

Α. Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ. Ε. Υ. Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

*“ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ  
ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΝΟΜΟ  
ΑΧΑΪΑΣ ”*



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : Δρ. Μ. ΠΑΠΔΗΜΗΤΡΙΟΥ  
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΕΠΙΜΕΛΗΘΗΚΑΝ ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:  
ΚΑΛΟΥΡΗ ΑΝΝΑ, ΚΑΛΤΣΑ ΙΩΑΝΝΑ

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2006



*Και σοφίαν  
αναπόδεικτον και τέχνην  
άδηλον και ισχύν  
αναγώνιστον και  
πλουτον άχρειων και  
λόγον αδύνατον ΥΓΕΙΑΣ  
απούσης.*

**Ηρόφιλος**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε για την πολύτιμη βοήθεια τους και συμβουλές τους τη κ. Γελαστοπούλου, το κ. Δετοράκη, τη κ. Παπαδημητρίου, τη κ. Νικηφοράκη, επισκέπτρια υγείας του Π. Π. Γ. Ν. Π. (Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών), τη κ. Τσαβολιά υπεύθυνη νοσηλεύτρια καταγραφής λοιμωδών νοσημάτων στο Γ. Ν. Αιγίου, καθώς επίσης του πρόεδρο του Καραμανδάνειου νοσοκομείου κ. Κοτσώνη, την επισκέπτρια υγείας κ. Ζίνδρου, τη νοσηλεύτρια κ. Λαλαγιάννη και την διευθύντρια της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγεινής της Πάτρας, κ. Συμεωνίδου.

### Σημείωση συγγραφεων

Το πλήρωμα του χρόνου έφτασε. Ύστερα από 3,5 χρόνια σπουδών, η ώρα για την επιλογή του θέματος της πτυχιακής μας εργασίας είχε έρθει. Η επιλογή του θέματος δύσκολη. Δε θέλαμε να είναι ένα απλό και κοινό θέμα, να γίνει μόνο μια εκτενής αναφορά και να καθεί η ουσία. Επιδιώξαμε να έχει ότι και το επάγγελμα του νοσηλευτή: κοινωνικό χαρακτήρα. Έτσι με τη σύμφωνη γνώμη των εκλεκτών καθηγητών μας, επελέξαμε αυτό το θέμα που όχι μόνο θα ανέφερε τα λοιμώδη νοσήματα, αλλά θα παρουσίαζε την πραγματικότητα με στοιχεία από τα νοσοκομεία, που όπως αποδείχθηκε μετά την ολοκλήρωση της εργασίας/ έρευνα, απέβησαν πολύτιμα για την εκτίμηση της πραγματικότητας όσον αφορά στην ευρύτερη περιοχή των Πατρών. Η διεξαγωγή της έρευνας δεν έγινε με τις ευνοικότερες συνθήκες. Τόσο η συλλογή των στοιχείων, η καταγραφή τους και η στατιστική τους ανάλυση, όσο και η διαμόρφωση της εργασίας απαιτούσαν πολύωρη και κοπιαστική ευασχόληση. Όμως η κόπωση, τόσο η σωματική όσο και η ψυχική, έδωσαν τη θέση τους στη βαθιά ικανοποίηση για το άρτιο αποτέλεσμα και τα συμπεράσματα που προέκυψαν από αυτή την εργασία, αφήνοντας παράλληλα μια σημαντική και πλούσια παρακαταθήκη εμπειριών, που αποτελούν σημαντικό εφόδιο για τη ζωή μας. Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και τις οικογένειές μας, οι οποίες μας στήριξαν για την ολοκλήρωση της εργασίας.

Ευχαριστούμε πολυ!

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Πρόλογος	9
Εισαγωγή	10

***Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Λοιμώδη νοσήματα</b>	13
1.1 Ορισμός	14
1.2 Η φύση των λοιμογόνων παραγόντων	14
1.3 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των λοιμογόνων παραγόντων	15
1.4 Άμυνα του ανθρώπινου οργανισμού	16
1.5 Βασικές αρχές νοσηλείας αρρώστου με λοιμώδες νόσημα	18
1.6 Νοσηλευτική φροντίδα ατόμου με λοιμώδες νόσημα	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Βακτηριακή μηνιγγίτιδα</b>	20
2.1 Μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα	21
2.2 Επιδημιολογία της μηνιγγίτιδας	21
2.3 Ηλικία και εποχιακοί παράγοντες	22
2.4 Υποδόχο	22
2.5 Περίοδος επώασης.	22
2.6 Περίοδος μεταδοτικότητας	22
2.7 Τύποι μηνιγγίτιδας	22
2.8 Κλινική εικόνα	24
2.9 Νοσηλευτική φροντίδα	25
2.10 Προληπτικά μέτρα.	26
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Φυματίωση</b>	27
3.1 Πνευμονική φυματίωση - Ορισμός	28
3.2 Ηλικία και προδιαθεσικοί παράγοντες	28
3.3 Υποδόχο	28
3.4 Τρόποι μετάδοσης	28
3.5 Περίοδος επώασης.	28
3.6 Καταστάσεις που βοηθούν στην ανάπτυξη της φυματίωσης	28
3.7 Κλινική εικόνα	29
3.8 Διάγνωση	29
3.9 Θεραπεία	29
3.10 Παρακολούθηση του αρρώστου	29
3.11 Νοσηλευτική φροντίδα	30
3.12 Προληπτικά μέτρα	30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ανεμευλογία</b>	31
4.1 Ανεμευλογία - Ορισμός	32
4.2 Ηλικία και εποχιακοί παράγοντες	32
4.3 Υποδόχο	32
4.4 Τρόποι μετάδοσης	32
4.5 Περίοδος επώασης	32

4.6	Περίοδος μεταδοτικότητας	32
4.7	Ευπάθεια και ανοχή	33
4.8	Θεραπεία	34
4.9	Επιπλοκές	33
4.10	Νοσηλευτική φροντίδα	33
4.11	Προληπτικά μέτρα	34
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Βρουκέλλωση</b>	35
5.1	Βρουκέλλωση- Ορισμός	36
5.2	Επιδημιολογία	36
5.3	Περίοδος επώασης	36
5.4	Κλινική εικόνα	36
5.5	Διάγνωση	37
5.6	Θεραπεία	37
5.7	Νοσηλευτική φροντίδα	37
5.8	Προληπτικά μέτρα	37
5.9	Εμβολιασμοί των ζώων	38
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Σαλμονέλλα</b>	39
6.1	Σαλμονέλλα - Ορισμός	40
6.2	Γαστρεντερίτιδα από σαλμονέλλα	40
6.3	Διάγνωση	40
6.4	Επιπλοκές	41
6.5	Θεραπεία	41
6.6	Πρόληψη	41
6.7	Πρόγνωση	41
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Ηπατίτιδα Α'</b>	42
7.1	Ηπατίτιδα Α' -Ορισμός	43
7.2	Εμφάνιση	43
7.3	Παθογόνο αίτιο	43
7.4	Υποδόχο	43
7.5	Τρόπος μετάδοσης	43
7.6	Περίοδος επώασης	43
7.7	Περίοδος μεταδοτικότητας	44
7.8	Κλινικά συμπτώματα	44
7.9	Νοσηλευτική φροντίδα	44
7.10	Προληπτικά μέτρα	44
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. Ηπατίτιδα Β'</b>	46
8.1	Ηπατίτιδα Β' -Ορισμός	47
8.2	Διάγνωση	47
8.3	Παθογόνο αίτιο	47
8.4	Υποδόχο	48
8.5	Περίοδος επώασης	48
8.6	Τρόπος μετάδοσης	48
8.7	Νοσηλευτική φροντίδα	48
8.8	Προληπτικά μέτρα	49
8.9	Έλεγχος κρουσμάτων και στενού περιβάλλοντος	50
8.10	Η κλινική των δεικτών του HBV	50
	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. Λεπτοσπειρώσεις</b>	51
9.1	Λεπτοσπειρώσεις- Ορισμός	52

9.2 Εμφάνιση	52
9.3 Υποδόχο	52
9.4 Περίοδος επώασης	52
9.5 Τρόπος μετάδοσης	52
9.6 Περίοδος μεταδοτικότητας	52
9.7 Κλινική εικόνα	53
9.8 Επιπλοκές	53
9.9 Διάγνωση	53
9.10 Θεραπεία	53
9.11 Νοσηλευτική φροντίδα	53
9.12 Προληπτικά μέτρα	53
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. Λεισμανίαση</b>	55
10.1 Σπλαχνική λεισμανίαση- Ορισμός	56
10.2 Κλινική εικόνα	56
10.3 Διαφορική διάγνωση	56
10.4 Διάγνωση	56
10.5 Θεραπεία	56
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. Οστρακιά</b>	58
11.1 Οστρακιά- Ορισμός	59
11.2 Μετάδοση	59
11.3 Χρόνος επώασης	59
11.4 Περίοδος μεταδοτικότητας	59
11.5 Προδρομική περίοδος	59
11.6 Κλινικές εκδηλώσεις	59
11.7 Επιπλοκές	60
11.8 Θεραπεία	60
11.9 Νοσηλευτική φροντίδα	61
11.10 Προληπτικά μέτρα	61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12. Ψώρα</b>	62
12.1 Ψώρα - Ορισμός	63
12.2 Ηλικία και χρόνος επώασης	63
12.3 Υποδόχο	63
12.4 Τρόπος μετάδοσης	63
12.5 Περίοδος μεταδοτικότητας	63
12.6 Προληπτικά μέτρα	63
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13. Τύφος</b>	64
13.1 Τυφοειδής και παρατυφοειδής πυρετός - Ορισμός	65
13.2 Περίοδος επώασης	65
13.3 Τρόπος μετάδοσης	65
13.4 Κλινική εικόνα	65
13.5 Διάγνωση	65
13.6 Θεραπεία	65
13.7 Νοσηλευτική φροντίδα	66
13.8 Προληπτικά μέτρα	67
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14. Κοκκύτης</b>	68
14.1 Κοκκύτης- Ορισμός	69
14.2 Επιδημιολογία	69
14.3 Παθογόνο αίτιο	69

14.4 Υποδόχο	69
14.5 Περίοδος επώασης	69
14.6 Τρόπος μετάδοσης	69
14.7 Περίοδος μεταδοτικότητας	69
14.8 Προληπτικά μέτρα	70
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15. Τέτανος</b>	71
15.1 Τέτανος- Ορισμός	72
15.2 Αιτιολογία	72
15.3 Επιδημιολογία	72
15.4 Παθογόνο αίτιο	72
15.5 Υποδόχο	72
15.6 Περίοδος μεταδοτικότητας	72
15.7 Περίοδος επώασης	72
15.8 Ευαισθησία και αντοχή	73
15.9 Προληπτικά μέτρα	73
15.10 Νοσηλευτική Φροντίδα	73

## **Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΕΡΕΥΝΑ**

- Σκοπός	77
- Υλικό και μέθοδοι	77
- Αποτελέσματα	78
- Συζήτηση	93
- Συμπεράσματα – προτάσεις	96

**Περίληψη**

**Summary**

**Βιβλιογραφία**

**Παράρτημα**



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

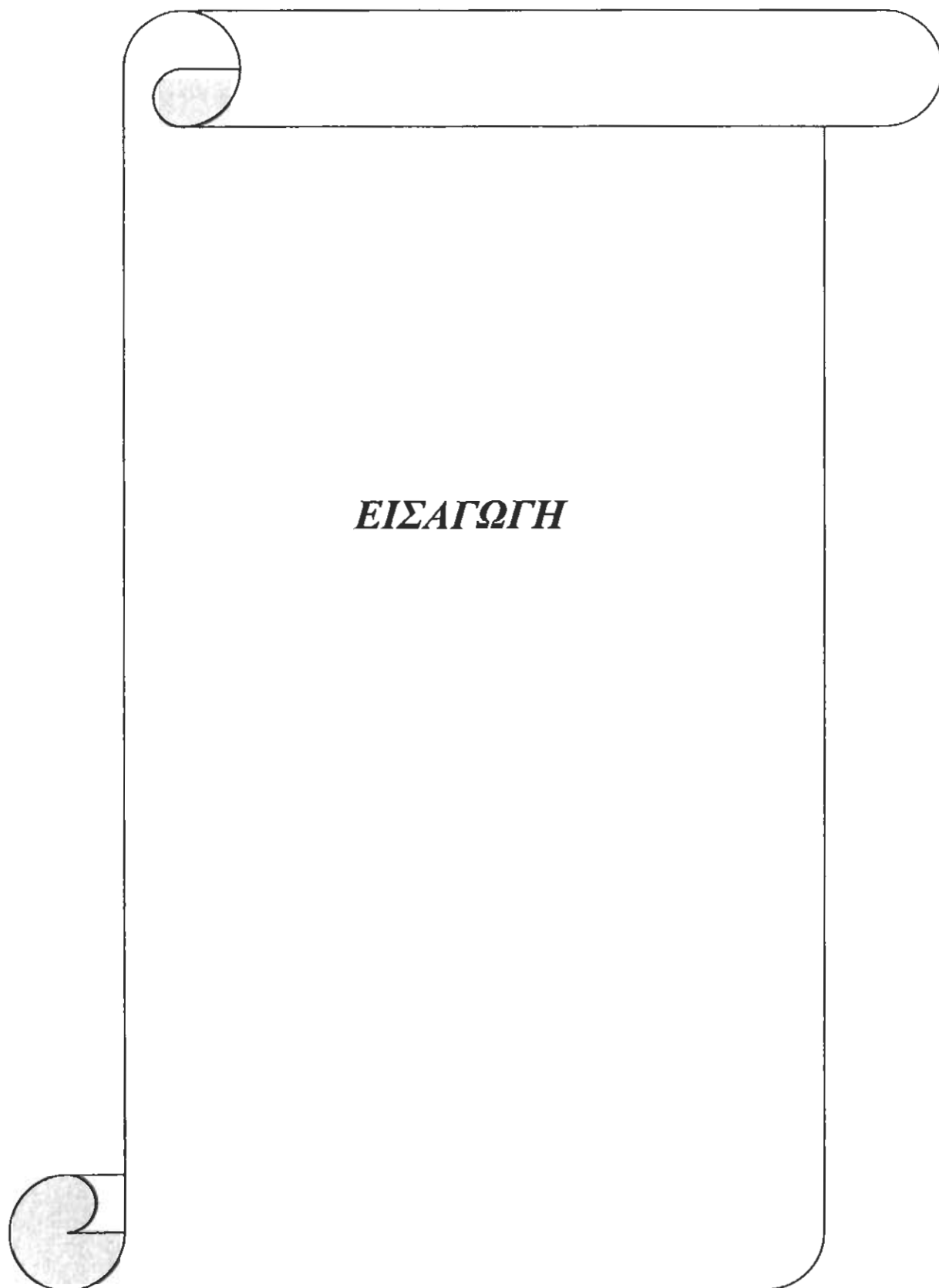
Τα λοιμώδη νοσήματα αποτέλεσαν ένα μεγάλο πρόβλημα σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου προκαλώντας πολλές φορές επιδημίες με ολέθρια αποτελέσματα. Με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, ένας σημαντικός αριθμός από τα λοιμώδη νοσήματα αντιμετωπίστηκαν με τα κατάλληλα θεραπευτικά μέσα όπως τα αντιβιοτικά, που είχε σαν συνέπεια τη θετική έκβαση στην πορεία της νόσου του ασθενή. Ωστόσο κάποια από αυτά όπως το AIDS η θεραπευτική αντιμετώπιση βρίσκεται ακόμα σε ερευνητικό στάδιο έτσι ώστε η ιατρική επιστήμη να συμφωνεί ότι η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη.

Η πρόληψη ως θεραπευτικό μέσο απαιτεί τη συνεργασία πολλών ομάδων και κοινωνικών φορέων που με τη σειρά της προϋποθέτει μια σωστή και αποτελεσματική αγωγή υγείας. Αν και η ετερογένεια στο χαρακτήρα των κοινωνικών συνόλων αυτών μπορεί να αποτελεί τροχοπέδη στην εγκατάσταση της πρόληψης ως συνείδηση στον απλό μέσο πολίτη, η εποικοδομητική συνεργασία τους με στόχο την ενημέρωση και αφύπνιση του πολίτη σε θέματα υγείας, όσο και την αναβάθμιση του επιπέδου υγείας είναι επιβεβλημένη.

Αυτό έχει σημασία γιατί η στατιστική αξιολόγηση των καταγεγραμμένων λοιμωδών νοσημάτων με τη κατάλληλη ανάλυση από τους ειδικούς θα συντελέσει στη καλύτερη και ορθότερη αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων τόσο σε θεραπευτικό όσο και σε προληπτικό επίπεδο.

Ο σκοπός στην εργασία αυτή διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: α) στο γενικό και β) στον ειδικό. Ο **α) γενικός** σκοπός είναι η συμβολή της νοσηλευτικής επιστήμης στη διαφώτιση του κοινού και στην εφαρμογή μέτρων πρόληψης από τα λοιμώδη νοσήματα και ο **β) ειδικός** σκοπός επιβεβαιώνει το γενικό, μέσα από την παρατήρηση του επιπέδου στο οποίο βρίσκονται τα λοιμώδη νοσήματα στο νομό Αχαΐας τα τελευταία πέντε χρόνια. Μέσα από την παρατήρηση θα αξιολογήσουμε τη κατάσταση, θα εκτιμήσουμε τα δεδομένα, θα προγραμματίσουμε και θα εφαρμόσουμε τις απαραίτητες νοσηλευτικές ενέργειες.

Εκτός όμως από αυτό το σκοπό, μείζονος σημασίας είναι να αναδειχθεί η στάση και το έργο του νοσηλευτή. Δεν είναι μόνο καθήκον του γιατρού να ενημερώσει το κοινό για την πρόληψη μετάδοσης των λοιμωδών νοσημάτων, αλλά και των νοσηλευτών και των επισκεπτριών υγείας. Επειδή οι νοσηλευτές βρίσκονται συνεχώς σε καθημερινή επαφή με το κοινό οφείλουν να εφαρμόσουν τα μέτρα πρόληψης/ προστασίας, και να ενημερώσουν το κοινό. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τους τρόπους πρόληψης, μετάδοσης και αντιμετώπισης των λοιμωδών νοσημάτων, ώστε να μπορεί όχι μόνο να αναγνωρίσει αλλά και να εφαρμόσει τη κατάλληλη νοσηλευτική διεργασία στην ανάλογη περίπτωση, με συνέπεια την αναβάθμιση του βιοτικού επιπέδου. Η μείωση των κρουσμάτων από λοιμώδη νοσήματα είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες για την αύξηση του μέσου όρου ζωής.



## ***ΕΙΣΑΓΩΓΗ***

Η εργασία αυτή, τόσο για την πληρέστερη και αρτιότερη παρουσίαση της όσο και για την καλύτερη κατανόηση της, είναι χωρισμένη σε δύο μέρη, ένα γενικό και ένα ειδικό.

Στο πρώτο μέρος, το γενικό, γίνεται εκτενής αναφορά στα λοιμώδη νοσήματα για τα οποία έχει γίνει η έρευνα. Αυτή περιλαμβάνει πληροφορίες για τα διάφορα αίτια που τα προκαλούν, τα επιδημιολογικά δεδομένα, την ηλικιακή και εποχιακή κατανομή τους, την κλινική εικόνα, τις νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις, καθώς και τις δυνατότητες πρόληψης μετάδοσής τους. Η γνώση που προκύπτει από τις παραπάνω πληροφορίες, συντελεί σημαντικά στο να κατανοήσουμε τη φύση των νοσημάτων αυτών, να τα αναγνωρίσουμε, να τα καταγράψουμε και να τα μελετήσουμε, ώστε να καταλήξουμε σε σημαντικά συμπεράσματα για την παρουσία τους μέσα στο κοινωνικό σύνολο προκειμένου να τα περιορίσουμε ή να καθορίσουμε τους τρόπους πρόληψής τους.

Επίσης στο πρώτο μέρος αναφέρονται τα προληπτικά μέτρα που λαμβάνονται για την αποφυγή εξάπλωσης του λοιμώδους νοσήματος, αλλά και την αποτροπή εμφάνισής του, ιδιαίτερα σε περιόδους όπου ευδοκιμεί η εξάπλωσή του (π.χ. την άνοιξη που η μηνιγγίτιδα συνήθως εμφανίζεται, συνίσταται καλός αερισμός και αποφυγή συνωστισμού π.χ. στις σχολικές αίθουσες)

Τέλος σε κάθε κεφάλαιο αναφέρεται ο ουσιαστικός και σημαντικός ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι που έρχεται σε επαφή με τον πάσχοντα από λοιμώδες νόσημα και με τη δική του ευσυνειδησία και υπευθυνότητα, συμβάλλει όχι μόνο στην ορθή εφαρμογή της θεραπείας, αλλά και στην κατανόηση και εφαρμογή των προληπτικών μέτρων που αυτά είτε αφορούν το στενό οικογενειακό περιβάλλον είτε το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Γιατί αποτελεί πραγματικότητα ότι ο νοσηλευτής/ τρια αποτελεί πομπό μηνυμάτων για τη δημόσια υγεία και με την άμεση επαφή του με το κόσμο μπορεί και πρέπει να συμβάλλει στην ενημέρωση του πολίτη.

Το δεύτερο μέρος, το ειδικό, περιλαμβάνει την διεξαχθείσα έρευνα για τα λοιμώδη νοσήματα και που αφορούσε την ευρύτερη περιοχή των Πατρών, κατά τη χρονική περίοδο 1999 έως το 2005. Οι πληροφορίες για τον αριθμό των κρουσμάτων, την ηλικία προσβολής αλλά και το συνολικό αριθμό κρουσμάτων ανά έτος αντλήθηκαν από τα νοσοκομεία: Π. Π. Ν. Π. (Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών), Καραμανδάνειο, Γενικό Νοσοκομείο Αιγίου και τα υπόλοιπα νοσοκομεία και κέντρα υγείας του νομού Αχαΐας και από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας. Τα δεδομένα καταγράφηκαν, κατανεμήθηκαν σε πληθυσμιακές και ηλικιακές ομάδες και επεξεργάστηκαν στατιστικά.

Αποτελεί σκοπό να κατανοήσουμε τη σημασία που έχει η έρευνα και η στατιστική αξιολόγηση, πως αν γίνει η αρχή με οργάνωση και μεθοδικότητα, όχι μόνο στην περιοχή των Πατρών, αλλά σε όλη την Ελλάδα, μόνο οφέλη θα αποκομίσουμε που θα αποδοθούν στο κοινωνικό σύνολο.

Η αξιολόγηση των στατιστικών συμπερασμάτων που προκύπτουν από την έρευνα, θα συντελέσει στην κατανόηση της δυναμικής αυτών των νοσημάτων, την παρουσία τους σε σχέση με το χρόνο και τις υπάρχουσες κοινωνικές και υγειονομικές συνθήκες, ώστε οι αρμόδιοι φορείς να τα αξιοποιήσουν υπέρ του κοινωνικού συνόλου εννοώντας φυσικά τόσο την έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση, όσο και την πρόληψη τους, δίνοντας σημαντική έμφαση στο τελευταίο.

**A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

- ◊ **1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**
- ◊ **1.2 Η ΦΥΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΟΓΟΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ**
- ◊ **1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΛΟΙΜΟΓΟΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ**
- ◊ **1.4 ΑΜΥΝΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ**
- ◊ **1.5 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΕΣ ΝΟΣΗΜΑ**
- ◊ **1.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΟΥ ΜΕ ΛΟΙΜΩΔΕΣ ΝΟΣΗΜΑ**

## **1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Ο ορισμός λοιμώδη ή μεταδοτικά νοσήματα αναφέρεται στα νοσήματα που προκαλούνται από την επίδραση λοιμογόνων παραγόντων ή των τοξικών τους προϊόντων στον ξενιστή. Ο τρόπος με τον οποίο μεταδίδονται τα λοιμώδη νοσήματα είναι είτε άμεσα (από κάποιο άλλο μολυσμένο άνθρωπο ή ζώο), είτε έμμεσα (με την παρέμβαση κάποιου διαβιβαστή ή ορισμένων αντικειμένων του άψυχου περιβάλλοντος). «Μολυσματικά» ή «κολλητικά» νοσήματα, ονομάζονται τα νοσήματα που μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο χωρίς (την παρέμβαση) ενδιάμεσο μεταβιβαστή ή αγωγό.<sup>1</sup>

Στη σημερινή εποχή τα λοιμώδη νοσήματα παραμένουν να αποτελούν τις κύριες αιτίες νοσημάτων καθώς ευθύνονται για το μεγαλύτερο μέρος της ολικής νοσηρότητας και σημαντικό ποσοστό της ολικής θνησιμότητας σε όλες τις χώρες του κόσμου παρά τη σημαντική βελτίωση του επιπέδου ατομικής και περιβαλλοντικής υγιεινής, την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού και τη χρήση των αντιβιοτικών. Στην αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα συμβάλλουν όχι μόνο η επανεμφάνιση παλαιών νοσημάτων με τη μορφή επιδημιών αλλά και η επισήμανση νέων λοιμωδών νοσημάτων, περισσότερων από 30 από το 1973 μέχρι σήμερα.<sup>2</sup>

Οι επιδημίες των λοιμωδών νοσημάτων, όπως και οι επιδημίες των μη λοιμωδών, μπορεί να διαρκούν μερικές ώρες ή αρκετές δεκαετίες, και να καλύπτουν ένα στρατόπεδο ή ολόκληρες ηπείρους. Όμως οι «επιδημικές εκρήξεις», δηλαδή οι επιδημίες με μικρή χρονική διάρκεια και κατά κανόνα, μικρή έκταση, έχουν συνήθως λοιμώδη αιτιολογία.

Όταν σε μια περιοχή υπάρχουν συνεχώς σποραδικά κρούσματα ενός νοσήματος, τότε το νόσημα αυτό θεωρείται *ενδημικό* για την περιοχή αυτή. Ένα ενδημικό λοιμώδες νόσημα μπορεί εύκολα να δημιουργήσει επιδημικές εξάρσεις να διαμορφωθούν κατάλληλες συνθήκες, όπως :

1. Μεγάλη αύξηση του πληθυσμού των εντόμων-διαβιβαστών λόγω ευνοϊκών για τα έντομα οικολογικών μεταβολών
2. Μεγάλη αύξηση του αριθμού και της αναλογίας των επίνοσων (μη άνοσων) ατόμων λόγω αθρόων γεννήσεων, παραμέλησης των προγραμμάτων εμβολιασμών, ή μαζικής μετανάστευσης από μη επιδημικές περιοχές
3. Εμφάνιση μιας αντίστοιχης επιζωοτίας (επιδημίας στα ζώα) στην ίδια περιοχή ή πλησιόχωρες περιοχές και
4. Επικράτηση ανθεκτικών ή πολυανθεκτικών στα αντιβιοτικά στελεχών των μικροοργανισμών.<sup>2</sup>

## **1.2 Η φύση των λοιμογόνων παραγόντων**

Κοινό χαρακτηριστικό των λοιμογόνων παραγόντων είναι ότι έχουν τη δυνατότητα αναπαραγωγής και είναι δυνητικά ή υποχρεωτικά νοσογόνοι. Στους λοιμογόνους παράγοντες ανήκουν τα παράσιτα, οι μύκητες, οι σχιζομύκητες, οι ρικέτσιες, τα χλαμύδια και οι ιοί και τα *prions* (πρωτεΐνες που μετατρέπουν φυσιολογικές πρωτεΐνες σε παθολογικές μορφές, παρόλο που δε διαθέτουν δικό τους γενετικό υλικό-DNA ή RNA). Τα παράσιτα μπορεί να είναι πολυκύτταροι οργανισμοί, όπως οι σκώληκες ή μονοκύτταροι, όπως η ιστολυτική αμοιβάδα και τα πλασμώδια της ελονοσίας. Πρέπει να σημειωθεί:

1. Ορισμένα παράσιτα και πολλοί σχιζομύκητες δεν είναι ποτέ λοιμογόνοι για τον άνθρωπο (σαπρόφυτα) και πολύ συχνά ορισμένοι λοιμογόνοι παράγοντες δεν προκαλούν νόσο. Έτσι η απομόνωση ενός μικροοργανισμού σ' ένα ή περισσότερα άτομα που πάσχον από κάποιο νόσημα, δε σημαίνει υποχρεωτικά ότι ο μικροοργανισμός αυτός ευθύνεται για το αντίστοιχο νόσημα και <sup>1,2</sup>
2. Οι λοιμογόνοι παράγοντες δεν προκαλούν μόνο λοιμώδη νοσήματα (με την κλασική έννοια του όρου), αλλά και πολλές άλλες νοσολογικές καταστάσεις. Έτσι, σήμερα θεωρείται ότι ο ιός της ιλαράς ευθύνεται για την υποξεία σκληρυντική

πανεγκεφαλίτιδα και ότι ο ιός της ηπατίτιδας Β αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα του πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος.<sup>1,2</sup>

### **1.3 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των λοιμογόνων παραγόντων**

#### **1.3.1 Εγγενή**

Χαρακτηριστικά των λοιμογόνων παραγόντων που επηρεάζουν την επιδημιολογία των αντίστοιχων νοσημάτων είναι εκείνα που σχετίζονται με τον πολλαπλασιασμό και την επιβίωση τους, εκείνα που αφορούν την επαφή τους με τον άνθρωπο και, τέλος, εκείνα που διαμορφώνουν τις νοσογόνες τους ιδιότητες. Μερικά από τα χαρακτηριστικά αυτά είναι «εγγενή» για τους λοιμογόνους παράγοντες και μπορούν να καθοριστούν μόνο με αναφορά στον αντίστοιχο ξενιστή, δηλαδή τον άνθρωπο.<sup>2</sup>

**Αντιγονικότητα.** Η ικανότητα του μικροοργανισμού να προκαλεί ειδική ανοσία όταν έχει προηγηθεί αφανής ή κλινικά έκδηλη αντίστοιχη λοίμωξη ή εμβολιασμός.

**Ανθεκτικότητα.** Η δυνατότητα επιβίωσης ενός λοιμογόνου παράγοντα, η οποία εξαρτάται από την ανθεκτικότητα του στο εξωτερικό περιβάλλον, τις διατροφικές του απαιτήσεις και την ευρύτητα του φάσματος των ξενιστών του.

**Διατροφικές απαιτήσεις.** Η επιδημιολογική σημασία των διατροφικών απαιτήσεων προκύπτει από τη συγκριτική αξιολόγηση του ρόλου των σχιζομυκήτων και των ιών στην αιτιολογία των τροφικών δηλητηριάσεων.

**Φάσμα ξενιστών.** Μερικοί λοιμογόνοι παράγοντες μπορούν να προσβάλλουν μόνο τον άνθρωπο (π. χ. ο ιός της ευλογιάς), ενώ άλλοι έχουν ευρύτερο φάσμα ξενιστών (π. χ. τα βακτηρίδια των βρουκελλώσεων). Όσο ευρύτερο είναι το φάσμα των ξενιστών, τόσο περισσότερο σύνθετη είναι η επιδημιολογία της αντίστοιχης νόσου και δυσκολότερη η πριστική της καταπολέμηση.<sup>2</sup>

**Ευαισθησία στα χημειοθεραπευτικά.** Η ευαισθησία ή η αντοχή ενός λοιμογόνου παράγοντα στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν επηρεάζει μόνο την κλινική πορεία και την πρόγνωση της αντίστοιχης νόσου αλλά και την επιδημιολογία της, γιατί η ευαισθησία του στα χημειοθεραπευτικά προκαλεί, κατά κανόνα, βράχυνση της περιόδου μεταδοτικότητας της νόσου.

**Συχνότητα μεταλλαγών.** Οι μεταλλαγές μπορεί να αφορούν:

- Τους αντιγονικούς χαρακτήρες με αποτέλεσμα τη μερική ή ολική αχρήστευση της υπάρχουσας ανοσίας και των διαθέσιμων εμβολίων-π. χ. ιοί της γρίπης
- Την ευαισθησία στα χημειοθεραπευτικά με αποτέλεσμα τη δημιουργία «ανθεκτικών» στελεχών- π. χ. ο γονόκοκκος
- Το φάσμα των ξενιστών ή
- Την παθογονικότητα των στελεχών.

#### **1.3.2 Σχετικά με τον ξενιστή**

**Μολυσματικότητα.** Η μολυσματικότητα αφορά την ικανότητα ενός λοιμογόνου παράγοντα να «μολύνει» τον αντίστοιχο ξενιστή (δηλαδή να εγκαθίσταται και να πολλαπλασιάζεται ή να αναπτύσσεται σ' αυτόν, χωρίς να δημιουργεί υποχρεωτικά έκδηλη νόσο-λοίμωξη). Βασικό μέτρο της μολυσματικότητας ενός παράγοντα είναι η «ελάχιστη λοιμογόνος δόση» που χρειάζεται για τη δημιουργία της αντίστοιχης λοίμωξης. Η ελάχιστη δόση εξαρτάται από την ηλικία και κατάσταση του ξενιστή, την πύλη εισόδου του λοιμογόνου παράγοντα (παρεντερική, αναπνευστική κ. λ. π.), την ενδεχόμενη τοπική καταστροφή των ιστών κ. λ. π. Συνήθως η εκτίμηση της μολυσματικότητας γίνεται με έμμεσα επιδημιολογικά δεδομένα και στην περίπτωση των μολυσματικών νοσημάτων με βάση το δείκτη δευτερογενούς προσβολής, ο οποίος δείχνει πόσο μεταδοτικό (κολλητικό) είναι το νόσημα. Ο δείκτης δευτερογενούς προσβολής επιτρέπει επίσης την αξιολόγηση της μολυσματικότητας ενός νοσήματος (ή αιτιολογικού παράγοντα) σε συνάρτηση με διάφορα νοσολογικά ή κοινωνικο-

οικονομικά χαρακτηριστικά των πρωτογενών περιπτώσεων. Με τον τρόπο αυτό τεκμηριώθηκε η αυξημένη μολυσματικότητα των πρωτογενών κρουσμάτων φυματίωσης όταν έχουν θετικές καλλιέργειες και η μεγάλη σημασία που έχουν οι μαθητές των πρώτων σχολικών τάξεων για τη διασπορά των αναπνευστικών και άλλων λοιμώξεων στο ενδοοικογενειακό τους περιβάλλον.

**Παθογονικότητα.** Η παθογονικότητα αφορά την ικανότητα ενός λοιμογόνου παράγοντα (που έχει ήδη μολύνει τον αντίστοιχο ξενιστή) να προκαλεί έκδηλη νόσο (λοιμώξη). Εξαρτάται από την ικανότητα του λοιμογόνου παράγοντα να διεισδύει και να καταστρέφει τους ιστούς (διεισδυτικότητα). Να παράγει εξωτοξίνη (τοξινικότητα) και να δημιουργεί αντιδράσεις υπερευαισθησίας, κατά δεύτερο δε λόγο από την ικανότητά του να αντιστέκεται στη φαγοκυττάρωση, να επιβιώνει ενδοκυτταρικά, να παράγει ενδοτοξίνη κ. λ. π. Ανεξάρτητα από τη φύση και τους χαρακτήρες της παθογονικότητας, η βάση για την αριθμητική της εκτίμηση είναι το πηλίκο των έκδηλων νοσήσεων («λοιμώξεων») προς το σύνολο των «μολύνσεων».

**Λοιμοτοξικότητα.** Η λοιμοτοξικότητα αφορά τη σοβαρότητα μιας έκδηλης λοιμώδους νόσου και μπορεί να εκτιμηθεί με βάση το δείκτη θνητότητας ή κάποιο άλλο δείκτη που εκφράζει τη συχνότητα μιας βαριάς επιπλοκής (π.χ. παράλυσης, ενδοκαρδίτιδας κ. λ. π.)

**Ανοσοποιητική ικανότητα.** Η ανοσοποιητική ικανότητα έχει σχέση με τη δυνατότητα ενός λοιμογόνου παράγοντα να δημιουργεί ειδική, ισχυρή και διαρκή ανοσία στον αντίστοιχο ξενιστή. Εξαρτάται από την εγγενή αντιγονικότητα του λοιμογόνου παράγοντα, τη θέση πολλαπλασιασμού του και την έκταση της διασποράς του στον οργανισμό του ξενιστή.<sup>1,2</sup>

#### **1.4 Άμυνα του οργανισμού**

Η εμφάνιση ή όχι ενός λοιμώδους νοσήματος, σ' ένα άτομο που έχει εκτεθεί σε μολυσματική δόση του αντίστοιχου λοιμογόνου παράγοντα, εξαρτάται από την επιδεκτικότητα ή αντοχή του ατόμου για το λοιμώδες αυτό νόσημα. Η αντοχή αποτελεί την αρνητική έκφραση της επιδεκτικότητας και διαθέτει δύο βασικές συνιστώσες: την εγγενή ή τη μη ειδική αντοχή και την επίκτητη ή ειδική αντοχή ή ανοσία.<sup>2</sup>

Η **εγγενής αντοχή** δεν έχει σχέση με αντισώματα ή ειδικές κυτταρικές ιστικές αντιδράσεις. Κατά κανόνα έχει γενετική βάση και είναι συχνά χαρακτηριστική του βιολογικού είδους. Στο πλαίσιο της εγγενούς αντοχής μπορούν να ενταχθούν:

1. Η μηχανική προστασία που παρέχεται από το δέρμα
2. Οι τοπικές μη ειδικές φλεγμονώδεις καταστάσεις που δημιουργούνται ως «αντίδραση» σε πολλούς εξωκυττάριους λοιμογόνους παράγοντες
3. Η δραστηριότητα των φαγοκυττάρων στο τόπο εισβολής των λοιμογόνων παραγόντων, στους λεμφαδένες, στο σπλήνα και σε άλλα όργανα και
4. Η ανασταλτική δράση των ιντερφερονών στους ιούς που έχουν ήδη εγκατασταθεί ενδοκυτταρικά.<sup>1</sup>

Η **ανοσία** είναι, κατά κανόνα, επίκτητη (εκτός από τη φυσική παθητική ανοσία) και βασίζεται στη παρουσία:

- ειδικών αντισωμάτων (χυμική ανοσία) ή
- ειδικά ευαισθητοποιημένων Τ-λεμφοκυττάρων (κυτταρική ανοσία).<sup>2</sup>

Η ανοσία (κυρίως η χυμική) μπορεί να αφορά τον ίδιο το λοιμογόνο παράγοντα ή την παθογόνο εξωτοξίνη του, και διακρίνεται σε:

- παθητική ανοσία (φυσική ή τεχνητή) και
- ενεργητική ανοσία (φυσική ή τεχνητή).<sup>2</sup>

**Παθητική ανοσία** είναι αυτή που οφείλεται σε αντισώματα που δεν δημιουργήθηκαν στον ίδιο τον άνοσο οργανισμό αλλά σε κάποιον άλλο. *Φυσική παθητική ανοσία* είναι η ανοσία που διαθέτει το νεογνό και οφείλεται στη διαπλακούντια μετάδοση έτοιμων αντισωμάτων από τη



μητέρα. Σπάνια ξεπερνά τους 6 μήνες και πολύ συχνά εξαφανίζεται αρκετά νωρίτερα. *Τεχνητή παθητική ανοσία* είναι αυτή που δημιουργείται με παρεντερική έγχυση (ένεση) έτοιμων αντισωμάτων. Τα αντισώματα μπορεί να βρίσκονται σε μείγμα έτοιμων ορών οποιωνδήποτε ενηλίκων (άνοσος ορός ή άνοση γάμμα σφαιρίνη, immune serum ή immune gamma globulin), ή σε μείγμα ορών ενηλίκων που αναρρώνουν από ένα συγκεκριμένο νόσημα (υπεράνοσος ορός ή υπεράνοση γάμμα σφαιρίνη, hyperimmune gamma globulin). Η διάρκεια της τεχνητής παθητικής ανοσίας είναι σύντομη και η χρησιμότητά της περιορίζεται, κατά κανόνα, στην παροδική και βραχυπρόθεσμη προστασία ατόμων που έχουν ήδη εκτεθεί σε κάποιο λοιμογόνο παράγοντα.

**Ενεργητική ανοσία** (φυσική ή τεχνητή) είναι αυτή που οφείλεται σε αντισώματα ή ευαισθητοποιημένα T λεμφοκύτταρα που δημιουργήθηκαν στον ίδιο τον άνοσο οργανισμό. *Φυσική ενεργητική ανοσία* είναι αυτή που οφείλεται σε προηγούμενη λοίμωξη έκδηλη ή υποκλινική (συνώνυμα: «κρυψιμόλυση», «αφανής μόλυνση», απλά «μόλυνση»). *Τεχνητή ενεργητική ανοσία* είναι αυτή που δημιουργείται μετά από τον αντίστοιχο εμβολιασμό. Η ενεργητική ανοσία είναι, κατά κανόνα, μακροχρόνια και η φυσική διαρκεί συνήθως περισσότερο από την αντίστοιχη τεχνητή.<sup>1,2</sup>

Η υποκλινική λοίμωξη χωρίς έκδηλη νόσηση είναι ο συχνότερος τρόπος εγκατάστασης της φυσικής ενεργητικής ανοσίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ενηλίκων Ελλήνων έχει ανοσία απέναντι στους ιούς της ηπατίτιδας Α και Β και απέναντι στους μηνιγγιτιδόκοκκους των ομάδων Α, Β, και C, ενώ η επίπτωση των αντίστοιχων κλινικά έκδηλων λοιμώξεων είναι σχετικά μικρή. Μπορεί να γίνει μετά από ενεργό επαφή ενός επιδεκτικού ατόμου με κάποιον πάσχοντα ή, συνηθέστερα, με κάποιον ασυμπτωματικό φορέα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η άμυνα του οργανισμού εξαρτάται συχνά και από τη γενικότερη κατάσταση της υγείας του, μολονότι η φύση της σχέσης δεν είναι πάντα κατανοητή. Ειδικότερα, η άμυνα του οργανισμού εξαρτάται από φυσιολογικές παραμέτρους (η επίπτωση της πνευμονικής φυματίωσης αυξάνεται κατά την εφηβεία, και η πρόγνωση της ηπατίτιδας Α είναι σοβαρότερη όταν η νόσος συνδυάζεται με εγκυμοσύνη), από την κατάσταση θρέψης και, τέλος, από ψυχοκοινωνικές επιβαρύνσεις.<sup>2</sup>

### **1.5 Βασικές αρχές νοσηλείας αρρώστου με λοιμώδες νόσημα**

Ο νοσηλευτής άρρωστου με λοιμώδες νόσημα πρέπει να μπορεί να απαντήσει σε ερωτήματα όπως:

1. Ποια είναι η φύση του λοιμογόνου παράγοντα.
2. Ποιός είναι ο υποδόχος (φορέας) του λοιμογόνου παράγοντα.
3. Με ποιο τρόπο μεταδίδεται ο λοιμογόνος παράγοντας από τον υποδόχο.
4. Ποια είναι η πιο πιθανή θύρα εισόδου του λοιμογόνου παράγοντα στον ανθρώπινο οργανισμό.
5. Με ποιες συνθήκες και για πόσο χρόνο μπορεί να ζήσει ο λοιμογόνος παράγοντας έξω από τον ξενιστή.
6. Πως μπορούμε να πετύχουμε ανοσία σε ένα λοιμογόνο παράγοντα και για πόσο χρόνο.
7. Μέτρα προφυλακτικά που πρέπει να εφαρμόζει όταν νοσηλεύει άρρωστο με λοιμώδες νόσημα.<sup>3</sup>

**Ο νοσηλευτής θα βοηθήσει να μη μεταδίδονται (διασπείρονται) τα λοιμώδη νοσήματα όταν:**

1. Νοσηλεύει τον άρρωστο ακίνδυνα για τον εαυτό του και το περιβάλλον.
2. Συμμετέχει ενεργά στο πρόγραμμα ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων του ιδρύματος που υπηρετεί.

