοιχη πιλοτική. Μοιράστηκαν τυχαία 8 ερωτηματολόγια σε νοσηλευτές και ιατρούς, οι οποίοι αφού τα συμπλήρωσαν κλήθηκαν να παρατηρήσουν και να σχολιάσουν τις ερωτήσεις αναφορικά με την πληρότητα και τον βαθμό κατανόησής τους.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας κατά τη διάρκεια διαλείμματος από τα μαθήματα και οι συμμετέχοντες τα συμπλήρωναν αφού πρώτα λάμβαναν μια σύντομη ενημέρωση σχετικά με το σκοπό της μελέτης αλλά και διαδικαστικά θέματα που αφορούσαν τον τρόπο συμπλήρωσης και φυσικά αφού έδιναν την συγκατάθεσή τους προκειμένου να συμμετάσχουν στη διαδικασία. Η παραλαβή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων γινόταν επί τόπου.

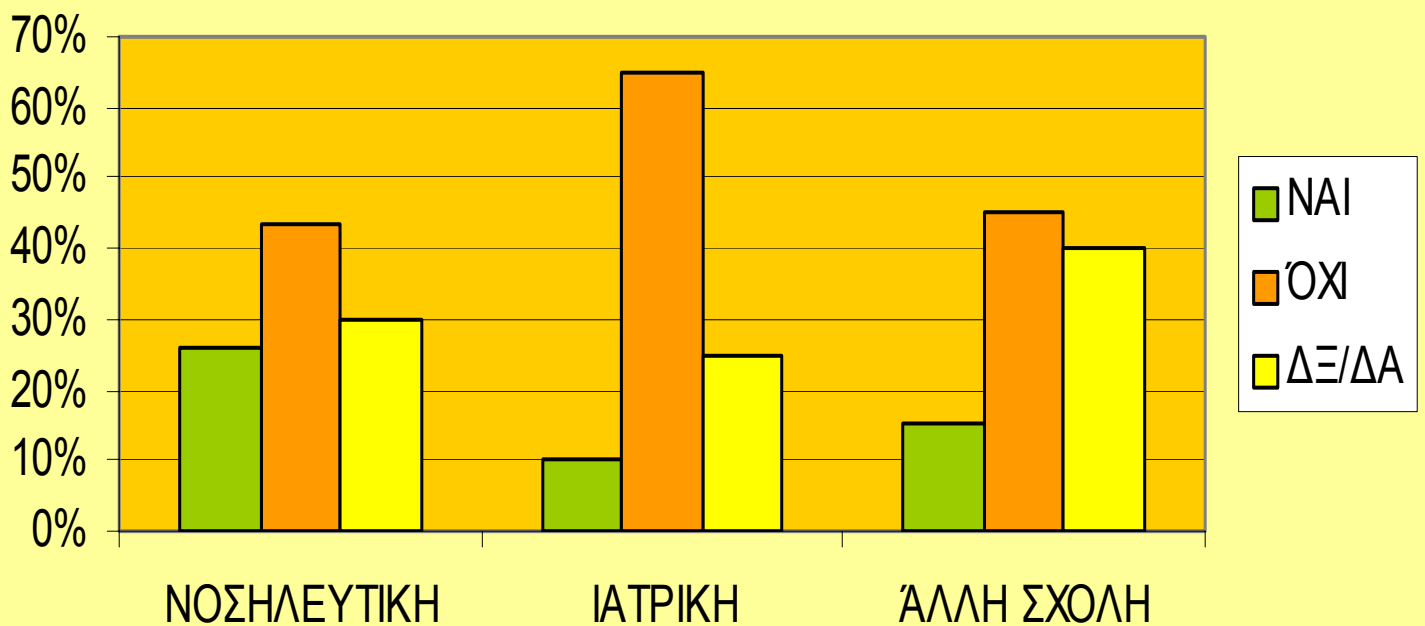
Η επεξεργασία και η παρουσίαση των αποτελεσμάτων έγινε με χρήση αρχών

περιγραφικής στατιστικής.



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ, ΜΠΟΡΕΙ Η ΑΡΝΗΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ 1^{ΟΥ} ΒΑΘΜΟΥ ΝΑ ΕΜΠΟΔΙΣΟΥΝ ΤΗ ΔΩΡΕΑ;



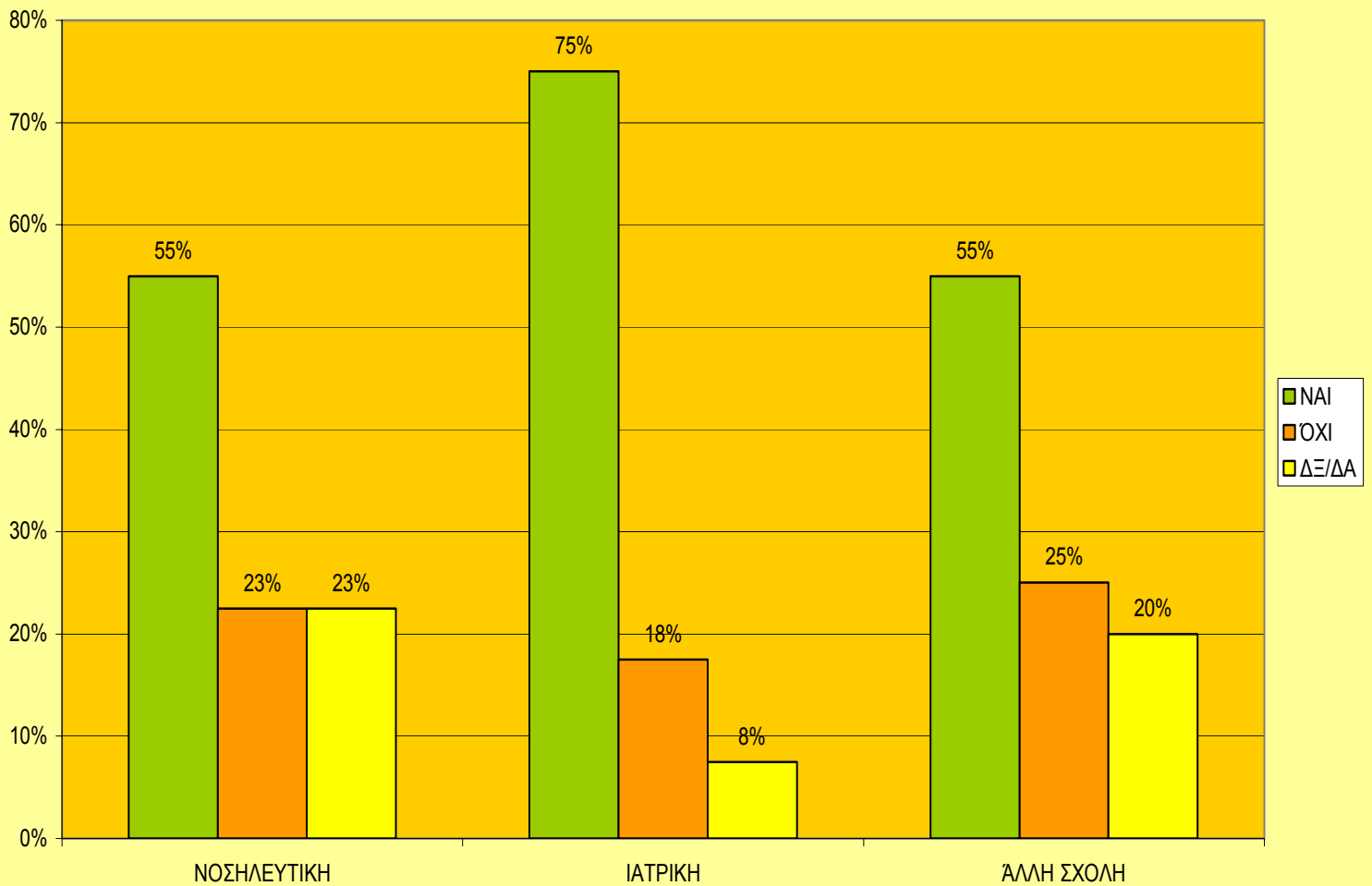
Τα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση αυτή ήταν:

Στη Νοσηλευτική: 26% ΝΑΙ, 44% ΟΧΙ, 30% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

Στην Ιατρική: 10% ΝΑΙ, 65% ΟΧΙ, 25% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ και

στην άλλη σχολή: 15% ΝΑΙ, 45% ΟΧΙ, 40% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ, ΑΡΚΕΙ Η ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΙΑ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΝ;



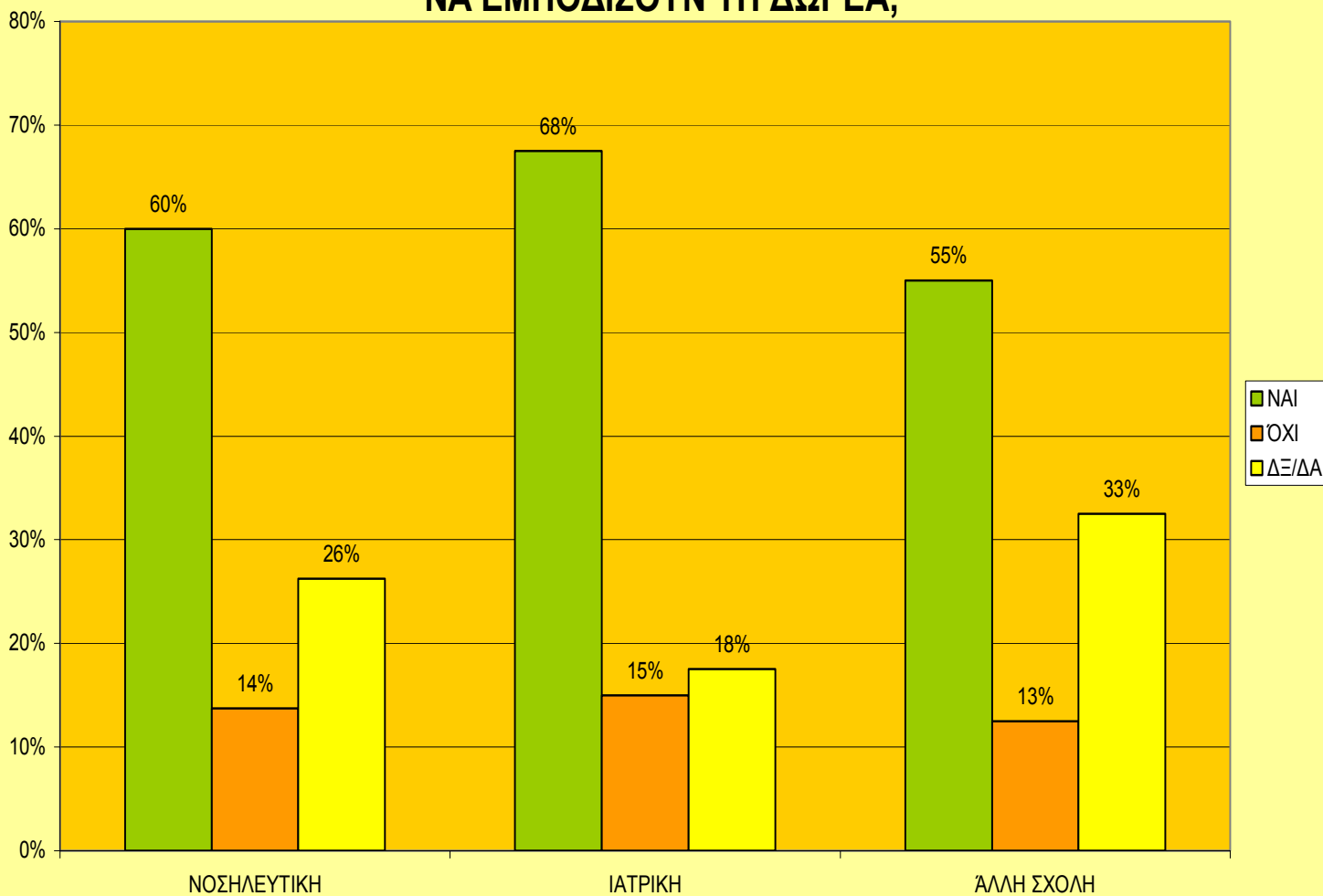
Τα ποσοστά των απαντήσεων στην 2^η ερώτηση, ήταν:

Νοσηλευτική: 55% ΝΑΙ, 23% ΟΧΙ, 23% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

Ιατρική: 75% ΝΑΙ, 18% ΟΧΙ, 8% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

Άλλη σχολή: 55% ΝΑΙ, 25% ΟΧΙ, 20% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

ΑΝ ΚΑΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΩΡΗΤΗΣ, ΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΜΠΟΔΙΣΟΥΝ ΤΗ ΔΩΡΕΑ;



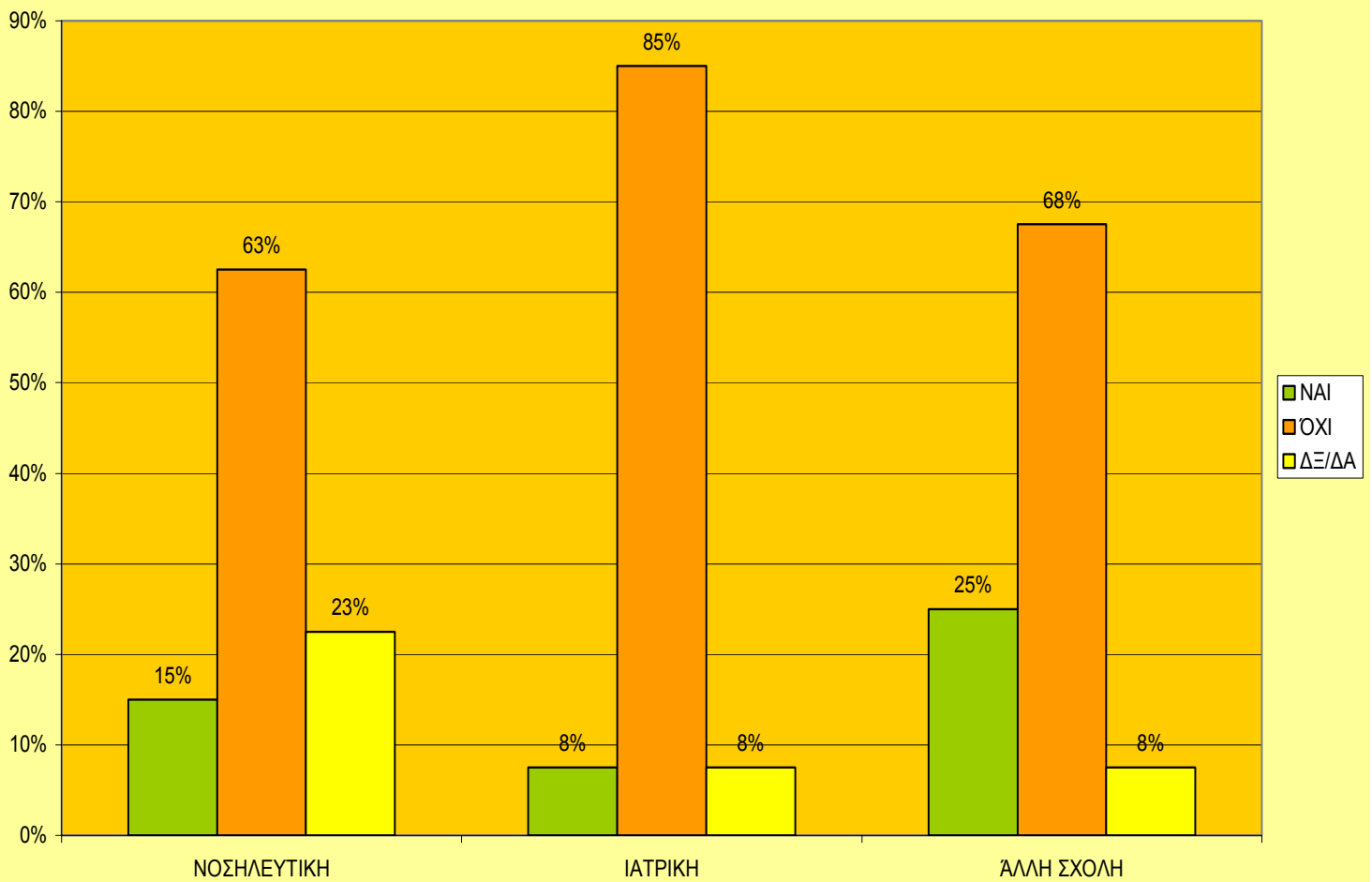
Τα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση αυτή, ήταν:

Στην νοσηλευτική: 60% ΝΑΙ, 14% ΟΧΙ, 26% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

Στην Ιατρική: 68% ΝΑΙ, 15% ΟΧΙ, 18% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

στην άλλη σχολή: 55% ΝΑΙ, 13% ΟΧΙ, 33% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

Ο ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΟΣ;



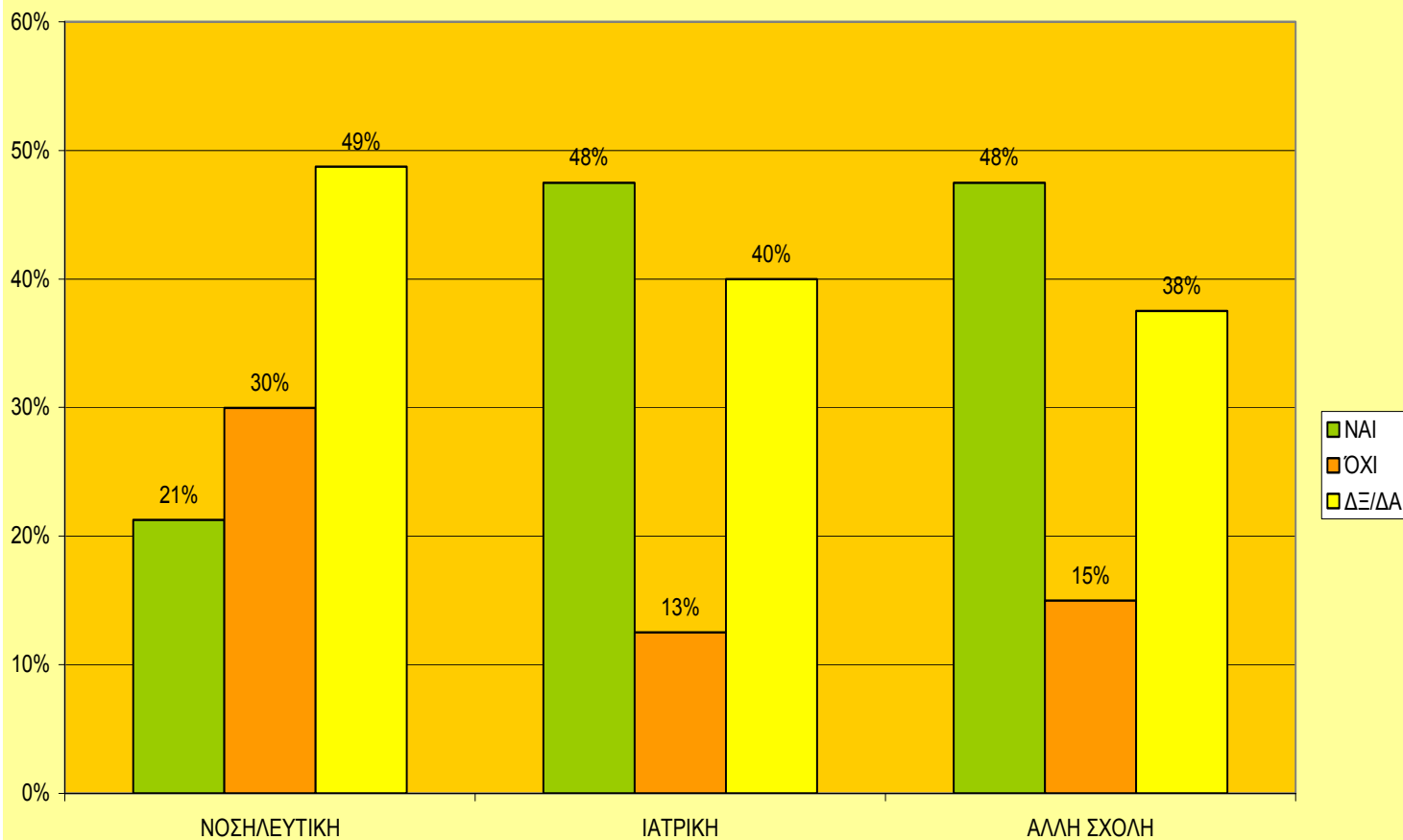
Τα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση αυτή, ήταν:

Στην νοσηλευτική: 15% ΝΑΙ, 63% ΟΧΙ, 23% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

Στην Ιατρική: 8% ΝΑΙ, 85% ΟΧΙ, 8% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

στην άλλη σχολή: 25% ΝΑΙ, 68% ΟΧΙ, 8% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

ΑΡΚΕΙ Η ΚΑΡΤΑ ΔΩΡΗΤΗ ΟΡΓΑΝΩΝ ΝΑ ΕΠΙΤΡΕΨΕΙ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ;



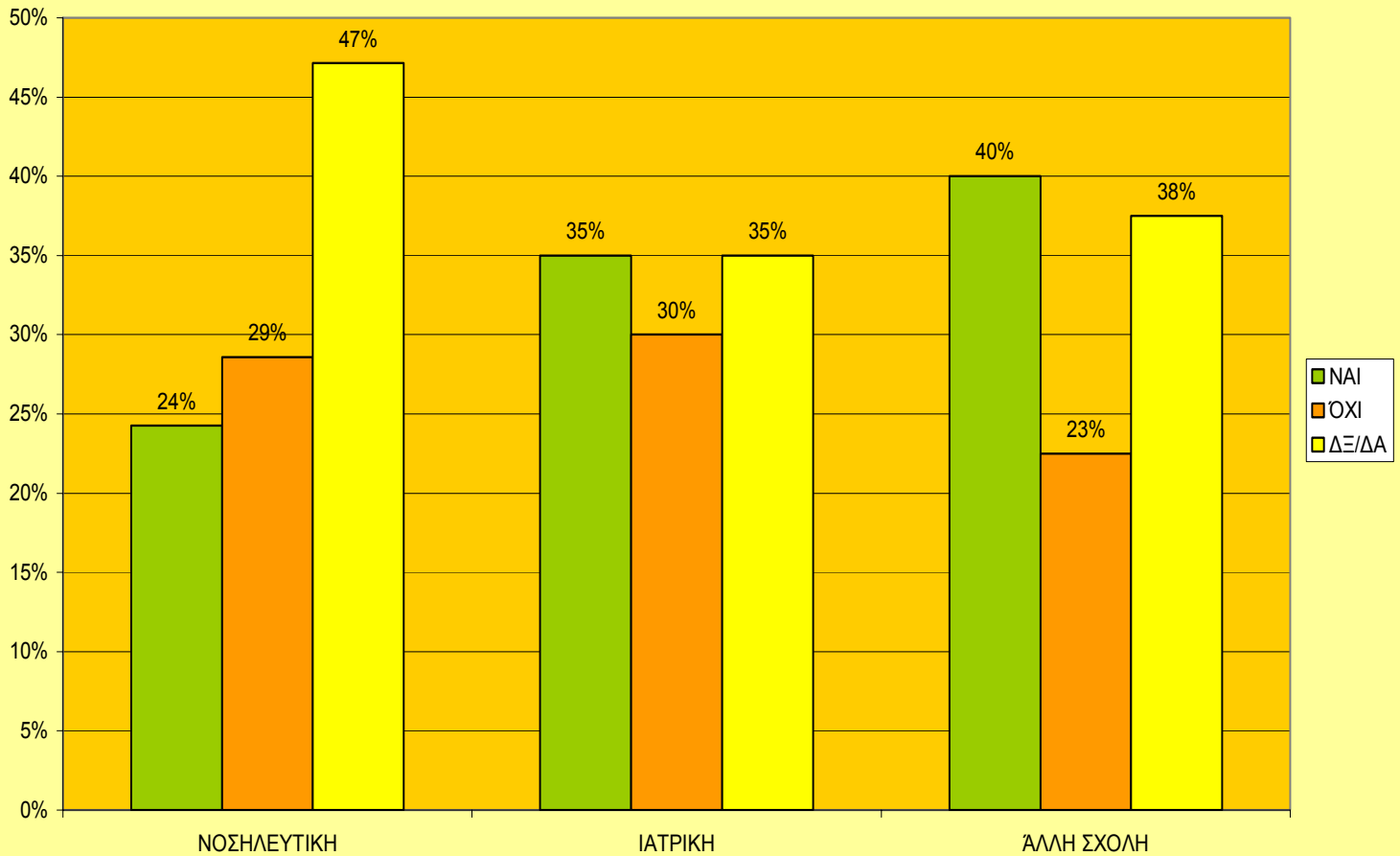
Τα ποσοστά των απαντήσεων στην 5^η ερώτηση, ήταν:

Νοσηλευτική: 21% ΝΑΙ, 30% ΟΧΙ, 49% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

Ιατρική: 48% ΝΑΙ, 13% ΟΧΙ, 40% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

άλλη σχολή: 48% ΝΑΙ, 15% ΟΧΙ, 38% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

ΜΠΟΡΕΙ Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΗΣ;



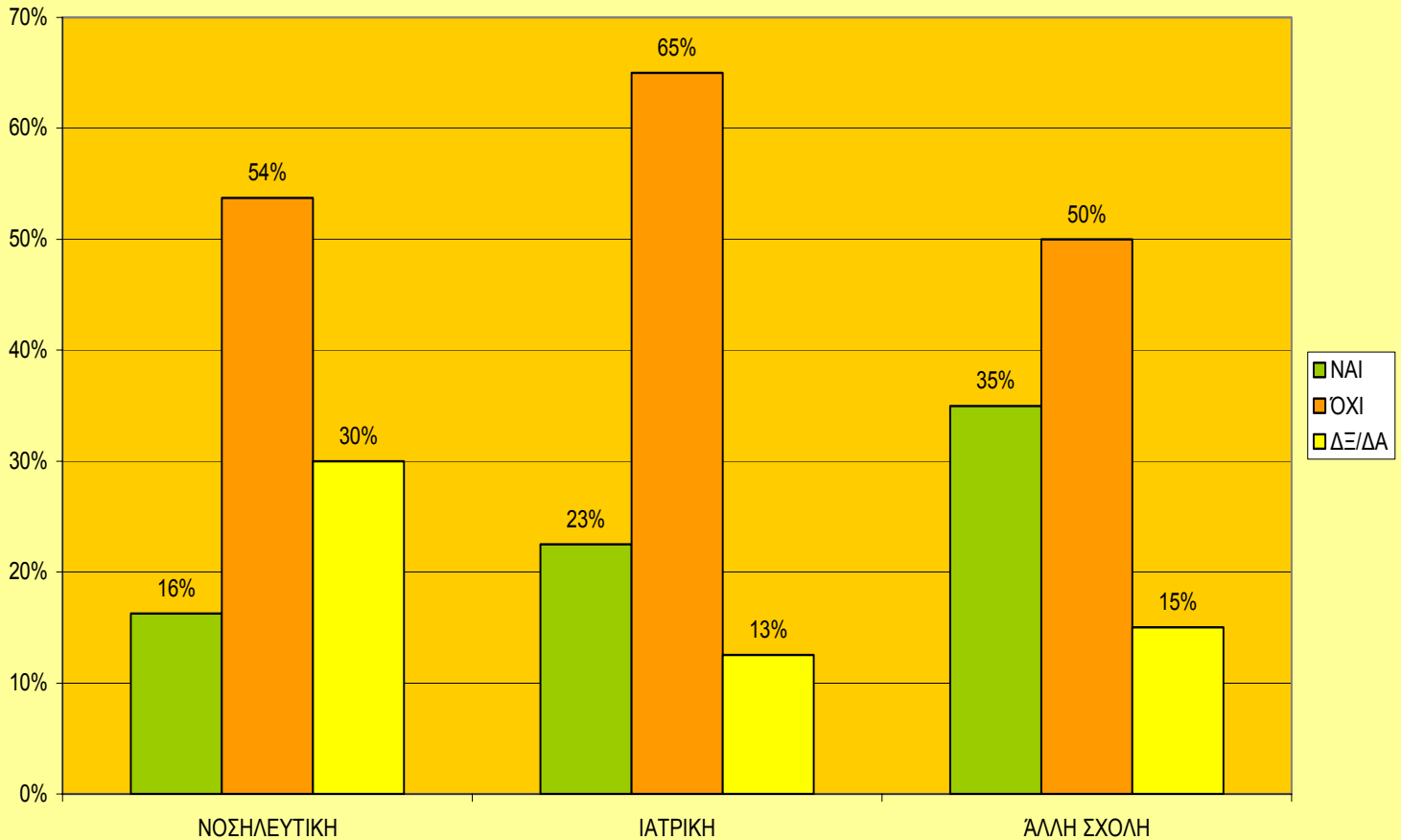
Τα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση αυτή, ήταν:

Στην Νοσηλευτική: 24% ΝΑΙ, 29% ΟΧΙ, 47% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

Στην Ιατρική: 35% ΝΑΙ, 30% ΟΧΙ, 35% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ και

στην άλλη σχολή: 40% ΝΑΙ, 23% ΟΧΙ, 38% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

ΜΠΟΡΕΙ ΕΝΑΣ ΙΑΤΡΟΣ ΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΣΕΙ ΓΙΑ ΤΗ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΛΗΨΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΑΠΟ ΈΝΑΝ ΑΡΡΩΣΤΟ;



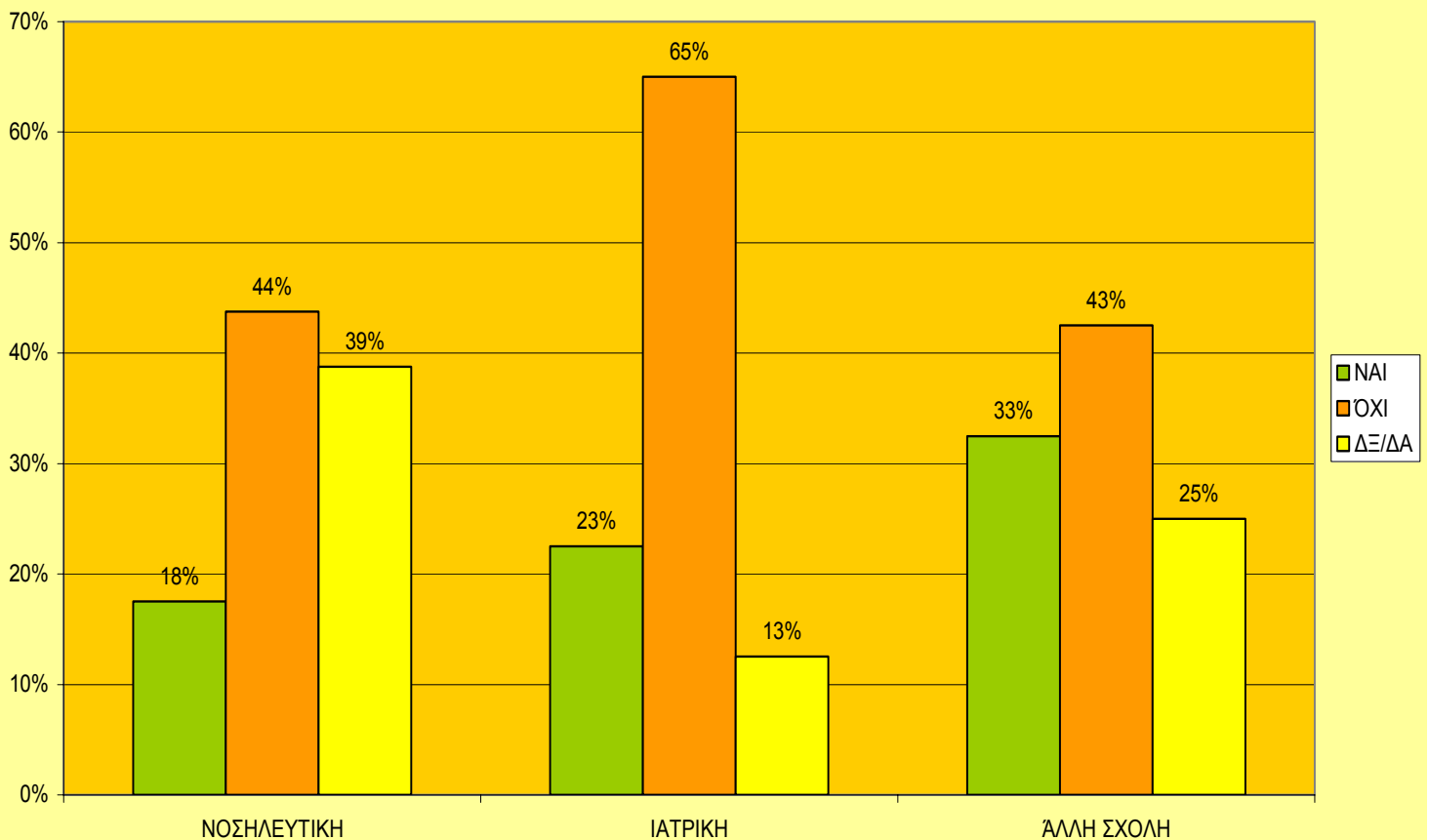
Τα ποσοστά των απαντήσεων στην παραπάνω ερώτηση, ήταν:

Νοσηλευτική: 16% ΝΑΙ, 54% ΟΧΙ, 30% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

Ιατρική: 23% ΝΑΙ, 65% ΟΧΙ, 13% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

άλλη σχολή: 35% ΝΑΙ, 50% ΟΧΙ, 15% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

ΜΠΟΡΕΙ ΕΝΑΣ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΝΑ ΥΠΟΔΕΙΞΕΙ ΤΟ ΛΗΠΤΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ;



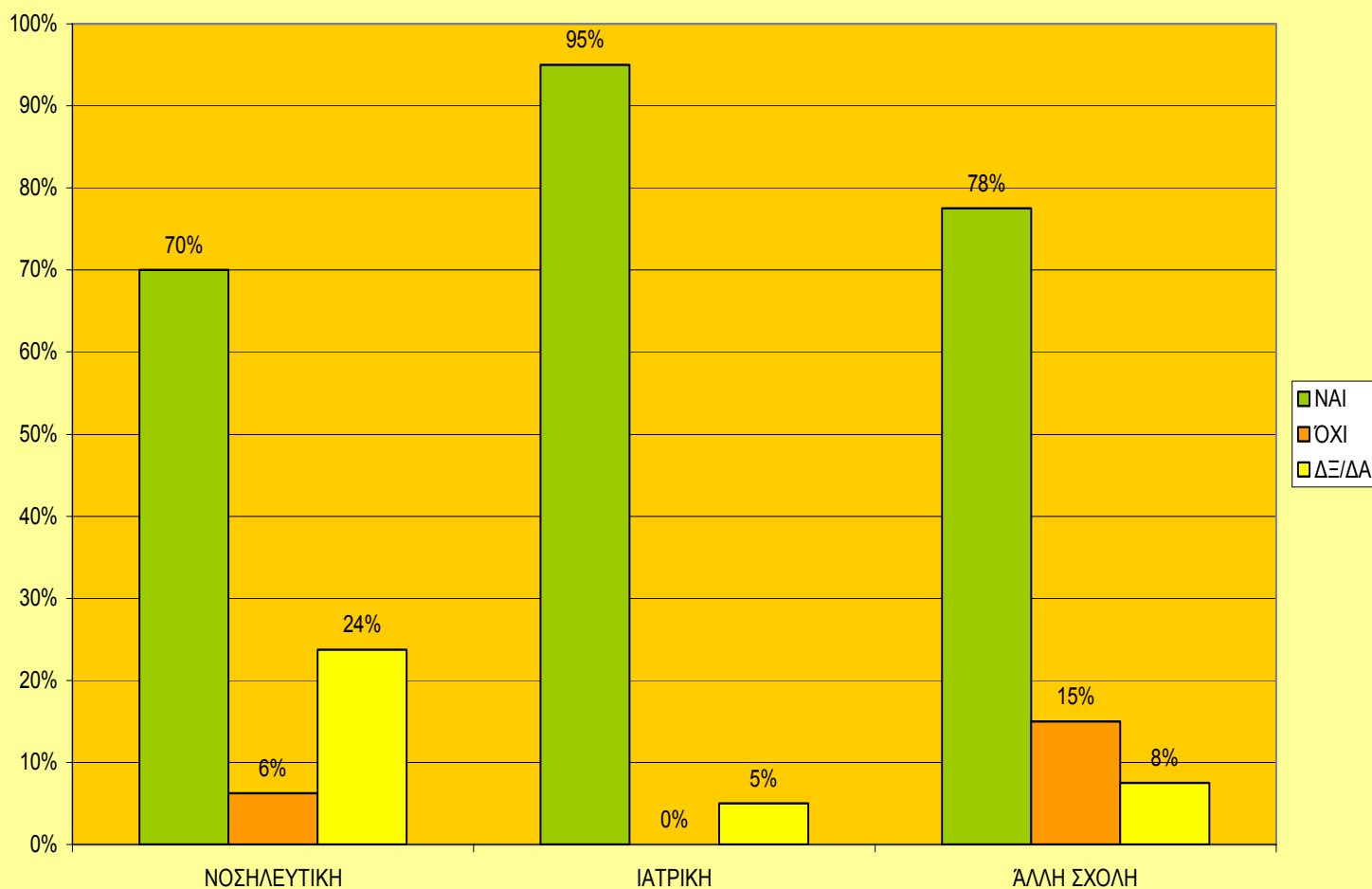
Τα ποσοστά των απαντήσεων στην 8^η ερώτηση, ήταν:

Στην Νοσηλευτική: 18% ΝΑΙ, 44% ΟΧΙ, 39% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

Στην Ιατρική: 23% ΝΑΙ, 65% ΟΧΙ, 13% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ και

στην άλλη σχολή: 33% ΝΑΙ, 43% ΟΧΙ, 25% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

ΜΠΟΡΕΙ ΕΝΑΣ ΔΩΡΗΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΝ ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΙ ΓΝΩΜΗ;