3. Ανακαλύπτει περιπτώσεις (αρρώστους) με λοιμώδες νόσημα ή υποδόχους (φορείς) λοιμογόνων παραγόντων και ενεργεί ανάλογα.
4. Συμμετέχει στα προγράμματα προστασίας από τα λοιμώδη νοσήματα σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.
5. Συνεργάζεται σε προγράμματα διαφωτίσεως του κοινού για την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και περιορισμό διασποράς λοιμωδών νοσημάτων.<sup>3</sup>

Η απομόνωση του αρρώστου με λοιμώδες νόσημα, ένα από τα μέτρα περιορισμού της διασποράς του, επιτυγχάνεται όταν έχουμε υπόψη μας:

1. Τα δωμάτια με τα ιδιαίτερα λουτρά στα οποία νοσηλεύονται πάσχοντες από λοιμώδες νόσημα και το περιεχόμενό τους (έπιπλα, νοσηλευτικό υλικό κ. λ. π.) θεωρούνται μολυσμένα.
2. Οι χώροι έξω από τα δωμάτια αυτά και τα αντικείμενα που υπάρχουν εκεί θεωρούνται καθαρά και πρέπει να διατηρούνται καθαρά.
3. Τα άτομα που έρχονται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο που βρίσκεται σε απομόνωση πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτική μπλούζα.
4. Μάσκα συνιστάται να χρησιμοποιείται σε νοσήματα που μεταδίδονται με σταγονίδια.
5. Μετά από χρήση μολυσμένων αντικειμένων και την εκτέλεση οποιασδήποτε νοσηλείας τα χέρια πλένονται με μεγάλη προσοχή. Να υπάρχουν κατάλληλοι νιπτήρες για το πλύσιμο των χεριών, να έχουν βρύσες με ζεστό και κρύο νερό που η λειτουργία τους να ρυθμίζεται με το πόδι, υγρό σαπούνι, αντισηπτική διάλυση και χαρτοπετσέτες.
6. Οι συνθήκες διαμονής στην απομόνωση πρέπει να είναι υγιεινές, άνετες και ευχάριστες.
7. Εφαρμογή της *τρέχουσας απολύμανσης*. Τρέχουσα απολύμανση καλείται η συνεχής απολύμανση των αντικειμένων τα οποία έρχονται σε άμεση επαφή μετά τον άρρωστο, το άμεσο περιβάλλον του (έπιπλα δωματίου, δάπεδο κ. λ. π.).

### **1.6 Νοσηλευτική φροντίδα ατόμου με λοιμώδες νόσημα**

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας στη νοσηλεία αρρώστου με λοιμώδες νόσημα είναι:

1. Παροχή βοήθειας για την εξακρίβωση του λοιμογόνου παράγοντα και της θέσης της διάγνωσης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να κάνει λήψη δειγμάτων αίματος, ούρων, πτυέλων, κοπράνων, ρινικού και φαρυγγικού εκκρίματος και άλλων εκκρίσεων που χαρακτηρίζονται ύποπτοι υποδόχοι λοιμογόνων παραγόντων. Θα πρέπει να βοηθά στη λήψη δειγμάτων υγρών κοιλοτήτων του σώματος όπως εγκεφαλονωτιαίου υγρού, κ. α για κυτταρολογική, ορολογική και μικροβιολογική εξέταση.
2. Παροχή βοήθειας στον άρρωστο για τον έλεγχο της λοιμώξεως. Θα πρέπει ο νοσηλευτής να χορηγεί αντιμικροβιακά φάρμακα που καθόρισε ο γιατρός με απόλυτη ακρίβεια στη δόση, το χρόνο, και την οδό χορήγησης. Εφαρμογή ανοσοθεραπείας, εφόσον έχει καθοριστεί. Ο άρρωστος θα πρέπει να παρακολουθείται για σημεία και συμπτώματα ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων ή των ορών.
3. Η πρόληψη της μετάδοσης του λοιμογόνου παράγοντα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εφαρμόσει μέτρα απομόνωσης και προφύλαξης του περιβάλλοντος ανάλογα με τη φύση του νοσήματος. Να τηρήσει τους κανόνες ασηψίας όπως ενδείκνεται σε κάθε περίπτωση και να χρησιμοποιήσει γάντια μιας χρήσης, όταν ενδείκνεται από την περίπτωση του αρρώστου. Αν δεν χρησιμοποιήσει γάντια τότε τα χέρια θα πλυθούν με αντισηπτικό υγρό/ σαπούνι αμέσως μετά από κάθε επαφή με τον άρρωστο ή μολυσμένα αντικείμενα. Να χρησιμοποιήσει μάσκα όταν νοσηλεύονται άρρωστοι με νοσήματα που μεταδίδονται με σταγονίδια. Επίσης θα πρέπει να ελέγξει τη διασπορά μολυσμένων σταγονιδίων (πάσχοντα) με οδηγίες που θα δίνει στον άρρωστο, όπως να

4. καλύπτει τη μύτη και το στόμα του με χαρτομάντηλο όταν βήχει ή φτερνίζεται ή μιλάει και να τυλίξει το λερωμένο χαρτομάντηλο σ' ένα καθαρό και να το κάψει.<sup>3</sup>
5. Η ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών του αρρώστου. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξασφαλίσει καλή ενυδάτωση του αρρώστου ιδιαίτερα όταν έχει εμέτους, διάρροια άφθονες εφιδρώσεις, υψηλό πυρετό, με χορήγηση υγρών από το στόμα ή παρεντερικά. Να καλύψει τις ανάγκες διατροφής και να λαμβάνει, καταγράφει και αξιολογεί τα ζωτικά σημεία και το σωματικό βάρος του αρρώστου.
6. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου. Ο βήχας θα πρέπει να κατασταλεί με υγρή ατμόσφαιρα στο δωμάτιο, χορήγηση αντιβηχικών και αποχρεμπτικών φαρμάκων κατόπιν εντολής γιατρού. Το άγχος και η κατάθλιψη θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με προσφορά βοήθειας από το νοσηλευτή στον άρρωστο να εκφράσει τα αισθήματά του, τη κατανόηση των επιπτώσεων της απομόνωσης και με τη σωστή ενημέρωση και ψυχολογική υποβάσταξη.<sup>3</sup>
7. Προφύλαξη του ατόμου και ομάδας ατόμων από την έκθεση σε λοιμώδη νοσήματα/ λοιμογόνους παράγοντες. Αυτό επιτυγχάνεται: με την εφαρμογή ενεργητικής ανοσίας (εμβόλια) ατομική ή συλλογική, μειώνει τον αριθμό των λοιμογόνων πηγών και έτσι εμποδίζεται η διασπορά του νοσήματος και προστατεύονται τα ευαίσθητα άτομα να μολυνθούν από τα επικίνδυνα. Με την εφαρμογή παθητικής ανοσίας (άνοσος ορός ή γ-σφαιρίνη) για βραχυπρόθεσμη προστασία ατόμων που έχουν ήδη εκθεθεί σε κάποιο λοιμογόνο παράγοντα. Επίσης και με την πληροφόρηση του κοινού σε θέματα όπως:
  - Ανάγκη και σπουδαιότητα της ανοσοποίησης.
  - Τρόποι μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων και πρόληψη μετάδοσης τους.
  - Παράγοντες όπως η ηλικία, φύλο, φυλή, μέλη οικογένειας, επάγγελμα και τη σχέση που έχουν με το τρόπο και το βαθμό εκθέσεως σε λοιμογόνους παράγοντες.
  - Σπουδαιότητα καθαριότητας του περιβάλλοντος και τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής κ.α.
  - Παράγοντες όπως κληρονομικότητα, κακή θρέψη, ανθυγιεινό σπίτι, διάφορες αρρώστιες κ.α. κάνουν το άτομο πιο ευπαθές προς το λοιμογόνο παράγοντα.<sup>3</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ**

- ◊ **2.1 ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ**
- ◊ **2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ**
- ◊ **2.3 ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΕΠΟΧΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**
- ◊ **2.4 ΥΠΟΔΟΧΟ**
- ◊ **2.5 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ**
- ◊ **2.6 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**
- ◊ **2.7 ΤΥΠΟΙ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ**
- ◊ **2.8 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**
- ◊ **2.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**
- ◊ **2.10 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ**

## **2.1 ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ (Meningococcal meningitis)**

Η μηνιγγίτιδα μπορεί να προξενηθεί από διάφορα είδη βακτηρίων, συμπεριλαμβανόμενων του πνευμονιόκοκκου, του σταφυλόκοκκου, του στρεπτόκοκκου και του βάκιλου της φυματίωσης. Στο γένος *Neisseria meningitis* (μηνιγγιτιδόκοκκος) υπάρχουν επτά είδη, δύο από αυτά είναι παθογόνα για τον άνθρωπο (*N. meningitis* και η *N. Gonorrhoeae*). Το είδος *Neisseria meningitis* (μηνιγγιτιδόκοκκος) είναι ο μικροοργανισμός ο οποίος προκαλεί τις περισσότερες επιδημίες μηνιγγίτιδας. Οι κύριες ορολογικές ομάδες μηνιγγιτιδόκοκκου που είναι παθογόνες για τον άνθρωπο, είναι η A, B, C και οι λιγότερες συχνές είναι οι W-135, X, Y και Z. Τα στελέχη των ομάδων αυτών μπορεί να έχουν διαφορετική λοιμοτοξικότητα όλα όμως είναι ικανά να προκαλέσουν θάνατο και επαναπροσβολή. Ο μηνιγγιτιδόκοκκος έχει σχήμα νεφροειδές ή σπέρματος καφέ, διατάσσονται σε ζεύγη (διπλόκοκκου) και η κοίλη επιφάνεια του ενός κυττάρου είναι στραμμένη προς την κοίλη επιφάνεια του άλλου κυττάρου του ζεύγους. Είναι ένας gram αρνητικός κόκκος που δε κινείται, δε φέρει έλυτρο ούτε σπόρο.<sup>4</sup>

Ο μικροοργανισμός είναι ευαίσθητος στα απολυμαντικά, στη χαμηλή υγρασία και θερμοκρασία και δεν μπορεί να ζήσει στο περιβάλλον γιατί είναι μικρόβιο αποκλειστικά του ανθρώπου. Η εισβολή στο ανθρώπινο σώμα συμβαίνει σε τρία βήματα :

1. Ο μηνιγγιτιδόκοκκος έχει πύλη εισόδου το ρινοφάρυγγα όπου και αποικεί
2. Ο οργανισμός εισέρχεται στο αίμα και προκαλεί μικροβιαμία ή σηψαιμία
3. Δια της κυκλοφορίας οδηγείται στις μήνιγγες, εγκαθίσταται και προκαλεί τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της μηνιγγίτιδας (απότομη εισβολή με κεφαλαλγίες, έμετοι, δυσκαμψία του αυχένα, μερικές φορές και κώμα μέσα σε λίγες ώρες).

## **2.2 Επιδημιολογία της μηνιγγίτιδας**

Η μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα περιγράφηκε για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια μιας επιδημίας στη Γενεύη το 1805. Με το πέρασμα του χρόνου η νόσος έχει γίνει γνωστή με διάφορα ονόματα, όπως εγκεφαλονωτιαίος πυρετός, εξανθηματικός πυρετός, εγκεφαλικός πυρετός και εξασθενημένος τύφος. Το 1974 παρουσιάστηκε επιδημία στη Βραζιλία, όπου ένα νοσοκομείο στο San Paulo, δέχθηκε εκατό άτομα την ημέρα που υπέφεραν από τη νόσο. Το 1971 η διεύθυνση υγείας των Η. Π. Α. ανέφερε 5.176 περιπτώσεις και ο Καναδάς το ίδιο έτος ανέφερε 209 περιπτώσεις με ποσοστό 6,9%.<sup>5</sup>

Η θνητότητα παλαιότερα ξεπερνούσε το 50%, αλλά σήμερα με την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση έναρξη της θεραπευτικής αγωγής κυμαίνεται από 5% έως 15%. Σε χώρες όπου η νόσος είναι ενδημική, το ποσοστό του πληθυσμού που είναι ασυμπτωματικοί φορείς ανέρχεται στο 5% - 15% και μάλιστα ο οργανισμός βρίσκεται στο ρινοφάρυγγα.

Υψηλή συχνότητα της νόσου υπάρχει στις χώρες της κεντρικής Αφρικής και οφείλεται στα στελέχη της ομάδας A. Επιδημίες συμβαίνουν συχνά στην Ινδία, Αφρική, λατινική Αμερική.

Τοπικές επιδημικές εκρήξεις με περιορισμένο αριθμό κρουσμάτων εμφανίζονται στις προηγούμενες χώρες και κυρίως αφορούν σχολεία, πανεπιστήμια και στρατώνες .

Παλαιότερα οι επιδημίες οφείλονταν σε στελέχη της ομάδας A από το 1990. Οι επιδημικές εκρήξεις προκαλούνται από στελέχη της ομάδας B και πιο πρόσφατα παρατηρήθηκαν επιδημικές εκρήξεις από στελέχη της ομάδας C, κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες.

### **2.3 Ηλικία και εποχιακοί παράγοντες**

Η νόσος μπορεί να εμφανισθεί σ' όλες τις ηλικιακές ομάδες και σ' όλες τις φυλές, με εξαίρεση τις επιδημίες που εμφανίζονται μεταξύ των στρατιωτικών. Μερικές περιπτώσεις εμφανίζονται στις ηλικιακές ομάδες 8 έως 12 ετών, με την θνητότητα να είναι μεγαλύτερη στους πολύ νέους και στους γέροντες. Ενώ σποραδικές περιπτώσεις μπορούν να παρουσιασθούν σε οποιαδήποτε στιγμή του χρόνου, η νόσος τείνει να είναι εποχιακή, συμβαίνει κυρίως την άνοιξη και το χειμώνα, δηλαδή κατά την περίοδο του έτους που ο καιρός είναι βροχερός και ψυχρός.<sup>6</sup>

### **2.4 Υπόδοχο**

Ο τρόπος μετάδοσης γίνεται με άμεση επαφή, συμπεριλαμβανόμενης της εκτόξευσης σταγονιδίων, με εκκρίματα από τον ρινοφάρυγγα (ρίνα, λαιμό), μολυσμένων ατόμων. Η μετάδοση γίνεται από τα μικροβιοφόρα άτομα που αναρρώνουν και τα πρόωρα άτομα της περιόδου επώασης, κυρίως από τους ασυμπτωματικούς, οι οποίοι είναι και οι σημαντικότεροι από πλευράς επιδημιολογίας γιατί δεν παρουσιάζουν συμπτώματα λοίμωξης, κυκλοφορούν ελεύθερα και διασπείρουν το μικροοργανισμό. Η συχνότητα των υγιών μικροβιοφορέων φθάνει το ποσοστό 25% του πληθυσμού χωρίς να υπάρχουν κρούσματα. Ο μηνιγγιτιδόκοκκος συνήθως παραμένει στο ρινοφάρυγγα ασυμπτωματικός, γιατί το ποσοστό εισβολής του στο κυκλοφορικό σύστημα είναι πολύ μικρό. Η έμμεση επαφή είναι αμφιβόλου σπουδαιότητας γιατί ο μηνιγγιτιδόκοκκος είναι πάρα πολύ ευαίσθητος στην αλλαγή της θερμοκρασίας και στην ξηρασία.

### **2.5 Περίοδος επώασης**

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 2 έως 10 ημέρες, συνήθως 3-4 ημέρες.

### **2.6 Περίοδος μεταδοτικότητας**

Η περίοδος μεταδοτικότητας διαρκεί όσο ο μηνιγγιτιδόκοκκος είναι παρών στις εκκρίσεις του ρινοφάρυγγα. Στους ασθενείς εξαφανίζεται από τον ρινοφάρυγγα εντός 24 ωρών μετά την έναρξη της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής.

### **2.7 Τύποι μηνιγγίτιδας**

Η μηνιγγίτιδα διαιρείται σε δύο κυρίως τύπους : α)τη βακτηριακή (πυογόνος) και β) την ασηπτική.

**Βακτηριακή μηνιγγίτιδα (πυογόνος):** Η επίπτωση της βακτηριακής μηνιγγίτιδας έχει σημαντικά μειωθεί από τότε που χορηγούνται τα αντιβιοτικά.

**Μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα:** Ο τύπος αυτός είναι ο πιο κοινός στα παιδιά, δίχως να εξαιρείται η ηλικία. Το υπόδοχο είναι ο άνθρωπος, και οι μικροβιοφορείς μεταδίδουν την λοίμωξη με τα σταγονίδια. Σε χώρους όπου υπάρχει συνωστισμός μεγάλου αριθμού ατόμων, η κατάσταση αυτή βοηθά στη μετάδοση της νόσου. Η προσβολή από τη νόσο είναι συνήθως γρήγορη και ακολουθείται με τις συνήθως κλινικές εκδηλώσεις : πετεχειώδης εξάνθημα που είναι σχεδόν σύνηθες. Καμιά φορά οι πετέχειες ενώνονται και σχηματίζουν μεγάλες κηλίδες ονομαζόμενες " εκχυμώσεις", που έχουν σχέση με τα σημεία της σηψαιμίας.<sup>5</sup> (Εικ.2.1)



**Εικόνα 2.1** Μηνιγγιτιδοκοκκική σηψαιμία. Υπάρχουν διάσπαρτες μικρές ερυθρές βλατίδες στο δέρμα από την άμεση δευτερογενή προσβολή του μηνιγγιτιδόκοκκου.<sup>7</sup>

**Hemophilus influenza meningitis:** Αυτός είναι ο δεύτερος πιο κοινός τύπος μηνιγγίτιδας στα παιδιά (2 μηνών έως 5 ετών). Η προσβολή της νόσου είναι πιο αργή από την μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα. Τα περισσότερα παιδιά έχουν μια προχωρημένη λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος. Το εξάνθημα δεν είναι χαρακτηριστικό στοιχείο της νόσου αυτής. Η εισβολή της νόσου είναι δύσκολο να διαχωρισθεί από την μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα εκτός της μη ύπαρξης εξανθήματος. Η ανταπόκριση στα αντιβιοτικά είναι αργή και τα ποσοστά θνητότητας είναι υψηλά. Η θνητότητα της νόσου είναι 5%-10%. Το 1/3 των παιδιών που επιζούν από την λοίμωξη, εμφανίζουν κώφωση, διαταραχή αντίληψης και κινητικές διαταραχές.

Η συχνότητα της νόσου σε παιδιά μέχρι 5 ετών είναι 35-50/100.000/έτος.<sup>4</sup>

**Pneumococcal meningitis (Πνευμονοκοκκική μηνιγγίτιδα):** Ο τύπος της μηνιγγίτιδας είναι κοινός στα βρέφη κάτω του 1 έτους και στους ασθενείς άνω των 50 ετών. Παρουσιάζει επιπλοκές όπως λοίμωξη στο αυτί ή πνευμονία.

**Μηνιγγίτιδα που οφείλεται σε gram-αρνητικά βακτηρίδια:** Ο τύπος αυτός ονομάζεται (νεογνική μηνιγγίτιδα) γιατί παρουσιάζεται στα νεογέννητα. Τα σημεία της μηνιγγίτιδας στα νεογέννητα βρέφη είναι εντελώς διαφορετικά από αυτά που βλέπουμε στους ενήλικες και είναι ερεθιστικότητα, άρνηση θηλασμού, πυρετός, σπασμοί και εξογκωμένη πηγή (κρανίου). Πολύ συχνά, τα βρέφη αυτά έχουν γαστρεντερίτιδα. Η αντιμετώπιση του τύπου αυτού της μηνιγγίτιδας είναι πάρα πολύ δύσκολη.

**Πίνακας 2.1** Βακτήρια που προκαλούν μηνιγγίτιδα <sup>5</sup>

	<b>ΜΗ ΚΟΙΝΑ</b>	<b>ΣΠΑΝΙΑ</b>
ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΣ	ΜΥΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΤΗΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ	SALMONELLA
ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΣ	ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΟΙ	BRUCELLA
ΛΙΜΟΦΙΛΟΣ ΤΗΣ ΓΡΙΠΠΗΣ	ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟΙ	
GRAM - ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑ (E.Coli, Pseudomonas, Proteus)	LISTERIA MONOCYTOGENIS	

**Σχόλια :** Από τα παραπάνω βακτήρια, τα πιο συχνά στα βρέφη και στα παιδιά είναι ο μηνιγγιτιδόκοκκος, ο πνευμονιόκοκκος, τα gram-αρνητικά βακτηρίδια, ο στρεπτόκοκκος και η Listeria Monocytogenis.

## 2.8 Κλινική εικόνα

Οι κλινικές εκδηλώσεις της μηνιγγίτιδας εξαρτώνται σε μεγάλη έκταση από την ηλικία του παιδιού. Η κλινική εικόνα επίσης επηρεάζεται σε κάποιο βαθμό από το είδος του μικροοργανισμού, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας για την προηγούμενη αρρώστια και από το εάν αυτή συμβαίνει ως μεμονωμένη οντότητα ή ως επιπλοκή άλλης νόσου ή τραύματος.

Η μηνιγγίτιδα στα νεογνά και τα πρόωρα διαγιγνώσκεται πάρα πολύ δύσκολα. Οι ασαφείς και άτυπες εκδηλώσεις που είναι χαρακτηριστικές σε όλες τις νεογνικές σηψαιμίες μοιάζουν πολύ λίγο με εκείνες που παρατηρούνται στα μεγαλύτερα παιδιά.

Τα σημεία και συμπτώματα που έχουν μεγάλη διαγνωστική σημασία είναι: η απότομη αλλαγή της διάθεσης του νεογνού, άρνηση για θηλασμό, προσήλωση του βλέμματος, γογγυσμός, έμετοι ή διάρροια, υποθερμία ή πυρετός, υπνηλία, ίκτερος, σπασμοί, άπνοια, κυάνωση, προπέτεια της μεγάλης πηγής και απώλεια βάρους. Εάν δεν αντιμετωπισθεί θεραπευτικά, η κατάσταση του παιδιού επιδεινώνεται και καταλήγει σε καρδιαγγειακό collapsus, σπασμούς και άπνοια.<sup>8</sup>

Η τυπική εικόνα της μηνιγγίτιδας σπάνια παρατηρείται σε παιδιά ηλικίας από 3 μηνών έως 2 ετών. Η νόσος χαρακτηρίζεται από: πυρετό, εμέτους, δυσκαμψία αυχένος, λήθαργος και θετικά σημεία Kernig και Brudzinski.<sup>8</sup>

Η νόσος είναι πιθανόν να εμφανισθεί απότομα στα παιδιά και στους εφήβους με: πυρετό, ρίγος, κεφαλαλγία, εμέτους, υπνηλία, λήθαργο, κόμα, δυσκαμψία αυχένος, φωτοφοβία, παραλήρημα, εμέτους, διανοητική σύγχυση, θετικά σημεία Kernig και Brudzinski, σπασμούς, επιθετική ή μανιακή συμπεριφορά.



## **2.9 Νοσηλευτική φροντίδα**

Ασθενείς με μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα απομονώνονται μέχρι οι καλλιέργειες δείξουν τη μη ύπαρξη μηνιγγιτιδοκόκκου στο ρινοφάρυγγα. Όλες οι απεκκρίσεις από το ρινοφάρυγγα και ακάθαρτα αντικείμενα πρέπει να απολυμανθούν.

Ασθενείς που έχουν λάβει επαρκή θεραπεία για ένα χρονικό διάστημα, όχι βέβαια λιγότερο των 24 ωρών μπορούν να βγουν από την απομόνωση. Η νοσηλεύτρια βοηθά το γιατρό στο να εξασφαλίσει δείγματα από την σπονδυλική στήλη, αίμα, ρίνα καθώς και επίχρισμα από την στοματική κοιλότητα, πρέπει να καταγράφει το χαρακτήρα και την πίεση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, να τοποθετεί ετικέτα στα δείγματα (όνομα ασθενούς, κλινική, αριθμός δωματίου κ. τ. λ.) και να παρακολουθεί εάν αυτά πήγαν αμέσως στο εργαστήριο. Τα δείγματα πρέπει να φέρουν την ένδειξη "μολυσμένα".<sup>5</sup>

Ο ασθενής πρέπει να τοποθετείται σε ένα ήσυχο καλά εξαεριζόμενο ημισκοτεινό δωμάτιο, κάθε είδος θορύβου πρέπει να αποφεύγεται, ειδικά όταν οι σπασμοί είναι παρόντες, κυρίως στα παιδιά. Πρέπει να ληφθούν μέτρα για να αποφευχθούν οι τραυματισμοί. Οι πονοκέφαλοι που έχουν οι ασθενείς είναι πάρα πολύ δυνατοί και απαιτείται η χορήγηση δυνατών αναλγητικών για την ανακούφιση τους. Η τοποθέτηση πλαϊνών κιγκλιδωμάτων είναι απαραίτητη καθώς και ο περιορισμός (δέσιμο με ιμάντες) των παράφρονων ασθενών. Ο ασθενής δεν πρέπει να μείνει χωρίς συνοδό, έως ότου αποκτήσει τις αισθήσεις του και να μπορεί να προσανατολίζεται. Εάν ο ασθενής είναι δεμένος με ιμάντες θα πρέπει να απελευθερώνεται συχνά, να του γίνεται αλλαγή θέσης και να γίνεται περιποίηση του δέρματος του. Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως της νόσου, η θερμοκρασία παίρνεται από το ορθό κάθε δύο ώρες καθώς επίσης πρέπει να παίρνονται σε συχνά χρονικά διαστήματα οι παλμοί και η αναπνοή.<sup>5</sup>

Αντιπυρετικά φάρμακα και κομπρέσες ή αλκοολούχοι σπόγγοι δίνονται κατόπιν ιατρικής εντολής. Ο ασθενής πρέπει να γυρνά συχνά για να διατηρήσει το δέρμα του σε καλή κατάσταση και να αποφευχθεί η κατάκλιση. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί κρύο υδατόστρωμα που βοηθά στη μείωση της υψηλής θερμοκρασίας. Η ενυδάτωση του ασθενούς είναι πολύ σημαντική, και ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να πίνει αρκετά υγρά. Η φροντίδα των ματιών είναι απαραίτητη γιατί προλαμβάνει το κίνδυνο της ξήρανσης του επιπεφυκότα. Εάν ο ασθενής δεν λαμβάνει αρκετά υγρά από το στόμα, τότε θα πρέπει να του χορηγηθούν μέσω της παρεντερικής οδού. Είναι σημαντική η καταγραφή της ποσότητας των υγρών που λαμβάνονται και της ποσότητας που αποβάλλεται. Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται για κατακράτηση ούρων ή για ακράτεια ούρων. Η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών πρέπει να παρέχεται με προσοχή, εάν ο εμετός είναι το πρόβλημα και ο ασθενής παρακολουθείται για ενδείξεις αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης. Επίσης μπορεί να χορηγηθεί πλάσμα ή αίμα για να αποφευχθεί shock.<sup>5</sup>

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι η μηνιγγίτιδα είναι μια εξασθενητική νόσος και οι ιστοί του σώματος υποφέρουν από την διατροφή. Το στόμα, τα χείλη και τα ρουθούνια θέλουν συχνή φροντίδα για να αποφευχθεί το επίχρισμα γύρω από τα δόντια και τα ούλα από επιχείλιο έρπη. Για τα χείλη χρησιμοποιείται μια μη ελαιώδη λιπαντική κρέμα όπως βαζελίνη. Για το καθορισμό των δοντιών και των ούλων χρησιμοποιείται γλυκερόλη και υπεροξείδιο.

Εάν ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του, η διατροφή κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης, πρέπει να είναι σε υγρή μορφή και υψηλή, σε περιεκτικότητα, υδατάνθρακες. Καθώς ο ασθενής αναρρώνει η διατροφή του επανέρχεται στο φυσιολογικό. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να λάβουν όλα τα μέτρα για να αποφύγουν να μολυνθεί ο ασθενής. Πρέπει να παρακολουθείται ο ασθενής εάν επανήλθε η λειτουργία των άκρων, και εάν υπάρχει κάποια αλλαγή της συμπεριφοράς του ή ενδείξεις ή συμπτώματα που δηλώνουν την εμφάνιση μέσης ωτίτιδας, πνευμονίας, αποφράξεις του εντέρου, υδροκέφαλο, υποσκληρίδια περισυλλογή υγρού, παράλυση, σπαστικότητα και συσπάσεις.

## 2.10 Προληπτικά μέτρα

- Όλες οι περιπτώσεις μηνιγγιτιδοκοκκικής μηνιγγίτιδας πρέπει να δηλώνονται στις υγειονομικές αρχές
- Απομόνωση του ασθενή τουλάχιστον 24 ώρες από την έναρξη της θεραπείας.<sup>5</sup>
- Ο μηνιγγιτιδόκοκκος δεν είναι ανθεκτικός στο περιβάλλον επομένως δεν είναι απαραίτητη η τελική απολύμανση του χώρου.  
*Όταν επιδημίες μηνιγγίτιδας παρουσιάζονται σε ιδρύματα ή στρατώνες, (γιατί τα κρεβάτια βρίσκονται σε απόσταση μικρότερη των 50 εκατοστών και είναι εύκολη η ανταλλαγή σταγονιδίων κατά την ομιλία και το βήχα), ή σε άλλους καταυλισμούς, χορηγείται χημειοπροφύλαξη για να περιορισθεί η εξάπλωση της νόσου μόνο στα άτομα που κατακλίνονται στην ίδια αίθουσα με το κρούσμα. Επίσης γίνεται αραίωση των ατόμων στους χώρους διαβίωσης και ύπνου και χορηγείται χημειοπροφύλαξη. Όταν υπάρχουν συνθήκες συνωστισμού και η απόσταση των κρεβατιών διατηρείται στο ένα μέτρο, ο επιπολασμός είναι 5%, αλλά σε περίπτωση αποστάσεων 30-40 εκατοστών, ο επιπολασμός αυξάνεται σε 30%.<sup>9</sup>*
- Εάν υπάρχει κρούσμα στο σχολείο δε γίνεται ιδιαίτερη επέμβαση εκτός από τη μείωση του συνωστισμού, δηλαδή μια πολυπληθής τάξη τοποθετείται σε μεγαλύτερη αίθουσα για μια εβδομάδα. Δε συνίσταται χημειοπροφύλαξη, ούτε διακοπή του σχολείου. Μόνο όταν το κρούσμα είναι σε βρεφονηπιακό σταθμό συνίσταται χημειοπροφύλαξη των άλλων παιδιών.
- Εάν το κρούσμα παρουσιασθεί σε μια οικογένεια, χορηγείται επειγόντως υδροδιαλυτή πενικιλίνη Ε ενδοφλεβίως (6 εκατομμύρια μονάδες στον ενήλικα, 100 χιλιάδες μονάδες/kg βάρους στα παιδιά και απομόνωση στο νοσοκομείο για συνέχιση της θεραπείας. Απολύμανση των πετσετών και όλων των αντικειμένων που έχουν ρυπανθεί με ρινοφαρυγγικά εκκρίματα και εμετούς. Χημειοπροφύλαξη των άλλων μελών της οικογένειας με *rifampin* (ενήλικες 600 mg δις ημερησίως επί δύο ημέρες, παιδιά 1-2 ετών : 10mg/kg βάρους σώματος δις ημερησίως επί δύο ημέρες και βρέφη μέχρι 1 έτους : 5mg/kg βάρους δις ημερησίως για δύο ημέρες). Σε περίπτωση που ο μηνιγγιτιδόκοκκος έχει αναπτύξει αντοχή στις σουλφοναμίδες ή *rifampin* τότε μπορεί να αντικατασταθεί με *sulfadiazine*, *ceftiaxone* ή *ciprofloxacin* σε σχήμα ανάλογα με την ηλικία.<sup>5</sup>
- Μαζικός εμβολιασμός δεν συνίσταται. Το εμβόλιο για την ομάδα A είναι αποτελεσματικό στα μικρά παιδιά, αλλά η διάρκεια της ανοσίας είναι περιορισμένη σε παιδιά κάτω των 3 ετών. Το εμβόλιο για την ομάδα C είναι αποτελεσματικό για παιδιά κάτω των 2 ετών. Δεν υπάρχει αποτελεσματικό εμβόλιο για την ομάδα B. Το εμβόλιο (A, C, Y, και W135) είναι αποτελεσματικό και συνίσταται σε νεοσύλλεκτες και κλειστές ομάδες.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3** **ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

- ◇ 3.1 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ  
- ΟΡΙΣΜΟΣ
- ◇ 3.2 ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ  
ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ  
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
- ◇ 3.3 ΥΠΟΔΟΧΟ
- ◇ 3.4 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
- ◇ 3.5 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ
- ◇ 3.6 ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ  
ΒΟΗΘΟΥΝ ΣΤΗΝ  
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ  
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ
- ◇ 3.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ
- ◇ 3.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ
- ◇ 3.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ◇ 3.10 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ  
ΑΡΡΩΣΤΟΥ
- ◇ 3.11 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
- ◇ 3.12 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

### **3.1 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

Η πνευμονική φυματίωση είναι λοιμώδης αρρώστια που οφείλεται στο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης ή στο βάκιλλο του Koch, ο οποίος αν και μπορεί να προσβάλλει όλα τα όργανα πιο συχνά εντοπίζεται στους πνεύμονες. Είναι μία χρόνια μεταδοτική νόσος και χαρακτηρίζεται από την παρουσία κοκκιωμάτων με κεντρική νέκρωση (τυροειδή), τα οποία είναι αποτέλεσμα ιστικής αντίδρασης στη διασπορά των μικροοργανισμών.

Η φυματίωση προκαλείται από τον αερόβιο, μη, κινητό βάκιλλο *M. Tuberculosis*, ο οποίος δεν παράγει σπόρια και έχει ένα κηρώδες περίβλημα. Αποτελεί τη σπουδαιότερη λοιμώδη νόσο, η οποία σκοτώνει 3 εκατομμύρια άτομα κάθε χρόνο, κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι ασθενείς των πόλεων στις Η. Π. Α. , που πάσχουν από AIDS, συχνά εμφανίζουν σοβαρές λοιμώξεις από *M. Tuberculosis*, οι οποίες μπορεί να είναι ανθεκτικές στα αντιβιοτικά, ή λοιμώξεις από *M. Avium* και *M. Intracellulare*, τα οποία είναι ευκαιριακά παθογόνα.<sup>10</sup>

### **3.2 Ηλικία και προδιαθεσικοί παράγοντες**

Η φυματίωση παρατηρείται σ' όλο το κόσμο, με μεγαλύτερη συχνότητα σε πληθυσμούς με χαμηλό βιοτικό επίπεδο, μεγάλης ηλικίας και που ζουν σε αστικές περιοχές. Προδιαθεσικός παράγοντας είναι οποιαδήποτε κατάσταση που προκαλεί εξασθένηση του οργανισμού ή ανοσοκαταστολή (π. χ. Σακχαρώδης διαβήτης, αλκοολισμός, κακή διατροφή, χρόνια πνευμονική νόσος).<sup>10</sup>

### **3.3 Υποδόγο**

Είναι άτομα με μολυσμένα εκκρίματα ή ιστούς, όπως μικροβιολόγοι, παρασκευαστές εργαστηρίων, εφόσον υπάρχει διακοπή συνέχειας δέρματος ή βλεννογόνων. Περισσότερο επιρρεπή είναι τα παιδιά < 3 χρόνων και οι έφηβοι.<sup>11</sup>

### **3.4 Τρόποι μετάδοσης**

Η μετάδοση γίνεται με την εισπνοή μολυσμένων σταγονιδίων που παράγονται με το βήχα ή το φτάρνισμα υπό άτομα με ενεργό νόσο. Με τις σταγόνες μολυσμένων πτυέλων και μολυσμένης σκόνης που φτάνουν στις κυψελίδες, δημιουργούνται περιοχές μόλυνσης που παραμένουν μολυσματικές για 8-10 μέρες. Πολύ σπάνια μεταδίδεται από το πεπτικό σύστημα με άβραστο γάλα μολυσμένο με μυκοβακτηρίδιο βόειου τύπου. Επίσης ένας άλλος σπάνιος τρόπος μετάδοσης είναι με άμεσο ενοφθαλμισμό του δέρματος ή των βλεννογόνων. Από την αιματική οδό διασπείρεται στους πνεύμονες, εγκέφαλο και μήνιγγες, οστά, αρθρώσεις και δυνητικά σε κάθε όργανο, αν δεν εγκλωβισθεί στον επιχόριο αδένα και δεν αποτιτανωθεί.<sup>3,11</sup>

### **3.5 Περίοδος επώασης**

Ο χρόνος επώασης διαρκεί 1-3 μήνες.

### **3.6 Καταστάσεις που βοηθούν στην ανάπτυξη της φυματίωσης**

Καταστάσεις που βοηθούν στην ανάπτυξη της φυματίωσης είναι:

1. Συνεχής έκθεση του ατόμου στο λοιμογόνο παράγοντα.
2. Γενική φυσική καταβολή, εξασθένηση του οργανισμού.
3. Μειωμένη αντίσταση, άμυνα του οργανισμού που οφείλεται σε διάφορα νοσήματα όπως σακχαρώδης διαβήτης, λευχαιμία, κακοήθεις όγκοι κ.α., σε χρήση φαρμάκων, όπως κορτικοειδή και ανοσοκατασταλτικά, στον αλκοολισμό, στην εγκυμοσύνη, στην ηλικία (πολύ μικρά και πολύ μεγάλα άτομα).
4. Κακή διατροφή και κάπνισμα.

### **3.7 Κλινική εικόνα**

Τα συμπτώματα της πρωτομόλυνσης είναι κακουχία, απώλεια βάρους, πυρετός 37°-39°C, ανορεξία, βήχας ξηρός ή με πύδη πτύελα και αιμόπτυση. Δυνατόν όμως η πρωτομόλυνση να είναι και ασυμπτωματική. Τα αντικειμενικά σημεία κατά την κλινική εξέταση είναι ελάχιστα ή συνήθως ελλείπουν. Γι' αυτό και η διάγνωση τίθεται με την ακτινογραφία θώρακος.<sup>3</sup>

### **3.8 Διάγνωση**

Για τη διάγνωση της αρρώστιας γίνεται εργαστηριακός έλεγχος:

1. Ο λοιμογόνος παράγοντας αναζητείται κυρίως στα πτύελα. Συγκεντρώνονται πρωινά πτύελα για άμεση μικροβιολογική εξέταση και καλλιέργεια για 3 διαδοχικές μέρες μέσα σε αποστειρωμένο δοχείο, που έχει μεγάλο άνοιγμα με κοχλιωτό (βιδωτό) σκέπασμα. Τα πτύελα πρέπει να είναι βρογχική απόχρεμψη μετά από βήχα, τραχειακή ή βρογχοσκοπική αναρρόφηση.
2. Η ακτινογραφία θώρακα έχει μεγάλη σημασία επειδή τα ακτινολογικά ευρήματα σε μια πνευμονική φυματίωση είναι συχνά σιφή.
3. Φυματινοαντίδραση Mantoux. Γίνεται ενδοδερμική ένεση φυματίνης στο βραχίονα, η οποία μετά 48-72 ώρες προκαλεί τοπική φλεγμονή με διήθηση, σκληρία, ερύθημα και μερικές φορές φυσαλιδοποίηση. Διήθηση με διάμετρο μεγαλύτερη από 10 χιλιοστά είναι θετική, σε αραιώση 1:1000 δείχνει λοίμωξη στο παρελθόν με το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Πολύ έντονη αντίδραση δείχνει πρόσφατη λοίμωξη. Παρατηρούνται ψευδώς θετικές αντιδράσεις όταν τα άτομα έχουν μολυνθεί και ευαισθητοποιηθεί με άλλα μυκοβακτηρίδια.

### **3.9 Θεραπεία**

Για τη θεραπεία η νοσοκομειακή νοσηλεία του αρρώστου, η τέλεια ανάπαυση στο κρεβάτι και ο υπερσιτισμός δε χρειάζονται, παρά μόνο σε προχωρημένες περιπτώσεις, σε αρρώστους που δεν συνεργάζονται, όταν θεραπεύονται στο σπίτι, σε αρρώστους που πάσχουν από συστηματικές εκδηλώσεις της πάθησης.<sup>3</sup>

Η χημειοθεραπεία έχει ελαττώσει πάρα πολύ τη θνησιμότητα της αρρώστιας. Παράλληλα όμως με τη χημειοθεραπεία χρειάζεται ξεκούραση μέχρι που ο άρρωστος να παρουσιάσει βελτίωση και το φαγητό πρέπει να περιέχει επαρκή ποσότητα λευκόματος (1g κατά κιλό βάρους σώματος, σε άτομα που έχουν αναπτυχθεί) ανώτερης βιολογικής αξίας, βιταμίνες και άλατα.<sup>3</sup>

Η φαρμακευτική θεραπεία γίνεται για διάστημα 9-12 μηνών με περισσότερα του ενός φάρμακα. Διάρκεια θεραπείας 6 μηνών δεν έχει γίνει ευρέως αποδεκτή στα παιδιά και από τους περισσότερους προτιμάται ο χρόνος των 12 μηνών. Δίνεται ισονιαζίδη (Dianicotyl, Rimifon) από το στόμα, 10-20mg/kg/H (μέγιστη δόση 300mg/kg/H), μαζί με ριφαμπικίνη (Rifadin), 15-20mg/kg/H (μέγιστη δόση 600mg/kg/H).<sup>11</sup>

### **3.10 Παρακολούθηση του αρρώστου**

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο ασθενής πρέπει να επισκέπτεται το γιατρό κάθε μήνα, για να ελέγχεται τυχόν εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, καθώς και αν υπακούει στη θεραπεία. Σε περιπτώσεις ανοικτής φυματίωσης τύπου ενήλικα, πρέπει να γίνεται εξέταση και καλλιέργεια πτυέλων κάθε 3 εβδομάδες, μέχρι να βρεθούν αρνητικές καλλιέργειες επί 3 φορές. Μετά τη διακοπή της θεραπείας πρέπει να γίνονται καλλιέργειες ανά μήνα και επί εξάμηνο, για την έγκαιρη ανακάλυψη τυχόν υποτροπών.<sup>11</sup>

### **3.11 Νοσηλευτική φροντίδα**

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με πνευμονική φυματίωση είναι:

- Η προφύλαξη του περιβάλλοντος από την αρρώστια. Όπως: η τήρηση των μέτρων απομόνωσης, ο καθένας που έρχεται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο να τηρεί με σχολαστικότητα κάθε απαραίτητο μέτρο ασηψίας, αντισηψίας, απολύμανσης, αποστείρωσης και σωστή τεχνική κατά την εφαρμογή διαφόρων νοσηλειών.
- Η ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της αρρώστιας. Λήψη της θερμοκρασίας κάθε 3 ώρες. Ο πυρετός μπορεί να είναι υφέσιμος, διαλείπων ή συνεχής. Ενθάρρυνση του αρρώστου για λήψη υγρών, χορήγηση αντιπυρετικών, χορήγηση εύπεπτης τροφής. Όταν υπάρχει αιμόπτυση, μέτρηση των ζωτικών σημείων, ακινητοποίηση του αρρώστου στο κρεβάτι σε καθιστή θέση και πάνω στο ημιθώρακιο που έχει προσβληθεί, χορήγηση μορφίνης κάθε 4 ώρες για ανακούφιση από τον πόνο και για μείωση του άγχους, χορήγηση οξυγόνου και συνίσταται να μη μιλάει για τον περιορισμό ερεθίσματος και την αποφυγή νέας αιμορραγίας.
- Ακριβής εφαρμογή της χημειοθεραπείας, παρακολούθηση του αρρώστου για ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και προσφορά σ' αυτόν ανάλογης νοσηλευτικής βοήθειας κατά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας.
- Ενημέρωση του αρρώστου για τη λήψη των φαρμάκων (π.χ. να σταματήσει τη λήψη των φαρμάκων νομίζοντας ότι έχει θεραπευθεί).
- Επαρκής διατροφή και ανάπαυση κυρίως όταν είναι μικρό παιδί.
- Έγκαιρη ανίχνευση νέων κρουσμάτων της πνευμονικής φυματίωσης, πρόληψης της νόσου και εφαρμογή προληπτικής θεραπείας σε άτομα με υψηλό κίνδυνο να αρρωστήσουν. Τα άτομα αυτά είναι:
  - ❖ Άτομα που είχαν ή έχουν στενή επαφή με ανθρώπους που πρόσφατα αρρώστησαν από φυματίωση.
  - ❖ Άτομα με θετική δερματοαντίδραση Mantoux, με ύποπτα ευρήματα ενεργού φυματίωσης στην ακτινογραφία του θώρακα, χωρίς όμως μικροβιολογικά ευρήματα.
  - ❖ Άτομα που πρόσφατα μολύνθηκαν με το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης.
  - ❖ Άτομα με θετική δερματοαντίδραση Mantoux και (1) κάνουν μεγάλης διάρκειας θεραπεία με κορτικοειδή, (2) κάνουν θεραπεία που ελαττώνουν την άμυνα του οργανισμού, (3) άρρωστοι από λευχαιμία ή νόσο του Hodgkin κ. α., (4) διαβητικά, (5) με πνευμονοκονίαση και (6) μετά από γαστρεκτομή. Τα άτομα που δεν έχουν μολυνθεί από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης (αρνητική δερματοαντίδραση Mantoux) υποβάλλονται σε εμβολιασμό με BCG.<sup>3</sup>
- Ενημέρωση του αρρώστου και της οικογένειάς του για τη νόσο. Η ενημέρωση αυτή θα περιλαμβάνει θέματα όπως: ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με τη νόσο, τη μεταδοτικότητα της νόσου και μέτρα προστασίας του περιβάλλοντος, διατροφή και πρόληψης της φυματίωσης.

### **3.12 Προληπτικά μέτρα**

Η προφύλαξη από τη νόσο επιτυγχάνεται με την ανοσία, που αποκτάται μετά την πρωτομόλυνση

και για άτομα που δεν πέρασαν το πρωτοπαθές στάδιο της φυματίωσης μετά την τεχνητή λοίμωξη με ατοξικά μικρόβια (το εμβόλιο BCG). Το εμβόλιο BCG δεν προφυλάσσει απαραίτητα από την αρρώστια αλλά οπωσδήποτε ελαττώνει τη συχνότητά της αλλά, και την συχνότητα των επιπλοκών, που η νόσος προκαλεί.<sup>3</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ**

- ◇ 4.1 ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ- ΟΡΙΣΜΟΣ
- ◇ 4.2 ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΕΠΟΧΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
- ◇ 4.3 ΥΠΟΔΟΧΟ
- ◇ 4.4 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
- ◇ 4.5 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ
- ◇ 4.6 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
- ◇ 4.7 ΕΥΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ
- ◇ 4.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ◇ 4.9 ΕΠΠΛΟΚΕΣ
- ◇ 4.10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
- ◇ 4.11 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

#### **4.1 ANEMEYΛOΓIA**

Η ανεμευλογία είναι ιογενής νόσος που εμφανίζεται με ελαφρύ πυρετό, ελαφρά οργανικά συμπτώματα και σκάσιμο του δέρματος που είναι κηλιδοβλατιδώδης για λίγες ώρες , φυσαλιδώδες για 3 με 4 ώρες και αφήνει κοκκιώδη εφελκίδα.

Τα εξανθήματα παρουσιάζονται στο τριχωτό της κεφαλής, το πρόσωπο, το λαιμό, τα άκρα. Οι βλάβες δεν προσβάλλουν τη μητρική στοιβάδα της επιδερμίδας και γι' αυτό με την απόπτωση των εφελκίδων δεν παρατηρούνται ουλές. Το σημείο αυτό που κάνει να διαφέρει η ευλογία από την ανεμευλογία είναι ότι στην ευλογία βλέπουμε ένα είδος εξανθηματικής βλάβης δηλαδή μόνο κηλίδες ή μόνο βλατίδες κ. τ. λ. Στη δε ανεμευλογία όλα τα είδη εξανθηματικών βλαβών είναι από κηλίδες μέχρι εφελκίδες.(Εικ. 4.1)

Η ανεμευλογία προσβάλλει παιδιά 2 με 10 χρονών σπάνια άνω των 15 χρονών. Η θνησιμότητα στα παιδιά είναι 2/100.000, ενώ στους ενήλικες φθάνει το 30/100.000. Παιδιά με οξεία λευχαιμία ή ανοσοκαταστολή μετά χημειοθεραπεία είναι εξαιρετικά ευαίσθητα στη λοίμωξη με θνησιμότητα 5-10%. Γυναίκες στους πρώτες μήνες της κύησης όταν περάσουν τη λοίμωξη μπορούν να παρουσιάσουν συγγενείς διαμαρτίες στο έμβρυο σε ποσοστό 2%.<sup>12</sup>

#### **4.2 Ηλικία και εποχιακοί παράγοντες**

Η ανεμευλογία είναι ήπια νόσος για τα νέα παιδιά αλλά σοβαρή νόσος όταν προσβάλλει τους ενήλικες. Στα αστικά κέντρα περίπου 90% του πληθυσμού έχει υποστεί λοίμωξη από τον ιό μέχρι την ηλικία των 15 ετών. Η μεγαλύτερη επίπτωση εκδηλώνεται στις προσχολικές ηλικίες . Η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά θεωρείται σπάνια στους ενήλικες.

Η εποχιακή επίπτωση μεταβάλλεται μεταξύ διαφορετικών περιοχών του περιβάλλοντος. Στα κρύα κλίματα η νόσος εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια του χειμώνα και την άνοιξη, ενώ στα εύκρατα κλίματα οι επιδημίες μπορεί να αρχίσουν κατά τη διάρκεια των φθινοπωρινών μηνών και συνεχίζονται μέχρι το χειμώνα και την άνοιξη.<sup>13</sup>

#### **4.3 Υποδόχο**

Υποδόχος είναι το μολυσματικό άτομο.

#### **4.4 Τρόποι μετάδοσης**

Από άτομο σε άτομο με άμεση επαφή, αερογενώς από σταγονίδια και εκκρίσεις νοσούντος ατόμου που προέρχονται από τη ρινοφαρυγγική κοιλότητα. Άμεση από μολυσμένα αντικείμενα και από το περιεχόμενο των φυσαλίδων και όχι από τις αποξηραθείσες εφελκίδες.<sup>12</sup>

#### **4.5 Περίοδος επώασης**

Η περίοδος επώασης διαρκεί από 2 μέχρι 3 εβδομάδες, συνήθως από 13 -17 ημέρες.

#### **4.6 Περίοδος μεταδοτικότητας**

Η περίοδος μεταδοτικότητας αρχίζει 5 ημέρες πριν την εμφάνιση του εξανθήματος και διαρκεί όχι περισσότερο από 6 ημέρες μετά την εμφάνιση των πρώτων φυσαλίδων. (Εικ. 4.2)





**Εικόνα 4.1** Τυπικό εξάνθημα ανεμευλογιάς.<sup>11</sup>

#### **4.7 Ευπάθεια και ανοχή**

Ευπάθεια έχουν όλοι οι άνθρωποι που δεν έχουν υποστεί φυσική ανοσία (νόσος). Η νόσος είναι περισσότερο επικίνδυνη στους ενήλικες παρά στα παιδιά, άτομα που νόσησαν έχουν μακροχρόνια ανοσία και σπάνια ξανανοσούν.

#### **4.8 Θεραπεία**

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία για την ανεμοβλογιά. Η θεραπεία βασίζεται στα συμπτώματα της ανεμευλογιάς. Αντικνησμάδη λοσιόν μπορεί να χρησιμοποιηθεί εάν ο κνησμός είναι οδυνηρός. Ήπιας μορφής καταπραυντικά μπορεί να είναι απαραίτητα για την ανακούφιση από τον κνησμό. Αντιπυρετικά μπορεί να χορηγηθούν για να χαμηλώσουν τον πυρετό. Εάν παρουσιασθεί δευτερογενής λοίμωξη τότε δίνονται αντιβιοτικά ή χημειοθεραπεία. Δευτερογενείς περιπτώσεις ανεμοβλογιάς μπορεί να είναι περισσότερο σοβαρά από τις πρωτογενείς περιπτώσεις, και γ-σφαιρίνη χορηγείται στα άτομα που εκτίθενται στη νόσο μετριάζοντας την. Η διάρκεια της περιόδου επώασης δεν επηρεάζεται από τη χρήση γ-σφαιρίνης.<sup>14</sup>

#### **4.9 Επιπλοκές**

Λοιμώξεις μπορεί να παρουσιαστούν ως δευτερογενείς λοιμώξεις όπως διαπυήσεις, αποστήματα, μηνιγγίτιδα, ερυσίπελας. Σοβαρές επιπλοκές είναι σπάνιες γιατί γίνεται χρήση σουλφοναμίδων ή αντιβιοτικών όταν ενδείκνυται.

#### **4.10 Νοσηλευτική φροντίδα**

Όταν δεν υπάρχουν σοβαρές επιπλοκές, ο ασθενής με ανεμευλογιά σπάνια εισάγεται στο νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης, ο ασθενής επιβάλλεται να έχει ξεκούραση στο κρεβάτι με επαρκή ενυδάτωση. Τα ρούχα του ασθενή πρέπει να είναι χαλαρά. Επάλλειψη με αντικνησμάδη λοσιόν βοηθά στην ανακούφιση από τον κνησμό, εάν εξανθήματα παρουσιαστούν στο στόμα, ο ασθενής χρειάζεται συχνή φροντίδα του στόματος του. Εάν ο ασθενής εισαχθεί στο νοσοκομείο, θα πρέπει να τεθεί σε απομόνωση έως ότου τα εξανθήματα σχηματίσουν εσχάρες (αποξήρανσης των εφελκίδων). Ένα μικρό παιδί πρέπει να είναι περιορισμένο, έτσι αποτρέπεται να ξύνει τα εξανθήματα και να μην προκαλέσει λοίμωξη. Τα

νύχια των μικρών παιδιών πρέπει να είναι κομμένα κοντά και καθαρά. Προκειμένου περί βρεφών, να περιορίσουμε την πιθανότητα μόλυνσης, ειδική φροντίδα πρέπει να δίνεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων όπου τα εξανθήματα μπορεί να είναι παρόντα.<sup>13</sup>

#### **4.11 Προληπτικά μέτρα**

- Δήλωση στη στις υγειονομικές υπηρεσίες.
- Απομάκρυνση του κρούσματος από το σχολείο για τουλάχιστον 5 ημέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος-απομόνωση.<sup>13</sup>
- Απολύμανση των αντικειμένων που μολύνθηκαν με εκκρίσεις του αναπνευστικού.
- Η νοσηλεία στο νοσοκομείο γίνεται κάτω από αυστηρή απομόνωση.<sup>15</sup>
- Τα άτομα που ήλθαν σε επαφή με το κρούσμα, τους χορηγείται ειδική ανοσοσφαιρίνη (Varicella-Zoster Immune Globulin) εντός 96 ωρών (για πρόληψη νόσου ή ελαφρά μορφή νόσου).<sup>15</sup>
- Δε χρειάζεται κλείσιμο και απολύμανση του σχολείου.



**Εικόνα 4.2** *Ανεμευλογιά. Η εξάπλωση γίνεται κυρίως στο σώμα. Τα εξανθήματα είναι σε διαφορετικές φάσεις ανάπτυξης, αρχίζει σαν κηλίδες και εξελίσσονται σε βλατίδες, φλύκταινες και εφελκίδες. Προσέξτε το αιμαγγείωμα που μοιάζει σαν φράουλα στον αριστερό ώμο του κοριτσιού.<sup>7</sup>*

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5** **ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗ**

- ◇ **5.1 ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ**
- ◇ **5.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**
- ◇ **5.3 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ**
- ◇ **5.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**
- ◇ **5.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ**
- ◇ **5.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
- ◇ **5.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**
- ◇ **5.8 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ**
- ◇ **5.9 ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΖΩΩΝ**

### **5.1 ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗ (ΚΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ)**

Η βρουκέλλωση προκαλείται από ένα μικρό gram-αρνητικό μη σπορογόνο κινητικό κοκκοβακτηρίδιο που ονομάζεται «βρουκέλλα». Σήμερα τρία είδη βρουκέλλων ενδιαφέρουν τη δημόσια υγιεινή γιατί προκαλούν ζωνοσούς που από αυτές μολύνεται ο άνθρωπος: *Brucella melitensis* ή βρουκέλλα του μελιταίου πυρετού ή βρουκέλλα του κυματοειδούς πυρετού. Ο μελιταίος πυρετός ονομάζεται και πυρετός της Μεσογείου. Το στέλεχος αυτό παρασιτεί στις αίγες (κατσίκες), πρόβατα, βοειδή, και χοίρους. Τα άλλα δύο είδη είναι η *B. abortus* και η *B. suis*.

### **5.2 Επιδημιολογία**

Η βρουκέλλωση είναι γνωστή με διάφορα ονόματα. Το 1887 ο Bruce ανακάλυψε τη νόσο στις αίγες στο νησί της Μάλτας και από τότε είναι γνωστή σαν ο πυρετός της Μάλτας. Είναι επίσης γνωστή σαν γαστρικός υφέσιμος πυρετός, νεαπολιτάνικος πυρετός, πυρετός της αίγας και περισσότερο γνωστή σαν κυματοειδής πυρετός. Στις περισσότερες περιπτώσεις η βρουκέλλωση συμβαίνει από τυχαίο ενοφθαλμισμό στους εργαζόμενους στο εργαστήριο και δια μέσου δερματικής εκδοράς σε άτομα που ασχολούνται με τη διακίνηση ζώων, πτώματα ζώων ή μολυσμένα περιττώματα. Οι μικροοργανισμοί εισέρχονται στο σώμα μέσα από το γαστρεντερικό σύστημα με τη λήψη μολυσμένου γάλακτος ή με μολυσμένα προϊόντα γάλακτος. Επίσης η βρουκέλλα επιτυγχάνει να εισέλθει στο σώμα από το αναπνευστικό σύστημα. Ο μολυσμένος αέρας είναι βεβαρημένος με σταγονίδια ή πυρήνες-σταγονίδια από τα εκκρίματα των εκτρωμάτων κατά τη γέννηση ή την έκτρωση και από τη σκόνη των βουστάσιων και ποιμνιοστασιών. Οι βρουκέλλες τότε ταξιδεύουν με τη βοήθεια του αίματος και των λεμφαδένων. Στους λεμφαδένες εγκαθίστανται και παραμένουν εκεί καθώς και σε διάφορα άλλα όργανα.<sup>6</sup>

Η βρουκέλλωση δημιουργεί επαγγελματικό κίνδυνο στα άτομα που εργάζονται στα σφαγεία, κτηνοτρόφους, συσκευαστές κρέατος, κτηνιάτρους, προσωπικό εργοστασιών κρέατος. Εφόσον περισσότερο από το μισό πληθυσμό είναι ευάλωτος στη νόσο, η κατανάλωση μη παστεριωμένου γάλακτος θεωρείται επικίνδυνο. Η νόσος μπορεί να μεταδίδεται όλες τις εποχές του έτους. Εντούτοις η επίπτωση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη κατά τη διάρκεια των θερινών μηνών.

### **5.3 Περίοδος επώασης**

Η περίοδος επώασης της βρουκέλλωσης ποικίλλει από 5 μέχρι 30 ημέρες. Αρκετές φορές μπορεί να φτάσει και τους 6 μήνες.

### **5.4 Κλινική εικόνα**

Η βρουκέλλωση είναι μια συστηματική εμπύρρετη νόσος που χαρακτηρίζεται από ύφεση και παροξυσμούς. Η έναρξη της μπορεί να είναι οξεία ή ύπουλη και μπορεί να εμφανίσει χρονιότητα. Η νόσος μπορεί να είναι παρούσα χωρίς συμπτώματα ή μπορεί να είναι κεραυνοβόλος και να οδηγήσει τον άνθρωπο στο θάνατο. Η βρουκέλλωση προσβάλλει κάθε όργανο και ιστό του σώματος όπως περισσότερα από 150 συμπτώματα έχουν σχέση με τη νόσο. Η διάγνωση συχνά είναι δύσκολη λόγω της μεγάλης ποικιλίας των συμπτωμάτων και σαν αποτέλεσμα έχει πολλές περιπτώσεις να χάνονται. Η νόσος χαρακτηρίζεται μακροχρόνιο ακανόνιστο περιοδικό πυρετό ο οποίος κυμαίνεται από 38.3°C μέχρι 40.5°C κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας της νόσου. Μετά από μερικές εβδομάδες η θερμοκρασία πέφτει με τη λύση της νόσου. Παρουσιάζει κεφαλαλγία, πόνο στην πλάτη και στα άκρα, σπληνομεγαλία, μεγένθυση του ήπατος, υπεράφθους ιδρώτας με όξινο οσμή, σπογγώδη αιμορραγία των ούλων και ανορεξία. Μπορεί να παρουσιάσει ναυτία, έμετο, κοιλιακό πόνο και γενική κακουχία. Νευρολογικά συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά της νόσου και εμφανίζονται με τη μορφή της

κατάθλιψης ή υστερικών επεισοδίων. Δυσκοιλιότητα ή διάρροια μπορεί να είναι παρούσα και αιμορραγία μπορεί να συμβεί από την ελκωποίηση του εντερικού βλεννογόνου.<sup>6</sup>

### **5.5 Διάγνωση**

Η διάγνωση της βρουκέλλωσης γίνεται με βάση τα κλινικά ευρήματα και το επαγγελματικό ιστορικό και επιβεβαιώνεται από τη βακτηριολογική και ορολογική απομόνωση της βρουκέλλας. Εργαστηριακές μέθοδοι όπως συγκολλητινοαντιδράσεις, αιμοκαλλιέργειες, κοπρνοκαλλιέργειες και ουροκαλλιέργειες, εξέταση πτυέλων και βιοψία των λεμφαδένων ή του μυελού των οστών εξασφαλίζεται με την παρακέντηση στο στέρνο.

### **5.6 Θεραπεία**

Η θεραπεία με τετρακυκλίνη είναι επαρκής μόνο για μέτριες περιπτώσεις της νόσου. Σε σοβαρές περιπτώσεις τα καλύτερα αποτελέσματα δίνει ο συνδιασμός της χλωροτετρακυκλίνης (*aureomycin*) και στρεπτομυκίνης. Αυτά χορηγούνται δια του στόματος ή παρεντερικά και πρέπει να συνεχίσουν για τρεις με τέσσερις εβδομάδες. Τα κορτικοστεροειδή σε συνδιασμό με τα αντιβιοτικά μπορούν να μειώσουν την τοξική τους αντίδραση. Υπάρχει η γενική συμφωνία ότι η χρήση τους πρέπει να είναι περιορισμένη για τον κίνδυνο περιφερειακής αγγειακής κατάθλιψης.

### **5.7 Νοσηλευτική φροντίδα**

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

1. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίζει ώστε ο ασθενής να κάνει συχνά λουτρό που τον βοηθά να ανακουφισθεί από την οσμή που έχει ο ιδρώτας του και να μειώσει τη θερμοκρασία του. Σχολαστική φροντίδα του δέρματος και του στόματος είναι σημαντική. Θερμοφόρες τοποθετούνται σε αρθρώσεις που πονούν. Ο ασθενής χρειάζεται ενθάρρυνση για να φάει και θα πρέπει να καταγράφεται η τροφή από τα υγρά που λαμβάνει. Η τροφή του πρέπει να περιέχει λίγα λιπαρά και πλούσια σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες με συμπλήρωμα βιταμινών. Τα κόπρανα, τα ούρα και τα προϊόντα του εμετού θα πρέπει να απολυμαίνονται, ο ασθενής δε θα πρέπει να είναι σε απομόνωση αλλά θα πρέπει να βρίσκεται σε ένα ήσυχο και ευχάριστο περιβάλλον. Ο λόγος είναι επειδή η νόσος παρουσιάζει νευρολογικά συμπτώματα έτσι προφυλάσσουμε τον ασθενή από τυχόν τραυματισμούς.
2. Πρόληψη της αρρώστιας. Διαφώτιση του κοινού και ιδιαίτερα των περιοχών, που η αρρώστια ενδημεί, για τα μέτρα που πρέπει να παίρνουν για να προφυλαχτούν όπως: ο βρασμός του γάλατος για 10 λεπτά πριν χρησιμοποιηθεί, όταν το γάλα δεν είναι παστεριωμένο, απομόνωση των ζώων που έχουν προσβληθεί από τη νόσο.<sup>3</sup>

### **5.8 Προληπτικά μέτρα**

Διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση των ασχολούμενων με τα ζώα. Ανίχνευση και ανεύρεση των πάσχοντων ζώων. Αυτό επιτυγχάνεται με διάφορες οροαντιδράσεις. Τα μολυσμένα ζώα σφάζονται ή απομονώνονται. Αυστηρή και σχολαστική καθαριότητα στους χώρους παραμονής ή εκτροφής ζώων (στάβλους, χοιροτροφεία, ποιμνιοστάσια, βουστάσια). Παστερίωση του γάλακτος που προέρχεται από αγελάδες, αίγες, πρόβατα. Βρασμός του γάλακτος είναι απαραίτητος εάν η παστερίωση είναι αδύνατη. Η παρασκευή στις αγροτικές περιοχές τυριού, ξινόγαλου και βουτύρου όπου το γάλα δεν βράζεται τότε οι μικροοργανισμοί της βρουκέλλας επιζούν της κατεργασίας και της ωρίμανσης και προσλαμβάνεται από τον άνθρωπο με αποτέλεσμα να νοσήσει.<sup>2,15</sup>

### **5.9 Εμβολιασμοί ζώων**

- Εμβολιασμοί των εκτεθειμένων από το επάγγελμα τους στη μόλυνση (κτηνίατροι, βοσκοί, σφαγείς, κρεοπώλες κ.α.).
- Απολύμανση της μολυσμένης περιοχής
- Κτηνιατρική εξέταση του κρέατος και απαγόρευση των αρρωστημένων κουφαριών των χοίρων, εκτός από τα βοειδή και χοίρους όπου δεν είναι ωφέλιμη η μέθοδος.<sup>15</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6** **ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΑ**

- ◇ **6.1 ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΑ - ΟΡΙΣΜΟΣ**
- ◇ **6.2 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑ ΑΠΟ  
ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΑ**
- ◇ **6.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ**
- ◇ **6.4 ΕΠΠΛΟΚΕΣ**
- ◇ **6.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
- ◇ **6.6 ΠΡΟΛΗΨΗ**
- ◇ **6.7 ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

### **6.1 ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΑ**

Η σαλμονέλλα είναι Gram αρνητικός μικροοργανισμός που συχνά προκαλεί γαστρεντερίτιδα από μολυσμένες τροφές και ενίοτε προκαλεί μικροβιαμία, με δευτεροπαθή εντόπιση στα οστά, στις μήνιγγες και σε άλλες θέσεις. Είναι γνωστά 3 είδη σαλμονέλλας και 2.000 ορότυποι αυτών. Η σαλμονέλλα του τύφου, η σαλμονέλλα της χολέρας των χοίρων και η σαλμονέλλα της εντερίτιδας είναι τα γνωστότερα είδη, ενώ ο συχνότερα απαντώμενος ορότυπος είναι η σαλμονέλλα Typhimurium.

Η σαλμονέλλα διαπερνά την προστατευτική στιβάδα της βλέννης στο λεπτό έντερο, και προσκολλάται στα επιθηλιακά κύτταρα και στη συνέχεια πολλαπλασιάζεται στην υποβλεννογόνια στιβάδα. Αποτέλεσμα της λοίμωξης είναι ο πυρετός, οι έμετοι, οι υδαρείς και σπανιότερα οι βλενώδεις διάρροιες. Σπανιότερη εντόπιση είναι στο παχύ έντερο με αποτέλεσμα κολίτιδα. Η σαλμονέλλα Typhimurium συχνότερα προσβάλλει το παχύ έντερο.<sup>11</sup>

Οι λοιμώξεις από σαλμονέλλα στα παιδιά εκδηλώνονται με 2 μορφές. Η μία είναι η γαστρεντερίτιδα που μπορεί να επιπλακεί με σηψαιμία και άλλες σηπτικές εντοπίσεις και ο εντερικός πυρετός. Η συχνότητα του τυφοειδούς πυρετού έχει ελαττωθεί τα τελευταία χρόνια, στις ανεπτυγμένες χώρες, αντίθετα έχουν αυξηθεί τα κρούσματα γαστρεντερίτιδας από σαλμονέλλα, ιδίως στα βρέφη και νήπια < 2 χρόνων.<sup>11</sup>

### **6.2 Γαστρεντερίτιδα από σαλμονέλλα**

Η σαλμονέλλα είναι ευρέως διαδεδομένη και στο ζωϊκό βασίλειο, οικόσιτα και άγρια ζώα είναι φορείς. Ο άνθρωπος μολύνεται από τις τροφές. Η μόλυνση από άνθρωπο σε άνθρωπο γίνεται δια της εντεροστοματικής οδού, όταν μολυνθούν τροφές και νερό. Πολλές τροφές όταν μολυνθούν προκαλούν επιδημίες γαστρεντερίτιδας από σαλμονέλλα. Τέτοιες τροφές είναι: κρέας, γάλα, τυρί, παγωτό, σοκολάτα, καθώς και τροφές που περιέχουν σκόνη αυγών και παρασκευάσματα από ολόκληρα ωμά αυγά, όπως παγωτό, κρέμες και μαγιονέζα. Σε αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν λοιμώξεις, είναι τα βρέφη, οι ηλικιωμένοι και οι πάσχοντες που χρησιμοποιούν αντιόξινα, γιατί το όξινο περιβάλλον του στομάχου καταστρέφει τις σαλμονέλλες. Όπως αναφέρθηκε η γαστρεντερίτιδα από σαλμονέλλα μπορεί να επιπλακεί από άλλες εξωεντερικές εντοπίσεις, όπως μικροβιαμία και μηνιγγίτιδα (80%) που συμβαίνουν κυρίως στα βρέφη. Τα νεογνά μπορεί να μολυνθούν από τη μητέρα κατά τη διάρκεια του τοκετού, έχουν δε περιγράψει επιδημίες σαλμονέλλωσης σε νεογνικά τμήματα.<sup>11</sup>

Τα συμπτώματα της λοίμωξης είναι εντονότερα στα βρέφη, τα οποία συνήθως εμφανίζουν πυρετό, έμετους και διάρροια. Τα μεγαλύτερα παιδιά παραπονούνται για κεφαλαλγία, ναυτία και κοιλιακή άλγη. Οι κενώσεις είναι, όπως ελέχθη, υδαρείς, αλλά μερικές φορές και βλεννοαιματηρές οπότε συγχέονται προς τις κενώσεις της συγκέλλωσης. Σπάνια παρατηρείται διόγκωση του σπλήνα. Η όλη κατάσταση υποχωρεί συνήθως σε 4-5 ημέρες.

### **6.3 Διάγνωση**

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τη θετική καλλιέργεια των κοπράνων ή του αίματος και σπανιότερα των ούρων, του ENY και του πύου από διάφορες δευτεροπαθείς εστίες. Μπορεί να ανευρεθεί λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρήνωση ή και λευκοπενία. Η απομόνωση και ο προσδιορισμός του ορότυπου της σαλμονέλλας πρέπει να αναφέρεται στις υγειονομικές αρχές για τη συλλογή των επιδημιολογικών στοιχείων και για τη διάκριση κάθε περίπτωσης ή επιδημίας από άλλες αιτίες τροφικής και μικροβιακής γαστρεντερίτιδας, δηλητηρίασης, όπως π.χ. από σταφυλόκοκκο, σιγκέλλα και καμπυλοβακτηρίδιο.<sup>11</sup>



#### **6.4 Επιπλοκές**

Οι επιπλοκές όλων των σαλμονελλώσεων συνίσταται στην εκδήλωση μικροβιαμίας και σε εξωεντερικές εντοπίσεις, όπως σηπτική αρθρίτιδα, οστεομυελίτιδα, χολοκυστίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα, μηνιγγίτιδα, πνευμονία και πνευμονοφυρίτιδα. Οι πάσχοντες από δρεπανοκυτταρική αναιμία και άλλες αιμοσφαιρινοπάθειες εμφανίζουν συχνότερα οστεομυελίτιδα.

#### **6.5 Θεραπεία**

Θεραπευτικά, κύριο μέλημα σε κάθε περίπτωση είναι να διατηρείται το ισοζύγιο ύδατος και ηλεκτρολυτών. Στις συνήθεις περιπτώσεις δεν συνιστώνται αντιβιοτικά. Στα νεογνά, βρέφη και στα παιδιά με δρεπανοκυτταρική αναιμία, για να προληφθεί η μικροβιαμία και οι δευτεροπαθείς εντοπίσεις συνίσταται η χορήγηση αμικικιλίνης ή τριμεθοπρίμης-σουλφαμεθοξαζόλης ενδοφλεβίως. Αλλά και σε ασθενείς κάθε ηλικίας που εμφάνισαν μικροβιαμία συνίσταται παρεντερική χορήγηση κατά τις πρώτες ημέρες. Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων η θεραπεία συνεχίζεται από το στόμα. Η συνολική διάρκεια θεραπείας είναι 7-10 ημέρες. Εάν στοτέστ ευαισθησίας ευρεθεί αντίσταση στην αμικικιλίνη, τότε μπορεί να χορηγηθεί εναλλακτικά χλωραμφαινικόλη ή κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς ή τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη, καθώς και φλουροκινολόνες στα μεγαλύτερα παιδιά. Όταν διαπιστωθεί μηνιγγίτιδα από σαλμονέλλα, τότε ενδείκνυται ο συνδυασμός αμικικιλίνης και χλωραμφαινικόλης για 3 εβδομάδες. Εάν υπάρξει ταχεία βελτίωση του αρρώστου, τότε η θεραπεία μπορεί να συνεχιστεί με ένα από τα δύο φάρμακα, ανάλογα με τοτέστ ευαισθησίας.

Εάν εκδηλωθεί επιδημία σε παιδιατρικό τμήμα πρέπει να απομονωθούν οι ασθενείς και το νοσηλευτικό προσωπικό και να κλείσει το τμήμα, αν είναι απαραίτητο.<sup>11</sup>

Τα παιδιά μετά τη νόσηση παραμένουν φορείς επί μακρό διάστημα μέχρι και 1 έτος. Η χορήγηση αντιβιοτικών δεν βοηθά στην αποστείρωση των φορέων.

#### **6.6 Πρόληψη**

Η πρόληψη των λοιμώξεων από σαλμονέλλα επιτυγχάνεται με την ασφαλή συντήρηση των τροφίμων, το καλό ψήσιμο, ιδίως του κρέατος, των πουλερικών και των αυγών και την από καιρού εις καιρό μικροβιολογική εξέταση, όσων ασχολούνται με τη διακίνηση τροφίμων, την παρασκευή φαγητών και την επιτήρηση παιδιών.

#### **6.7 Πρόγνωση**

Η πρόγνωση της γαστρεντερίτιδας από σαλμονέλλα είναι γενικά καλή. Χρειάζεται ιδιαίτερη αντιμετώπιση για κάθε περίπτωση όταν υπάρχουν σηπτικές εντοπίσεις. Η θνητότητα της μηνιγγίτιδας από σαλμονέλλα παραμένει υψηλή. Επιπλέον υπάρχει τάση για υποτροπές, όταν η θεραπεία δεν είναι αρκετά μακρά.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α΄**

- ◇ 7.1 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α΄- ΟΡΙΣΜΟΣ
- ◇ 7.2 ΕΜΦΑΝΙΣΗ
- ◇ 7.3 ΠΑΘΟΓΟΝΟ ΑΙΤΙΟ
- ◇ 7.4 ΥΠΟΔΟΧΟ
- ◇ 7.5 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
- ◇ 7.6 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ
- ◇ 7.7 ΠΕΡΙΟΔΟΣ  
ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
- ◇ 7.8 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
- ◇ 7.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
- ◇ 7.10 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

### **7.1 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α΄**

Η ηπατίτιδα Α ονομάζεται επίσης επιδημικός ίκτερος, λοιμώδης ηπατίτιδα και καταρροϊκός ίκτερος.

Η ηπατίτιδα Α εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά, σε αντίθεση με την ηπατίτιδα Β που αφορά συνήθως ενήλικες. Η συχνότητα είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, γιατί συχνά εμφανίζεται με ελαφρές μορφές (οι λεγόμενες υποκλινικές περιπτώσεις), που ο γιατρός και το περιβάλλον του παιδιού αποδίδουν σε γρίπη, ή άλλη λοίμωξη του πεπτικού συστήματος κλπ. Τα περιστατικά ηπατίτιδας δεν δηλώνονται όπως θα έπρεπε και αυτό συμβαίνει διεθνώς, αλλά περισσότερο στην Ελλάδα. Η σοβαρότητα της νόσου ποικίλει από την ελαφρά μορφή που διαρκεί 1 και 2 εβδομάδες έως τη βαριά μορφή που σπανίως μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες. Η βαρύτητα της νόσου αυξάνει με την ηλικία.<sup>13</sup>

### **7.2 Εμφάνιση**

Παγκόσμια νόσος, ενδημική αλλά και με επιδημικές εξάρσεις. Η επίπτωση αυξάνεται περισσότερο το φθινόπωρο και χειμώνα από ότι το καλοκαίρι και την άνοιξη. Οι επιδημίες είναι συχνές στις φτωχικές γειτονιές, σε κλειστές κοινότητες (σχολεία, στρατόπεδα, άσυλα).

Προσβαλει συνήθως παιδιά σχολικής ηλικίας και νεαρά άτομα σπανίως παιδιά κάτω των πέντε χρόνων και ενήλικες άνω των 40 χρόνων, ιδιαίτερα βαριά είναι η νόσος στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Η θνησιμότητα της νόσου γενικώς είναι μικρή (περίπου 1/1000) αλλά υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στα παιδιά κάτω των 5 ετών (1.5/1000) και σε άτομα άνω των 60 ετών (27/10000).

### **7.3 Παθογόνο Αίτιο**

Ο ιός της ηπατίτιδας Α (HAV).

### **7.4 Υποδόχο**

Υποδόχο είναι κυρίως ο άνθρωπος και σπανίως ο χιμπατζής.

### **7.5 Τρόπος Μετάδοσης**

Η μετάδοση της ηπατίτιδας Α δεν γίνεται με απλή επαφή (ομιλία, φτέρνισμα) αλλά είναι κυρίως προστοματική όπως και στις εντερολοιμώξεις π.χ. ο ιός μπορεί να μεταφερθεί από τα κόπρανα του μολυσμένου παιδιού στα χέρια του, από εκεί σε ένα αντικείμενο (μολύβι, τετράδιο, παιχνίδι κλπ.) που θα πιάσει και μέσω αυτού στο χέρι και στο στόμα ενός άλλου παιδιού.

Θεωρείται ότι τα χέρια (έλλειψη πλυσίματος μετά από αφόδευση) είναι ο πιο συχνός μεταφορέας κυρίως στα σχολεία.

Στα σχολεία στις αστικές περιοχές η μετάδοση του ιού γίνεται συνήθως από μολυσμένα τρόφιμα της καντίνας ή μέσω των αποχωρητηρίων, ενώ στις αγροτικές περιοχές μπορεί να ευθύνεται και το νερό, κυρίως αν η ύδρευση του σχολείου γίνεται από μικρή δεξαμενή ή πηγάδι.

Άμεση επαφή με μολυσμένα τρόφιμα κυρίως γάλα, νερό που έχει μολυνθεί από λύματα, θυλασσινά (μύδια, στρείδια) που βρίσκονται σε θαλάσσιο νερό κοντά σε εκβολή υπονόμων ή παρανόμων αποχετεύσεων. Λαχανικά που ποτίστηκαν με ακατάλληλο νερό. Ο ιός αποβάλλεται στα κόπρανα και στα ούρα περίπου 16 ημέρες πριν την εμφάνιση του ίκτερου.<sup>13</sup>

### **7.6 Περίοδος Επώασης**

Ο ιός έχει χρόνο επώασης 15-50 ημέρες συνήθως όμως 28-30 ημέρες. Ο ιός της ηπατίτιδας Α εγκαθίσταται στο λεπτό έντερο, εισέρχεται στα επιθηλιακά κύτταρα, πολλαπλασιάζεται και κινείται προς το ήπαρ όπου προκαλεί φλεγμονή.

### **7.7 Περίοδος Μεταδοτικότητας**

Ο χρόνος μετάδοσης από επιδημιολογικές μελέτες έδειξε ότι το τελευταίο ήμισυ του χρόνου επώασης και εξακολουθεί μερικές ημέρες μετά την εμφάνιση του ίκτερου. Οι περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι μολυσματικές μετά τη πρώτη εβδομάδα από την εμφάνιση του ίκτερου. Στα βρέφη έχει παρατηρηθεί μια παρατεταμένη αποβολή του ιού και 6 μήνες.

### **7.8 Κλινικά Συμπτώματα**

Η εκδήλωση των κλινικών συμπτωμάτων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως π.χ. την ανοσιακή κατάσταση και την ηλικία του ξενιστή, τη λοιμογόνο ικανότητα και τον τύπο του ιού.

Τα συμπτώματα που μας προειδοποιούν για πιθανή μόλυνση είναι τα προδρομικά συμπτώματα που παρουσιάζονται στην αρχή της αρρώστιας όπως κακουχία, μυαλγία και πυρετός (δηλαδή δίνουν την εικόνα μιας γρίπης) ή σαν μια κοινή εντερίτιδα (με δυσπεψία, πονάκια στην κοιλιά, ανορεξία) ή με εντονότερα συμπτώματα που μοιάζουν με αρθρίτιδα και διάγνωση γίνεται δύσκολη. Στο στάδιο αυτό δεν υπάρχει ίκτερος.

Αν οι γονείς δουν ότι το παιδί έχει σκούρα ούρα (σαν το χρώμα του κονιάκ) και πυρετό, θα πρέπει να υποψιαστούν για ηπατίτιδα, το λόγο τότε έχει ο γιατρός που θα κάνει τη διάγνωση και τις απαραίτητες εξετάσεις όπως χολοχρωστικές στα ούρα και τρανσαμινάσες και ειδικά αντισώματα και αντιγόνα στο αίμα.<sup>15</sup>

### **7.9 Νοσηλευτική φροντίδα**

Βασικό μέλημα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να δημιουργηθούν τέτοιες συνθήκες ώστε να έχει απόλυτη ανάπαυση, ησυχία και ηρεμία ο ασθενής. Η καλή σίτιση του αρρώστου, στα πλαίσια της κατάλληλης διαίτας, παρά την ανορεξία και τη ναυτία του, είναι καθήκον του νοσηλευτή. Μεγάλο μέρος της φροντίδας και των μέτρων που παίρνει ο νοσηλευτής συγκεντρώνεται στην προφύλαξη από τη μετάδοση της νόσου. Πρέπει να λαμβάνονται αυστηρά μέτρα για την αποφυγή επαφής του υγιούς ατόμου με το αίμα του αρρώστου. Επιβάλλεται η απομόνωση όσων πάσχουν από λοιμώδη ηπατίτιδα και η διατήρηση χωριστά του ιματισμού του αρρώστου των σκευών διατροφής, σκωραμίδας και θερμομέτρο. Τα περιττώματα και απορρίματα του αρρώστου απολυμαίνονται ή καίγονται πριν μουν σε αποχέτευση. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί γάντια για τον υποκλυσμό, την τοπική καθαριότητα του αρρώστου, την εφαρμογή υπόθετου κ.λ.π.<sup>17</sup>

Οι επισκέπτες περιορίζονται σε ελάχιστους, στους οποίους διδάσκει ο νοσηλευτής τρόπους προφύλαξης από τη νόσο. Ο ασθενής παραμένει στην απομόνωση και μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων, για δύο περίπου βδομάδες από την εμφάνιση της νόσου.

Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων ο ασθενής μπορεί να επανέρχεται σε σχετική δραστηριότητα, ολοκληρωμένη όμως δραστηριότητα θα αναλάβει μετά 6 μήνες περίπου. Ο νοσηλευτής τηρεί με μεγάλη ακρίβεια κάθε φαρμακευτική αγωγή και παρακολουθεί τον ασθενή για συμπτώματα εμφάνισης ηπατικής ανεπάρκειας.<sup>17</sup>

### **7.10 Προληπτικά Μέτρα**

- Ενημέρωση του πληθυσμού για το σωστό τρόπο καθαριότητας και ατομικής υγιεινής.
- Χλωρίωση του νερού παρότι δε σκοτώνει τον ιό της ηπατίτιδας αποφεύγεται όμως η μόλυνση του νερού.
- Σωστό αποχετευτικό σύστημα.
- Οστρακοφόρα μαλάκια και άλλα θαλασσινά από ύποπτες περιοχές θα πρέπει να θερμαίνονται σε θερμοκρασία 85 °C-90°C επί 4 λεπτά πριν την κατανάλωση.<sup>13</sup>
- Αποστείρωση των χειρουργικών εργαλείων και συρίγγων είναι απαραίτητη (επειδή ο ιός βρίσκεται στο αίμα).