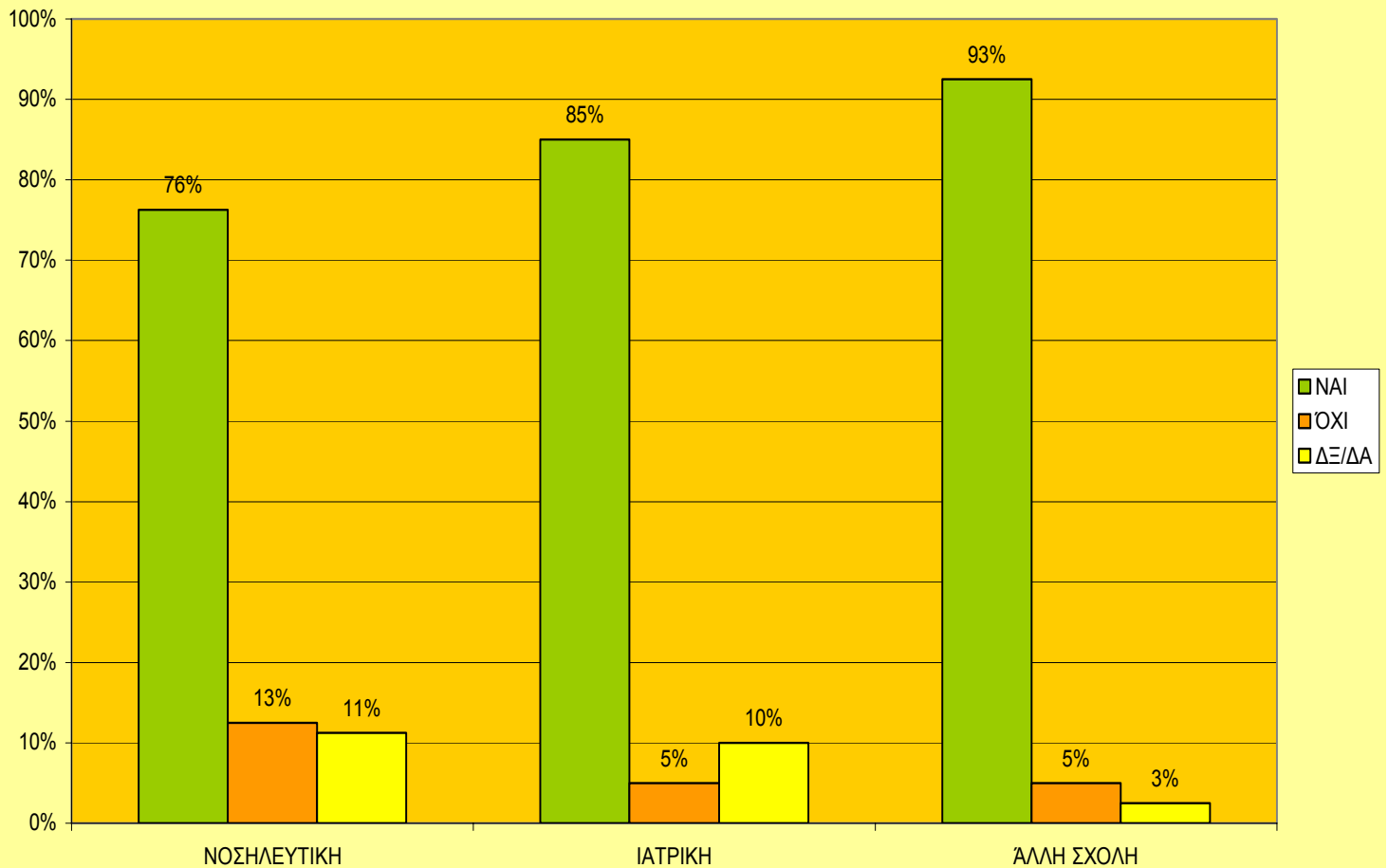
Τα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση αυτή, ήταν:

Νοσηλευτική: 70% ΝΑΙ, 6% ΟΧΙ, 24% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

Ιατρική: 95% ΝΑΙ, 0% ΟΧΙ, 5% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

άλλη σχολή: 78% ΝΑΙ, 15% ΟΧΙ, 8% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

ΜΠΟΡΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΝΑ ΔΩΡΙΣΕΙ ΕΝ ΖΩΗ ΟΡΓΑΝΟ ΤΟΥ;



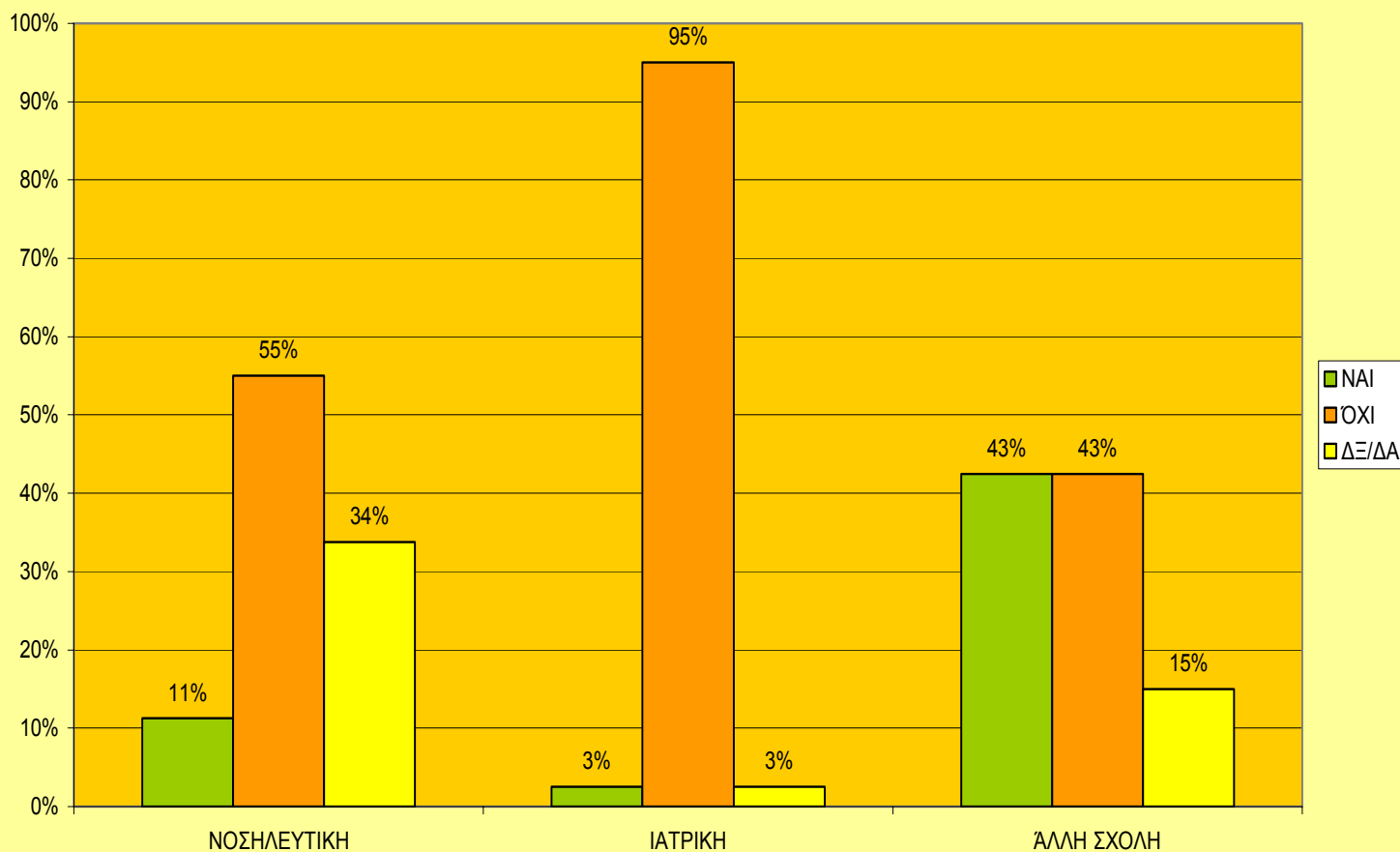
Τα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση αυτή, ήταν:

Νοσηλευτική: 76% ΝΑΙ, 13% ΟΧΙ, 11% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,

Ιατρική: 85% ΝΑΙ, 5% ΟΧΙ, 10% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ και