- Υπάρχει εμβόλιο ηπατίτιδας Α που είναι ασφαλές και αποτελεσματικό και χορηγείται σε άτομα που πρόκειται να ταξιδεύσουν σε χώρες μεγάλης ενδημικότητας καθώς επίσης και στους χειριστές τροφών και σε εργαζόμενους στην αποχέτευση.<sup>13</sup>

**Σε περίπτωση κρούσματος:**

- Δήλωση στη Διεύθυνση Υγιεινής.
- Απομόνωση του ασθενούς όπως σε όλες τις εντερικές λοιμώξεις για τις δύο πρώτες εβδομάδες της νόσου, αλλά όχι περισσότερο από μια εβδομάδα από την εμφάνιση του ίκτερου.<sup>13</sup>
- Απολύμανση των κοπράνων και ούρων των ασθενών.
- Απολύμανση των αποχωρητηρίων.
- Σχολαστική καθαριότητα του σχολείου και όχι κλείσιμό του.<sup>13</sup>
- Έλεγχος του πόσιμου νερού στο τοπικό σύστημα ύδρευσης του σχολείου και ενδεχομένως χλωρίωσή του.<sup>18</sup>
- Έλεγχος των τροφίμων της καντίνας του σχολείου και των χειριστών τους (για υποκλινική νόσο).
- Παθητική ανοσοποίηση με ανοσοσφαιρίνη συνιστάται όσο το δυνατόν συντομότερα από την έκθεση (όχι αργότερα από 2 εβδομάδες) σ' όλα τα μέλη της οικογένειας του ασθενή. Εάν το κρούσμα είναι νήπιο σε παιδικό σταθμό, τότε χορηγείται σε όλα τα παιδιά της ίδιας τάξης. Δεν συνιστάται ανοσοπροφύλαξη στο περιβάλλον εργασίας του κρούσματος καθώς επί ενηλίκων ή μεγαλύτερων παιδιών, στους συμμαθητές του σχολείου.<sup>13</sup>
- Η χορήγηση της ανοσοσφαιρίνης σε μια δόση 0,02 ανά βάρος σώματος επαναλαμβάνεται από 4-6 εβδομάδες.<sup>18</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β΄**

- ◊ **8.1 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β΄- ΟΡΙΣΜΟΣ**
- ◊ **8.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ**
- ◊ **8.3 ΑΙΤΙΟ**
- ◊ **8.4 ΥΠΟΔΟΧΟ**
- ◊ **8.5 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ**
- ◊ **8.6 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ**
- ◊ **8.7 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ**
- ◊ **8.8 ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ  
ΚΑΙ ΣΤΕΝΟΥ  
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**
- ◊ **8.9 Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ  
ΤΟΥ ΗΒV**
- ◊ **8.10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

### **8.1 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β'**

Η μολυσματικότητα του ιού της ηπατίτιδας Β είναι σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 100 φορές μεγαλύτερη αυτής του HIV, του ιού του AIDS. Η ηπατίτιδα είναι ένας από τους μεγαλύτερους φονιάδες της ανθρωπότητας και οι ειδικοί της ΠΟΥ τονίζουν ότι θεωρούν ένα από τους μεγαλύτερους κινδύνους για τη Δημόσια Υγεία, καθώς η νόσος προσβάλλει εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπους και σκοτώνει έως 2 εκατομμύρια από αυτούς ετησίως.

Προσβάλλει πάνω από 5% του πληθυσμού της γης. Μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση του ήπατος, ενώ αυξάνει το κίνδυνο για καρκίνο του ήπατος κατά 300 φορές.<sup>13</sup>

Το 75% των 350.000.000 φορέων του ιού ανά τον κόσμο συγκεντρώνεται στην Άπω Ανατολή (100.000.000 στην Κίνα) ενώ το 12% του πληθυσμού της Ασίας και της Αφρικής φέρει τον ιό στον οργανισμό του. Ένα εκατομμύριο περίπου άτομα προσβάλλονται κάθε χρόνο στην Ευρώπη από τον ιό της ηπατίτιδας Β.

Απ' αυτά 25.000 πεθαίνουν κάθε χρόνο από χρόνια ηπατίτιδα κίρρωση και καρκίνο του ήπατος ενώ 90.000 ετησίως γίνονται χρόνιοι φορείς.

Στην Ελλάδα υπάρχουν 500.000 χρόνιοι φορείς. Με δείκτη τη συχνότητα των χρόνιων φορέων του ιού της ηπατίτιδας Β που είναι ποσοστό περί το 5%. Η Ελλάδα και η Νότιος Ιταλία έχουν μεγαλύτερα ποσοστά επιπολασμού της ηπατίτιδας Β στην Ευρώπη με τεράστια διαφορά από τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης (όπου η συχνότητα αυτή είναι κάτω του 1%).<sup>13</sup>

Η ηπατίτιδα είναι ένας ύπουλος εχθρός. Οι χρόνιοι φορείς δεν αισθάνονται τίποτα για ολόκληρες δεκαετίες, ζουν κανονικά και παρουσιάζουν επιπλοκές όπως η κίρρωση του ήπατος, η πυλαία υπέρταση και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, μετά την ηλικία των 40 ή 50 ετών με ποσοστό θανάτου 15-25%.

Στα παιδιά συμβαίνει το ίδιο, δηλαδή οδηγούνται σε χρονιότητα και ακολουθούν για δεκαετίες μια σιωπηλή από κλινικής άποψης πορεία. Ο εμβολιασμός των ελληνόπουλων στη βρεφική ηλικία (από το δεύτερο μήνα της ζωής τους) προσφέρει ανοσία εφόρου ζωής και θα εκριζώσει τη νόσο σε μερικές δεκαετίες. Η ηπατίτιδα Β ονομάζεται, επίσης, (ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού ή αυστραλιανό αντιγόνο).

### **8.2 Διάγνωση**

Η νόσος αρχίζει με ανορεξία αόριστες κοιλιακές ενοχλήσεις, ναυτία εμέτους, σπάνια παρουσιάζει αρθραλγίες. Η πυρετική κίνηση είναι μικρή (συνήθως κάτω των 39°C) μπορεί δε να λείπει τελείως. Ο ίκτερος εμφανίζεται συνήθως 5-10 μέρες μετά, η λοίμωξη είναι κλινικά εμφανής μόνο στις 30% των μολύνσεων περίπου. Δηλαδή το 70% των μολύνσεων είναι χωρίς κλινική εκδήλωση (ασυμπτωματική μόλυνση ή κρυπτομόλυνση). Στα παιδιά η εμφάνιση του ικτέρου σε ποσοστό λιγότερο από 10%.

Η λοίμωξη έχει θνησιμότητα 1% περίπου και αυξάνει στις ηλικίες άνω των 40 ετών αλλά όταν η μόλυνση προέρχεται από μετάγγιση τότε η θνησιμότητα ανέρχεται σε 6-12%. Πιθανό αυτό να οφείλεται στη μεγαλύτερη δόση ιού που προσβάλλει κατά αυτό τον τρόπο.

Μετά από οξεία λοίμωξη το 90% αποκαθίσταται πλήρως με ανάπτυξη ισόβιας ανοσίας. Ένα μικρό ποσοστό 0.1%-0.5% των λοιμώξεων καταλήγει σε κεραυνοβόλο ηπατίτιδα με θνητότητα 70-80%.<sup>12</sup>

Ο ιός της ηπατίτιδας Β ευθύνεται για το 80% των περιπτώσεων πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος παγκοσμίως, και η δεύτερη σε συχνότητα γνωστή αιτία καρκινογένεσης μετά το κάπνισμα.

### **8.3 Αίτιο**

Πρόκειται για τον ιό Repadna διάμετρος 42 mm που περιέχει τόσο μονόκλωνο όσο και δίκλωνο DNA.

#### **8.4 Υπόδοχο**

Υπόδοχο είναι ο άνθρωπος και πιθανόν ο χιμπατζής.

#### **8.5 Περίοδος Επώασης**

Από 45 έως 180 ημέρες, συνήθως 60-90 ημέρες εξαρτάται από τη ποσότητα του ιού που ενοφθαλμίζεται τον τρόπο μετάδοσης και από παράγοντες του ξενιστή ατόμου.

#### **8.6 Τρόπος Μετάδοσης**

Παλαιότερα πίστευαν ότι ο μόνος τρόπος μετάδοσης ήταν η παρεντερική οδός μέσω του δέρματος ή των βλεννογόνων με μετάγχιση αίματος ή παραγώγων του με μολυσμένες σύριγγες και βελόνες που εξακολουθεί να συνεχίζει να υπάρχει.

Η μόλυνση μπορεί να γίνει δια μέσου πληγών ή δια μέσου κάθε λύσης της συνέχειας του δέρματος.

Μεταδίδεται κατά τη διενέργεια χειρουργικών ή οδοντιατρικών επεμβάσεων. Με το βελονισμό ή το τατουάζ, με βελόνες για τρύπημα αυτιών, με ψαλιδάκια για μανικιούρ.

Σήμερα αποδεικνύεται ότι η μετάδοση γίνεται κυρίως: α) δια του στόματος με στόμα β) σεξουαλικών σχέσεων γ) στενής επαφής με το δότη.

Χαρακτηριστικές συνθήκες μετάδοσης υπάρχουν όταν ο δέκτης και ο δότης χρησιμοποιούν από κοινού το ίδιο ξυραφάκι ξυρίσματος ή την ίδια οδοντόβουρτσα.

Είναι γνωστό ότι ο ιός βρίσκεται σε όλες τις εκκρίσεις του δότη όπως το σάλιο, σπέρμα, κοιλικές εκκρίσεις, ούρα και αίμα (το πλάσμα, ορός ή θρομβίνη, το ινωδογόνο, τα συμπηκνωμένα ερυθροκύτταρα κλπ). Αν και τα επίπεδα στο αίμα είναι 100 έως 1000 φορές υψηλότερα από ότι στις άλλες σωματικές εκκρίσεις έχει αποδειχθεί όχι τόσο το σπέρμα όσο και το σάλιο είναι μολυσματικά. Ο ΗΒV έχει επίσης ανευρεθεί στις κοιλικές εκκρίσεις, τα ούρα, το μητρικό γάλα, όπως και τα δάκρυα, αν και η μολυσματικότητα αυτών δεν έχει αποδειχθεί.<sup>14</sup>

Με την περιγεννητική μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί όταν η μητέρα είναι φορέας του ΗΒsAg και θετική στο ΗbeAg. Το έμβρυο μολύνεται κατά τη διάρκεια της κύησης μέσω του πλακούντα και ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος αν η μητέρα έχει οξεία νόσο κατά το τρίτο τρίμηνο κύησης παρά το δεύτερο. Η πιθανότητα μετάδοσης από μητέρα φορέα στο παιδί είναι μικρότερη.<sup>14</sup>

Άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου αποτελούν οι τοξικομανείς ή ομοφυλοφιλία, κυρίως στους άνδρες, τα άτομα που δουλεύουν σε επαγγέλματα υγείας, ιδιαίτερα οι χειρουργοί, οι οδοντίατροι, το προσωπικό των κλινικών εργαστηρίων και των μονάδων νεφρικής κάθαρσης. Επιπροσθέτως στις ομάδες υψηλού κινδύνου ανήκουν οι τρόφιμοι και το προσωπικό ιδρυμάτων χρόνιων πασχόντων ή πνευματικά καθυστερημένων, οι φυλακισμένοι και το προσωπικό φυλακών.

#### **8.7 Νοσηλευτική φροντίδα**

Γενικά πιστεύεται ότι όλοι οι ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα θα πρέπει να απομονωθούν για επτά ημέρες από την έναρξη του νόσου. Ασθενής με ηπατίτιδα Β δε χρειάζεται να απομονωθεί, αλλά η διαφοροποίηση μεταξύ του ιού ηπατίτιδας Α και Β (μπορεί να) είναι δύσκολη.

Η σημαντικότερη ευθύνη της νοσηλεύτριας είναι να εμποδίσει την εξάπλωση του μολυσματικού παράγοντα σε άλλα άτομα ή στο προσωπικό του νοσοκομείου. Μετά από κάθε επαφή με τους ασθενείς πρέπει η νοσηλεύτρια να πλένει τα χέρια της με σαπούνι και τρεχάμενο νερό. Ατομικό ουροδοχείο πρέπει να είναι διαθέσιμο, και η μεγαλύτερη προφύλαξη πρέπει να δίνεται στη φροντίδα της εντερικής εκκένωσης. Πλαστικά γάντια πρέπει να φορούν οι νοσηλεύτριες όταν κάνουν υποκλυσμό ή όταν παίρνουν πρωκτική θερμοκρασία.



Συνίσταται επίσης για τα εκκρίματα της μύτης και του λαιμού χαρτομάντιλα μιας χρήσεως αν και δεν υπάρχουν πειστικές ενδείξεις ότι η νόσος μεταδίδεται δια της αναπνευστικής οδού. Αντικείμενα μιας χρήσεως πρέπει να χρησιμοποιούνται όπως σύριγγες και βελόνες. Παρασκευαστές και νοσηλεύτριες πρέπει να φορούν γάντια όταν κάνουν φλεβοπαρακεντήσεις για να πάρουν δείγματα αίματος, επίσης λαμβάνουν μέτρα όταν κάνουν ενδοφλέβιες εγχύσεις.

Οι βελόνες των ενδοφλέβιων εγχύσεων πρέπει να αποθηκεύονται σε πλαστικά ειδικά δοχεία ώστε να αποφεύγεται πιθανή μόλυνση λοιπού νοσηλευτικού και υπηρετικού προσωπικού.

Όλα τα ιατρικά αντικείμενα που υπάρχουν στο δωμάτιο πρέπει να πλένονται και όλα τα αντικείμενα που δεν είναι μιας χρήσεως να περνούν από αυτόκαυστο.

Μιας χρήσεως πλαστικά θερμομέτρα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και μετά την ανάρρωση του ασθενούς πρέπει να καταστρέφονται. Η νοσηλεύτρια πρέπει να θυμάται ότι ο ιός της ηπατίτιδας είναι ανθεκτικός στη χημική απολύμανση και η χρήση του αντισηπτικού υγρού για το πλύσιμο των χεριών ή το καθαρίσμα των αντικειμένων προσφέρει ψευδή αίσθηση ασφάλειας. Εάν η χρήση του αυτόκαυστου είναι αδύνατη τότε συνίσταται ο βρασμός (των αντικειμένων) για τριάντα λεπτά.<sup>15</sup>

Κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως της νόσου, η νοσηλευτική φροντίδα είναι η ίδια όπως με αυτήν που δίνεται σε όλους τους εμπύρετους ασθενείς. Η βασική φροντίδα είναι η ανάπαυση στο κρεβάτι και η τοποθέτηση κρύων επιθεμάτων με κρύο νερό ή οινόπνευμα στο μέτωπο για ελεγχθεί η θερμοκρασία.

Επειδή ο ασθενής κατέχεται από ανορεξία, αρνείται φαγητό και υγρά. Ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να παίρνει υγρά περίπου 3.000 μέχρι 4.000 ml καθημερινά.<sup>15</sup>

Λόγω της νόσου παρατηρείται απώλεια βάρους, μετά την ανάρρωση πρέπει να δίδεται διαιτολόγιο υψηλών θερμίδων, υψηλών υδατανθράκων και υψηλών πρωτεϊνών με συμπλήρωμα βιταμινών. Οξύς κνησμός είναι ασυνήθης στην ηπατίτιδα, αλλά λίγο φαγούρα μπορεί να υπάρχει, ο ασθενής μπορεί να ανακουφιστεί με πλύσιμο (με σφουγγάρι) με νερό που περιέχει άμυλο και διττανθρακικό νάτριο, ή ένα αντικνησμικό φάρμακο μετά από εντολή γιατρού.

Ο ασθενής θα πρέπει να παρατηρείται για οποιαδήποτε αλλαγή γίνει στο χρώμα των κοπράνων και των ούρων, πνευματική σύγχυση, ανησυχία, υπερεθιστικότητα, ασυνήθη υπνηλία, υπερβολική ανορεξία ή κόμα, και μια άμεση αναφορά πρέπει να γίνεται στο γιατρό.

### **8.8 Προληπτικά Μέτρα**

- Ο μαζικός εμβολιασμός βρεφών και παιδιών μικρής ηλικίας επιβάλλεται κυρίως για επιδημιολογικούς λόγους και όχι από την ανάγκη άμεσης προστασίας των εμβολιασμένων. Ο μαζικός εμβολιασμός στη βρεφική ηλικία αποσκοπεί στη σημαντική μείωση του αριθμού φορέων HBsAg στον πληθυσμό στο συντομότερο χρονικό διάστημα, με αποφυγή νέων μολύνσεων, γεγονός που εξασφαλίζει με την ανάπτυξη φράγματος ανοσίας.<sup>6</sup>
- Εμβολιασμός ατόμων υψηλού κινδύνου όπως οι χειρουργοί, οδοντίατροι, νοσηλευτές, τεχνικοί εργαστηρίων, ασθενείς στη μονάδα αιμοκάθαρσης, άτομα με συχνές μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων αίματος, προσωπικό και τρόφιμοι ιδρυμάτων και φυλακών, τοξικομανείς, ταξιδιώτες που ταξιδεύουν σε χώρες όπου η νόσος είναι ενδημική.<sup>6</sup>
- Εμβολιασμός ατόμων με πολλαπλές σεξουαλικές σχέσεις καθώς σε σεξουαλικούς συντρόφους χρόνιων φορέων του ιού.
- Έλεγχος αίματος και προϊόντων του αίματος των αιμοδοτών και απόρριψη εκείνων με HBsAg (αυστραλιανό αντιγόνο) ή Anti-HBc (αντισώματα).
- Εξαίρεση από την αιμοδοσία ατόμων που είναι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και ατόμων που έκαναν μετάγγιση αίματος ή τατουάζ τους τελευταίους 6 μήνες.

- Αποστείρωση των χειρουργικών εργαλείων και συρίγγων σε αυτόκαυστο στους 121°C για 15' ή σε ξηρά θερμότητα στους 160°C για 2 ώρες. Επίσης χρησιμοποιείται φορμόλη επί 12 ώρες ή οινόπνευμα 70°C επί 18 ώρες.<sup>15</sup>
- Ενημέρωση του πληθυσμού για τον τρόπο μετάδοσης της ηπατίτιδας και εκπαίδευση των εφήβων και νεαρών ατόμων για ασφαλείς σεξουαλικές σχέσεις.

### **8.9 Έλεγχος κρουσμάτων και στενού περιβάλλοντος**

- Δήλωση του κρούσματος στις υγειονομικές αρχές του νομού.
- Ο ασθενής χρειάζεται απόλυτη καθαριότητα και χρήση ιδιωτικού μπάνιου.
- Για όλα τα μέλη της οικογένειας απόλυτη καθαριότητα (πετσέτες, μπάνιο) συχνό πλύσιμο χεριών.
- Αποφυγή έκθεσης στο αίμα και τα σωματικά υγρά του ασθενή.
- Παθητική ανοσοποίηση με ανοσοσφαιρίνη (HBIG) πλούσια σε αντισώματα. Η δόση είναι 5ml και πρέπει να χορηγηθεί όσο το δυνατό συντομότερα μετά την έκθεση των ατόμων που έχουν στενές επαφές με το κρούσμα (σεξουαλικοί σύντροφοι) και συγχρόνως ενεργητική ανοσοποίηση με χορήγηση εμβολίου.
- Μετά από έκθεση σε αίμα θετικό για HBsAg από τρύπημα βελόνας ή μολυσμένου αιχμηρού εργαλείου πρέπει να χορηγηθεί εντός 24 ωρών μια δόση ειδικής ανοσοσφαιρίνης (HBIG) και η πρώτη δόση εμβολίου. Εάν το άτομο είναι πλήρως εμβολιασμένο και παρουσιάζει τίτλο αντισωμάτων (anti-HBs) ίσον ή μεγαλύτερο από 10 IU/l δε χρειάζεται καμία ανοσοπροφύλαξη.
- Σε νεογνά από θετικές μητέρες (HBsAg) χορηγείται εντός 12 ωρών μία δόση ανοσοσφαιρίνης (HBIG) και συγχρόνως η πρώτη δόση του εμβολίου αλλά σε άλλο μέρος του σώματος.<sup>2</sup>

### **8.10 Η κλινική των δεικτών του HBV**

Το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο τεστ για τη διάγνωση της ηπατίτιδας Β είναι ο έλεγχος για το HBsAg (Αυστραλιανό αντιγόνο). Όμως το αντιγόνο αυτό ανιχνεύεται τόσο στην οξεία όσο και στην χρόνια ηπατίτιδα Β και για το λόγο αυτό η οξεία λοίμωξη επιβιβιώνεται τυπικά από την ανίχνευση της παρουσίας υψηλών τίτλων IgM anti-HBc αντισωμάτων.<sup>15</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

### **ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΕΙΣ**

- ◇ **9.1 ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΕΙΣ - ΟΡΙΣΜΟΣ**
- ◇ **9.2 ΕΜΦΑΝΙΣΗ**
- ◇ **9.3 ΥΠΟΔΟΧΟ**
- ◇ **9.4 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ**
- ◇ **9.5 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ**
- ◇ **9.6 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**
- ◇ **9.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**
- ◇ **9.8 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**
- ◇ **9.9 ΔΙΑΓΝΩΣΗ**
- ◇ **9.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
- ◇ **9.11 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**
- ◇ **9.12 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ**

### **9.1 ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΕΙΣ ( Νόσος του Weils, αιμορραγικός ίκτερος, πυρετός της λάσπης, νόσος του Swineherd's )**

Οι λεπτοσπειρώσεις είναι ομάδα οξέων λοιμώξεων που χαρακτηρίζονται από προσβολή κυρίως του ήπατος, των νεφρών και του νευρικού συστήματος.(det. Βασικές αρχές) Είναι μια ομάδα ζωνοσόων με πρωτεϊνικές εκδηλώσεις συμπεριλαμβάνοντας πυρετό, πονοκέφαλο, ρίγος, σοβαρή κακουχία, έμετος, μυαλγία, έκχυση του επιπεφυκότα, περιστατική μηνιγγίτιδα, εξανθήματα και ραγοειδίτιδα. Καμιά φορά ίκτερο, νεφρική ανεπάρκεια, αιμολυτική αναιμία και αιμορραγία του δέρματος και των βλεννογόνων. Είναι μια κλινική ασθένεια που διαρκεί από μερικές μέρες έως 3 εβδομάδες, συχνά είναι μια διφασική ασθένεια. Οι ασθενείς μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί. Η θνητότητα είναι χαμηλή, αλλά αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία και μπορεί να φθάσει  $\geq 20\%$  σε ασθενείς με ίκτερο και βλάβη των νεφρών. Οι θάνατοι οφείλονται σε ηπατονεφρική ανεπάρκεια ή από μυοκαρδιακή εμπλοκή.<sup>16</sup>

### **9.2 Εμφάνιση**

Παγκοσμίως εμφανίζεται στις αστικές, αγροτικές και ανεπτυγμένες περιοχές. Αποτελεί ένας από τους επαγγελματικούς κινδύνους για τους εργάτες που ασχολούνται με τη καλλιέργεια και συγκομιδή των ζαχαροκαλάμων και του ρυζιού, τους αγρότες, των εργαζομένων σε υπονόμους, ανθρακωρύχους, κτηνίατρους, γαλακτοκόμους, εργάτες σφαγείων, ψαράδες, στρατιωτικές μονάδες. Αιφνίδια εκδήλωση εμφανίζεται μεταξύ εκείνων που εκτείνονται σε φρέσκο νερό ποταμών, καναλιών ή του νερού των λιμνών, μολυσμένων από ούρα των κατοικίδιων ή άγριων ζώων. Ψυχαγωγικός κίνδυνος υπάρχει για τους λουόμενους, τους κατασκηνωτές και τους αθλητές σε μολυσμένες περιοχές.<sup>16</sup>

### **9.3 Υποδόχο**

Οικιακά και ζώα του αγρού, όπως βοειδή, σκύλοι, άλογα και χοίροι. Αρουραίοι και άλλα τρωκτικά που είναι συχνά μολυσμένα. Άγρια ζώα όπως ελάφι, σκίουροι, αλεπούδες, μεφίτες, προκύνες (ρακούν).

Στην Ευρώπη, οι μύες των αγρών, αρουραίοι (ο αγροδίαιτος), μυγαλίδες και σκαντζόχοιροι είναι οι συνήθεις υποδοχές του μικροοργανισμού.

### **9.4 Περίοδος επώασης**

Η περίοδος επώασης διαρκεί από 4 μέχρι 191 ημέρες, συνήθως 10 ημέρες.

### **9.5 Τρόπος μετάδοσης**

Ο άνθρωπος μολύνεται από τα ζώα με άμεσο ή έμμεσο επαφή. Κύριος τρόπος μόλυνσης είναι η έμμεση επαφή δηλαδή με μολυσμένο νερό ή χώμα και τροφή που έχει μολυνθεί από τ αούρα των ζώων. Η μόλυνση του ανθρώπου γίνεται από τους βλεννογόνους (του στόματος και του επιπεφυκότα υμένα των ματιών) ή από το δέρμα μετά από λύση της συνεχείας. Μετά οι λεπτοσπείρες έρχονται στην κυκλοφορία και με το αίμα μεταφέρονται σε όλα τα μέρη του σώματος (συκώτι, νεφρά, σπλήνα) ακόμη και στο ΕΝΥ και τον οφθαλμό.<sup>13</sup>

### **9.6 Περίοδος μεταδοτικότητας**

Έμμεση μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο είναι αμελητέα. Τα λεπτόσπειρα είναι πολύ ανεκτικά στο νερό, διατηρούν τη δραστηριότητά τους έως 30 ημέρες, ενώ καταστρέφονται γρήγορα με την αποξήρανση και με την επίδραση του ηλιακού φωτός. Κατά τη θέρμανση σε θερμοκρασία ως 50-60°C καταστρέφονται σε 25', ενώ κατά το βρασμό σ θερμοκρασία 100°C καταστρέφονται ακαριαία. Γρήγορα καταστρέφονται με απολυμαντικές ουσίες.<sup>13</sup>

### **9.7 Κλινική εικόνα**

Η έναρξη είναι απότομη με εμφάνιση πυρετού έως 39, 5- 45, 5°C. Φαρυγγίτιδα, διόγκωση τραχηλικών λεμφαδένων και επιπεφυκίτιδα, αποτελούν τα συνοδά σημεία της πρώτης φάσης της νόσου, που διαρκεί 3-5 ημέρες και ακολουθείται από υποχώρηση του πύρετου και των συμπτωμάτων. Η δεύτερη φάση της νόσου εμφανίζεται μετά από 2 ή 3 ημέρες, με επανεμφάνιση πυρετού και έναρξη αρθραλγιών, εμέτων, κεφαλαλγίας και συχνά εξανθήματος, το οποίο είναι ιλαροειδές και μερικές φορές, πορφυρικό. Μηνιγγίτιδα και ραγοειδίτιδα, μπορεί να αναπτυχθεί σ' αυτή τη φάση της νόσου.<sup>20</sup>

### **9.8 Επιπλοκές**

Προσβολή των νεφρών με αιματουρία, λευκοματουρία, ολιγουρία, παρατηρείται σε 50% των περιπτώσεων. Ο ίκτερος με διόγκωση και ευαισθησία του ήπατος, είναι επίσης συχνά φαινόμενα. Συμπτωματική μηνιγγίτιδα, με οποιαδήποτε από τα ευρήματά της, μπορεί να εκδηλωθεί κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης της νόσου. Μυοκαρδίτιδα μπορεί να συμβεί, όχι όμως συχνά.

### **9.9 Διάγνωση**

Η διάγνωση γίνεται με τα εργαστηριακά ευρήματα. Συνήθως υπάρχει σημαντική λευκοκυττάρωση (έως 50.000 λευκά/ μl.), μερικές φορές με ανώριμες μορφές. Το ENY μπορεί να δείχνει 100-200 κύτταρα/ μL. Οι λεπτόσπειρες, μερικές φορές, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν κατά τη μικροσκοπική εξέταση σε σκοτεινό πεδίο, με χρώση αργύρου ή με χρώση φθορίζοντων αντισωμάτων αίματος, ούρων ή εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Τα επίπεδα χολερυθρίνης του ορού μπορεί να είναι αυξημένα και η AST (SGOT) παθολογική. Η διάγνωση πιο συχνά τίθεται με τις ορολογικές δοκιμασίες. Αντισώματα ανιχνεύονται μετά από τις 7 πρώτες μέρες της νόσου.<sup>20</sup>

### **9.10 Θεραπεία**

Η θεραπεία της λεπτοσπείρωσης γίνεται με αντιβιοτικά, πενικιλίνη στρεπτομυκίνη, τετρακυκλίνη και ερυθροσύνη. Ενδοφλέβια αντιβίωση δίνεται στα άτομα με περισσότερα και σοβαρά συμπτώματα. Η πενικιλίνη σταματά την αναπαραγωγή της λεπτοσπείρωσης και περιορίζει τη λοίμωξη στο κυκλοφορικό, ενώ η τετρακυκλίνη χρησιμοποιείται για το καθαρισμό της λεπτοσπείρωσης από τα νεφρά.

Ο συνδιασμός πενικιλίνης και τετρακυκλίνης δεν είναι ο καλύτερος. Συχνά ένας συνδιασμός με fluoroquinolone τύπου αντιβιοτικού (όπως enrofloxacin) χρησιμοποιείται για να καλύψει και τις δύο φάσεις της λοίμωξης.<sup>21</sup>

**A. Ειδικά μέτρα:** Χορηγείται προκαϊνική πενικιλίνη G ενδοφλεβίως για 7 ημέρες. Σε ασθενείς με ευαισθησία στην πενικιλίνη, χορηγείται δοξυκυκλίνη.

**B. Επιπλοκές ειδικής θεραπείας:** Αντίδραση Jarisch-Herxheimer, όπως κατά τη θεραπεία της σύφιλης.

### **9.11 Νοσηλευτική φροντίδα**

Ο ασθενής τοποθετείται σε ήσυχο και καλά αεριζόμενο δωμάτιο. Ο νοσηλευτής πρέπει να φοράει υποχρεωτικά γάντια που θα τον προστατεύσουν από τα ούρα και το αίμα του ασθενούς.

### **9.12 Προληπτικά μέτρα**

Στα προληπτικά μέτρα περιλαμβάνεται η μείωση του πληθυσμού των τρωκτικών, όπως ξεκαθάρισμα από τα απορρίματα και προστασία των σπιτιών στην προσπέλαση των τρωκτικών.

Δεν υπάρχει εμβόλιο για τον άνθρωπο, γι' αυτό το λόγο τα άτομα που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο λόγω επαγγέλματος στο Ηνωμένο Βασίλειο δίνεται για μικρά χρονικά διαστήματα 200mg εβδομαδιαία Doxycycline.

Επίσης στα προληπτικά μέτρα περιλαμβάνεται η χρησιμοποίηση γαντιών και μπότες όταν το εργασιακό περιβάλλον είναι μολυσμένο.

Όταν υπάρχει τραύμα ή εκδορά πρέπει να καλύπτεται με αδιάβροχο υλικό (επίδεση του τραύματος).<sup>22</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10** **ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗ**

- ◊ **10.1 ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ  
ΛΕΙΣΜΑΝΙΑΣΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ**
- ◊ **10.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**
- ◊ **10.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**
- ◊ **10.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ**
- ◊ **10.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### **10.1 ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ**

Η σπλαχνική λείσμανίαση ή καλα-αζάρ προκαλείται από την λείσμανια *donovani*, παράσιτο που ανήκει στα πρωτόζωα. Μεταδίδεται στον άνθρωπο με το τσίμπημα εντόμου, που ονομάζεται φλεβοτόμος και το οποίο μολύνεται απ' τα σκυλιά που τρώνε εντόσθια σφαγίων και από άλλα σαρκοβόρα ζώα και τα οποία αποτελούν τη δεξαμενή του παρασίτου.

Το παράσιτο στον άνθρωπο διασπείρεται αιματογενώς και εγκαθίσταται στα μακροφάγα όλων των οργάνων, αλλά κυρίως του ήπατος, του σπληνός, του μυελού των οστών και των λεμφαδένων. Το νόσημα παρατηρείται και στη Νότια Ευρώπη, καθώς και σε ταξιδιώτες των θερμών χωρών όπου ενδημεί. Παρατηρείται επίσης σε ασθενείς με ανοσοανεπάρκειες, όπως με λοίμωξη HIV.<sup>11</sup>

### **10.2 Κλινική εικόνα**

Τα συμπτώματα της νόσου γίνονται εμφανή μετά εβδομάδες έως και 8 μήνες μετά το δείγμα του εντόμου, σε ελάχιστες περιπτώσεις έχει αναφερθεί περίοδος επώασης έως και 10 χρόνια. Η πορεία της νόσου στα μικρά παιδιά είναι οξεία, ενώ στα μεγαλύτερα μερικές φορές είναι ήπια έως και ασυμπτωματική. Το συχνότερο από τα συμπτώματα είναι ο πυρετός, συνεχής ή περιοδικός, παρατηρούνται όμως και έμμετοι, διάρροιες και ξηρός βήχας. Μερικές φορές, επί 1-2 μήνες μπορεί να παρατηρείται πυρετός και μη ειδικά συμπτώματα, όπως αδυναμία, ανορεξία, και άτυπα κοιλιακά άλγη. Στη συνέχεια διογκώνεται σε μεγάλο βαθμό ο σπλήνας και σε πολύ μικρότερο το ήπαρ και οι λεμφαδένες. Χωρίς θεραπεία οι τρίχες γίνονται λεπτές και το δέρμα φαιό, εξ ου και η ονομασία καλα-αζαρ. Τελικά εμφανίζονται πετέχειες, εκχυμώσεις, οιδήματα και σπάνια ασκίτης.

Επιπλοκές που τελικά επιφέρουν το θάνατο είναι οι αθρόες αιμορραγίες και οι μικροβιακές επιλοιμώξεις. Λόγω της επίδρασης στο μυαλό των οστών και του υπερσπληνισμού, παρατηρείται αναιμία, λευκοπενία και θρομβοπενία. Λόγω της επίδρασης στο ήπαρ και στους λεμφαδένες συνυπάρχει υπολευκωματιναιμία και υπεργαμμασφαιριναιμία και διαπιστώνονται στον ορό ψευδώς θετικές οροαντιδράσεις και μερικές φορές και ρευματοειδής παράγων. Λόγω των κυκλοφορούντων ανοσοσυμπλεγμάτων μπορεί να εκδηλωθεί σπειραματονεφρίτιδα και τελικά αμυλοείδωση και ίνωση του ήπατος. Χωρίς θεραπεία ο θάνατος επέρχεται μέσα στα πρώτα 2 χρόνια.<sup>11</sup>

### **10.3 Διαφορική διάγνωση**

Η λείσμανίαση πρέπει να διακριθεί από τα νοσήματα που προκαλούν παρατεταμένο πυρετό και σε προχωρημένα στάδια από κακοήθειες που προκαλούν πυρετό, μεγαλοσπληνία και λεμφαδενοπάθεια όπως το λέμφωμα, την λευχαιμία, την ιστιοκύττωση κ.α.

### **10.4 Διάγνωση**

Η διάγνωση τίθεται με την ανεύρεση του παρασίτου στο μυελό των οστών κυρίως. Το μυελόγραμμα αποβαίνει θετικό σε ποσοστό 54-86% , βιοψία ήπατος σε ποσοστό έως και 70% και η λήψη υλικού μετά παρακέντηση σπληνός σε ποσοστό 80%. Χρησιμοποιούνται και ορολογικές αντιδράσεις, δεν είναι όμως αξιόπιστες.

### **10.5 Θεραπεία**

Θεραπευτικά χρησιμοποιείται η αντιμονιακή μεγλουμίνη (Glucantime, 20mg/Kg/H σε μια δόση ενδομυϊκά) επί 20-40 ημέρες, η οποία στην Ελλάδα τουλάχιστον είναι αποτελεσματική. Υπάρχουν παροδικές ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, όπως πυρετός, αρθραλγίες, εξάνθημα, αύξηση των τρανσαμινασών και σπάνια παγκρεατίτιδα και νεφρική ανεπάρκεια. Κατά κανόνα είναι ελαφρές και δεν απαιτούν διακοπή της θεραπείας.



Όταν το παράσιτο αποδειχθεί ανθεκτικό στη θεραπεία, τότε το φάρμακο δεύτερης εκλογής είναι η αμφοτερικίνη Β ή η προσθήκη στη θεραπεία με τα παράγωγα του αντιμονίου, γ-ιντερφερόνης. Συγχρόνως απαιτείται και υποστηρικτική θεραπεία για τις συνυπάρχουσες διαταραχές που έχουν αναφερθεί. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας ελέγχεται κυρίως με την κλινική βελτίωση και με την εξαφάνιση των παρασίτων. Μετά τη θεραπεία και σε ποσοστό 3-20% των περιπτώσεων μπορεί να εμφανιστεί δερματική λείσμανίαση.<sup>11</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11**

### **ΟΣΤΡΑΚΙΑ**

- ◇ 11.1 ΟΣΤΡΑΚΙΑ - ΟΡΙΣΜΟΣ
- ◇ 11.2 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
- ◇ 11.3 ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ
- ◇ 11.4 ΠΕΡΙΟΔΟΣ  
ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
- ◇ 11.5 ΠΡΟΔΡΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ
- ◇ 11.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΔΗΛΩΣΕΙΣ
- ◇ 11.7 ΕΠΠΛΟΚΕΣ
- ◇ 11.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ◇ 11.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
- ◇ 11.10 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

### **11.1 ΟΣΤΡΑΚΙΑ**

Η οστρακιά προκαλείται από το streptococcus pyogenes της ομάδας A, β-αιμολυτικούς στρεπτόκοκκους οι οποίοι παράγουν ερυθρογόνο τοξίνη. Η οστρακιά προσβάλλει κυρίως παιδιά ηλικίας 3-12 ετών και είναι σπάνια στη νηπιακή ηλικία. Scarletina, (οστρακιά) είναι το όνομα που δίνεται σε μια ηπιότερη νόσο στην οποία η στρεπτοκοκκική λοίμωξη προκαλεί μόνο οστρακοειδή εξανθήματα, χωρίς τα συστηματικά χαρακτηριστικά.<sup>19</sup>

Η πραγματική οστρακιά προκαλεί ένα ερυθρηματώδη, λεπτό στικτό εξάνθημα το οποίο χαρακτηριστικά έχει υφή αμιόχαρτου. Αυτό εμφανίζεται αρχικά στο θώρακα και μετά επεκτείνεται στο κορμό, το τράχηλο και τα άκρα. Πετέχειες, αιμορραγικές κηλίδες του δέρματος ή του βλεννογόνου, μπορεί να διαπιστωθεί σε σημαντικές πτυχές του δέρματος. Άλλο διακριτικό χαρακτηριστικό είναι η φλεγμονή της γλώσσας, με απόπτωση του επιθηλίου της γλώσσας, που παίρνει σαρκώδες κόκκινο (γλώσσα φραούλας) και περιστοματική ωχρότητα, με το εξάνθημα να επεκτείνεται στο δέρμα γύρω από το στόμα. Συχνά αρχίζει και απολέπιση γύρω από τα νύχια (ποδιών και χεριών).

### **11.2 Τρόπος μετάδοσης**

Η μετάδοση από άτομο σε άτομο γίνεται από τα μικροβιοβριθή σταγονίδια που εκπέμπονται με το βήχα, την ομιλία και το φτάρνισμα. Οι μικροοργανισμοί μεταδίδονται σ' όλη τη διάρκεια της νοσήσεως από στρεπτοκοκκική αμυγδαλίτιδα, φαρυγγίτιδα και οστρακιά.

Οι οργανισμοί είναι παρόντες κατά τη διάρκεια της νόσου, και μπορεί να παραμείνουν στη ρινοφαρυγγική κοιλότητα για εβδομάδες ή μήνες μετά τη ίαση. Όσο καιρό το άτομο φιλοξενεί τους οργανισμούς, το άτομο είναι επικίνδυνη πηγή λοίμωξης. Οι στρεπτόκοκκοι που αποβάλλονται από το στόμα και από τη ρίνα σε μεγάλο αριθμό, μολύνουν απευθείας τα υγιή άτομα. Επίσης μπορεί το άτομο να μολυνθεί από το κονιορτό, στον οποίο ο στρεπτόκοκκος φαίνεται να αντέχει αρκετά, όταν μάλιστα προφυλάγεται από το φως.

Ο οργανισμός μεταφέρεται με το φαγητό κυρίως με μολυσμένο γάλα αγελάδων, οι οποίες πάσχουν από μαστίτιδα και το οποίο δεν έχει παστεριωθεί.<sup>6</sup>

### **11.3 Χρόνος επώασης**

Ο χρόνος επώασης είναι σύντομος (μικρός) συγκρίνοντάς το με άλλες ασθένειες. Ο χρόνος αυτός κυμαίνεται από 24 ώρες έως 10 ημέρες. Αλλά τα πρώτα κλινικά σημεία γενικά παρουσιάζονται μεταξύ 2-5 ημερών.<sup>6</sup>

### **11.4 Περίοδος μεταδοτικότητας**

Η νόσος μεταδίδεται από την έναρξη της ασθένειας μέχρι την ανάρρωση από αυτήν.

### **11.5 Προδρομική περίοδος**

Η περίοδος μεταξύ της έναρξης των συμπτωμάτων και την εμφάνιση των χαρακτηριστικών εξανθημάτων είναι 12 μέχρι 24 ώρες. Τα εξανθήματα διαρκούν 24 ώρες μέχρι 10 μέρες.

### **11.6 Κλινική εικόνα**

Η ασθένεια έχει απότομη προσβολή με πυρετό που κυμαίνεται από 38°C-40°C, φαρυγγίτιδα, πρήξιμο λεμφαδένων, εμμετό και πονοκέφαλο. Η λοίμωξη μπορεί να παρουσιασθεί με ρίγος ή ακόμη χωρίς ρίγος. Υπάρχει μεγάλη αύξηση των σφυγμών και το δέρμα του ασθενούς είναι θερμό και ξηρό. Τα εξανθήματα του δέρματος παρουσιάζονται περίπου 24 ώρες μετά την έναρξη της νόσου.

Δημιουργείται μια ευδιάκριτη εξάνθηση του δέρματος με πολύ σοβαρή απολέπιση. Τα εξανθήματα είναι αποτέλεσμα μιας οξείας υπεραϊμίας του δέρματος με πετεχειώδη αιμορραγίες. Οι εκδηλώσεις των εξανθημάτων ποικίλουν, συνήθως αρχίζουν από το πρόσωπο και επεκτείνονται προς τα κάτω. Αυτά μπορούν να εμφανίζονται γρήγορα ή να περνούν μερικές ημέρες και μπορεί να είναι ελαφρά ή υπερβολικά σοβαρά.

Τα διάστικτα εξανθήματα (στίγματα) δεν παρουσιάζονται στο πρόσωπο, και το ερύθημα στο πρόσωπο εξασθενεί, εγκαταλείποντας μια ευδιάκριτη ωχρότητα γύρω από το στόμα (περιστοματική ωχρότητα). Οι αμυγαλές μεγενθύνονται και δίνουν την εμφάνιση υλακώδους αμυγδαλίτιδας. Σε σοβαρή μορφή υπάρχει σοβαρό πρήξιμο της σταφυλής και της οπισθοφαρυγγικής επιφάνειας.

Η γλώσσα επικαλύπτεται με ελευκή κρούστα και με την εμφάνιση εξανθήματος στο δέρμα. Οι θηλές της γλώσσας πρήζονται και η γλώσσα παίρνει φαιοκόκκινη εμφάνιση. Όταν το λευκό επικάλυμμα της γλώσσας αρχίζει να απολεπίζεται τότε η γλώσσα γίνεται κόκκινη σαν φράουλα. Η απολέπιση μπορεί να κρατήσει ακόμη και επί δύο εβδομάδες. Με την ανάρρωση η γλώσσα επανέρχεται στη φυσιολογική της μορφή.<sup>15</sup>

Η απολέπιση του δέρματος γίνεται στις 10 ημέρες, ή πολύ αργότερα. Η απολέπιση (ξεφλούδισμα) του δέρματος αρχίζει από το λαιμό, στήθος και στην πλάτη. Μεγάλη κλίμακα απολέπιση παρατηρείται στις παλάμες των χεριών και στα πέλματα των ποδιών. Απολέπιση επίσης στα άκρα των δακτύλων των χεριών και των ποδιών, και γύρω από τα νύχια.

### **11.7 Επιπλοκές**

Πολυάριθμες επιπλοκές υπήρχαν πριν την οστρακιά, πριν την εισαγωγή των αντιβιοτικών, σήμερα ευτυχώς αποτελούν σπάνιες επιπλοκές μετά την εισαγωγή των αντιβιοτικών.

Μεταξύ των πλέον διαδεδομένων ήταν η μέση ωτίτιδα, μαστοειδίτιδα, πνευμονία, μηνιγγίτιδα, περιαμυγδαλικό απόστημα, επιλόχειος πυρετός και ρευματικός πυρετός με εμφάνιση βαλβιδικών αλλοιώσεων της καρδιάς. Σύμφωνα με πρησμένες στατιστικές 1-6 του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει βαλβιδικές ανωμαλίες ρευματικής αιτιολογίας.

Μία από τις πλέον σοβαρές περιπτώσεις της νόσου είναι η σηπτική μορφή όπου ο αιμολυτικός στρεπτόκοκκος εισβάλλει στο κυκλοφορικό. Η θερμοκρασία τότε μπορεί να φθάσει στους 42°C με πολύ γρήγορους παλμούς. Όλα τα συμπτώματα αυξάνονται και αναπνευστικά προβλήματα μπορεί να παρουσιασθούν λόγω της οπίσθιας φαρυγγικής απόφραξης. Σε αυτή τη μορφή της νόσου εμπλέκεται ο μέσος ους και ο μαστοειδής.<sup>15</sup>

Ο ρευματικός πυρετός που εμφανίζεται 2-3 εβδομάδες μετά από την στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα προκαλεί επιπλοκές εκτός της καρδιάς (περικαρδίτιδα) και στις αρθρώσεις, όπου προσβάλλονται κυρίως του γόνατος, η ποδοκνημική, του αγκώνα και του καρπού.

### **11.8 Θεραπεία**

Η θεραπεία του ασθενούς εξαρτάται από τη σοβαρότητα της νόσου και την ύπαρξη επιπλοκών. Η θεραπεία σκοπό έχει την πρόληψη των επιπλοκών και η ανάπαυση στο κρεβάτι είναι υποχρεωτική για μια εβδομάδα.

Ο ασθενής τίθεται σε απομόνωση και ταυτόχρονα πραγματοποιείται απολύμανση. Ο ασθενής είναι απαραίτητο να λαμβάνει επαρκή ποσότητα υγρών. Εάν ο ασθενής αδυνατεί να πάρει αρκετή ποσότητα υγρών από το στόμα τότε που χορηγείται παρεντερικά. Γαργάρες με χλιαρό αλατόνερο ανακουφίζει τον ασθενή. Ο γιατρός χορηγεί πενικιλίνες για την εκρίζωση του αιμολυτικού στρεπτόκοκκου από το ρινοφάρυγγα. Στα άτομα που είναι αλλεργικά στις πενικιλίνες ο γιατρός χορηγεί τετρακυκλίνη ή άλλα κατάλληλα χημειοθεραπευτικά.<sup>6</sup>

### **11.9 Νοσηλευτική Φροντίδα**

Απομόνωση και ιατρική ασηψία πρέπει να εφαρμόζεται. Ο ασθενής θα πρέπει να προστατευθεί από τα ρεύματα και το ψύχος αλλά το δωμάτιο θα πρέπει να είναι άνετο και καλά εξαεριζόμενο. Για οξεία λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού στο δωμάτιο θα πρέπει να αυξηθεί η υγρασία. Ο κνησμός μπορεί να ανακουφισθεί με υπόθερμο ελαιόλαδο. Η μύτη θα πρέπει να διατηρείται ελεύθερη από βλέννη και εξωτερικά των ρωθίων και των χειλιών πρέπει να εφαρμόζεται ήπιο λιπαντικό και βαζελίνη. Συχνά χρησιμοποιούνται υπόθερμες γαργάρες βοηθώντας με αυτό το τρόπο το λαιμό να παραμείνει ελεύθερος από τη συσσώρευση της βλέννης. Ζεστά ή κρύα επιθέματα μπορεί να χρησιμοποιούνται στους επίπινους τραχηλιούς λεμφαδένες. Πρέπει να χορηγούνται υγρά άφθονα στον ασθενή και να καταγράφεται η ποσότητα των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Ελαφρό σήκωμα της κεφαλής στο κρεβάτι διευκολύνει την παροχέτευση της μύτης και βοηθά στην πρόληψη επιπλοκών από την ρινική κοιλότητα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι συνέχεια πολύ προσεκτικός για τα συμπτώματα τα οποία υποδεικνύουν επιπλοκές. Μικρά παιδιά τα οποία είναι αδύνατον να μιλήσουν, μπορεί να σηκώνουν τα χέρια τους και να τραβούν τα αυτιά τους όταν ο πόνος είναι παρών στο αυτί. Οι επιπλοκές μπορεί να είναι οποιαδήποτε ασυνήθης αύξηση της θερμοκρασίας, μείωση των αποβαλλόμενων υγρών, πόνοι στις αρθρώσεις

### **11.10 Προληπτικά μέτρα**

- Η γενική προφύλαξη του πληθυσμού επιτυγχάνεται αρκετά ικανοποιητικά με την απομόνωση και τη θεραπεία των πάσχοντων.
- Ενημέρωση του πληθυσμού για το τρόπο μετάδοσης και τη σχέση της στρεπτοκοκκικής λοίμωξης με τη ρευματική νόσο της καρδιάς και τη σπειραματονεφρίτιδα.
- Η παστερίωση του γάλακτος είναι επίσης επιβεβλημένο γενικό προληπτικό μέτρο. Γάλα από αγελάδα που πάσχει από μαστίτιδα θα πρέπει να εξαιρείται από την αγορά.
- Οι χειριστές των τροφίμων θα πρέπει να εξετάζονται καθημερινά για αναπνευστική νόσο ή δερματικές αλλοιώσεις. Αυτοί που θα παρουσιάσουν συμπτώματα θα πρέπει να απομακρυνθούν από την εργασία τους.
- Τα άτομα που είναι μικροβιοφορείς πρέπει να απομακρύνονται επίσης από τα μαιευτήρια και χειρουργεία για να μη μεταδώσουν τη λοίμωξη σε άλλα άτομα.
- Για την εκρίζωση των στρεπτόκοκκων στους χρόνιους μικροβιοφορείς χορηγείται θεραπεία με πενικιλίνη. Για άτομα που είναι αλλεργικά στην πενικιλίνη χορηγείται ερυθροσύνη.<sup>6</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12**

### **ΨΩΡΑ**

- ◇ **12.1 ΨΩΡΑ - ΟΡΙΣΜΟΣ**
- ◇ **12.2 ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ**
- ◇ **12.3 ΥΠΟΔΟΧΟ**
- ◇ **12.4 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ**
- ◇ **12.5 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**
- ◇ **12.6 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ**

### **12.1 ΨΩΡΑ**

Η ύπαρξη ψώρας πιθανολογείται όταν υπάρχουν γραμμοειδείς σήραγγες γύρω από τους καρπούς, τους αγκώνες, τις μεσοδακτύλιες πτυχές, την άλω των μαστών, τις πρόσθιες μασχालιαίες πτυχές, τα γεννητικά όργανα ή το πρόσωπο (στα βρέφη). Συχνά υπάρχουν εκδορές, μελιτόχρους εφελκίδες και φλύκταινες από δευτεροπαθείς λοιμώξεις. Η ανεύρεση του θήλεως παρασίτου ή των αυγών του και των κοπράνων του, αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για τη διάγνωση. Μια λεπτή τομή της βλατίδας που δεν έχει ξυστεί προηγουμένως ή μιας σήραγγας με μια λεπίδα Νο 15 και μικροσκοπική εξέταση σε έλαιο κατάδυσης ή 10% ΚΟΗ, επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Στο παιδί το οποίο συχνά ξύνεται, πρέπει να εξετάζεται καλύτερα υλικό που βρίσκεται κάτω από τις άκρες των νυχιών του. Συνίσταται επίσης έλεγχος των γονέων για πιθανή ύπαρξη σηράγγων που δεν έχουν υποστεί ξυσμό.<sup>20</sup>

### **12.2 Εμφάνιση**

Διασπορά. Παλαιότερες επιδημίες παρατηρούνταν λόγω φτώχειας, κακές συνθήκες υγιεινής, πολέμου και οικονομικής κρίσης. Οι πιο πρόσφατες επιδημίες στην Αμερική και Ευρώπη και εν απουσία μεγάλων κοινωνικών αναταραχών πρόσβαλε πολλούς ανθρώπους από όλα τα κοινωνικά επίπεδα ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο, φυλή ή προσωπική υγιεινή. Είναι δε ενδημική στις αναπτυσσόμενες χώρες.

### **12.3 Υποδόχο**

Υποδόχο είναι ο άνθρωπος.

### **12.4 Τρόπος μετάδοσης**

Τα παράσιτα μεταφέρονται με απευθείας επαφή μέσω του δέρματος. Μετάδοση μέσω κλινοσκελεπασμάτων ή ρούχων γίνεται μόνο αν αυτά έχουν μολυνθεί από ήδη μολυσμένα άτομα που τα έχουν φορέσει. Είναι δυνατή και η μετάδοση με άμεση σεξουαλική επαφή. Η άκαρι μπορεί να διαπεράσει διαμέσου του δέρματος μέσα σε 2.5 λεπτά. Η νορβηγική ψώρα είναι υψηλής μολυσματικότητας εξαιτίας του μεγάλου αριθμού άκαρι στην απολέπιση φολιδών.<sup>16</sup>

### **12.5 Περίοδος μεταδοτικότητας**

Μέχρι τα άκαρι και τα αυγά να καταστραφούν από τη θεραπεία απαιτούνται 1 ή 2 κύκλοι θεραπείας μιας εβδομάδας.

### **12.6 Προληπτικά μέτρα**

- Κρούσματα από ψώρα αναφέρονται στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής
- Τα παιδιά απομονώνονται από το σχολείο και επανέρχονται σε αυτό μια μέρα μετά τη θεραπεία
- Για τα νοσηλευόμενα άτομα, με την έναρξη της θεραπείας απομονώνονται για 24 ώρες
- Όσον αφορά την απολύμανση: Πλύσιμο εσωρούχων, ενδυμάτων, σεντονιών-κλινοσκελεπασμάτων που χρησιμοποιήθηκαν 48 ώρες πριν από την θεραπεία, τα βάζουμε σε πλυντήριο σε πρόγραμμα ζεστού νερού και κατόπιν σε στεγνωτήριο (ή σιδέρωμα)
- Τα άτομα που ήλθαν σε επαφή με μολυσμένο άτομο, προληπτικά χορηγείται θεραπεία (άτομα συγγενικού περιβάλλοντος, σεξουαλική επαφή)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13**

### **ΤΥΦΟΣ**

- ◇ **13.1 ΤΥΦΟΕΙΔΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΥΦΟΕΙΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ - ΟΡΙΣΜΟΣ**
- ◇ **13.2 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ**
- ◇ **13.3 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ**
- ◇ **13.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**
- ◇ **13.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ**
- ◇ **13.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**
- ◇ **13.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**
- ◇ **13.8 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ**



### **13.1 ΤΥΦΟΕΙΔΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΥΦΟΕΙΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ**

Ο τυφοειδής πυρετός οφείλεται στη σαλμονέλλα του τύφου, Gram αρνητικό βακτηρίδιο, ενώ ο παράτυφος που προκαλεί ηπιότερη νόσηση αλλά κλινικά μη διακριτή, οφείλεται στη σαλμονέλλα του παρατύφου Α, Β και C. Το μικρόβιο εισέρχεται στην κυκλοφορία δια του εντερικού τοιχώματος, προκαλεί παροδική μικροβαιμία και τελικά πολλαπλασιάζεται στα δικτυοενδοθυλιακά κύτταρα του ήπατος και του σπληνός. Μικρόβια αποβάλλονται με τη χολή στο έντερο, το οποίο αναμολύνουν και ακολουθεί μόνιμη μικροβαιμία, Μικροβιακά έμβολα προκαλούν στο δέρμα το χαρακτηριστικό εξάνθημα που ονομάζεται ροδάνθη. Τα συμπτώματα της νόσου στα παιδιά είναι ήπια έως και βαριά, πάντως σε παιδιά μικρότερα των 5 χρόνων η κλινική εικόνα είναι ήπια.<sup>11</sup>

### **13.2 Περίοδος επώασης**

Τα παιδιά εμφανίζουν συντομότερη περίοδο επώασης 5-8 ημέρες από τους ενήλικες που είναι 8-14 ημέρες.

### **13.3 Τρόπος μετάδοσης**

Ο τυφοειδής πυρετός μεταδίδεται από άτομο σε άτομο με την εντεροστοματική οδό και με μολυσμένα τρόφιμα και νερό. Δεν υπάρχουν ζώα φορείς. Πολλά άτομα νοσούν κατά την διάρκεια ταξιδιού σε χώρες όπου ενδημεί το νόσημα, ενώ δεν είναι σπάνια η μόλυνση του ιατρικού και παραιατρικού προσωπικού των μικροβιολογικών εργαστηρίων. Το 3% των ατόμων που πέρασαν τυφοειδή πυρετό παραμένουν χρόνια φορείς του μικροβίου το οποίο φιλοξενούν στη χοληδόχο κύστη, πολλαπλασιάζεται και αποβάλλεται με τα κόπρανα.<sup>3,11</sup>

### **13.4 Κλινική εικόνα**

Ο τυφοειδής πυρετός χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό με σχετικά βραδύ σφυγμό, διόγκωση των λεμφαδένων, σπληνομεγαλία, λευκοπενία και πόνους στην κοιλιά. Μερικές φορές εμφανίζονται ερυθρές κηλίδες στο θώρακα και την κοιλιακή χώρα, γίνεται διάτρηση του εντέρου και ανάπτυξη περιτονίτιδας ή δυνατόν να εγκαταστηθεί το μικρόβιο σε άλλα όργανα και να προκαλέσει: οστεομυελίτιδα, μηνιγγίτιδα, ενδοκαρδίτιδα, βρογχίτιδα και πνευμονία. Στα μικρά παιδιά συνυπάρχουν έμετοι και μηνιγγιτισμός. Τα στάδια της νόσου είναι βραχεία στα παιδιά. Το στάδιο των πρόδρομων συμπτωμάτων διαρκεί 2-4 ημέρες, το τοξικό στάδιο 2-3 ημέρες και το στάδιο πτώσης του πυρετού διαρκεί 1-2 εβδομάδες.<sup>11</sup>

### **13.5 Διάγνωση**

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τη θετική καλλιέργεια αίματος, που ευρίσκεται θετική κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας της νόσου σε ποσοστό 50-80% των περιπτώσεων. Μετά την πρώτη εβδομάδα η καλλιέργεια των κοπράνων αποβαίνει θετική σε ποσοστό 50% των περιπτώσεων. Πολλές φορές αποβαίνουν θετικές οι καλλιέργειες των ούρων και του μυελού των οστών. Η ορολογική αντίδραση Widal είναι χρήσιμη αλλά όχι παθογνωμική για την διάγνωση γιατί δίνει ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα.<sup>11</sup>

### **13.6 Θεραπεία**

Θεραπευτικά το φάρμακο εκλογής μέχρι τώρα αποτελούσε η χλωραμφαινικόλη, 50-100mg/kg/Η σε 4 δόσεις, μέχρι να πέσει ο πυρετός και τότε η δόση ελαττώνεται σε 1 g την ημέρα. Όλη η διάρκεια της θεραπείας είναι 14-21 ημέρες. Επίσης είναι η κοτριμοξαζόλη, η αμπικιλίνη και η αμοξυκιλλίνη, και χορηγούνται ενδοφλεβίως ή από το στόμα. Τελευταία χρησιμοποιούνται με πολύ καλά αποτελέσματα και οι κεφαλοσπορίνες τρίτης γενιάς κεφτριαξόνη και κεφοταξίμη, ιδίως αν έχει διαπιστωθεί αντίσταση στα προηγούμενα

αντιβιοτικά. Αν οι καλλιέργειες κοπράνων παραμείνουν θετικές μετά από 6 μέχρι 12 μήνες, τα άτομα αυτά θα παραμείνουν φορείς για όλη τους τη ζωή. 10

### **13.7 Νοσηλευτική φροντίδα**

Οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου. Εφαρμογή νοσηλευτικών δραστηριοτήτων για τη μείωση και ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό. Λήψη των ζωτικών σημείων κάθε 3 ώρες, και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση δυσκοιλιότητας ή διάτασης της ουροδόχου κύστεως ( στο τοξικό στάδιο ο άρρωστος μπορεί να χάσει το αντανακλαστικό της ούρησης) και παροχή ανάλογης βοήθειας. Χορήγηση τροφής υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιας σε λευκώματα.
- Πρόληψη ή έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών της αρρώστιας. Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία και συμπτώματα εντερορραγίας (αιμορραγία λεπτού εντέρου) όπως: ανησυχία, εφίδρωση, ωχρότητα προσώπου, ταχυσφυγμία, πτώση της αρτηριακής πίεσης. Επίσης ο άρρωστος παρακολουθείται για συμπτώματα διάτρησης του εντέρου όπως: αιφνίδιος, οξύς και δυνατός πόνος στη κοιλιά που μπορεί απότομα να σταματήσει.σανιδώδης κοιλιά και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση.<sup>3</sup>
- Πρόληψη διασποράς του λοιμογόνου παράγοντα. Ο άρρωστος νοσηλεύεται σε μονόκλινο δωμάτιο, εφαρμόζεται η τρέχουσα απολύμανση του περιβάλλοντος του και οποιοσδήποτε μπει στο δωμάτιο πρέπει να χρησιμοποιεί προφυλακτική μπλούζα. Τα απεκκρίματα του αρρώστου και τα υπολείμματα τροφών απολυμαίνονται πριν πεταχτούν. Εφαρμόζονται γενικά μέτρα πρόληψης του νοσήματος με την αγωγή υγείας όπως: προφυλακτικός εμβολιασμός, εξασφάλιση υγιεινών συνθηκών του περιβάλλοντος με ασφαλή ύδρευση, παστεριωμένο γάλα, υγειονομικό έλεγχο των χώρων που προσφέρεται παρασκευασμένη τροφή, εφαρμογή αρχών υγιεινής.

Αν η νοσηλεία του αρρώστου δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί στο νοσοκομείο πρέπει να δημιουργηθούν «κατάλληλες» και «ασφαλείς» συνθήκες νοσηλείας στο σπίτι.

Το μέλος της οικογένειας που θα αναλάβει την ευθύνη της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου παίρνει γραπτές οδηγίες όπως:

1. Δίαιτα του αρρώστου.
2. Φαρμακευτική αγωγή.
3. Εφαρμογή τρέχουσας απολυμάνσεως με προσαρμογές ανάλογα με τις προσφερόμενες συνθήκες (π.χ. τα κόπρανα, τα ούρα, ορισμένα αντικείμενα απολυμαίνονται με διάλυμα 5% ασβέστη σε ζεστό νερό).
4. Τρόποι βοήθειας για την κένωση του εντέρου σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Μέτρα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη ανακούφιση του αρρώστου από τον πυρετό.
6. Παρακολούθηση και καταγραφή της θερμοκρασίας και των σφυγμών.
7. Σημεία και συμπτώματα που μπορεί να προειδοποιούν την εξέλιξη μιας επιπλοκής και τρόπος ενέργειας.

Εξηγείται η φύση της αρρώστιας, η ανάγκη απομόνωσης του αρρώστου από τα άλλα μέλη της οικογένειας, πληροφορείται για την τεχνική της απομόνωσης και πως θα εμποδίσουν τα έντομα και κυρίως μύγες να μπαίνουν στο δωμάτιο του αρρώστου.

### **13.8 Προληπτικά μέτρα**

Η πρόληψη του τυφοειδούς πυρετού βασίζεται στα υγειονομικά μέτρα κάθε χώρας και στους κανόνες υγιεινής που τηρεί το κάθε άτομο. Ο εμβολιασμός γίνεται μόνο σε άτομα που πρόκειται να ταξιδέψουν σε ορισμένες χώρες της Ανατολής.

Η προφύλαξη από τον τυφοειδή πυρετό και τους παρατύφους επιτυγχάνεται με εμβόλια που περιέχουν νεκρωμένα κύτταρα της σαλμονέλλας του τύπου, παρατύφου Α και Β (εμβόλιο TAB0 και διαρκεί μέχρι 3 χρόνια).

Η ορολογική διάγνωση των παρατυφικών λοιμώξεων γίνεται με τη συγκολλητινοαντίδραση Widal. (Δηλαδή ελέγχεται ο τίτλος των αντισωμάτων προς ειδικά αντιγόνα Η (βλεφαριδικό) και Ο (σωματικό).<sup>3</sup>

Για τη σωστή ερμηνεία της πρέπει να ληφθούν υπόψη οι πιο κάτω παράγοντες:

1. Η χρονική διάρκεια της αρρώστιας. Ο τίτλος αντισωμάτων αυξάνει τη δεύτερη βδομάδα της αρρώστιας.
2. Προηγούμενη ενεργητική ανοσοποίηση με το εμβόλιο TAB. Μετά τον εμβολιασμό και για αρκετά χρόνια ο τίτλος των αντισωμάτων Η (Widal θετική) είναι υψηλός, ενώ ο τίτλος των αντισωμάτων Ο είναι αυξημένος για λίγους μήνες.
3. Θεραπεία με αντιβιοτικά. Τα αντιβιοτικά εμποδίζουν την άνοδο του τίτλου των αντισωμάτων.

Η άνοδος του τίτλου αντισωμάτων στην πορεία της νόσου, εφόσον αποκλειστούν οι πιο πάνω παράγοντες, αποτελεί ένδειξη για την παρουσία ενεργού λοίμωξης.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14** **ΚΟΚΚΥΤΗΣ**

- ◇ 14.1 ΚΟΚΚΥΤΗΣ - ΟΡΙΣΜΟΣ
- ◇ 14.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ
- ◇ 14.3 ΠΑΘΟΓΟΝΟ ΑΙΤΙΟ
- ◇ 14.4 ΥΠΟΔΟΧΟ
- ◇ 14.5 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ
- ◇ 14.6 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ
- ◇ 14.7 ΠΕΡΙΟΔΟΣ  
ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
- ◇ 14.8 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

#### **14.1 ΚΟΚΚΥΤΗΣ**

Ο κοκκύτης είναι μια οξεία βακτηριακή νόσος που προσβάλλει το τραχειοβρογχικό δέντρο. Το καταρροϊκό στάδιο αρχίζει με έντονο βήχα που διαρκεί 1 με 2 εβδομάδες που βαθμιαία γίνεται παροξυσμικός και διαρκεί 1 μέχρι 2 μήνες.

Το καταρροϊκό στάδιο εμφανίζεται με πυρετό, βήχα, φτάρνισμα, το παροξυσμικό (ή σπασμωδικό) στάδιο χαρακτηρίζεται με τον παροξυσμικό βήχα, έμμετο, κυάνωση και σπασμούς. Είναι παιδική αρρώστια, η συχνότητα είναι υψηλή κατά το τέλος του χειμώνα και την αρχή της άνοιξης. Τις τελευταίες δεκαετίες η θνησιμότητα της αρρώστιας έπεσε σε χαμηλά επίπεδα και αυτό οφείλεται στον εμβολιασμό, την καλή διατροφή και ιατρική περίθαλψη. Σε λαούς όπου δε γίνονται εμβολιασμοί ο πληθυσμός υποφέρει από παρασιτικές παθογόνες αρρώστιες και η αρρώστια εκεί είναι θανατηφόρα.<sup>13</sup>

#### **14.2 Επιδημιολογία**

Παγκοσμίως υπάρχουν 60 εκατομμύρια περιπτώσεις κοκκύτη το χρόνο με περισσότερους από μισό εκατομμύριο θανάτους. Κατά την περίοδο προ του εμβολιασμού, το 1922-1948, ο κοκκύτης αποτελούσε το κύριο αίτιο θανάτου από μεταδιδόμενα νοσήματα σε παιδιά ηλικίας κάτω των 14 ετών στις ΗΠΑ. Η ευρεία χρησιμοποίηση του εμβολίου του κοκκύτη είναι υπεύθυνη για τη δραματική μείωση των περιπτώσεων. Στις ΗΠΑ η χαλαρή εφαρμογή της πολιτικής υγείας είναι εν μέρει υπεύθυνη για την αύξηση της ετήσιας επίπτωσης κοκκύτη σε 1,2 περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού από το 1980 έως το 1989 και για την εμφάνιση επιδημιών κοκκύτη σε πολλές πολιτείες κατά τα έτη 1989-1990 και 1993. Οι περισσότερες από 4.500 περιπτώσεις που αναφέρθηκαν στα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων το 1993 αποτελούν τη μεγαλύτερη επίπτωση από το 1967.<sup>21</sup>

#### **14.3 Παθογόνο αίτιο**

Η νόσος προκαλείται από την *Bordetella Pertussis*.

#### **14.4 Υποδόχο**

Υποδόχο είναι ο άνθρωπος.

#### **14.5 Περίοδος επώασης**

Η περίοδος επώασης διαρκεί συνήθως 7 με 10 μέρες, σπανίως μέχρι 21 ημέρες.

#### **14.6 Τρόπος μετάδοσης**

- Αερομεταφερόμενη μόλυνση γίνεται με τα σταγονίδια που εκτοξεύονται με το βήχα και την ομιλία του κρούσματος.
- Πύλη εισόδου είναι το αναπνευστικό σύστημα και ιδιαίτερα ο βλεννογόνος της τραχείας και των βρόγχων.

#### **14.7 Περίοδος Μεταδοτικότητας**

Η μεταδοτικότητα είναι υψηλή στο καταρροϊκό στάδιο πριν την έναρξη του παροξυσμικού βήχα (1 εβδομάδα) μετά η μεταδοτικότητα ελαττώνεται βαθμιαία και γίνεται ασήμαντη. Η μεταδοτικότητα σταματά περίπου 4<sup>11</sup> εβδομάδα ανεξάρτητα αν ο σπασμωδικός βήχας επιμένει. Για λόγους πρόληψης το άτομο θεωρείται μεταδοτικό από την αρχή του καταρροϊκού σταδίου μέχρι 3 εβδομάδες μετά την έναρξη του παροξυσμικού βήχα επί μη θεραπεία.<sup>13</sup>

Επί έγκαιρης έναρξης θεραπείας με αντιβιοτικά η περίοδος μεταδοτικότητας περιορίζεται σε 5 ημέρες μετά την έναρξη της χορήγησης.

Στους ενήλικες η αρρώστια είναι βαριά κυρίως προσβάλλει παιδιά κάτω των 7 χρόνων, η θνησιμότητα είναι μεγάλη στα παιδιά κάτω του έτους. Προσβάλλονται περισσότερο τα κορίτσια και η θνησιμότητα είναι σ' αυτά μεγαλύτερη από ότι στα κορίτσια.

#### **14.8 Προληπτικά μέτρα**

- Απομόνωση των πασχόντων τουλάχιστον για 5 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας.
- Απομάκρυνση των υγriών (μη άνοσων) παιδιών ηλικίας κάτω των 3 ετών από το σπίτι 3-4 εβδομάδες.
- Οροπροφύλαξη στα παιδιά κάτω των 2 ετών με τη χορήγηση γ-σφαιρίνη αντικοκκυτική, δεν έχει καμία αξία ακόμη και αν γίνει μετά την εμφάνιση της νόσου.<sup>13</sup>
- Εμβολιασμός γίνεται σε 4 δόσεις στις ηλικίες 2, 4, 6, 18 μηνών.
- Απολύμανση μiasμένων αντικειμένων.
- Παιδιά του στενού περιβάλλοντος του κρούσματος απομακρύνονται από το σχολείο εάν δεν έχουν εμβολιαστεί πλήρως ή καθόλου, για 14 ημέρες από την τελευταία έκθεση ή για 5 ημέρες από την έναρξη της θεραπείας.
- Η χορήγηση ερυθρομυκίνης δεν περιορίζει τα συμπτώματα, παρά μόνο όταν χορηγηθεί στο στάδιο επώασης ή το καταρροϊκό στάδιο περιορίζει σημαντικά στην περίοδο μεταδοτικότητας και για αυτό το λόγο συνίσταται.
- Σε περιπτώσεις επιδημικής έκρηξης, το υγειονομικό προσωπικό βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο από την έκθεση του στο μικροοργανισμό για αυτό συνίσταται χημειοπροφύλαξη.<sup>13</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15**

### **ΤΕΤΑΝΟΣ**

- ◇ **15.1 ΤΕΤΑΝΟΣ - ΟΡΙΣΜΟΣ**
- ◇ **15.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**
- ◇ **15.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**
- ◇ **15.4 ΠΑΘΟΓΟΝΟ ΑΙΤΙΟ**
- ◇ **15.5 ΥΠΟΔΟΧΟ**
- ◇ **15.6 ΠΕΡΙΟΔΟΣ**  
**ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**
- ◇ **15.7 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ**
- ◇ **15.8 ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ**
- ◇ **15.9 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ**
- ◇ **15.10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**  
**ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

## **15.1 ΤΕΤΑΝΟΣ**

Ο τέτανος ήταν γνωστός και τα συμπτώματα του περιγράφηκαν αιώνες πριν. Περιγράφηκε για πρώτη φορά ως λοιμώδες νόσημα το 1884 και το 1889 από τον Shibasaburo Kitasato Ιάπωνα βακτηριολόγο. Ο μικροοργανισμός του τέτανου απομονώθηκε και ταυτοποιήθηκε τότε ως το αίτιο του τετάνου. Το 1890, ο Kitasato και ο Von behring κατόρθωσαν να επιβεβαιώσουν το ρόλο της αντιτοξίνης στη νόσο.

## **15.2 Αιτιολογία**

Ο τέτανος είναι μία τοξιναιμία προερχόμενη από μία ισχυρή εξωτοξίνη που παράγεται από το *Clostridium tetani* ( Βάκιλος τετάνου ). Ο οργανισμός είναι gram-θετικός αναερόβιος, ακίνητος, σπορογόνο βακτηρίδιο. Το *Clostridium botulinum* και το *Clostridium tetani* παράγουν το πιο ισχυρό και θανατηφόρο δηλητήριο. Η παραγόμενη νευροτοξίνη έχει ειδική χημική συγγένεια για τον ιστό του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η νευροτοξίνη επηρεάζει περισσότερο το κινητό νεύρο του σώματος και της σπονδυλικής στήλης απ'ότι το αίμα όπως παλαιότερα επιστευότο.

Ο μικροοργανισμός μπορεί να αποτελεί μέλος της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου μερικών χορτοφάγων ζώων και του ανθρώπου χωρίς να τους προκαλεί βλάβη. Βρίσκεται σ'όλα τα εδάφη , κυρίως στα χωράφια που χρησιμοποιούν κοπριά για λίπασμα. Οι σπόροι του μικροοργανισμού δεν είναι εύκολο να εισέλθουν στον ιστό του ανθρώπου, εκτός βέβαια από τυχαίο τραυματισμό. Οι σπόροι μπορεί να παραμείνουν, σε λανθίνουσα κατάσταση, μέσα στα φαγοκύτταρα επί πολλές εβδομάδες ( μετά τον τραυματισμό ). Οι σπόροι μεταφέρονται από τα φαγοκύτταρα μακριά από τη πύλη εισόδου, και όταν υπάρξουν συνθήκες αναερόβιες ( χαμηλή τάση οξυγόνου ) ευνοεί τότε την ανάπτυξη του τετάνου από τη βλαστησή τους.

## **15.3 Επιδημιολογία**

Νόσημα με παγκόσμια διασπορά στις ανεπτυγμένες χώρες εμφανίζεται με μορφή σποραδικών κρουσμάτων.

Είναι περισσότερο συχνό στις αγροτικές και υποανάπτυκτες χώρες όπου η επαφή με τα απεκκρίματα των ζώων είναι πιο συχνή. Επίσης δεν υπάρχουν προγράμματα εμβολιασμών και εάν υπάρχουν είναι ανεπαρκή. Η θνητότητα κυμαίνεται από 10% έως 90% και είναι μεγαλύτερη στα βρέφη και στους ηλικιωμένους και σχετίζεται αρνητικά με το μέγεθος του χρόνου επώασης.

Θάνατοι από τέτανο παρατηρούνται στις χώρες της Ασίας, Αφρικής, και Λατινικής Αμερικής όπου ο νεογνικός τέτανος είναι συχνός. Θάνατοι επίσης παρατηρούνται από την παρεντερική χρήση ναρκωτικών.

## **15.4 Παθογόνο Αίτιο**

Το παθογόνο αίτιο είναι το κλωστηρίδιο του τετάνου.

## **15.5 Υποδόγα**

Το εντερικό σύστημα των ανθρώπων και πολλών ζώων κυρίως των αλόγων στα οποία ο οργανισμός μπορεί να αποτελεί μέλος της μικροβιακής τους χλωρίδας καθώς και από το έδαφος.

## **15.6 Περίοδος Μεταδοτικότητας**

Η νόσος δεν είναι μεταδοτική από άτομο σε άτομο.

## **15.7 Περίοδος Επώασης**

Υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της διάρκειας περιόδου επώασης, της ταχύτητας με την οποία η νόσος αναπτύσσεται, και της θνητότητας. Εάν η περίοδος επώασης είναι μικρότερη των



7 ημερών, δύο τρίτα των περιπτώσεων καταλήγουν σε θάνατο, και αν επώδυνες μυϊκές συσπάσεις παρουσιασθούν εντός του πρώτου 24ώρου, η θνητότητα μπορεί να φτάσει το 90%. Ο μέσος χρόνος επώασης είναι 10 ημέρες αλλά μπορεί να κυμαίνεται από 3 έως 21 ημέρες.

### **15.8 Ευαισθησία και ανοχή**

Η ευαισθησία είναι γενική, ενεργητική ανοσοποίηση επιτυγχάνεται με εμβολιασμό που διαρκεί 10 χρόνια μετά το πλήρη εμβολιασμό. Παροδική ενεργητική ανοσία γίνεται μετά από χορήγηση τετανικής ανοσοσφαιρίνης (TIG) ή τετανικής αντιτοξίνης. Η φυσική λοίμωξη με τέτανο δεν προφυλάσσει από επαναπροσβολή και συνίσταται πλήρους εμβολιασμός μετά την ανάρρωση.

### **15.9 Προληπτικά Μέτρα**

1. Εκπαίδευση και ενημέρωση του πληθυσμού για την ανάγκη πλήρους εμβολιασμού, τους κινδύνους από τους τραυματισμούς από αιχμηρά όργανα καθώς και τα είδη του τραύματος και η φροντίδα τους.
2. Προφυλακτικός εμβολιασμός. Ενεργητική ανοσοποίηση είναι το καλύτερο μέτρο πρόληψης από το τέτανο. Η ανοσία του διαρκεί 10 έτη και η αναμνηστική δόση ανά δεκαετία προκαλεί υψηλά επίπεδα ανοσίας.
  - ❖ Σε περίπτωση όμως που τα τραύματα είναι μεγάλα, βαθιά και όχι καθαρά, χορηγείται μια αναμνηστική δόση εμβολίου εφ'όσον έχουν περάσει 5 χρόνια από την προηγούμενη.
  - ❖ Αν το τραυματισμένο άτομο δεν έχει προηγουμένως εμβολιασθεί κανονικά, ή δεν γνωρίζει το ιστορικό εμβολιασμών του, τότε του χορηγείται πλήρες σχήμα εμβολίου μαζί με παθητική ανοσοποίηση (τετανική ανοσοσφαιρίνη TIG).
  - ❖ Σε βαθιά και μεγάλα τραύματα χρειάζεται χειρουργικός καθαρισμός του τραύματος και χορήγηση αντιβιοτικών.
  - ❖ Εάν ο τραυματίας χρειάζεται παθητική ανοσοποίηση και δεν υπάρχει τετανική ανοσοσφαιρίνη τότε πρέπει να χορηγηθεί τετανική αντιτοξίνη εφ'όσον προηγουμένως γίνει έλεγχος αντίδρασης ευαισθησίας.
3. Σε περιοχές όπου ο επιπολασμός τετάνου των νεογνών είναι υψηλός απαραίτητο είναι όλες οι έγκυες γυναίκες να έχουν αποκτήσει ενεργητική ανοσοποίηση πριν την εγκυμοσύνη. Ειδάλως μπορεί να γίνει το δεύτερο ή το τρίτο τρίμηνο. Ο τέτανος μπορεί να εκδηλωθεί μετά από τον τοκετό στο νεογνό μέσω της τομής του ομφάλιου λώρου ή μετά από ένεση.
4. Εκπαίδευση των μητέρων, των συγγενών και των συνοδών στην εφαρμογή αυστηρής ασηψίας στο ομφάλιο κολόβωμα των νεογνών. Αυτό είναι απαραίτητο σε πολλές υποανάπτυκτες χώρες όπου στάχτυ, κατάπλασμα από κοπριά αγελάδας ή άλλες μολυσμένες ουσίες εκ παραδόσεως τοποθετούνται στον ομφάλιο λώρο.

### **15.10 Νοσηλευτική Φροντίδα**

Η φροντίδα των ασθενών με τέτανο απαιτεί ένα στενό ισότιμο πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει τον χειρουργό, τον παθολόγο, αναισθησιολόγο και νοσηλεύτη. Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς και η νοσηλευτική φροντίδα είναι κοπιαστική. Ο ασθενής πρέπει να κρατηθεί απηλαγμένος από εξωτερικά ερεθίσματα τα οποία θα αρχίσουν να του προκαλούν σπασμούς. Επομένως θα πρέπει ο ασθενής να τοποθετηθεί σε σκοτεινό, ήσυχο δωμάτιο. Θα πρέπει να περιορισθούν όλες οι περιττές κινήσεις του ασθενούς όσον το δυνατό γίνεται.

Τα ζωτικά σημεία και ο μυϊκός τόνος πρέπει να παρακολουθούνται στενά (από το μηχάνημα). Οι εκκρίσεις πρέπει να αναρροφώνται και ο σωλήνας της τραχειοτομής να διατηρείται ελεύθερος από τη βλέννη που εμποδίζει την αναρρόφηση.

Αυτόματη αναπνευστική συσκευή πρέπει να χρησιμοποιείται. Η τροφή χορηγείται ρινογαστρικά και παρέχει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για τον ασθενή, στοματική φροντίδα δίδεται για να αποτραπεί το επίχρισμα της γλώσσας.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να βρίσκεται σε επιφυλακή για παρουσίαση τυχόν σημείων τα οποία να δείχνουν χειροτέρευση της υγείας του ασθενούς. Αυτά είναι η αύξηση της θερμοκρασίας, αναπνευστική δυσκολία, σύσπαση των μυών, κυάνωση, επίσχεση ούρων.

Η νοσηλεύτρια πρέπει αμέσως να ενημερώσει το γιατρό. Απομόνωση, ταυτόχρονη απολύμανση, και καραντίνα δεν θεωρείται απαραίτητη. Σε περίπτωση ανοικτής πληγής οι γάζες πρέπει να διπλώνονται σε χαρτί και να καίγονται.

**B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΕΡΕΥΝΑ

- ◇ ΣΚΟΠΟΣ
- ◇ ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ
- ◇ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
- ◇ ΣΥΖΗΤΗΣΗ
- ◇ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-  
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός στην εργασία αυτή διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: α) στο γενικό και β) στον ειδικό. Ο **α) γενικός** σκοπός είναι η συμβολή της νοσηλευτικής επιστήμης στη διαφώτιση του κοινού και στην εφαρμογή μέτρων πρόληψης από τα λοιμώδη νοσήματα και ο β) **ειδικός** σκοπός επιβεβαιώνει το γενικό, μέσα από την παρατήρηση του επιπέδου στο οποίο βρίσκονται τα λοιμώδη νοσήματα στο νομό Αχαΐας τα τελευταία πέντε χρόνια. Μέσα από την παρατήρηση θα αξιολογήσουμε τη κατάσταση, θα εκτιμήσουμε τα δεδομένα, θα προγραμματίσουμε και θα εφαρμόσουμε τις απαραίτητες νοσηλευτικές ενέργειες.

Ως στόχοι της ερευνητικής διαδικασίας, ορίζονται:

- η περιγραφή των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των λοιμωδών νοσημάτων, στα νοσοκομεία: Π. Π. Γ. Ν. Π. (Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών), Καραμανδάνειο, Γενικό Νοσοκομείο Αιγίου και τα υπόλοιπα νοσοκομεία και κέντρα υγείας του νομού Αχαΐας, τη τελευταία πενταετία, βάσει των δηλωθέντων περιστατικών στη Διεύθυνση Δημόσιας υγείας
- η αξιολόγηση της πληρότητας των δηλώσεων στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας
- η εφαρμογή της στην πρόληψη και εκπαίδευση, ώστε να γίνει αντιληπτό το μέγεθος, το είδος και η συχνότητα των λοιμωδών νοσημάτων.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήσαμε στην ερευνητική διαδικασία ήταν η επισκόπηση. Οι επισκοπήσεις συλλέγουν δεδομένα, σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, με σκοπό να περιγράψουν τη φύση των υπάρχουσών συνθηκών ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν, οι συνθήκες κάθε φορά που υπάρχουν ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα.<sup>22</sup>

Η πορεία που ακολουθήθηκε εώς ότου πραγματοποιηθεί η έρευνα καθώς και τα στάδια της ερευνητικής διεργασίας παρατίθενται παρακάτω.

Αρχικά, το πρώτο βήμα ήταν η διατύπωση του θέματος με πλήρη σαφή και κατανοητό τρόπο, ώστε να ανταποκρίνεται στην ουσία των υπό διερεύνηση υποθέσεων. Επόμενο βήμα ήταν ο εντοπισμός σχετικού βιβλιογραφικού υλικού που να ικανοποιούν τις απαιτήσεις της συγκεκριμένης έρευνας και ο σχεδιασμός της έρευνας.

Το επόμενο βήμα ήταν να συναντήσουμε τη διευθύντρια της Δημόσιας Διεύθυνσης Υγιεινής και τον υπεύθυνο, σε κάθε νοσοκομείο, για τη καταγραφή των λοιμωδών νοσημάτων. Κατά τη συνάντηση αυτή, ενημερώθηκαν για την έρευνα που διενεργούσαμε, το σκοπό της, και έγινε η γνωστοποίηση του ερωτηματολογίου που είχαμε σχεδιάσει. Κατόπιν ειδικής άδειας, ερευνήσαμε στα αρχεία και των δύο πηγών, διατηρώντας την ανωνυμία των προσωπικών δεδομένων.

Η μέθοδος συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήσαμε ήταν το ερωτηματολόγιο. Χρησιμοποιήσαμε το τρόπο αυτό συλλογής των ερευνητικών δεδομένων, γιατί το δείγμα της έρευνας ήταν μεγάλο και ο χρόνος πραγματοποίησής της ήταν περιορισμένος. Η καταγραφή δεδομένων άρχισε από τις αρχές Ιανουαρίου του 2005 μέχρι το Σεπτέμβριο του 2005. Ο αριθμός των ερωτήσεων που χρησιμοποιήσαμε ήταν δεκαπέντε (15) και ήταν ανοικτού τύπου. Κατά τη διάρκεια της έρευνας με το ερωτηματολόγιο, διατηρήθηκε η ανωνυμία του πληθυσμού που έλαβε μέρος στην έρευνα.