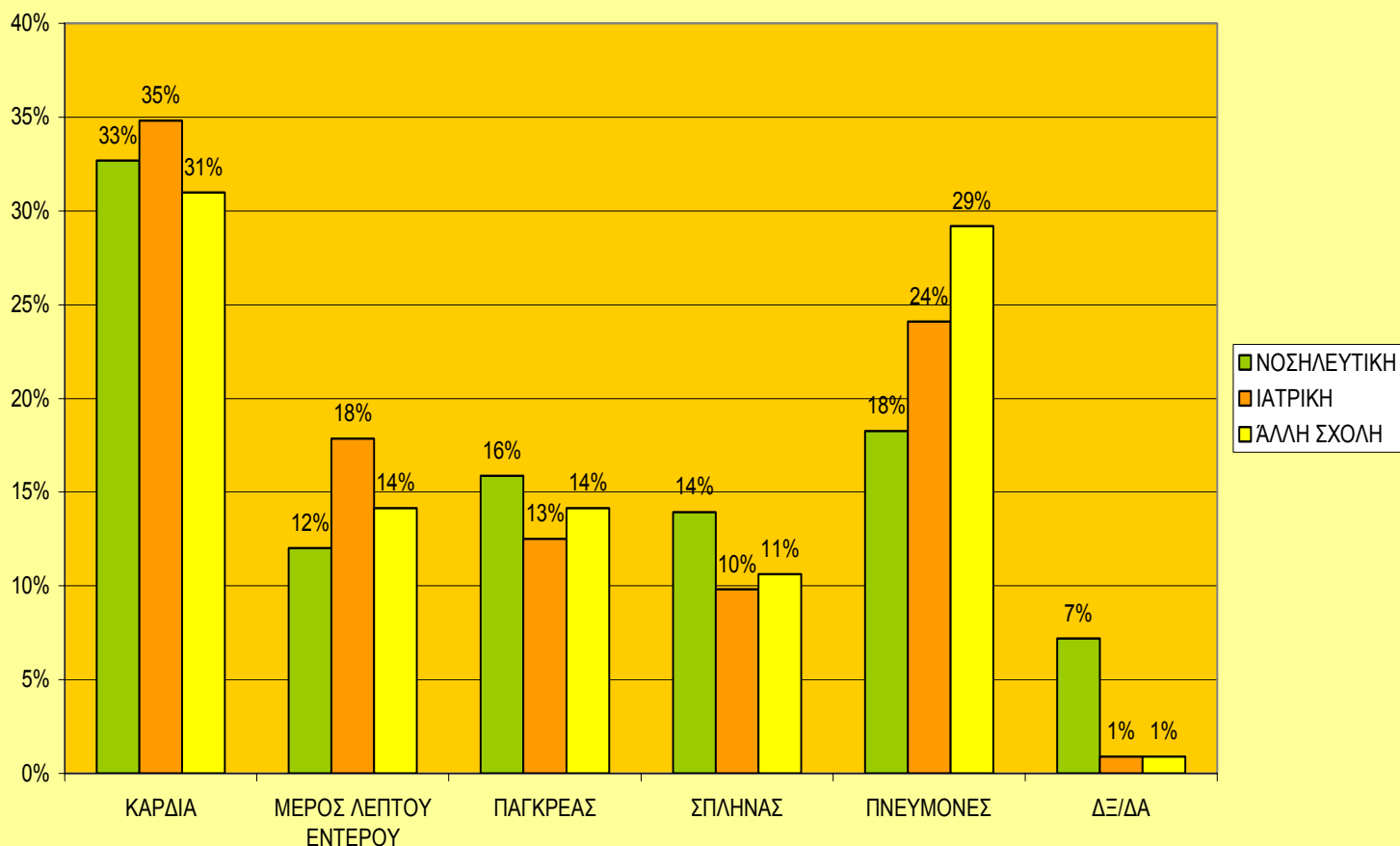
η άλλη σχολή: 93% ΝΑΙ, 5% ΟΧΙ, 3% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

ΕΠΙΤΡΕΠΕΤΑΙ ΥΠΟ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ Η ΑΓΟΡΑ ΚΑΙ Η ΠΩΛΗΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ;



- Τα ποσοστά των απαντήσεων στην 11^η ερώτηση, ήταν:
Στην Νοσηλευτική: 11% ΝΑΙ, 55% ΟΧΙ, 34% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ,
Στην Ιατρική: 3% ΝΑΙ, 95% ΟΧΙ, 3% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ και
στην άλλη σχολή: 43% ΝΑΙ, 43% ΟΧΙ, 15% δεν γνωρίζω/δεν απαντώ.

ΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΟΡΓΑΝΑ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΘΟΥΝ;



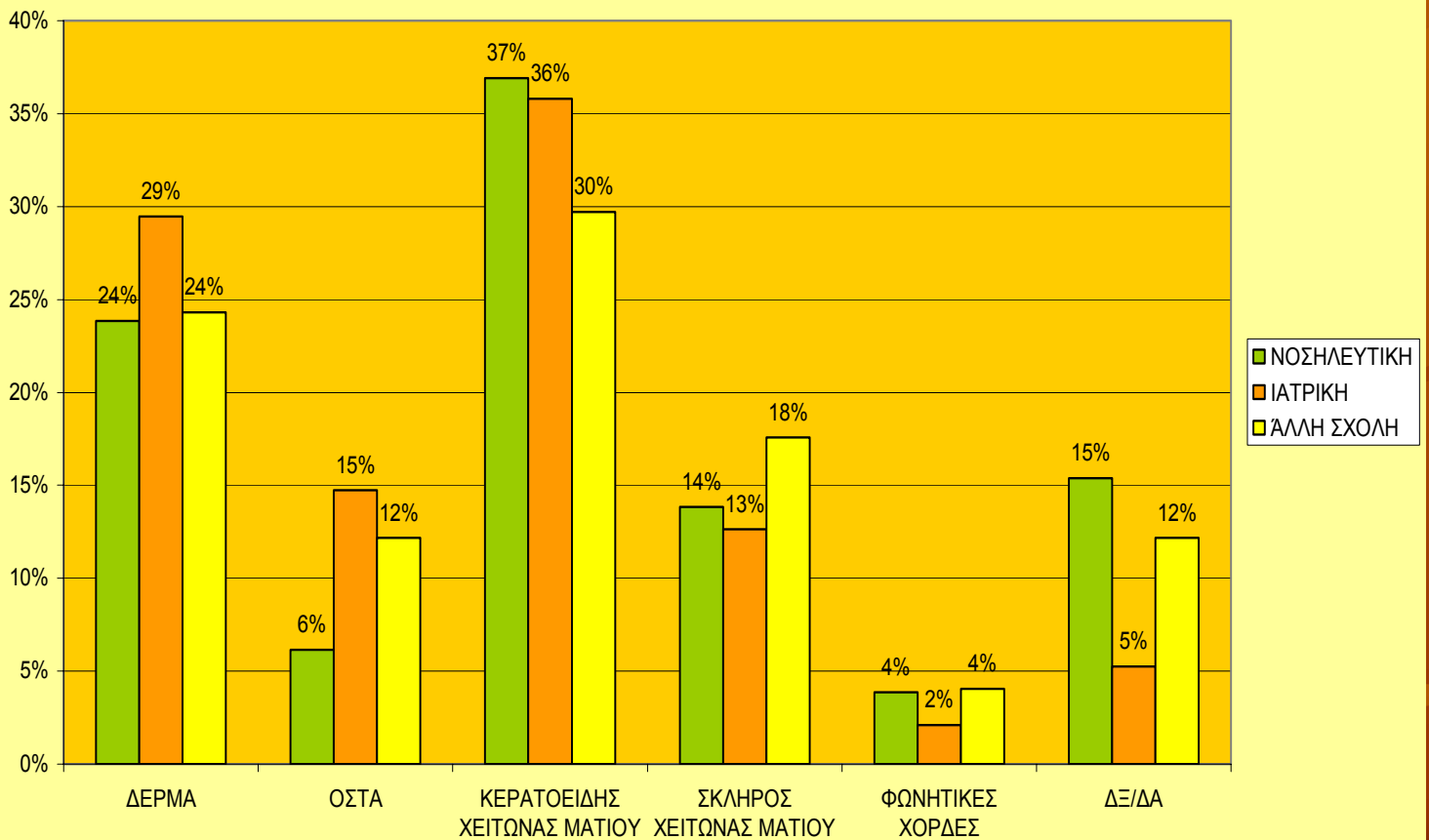
Τα ποσοστά των απαντήσεων στην 12^η ερώτηση, ήταν:

Για την **Καρδιά**, η Νοσηλευτική απάντησε: 33% , η Ιατρική 35% και η άλλη σχολή 31%. **Μέρος λεπτού εντέρου**, Νοσηλευτική: 12% , Ιατρική 18% και άλλη σχολή 14%. **Πάγκρεας**, Νοσηλευτική: 16% , Ιατρική 13% και άλλη σχολή 14%.

Σπλήνας, Νοσηλευτική: 14% , Ιατρική 10% και άλλη σχολή 11%.

Πνεύμονες, Νοσηλευτική: 18% , Ιατρική 24% και άλλη σχολές 29%. Τα ποσοστά ατόμων που δεν ήξεραν και δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή, ήταν: 7% νοσηλευτικής: 1% ιατρικής και 1% από άλλες σχολές.

ΠΟΙΟΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΙΣΤΟΥΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΤΟΥΝ;



Τα ποσοστά των απαντήσεων στην 13^η ερώτηση ήταν, για το Δέρμα από την Νοσηλευτική: 24% , Ιατρική 29% και από άλλη σχολή 24%. Οστά, από την Νοσηλευτική: 6% , Ιατρική 15% και από άλλη σχολή 12%. Κερατοειδής χιτώνας ματιού, στη Νοσηλευτική: 37% , Ιατρική 36%, άλλη σχολή 30%. Σκληρός χιτώνας ματιού, από την Νοσηλευτική: 14% , Ιατρική 13% και από άλλη σχολή 18%. Φωνητικές χορδές, στη Νοσηλευτική: 4% , Ιατρική 2% και από άλλη σχολή 4%. Τα ποσοστά των ατόμων που δεν ήξεραν την απάντηση, ήταν: από την Νοσηλευτική: 15% , Ιατρική 5% και από άλλη σχολή 12%.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κάποια ενδιαφέροντα αποτελέσματα εξήχθησαν από αυτή τη μικρή μη τυχαιοποιημένη έρευνα. Χωρίς να παρέχεται η δυνατότητα για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων, δίνεται ωστόσο μια σαφής εικόνα σχετικά με τη στάση και το επίπεδο ενημέρωσης και γνώσης των μελλοντικών λειτουργών υγείας στη χώρα μας και γίνεται σύγκριση με αντίστοιχες μελέτες που έχουν γίνει στο εξωτερικό. Η δική μας μελέτη ευελπιστούμε ότι θα αποτελέσει τη μαγιά και θα συμβάλλει στην ανάδειξη του προβλήματος της δωρεάς οργάνων στη χώρα μας.

Σίγουρα χρειάζεται η πραγματοποίηση περαιτέρω έρευνας στον ελλαδικό χώρο, προκειμένου μέσω τυχαιοποιημένων πλέον μελετών να αποτυπωθεί με σαφήνεια οι στάσεις και αντιλήψεις αλλά και ο βαθμός ενημέρωσης τόσο των εν ενεργεία λειτουργών της υγείας όσο και των αντίστοιχων φοιτητών στις συγκεκριμένες ειδικότητες.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής ήταν να εκτιμήσει το επίπεδο ενημέρωσης και την στάση των σπουδαστών υγείας και πρόνοιας απέναντι στη δωρεά οργάνων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν, φαίνεται ότι η πλειονότητα των φοιτητών έχει θετική στάση αναφορικά με τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις, αλλά χρειάζονται περισσότερη πληροφόρηση και εκπαίδευση για το θέμα αυτό.

Οι περισσότεροι φοιτητές ήταν πρόθυμοι να δωρίσουν όργανα, αλλά το επίπεδο ενημέρωσής τους σχετικά με το ποια όργανα μπορούν να μεταμοσχευτούν, την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου και τους νόμους της Ελλάδος για τις μεταμοσχεύσεις ήταν αρκετά χαμηλό. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι παρόλο που οι θρησκείες των φοιτητών δεν συσχετίστηκαν με την αντίληψή τους για τις μεταμοσχεύσεις, η προθυμία για τη δωρεά οργάνων ποίκιλλε ανάλογα με τη θρησκεία. Ενδεχομένως η δωρεά οργάνων να επηρεάζεται από την ενημέρωση, αλλά και από τη θρησκεία που ασπάζεται κάποιος.

Αναλογικά μεγάλο ποσοστό φοιτητών και από τις τρεις σχολές της έρευνάς μας απάντησαν ότι οι συγγενείς 1^{ου} βαθμού δεν μπορούν να εμποδίσουν τη διαδικασία δωρεάς οργάνων εάν κάποιος έχει κάρτα. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι στην ερώτηση για το εάν ο εγκεφαλικός θάνατος είναι αναστρέψιμος, οι περισσότεροι απάντησαν αρνητικά – το 63% από τη νοσηλευτική, το 85% από την ιατρική και το 68% από τις άλλες σχολές. Παρατηρείται έτσι, ότι ανεξαρτήτου σχολής ήταν αρκετά ενημερωμένοι σε ένα τόσο σημαντικό ζήτημα όπως είναι αυτό του εγκεφαλικού

θανάτου.

Σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων είχε άγνοια για το αν η κάρτα δωρητή οργάνων αρκεί για να επιτραπεί η μεταμόσχευση (49% από τη νοσηλευτική, 40% από την ιατρική και 38% από τις λοιπές σχολές απάντησαν πως δεν γνωρίζουν). Ομοίως πολλοί ήταν αυτοί που δεν ήξεραν για το εάν ο θεράπων ιατρός μπορεί να είναι και μεταμοσχευτής. Αντίθετα όμως σε κάποια άλλα ερωτήματα όπως για παράδειγμα εάν ο δωρητής οργάνων μπορεί να υποδείξει το λήπτη μετά το θάνατο του ή για το εάν ένας δωρητής μπορεί να αλλάξει γνώμη, οι συμμετέχοντες στη συντριπτική πλειοψηφία απάντησαν σωστά.

Αναφορικά με το ποια όργανα και ποιοι ιστοί μεταμοσχεύονται, είναι εμφανής η ελλιπής ενημέρωση των φοιτητών της Σ. Ε. Υ. Π. Οι περισσότεροι φοιτητές του τελευταίου έτους της νοσηλευτικής και ιατρικής απάντησαν ότι η καρδιά, τα νεφρά και οι πνεύμονες μπορούν να μεταμοσχευτούν, αλλά μόνο ένα μικρό ποσοστό ανέφεραν το πάγκρεας. Επίσης για τα υπόλοιπα όργανα και ιστούς οι οποίοι μεταμοσχεύονται ή όχι, οι σπουδαστές δεν είχαν καθόλου γνώση. Για παράδειγμα, οι φωνητικές χορδές, ήταν ένα από τα όργανα που τους ήταν εντελώς άγνωστα για το εάν μεταμοσχεύεται · επίσης μεγάλο σχετικά ποσοστό ερωτώμενων, κυρίως από τους φοιτητές άλλων σχολών δεν γνώριζαν ότι τα οστά μπορούν να μεταμοσχευτούν.

Η κριτική της εργασίας έδειξε ότι υπάρχει μια σχετική γνώση πάνω στο θέμα της δωρεάς και των μεταμοσχεύσεων. Αυτό δεν αναιρεί βέβαια την ανάγκη ύπαρξης σχετικών μαθημάτων και σεμιναρίων για τον εμπλουτισμό των γνώσεων τους καθώς και τον σωστό προσανατολισμό σε ένα τόσο σημαντικό θέμα, δεδομένοι ότι ζούμε σε μια χώρα όπου τα ποσοστά ατυχημάτων είναι πολύ υψηλά αλλά και η ανάγκη εύρεσης μοσχευμάτων μεγάλη και καθημερινά αυξανόμενη...

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

(Οδυσσέας Ελύτης)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπαιωάννου Γ. Δ.
Νέος θησαυρός γνώσεων
Έγχρωμη εγκυκλοπαίδεια στο Μονοτονικό
Εκδόσεις Δωρικός
2. Μπράμης Ι.
Μεταμοσχεύσεις οργάνων
Ανοσοβιολογικές και κλινικές απόψεις; 316:371
3. Χατζηνικολάου Νικόλαος
Ελεύθεροι από το γονιδίωμα
Κέντρο Βιοιατρικής, Ηθικής και Δεοντολογίας
Αθήνα 2002; 311:362
4. Παπαδημητρίου Ιωάννης
Σύγχρονη Γενική Χειρουργική
Τόμος 1^{ος} - Β΄ Έκδοση
Εκδόσεις Λαρισιανού Α. Ε.
Αθήνα 2001
5. Σαχίνη Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία
Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική
Νοσηλευτικές Διαδικασίες
Τόμος 1^{ος} – Β΄ Έκδοση
Αθήνα 2002; 105:148
6. Δαφέρμου Μαρία
Γηριατρική Νοσηλευτική
Ηράκλειο 2003-2004; 84:90
Α. Τ. Ε. Ι Κρήτης
7. Εφημερίδες
 - Metro Υγεία και Ομορφιά
Μ. Τρίτη 6 Απριλίου 2004; 28

- Ελευθεροτυπία Ε Ιατρικά

11 Μαΐου 2004

Τεύχος 114; 10:35

- Έθνος

Σάββατο 5 Ιουνίου 2004; 14

- Ιατρική Βήμα – Science

Κυριακή 2 Μαΐου 2004

8. Internet

- www.eom.gr
- www.san.gr
- www.tpm.org