Ο πληθυσμός μιας μελέτης είναι όλα τα μέλη της ομάδας που θα μελετηθεί, τα οποία ικανοποιούν ορισμένα κριτήρια.<sup>23</sup>

Δείγμα είναι το μέρος του πληθυσμού το οποίο συμμετέχει στην έρευνα και επιλέγεται με διάφορες στατιστικές μεθόδους, που ονομάζονται μέθοδοι δειγματοληψίας. Στη συγκεκριμένη έρευνα ο δειγματολειπτούμενος πληθυσμός ήταν άτομα όλων των ηλικιών που εισήχθησαν στα

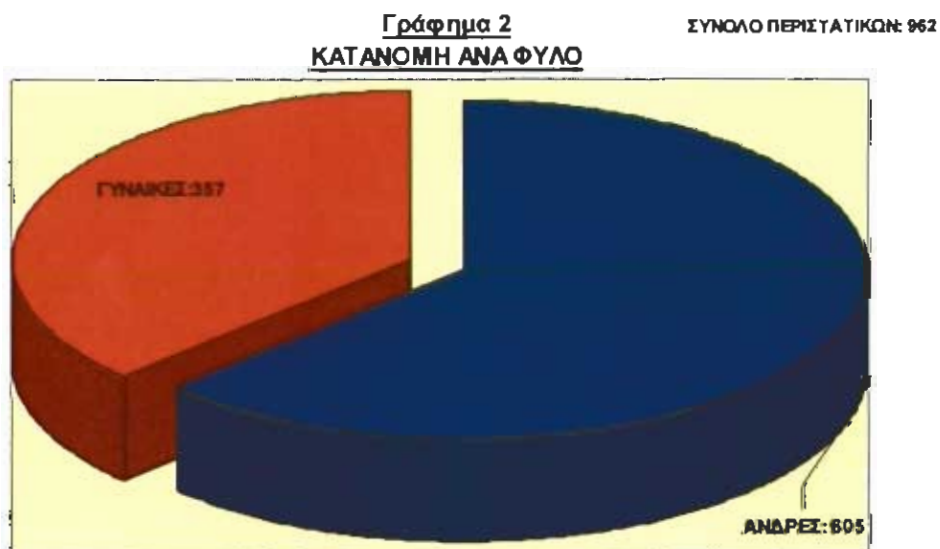
νοσοκομεία: Π. Π. Γ. Ν. Π. (Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών), Καραμανδάνειο, Γενικό Νοσοκομείο Λιγίου και τα υπόλοιπα νοσοκομεία και κέντρα υγείας του νομού Αχαΐας, με διάγνωση κάποιου λοιμώδους νοσήματος, κατά την περίοδο 1999-2004. Τα δεδομένα αξιολογήθηκαν με το SPSS v.13.0.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

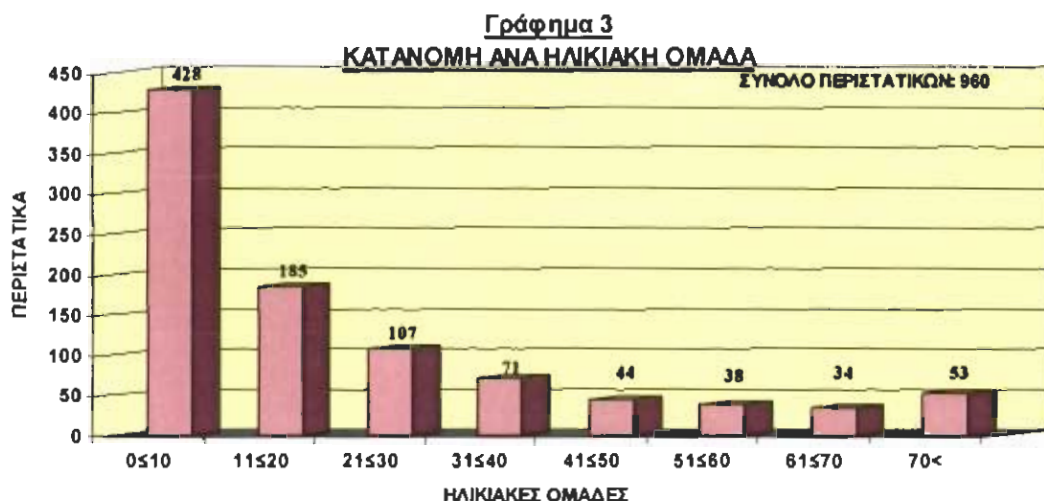
Τα αποτελέσματα της έρευνας στη Διεύθυνση Υγείας ήταν τα εξής :



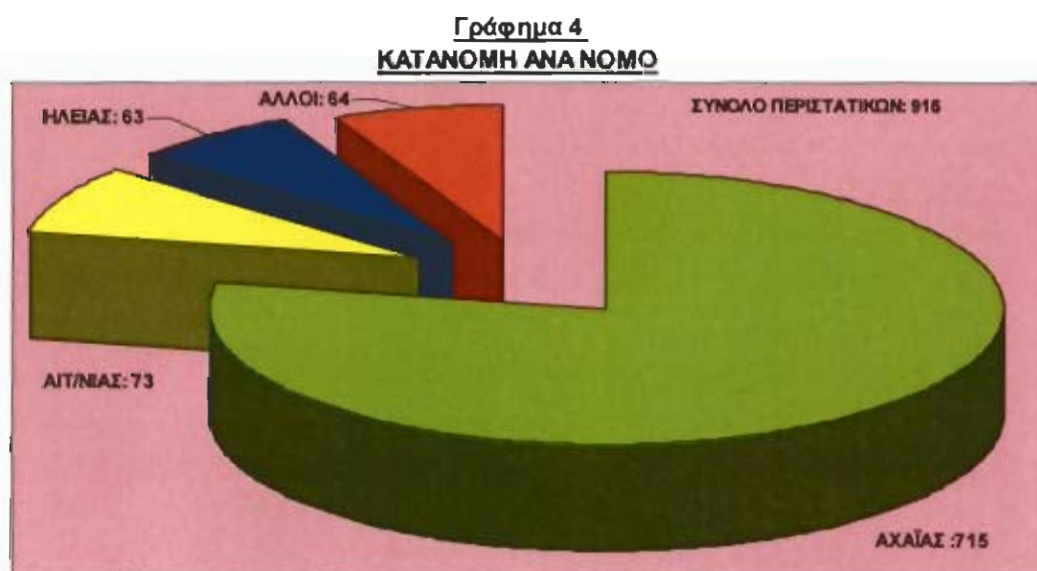
- Γράφημα 1.** Κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης δηλώθηκαν στη Διεύθυνση Υγείας 966 περιστατικά με κάποιο λοιμώδες νόσημα, την περίοδο 1999-2004. Στο Π. Π. Γ. Ν. Π. εισήχθησαν 316 περιστατικά, στο Καραμανδάνειο νοσοκομείο εισήχθησαν 283 περιστατικά και 217 περιστατικά εισήχθησαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λιγίου και στα υπόλοιπα νοσοκομεία και κέντρα υγείας του νομού Αχαΐας. Υπήρχαν και 98 περιστατικά που δεν ήταν σαφή ο προσδιορισμός του νοσοκομείου όπου εισήχθησαν. Τα 714 περιστατικά προέρχονταν από το νομό Αχαΐας.



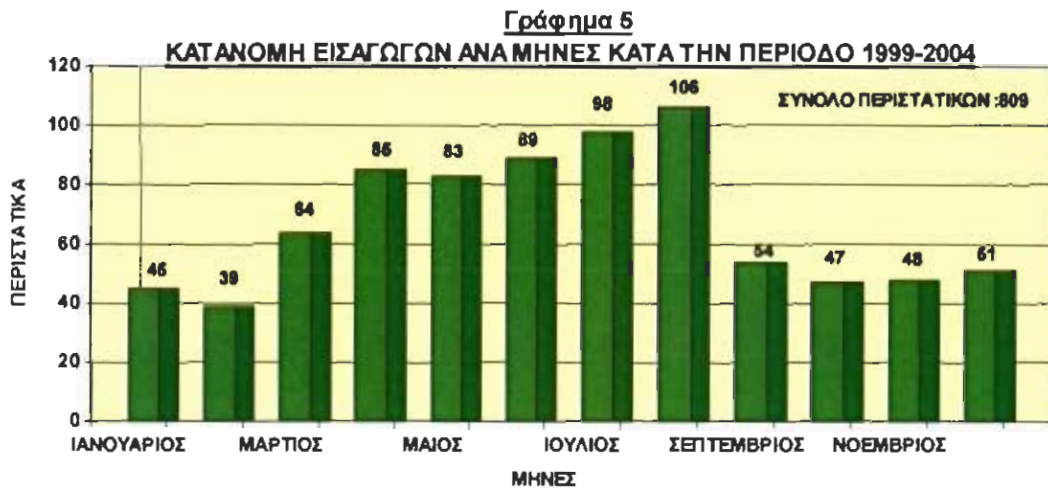
- **Γράφημα.2** Από τα 966 καταγεγραμμένα περιστατικά, τα 962 ήταν σαφή για το καθορισμό του φύλου. Τα 605 από αυτό τον πληθυσμό ήταν άντρες, ποσοστό που αναλογεί σε 62,9%, ενώ τα 357 ήταν γυναίκες, δηλαδή το 37,1% .



- **Γράφημα.3.** Από τα 966 καταγεγραμμένα περιστατικά τα 960 ήταν σαφή για το καθορισμό της ηλικίας. Για τη καλύτερη απεικόνιση και κατανόηση τους, έγινε ηλικιακή κατανομή. Στις ηλικίες από 0≤10 είχαμε 428 περιστατικά , ποσοστό που αναλογεί σε 44,6%. Αυτή ήταν και η επικρατέστερη ομάδα. Από 11≤20 χρονών είχαμε 185 περιστατικά , δηλαδή το 19,3%. Από 21≤30 χρονών είχαμε 107 περιστατικά, δηλαδή 11,1%, από 31≤40 είχαμε 71 περιστατικά δηλαδή 7,4%. Στις ηλικίες από 41≤50 είχαμε 44 περιστατικά, δηλαδή 4,6%. Από 51≤60 είχαμε 38 περιστατικά, δηλαδή 3,9%, από 61≤70 είχαμε 34 περιστατικά, δηλαδή 3,5% και τέλος από 70 και άνω είχαμε 53 περιστατικά, δηλαδή 5,5%.

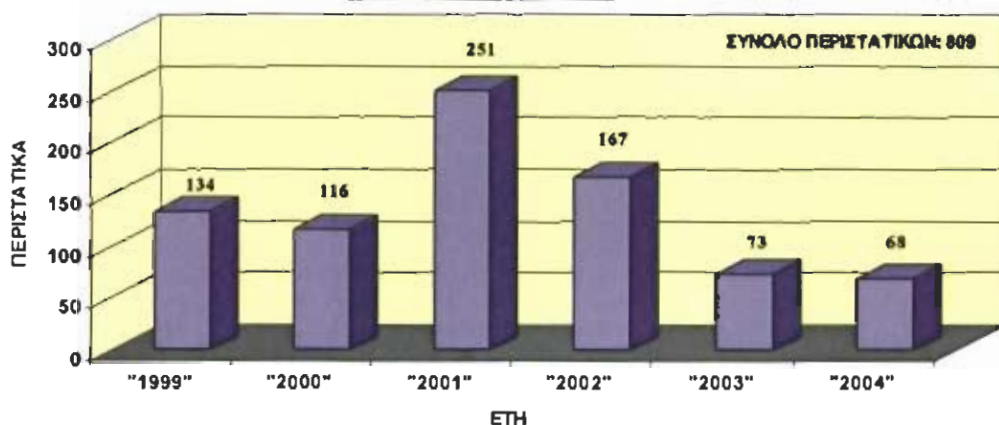


- Γράφημα.4.** Από τα 966 καταγεγραμμένα περιστατικά μόνο τα 915 είχαν σαφή καθορισμό του νομού διαμονής τους. Πρώτος νομός ήταν ο νομός Αχαΐας με 715 άτομα, ποσοστό που αναλογεί σε 78,1%. Μετά ήταν ο νομός Αιτωλοακαρνανίας με 73 άτομα, δηλαδή 8%, ο νομός Ηλείας με 63 άτομα, δηλαδή 6,9%, άλλοι νομοί με 64 άτομα και με ποσοστό 7% .



- Γράφημα.5** Παρατηρούμε ότι τα λοιμώδη νοσήματα στο νομό Αχαΐας την περίοδο 1999-2004 παρουσιάζουν έξαρση κυρίως τους θερινούς μήνες. Από 966 περιστατικά τα 809 είχαν σαφή το μήνα καταγραφής. Τον Ιανουάριο είχαμε 45 περιστατικά, το Φεβρουάριο είχαμε 39, το Μάρτιο 64, τον Απρίλιο 85, το Μάιο 83, τον Ιούνιο 89, τον Ιούλιο 98, τον Αύγουστο 106, το Σεπτέμβριο 54, τον Οκτώβριο 47, το Νοέμβριο 48 και το Δεκέμβριο 51 περιστατικά.

**Γράφημα 6**  
**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΔΗΛΩΘΗΚΑΝ ΣΤΗ ΔΥ ΚΑΤΑ ΕΤΟΣ**  
**(ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1999-2004)**

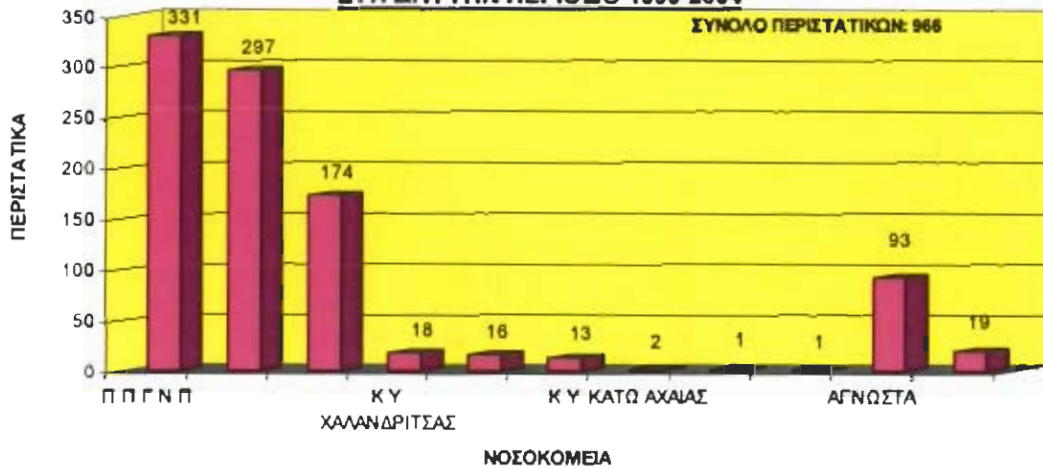


- Γράφημα 6.** Κατά την περίοδο 1999-2004, εισήχθησαν στα νοσοκομεία της Πάτρας 966 άτομα εκ των οποίων τα 809 ήταν σαφή στο καθορισμό του έτους εισαγωγής τους. Το 1999 τα άτομα που εισήχθησαν ήταν 134, που αντιστοιχεί σε ποσοστό 16,6%. Το 2000 ο αριθμός μειώθηκε στα 116 άτομα, δηλαδή 14,3%. Το 2001 υπήρχε άνοδος, με αποτέλεσμα να



υπάρχουν 251 εισαγωγές άτομα, δηλαδή 31%. Το 2002 ο αριθμός των ατόμων που εισήχθησαν ήταν 167, δηλαδή 20,6% και το 2003 ήταν 73 άτομα, δηλαδή 9%. Τέλος το 2004, σε σύγκριση με τις άλλες χρονιές οι εισαγωγές ήταν μόλις 68, δηλαδή 3,9 %.

**Γράφημα 7**  
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΔΗΛΩΘΗΚΑΝ ΣΤΗ Δ.Υ. ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1999-2004**



- Γράφημα.7** Σύμφωνα με τα δηλωθέντα περιστατικά στη Δ.Υ. την περίοδο 1999-2004 παρατηρούμε ότι στο Π.Π.Γ.Ν.Π εισήχθησαν 331 περιστατικά, στο Καραμανδάνειο εισήχθησαν 297, στον Αγ.Ανδρέα 174, υπήρχαν 93 μη σαφή περιστατικά για την εισαγωγή τους, 19 περιστατικά εισήχθησαν σε διάφορα άλλα νοσοκομεία. Στο Κ.Υ. Χαλανδρίτσας εισήχθησαν 18 περιστατικά, στο Θώρακος εισήχθησαν 16, στο Γ.Ν. Αιγίου 13, στο Κ.Υ. Κάτω Αχαιάς 2 στο Κ.Υ. Καλαβρύτων 1 περιστατικό όπως και στο Ν.Τριπόλεως.

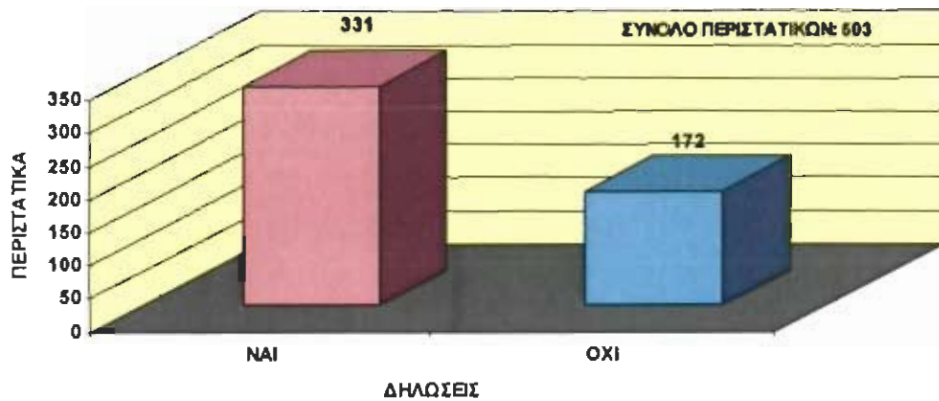
**Γράφημα 8**  
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΔΗΛΩΘΗΚΑΝ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1999-2004**



- Γράφημα.8** Το μεγαλύτερο ποσοστό των λοιμωδών νοσημάτων που εμφανίστηκε κατά τη χρονική περίοδο 1999-2004, συγκεντρώνει η Μηνιγγίτιδα (αδιευκρίνιστης αιτιολογίας) με 27,3%, ακολουθούν η Ιογενής μηνιγγίτιδα με 19,2%, η Βακτηριακή μηνιγγίτιδα με 10,1%, η φυματίωση με 9,7%, η Ανεμευλογιά με 6,7%, ο Μελιταίος πυρετός με 6,7%, η Σαλμονέλλα με 6,2%, η Ηπατίτιδα Α' με 3,4%, ο Εχινόκοκκος με 1,9%, η Λεισμανίαση με 1,8%, η Ηπατίτιδα Β' με 1,4% η Γαστρεντερίτιδα με 1,3% και άλλα νοσήματα που συνολικά αποτελούν 3,3%.

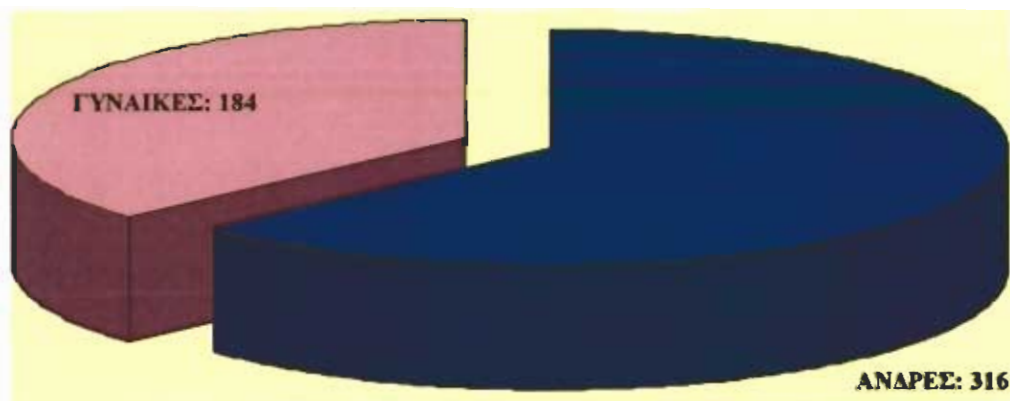
Τα αποτελέσματα της έρευνας στο Π.Π.Γ.Ν.Π. ήταν τα εξής :

**Γράφημα 9**  
**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ Π.Π.Γ.Ν.Π. ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΗΛΩΘΗΚΑΝ ΣΤΗ Δ.Υ. 1999-2004**



- **Γράφημα 9.** Κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης δηλώθηκαν στο Π.Π.Γ.Ν.Π. **503** περιστατικά με κάποιο λοιμώδες νόσημα, την περίοδο **1999-2004**. Από αυτά τα **331** δηλώθηκαν στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής, δηλαδή το **66%**, ενώ **172** δε δηλώθηκαν, δηλαδή το **34%**.

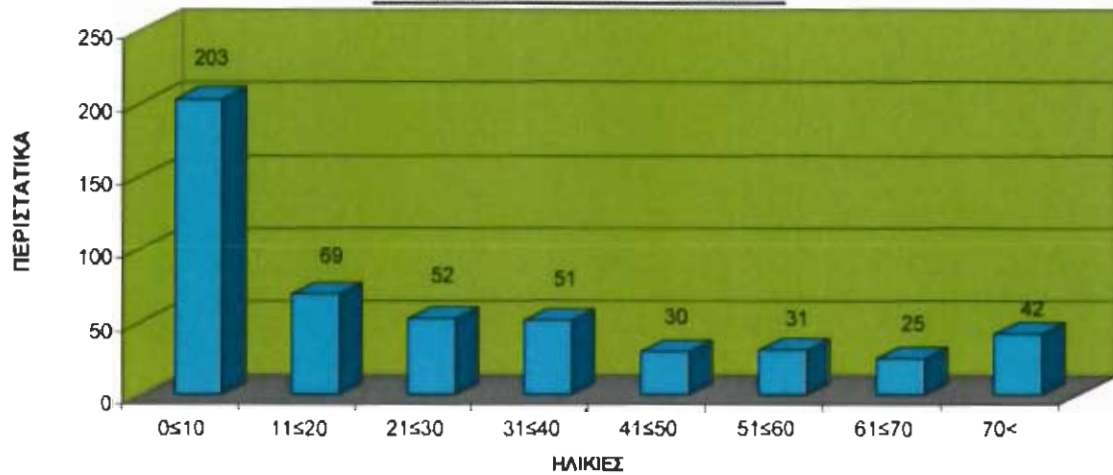
**Γράφημα 10**  
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΑ ΦΥΛΟ** ΣΥΝΟΛΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ 500



- **Γράφημα 10** Από τα **503** καταγεγραμμένα περιστατικά, τα **500** ήταν σαφή για το καθορισμό του φύλου. Τα **316** από αυτό τον πληθυσμό ήταν άντρες, ποσοστό που αναλογεί σε **63,2%**, ενώ τα **184** ήταν γυναίκες, δηλαδή το **36,8%** .

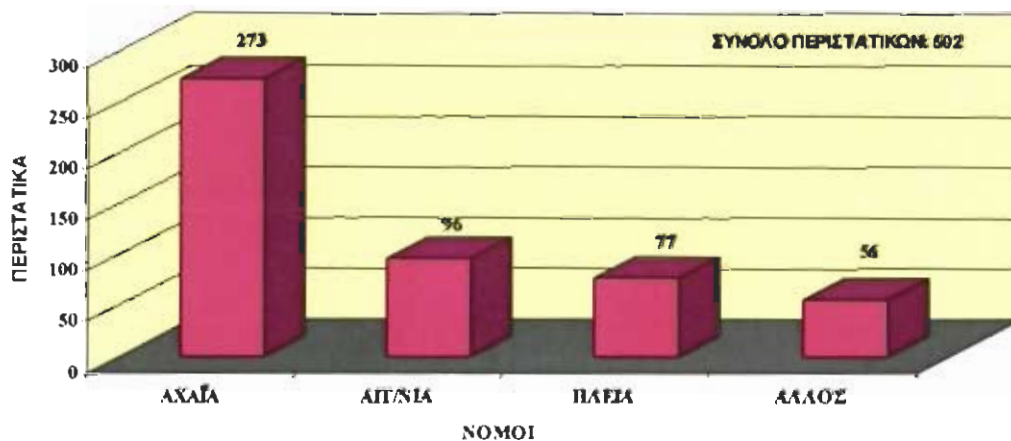
**Γράφημα 11**  
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ**

ΣΥΝΟΛΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ: 603

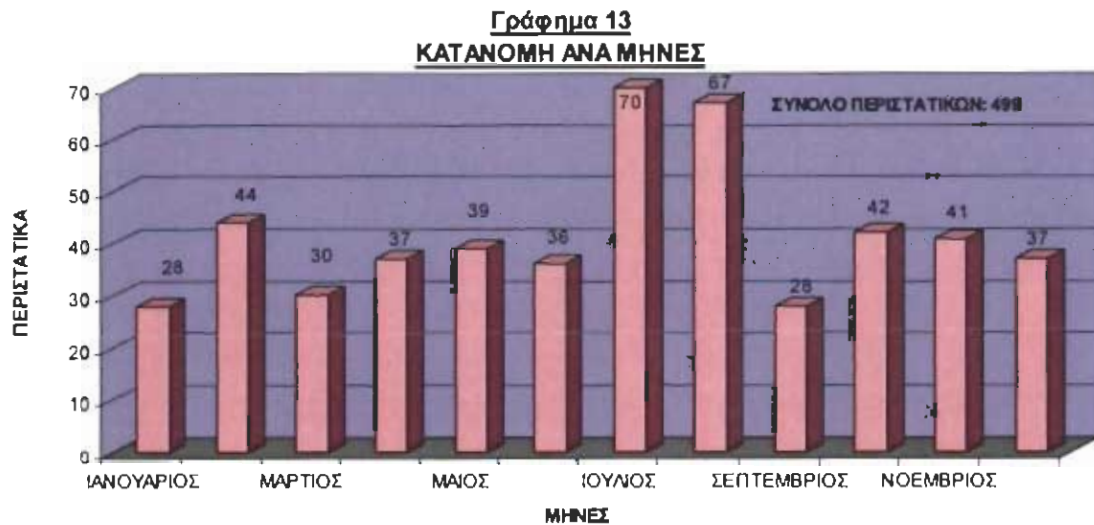


- Γράφημα 11** Για τη καλύτερη απεικόνιση και κατανόηση των 503 περιστατικών, έγινε ηλικιακή κατανομή. Στις ηλικίες από 0≤10 είχαμε 203 περιστατικά, ποσοστό που αναλογεί σε 40,4%. Αυτή ήταν και η επικρατέστερη ομάδα. Από 11≤20 χρονών είχαμε 69 περιστατικά, δηλαδή το 13,7%. Από 21≤30 χρονών είχαμε 52 περιστατικά, δηλαδή 10,3%, από 31≤40 είχαμε 51 περιστατικά δηλαδή 10,1%. Στις ηλικίες από 41≤50 είχαμε 30 περιστατικά, δηλαδή 6%. Από 51≤60 είχαμε 31 περιστατικά, δηλαδή 6,2%, από 61≤70 είχαμε 25 περιστατικά, δηλαδή 5% και τέλος από 70 και άνω είχαμε 42 περιστατικά, δηλαδή 8,3%.

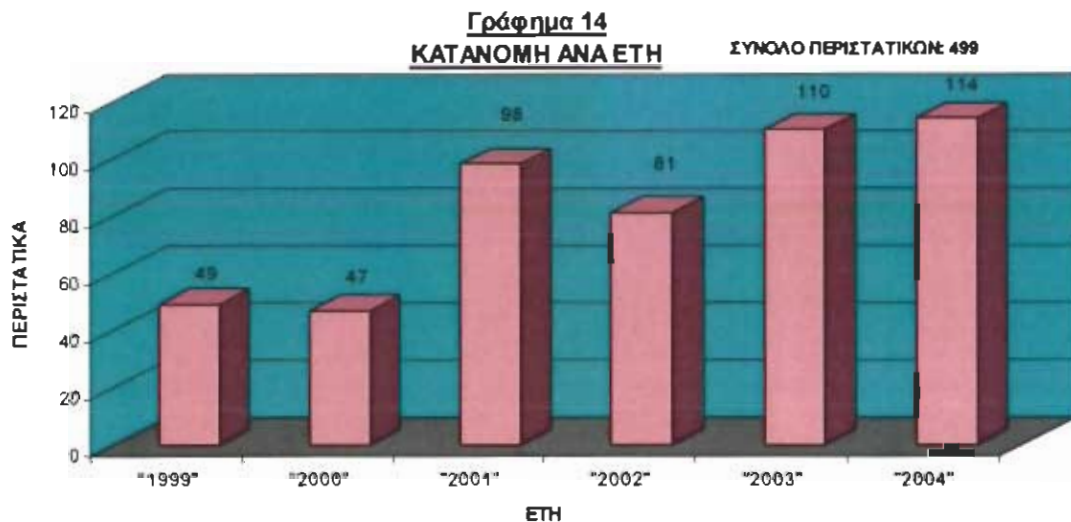
**Γράφημα 12**  
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΑ ΝΟΜΟ**



- Γράφημα 12** Από τα 503 καταγεγραμμένα περιστατικά μόνο τα 502 είχαν σαφή καθορισμό του νομού διαμονής τους. Πρώτος νομός ήταν ο νομός Αχαΐας με 273 άτομα, ποσοστό που αναλογεί σε 54,4%. Μετά ήταν ο νομός Αιτωλοακαρνανίας με 96 άτομα, δηλαδή 19,1%, ο νομός Ηλείας με 77 άτομα, δηλαδή 15,3%, άλλοι νομοί με 56 άτομα και με ποσοστό 11,2%.



- Γράφημα 13** Παρατηρούμε ότι εισαγωγές από λοιμώδη νοσήματα στο Π.Π.Γ.Ν.Π. την περίοδο 1999-2004 παρουσιάζουν έξαρση κυρίως τους θερινούς μήνες. Από τα 503 περιστατικά τα 499 είχαν σαφή το μήνα καταγραφής. Τον Ιανουάριο είχαμε 28 περιστατικά, το Φεβρουάριο είχαμε 44, το Μάρτιο 30, τον Απρίλιο 37, το Μάιο 39, τον Ιούνιο 36, τον Ιούλιο 70, τον Αύγουστο 67, το Σεπτέμβριο 28, τον Οκτώβριο 42, το Νοέμβριο 41 και το Δεκέμβριο 37 περιστατικά.

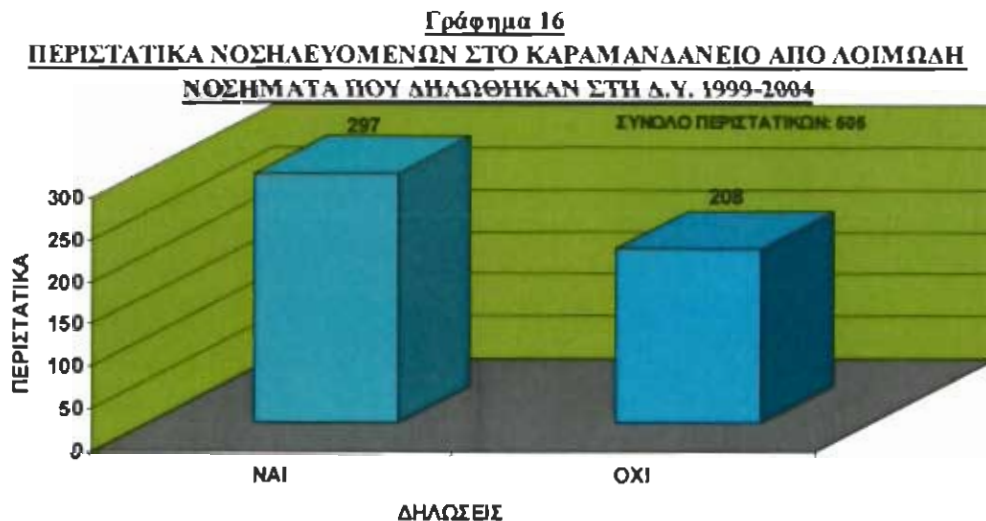


- Γράφημα 14** Κατά την περίοδο 1999-2004, εισήχθησαν στο Π.Π.Γ.Ν.Π. 503 άτομα. Από τα 503 περιστατικά τα 499 ήταν σαφή για τον καθορισμό εισαγωγής ανά έτος. Το 1999 τα άτομα που εισήχθησαν ήταν 49, που αντιστοιχεί σε ποσοστό 9,8%. Το 2000 εισήχθησαν 47 άτομα, δηλαδή 9,4%. Το 2001 υπήρχε άνοδος, με αποτέλεσμα να υπάρξουν 98 εισαγωγές άτομα, δηλαδή 19,6%. Το 2002 ο αριθμός των ατόμων που εισήχθησαν ήταν 81, δηλαδή 16,2% και το 2003 ήταν 110 άτομα, δηλαδή 22%. Τέλος το 2004, σε σύγκριση με τις άλλες χρονιές οι εισαγωγές ήταν οι πιο πολλές 114, δηλαδή 22,8 %.

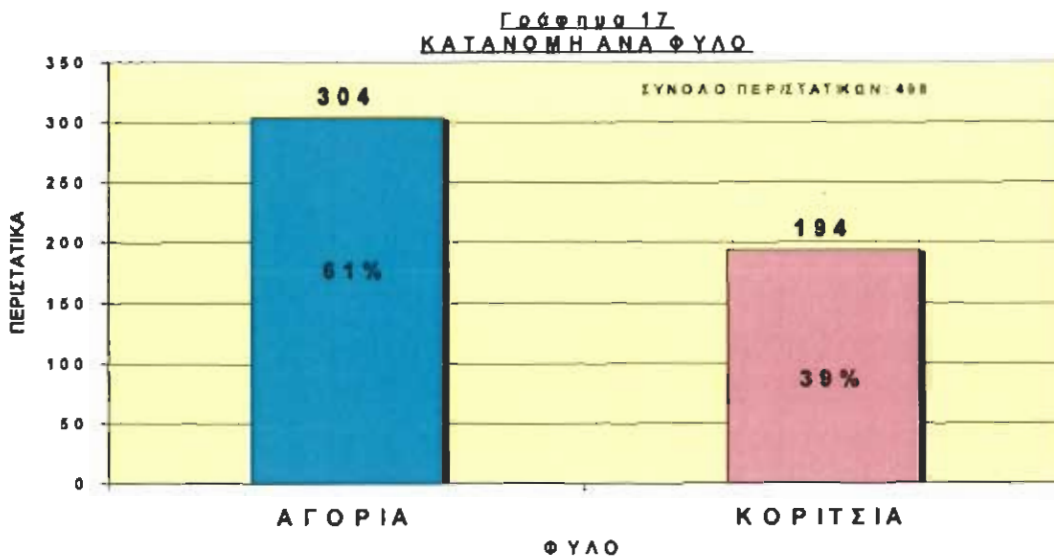


- Γράφημα.15** Το μεγαλύτερο ποσοστό των λοιμωδών νοσημάτων που εμφανίστηκε κατά τη χρονική περίοδο 1999-2004 στο Π.Π.Γ.Ν.Π., συγκεντρώνει η Μηνιγγίτιδα (αδιευκρίνιστης αιτιολογίας) με **32,6%**, ακολουθούν η φυματίωση με **14,1%**, η Βακτηριακή μηνιγγίτιδα με **10,7%**, η Σαλμονέλλα με **10%**, η Ανεμευλογιά με **8,6%**, η Ηπατίτιδα Α' με **6,8%**, η Λεπτοσπείρωση με **5,2%**, η Λεισμανίαση με **2,6%**, η Βρουκέλλωση με **2,2%**, η Ηπατίτιδα Β' με **2,2%**, ο Εχινόκοκκος με **1,6%**, ο Τέτανος με **0,8%**, η Ηπατίτιδα C' με **1,6%**, η Ελονοσία με **0,6%** και τέλος η Λέπρα και ο Δερματικός Άνθρακας με **0,2%**.

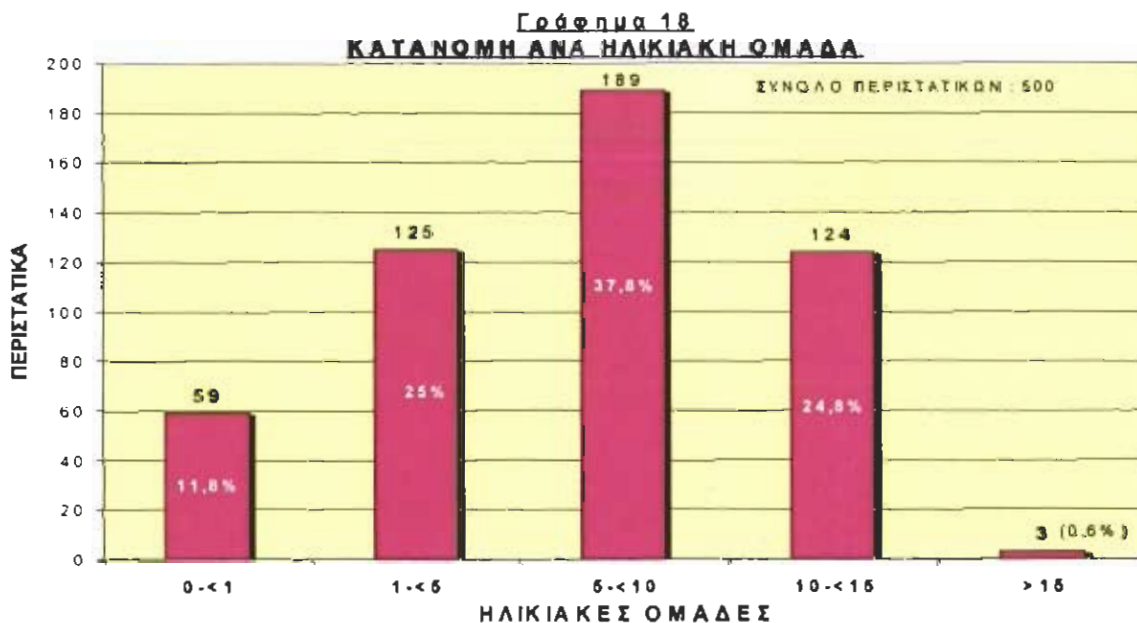
Τα αποτελέσματα της έρευνας στο **Καραμανδάνειο νοσοκομείο** ήταν τα εξής :



- Γράφημα 16** Κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης δηλώθηκαν στο Καραμανδάνειο νοσοκομείο **505** περιστατικά με κάποιο λοιμώδες νόσημα, την περίοδο **1999-2004**. Από αυτά τα **297** δηλώθηκαν στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής, δηλαδή το **59%**, ενώ **208** δε δηλώθηκαν, δηλαδή το **41%**.

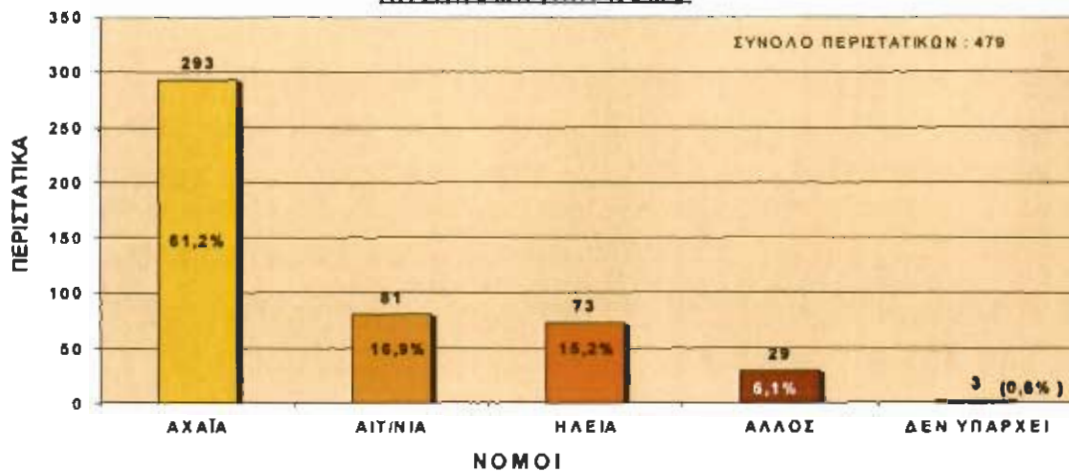


- **Γράφημα 17.** Από τα 505 καταγεγραμμένα περιστατικά, τα 498 ήταν σαφή για το καθορισμό του φύλου. Τα 304 από αυτό τον πληθυσμό ήταν αγόρια, ποσοστό που αναλογεί σε 61%, ενώ τα 194 ήταν κορίτσια, δηλαδή το 39% .



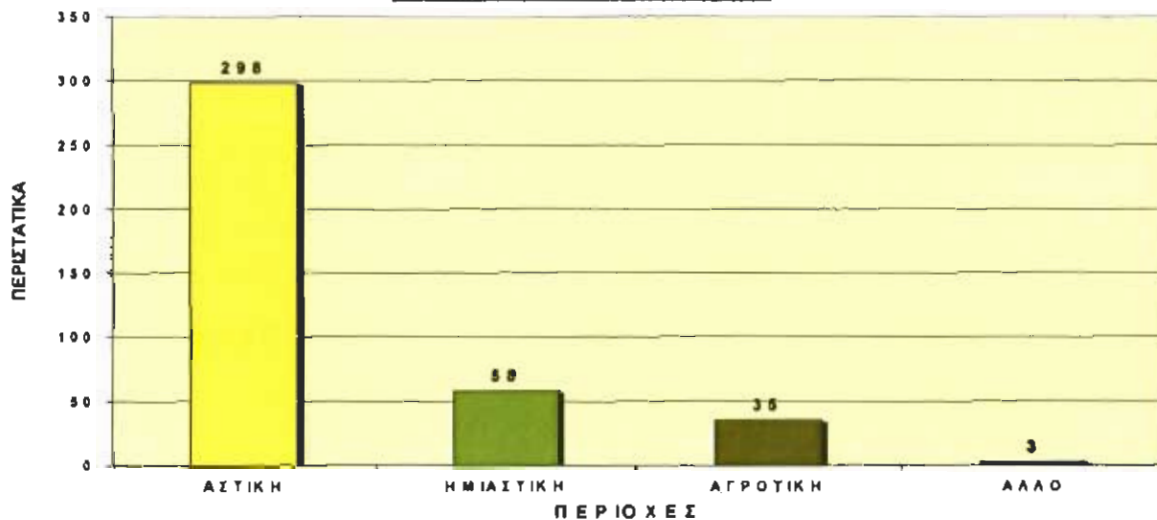
- **Γράφημα 18** Η ηλικία που μελετήθηκε ήταν από 0-15 ετών. Από τα 505 καταγεγραμμένα περιστατικά τα 500 ήταν σαφή για το καθορισμό της ηλικίας. Για τη καλύτερη απεικόνιση και κατανόηση τους, έγινε ηλικιακή κατανομή. Τα παιδιά μέχρι 1 έτους ήταν 59, ποσοστό που αναλογεί σε 11,8%. Τα παιδιά από 1-5 ετών ήταν 125, δηλαδή το 25%, τα παιδιά από 5-10 ετών ήταν 189, δηλαδή το 37,8%, που ήταν και η επικρατέστερη ομάδα και τέλος τα παιδιά άνω των 15 ετών που ήταν 3, δηλαδή 0,6%.

**Γράφημα 19**  
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΑ ΝΟΜΟ**



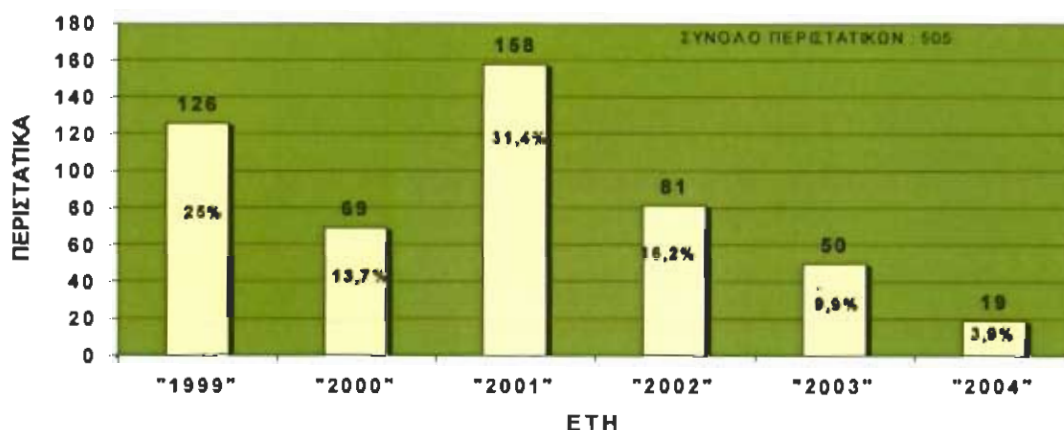
- Γράφημα 19.** Από τα 505 καταγεγραμμένα περιστατικά μόνο τα 479 είχαν σαφή καθορισμό του νομού διαμονής τους. Πρώτος νομός ήταν ο νομός Αχαΐας με 293 παιδιά, ποσοστό που αναλογεί σε 61,2%. Μετά ήταν ο νομός Αιτωλοακαρνανίας με 81 παιδιά, δηλαδή 16,9%, ο νομός Ηλείας με 73 παιδιά, δηλαδή 15,2%, άλλοι νομοί με 29 παιδιά και με ποσοστό 6,1% και νομοί που δεν ανήκουν στην Ελλάδα με 3 παιδιά, δηλαδή 0,6%.

**Γράφημα 20**  
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΑ ΠΕΡΙΟΧΗ**



- Γράφημα 20** Οι νομοί από τους οποίους προέρχονταν τα παιδιά, τις κατατάξαμε ανάλογα τις περιοχές που διέμεναν. Σύμφωνα με τον αριθμό των περιστατικών ο συνολικός πληθυσμός είναι 505 παιδιά. Από αυτά μόνο τα 394 είχαν σαφή τις περιοχές διαμονής τους. Ο μεγαλύτερος αριθμός που συγκεντρώθηκε ήταν από παιδιά που προέρχονταν από αστικές περιοχές και ήταν 298 και αντιστοιχεί σε ποσοστό 75,6%. Από τις ημιαστικές περιοχές προέρχονταν 58 παιδιά, που αναλογεί σε ποσοστό 14,7%. Από αγροτικές περιοχές προέρχονταν 35 παιδιά, δηλαδή 8,9%. Αυτές που δε μπόρεσαν να αναγνωριστούν είναι μόλις 3 και αντιστοιχεί σε ποσοστό μόλις 0,6%.

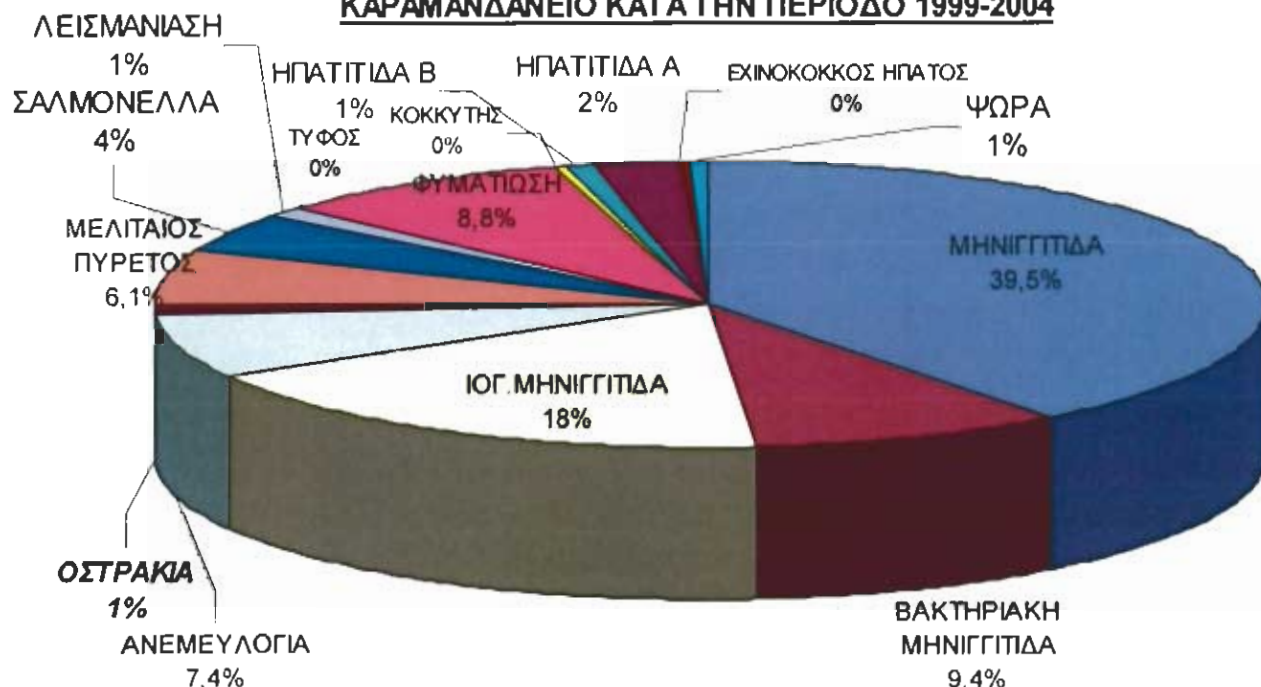
**Γράφημα 21**  
**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΕΤΟΣ**  
**(ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1999-2004)**



- Γράφημα 21** Κατά την περίοδο 1999-2004, εισήχθησαν στο Καραμανδάνειο νοσοκομείο 505 παιδιά. Το 1999 τα παιδιά που εισήχθησαν ήταν 126, που αντιστοιχεί σε ποσοστό 25%. Το 2000 ο αριθμός μειώθηκε στα 69 παιδιά, δηλαδή 13,7%. Το 2001 υπήρχε άνοδος, με αποτέλεσμα να υπάρξουν 158 εισαγωγές παιδιών, δηλαδή 31,4%. Το 2002 ο αριθμός παιδιών που εισήχθησαν ήταν 81, δηλαδή 16,1% και το 2003 ήταν 50 παιδιά, δηλαδή 9,9%. Τέλος το 2004, σε σύγκριση με τις άλλες χρονιές οι εισαγωγές ήταν μόλις 19, δηλαδή 3,9%.



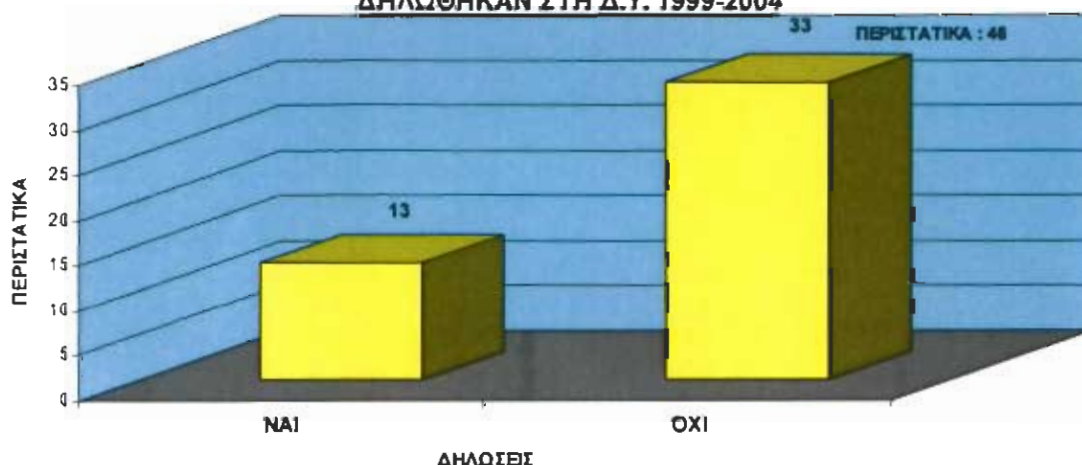
**Γράφημα 22**  
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΚΑΝ ΣΤΟ**  
**ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1999-2004**



• **Γράφημα 22** Το μεγαλύτερο ποσοστό των λοιμωδών νοσημάτων που εμφανίστηκε κατά τη χρονική περίοδο 1999-2004, συγκεντρώνει η Μηνιγγίτιδα (αδιευκρίνιστης αιτιολογίας) με **39,5%**, ακολουθούν η Ιογενής μηνιγγίτιδα με **18%**, η Βακτηριακή μηνιγγίτιδα με **9,4%**, η φυματίωση με **8,8%**, η Ανεμευλογία με **7,4%**, ο Μελιταίος πυρετός με **6,1%**, η Σαλμονέλλα με **4%**, η Ηπατίτιδα Α' με **2%**, η Ηπατίτιδα Β'-η Οστρακιά- η Ψώρα-η Λεισμανιάση με **1%** και οι υπόλοιπες με **0%**.

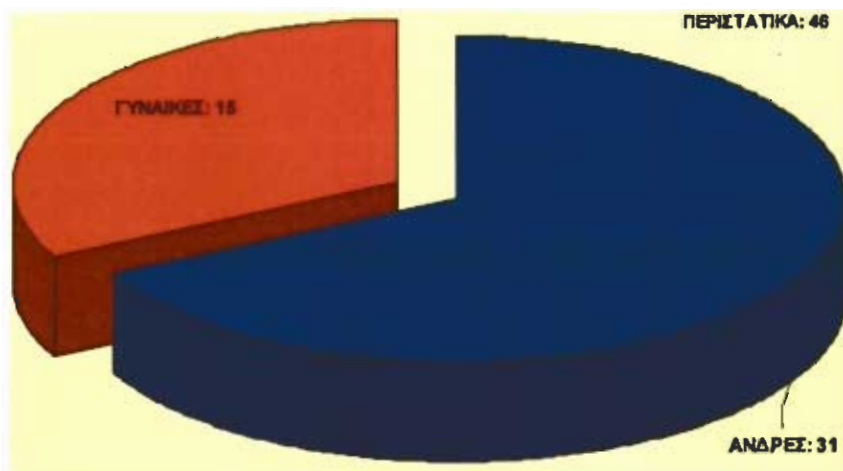
Τα αποτελέσματα της έρευνας στο Γενικό νοσοκομείο Αιγίου ήταν τα εξής :

**Γράφημα 23**  
**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ Π.Γ.Ν.Π. ΑΠΟ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ**  
**ΔΗΛΩΘΗΚΑΝ ΣΤΗ Δ.Υ. 1999-2004**



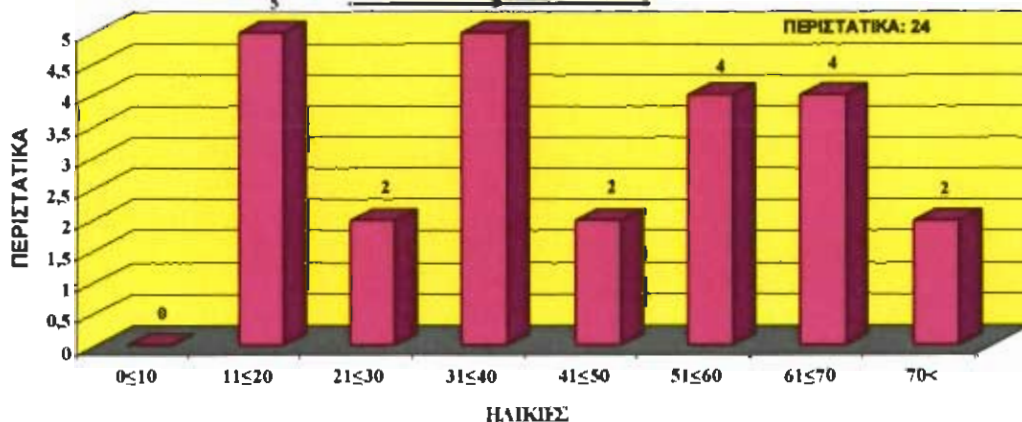
- **Γράφημα 23** Κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης δηλώθηκαν στο Γ.Ν.Αιγίου 46 περιστατικά με κάποιο λοιμώδες νόσημα, την περίοδο 1999-2004. Από αυτά τα 13 δηλώθηκαν στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής, δηλαδή το 28%, ενώ 33 δε δηλώθηκαν, δηλαδή το 72%.

**Γράφημα 24**  
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΑ ΦΥΛΟ**



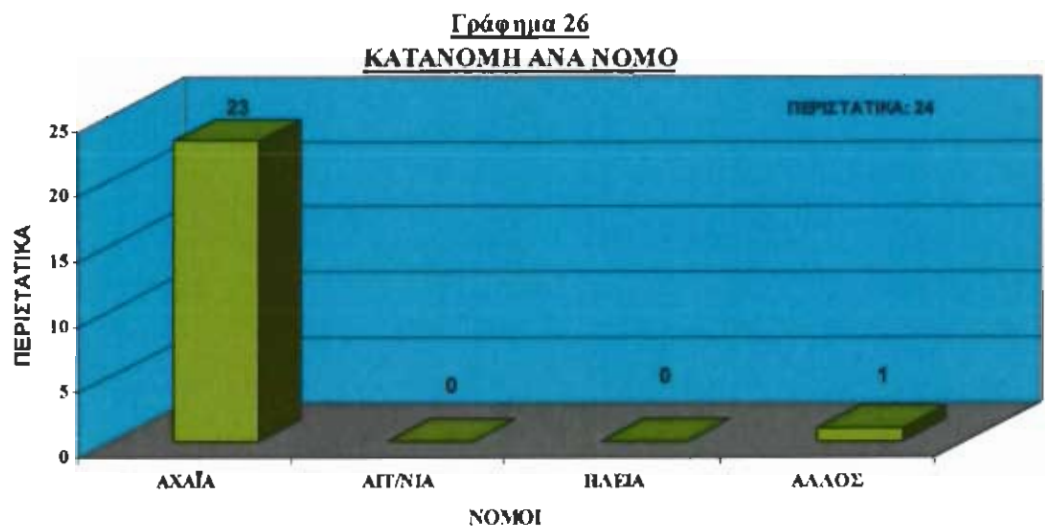
- **Γράφημα 24** Από τα 503 καταγεγραμμένα περιστατικά, τα 500 ήταν σαφή για το καθορισμό του φύλου. Τα 316 από αυτό τον πληθυσμό ήταν άντρες, ποσοστό που αναλογεί σε 63,2%, ενώ τα 184 ήταν γυναίκες, δηλαδή το 36,8% .

**Γράφημα 25**  
**ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ**

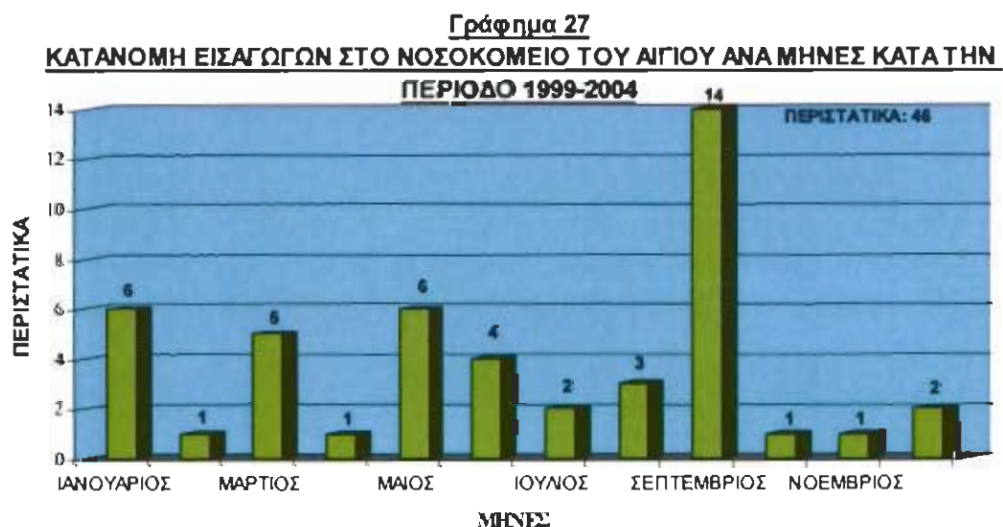


- **Γράφημα 16.25** Για τη καλύτερη απεικόνιση και κατανόηση των 46 περιστατικών, έγινε ηλικιακή κατανομή. Στις ηλικίες από 0≤10 είχαμε 0 περιστατικά. Από 11≤20 χρονών είχαμε 5 περιστατικά , δηλαδή το 20,8%. Από 21≤30 χρονών είχαμε 2 περιστατικά, δηλαδή 8,3%, από 31≤40 είχαμε 5 περιστατικά δηλαδή 20,8%. Στις ηλικίες από 41≤50 είχαμε 2

περιστατικά, δηλαδή 8,3%. Από 51≤60 είχαμε 4 περιστατικά, δηλαδή 16,7%, από 61≤70 είχαμε 4 περιστατικά, δηλαδή 16,7% και τέλος από 70 και άνω είχαμε 2 περιστατικά, δηλαδή 8,3%.

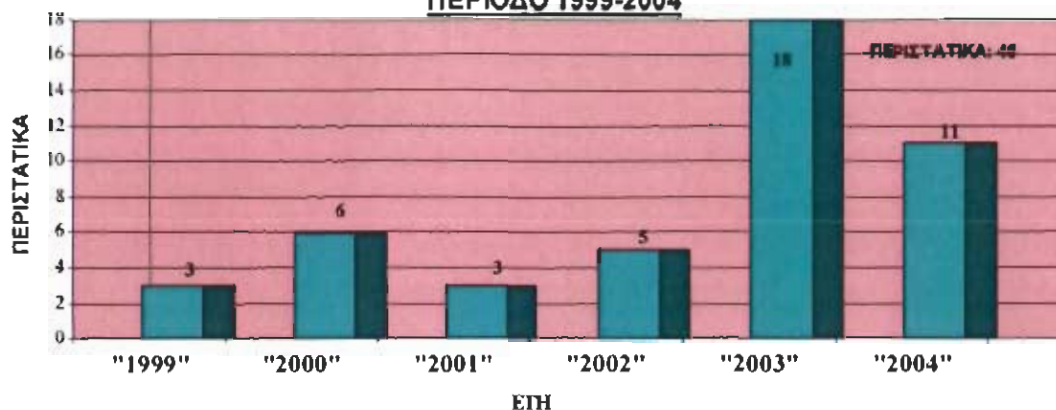


- **Γράφημα 26** Από τα 46 καταγεγραμμένα περιστατικά μόνο τα 24 είχαν σαφή καθορισμό του νομού διαμονής τους. Πρώτος νομός ήταν ο νομός Λχαΐας με 23 άτομα, ποσοστό που αναλογεί σε 95,8%. Ο νομός Αιτωλοακαρνανίας με 0 άτομα, όποτε 0%, όπως και ο νομός Ηλείας με 0 άτομα, δηλαδή 0%, άλλοι νομοί με 1 άτομα και με ποσοστό 4,2% .



- **Γράφημα 27** Παρατηρούμε ότι εισαγωγές από λοιμώδη νοσήματα στο Γ.Ν.Αιγίου την περίοδο 1999-2004 παρουσιάζουν έξαρση την άνοιξη και το καλοκαίρι. Τον Ιανουάριο είχαμε 6 περιστατικά, το Φεβρουάριο είχαμε 1, το Μάρτιο 5, τον Απρίλιο 1, το Μαιο 6, τον Ιούνιο 4, τον Ιούλιο 2, τον Αύγουστο 3, το Σεπτέμβριο 14, τον Οκτώβριο 1, το Νοέμβριο 1 και το Δεκέμβριο 2 περιστατικά.

**Γράφημα 28**  
**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΑΝΑ ΕΤΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΑΙΓΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1999-2004**



- Γράφημα 28** Κατά την περίοδο 1999-2004, εισήχθησαν στο Γ.Ν.Αιγίου 46 άτομα. Το 1999 τα άτομα που εισήχθησαν ήταν 3, που αντιστοιχεί σε ποσοστό 6,5%. Το 2000 εισήχθησαν 6 άτομα, δηλαδή 13%. Το 2001 οι εισαγωγές ήταν 3, δηλαδή 6,5%. Το 2002 ο αριθμός των ατόμων που εισήχθησαν ήταν 5, δηλαδή 10,9% και το 2003 όπου ήταν και οι περισσότερες εισαγωγές ήταν 18 άτομα, δηλαδή 39,1%. Τέλος το 2004, οι εισαγωγές ήταν 11, δηλαδή 23,9 %.

**Γράφημα 29**  
**ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΑΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΑΙΓΙΟΥ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1999-2004**



- Γράφημα 29** Το μεγαλύτερο ποσοστό των λοιμωδών νοσημάτων που εμφανίστηκε κατά τη χρονική περίοδο 1999-2004 στο Γ.Ν.Αιγίου, συγκεντρώνει η Φυματίωση με 52,2%, ακολουθούν η Σαλμονέλλα με 39,1%, η Βρουκέλλωση με 6,5% και τέλος η Ιογενής Μηνιγγίτιδα με 2,2%.



**ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κατά τη διάρκεια της παρούσας μελέτης από το έτος 1999-2004, στη Διεύθυνση Υγείας δηλώθηκαν **966** περιστατικά λοιμωδών νοσημάτων από τα οποία, τα **316** εισήχθησαν στο Π. Π. Γ. Ν. Π. , **283** περιστατικά στο Καραμανδάνειο νοσοκομείο και **217** στο Γ.Ν.Αιγίου και στα υπόλοιπα νοσοκομεία και κέντρα Υγείας του νομού Αχαΐας. Θα πρέπει να τονίσουμε βέβαια ότι υπήρχαν και **98** περιστατικά των οποίων δεν ήταν σαφής ο προσδιορισμός του νοσοκομείου που εισήχθησαν. Τα **714** περιστατικά προέρχονταν από το νομό Αχαΐας.

Στην παρούσα έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος όσο αφορά το καθορισμό του φύλου ανήκε στους άνδρες, ποσοστό που αναλογεί σε **62,9%** ενώ το **37,1%** ήταν γυναίκες.

Συνεχίζοντας την έρευνα έγινε διαχωρισμός του δείγματος ως προς την ηλικία, τονίζοντας βέβαια ότι από το αρχικό μας δείγμα (**966** περιστατικά) τα **960** περιστατικά ήταν σαφή για το καθορισμό της ηλικίας. Έτσι είχαμε ως εξής: από όλες τις καταγεγραμμένες ηλικίες η επικρατέστερη ομάδα με ποσοστό **44,6%** ήταν από  $0 \leq 10$ .

Η κατανομή ανά νομό μας έδειξε ότι μόνο τα **916** περιστατικά από το αρχικό καταγεγραμμένο δείγμα μας είχαν σαφή καθορισμό του νομού διαμονής τους με πρώτο το νομό Αχαΐας σε ποσοστό που αναλογεί σε **78,1%** , δεύτερο το νομό Αιτωλοακαρνανίας με ποσοστό **8%**, τρίτο το νομό Ηλείας με ποσοστό **6,9%** και τέλος ένα ποσοστό **7%** που συγκέντρωσαν οι υπόλοιποι νομοί.

Φυσικά κατά την περίοδο μελέτης 1999-2004 έγινε κατανομή των εισαγωγών στα νοσοκομεία ανά μήνες, δείχνοντάς μας ότι τα λοιμώδη νοσήματα παρουσιάζουν έξαρση κατά την άνοιξη και το καλοκαίρι. Έτσι τον Ιανουάριο είχαμε **45** περιστατικά, το Φεβρουάριο είχαμε **39**, το Μάρτιο **64**, τον Απρίλιο **85**, το Μάιο **83**, τον Ιούνιο **89**, τον Ιούλιο **98**, τον Αύγουστο **106**, το Σεπτέμβριο **54**, τον Οκτώβριο **47**, το Νοέμβριο **48** και το Δεκέμβριο **51** περιστατικά.

Όσο αφορά τώρα τα περιστατικά των νοσηλευομένων κατά έτος που δηλώθηκαν στη Διεύθυνση Υγιεινής εισήχθησαν **966** άτομα εκ των οποίων τα **809** ήταν σαφή στο καθορισμό του έτους εισαγωγής τους. Το **1999** τα άτομα που εισήχθησαν ήταν **134**, που αντιστοιχεί σε ποσοστό **16,6%**. Το **2000** ο αριθμός μειώθηκε στα **116** άτομα, δηλαδή **14,3%**. Το **2001** υπήρχε άνοδος, με αποτέλεσμα να υπάρξουν **251** εισαγωγές άτομα, δηλαδή **31%**. Το **2002** ο αριθμός των ατόμων που εισήχθησαν ήταν **167**, δηλαδή **20,6%** και το **2003** ήταν **73** άτομα, δηλαδή **9%**. Τέλος το **2004**, σε σύγκριση με τις άλλες χρονιές οι εισαγωγές ήταν μόλις **68**, δηλαδή **3,9%**.

Σύμφωνα με τα περιστατικά που δηλώθηκαν στη Διεύθυνση Υγιεινής την περίοδο 1999-2004 ανά νοσοκομείο παρατηρούμε ότι στο Π. Π. Γ. Ν. Π. οι εισαγωγές ήταν **331 (34,2%)** , στο Καραμανδάνειο **297 (30,7%)** , στον Αγ. Ανδρέα **174 ( 18,3%)**, **93 (10,8%)** εισαγωγές που δεν είχαν σαφή καθορισμό του έτους εισαγωγής τους και **19 (1,9%)** περιστατικά σε διάφορα άλλα νοσοκομεία.

Η κατανομή των νοσημάτων μας φανέρωσε ότι η μηνιγγίτιδα ήταν η πρώτη σε συχνότητα με ποσοστό **27,3%**, ακολουθούσε η ιογενής μηνιγγίτιδα με **19,2%** , η βακτηριακή μηνιγγίτιδα με **10,1%**, η φυματίωση με **9,7%** και η ανεμευλογιά με **6,7%**.

Τα πιο σημαντικά ευρήματα που προέκυψαν από την έρευνα ήταν ότι από τα **503** περιστατικά με λοιμώδες νόσημα που δηλώθηκαν στο Π. Π. Γ. Ν. Π. την περίοδο 1999-2004 τα **171** δε δηλώθηκαν με επικρατέστερο το νόσημα της μηνιγγίτιδας σε ποσοστό **32,6%**, ακολουθώντας η φυματίωση με **14,1%**, η βακτηριακή μηνιγγίτιδα με **10,7%** η σαλμονέλλα με **10%** και η ανεμευλογιά με **8,6%**.

Από τα **505** περιστατικά που δηλώθηκαν στο Καραμανδάνειο μόνο τα **305** είχαν δηλωθεί με επικρατέστερο και εδώ το νόσημα της μηνιγγίτιδας με **39,5%**, αμέσως επόμενο την ιογενή μηνιγγίτιδα με **18%**, τη βακτηριακή μηνιγγίτιδα με **9,4%**, τη φυματίωση με **8,8%** και την ανεμευλογιά με **7,4%**.

Τα αποτελέσματα της έρευνας στο Γ.Ν. Αιγίου έδειξαν ότι από τα **46** περιστατικά τα **33** δε δηλώθηκαν στη Διευθυνση Υγιεινής, με το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης να συγκεντρώνει η φυματίωση που αγγίζει το **52,2%** και τη σαλμονέλλα να ακολουθεί με **39,1%**, ενώ η βρουκέλλωση να έρχεται Τρίτη με **6,5%**.

Στα άλλα δύο μεγάλα νοσοκομεία του νομού Αχαΐας, στον Αγ. Ανδρέα και στο Νοσημάτων Θώρακος, υπήρχε δυσκολία συλλογής των δεδομένων που καταστύσε αδύνατη τη καταγραφή περιστατικών με λοιμώδη νοσήματα. Στον Αγ. Ανδρέα υπήρξε έλλειψη συνεργασίας για την αποκόμιση των στοιχείων, ενώ στο νοσημάτων Θώρακος, λόγω κακής εγκαταστάσεως του νοσοκομείου, τα στοιχεία δεν ήταν σε καλή κατάσταση, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ερμηνευτούν.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ -  
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**



### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

- ❖ Η μελέτη καταδεικνύει σημαντικές ανεπάρκειες του συστήματος ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων. Αυτό προκύπτει όπως είδαμε από την υποδήλωση που γίνεται από τα νοσοκομεία προς τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και απεικονίζεται στα αποτελέσματα της έρευνας όπως είδαμε πιο παραπάνω. Προκειμένου να αναπτυχθεί μια αξιόπιστη μέθοδος καταγραφής των κρουσμάτων, απαιτείται μια άρτια και εποικοδομητική συνεργασία μεταξύ των νοσοκομείων με τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής της Νομαρχίας Αχαΐας.
- ❖ Οι λόγοι για την υποδήλωση είναι :
  - ⇒ Έλλειψη ενημέρωσης και ευαισθησίας των κλινικών και εργαστηριακών ιατρών ως προς την υποχρεωτική δήλωση του νοσήματος.
  - ⇒ Εις γνώση αποφυγή δήλωσης του νοσήματος από τους ιατρούς, λόγω «κοινωνικής απομόνωσης» ή υποχρεωτικής «εργασιακής καραντίνας» των ασθενών τους.
  - ⇒ Δυσκολίες στην ανάλυση στοιχείων λόγω της ασυνέπειας ή των πλημμελών στοιχείων.
  - ⇒ Λυξάνομενος αριθμός (παράνομων) μεταναστών και προσφύγων, οι οποίοι δεν υποβάλλονται σε οποιαδήποτε πρόγραμμα ελέγχου λοιμωδών νοσημάτων.
- ❖ Αποτελεσματικός έλεγχος και πρόληψη ασθενειών, μπορεί να επιτευχθεί με οργανωμένη επιτήρηση των λοιμωδών νοσημάτων σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, προκειμένου να «ενθαρρυνθούν» προγράμματα και να αναπτυχθούν κατάλληλες πολιτικές που θα στοχεύσουν στην επίλυση των προβλημάτων. ( Βλ. Παράρτημα Πίνακες 2α-2γ)
- ❖ Για τη σωστή καταγραφή και έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων χρειάζεται:
  - ⇒ Χρειάζεται μια υπεύθυνη νοσηλεύτρια για την καταγραφή όλων των λοιμωδών νοσημάτων που εμφανίζονται στο χώρο του Νοσοκομείου.
  - ⇒ Η υπεύθυνη νοσηλεύτρια στο τέλος της εβδομάδας να δίνει τα καταγεγραμμένα περιστατικά στο Κέντρο Καταγραφής Λοιμωδών Νοσημάτων (Επιτροπή Λοιμωδών Νοσημάτων).
  - ⇒ Η νοσηλεύτρια καταγραφής Λοιμωδών Νοσημάτων να στέλνει όσα νοσήματα είναι υποχρεωτικής από το ΚΕΕΛ στη Διεύθυνση Υγιεινής της αντίστοιχης Νομαρχίας και από εκεί πρέπει να στέλνονται στο ΚΕΕΛ στο τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης.
  - ⇒ Η υπεύθυνη νοσηλεύτρια καταγραφής λοιμωδών νοσημάτων μαζί με την Επιτροπή, θα πρέπει να ενημερώνουν το προσωπικό για τα μέτρα πρόληψης που πρέπει να ακολουθεί το ίδιο το προσωπικό τόσο για τη δική του ασφάλεια όσο για την ασφάλεια του περιβάλλοντα χώρου και των ασθενών.

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Στο γενικό μέρος της έρευνας παρατίθενται βασικά στοιχεία ως προς τη νοσηλευτική αντιμετώπιση και φροντίδα ασθενούς με λοιμώδες νόσημα. Γίνεται αναφορά των λοιμωδών νοσημάτων που καταγράφηκαν στα νοσοκομεία του νομού Αχαΐας, όπου αναλύονται σε ενότητες. Οι ενότητες αυτές περιλαμβάνουν τον ορισμό, την επιδημιολογία, τον τρόπο μετάδοσης, το χρόνο επώασης, τον υποδόχο, την περίοδο μεταδοτικότητας, τη κλινική εικόνα, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τη νοσηλευτική φροντίδα και τα προληπτικά μέτρα του λοιμώδους νοσήματος.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός στην εργασία αυτή διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: α) στο γενικό και β) στον ειδικό. Ο α) γενικός σκοπός είναι η συμβολή της νοσηλευτικής επιστήμης στη διαφώτιση του κοινού και στην εφαρμογή μέτρων πρόληψης από τα λοιμώδη νοσήματα και ο β) ειδικός σκοπός επιβεβαιώνει το γενικό, μέσα από την παρατήρηση του επιπέδου στο οποίο βρίσκονται τα λοιμώδη νοσήματα στο νομό Αχαΐας τα τελευταία πέντε χρόνια. Μέσα από την παρατήρηση θα αξιολογήσουμε τη κατάσταση, θα εκτιμήσουμε τα δεδομένα, θα προγραμματίσουμε και θα εφαρμόσουμε τις απαραίτητες νοσηλευτικές ενέργειες..

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Το υλικό και η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην ερευνητική διαδικασία ήταν η επισκόπηση. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο (15) ερωτήσεων ανοικτού τύπου και τα δεδομένα αναλύθηκαν με το λογισμικό SPSS v.13.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Παρατηρήθηκε ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών που καταγράφηκαν στα νοσοκομεία της Πάτρας, προέρχονταν κυρίως από το νομό Αχαΐας αλλά και από την Αιτωλοακαρνανία, την Ηλεία και άλλους νομούς της Ελλάδας. Οι περισσότεροι που νοσηλεύθηκαν τόσο στα νοσοκομεία όσο και από την καταγραφή στη Διεύθυνση Υγείας, ήταν άντρες. Η καταγραφή των ασθενών με λοιμώδη νοσήματα υποχρεωτικά δηλωθέντα στη Διεύθυνση Υγείας ήταν 966 για την περίοδο 1999-2004, ενώ από τα 3 μεγάλα νοσοκομεία του νομού Αχαΐας με εξαίρεση το νοσοκομείο του Αγ. Ανδρέα, ο αριθμός των καταγεγραμμένων ατόμων με λοιμώδη νοσήματα ήταν 1054.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Συγκριτικά με τις δηλώσεις, που υπάρχουν στο Κ. Ε. Ε. Α., περιστατικών με λοιμώδη νοσήματα στη Δυτική Ελλάδα τη χρονική περίοδο 1999-2003, συμπεραίνουμε ότι υπάρχει μεγάλη υποδήλωση και γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται ένας πιο αποτελεσματικός έλεγχος και πρόληψη των ασθενειών που εμφανίζονται.

**SUMMARY**

*In the general part of research are mentioned basic elements as for the nursing confrontation and care of patient with pestiferous disease. Becomes report of pestiferous diseases that was recorded in the hospitals of Achaia's prefecture, where they are analyzed in units. These units include the definition, the epidemiology, the way of transmission, the time of incubation, reservoir, the period of infectiousness, the clinical picture, the diagnosis, the treatment, the nursing care and the preventive metres of pestiferous disease.*

**AIM:** *The aim in this work is distinguished in two categories: a) in general and b) in the expert. The a) general aim is the contribution of nursing science in the enlightenment of public and in the application of metres of prevention from the pestiferous diseases and the b) special aim confirms general, through the observation of level in which they find the pestiferous diseases in the Achaia's prefecture during the last five years. Through the observation we will evaluate the situation, we will appreciate the data, we will program and apply the essential nursing energies.*

**MATERIAL AND METHOD:** *The material and the method that was used in the inquiring process was the review. Were used questionnaire of (15) questions of open type and the data were analyzed with computational SPSS v. 13.0.*

**RESULTS:** *Was observed that a big number of patients that was recorded in the hospitals of Patras, emanated mainly from the Achaia's prefecture but also from Etoloakarnania, Ilia and other prefectures of Greece. Most that were nursed so much in the hospitals what from the recording in the Address of Health, were men. The recording of patients with pestiferous diseases obligatory declared in the Address of Health was 966 for period 1999-2004, while from the 3 big hospitals of prefecture Achaia with the exception of the hospital of Ag. Andrea, the number of known nursed individuals with pestiferous diseases was 1054.*

**CONCLUSION:** *Comparatively with the statements, that exist in K. E. E. L., incidents with pestiferous diseases in Western Greece time period 1999-2003, we conclude that exists big connotation and for this will be supposed become a more effective control and prevention of illnesses that is presented.*

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τριχόπουλος Δ. , Τριχοπούλου Α. : Προληπτική ιατρική, επίτομος, έκδοση 32<sup>η</sup>, εκδόσεις Παρισιάνος Γρηγόριος, Αθήνα 1986, σ. 219-225
2. Τριχόπουλος Δ. , Καλαποθάκη Β. , Πετρίδου Ε. : Προληπτική ιατρική και δημόσια υγεία, επίτομος, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 2000, σ.221-228
3. Μαλγαρινού Α. Μ., Κωσταντινίδου Φ. Σ. : Νοσηλευτική παθολογική-χειρουργική, τόμος β', μέρος 2<sup>ο</sup>, έκδοση δέκατη ένατη, εκδόσεις Η Ταβιθά, Αθήνα 2000, σ. 178-179, 197-206, 214-218, 225-234
4. Δημητρακόπουλος Γ. : Ιατρική βακτηριολογία, τόμος 1<sup>ος</sup>, έκδοση πρώτη, ιατρικές εκδόσεις, Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1993, σ. 65-69
5. Mc Innes M-E. : *Essentials of communicable disease, second edition, published by C. V. Mosby Company, U. S. A. 1975, p. 101-104, 114-118*
6. Δετοράκης Ι. : Σημειώσεις Υγιεινής 2, εκδόσεις ΑΤΕΙ. Πάτρα 2001, σ. 151-180
7. Higgins Elisabeth, Du Vivier Anthony: *Skin disease in childhood and adolescence, published by Blackwell science Ltd, London 1996, p.78-88*
8. Πάνου Μ.: Μικροβιακή μηνιγγίτιδα- Παιδιατρική νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση τέταρτη, εκδόσεις βήτα, Αθήνα 2004, σ. 394
9. Κονδάκης Ξ. : Στοιχεία υγιεινής και επιδημιολογίας, επίτομος, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις, Πατρα 1992, σ. 309
10. Robbins, Cotran, Kumar, Collins : Παθολογοανατομική βάση της νόσου, επιμέλεια Μπονίκος Δ. , έκτη έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανου Α. Ε., Αθήνα 2003, σ. 242, 523-524
11. Μαλακά-Ζαφειρίου Κ.: Παιδιατρική, έκδοση β', εκδόσεις University studio press Α. Ε. , Θεσσαλονίκη 2003, σ. 253, 274-6, 284-287, 311-312
12. Κατσουγιαννόπουλος Χρ. Β. : Υγιεινή και κοινωνική ιατρική, τόμος δεύτερος, εκδοτικός οίκος αδελφών Κυριακίδη Α. Ε. , Θεσσαλονίκη 2004, σ. 242-285

13. Δετοράκης Ι. : Βασικές αρχές υγιεινής, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε. , Αθήνα 2003, σ.118-121
14. Evans S. A. , Feldman A. H.: *Bacterial infections of humans epidemiology and control, published by Plenum publishing company, New York 1982, p. 119-135, 327-344*
15. Δετοράκης Ι. : Σημειώσεις Υγιεινής Ι, εκδόσεις ΑΤΕΙ, Πάτρα 2002, σ. 21-32, 44-53, 60-63
16. Benenson A. S. : *Control of Communicable Diseases in man, fourteenth edition, published by American public health association, Washington, DC 1985, p. 214-216, 341-343*
17. Μαλγαρινού Α. Μ. , Κωσταντινίδου Φ. Σ. : *Νοσηλευτική γενική παθολογική-χειρουργική, τόμος α΄, έκδοση εικοστή τρίτη, εκδόσεις Η Ταβιθά, Αθήνα 2002, σ. 381-382*
18. Evans S. A. : *Viral infections of humans epidemiology amd control, published by Plenum publishing, New York 1976, p.235-249*
19. Field D. J. , Isaacs D. , Stroobant J. : *Tutorial in Paedriatic differential diagnosis, second edition, edited by Elsevier's limited, Philadelphia 2005 (U. S. A.), p. 241*
20. Silver, Kempe, Bruyn, Fulginiti's: *Συνοπτική παιδιατρική, επίτομος, Βουδούρης Ελ.,εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1994, σ. 596-597, 656*
21. Noone J.: *Diagnosis and treatment of leptospirosis in the primary care setting, Nurse pract. 1998 May, 23(5) : 62-64, 66, 68*
22. CDC (Centers for Disease Control and Prevention): *Leptospirosis, Atlanta, October 12, 2005*
23. Nelson, Behrman, Kliegman, Arvin : *Παιδιατρική, τόμος δεύτερος, δέκατη πέμπτη έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2000, σ. 1235-1236*
24. Cohen L. , Manion L. : *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας, εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα 2000, σ. 115-118*



25. Σαχίνη-Καρδάση Α. : Μεθοδολογία έρευνας, έκδοση τρίτη, εκδόσεις βήτα, Αθήνα 2004, σ.115-116
26. Κέντρο Ελέγχου Ειδικών λοιμώξεων (2005) :Τμήμα επιδημιολογικής επιτήρησης και παρέμβασης, <http://www.keel.org.gr> [ 12/1/06 ]

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- 1) ΦΥΛΟ
- 2) ΗΛΙΚΙΑ
- 3) ΔΙΑΜΟΝΗ
- 4) ΝΟΜΟΣ
- 5) ΠΕΡΙΟΧΗ
- 6) ΝΟΣΟΣ 1
- 7) ΝΟΣΟΣ 2
- 8) ΝΟΣΟΣ 3
- 9) ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ
- 10) ΜΗΝΑΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ
- 11) ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ
- 12) ΗΜΕΡΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ
- 13) ΜΗΝΑΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ
- 14) ΕΤΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ
- 15) ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΗ Δ. Δ. Υ.

Παραθέτουμε πιο κάτω την καταγραφή των λοιμοδών νοσημάτων στη Δυτική Ελλάδα την περίοδο 1999-2004 σύμφωνα με το **Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης του Κ.Ε.Ε.Λ.** κατά έτος, για Σαλμονέλλωση, Βρουκέλλωση, Ηπατίτιδα Α', Φυματίωση, Βακτηριακή και Ιογενή Μηνιγγίτιδα, Ηπατίτιδα Β', Λεπτοσπείρωση και Τέτανο. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής :

**Πίνακας 2α** Δηλωθέντα κρούσματα νοσημάτων υποχρεωτικής δήλωσης κατά έτος στο ΚΕΕΛ

ΕΤΟΣ	ΝΟΣΗΜΑ			
	ΣΑΛΜΟΝΕΛΛΩΣΗ	ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗ	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α'	ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ
1999	8	62	11	61
2000	12	74	8	56
2001	18	32	11	20
2002	4	24	27	27
2003	80	15	16	34
2004	90	13	1	61

**Πίνακας 2β** Δηλωθέντα κρούσματα νοσημάτων υποχρεωτικής δήλωσης κατά έτος στο ΚΕΕΛ

ΕΤΟΣ	ΝΟΣΗΜΑ		
	ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ	ΙΟΓΕΝΗΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ
1999	39	78	117
2000	44	48	92
2001	41	186	227
2002	46	64	110
2003	29	37	66
2004	18	22	40

**Πίνακας 2γ** Δηλωθέντα κρούσματα νοσημάτων υποχρεωτικής δήλωσης κατά έτος στο ΚΕΕΛ

ΕΤΟΣ	ΝΟΣΗΜΑ		
	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β΄	ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ	ΤΕΤΑΝΟΣ
1999	1	4	0
2000	7	1	6
2001	4	7	0
2002	2	4	0
2003	7	10	2
2004	3	4	1

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Εθνικό Κέντρο Επιδημιολογικής Παρακολούθησης και Παρέμβασης  
(ΕΚΕΠΑΠ)

Μακεδονίας 6-8 Τ.Κ 104 33 Τηλ.8840770 Fax: 8842011-2 Website: NCSI.GR

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑΣ

Ημερομηνία.....

Νοσοκομείο..... Ημ/νία κλινικής έναρξης της νόσου.....

Επώνυμο ασθενούς..... Όνομα.....

Όν. Πατρός..... Τηλ.....

Ηλικία..... Έτη.... Μήνες.... Φύλο: Άρρεν.... Θύλη....

Νομός..... Πόλη/Χωριό..... Δ/ση κατοικίας.....

**Εργαστηριακά ευρήματα :**

Γενική ΕΝΥ: Όψη..... Λεύκωμα.....

ΕΝΥ Λευκά..... Γλυκόζη.....

Τύπος: Π:.....% Λ:.....%

**ΕΝΥ**

	Θετικό	Αρνητικό	Δεν έγινε	Αναμένεται
Άμεσο παρασκεύασμα				
Καλλιέργεια				
Ανίχνευση αντιγόνου (Latex)				

**ΑΙΜΑ**

	Θετική	Αρνητική	Δεν έγινε	Αναμένεται
Καλλιέργεια				
Ανίχνευση αντιγόνου (Latex)				

Μικροοργανισμός ή αντιγόνο που απομονώθηκε :

Μηνιγγιτιδόκοκκος Οροομάδα.....

Αιμόφιλος

Πνευμονιόκοκκος

Μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης

Άλλο βακτήριο Προσδιόρισε:.....

Ιός Προσδιόρισε:.....

Άλλο Προσδιόρισε:.....

Κλινική μορφή της νόσου: Μηνιγγίτιδα Ναι.....Όχι..... Σηψαιμία Ναι..... Όχι.....

Διάγνωση είναι : Ύποπτη..... Πιθανή..... Βεβαιωμένη.....\*

Έκβαση νόσου : Ίαση..... Μόνιμες βλάβες..... Θάνατος.....

\*Με βάση την κλινική περιγραφή των νοσημάτων

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Μακεδονίας 6-8 • 104 33 Αθήνα  
 Τηλ. 210 8599 000  
 Φαξ: 210 8818 868 • E-mail: epid@keel.org.gr  
 Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων: 210 8842 011

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ11**  
**ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α, ΟΞΕΙΑ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα: \_\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
 Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

ΝΟΜ. \_\_\_\_\_

**ΑΙΣΘΗΝΗΣ**

1.1 Επώνυμο: \_\_\_\_\_ ► Όνομα: \_\_\_\_\_

1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Η ηλικία: \_\_\_\_ ετών μηνών ημερών  
(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ)

1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: \_\_\_\_\_ ► Πόλη/χωριό: \_\_\_\_\_

Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/νση: \_\_\_\_\_ ► Τηλ.: \_\_\_\_\_

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Σχέση: \_\_\_\_\_

2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ. σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Παιδιά: \_\_\_\_\_

2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Παιδιά: \_\_\_\_\_

2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: \_\_\_\_\_  
 ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο → \_\_\_\_\_

2.5 Ταξίδεψε πρόσφατα στο εξωτερικό;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού-πότε: \_\_\_\_\_  
(κατά τις 2-6 εβδομ. πριν από έναρξη νόσου)

2.6 Εργάζεται σε παιδικό σταθμό;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Παιδιά: \_\_\_\_\_

2.7 Εργάζεται σε χειρισμό τροφίμων;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού: \_\_\_\_\_

2.8 Έχει χρόνια ηπατοπάθεια;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Τι: \_\_\_\_\_

2.9 Εμβολιασμός για Ηπ. Α;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ → Αριθ. δόσεων: \_\_\_\_\_

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ  
 ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: \_\_\_\_\_ → Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.3 Ίκτερος;  ΟΧΙ  ΝΑΙ

3.4 Κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ

3.5 Έκβαση:  Ίαση  Ακόμη ασθενής  Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Ο/η θεράπων ιατρός: \_\_\_\_\_ Υπογραφή (δ. σφραγίδα)

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: \_\_\_\_\_

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Ηπ. Α	4.1 Ολικό anti-HAV: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.2 anti-HAV IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ
Ηπ. Β	4.3 HBsAg: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.4 anti-HBc IgM: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ
Ηπ. C	4.5 anti-HCV (ΕΙΑ): <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	4.6 Άλλα εύρημα: _____
Βιοχημ.	4.7 SGOT/AST (U/L): _____	4.8 SGPT/ALT (U/L): _____

Υπογραφή (δ. σφραγ. 5α)

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: \_\_\_\_\_

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Μακεδονίας 6-B • 104 33 Αθήνα

Τηλ 210 8899 000  
 Φαξ 210 8818 868 • E-mail: [epid@keel.org.gr](mailto:epid@keel.org.gr)  
 Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων 210 8842 011

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ18**  
**ΛΕΠΤΟΣΠΕΙΡΩΣΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
 Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης  
 που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

**ΑΙΘΕΝΗΣ**

1.1 Επώνυμο: \_\_\_\_\_ ► Όνομα: \_\_\_\_\_

1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Η ηλικία: \_\_\_\_ ετών \_\_\_\_ μηνών \_\_\_\_ ημερών  
(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΟΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ

1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: \_\_\_\_\_ ► Πόλη/χωριό: \_\_\_\_\_

Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/νση: \_\_\_\_\_ ► Τηλ.: \_\_\_\_\_

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Σχέση: \_\_\_\_\_

2.2 Ζει σε ομαδική διαβίωση;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά: \_\_\_\_\_

2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά: \_\_\_\_\_

2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: \_\_\_\_\_  
 ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο → \_\_\_\_\_

2.5 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού-πότε: \_\_\_\_\_  
(κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)

2.6 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου;  ΟΧΙ  Αγρότης  Κτηνοτρόφος  Κρεοπώλης/σφαγεία  
 Σε αποχετεύσεις  Άλλο → \_\_\_\_\_

2.7 Δραστηριότητα υψηλού κινδύνου;  ΟΧΙ  Κυνήγι  Κατασκήνωση κ.ά.  Σπορ σε ποτάμια/λίμνες  
(κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ  
 ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: \_\_\_\_\_

3.3 Σε ανοσοκαταστολή;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Αιτία: \_\_\_\_\_

3.4 Εκδηλώσεις:  Ίκτερος  Νεφρική ανεπάρκεια  Ηπατική ανεπάρκεια  
 Αιμορραγικό εξάνθημα  Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα  Άλλο → \_\_\_\_\_

3.5 Έκβαση:  Ίαση  Ακόμη ασθενής  Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛ  
**ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ**

Κατάταξη  Επιβεβαιωμένο  
 κρούσματος:

→ Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Ο/η θεράπων ιατρός:

Υπογραφή (& σφραγίδα)

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό:  APN  ΘΕΤ  Δεν έγινε  Αναμείνεται

4.2 Ανίχνευση *Leptospira* με ανοσοφθορισμό:  ΟΧΙ  ΝΑΙ

4.3 Ορολογική εξέταση:  APN  ΘΕΤ  Δεν έγινε ► Μέθοδος: \_\_\_\_\_

4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: \_\_\_\_\_

4.5 Ορότυπος λεπτόσπειρας: \_\_\_\_\_

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

Υπογραφή (& σφραγίδα)

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ  
 ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΥΣΗΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Μακεδονίας 6-8 • 104 33 Αθήνα

Τηλ 210 8899 000  
 Φαξ 210 8818 868 • E-mail: erio@keel.org.gr  
 Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων 210 8842 011

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ • ΥΔ17  
**ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ► Μονάδα υγείας / ιδιώτης  
 που δηλώνει το κρούσμα: \_\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
 Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

ΝΟΜ

**ΜΟΡΦΗ ΝΟΣΟΥ**

Σπλαχνική  Δερματική

**ΑΙΘΕΝΗΣ**

1.1 Επώνυμο: \_\_\_\_\_ ► Όνομα: \_\_\_\_\_  
 1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Η Ηλικία: \_\_\_\_ ετών μηνών ημερών  
(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΛΑΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)  
 1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ  
 1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: \_\_\_\_\_ ► Πόλη/χωριό: \_\_\_\_\_  
 Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση: \_\_\_\_\_ ► Τηλ.: \_\_\_\_\_

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Σχέση: \_\_\_\_\_  
 2.2 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά: \_\_\_\_\_  
 2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: \_\_\_\_\_  
 ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο →  
 2.4 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού-πότε: \_\_\_\_\_  
(κατά τους 12 μήνες πριν από έναρξη νόσου)  
 2.5 Υπάρχει σκύλος στο σπίτι; Έχει/είχε kala-azar;  ΟΧΙ σκύλος  ΝΑΙ σκύλος  
Οχι γνωστό kala-azar  ΝΑΙ σκύλος/  ΝΑΙ kala-azar  
 2.6 Υπάρχουν αδέσποτα σκυλιά κοντά στο σπίτι;  ΟΧΙ  ΝΑΙ  
 2.7 Υπάρχουν σκνίπες στην περιοχή κατοικίας;  ΟΧΙ  ΝΑΙ

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛ  
**ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ**

Κατάσταση  Επιβεβαιωμένο  
 κρούσματος:

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: \_\_\_\_\_

→ Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.3 Έχει νόσο που προκαλεί ανοσοκαταστολή;  ΟΧΙ  ΑΓΝ  ΝΑΙ → Τι: \_\_\_\_\_  
 3.4 Εκδηλώσεις:  Παρατεταμένος πυρετός  Ηπατο-ή σπληνο-μεγαλία  Λεμφαδενοπάθεια  
 Δερματικές οξείες βλάβες  Δερματικές ελκώδεις βλάβες  Βλεννογόνοι βλάβες  
 3.5 Έκβαση:  Ίαση  Ακόμη ασθενής  Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Ο/η θεράπων ιατρός: \_\_\_\_\_

Υπογραφή (Δ. σφραγίδα)

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: \_\_\_\_\_

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

4.1 Παρασπολογική εξέταση: ► Υλικό:  APN  ΘΕΤ  Δεν έγινε  Ανα-  
 μένεται  
 4.2 Ορολογική εξέταση:  APN  ΘΕΤ  Δεν έγινε ► Μέθοδος: \_\_\_\_\_

4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: \_\_\_\_\_

4.4 Είδος λείσμανιας: \_\_\_\_\_

Υπογραφή (Δ. σφραγίδα)

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: \_\_\_\_\_

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ  
 ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΠΙΝΑΚΑ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Μακισσών 8-8 • 104 33 Αθήνα

Τηλ. 210 8899 000  
 Φαξ: 210 8818 868 • E-mail: eris@keel.org.gr  
 Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων: 210 8842 011

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ16**  
**ΕΧΙΝΟΚΟΚΚΙΑΣΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
 Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

ΝΟΜ:

\_\_\_\_\_

<b>Α Σ Θ Ε Ν Η Σ</b>	
1.1 Επώνυμο:	► Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	Η Ηλικία: ____ ετών μνηών ημερών <small>(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ)</small>
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	<small>(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)</small>
1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός:	► Πόλη/χωριό:
Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/νση:	► Τηλ.:
<b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ</b>	
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:	
2.2 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά:	
2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:	
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι: <input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο →	
ΕΑΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ: ► Έτος εγκατάστασης στην Ελλάδα: ____	
2.4 Έχει συστηματική επαφή με ζώα: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι:	
2.5 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου: <input type="checkbox"/> Κτηνοτρόφος <input type="checkbox"/> Κτηνίατρος <input type="checkbox"/> Άλλο → Τι:	
<b>ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛ <b>ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ</b>
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	Κατάταξη <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο κρούσματος:
ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____
3.3 Παλαιό ιστορικό εχινόκοκκιασης: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τύπος:	
3.4 Εκδηλώσεις: <input type="checkbox"/> Καμία (τυχαίο εύρημα) <input type="checkbox"/> Ηπατομεγαλία <input type="checkbox"/> Βήχας <input type="checkbox"/> Αιμόπτυση <input type="checkbox"/> Αναφυλακτική αντίδραση	
3.5 Εντόπιση: <input type="checkbox"/> Ηπατική <input type="checkbox"/> Πνευμονική <input type="checkbox"/> Άλλη → Πού:	
3.6 Μορφή: <input type="checkbox"/> Μονήρης κύστη <input type="checkbox"/> Πολλαπλές κύστεις	
3.7 Θεραπεία: <input type="checkbox"/> Φαρμακευτική <input type="checkbox"/> Χειρουργική	
3.8 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	
► Ο/η θεράπων ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</b>	
4.1 Έλεγχος αντισωμάτων: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> GET <input type="checkbox"/> Δεν έγινε → Μέθοδος:	
4.2 Παθολογοανατομικός έλεγχος: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> GET <input type="checkbox"/> Δεν έγινε <input type="checkbox"/> Αναμένεται	
4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:	
4.4 Είδος εχινόκοκκου:	Υπογραφή (& σφραγίδα)
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Μακεδονίας 6-8 • 104 33 Αθήνα

Τηλ. 210 8899 000  
 Φαξ: 210 8818 868 • E-mail: epi0@keel.org.gr  
 Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων: 210 8842 011

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ3**  
**ΕΛΟΝΟΣΙΑ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
 Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης  
 που δηλώνει το κρούσμα:

NOM

\_\_\_\_\_

**ΑΙΘΕΝΗΣ**

1.1 Επώνυμο:

► Όνομα:

1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Η Ηλικία: \_\_\_\_

ετών μηνών ημερών

1.3 Φύλο:

Άρρεν

Θήλυ

(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ  
 ΑΓΝΟΣΤΗ Η ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ)

(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός:

► Πόλη/χωριό:

Στοιχεία για  
 επικοινωνία:

► Δ/ση:

► Τηλ.:

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα:

ΟΧΙ

ΝΑΙ → Σχέση:

2.2 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα:

ΟΧΙ

ΝΑΙ → Ποιά:

2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα:

ΟΧΙ

ΝΑΙ → Χώρα:

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ:

► Είναι:

Μετανάστης

Ταξιδιώτης

Άλλο →

2.4 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό:

(κατά τους 10 μήνες πριν από έναρξη νόσου)

ΟΧΙ

ΝΑΙ → Πού-πότε:

► Ημ/νία άφιξης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Έλαβε χημειοπροφύλαξη:

ΟΧΙ

ΝΑΙ → Τι:

2.5 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου:

ΟΧΙ

Ναυτικός

Άλλο →

2.6 Μετάγγιση αίματος/παραγώγων:

(κατά τους 3 μήνες πριν από έναρξη νόσου)

ΟΧΙ

ΝΑΙ → Τι-πού-πότε:

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο:

ΟΧΙ

ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ:

► Νοσοκομείο:

→ Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛ  
**ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ**

Κατάταξη  
 κρούσματος:

Επιβεβαιωμένο

3.3 Προηγούμενο ιστορικό ελονοσίας:

ΟΧΙ

ΝΑΙ → Πότε (έτος): \_\_\_\_

3.4 Εκδηλώσεις:

Πυρετός → Τύπος πυρετού:

Σπληνομεγαλία

Αναμία

Εκδηλώσεις από ΚΝΣ

Χωρίς συμπτώματα

3.5 Έκβαση:

Ίαση

Ακόμη ασθενής

Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Ο/η θεράπων ιατρός:

Υπογραφή (& σφραγίδα)

► Τηλέφωνα για συνεννόηση:

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

4.1 Μικροσκοπική εξέταση:

ΑΡΝ

ΘΕΤ

Δεν έγινε

4.2 Ανίχνευση DNA *Plasmodium* (PCR):

ΑΡΝ

ΘΕΤ

Δεν έγινε

Ανα-  
 μένεται

4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:

4.4 Είδος πλασμοδίου:

Υπογραφή (& σφραγίδα)

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ  
 ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Η ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Μακισδονίας 6-8 • 104 33 Αθήνα

Τηλ. 210 8899 000  
 Φαξ: 210 8818 868 • E-mail: [epid@keel.org.gr](mailto:epid@keel.org.gr)  
 Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων: 210 8842.011

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ15**  
**ΒΡΟΥΚΕΛΛΩΣΗ, ΛΙΣΤΕΡΙΩΣΗ, ΠΥΡΕΤΟΣ Q**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
 Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης  
 που δηλώνει το κρούσμα: .....

ΝΟΜ

.....

**Ν Ο Σ Η Μ Α**

Βρουκέλλωση       Λιστερίωση       Πυρετός Q, οξεία λοίμωξη

**Α Ι Σ Θ Ε Ν Η Σ**

1.1 Επώνυμο: ..... ► Όνομα: .....  
 1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Η Ηλικία: \_\_\_\_ ετών μηνών ημερών  
 1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ (ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)  
 1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: ..... ► Πόλη/χωριό: .....  
 Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση: ..... ► Τηλ.: .....

**Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Σχέση: .....  
 2.2 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά: .....  
 2.3 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: .....  
 ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο → .....  
 2.4 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού-πότε: .....  
 2.5 Επάγγελμα υψηλού κινδύνου;  ΟΧΙ  Αγρότης  Κτηνοτρόφος  Κρεοπώλησ/σφαγείο  
 Κτηνίατρος  Άλλο → .....  
 2.6 Επαφή με αγροτικά κατοικίδια ζώα; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Τι-πού-πότε: .....  
 2.7 Μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Τι-πού-πότε: .....

**Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ  
 ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: .....  
 3.3 Ειδική κατάσταση:  Ανοσοκαταστολή  Εγκυμοσύνη  Νεογνό (για Λιστερίωση)  
 3.4 Κύριες εκδηλώσεις: .....  
 3.5 Έκβαση:  Ίαση  Ακόμη ασθενής  Θάνατος → Ημ/νιο θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛ  
**ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ**  Επιβεβαιωμένο  
 Κατάταξη κρούσματος:  Πιθανό

→ Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Ο/η θεράπων ιατρός: .....  
 ► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....  
 Υπογραφή (& σφραγίδα):

**Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α**

4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό:  ΑΡΝ  ΘΕΤ  Δεν έγινε  Αναμένεται  
 4.2 Ορολογική εξέταση:  ΑΡΝ  ΘΕΤ  Δεν έγινε ► Μέθοδος: .....  
 4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: .....  
 4.4 Είδος/τύπος παθογόνου: .....  
 ► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....  
 Υπογραφή (& σφραγίδα):

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ  
 ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Η ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΑΧΑΪΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Μακεδονίας 6-8 • 104 33 Αθήνα  
 Τηλ. 210.8899.000  
 Φαξ, 210.8818.868 • E-mail: epid@keel.org.gr  
 Φαξ, για δηλώσεις νοσημάτων: 210.8842.011

**ΑΜΕΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ  
 ΣΤΟ ΚΕΕΛ: 210.8899.000**

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ1  
 ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΜΕΣΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ**

- ▶ Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- ▶ Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα: \_\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
 Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

ΝΟΜ

\_\_\_\_\_

<b>Ν Ο Σ Η Μ Α</b>			
<input type="checkbox"/> Αλλαντίαση	<input type="checkbox"/> Εγκεφαλίτιδες από αρμπο-ιούς	<input type="checkbox"/> Λύσσα	<input type="checkbox"/> ΣΟΑΣ (SARS)
<input type="checkbox"/> Άνθρακας	<input type="checkbox"/> Ευλογιά	<input type="checkbox"/> Μελιοειδωση/Μάλη	<input type="checkbox"/> Τουλαραιμία
<input type="checkbox"/> Διφθερίτιδα	<input type="checkbox"/> Ιογενείς αιμορραγικοί πυρετοί	<input type="checkbox"/> Πανώλη	<input type="checkbox"/> Χολέρα

**Α Ι Θ Ε Ν Η Σ**

1.1 Επώνυμο: \_\_\_\_\_ ▶ Όνομα: \_\_\_\_\_

1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Η ηλικία: \_\_\_\_ ετών \_\_\_\_ μηνών \_\_\_\_ ημερών

1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ (ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜΕΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

1.4 Τόπος κατοικίας: ▶ Νομός: \_\_\_\_\_ ▶ Πόλη/χωριό: \_\_\_\_\_

Στοιχεία για επικοινωνία: ▶ Δ/ση: \_\_\_\_\_ ▶ Τηλ.: \_\_\_\_\_

**Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Σχτη: \_\_\_\_\_  
 ▶ Υπάρχει γνωστή ομαδική έκθεση;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Περιγράψτε: \_\_\_\_\_

2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σποθμό, σχολή ή ζει σε ομοδική διαβίωση;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά: \_\_\_\_\_

2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά: \_\_\_\_\_

2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: \_\_\_\_\_  
 ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ▶ Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο →  
 ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙΩΤΗΣ: ▶ Ημ/νία άφιξης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ▶ Ταξίδι με γκρούπ:  ΟΧΙ  ΝΑΙ

2.5 Ταξίδεψε πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τους 2 μήνες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού-πότε: \_\_\_\_\_

2.6 Εμβολιασμός: (για νόσημα που δηλώνεται)  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ → Αριθ. δόσεων: \_\_\_\_\_

**Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ  
 ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ▶ Νοσοκομείο: \_\_\_\_\_ → Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.3 Κύριες εκδηλώσεις: \_\_\_\_\_

3.4 Έκβαση:  Ίαση  Ακόμη ασθενής  Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

▶ Ο/η θεράπων ιατρός: \_\_\_\_\_

▶ Τηλέφωνα για συνεννόηση: \_\_\_\_\_

Υπογραφή (δ. αναγραφείσα)

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛ

ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ  Επιβεβαιωμένο

Κατάταξη  Πιθανό

κρούσματος:  Ενδεχόμενο

**Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α**

4.1 Έγινε εργαστηριακός έλεγχος;  ΟΧΙ  ΝΑΙ

4.2 Είδος εξέτασης/ Αποτέλεσμα: \_\_\_\_\_

4.3 Είδος/τύπος παθογόνου: \_\_\_\_\_

▶ Ο/η εργαστηριακός ιατρός: \_\_\_\_\_

Υπογραφή (δ. αναγραφείσα)

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΩΡΑΡΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Η ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Μακεδονίας 6-8 • 104 33 Αθήνα

Τηλ 210 8899 000  
 Φαξ 210 8818 858 • E-mail: [epid@keel.org.gr](mailto:epid@keel.org.gr)  
 Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων: 210 8842 011

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ8  
**ΙΛΑΡΑ, ΕΡΥΘΡΑ, ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ, ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

ΝΟΜ

**Ν Ο Σ Η Μ Α**

Ιλαρά  Ερυθρά  Παρωτίτιδα  Ανεμευλογιά με επιπλοκές

**Α Σ Θ Ε Ν Η Σ**

1.1 Επώνυμο: \_\_\_\_\_ ► Όνομα: \_\_\_\_\_  
 1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Η Ηλικία: \_\_\_\_ ετών μηνών ημερών  
(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)  
 1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ  
 1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: \_\_\_\_\_ ► Πόλη/χωριό: \_\_\_\_\_  
 Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση: \_\_\_\_\_ ► Τηλ.: \_\_\_\_\_

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Σχέση: \_\_\_\_\_  
 2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ. σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Παιδιά: \_\_\_\_\_  
 2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά: \_\_\_\_\_  
 2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: \_\_\_\_\_  
 ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ ► Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο  
 2.5 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομ. πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού-πότε: \_\_\_\_\_  
 2.6 Εμβολιασμός με MMR;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ → Αριθ. δόσεων: \_\_\_\_\_  
 2.7 Μονοδύναμο εμβόλιο; (για νόσημα που δηλώνεται)  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ → Αριθ. δόσεων: \_\_\_\_\_

**Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ  
 ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: \_\_\_\_\_ → Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 3.3 Ειδική κατάσταση:  Ανοσοκαταστολή  Εγκυμοσύνη  Περιγεννητική λοίμωξη (για Ανεμευλογιά)  
 3.4 Κύριες εκδηλώσεις:  
 3.5 Επιπλοκές:  Πνευμονία  Από ΚΝΣ → \_\_\_\_\_  
 Άλλη → \_\_\_\_\_  
 3.6 Έκβαση:  Ίαση  Ακόμη ασθενής  Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛ

**ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ**  Επιβεβαιωμένο  
 Κατάταξη  Πιθανό  
 κρούσματος:  Ενδεχόμενο

► Ό/η θεραπών ιατρός: \_\_\_\_\_  
 ► Τηλέφωνα για συνεννόηση: \_\_\_\_\_

Υπογραφή (& σφραγίδα)

**Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α**

4.1 Ορολογική εξέταση: IgG:  ΑΡΝ  1 εξέταση θετική  4πλασιασμός τίτλου  Δεν έγινε  Αναμείνεται  
 IgM:  ΑΡΝ  ΘΕΤ  Δεν έγινε  Αναμείνεται  
 4.2  IgM (+) στο σάλιο  
 4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: \_\_\_\_\_  
 ► Ό/η εργαστηριακός ιατρός: \_\_\_\_\_

Υπογραφή (& σφραγίδα)

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΥΣΗΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Μακεδονίας 6-8 • 104 33 Αθήνα

Τηλ. 210 8899 000  
 Φαξ 210 8818 868 • E-mail: epid@keel.org.gr  
 Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων: 210 8842 011

ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ12  
**ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β, ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
 Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης  
 που δηλώνει τα κρούσμα:

ΝΟΜ

**Ν Ο Σ Η Μ Α**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα Β, οξεία               | <input type="checkbox"/> Ηπατίτιδα C, οξεία                          |
| <input type="checkbox"/> Θετικό ΗΒsAg σε βρέφος <12 μηνών | <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο anti-HCV θετικό (α' διάγνωση) |

**Α Σ Θ Ε Ν Η Σ**

- 1.1 Επώνυμο: \_\_\_\_\_ ► Όνομα: \_\_\_\_\_
- 1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Η Ηλικία: \_\_\_\_ ετών \_\_\_\_ μηνών \_\_\_\_ ημερών
- 1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ (ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΟΣΤΗ Η ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)
- 1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: \_\_\_\_\_ ► Πόλη/χωριό: \_\_\_\_\_
- Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση: \_\_\_\_\_ ► Τηλ.: \_\_\_\_\_

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

- 2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα:  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Σχέση: \_\_\_\_\_
- 2.2 Ζει σε ομαδική διαβίωση:  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Παιά: \_\_\_\_\_
- 2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα:  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Παιά: \_\_\_\_\_
- 2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα:  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: \_\_\_\_\_  
 ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ ► Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο → \_\_\_\_\_
- 2.5 Ιατρικό / νοσηλευτικό επάγγελμα:  ΟΧΙ  ΝΑΙ
- 2.6 Μπαγγισιο αίματος ή παραγώγων: (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ
- 2.7 Νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση: (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ
- 2.8 Αιμοκάθαρση (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ
- 2.9 Οδοντιατρική εργασία / επέμβαση: (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ
- 2.10 Έχει γίνει τατουάζ: (1-6 μήνες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ
- 2.11 Εμβολιασμός για Ηπ. Β:  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ → Αριθ. δόσεων: \_\_\_\_\_

**Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α**

- 3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  
 ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: \_\_\_\_\_ → Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 3.3 Ίκτερος:  ΟΧΙ  ΝΑΙ
- 3.4 Κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα:  ΟΧΙ  ΝΑΙ
- 3.5 Έκβαση:  Ταση  Ακόμη ασθενής  Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛ  
**ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ**  Επιβεβαιωμένο  
 Κατάταξη  Πιθανό  
 κρούσματος:

► Ο/η θεράπων ιατρός: \_\_\_\_\_ Υπογραφή (δ. σφραγίδα)

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: \_\_\_\_\_

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

- |        |  |   |
|--------|--|---|
| Ηπ. Β  | 4.1 ΗΒsAg: <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ          | 4.2 anti-HBc IgM: <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ        |
| Ηπ. C  | 4.3 anti-HCV (ΕΙΑ): <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ | 4.4 anti-HCV (RIBA): <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΕΝΔ/ΑΓΝ |
|        | 4.5 HCV RNA: <input type="checkbox"/> ΑΡΝ <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ        | 4.6 Άλλο εύρημα: _____  |
| Βιοχημ | 4.7 SGOT/AST (U/L): _____  | 4.8 SGPT/ALT (U/L): _____   |
- Υπογραφή (δ. σφραγίδα)
- Ο/η εργαστηριακός ιατρός: \_\_\_\_\_

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ <b>ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ</b> Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης Μακεδονίας 6-8 • 104 33 Αθήνα	Τηλ. 210 8899 000 Φαξ: 210 8818 868 • E-mail: epid@keel.org.gr Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων: 210 8842 011
--	---

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ5**  
**ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 ► Μονάδα υγείας / ιδιωτής που δηλώνει το κρούσμα:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

NOM

<b>Α Σ Θ Ε Ν Η Σ</b>	
1.1 Επώνυμο:	► Όνομα:
1.2 Ημ/νία γέννησης: ___/___/___	Η Ηλικία: ___ ετών μηνών ημερών
1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ	(ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΟΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)
1.4 Τύπος κατοικίας: ► Νομός:	► Πόλη/χωριό:
Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση:	► Τηλ.:

<b>ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ</b>	
2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:
2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ. σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Παιδιά:
2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιά:
2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:
ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι:	<input type="checkbox"/> Μετανάστης <input type="checkbox"/> Ταξιδιώτης <input type="checkbox"/> Άλλο
2.5 Έχει γίνει BCG:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πότε (έτος): ___
	ΕΑΝ ΜΕΤΑ-ΝΑΣΤΗΣ: ► Σε Ελλάδα από (έτος): ___
	Έχει ουλή από BCG: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ

<b>ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>	
3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ___/___/___	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛ ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Βέβαιο
3.2 Αποτέλεσμα Mantoux: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Αμφίβολο <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	Κατάταξη κρούσματος: <input type="checkbox"/> Μη βέβαιο
3.3 Α/α θώρακος: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ → Α) Έκταση: <input type="checkbox"/> Περιορισμένη <input type="checkbox"/> Εκτεταμένη	Β) Σπήλαιο: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
3.4 Εντόπιση νόσου: <input type="checkbox"/> Πνευμονική <input type="checkbox"/> Εξωπνευμονική → Πού εντοπίζεται:	<input type="checkbox"/> Πλευριδικά <input type="checkbox"/> Άλλη εντόπιση:
<input type="checkbox"/> Αδενική ενδοθωρακική <input type="checkbox"/> ΚΝΣ: μηνίγγες <input type="checkbox"/> Οσά-αρθρώσεις: ΣΣ	<input type="checkbox"/> Διάσπαρτη <input type="checkbox"/> Πεπτικά
<input type="checkbox"/> Αδενική εξωθωρακική <input type="checkbox"/> ΚΝΣ: εκτός μηνίγγων <input type="checkbox"/> Οσά-αρθρώσεις: εκτός ΣΣ	<input type="checkbox"/> Ουρογεννητικό
3.5 Έχει νόσο που προκαλεί ανοσοκαταστολή:	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι:
3.6 Προηγούμενη θεραπεία: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ (πρώτη διάγνωση) <input type="checkbox"/> ΝΑΙ (προηγούμενη θεραπεία) → Έκβαση:	<input type="checkbox"/> Υποτροπή <input type="checkbox"/> Διακοπή αγωγής <input type="checkbox"/> Αποτυχία αγωγής
3.7 Θεραπευτική αγωγή: <input type="checkbox"/> INH <input type="checkbox"/> RIF <input type="checkbox"/> ETH <input type="checkbox"/> PYR <input type="checkbox"/> STR <input type="checkbox"/> Άλλο:	
3.8 Διάρκεια αγωγής που ορίστηκε: ___ μήνες	3.9 Ημ/νία έναρξης αγωγής: ___/___/___
3.10 Έκβαση: <input type="checkbox"/> Ολοκλήρωση αγωγής <input type="checkbox"/> Σε αγωγή <input type="checkbox"/> Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: ___/___/___	

► Ο/η θεράπων ιατρός:	Υπογραφή (& σφραγίδα)
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	

<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</b>	
4.1 Μικροσκοπική εξέταση: ► Υλικό:	<input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Δεν έγινε
4.2 Δόθηκε καλλιέργεια: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Εργαστήριο:	► Υλικό:
4.3 Καλλιέργεια: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> Αναμένεται	4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα:
4.5 Είδος μυκοβακτηριδίου:	Υπογραφή (& σφραγίδα)
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:	

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Η ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Μακεδονίας 6-8 • 104 33 Αθήνα

Τηλ. 210.8899.000  
 Φαξ 210 8818 868 • E-mail: epid@keel.org.gr  
 Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων: 210.8842.011

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ14**  
**ΤΡΟΦΙΜΟΓΕΝΕΙΣ-ΥΔΑΤΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**  
**ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
 Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης  
 που δηλώνει το κρούσμα:

ΝΟΜ

\_\_\_\_\_

**Ν Ο Σ Η Μ Μ Α**

<input type="checkbox"/> Τυφοειδής πυρετός / παράτυφος	<input type="checkbox"/> EHEC (λοίμωξη από εντεροαιμορραγική <i>E. coli</i> )
<input type="checkbox"/> Σαλμονέλλωση (μη τυφο-παράτυφική)	<input type="checkbox"/> Σιγκέλλωση <input type="checkbox"/> Τριχίνωση

**Α Ι Θ Ε Ν Η Σ**

1.1 Επώνυμο: \_\_\_\_\_ ► Όνομα: \_\_\_\_\_

1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Η Ηλικία: \_\_\_\_ ετών μηνών ημερών

1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ (ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΟΣΤΗ Η ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: \_\_\_\_\_ ► Πόλη/χωριό: \_\_\_\_\_

Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση: \_\_\_\_\_ ► Τηλ.: \_\_\_\_\_

**Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Κ Ι Ν Δ Υ Ν Ο Υ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Σχέση: \_\_\_\_\_

2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ.σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιός: \_\_\_\_\_

2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιός: \_\_\_\_\_

2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: \_\_\_\_\_

ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο →

ΕΑΝ ΤΑΞΙΔΙΩΤΗΣ: ► Ημ/νία άφιξης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ► Ταξίδι με γκρούπ:  ΟΧΙ  ΝΑΙ

2.5 Ταξίδεψε πρόσφατα στα εξωτερικά; (κατά τις 30 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού-πότε: \_\_\_\_\_

2.6 Εργάζεται ως χειριστής τροφίμων;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Τι-πού: \_\_\_\_\_

**Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α**

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: \_\_\_\_\_ → Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.3 Εκδηλώσεις:  Εντερίτιδα  Δυσεντερία  Εντερικός πυρετός  Σηψαιμία  
 Ουραιμικό-αιμολυτικό σύνδρομο  Άλλο → \_\_\_\_\_

3.4 Έκβαση:  Ιαση  Ακάμη ασθενής  Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Ο/η θεράπων ιατρός: \_\_\_\_\_ Υπογραφή (δ σφραγίδα)

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: \_\_\_\_\_

**Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α**

4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό:  APN  ΘΕΤ  Δεν έγινε  Αναμένεται

4.2 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: \_\_\_\_\_

4.3 Είδος/ορότυπος παθογόνου: \_\_\_\_\_ Υπογραφή (δ σφραγίδα)

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: \_\_\_\_\_

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Η ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΣΕΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Μακεδονίας 6-8 • 104 33 Αθήνα

Τηλ. 210.8899.000  
 Φαξ: 210.8818.868 • E-mail: epid@keel.org.gr  
 Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων: 210.8842.011

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ9**  
**ΤΕΤΑΝΟΣ, ΚΟΚΚΥΤΗΣ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
 Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης  
 που δηλώνει το κρούσμα:

ΝΟΜ

**ΝΟΣΗΜΑ**

Τέτανος     Τέτανος, νεογνικός (ηλικία <1 μηνός)     Κοκκύτης

**ΑΙΘΗΝΣΙ**

1.1 Επώνυμο: \_\_\_\_\_ ► Όνομα: \_\_\_\_\_  
 1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Η Ηλικία: \_\_\_\_ ετών \_\_\_\_ μηνών \_\_\_\_ ημερών  
 1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ (ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΩΣΤΗ Η ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)  
 1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: \_\_\_\_\_ ► Πόλη/χωριό: \_\_\_\_\_  
 Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση: \_\_\_\_\_ ► Τηλ.: \_\_\_\_\_

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Σχέση: \_\_\_\_\_  
 2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ. σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιότ.: \_\_\_\_\_  
 2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιότ.: \_\_\_\_\_  
 2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: \_\_\_\_\_  
 ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ ► Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο → \_\_\_\_\_  
 2.5 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τις 3 εβδομάδες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού-πότε: \_\_\_\_\_  
 2.6 Εμβολιασμός με DTP;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ → Αριθ. δόσεων: \_\_\_\_\_  
 2.7 Εμβολιασμός με DT/Td/Te;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ημερομηνία τελευταίας δόσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ → Αριθ. δόσεων: \_\_\_\_\_

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ  
 ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: \_\_\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛ  
**ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ**  Επιβεβαιωμένο

Κατάταξη κρούσματος:  Πιθανό  Ενδεχόμενο

→ Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.3 Κύριες εκδηλώσεις: \_\_\_\_\_  
 3.4 Επιπλοκές:  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Τις: \_\_\_\_\_  
 3.5 Έκβαση:  Ίαση  Ακόμη ασθενής  Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Ο/η θεράπων ιατρός: \_\_\_\_\_ Υπογραφή (& σφραγίδα): \_\_\_\_\_  
 ► Τηλέφωνα για συνενόηση: \_\_\_\_\_

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

4.1 Καλλιέργεια κλινικού δείγματος: ► Υλικό:  APN  ΘΕΤ  Δεν έγινε  Αναμένεται  
 4.2 Ορολογική εξέταση:  APN  Έξέταση θετική  Αύξηση τίτλου  Δεν έγινε  Αναμένεται  
 4.3 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: \_\_\_\_\_

4.4 Είδος παθογόνου: \_\_\_\_\_ Υπογραφή (& σφραγίδα): \_\_\_\_\_  
 ► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: \_\_\_\_\_

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ  
**ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**  
 Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης  
 Μακεδονίας 6-8 • 104 33 Αθήνα

Τηλ. 210.8899.000  
 Φαξ: 210 8818 868 • E-mail: epi@keel.org.gr  
 Φαξ για δηλώσεις νοσημάτων: 210.8842.011

**ΔΕΛΤΙΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ - ΥΔ4**  
**ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ & ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ  
 Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης  
 που δηλώνει το κρούσμα:

NCM

A.  Μηνιγγίτιδα  Σηψαιμία B.  Άσηπτη  Βακτηριακή Γ.  Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος

**Α Σ Θ Ε Η Σ**

1.1 Επώνυμο: \_\_\_\_\_ ► Όνομα: \_\_\_\_\_  
 1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Η Ηλικία: \_\_\_ ετών μηνών ημερών  
 1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ (ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΑΓΝΟΣΤΗ Η ΗΜΕΡΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ) (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)  
 1.4 Τόπος κατοικίας: ► Νομός: \_\_\_\_\_ ► Πόλη/χωριό: \_\_\_\_\_  
 Στοιχεία για επικοινωνία: ► Δ/ση: \_\_\_\_\_ ► Τηλ.: \_\_\_\_\_

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Σχέση: \_\_\_\_\_  
 2.2 Πηγαίνει σχολείο, παιδ. σταθμό, σχολή ή ζει σε ομαδική διαβίωση;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά: \_\_\_\_\_  
 2.3 Ανήκει σε ειδική πληθυσμιακή ομάδα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Ποιά: \_\_\_\_\_  
 2.4 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Χώρα: \_\_\_\_\_  
 ΕΑΝ ΑΛΛΟΔΑΠΟΣ: ► Είναι:  Μετανάστης  Ταξιδιώτης  Άλλο →  
 2.5 Πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό; (κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Πού-πότε: \_\_\_\_\_  
 2.6 Εμβολιασμός; Ημ/νία τελευταίας δόσης: \_\_\_\_\_ Ημ/νία τελευταίας δόσης: \_\_\_\_\_  
 ► Hib:  ΟΧΙ  ΝΑΙ → \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ► Men A-C:  ΟΧΙ  ΝΑΙ → \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 ► Men C:  ΟΧΙ  ΝΑΙ → \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ► Men A-C-W-Y:  ΟΧΙ  ΝΑΙ → \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ Η ΚΕΕΛ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;  ΟΧΙ  ΝΑΙ  
 ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο: \_\_\_\_\_  
 Κατάσταση κρούσματος:  ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ  Επιβεβαιωμένο  Πιθανό  Ενδεχόμενο  
 → Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3.3 Ανοσοκαταστολή ή υποκείμενο νόσημα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ → Τι: \_\_\_\_\_  
 3.4 Αιμορραγικό εξάνθημα;  ΟΧΙ  ΝΑΙ 3.5 Αντιβιοτικό πριν λήψη ΕΝΥ ή αίματος;  ΟΧΙ  ΝΑΙ →  
 3.5 Έκβαση:  Ίαση  Ακόμη ασθενής  Θάνατος → Ημ/νία θανάτου: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

► Ο/η θεράπων ιατρός: \_\_\_\_\_ Υπογραφή (& σφραγίδα)  
 ► Τηλέφωνα για συνεννόηση: \_\_\_\_\_

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

4.1 ENY: ► Κύτταρα (/ $\mu$ c): \_\_\_\_\_ ► Πολυ (%): \_\_\_\_\_ ► Λεμφο (%): \_\_\_\_\_ ► Θετικό Latex test:  ΟΧΙ  ΝΑΙ  
 ► Πρωτεΐνη (mg/dL): \_\_\_\_\_ ► Γλυκόζη (mg/dL): \_\_\_\_\_ ► Χρώση Gram: \_\_\_\_\_  
 4.2 PCR: ► ENY:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Αίμα:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Άλλα υλικά: \_\_\_\_\_  
 4.3 Καλλιέργεια: ► ENY:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Αίμα:  APN  ΘΕΤ  ΑΓΝ ► Άλλα υλικά: \_\_\_\_\_  
 4.4 Είδος/οροομάδα παθογόνου: \_\_\_\_\_ Υπογραφή (& σφραγίδα)  
 ► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: \_\_\_\_\_

ΤΟ ΔΕΛΤΙΟ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΙΑΤΡΟ  
 ΕΙΤΕ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΝΟ, ΚΛΙΝΙΚΟ Ή ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ

