

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ ΣΑΛΑΤΑ MSc**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΚΟΤΣΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ
ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΜΑΝΤΖΑΒΡΑΚΟΥ ΧΡΥΣΑΝΘΗ**

ΠΑΤΡΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σελ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:Ανατομία-Φυσιολογία του Ήπατος

1.1 Ανατομία του ήπατος	14
1.2 Φυσιολογία του ήπατος	16
1.3 Ορισμός	20
1.3.1 Οξεία ιογενής ηπατίτιδα	21
1.4 Αίτια	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:ΟΞΕΙΕΣ ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ

2.1 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

2.1.1 Επιδημιολογία	24
2.1.2 Κλινική εικόνα	24

2.1.3	Τρόποι μετάδοσης	26
2.1.4	Διάγνωση	27
2.1.5	Πρόγνωση	28
2.1.6	Θεραπεία	28
2.1.7	Πρόληψη	29
2.2	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	
2.2.1	Επιδημιολογία	30
2.2.2	Συμπτώματα	31
2.2.3	Όψιμα συμπτώματα	31
2.2.4	Μετάδοση	31
2.2.5	Θεραπεία	32
2.2.6	Διάγνωση	33
2.2.7	Προφύλαξη	34
2.2.8	Ο εμβολιασμός είναι αρκετός σε κάποιες περιπτώσεις	34

2.2.9 Φάσεις της φυσικής ιστορίας της περιγεννητικά αποκτηθείσας

HBV λοίμωξης 35

2.2.9.α Φάση ανοσοανοχής HBV λοίμωξης 35

2.2.9.β Ενεργός φάση HBV λοίμωξης 35

2.2.9.γ Φάση ανοσοεπιτήρησης HBV λοίμωξης 36

2.2.9.δ Φάση ανοσολογικής διαφυγής HBV λοίμωξης 37

2.3 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

2.3.1 Επιδημιολογία 38

2.3.2 Κλινική εικόνα 40

2.3.3 Τρόποι μετάδοσης 41

2.3.4 Διάγνωση 42

2.3.5 Πρόγνωση 43

2.3.6 Θεραπεία 44

2.3.7 Πρόληψη 44

2.3.8	Επιπλοκές	46
2.3.8.1	Κίρρωση	46
2.3.8.2	Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα	47
2.3.9	Αντιμετώπιση επαγγελματικής έκθεσης σε HBV, HCV	47
2.3.10	Πρωτόκολλο αντιμετώπισης επαγγελματικής έκθεσης σε HBV, HCV	48
2.3.11	Πρόληψη της μετάδοσης της λοίμωξης HCV Ο ρόλος του νοσηλευτή	51
2.4	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ D	
2.4.1	Επιδημιολογία	57
2.4.2	Κλινική εικόνα	58
2.4.3	Μετάδοση	59
2.4.4	Πρόληψη	59

2.5	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Ε	
2.5.1	Επιδημιολογία	59
2.5.2	Μετάδοση	60
2.5.3	Θεραπεία	60
2.5.4	Πρόληψη	60
2.6	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ F	61
2.7	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ G	61
2.7.1	Επιδημιολογία	61
2.7.2	Κλινική εικόνα	62
2.7.3	Τρόποι μετάδοσης	62
2.7.4	Διάγνωση	62
2.7.5	Πρόγνωση	63
2.8	ΠΟΙΑ ΣΥΝΗΘΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΟΓΕΝΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΧΡΟΝΙΕΣ ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ

3.1 Ταξινόμηση	66
3.2 ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	66
3.3 ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C	69
3.4 ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ D	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

4.1 Νοσηλευτική φροντίδα ηπατίτιδων	73
4.2 Σκοποί φροντίδας	73
4.3 Ιστορικό υγείας	74
4.4 Φυσική εκτίμηση	75
4.5 Διαγνωστικές εξετάσεις	75
4.6 Προβλήματα του αρρώστου	77
4.7 Νοσηλευτική Παρέμβαση	77
4.8 Αξιολόγηση	80

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:ΟΛΙΣΤΙΚΗ Κ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕ-
ΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Περίπτωση ασθενούς με ηπατίτιδα Β	82
Περίπτωση ασθενούς με ηπατίτιδα C	85
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	90
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	92
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	94
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	96
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	101

A blue scroll graphic with a white background. The scroll is unrolled, showing a large white rectangular area in the center. The word "ΠΡΟΛΟΓΟΣ" is written in black, bold, serif capital letters in the center of this white area. The scroll has rounded corners and a slight shadow effect, giving it a three-dimensional appearance.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ηπατίτιδα είναι η φλεγμονή του ήπατος. Όταν προκαλείται από τοξική για το ήπαρ ουσία, ονομάζεται τοξική ή φαρμακευτική ηπατίτιδα. Ο πιο συνηθισμένος τύπος ηπατίτιδας είναι ιογενής. Η ιογενής ηπατίτιδα διακρίνεται στους τύπους Α, Β, C, D, E, F και G.

Με αφορμή την εργασία που μας ανατέθηκε και αποφασίσαμε να ασχοληθούμε με αυτό το θέμα, θα θέλαμε να ενημερώσουμε τους ενδιαφερόμενους για τις ηπατίτιδες γενικότερα, αλλά και ειδικότερα για την προφύλαξή μας από αυτές. Την αντιμετώπιση τους, την επαγρύπνηση όλων, ώστε να μην αμελούμε κάποια σημάδια που μας δείχνει το σώμα μας, τα οποία είναι προειδοποιητικά για την εξέλιξη της νόσου.

Τα κυριότερα αίτια που οδηγούν στην εξάπλωση της νόσου είναι η έλλειψη προφυλακτικών μέτρων κατά τις προσωπικές επαφές των ανθρώπων, καθώς και η έλλειψη κανόνων ατομικής και δημόσιας υγείας.

Σκοπός της παρακάτω εργασίας είναι η δική μας περαιτέρω πληροφόρηση, όσον αφορά τις ηπατίτιδες, και η μετάδοση των γνώσεων μας πάνω σε αυτό το θέμα. Η νοσηλευτική ομάδα πρέπει και απαιτείται να παρέχει νοσηλευτικές υπηρεσίες ανώτερης ποιότητας. Ως μέλη αυτής της ομάδας και εμείς προσπαθήσαμε με αυτή την εργασία να συμβάλλουμε κατά το δυνατό σε αυτή την απαίτηση.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νοσήματα του ήπατος δεν είναι σπάνια. Προσβάλλουν όλες τις ηλικίες καθώς και τα δύο φύλα. Διακρίνονται σε νοσήματα του παρεγχύματος, των χοληφόρων οδών ως και σε παθήσεις των ηπατικών αγγείων. Δύνανται να εκδηλωθούν είτε οξέως είτε χρονίως.

Ηπατίτιδα ονομάζεται η φλεγμονή του ήπατος, που χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδη διήθηση των πυλαίων διαστημάτων από λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα, περιπυλαίες διαβρωτικές νεκρώσεις, εκφυλιστικές αλλοιώσεις των ηπατικών κυττάρων και ίνωση.

Οι πιο συνηθισμένοι τύποι ηπατίτιδας είναι οι ιογενείς. Οι ιογενείς ηπατίτιδες διακρίνονται στους τύπους Α, Β, C, D, E, F και G. Ο ιός της ηπατίτιδας Α οφείλεται σε μη τήρηση κανόνων υγιεινής και μεταδίδεται μέσω της γαστρεντερικής οδού. Οι ιοί των ηπατίτιδων Β και C μεταδίδονται μέσω υγρών του σώματος από μολυσμένο άτομο σε υγιές από λύση της συνέχειας του δέρματος. Ο ιός της ηπατίτιδας D μεταδίδεται επίσης παρεντερικά και προσβάλλει άτομα μόνο σε συνδυασμό με τον ιό της ηπατίτιδας Β. Ο ιός της ηπατίτιδας E προκαλεί μόνο οξεία ηπατίτιδα που μοιάζει κλινικά με την οξεία ηπατίτιδα Α και μεταδίδεται με τον ίδιο τρόπο. Σε περίπτωση μη έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας της, η νόσος μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα με αποτέλεσμα ο ασθενής να οδηγηθεί ακόμα και στο θάνατο.

Η αυξημένη επίπτωση ιογενούς ηπατίτιδας αποτελεί ένα μεγάλο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Η νόσος είναι σημαντική εξαιτίας της εύκολης μετάδοσής της, της νοσηρότητας και της μεγάλης απώλειας χρόνου από την εργασία που μπορεί να επιφέρει.

Υπάρχει εμβόλιο για την ηπατίτιδα Β που συνίσταται για τα άτομα υψηλού κινδύνου, όπως πολυμεταγγιζόμενους και υγειονομικό προσωπικό, ενώ για τους άλλους τύπους ηπατίτιδας δεν υπάρχει.

Στην παρακάτω εργασία θα αναφερθούμε αναλυτικά στους τύπους ηπατίτιδας, στον τρόπο μετάδοσης, στα συμπτώματα, στη διάγνωση, στη θεραπεία, καθώς και στην πρόληψη. Επίσης, θα αναφερθούμε στον ρόλο του νοσηλευτή και την παρέμβασή του για την θεραπευτική και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς που νοσεί. Επιπλέον γίνεται αναφορά στα μέτρα προφύλαξης που πρέπει να λαμβάνουμε για την δική μας προστασία καθώς και για την προστασία των άλλων, στην ενημέρωση του ασθενούς, αλλά και των συγγενών για τη φύση της νόσου.

Τέλος, θα σας παραθέσουμε τα συμπεράσματα που βγάλαμε με βάση τα στοιχεία που συγκεντρώσαμε, καθώς και τις προτάσεις μας για διδασκαλία του κοινού και πρόληψη της νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ανατομία-Φυσιολογία
του ήπατος
Ορισμός-Αίτια

1.1 Ανατομία του ήπατος

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας και συγχρόνως, ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του σώματος, εξαιτίας των πολλαπλών και σημαντικών λειτουργιών που επιτελεί. (Ζήσης,1999,σ.142)

Το ήπαρ μπορεί να θεωρηθεί ένας αδένας μεικτός, εξωκρινής, και ενδοκρινής ταυτόχρονα : εξωκρινής γιατί παράγει τη χολή που χύνεται στο έντερο και ενδοκρινής γιατί διοχετεύει στο αίμα τις διάφορες ουσίες που έχουν μετασχηματιστεί στο εσωτερικό του. (Εγκυκλοπαίδεια Υγεία,1993)

Το βάρος του ανέρχεται στα 1,400-2,000 gr. Βρίσκεται στο άνω μέρος της κοιλίας, στο δεξιό υποχόνδριο και προς τα αριστερά εκτείνεται στο επιγάστριο μέχρι το αριστερό υποχόνδριο. Έχει χρώμα ερυθρό - καστανό και μαλακή σύσταση. Το σχήμα του μοιάζει με εγκάρσια τριγωνική πυραμίδα.

Η άνω επιφάνεια του ήπατος ή διαφραγματική καλύπτεται από περιτόναιο και χωρίζεται από τον δρεπανοειδή σύνδεσμο σε δύο λοβούς, τον αριστερό και τον δεξιό λοβό. (Ζήσης,1999)

Η κάτω επιφάνεια του ήπατος ή σπλαχνική καλύπτεται και αυτή από περιτόναιο και εμφανίζει δύο οβελιαίες αύλακες:

- Ø Την δεξιά οβελιαία αύλακα η οποία σχηματίζει μπροστά τον κυστικό βόθρο που φιλοξενεί την χοληδόχο κύστη.
- Ø Την αριστερή οβελιαία αύλακα στην οποία παρατηρούμε τον στρογγυλό σύνδεσμο του ήπατος. Μεταξύ των δύο αυλακών μπροστά από την πύλη του ήπατος σχηματίζεται ο τετράπλευρος λοβός του ήπατος και πίσω ο κερκοφόρος λοβός.

Η στήριξη του ήπατος γίνεται με τους εξής συνδέσμους:

- Ø Δρεπανοειδής σύνδεσμος

- ⊘ Στεφανιαίος σύνδεσμος, ο οποίος φέρεται εγκάρσια στην άνω επιφάνεια του ήπατος.
- ⊘ Τριγωνικός σύνδεσμος τον οποίο αποτελούν τα πέρατα του στεφανιαίου συνδέσμου.
- ⊘ Ελάσσον επίπλουν ή ηπατογαστρικός σύνδεσμος.

Τα κυριότερα στοιχεία του ήπατος είναι:

- ⊘ Τα ηπατικά λόβια. Κάθε ηπατικό λόβιο διελαύνεται από την κυτταρική φλέβα. Οι κεντρικές φλέβες αφού δεχθούν το αίμα της πυλαίας φλέβας εκβάλλουν στις εμβόλιμες φλέβες.
- ⊘ Τα χοληφόρα, τα οποία χωρίζονται σε ενδοηπατικά και εξωηπατικά.
- ⊘ Τα αγγεία του ήπατος τα οποία είναι:
 1. Η ηπατική αρτηρία που περιέχει οξυγονωμένο αίμα στο ήπαρ.
 2. Η πυλαία φλέβα που παρέχει μέσω του φλεβικού αίματος τα διάφορα προϊόντα απορρόφησης του εντέρου. Οι ηπατικές φλέβες που αρχίζουν από τις ενδοφλέβιες, οι οποίες όταν εξέρχονται από τα ηπατικά λόβια, εκβάλλουν σε μεγαλύτερες φλέβες, τις υπολόβιες. Από τις υπολόβιες αυτές φλέβες αθροίζονται οι ηπατικές φλέβες.
- ⊘ Νευρώνες του ήπατος, οι οποίοι προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα και αποτελούνται από κλάδους του πνευμονογαστρικού, του συμπαθητικού και του δεξιού φρενικού νεύρου.(Ζήσης, 1999)

1.2 Φυσιολογία του ήπατος

Το ήπαρ ρυθμίζει και διευθύνει ένα πλήθος από βιοχημικές επεξεργασίες που θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Μεταβολισμός της χολερυθρίνης

Η χολερυθρίνη παράγεται αδιάκοπα από την καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ενώνεται με την λευκωματίνη, πρωτεΐνη του αίματος, και οδηγεί στο ήπαρ. Σ' αυτό το επίπεδο μετασχηματίζεται και μετά αποβάλλεται από την χολή. Η αύξηση της χολερυθρίνης στο αίμα δίνει μία χαρακτηριστική κίτρινη χροιά στο σκληρό του οφθαλμού και στο δέρμα.

Ø Μεταβολισμός της χοληστερίνης

Στο εσωτερικό των ηπατοκυττάρων γίνεται η σύνθεση της χοληστερίνης. Ένα μέρος αποβάλλεται με τη χολή, ένα άλλο μετατρέπεται σε χολικά οξέα, που και αυτά αποβάλλονται με τη χολή. Σ' αυτή τη δεύτερη ποσότητα, που είναι αφθονότερη από την πρώτη, οφείλεται η πεπτική δράση και η αφομοίωση των λιπών σε συνεργασία με την παγκρεατική λίπαση. (Μουτσόπουλος, Εμμανουήλ, 1999)

Ø Μεταβολισμός των λιπιδίων-λιποπρωτεϊνών

Τα κυριότερα λιπίδια που κυκλοφορούν στο πλάσμα είναι: η ελεύθερη χοληστερόλη, οι εστέρες της χοληστερόλης, τα φωσφολιπίδια και τα τριγλυκερίδια. Το ήπαρ συμμετέχει στο μεταβολισμό των λιπαρών οξέων με τρεις τρόπους:

- Ø Με οξείδωση των λιπαρών οξέων και παραγωγή κετονοσωμάτων
- Ø Με παραγωγή λιπαρών οξέων από περίσσεια γλυκόζης ή αμινοξέων
- Ø Με παραγωγή τριγλυκεριδίων, φωσφολιπιδίων.

Σε παθήσεις του ήπατος είναι επόμενο να παρατηρούνται διαταραχές στα επίπεδα λιπιδίων και λιποπρωτεϊνών του πλάσματος. Σαν τέτοιες διαταραχές αναφέρονται : η αύξηση των επιπέδων χοληστερόλης στο πλάσμα, σε καταστάσεις αποφρακτικών ίκτερων και κυρίως της ελεύθερης χοληστερόλης καθώς επίσης και αύξηση των επιπέδων των τριγλυκεριδίων. Σε αποφρακτικούς ίκτερους επίσης ανευρίσκεται στο πλάσμα ορισμένων αρρώστων και μια παθολογική λιποπρωτεΐνη. Η λιποπρωτεΐνη αυτή είναι πλούσια σε φωσφολιπίδια και ελεύθερη χοληστερόλη, ενώ αντίθετα πολύ φτωχή σε τριγλυκερίδια και εστέρες χοληστερόλης. (Μουτσόπουλος, Εμμανουήλ,1999)

Ø **Μεταβολισμός των γλυκιδίων**

Το ήπαρ τείνει να διατηρήσει σε φυσιολογικά επίπεδα τη γλυκόζη στο αίμα. Αυτήν τη λειτουργία την επιτελεί το ήπαρ σε συνεργασία με την υπόφυση, την ενδοκρινή μοίρα του παγκρέατος, το θυρεοειδή αδέννα και τα επινεφρίδια. (Υγεία,1993)

Ø **Μεταβολισμός υδατανθράκων**

Το ήπαρ παίζει πρωτεύοντα ρόλο στη ρύθμιση του μεταβολισμού των υδατανθράκων. Θεωρείται το βασικότερο όργανο που προλαμβάνει την πτώση του σακχάρου στο αίμα στις περιόδους ασιτίας. Οι βασικές λειτουργίες του

ήπατος όσον αφορά τον μεταβολισμό των υδατανθράκων μπορεί να διαιρεθεί σε:

- Ø Λειτουργίες παραγωγής γλυκόζης
- Ø Λειτουργίες αποθήκευσης γλυκόζης με την μορφή γλυκογόνου
- Ø Μεταβολισμός των υπόλοιπων εξοζών

Αναλυτικότερα στα φυσιολογικά άτομα σε κατάσταση νηστείας η τιμή της γλυκόζης του αίματος παραμένει σταθερή γιατί το ήπαρ παράγει γλυκόζη ή με γλυκογονόλυση από την οποία προκύπτει το 75% της απελευθερωμένης γλυκόζης ή με γλυκονεογένεση. Συνολικά το ήπαρ περιέχει 70-80 gr γλυκογόνου. Μετά από 18-24 ώρες νηστείας το γλυκογόνο εξαντλείται με γλυκογονόλυση και γλυκόζη παράγεται με γλυκονεογένεση. (Μουτσόπουλος, Εμμανουήλ,1999)

Ø Πήξη του αίματος

Το ήπαρ επίσης παράγει το μεγαλύτερο μέρος των παραγόντων πήξης του αίματος, μεταξύ αυτών και την προθρομβίνη και το ινωδογόνο. Δε θα εκπλαγούμε επομένως αν εμφανιστούν με μεγάλη συχνότητα αιμορραγικές νόσοι στην ηπατική ανεπάρκεια. (Υγεία,1993)

Ø Λειτουργία αποτοξίνωσης και έκκρισης

Το ήπαρ επιτελεί αυτές τις λειτουργίες δια μέσου δύο μηχανισμών: της σύζευξης και της οξειδωσης. Η διεργασία της σύζευξης συνίσταται στην ένωση της βλαβερής ουσίας με ένα άλλο μόριο, ώστε να σχηματιστεί μια ένωση λιγότερο τοξική που να αποβάλλεται ευκολότερα. Με την οξειδωση, αντίθετα,

πραγματοποιείται η πλήρης καταστροφή της ουσίας. Μ' αυτό τον τρόπο αδρανοποιούνται χρωστικές ουσίες, βακτηρίδια, φάρμακα, ορμόνες. (Υγεία,1993)

Ø **Μεταβολισμός των πρωτεϊνών**

- **Αμινοξέα**

Το ήπαρ αποτελεί το κυριότερο όργανο του ενδιάμεσου μεταβολισμού των αμινοξέων. Εκεί γίνεται απαμίνωση και Τρανσαμίνωση των αμινοξέων καθώς και σύνθεση πρωτεϊνών από τα αμινοξέα. Τρανσαμίνωση είναι η μεταφορά μιας α-αμινοομάδας από ένα αμινοξύ (π.χ. ασπαραγνικό οξύ) σε ένα α-κετοξύ. Απαμίνωση είναι η περαιτέρω διάσπαση των αμινοξέων μετά την Τρανσαμίνωση προς αμμωνία. Στη διάρκεια του μεταβολισμού των αμινοξέων παράγεται αμμωνία που είναι πολύ τοξική για τα κύτταρα του οργανισμού. Το ήπαρ (σχεδόν αποκλειστικά) μετατρέπει την αμμωνία σε ουρία που δεν είναι τοξική. Η μετατροπή αυτή γίνεται μέσα από τον κύκλο του Krebs.

- **Πρωτεΐνες**

Το ήπαρ είναι το σημείο όπου παράγονται οι περισσότερες από τις πρωτεΐνες του ορού. Η λευκωματίνη παράγεται σε μεγάλα ποσά. Αυτή χρησιμεύει για την μεταφορά οργανικών ανιόντων και κατιόντων, ορμονών, τρυπτοφάνης, λιπαρών οξέων και χολερυθρίνης, καθώς επίσης συμμετέχει και στην ρύθμιση της κολλοειδωσμοτικής πίεσης του πλάσματος.

Η ημερήσια σύνθεση λευκωματίνης είναι 120-200 mg/kg σώματος.

Ø Μεταβολισμός φαρμάκων και ορμονών

Το ήπαρ είναι το κυριότερο όργανο όπου γίνεται αδρανοποίηση πάρα πολλών εξωγενών ουσιών (τοξίνες ή φάρμακα) και ενδογενών ουσιών (ορμόνες). Ο μεταβολισμός αυτών των ουσιών γίνεται στα μιτοχόνδρια, στο κυτταρόπλασμα και στο λείο ενδοπλασματικό δίκτυο. Το λείο ενδοπλασματικό δίκτυο αποτελεί το σημείο όπου γίνεται ο μεταβολισμός των περισσότερων ουσιών. (Μουτσόπουλος, Εμμανουήλ, 1999)

Ø Αιμοποιητική δράση

Τέλος, στο έμβρυο, το ήπαρ είναι υπεύθυνο για το σχηματισμό των κυττάρων του αίματος. Σε ειδικές καταστάσεις, πάντα με τα κύτταρα του Kupffer, καταστρέφει τα ερυθροκύτταρα σε συνεργασία με το σπλήνα (αυτή η καταστροφική δράση στα ερυθροκύτταρα ονομάζεται αιμοκάθαρση). (Υγεία, 1993)

1.3 Ορισμός

Το ήπαρ (συκώτι) είναι ένα ζωτικό όργανο που βρίσκεται στο δεξιό άνω τμήμα της κοιλιακής χώρας. Έχει πολλές λειτουργίες και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό, στη σύνθεση παραγόντων πήξης του αίματος για τον έλεγχο αιμορραγιών, στην παραγωγή ουσιών απαραίτητων στη μάχη κατά των λοιμώξεων καθώς και στην απομάκρυνση τοξικών ουσιών και φαρμάκων από τον οργανισμό. Εάν το ήπαρ προσβληθεί από ιούς ή υποστεί βλάβη από άλλα αίτια όπως τοξίνες, φάρμακα, αλκοόλ, αναπτύσσεται φλεγμονή (ερεθισμός) και νέκρωση, κατάσταση η οποία ονομάζεται ηπατίτιδα. Η κατάσταση μπορεί να περιοριστεί μόνη της, δηλαδή η ασθένεια να θεραπευτεί χωρίς επιπλέον θεραπείες ή μπορεί να προχωρήσει προκαλώντας μεγάλη ζημιά

στο ήπαρ. Οξεία ηπατίτιδα είναι η ηπατίτιδα που διαρκεί το πολύ για 6 μήνες και η χρόνια ηπατίτιδα είναι η ηπατίτιδα που διαρκεί για πάνω από 6 μήνες. (<http://www.keel.org.gr/articles/topic/2id=612>, <http://www.wikipedia.org/wiki>)

1.3.1 Οξεία ιογενής ηπατίτιδα

Ως οξεία ιογενή ηπατίτιδα χαρακτηρίζουμε τη λοίμωξη, η οποία χαρακτηρίζεται από διάχυτη ηπατοκυτταρική νέκρωση με χαρακτηριστική κλινική, βιοχημική και μορφολογική εικόνα. (Αγοραστός,2001)

Τέσσερις κατηγορίες ιϊκών παραγόντων έχουν αναγνωριστεί ως αιτία οξείας ιογενούς ηπατίτιδας:

A. ο ιός της ηπατίτιδας A (HAV)

B. ο ιός της ηπατίτιδας B (HBV)

Γ. δύο τύποι μη-A, μη-B ηπατίτιδας από τους οποίους ο ένας φέρεται με το αίμα και ο άλλος μεταβιβάζεται μέσα από το έντερο και

Δ. ο δέλτα παράγοντας που συσχετίζεται με τον HBV.

Από τους ιούς αυτούς οι B, C, D σε μεγάλο ποσοστό μεταπίπτουν σε χρονιότητα. (ομάδα καθηγητών,1988)

1.4 Αίτια

1. Οι περισσότερες ηπατίτιδες προκαλούνται από τους ιούς A, B, C, D και E. η μόλυνση του ήπατος από έναν από τους ιούς αυτούς είναι δυνατόν να μην προκαλέσει συμπτώματα ή να δημιουργήσει ήπια προβλήματα όπως αυτά που βλέπουμε σε μια γρίπη. Όμως είναι επίσης δυνατόν να προκαλέσει κώμα και θάνατο.
2. Το αλκοόλ όταν καταναλώνεται σε μεγάλες ποσότητες προκαλεί ηπατίτιδα και κίρρωση ήπατος. Ο αλκοολισμός είναι μια από τις συχνότερες αιτίες ηπατίτιδας.

3. Τα φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσουν ηπατίτιδα. Υπάρχουν πολλά φάρμακα που μπορεί να έχουν την παρενέργεια αυτή αλλά μόνο ένας μικρός αριθμός ασθενών που παίρνουν τα φάρμακα αυτά παρουσιάζουν ηπατίτιδα. Ο λόγος για τον οποίο αυτά τα φάρμακα προκαλούν ηπατίτιδα δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως.
4. Υπάρχουν και άλλοι ιοί που έχουν τη δυνατότητα να προσβάλλουν το ήπαρ. Αυτοί είναι οι ιοί CMV, EBV, ο ιός της ανεμοβλογιάς και ο ιός της ερυθράς.
5. Ορισμένα βακτήρια μπορεί να προκαλέσουν ηπατίτιδα. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται τα βακτηρίδια του τυφοειδούς πυρετού, της σύφιλης, της βρουκέλλωσης, της ασθένειας των λεγεωνάριων, της λεπτοσπείρωσης.
6. Οι μύκητες έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν ηπατίτιδα σε άτομα με μειωμένη άμυνα. Μεταξύ αυτών οι συχνότεροι είναι τα γένη μυκητών *Candida* και ιστοπλάσματος.
7. Ορισμένα παράσιτα είναι δυνατόν να παρουσιάσουν ηπατίτιδα. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται τα παράσιτα που προκαλούν την ασκαριδίαση, την αμοιβάδωση, την τοξοπλάσμωση, τη μαλάρια, τη σχιστοσωμίαση.
8. Το ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να προκαλέσει αυτοάνοση ηπατίτιδα. Στην πάθηση αυτή ο ίδιος ο οργανισμός του ασθενούς παράγει διαμέσου του ανοσοποιητικού του συστήματος αντισώματα που επιτίθενται εναντίον του ήπατός του προκαλώντας έτσι ηπατίτιδα.
(http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1140)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΞΞΙΞΣ ΙΟΓΞΝΞΙΣ
ΗΠΑΤΙΤΙΔΞΣ

2.1 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

2.1.1 Επιδημιολογία

Η ηπατίτιδα Α προκαλείται από ιό που ανακαλύφθηκε μόλις το 1973 και ανήκει στους Picornavirus. Είναι ένας μικρός 27nm μονής έλικας RNA ιός, που ευθύνεται τόσο για επιδημίες όσο και για σποραδικά κρούσματα ηπατίτιδας. Εξαιτίας των επιδημιών η ηπατίτιδα Α έχει χαρακτηριστεί από πολλούς επιστήμονες ως επιδημική ηπατίτιδα μικρού χρόνου. (Δουμπόγιας, Τσακρής,2000, Λουκόπουλος,2001)

Η ηπατίτιδα Α είναι μια οξεία, συνήθως αυτοπεριορισμένη νόσος. Ο ιός της ηπατίτιδας Α έχει παγκόσμια κατανομή. Ετησίως εμφανίζονται περίπου 1,5 εκατ. νέες περιπτώσεις ηπατίτιδας Α σε όλο τον κόσμο. Η νόσος έχει ενδημικό χαρακτήρα σε περιοχές του πλανήτη καθώς η μετάδοσή του ιού ευνοείται από κακές συνθήκες διαβίωσης. Η βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού και των συνθηκών ύδρευσης και αποχέτευσης στη χώρα μας, είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των κρουσμάτων και τα νέα περιστατικά πλέον να αφορούν ταξιδιώτες σε αναπτυσσόμενες χώρες ή άτομα που ήρθαν σε επαφή ασθενείς. (http://www.iatronet.gr.article.asp?art_id=210)

2.1.2 Κλινική εικόνα

Ασθενείς με μη επιπλεγμένη οξεία ιογενή ηπατίτιδα αντιμετωπίζονται καλύτερα κατ' οίκον. Μόνο αυτοί που απαιτούν παρεντερική χορήγηση υγρών εξαιτίας έντονης ναυτίας και εμέτων ή παρουσιάζουν φυσικές ή βιοχημικές ενδείξεις κεραυνοβόλου ηπατίτιδας απαιτούν παραμονή στο νοσοκομείο. Κατά την πρώιμη φάση της νόσου οι περισσότεροι ασθενείς δεν επιθυμούν να είναι δραστήριοι εξαιτίας της σοβαρής τους αδυναμίας και κόπωσης. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να αναπτύσσουν προοδευτικά δραστηριότητα, εφόσον είναι

ανεκτή και να παραμένουν δραστήριοι μέχρι να αισθανθούν κόπωση, αλλά όχι πέραν αυτής. Είναι σημαντικό να περιοριστεί ο συνολικός χρόνος παραμονής στην κλίνη στο βραχύτερο δυνατό διάστημα, με προοδευτική αύξηση της δραστηριότητας στη συνέχεια για την αποφυγή της χρόνιας αδυναμίας και κόπωσης που αναπτύσσεται από οποιονδήποτε ασθενή παρέμεινε κλινήρης για αρκετές εβδομάδες. (Δουμπόγιας, Τσακρής,2000, Αγοραστός,2001, Μανωλάκη,2004)

Η περίοδος επώασης διαρκεί περίπου 4 (2-6) εβδομάδες. Η αποβολή του ιού στα κόπρανα ολοκληρώνεται τις δύο εβδομάδες που προηγούνται των κλινικών συμπτωμάτων. Ο ιός σπάνια απομονώνεται στα κόπρανα μετά την πρώτη εβδομάδα της νόσου. (Δουμπόγιας, Τσακρής,2000, Αγοραστός,2001)

Εκδηλώνεται σε δύο στάδια : το προϊκτερικό στάδιο μετά την εμφάνιση του ίκτερου.

Το προϊκτερικό στάδιο διαρκεί περίπου δύο εβδομάδες και ο ασθενής αισθάνεται αδυναμία, καταβολή, μπορεί να έχει ναυτία, εμετούς, διάρροια, ανορεξία, πονοκέφαλο, αρθραλγίες ή μυαλγίες και αποστρέφεται το κάπνισμα και το αλκοόλ. Ο πυρετός συνήθως, είναι μέτριος και πιθανόν να υπάρχει αίσθημα δυσφορίας στο επιγάστριο. (Αγοραστός,2001, Μανωλάκη,2004)

Με την εμφάνιση του ίκτερου τα ούρα σκουραίνουν (γίνονται σαν κονιάκ), τα κόπρανα αποχρωματίζονται (παίρνουν ανοιχτό χρώμα) και εμφανίζεται ευαισθησία και διόγκωση του ήπατος με σπληνομεγαλία. Η φάση αυτή διαρκεί δύο έως έξι εβδομάδες και ακολουθείται από περίοδο ανάρρωσης που χαρακτηρίζεται από εξαφάνιση των συνοδών συμπτωμάτων και βαθμιαία υποχώρηση του ίκτερου. (Αγοραστός,2001, Καποτάς,2003, Καρατζά,2003)

Σε μερικές περιπτώσεις, η οξεία ιογενής ηπατίτιδα (ιδίως τύπου Α) περιπλέκεται με χολοστατικό σύνδρομο, «χολοστατική ηπατίτιδα» που χαρακτηρίζεται κλινικά από βαθμιαία επιδείνωση του ίκτερου, έντονο κνησμό, και ιστολογικά από εξεσυσμασμένη χολόσταση που τείνει να συγκαλύψει την εικόνα της συνυπάρχουσας συνήθως ήπιας ηπατίτιδας. (Καρατζά,2003)

Για την εμφάνιση των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου σημαντικό ρόλο παίζει η ηλικία του ατόμου που μολύνεται. Στα παιδιά η λοίμωξη είναι κατά κανόνα ήπια και υποκλινική (χωρίς πυρετό σε ποσοστό που ξεπερνά το 70%) ή παίρνει την μορφή γαστρεντερίτιδας. Στους ενήλικες και ειδικότερα στις έγκυες γυναίκες η νόσος είναι βαριά και παρατεταμένη με γενικά, συμπτώματα και ίκτερο (σε ποσοστό 70%-80%). (Δουμπόγιας, Τσακρής,2000, Αγοραστός,2001, Μανωλάκη,2004)

2.1.3 Τρόποι Μετάδοσης

Ο άρρωστος μεταδίδει τον ιό δύο εβδομάδες πριν εμφανίσει τον ίκτερο, μέχρι και μία εβδομάδα μετά την εμφάνιση του ίκτερου. Ο ιός της ηπατίτιδας Α μεταδίδεται σχεδόν αποκλειστικά με την στοματοπεπτική οδό. Αποβάλλεται από τα κόπρανα και μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, σε άτομα του στενού περιβάλλοντος. (<http://www.paidiatros.com>)

Επίσης το άτομο μολύνεται είτε με την κατανάλωση μολυσμένων τροφών και νερού (οπότε έχουμε επιδημίες), είτε με άμεση επαφή με τον πάσχοντα, αν δεν τηρούνται οι ενδεδειγμένοι κανόνες υγιεινής. Μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος από μη καλά πλυμένες τροφές που καταναλώνονται νωπές όπως λαχανικά, φρούτα και θαλασσινά (μύδια, οστρακοειδή). Κινδύνους επίσης, εγκυμονεί η μόλυνση του πόσιμου νερού (ελαττωματικό δίκτυο ύδρευσης και αποχέτευσης) και γενικά οι χαμηλού επιπέδου συνθήκες υγιεινής.

Τέλος ο ιός της ηπατίτιδας Α μετά από μετάγγιση είναι σπάνιος, αλλά είναι αρκετά ανθεκτικός στο περιβάλλον και επιζεί για πολλούς μήνες. (Κολκάκη,1996)

2.1.4 Διάγνωση

Αυτή επιτυγχάνεται με την ανίχνευση αντισωμάτων με την μέθοδο Elisa ή Ria. Με την εμφάνιση του ιού από τα κόπρανα εμφανίζεται στον ορό των αρρώστων ειδικό αντίσωμα (anti-HAV). Το αντίσωμα αυτό ανήκει στην τάξη Μ των ανοσοσφαιρινών (IgM) και φτάνει στην μεγαλύτερη συγκέντρωσή του την έκτη περίπου εβδομάδα από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Δύο με έξι εβδομάδες από την έναρξη των συμπτωμάτων εμφανίζεται στον ορό των αρρώστων και ένα άλλο αντίσωμα (anti-HAV) που ανήκει στην τάξη G των ανοσοσφαιρινών (IgG). Το αντίσωμα αυτό φτάνει το μεγαλύτερο της συγκέντρωσής του 3 μήνες με 11 μήνες αργότερα. Η ανίχνευση του IgG αντισώματος αρχίζει ήδη κατά την οξεία φάση της νόσου αλλά αυτά παραμένουν μετά την οξεία νόσο εφ' όρου ζωής. Είναι δε εξουδετερωτικά αντισώματα τα οποία προφυλάσσουν τον ασθενή από νέα νόσο. (Μουτσόπουλος,1999, Καρατζά,2003)

Όσον αφορά τα εργαστηριακά ευρήματα παρατηρείται :

1. Αύξηση της χολερυθρίνης. Φυσιολογικά, η έμμεσος και η άμεσος χολερυθρίνη (ολική) ανέρχεται στο 0,1-0,2 mg/dL. Στην ηπατίτιδα αυτή μπορεί να ανέλθει σε ποσοστό άνω των 20mg/ dL.
2. Αυξημένη αλκαλική φωσφατάση (φυσιολογική τιμές :98-279u/L)
3. Αυξημένα ηπατικά ένζυμα είναι : SGOT = γλουταμινική οξαλοξική τρανσαμινάση (φυσιολογικές τιμές : 8-36 u/L)
 - Ø SGPT = γλουταμινική πυροσταφιλική τρανσαμινάση (φυσιολογικές τιμές : 4-36 u/L)
 - Ø LDH = γαλακτική αφυδρογονάση (φυσιολογικές τιμές : 120-140 u/L)
4. Παράταση του χρόνου προθρομβίνης(φυσιολογικές τιμές : 10-13 sec). (Κολύνης,1997)

2.1.5 Πρόγνωση

Οι επιπτώσεις της πρώιμης κινητοποίησης στην ανάνηψη από την οξεία ιογενή ηπατίτιδα παραμένουν υπό αμφισβήτηση, αλλά οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι είναι απίθανο αυτή η δραστηριότητα να επιδεινώνει τη νόσο ή να προκαλεί συχνότερες υποτροπές. Είναι βέβαιο ότι δεν αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης κεραυνοβόλου ηπατίτιδας ή χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας. (Μανωλάκη,2004, Ζήμαλης)

Η ηπατίτιδα Α έχει καλή πρόγνωση με πλήρη αποκατάσταση το αργότερο μέσα σε 6 μήνες. Δεν μεταπίπτει σε χρόνια μορφή, ενώ η παρουσία αντισωμάτων εξασφαλίζουν χρόνια ανοσία. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυ αυτοϊάται σύντομα και δεν εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για την υγεία. Σπάνια μετά από σοβαρές περιπτώσεις προκαλείται κεραυνοβόλος ηπατίτιδα (0,01-0,1 % σε ηλικίες κάτω των 15 χρονών , 0,4 % σε ηλικίες 15-39 χρονών και 1,1 -2 % σε ηλικίες άνω των 40 χρονών. (Μανωλάκη,2004, Ζήμαλης)

2.1.6 Θεραπεία

Ειδική θεραπεία για τους πάσχοντες από ηπατίτιδα Α δεν υπάρχει. Η θεραπεία της ηπατίτιδας Α είναι συμπτωματική και συνίσταται σε :

1. Ανάπαυση
2. Καλή διατροφή και συντήρηση της ενυδάτωσης
3. Δίαιτα πλούσια σε υδατάνθρακες, βιταμίνες και πτωχή σε λιπαρά
4. Αποφυγή οίνοπνεύματος

Ακόμη, η θεραπεία είναι φαρμακευτική και χορηγείται ιντερφερόνη – άλφα (α- IFN). (Μουτσόπουλος,σ.414-418)

2.1.7 Πρόληψη

Η πρόληψη περιλαμβάνει :

1. Τήρηση αυστηρών κανόνων υγιεινής-καθαριότητας (π.χ. πλύσιμο χεριών πριν το φαγητό και μετά την αφόδευση.
2. Μέτρα για την αποφυγή μόλυνσης του περιβάλλοντος (απολύμανση αποχωρητηρίων, κατάλληλη ύδρευση και αποχέτευση)
3. Αυστηρώς έλεγχος της τήρησης κανόνων υγιεινής σε χώρους παρασκευής φαγητού. (Μανωλάκη,2004)
4. Η δράση της χλωρίνης, η υπεριώδης ακτινοβολία και ο βρασμός για 1mn επιτυγχάνει την καταστροφή του ιού. (Καποτάς,2003)

Επίσης, σήμερα υπάρχει δυνατότητα όσο ενεργητικής όσο και παθητικής ανοσοποίησης :

Η παθητική ανοσοποίηση επιτυγχάνεται με την χορήγηση υπεράνοσης σφαιρίνης IgG, η οποία προστατεύει το άτομο ικανοποιητικά, εφόσον χορηγηθεί το συντομότερο δυνατόν και όχι αργότερα από μία εβδομάδα από την μόλυνση. Η προστασία όμως διαρκεί για λίγες εβδομάδες. (Ομάδα καθηγητών,1988)

Όσο αφορά την ενεργητική ανοσοποίηση (εμβολιασμό) :υπάρχουν δύο τύποι εμβολίου, το Havrix και Vagta (περιέχουν κεκαθαμένο ιϊκό αντιγόνο του ιού ΗΑΥ, από μολυσμένες κυτταρικές σειρές ανθρωπίνων διπλοειδών ινοβλαστών, αδρανοποιημένο με φορμόλη). Απαιτούνται 3 δόσεις (0,1 και 6-12 μήνες μετά) και χορηγούνται IM στο δελτοειδή μυ. Τα Abs που αναπτύσσονται παρέχουν προστασία για μεγάλο χρονικό διάστημα (15-20 έτη). (Καποτάς,2003)

2.2 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

2.2.1 Επιδημιολογία

Ο ιός της ηπατίτιδας Β είναι DNA ιός με διάμετρο 42nm. Έχει πυρήνα με έλυτρο και πρωτεϊνικό περίβλημα στο οποίο υπάρχει το αντιγόνο επιφάνειας S (Surface – HbsAg). Το αντιγόνο αυτό που ονομάστηκε αυστραλιανό αντιγόνο, ανακαλύφθηκε το 1968 από τον Blunberg επέτρεψε τον καθορισμό της ιογενούς ηπατίτιδας Β με αντικειμενικά ορολογικά κριτήρια. Η ηπατίτιδα Β περιγράφεται ως ηπατίτιδα μακράς επώασης.(Κολκάκη,1996, Ταρμάγκος1994)

Αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας με περίπου 300 εκατομμύρια χρόνιους φορείς του ιού ανά τον κόσμο. Από τα 2 δισεκατομμύρια ανθρώπους που έχουν μολυνθεί παγκοσμίως, περισσότεροι από 350 εκατ. έχουν χρόνια λοίμωξη. Η κατάσταση αυτής της χρόνιας ιοφορίας ευθύνεται για το μεγαλύτερο ποσοστό ηπατικής κίρρωσης παγκοσμίως και είναι δεύτερη μόνο μετά τον καπνό καρκινογόνος κατάσταση παγκοσμίως για τον άνθρωπο, ενοχοποιούμενη για το 60-90% των περιπτώσεων ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (ΗΚΚ) σε περιοχές με μεγάλη επίπτωση ΗΚΚ. Οι επιπλοκές αυτές είναι υπεύθυνες για 1 εκατομμύριο θανάτους ετησίως. Μολονότι βρίσκεται στην 25^η θέση μεταξύ των καρκίνων στις Ηνωμένες Πολιτείες, το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί τη συχνότερη σπλαχνική κακοήθεια παγκοσμίως. Στη χώρα μας η συχνότητα των φορέων είναι περίπου 3%, ενώ είναι αυξημένη μεταξύ οικονομικών μεταναστών (συνολικά υπολογίζεται σε 500000 άτομα). (<http://www.iatronet.gr>), (http://www.iatronet.gr.article.asp?art_id=210)

2.2.2 Συμπτώματα

Υπερβολική κόπωση, πονοκέφαλος, πυρετός, κνησμός, ναυτία, εμετός, ανορεξία, ευαισθησία στην κοιλιά, αδιαθεσία. (Κατρίνης)

2.2.3 Όψιμα συμπτώματα

Σκούρα ούρα, ανοιχτόχρωμα κόπρανα, κιτρίνισμα του δέρματος και του επιπεφυκότα των ματιών.

Ο ιός της ηπατίτιδας Β μπορεί να μη δώσει συμπτώματα κατά τη μεταδοτική φάση. Εάν δώσει, τότε αυτά εμφανίζονται μέσα σε 4 εβδομάδες. Επίσης μερικές φορές τα συμπτώματα μπορεί να είναι τόσο ήπια, ώστε η νόσος να περάσει απαρατήρητη. (Κατρίνης)

2.2.4 Μετάδοση

1. Με τη σεξουαλική επαφή με πάσχοντες από οξεία ηπατίτιδα Β ή με φορείς ηπατίτιδας Β
2. Από την έγκυο μητέρα στο έμβρυο (είτε αυτή είναι φορέας, είτε πάσχει από οξεία ηπατίτιδα Β)
3. Μέσω του αίματος ή παραγώγων αίματος φορέων ή πασχόντων
4. Μέσω βελόνων ή συριγγών που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί (χρήστες ιν ναρκωτικών) ή με αιχμηρά αντικείμενα (ξυραφάκια, βελόνες για το τρύπημα των αυτιών, ψαλιδάκια για μανικιούρ κλπ) αν χρησιμοποιούνται χωρίς να έχουν αποστειρωθεί και διαπεράσουν το δέρμα ή με οδοντόβουρτσα
5. Μετάγγιση. Αυτός ο τρόπος όμως σήμερα, δεν είναι ουσιαστικός, αφού όλοι οι αιμοδότες ελέγχονται για την παρουσία του ιού Β με ευαίσθητες

μεθόδους.

(<http://www.oskarditsas.gr/pages/enthiaferontaKeimena/hepatitis.htm>)

Με βάση τον τρόπο μετάδοσης του ιού διακρίνουμε τις εξής ομάδες υψηλού κινδύνου για την ηπατίτιδα Β.

1. Γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό
2. Πολυμεταγγιζόμενα άτομα
3. Τοξικομανείς-χρήστες ναρκωτικών ενδοφλεβίως που μοιράζονται χρησιμοποιημένες σύριγγες
4. Άτομα με πολλές και ανεξέλεγκτες σεξουαλικές σχέσεις, όπως οι εκδιδόμενες γυναίκες και οι ομοφυλόφιλοι
5. Παιδιά που γεννιούνται από οροθετικές μητέρες
6. Άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος φορείς του HBV , ιδιαίτερα, όταν αυτός είναι χρόνιος φορέας
7. Προσωπικό και τρόφιμοι ασύλων και φυλακών όπου υπάρχει μεγάλος συνωστισμός ατόμων και κακές συνθήκες υγιεινής.
8. Άτομα που επισκέπτονται χώρες που ενδημεί η νόσος ή διαβιούν σε αυτές
9. Τέλος, άτομα που πάσχουν από κάποιο νόσημα που εξασθενεί το ανοσοποιητικό σύστημα. (Γολεμάτης,1991)

2.2.5 Θεραπεία

Οι δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης στην ηπατίτιδα Β έχουν βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η θεραπεία της οξείας ηπατίτιδας Β γίνεται σήμερα με φάρμακα που βοηθούν το ανοσοποιητικό σύστημα στη μάχη του εναντίον του ιού (υποδόριες ενέσεις ιντερφερόνης Α) ή με φάρμακα που εμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό του ιού (χάπια λαμβουδίνης). Συχνά τα φάρμακα δεν εκριζώνουν τον ιό, αλλά καθυστερούν την εξέλιξη της ηπατικής νόσου αναστέλλοντας την ανάπτυξη κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

Πιθανολογείται ότι στο άμεσο μέλλον οι συνδυασμοί φαρμάκων θα βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Οι χρόνια φορείς του ιού της ηπατίτιδας Β δεν έχουν ανάγκη και δεν ωφελούνται από τη θεραπεία. Η ανάγκη χορήγησης θεραπείας σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα Β πρέπει να αποφασίζεται κατά περίπτωση και η θεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται από γιατρούς με εμπειρία στα νοσήματα αυτά. (<http://www.oskarditsas.gr/pages/enthiaferontaKeimena/hepatitis.htm>)

2.2.6 Διάγνωση

Ο ασθενής προσέρχεται συνήθως με χαρακτηριστική κλινική εικόνα και ο γιατρός θα θέσει τη διάγνωση στηριζόμενος στο ιστορικό, τη φυσική εξέταση και στους ειδικούς δείκτες. Αντίθετα η χρόνια ηπατίτιδα από τον ιό HBV ακολουθεί συνήθως υποκλινική πορεία. Οι περισσότεροι ασθενείς δεν παρουσιάζουν συμπτώματα, δεν αναφέρουν ικτερικό επεισόδιο στο παρελθόν ή κάποιο σαφή παράγοντα κινδύνου μετάδοσης ιογενούς ηπατίτιδας, ενώ όταν εμφανίζουν συμπτώματα, αυτά είναι ήπια και μη ειδικά. Τις περισσότερες φορές η λοίμωξη διαπιστώνεται στα πλαίσια τυχαίου βιοχημικού ελέγχου του ήπατος ή επ' ευκαιρία αιμοδοσίας. (Βλαχογιαννάκος)

Η ανίχνευση του αντιγόνου επιφανείας (HBsAg) στον ορό αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της διάγνωσης της λοίμωξης από τον ιό HBV. Σήμερα με την πρόοδο της μοριακής βιολογίας έχουν αναπτυχθεί μέθοδοι που διευκολύνουν την αρτιότερη εκτίμηση της βαρύτητας και της εξέλιξης της λοίμωξης, την παρακολούθηση και θεραπεία των ασθενών. (Βλαχογιαννάκος)

2.2.7 Προφύλαξη

Για την προφύλαξη από την ηπατίτιδα Β διατίθενται: ένα ασφαλές και αποτελεσματικό εμβόλιο και μια ειδική για τον ιό της ηπατίτιδας Β ανοσοσφαιρίνη (υπεράνοση γ-σφαιρίνη). Σε περίπτωση έκθεσης στον ιό και άμεσου κινδύνου νόσησης είναι απαραίτητος ο συνδυασμός τους. Τέτοιες είναι:

- Ø Στους ερωτικούς συντρόφους αυτών που πάσχουν από οξεία ηπατίτιδα
- Ø Σ' αυτούς που έχουν πάθει ενοφθαλμισμό του ιού ύστερα από τρύπημα με βελόνα που είχε χρησιμοποιηθεί σε πάσχοντα ή έχουν τραυματιστεί από αιχμηρά αντικείμενα μολυσμένα από αίμα ή σωματικά υγρά πάσχοντα
- Ø Σε νεογέννητα που προέρχονται από μητέρα φορέα του ιού.
(<http://www.paidiatros.gr/index.php?cid=10&id=310&st=2>)

2.2.8 Μόνο ο εμβολιασμός είναι αρκετός στις ακόλουθες περιπτώσεις:

1. Στους ερωτικούς συντρόφους και στα παιδιά αυτών που πάσχουν από ηπατίτιδα λόγω του κινδύνου που έχουν μετάδοσης του ιού μέσω της σεξουαλικής επαφής για τους πρώτους και της στενής και παρατεταμένης επαφής όσον αφορά τα παιδιά
2. Στους γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό, οδοντιάτρους
3. Στο προσωπικό κέντρων αιμοδοσίας και αιματολογικών εργαστηρίων
4. Στο προσωπικό και ασθενείς μονάδων αιμοκάθαρσης
5. Σε πολυμεταγγιζόμενους (πχ θαλασσαιμικοί) ή ασθενείς που λαμβάνουν προϊόντα αίματος (πχ αιμοφιλικί)
6. Σε ομοφυλόφιλους
7. Σε τοξικομανείς
8. Σε εκδιδόμενες γυναίκες

9. Σε ταξιδεύοντες σε περιοχές με υψηλή συχνότητα ηπατίτιδας B

Ενδέχεται επίσης ο εμβολιασμός έναντι της ηπατίτιδας B να μπει στο βασικό πρόγραμμα εμβολιασμού των παιδιών.

Για την προφύλαξη ή καλύτερα για τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης δυσμενών επιπλοκών στους χρόνιους φορείς κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και βέβαια με τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος γιατρού είναι δυνατή η χορήγηση ιντερφερόνης, ενός προϊόντος άμυνας του οργανισμού έναντι των ιών. (<http://www.paidiatros.gr/index.php?cid=10&id=310&st=2>)

2.2.9 Οι φάσεις της φυσικής ιστορίας της περιγεννητικά αποκτηθείσας HBV λοίμωξης είναι τέσσερις:

2.2.9.α A. Φάση ανοσοανοχής HBV λοίμωξης

Στις περισσότερες χώρες η μόλυνση από HBV γίνεται κατά τη διάρκεια του τοκετού ή κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής. Μετά από τη μόλυνση, υπάρχει μειωμένη απάντηση του ξενιστή και ο ιός πολλαπλασιάζεται φτάνοντας υψηλά επίπεδα ιαιμίας. Τα αντιγόνα HBsAg και HBeAg ανιχνεύονται σε πολύ υψηλούς τίτλους, ενώ το HBV DNA φθάνει στα 10 copies/ml. Επειδή δεν υπάρχει ανοσολογική απάντηση, δεν υπάρχει ηπατική φλεγμονή και οι ηπατικές δοκιμασίες είναι φυσιολογικές ή σχεδόν φυσιολογικές. (Βλαχογιαννάκος)

2.2.9.β B. Ενεργός φάση HBV λοίμωξης

Ο ιός αναγνωρίζεται τελικά από το ανοσολογικό σύστημα στους περισσότερους ασθενείς. Αυτό οδηγεί σε ηπατική βλάβη, με παράλληλη αύξηση των επιπέδων των αμινοτρανσφερασών. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης το ανοσολογικό σύστημα είτε καταφέρνει να ελέγξει αποτελεσματικά τον ιό και η

νόσος υποστρέφεται, είτε αποτυγχάνει και ο ασθενής οδηγείται σε παρατεταμένη περίοδο ηπατικής φλεγμονής που συχνά καταλήγει σε ανάπτυξη κίρρωσης. Στην πρώτη περίπτωση παρατηρείται απώλεια του HBeAg και εμφάνιση του HBeAb. Το HBeAg παραμένει ανιχνεύσιμο. Η «ορομετατροπή» αυτή οδηγεί σε χαμηλά επίπεδα ιαιμίας. Στη δεύτερη περίπτωση, που το ανοσολογικό σύστημα δεν καταφέρνει να ελέγξει τη λοίμωξη, ακολουθεί παρατεταμένη περίοδος με κυμαινόμενες τιμές αμινοτρανφερασών. Τα HBsAg και HBeAg επιμένουν και το HBV DNA κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα (10-10 copies/ml). (Βλαχογιαννάκος)

2.2.9.γ Γ. Φάση ανοσοεπιτήρησης HBV λοίμωξης

Η φάση αυτή ακολουθεί τον επιτυχή έλεγχο της λοίμωξης από τον ανοσολογικό σύστημα. Κατά τη διάρκειά της ο ασθενής έχει χαμηλά επίπεδα ιαιμίας, μη ανιχνεύσιμο HBeAg και ανιχνεύσιμο HBsAg. Εφόσον τα επίπεδα της ιαιμίας είναι χαμηλά ο ασθενής έχει χαμηλή μολυσματικότητα και η μετάδοση είναι πολύ σπάνια. Η ομάδα αυτή των ασθενών χαρακτηρίζεται, ίσως με ανακρίβεια, με τον όρο του «χρόνιου ασυμπτωματικού φορέα» (χρόνιος ανενεργός φορέας). Το 70-80% των ανενεργών φορέων θα παραμείνουν στην ανενεργή αυτή μορφή της νόσου δια βίου. Ένα ποσοστό 10-20% θα θετικοποιήσει εκ νέου το HBeAg ενώ αδιευκρίνιστο είναι το ποσοστό που θα μεταπέσει σε χρόνια αντί-HBe θετική ηπατίτιδα. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό των ασθενών αυτών θα εξαλείψουν τελικά το HBsAg και θα μπορούσαν να θεωρηθούν θεραπευμένοι. Παρόλα αυτά όμως, ακόμα και σε αυτούς τους ασθενείς σε καταστάσεις σοβαρής ανοσοκαταστολής (πχ χημειοθεραπεία) μπορεί να παρατηρηθεί υποτροπή. (Βλαχογιαννάκος)

2.2.9.δ Δ. Φάση ανοσολογικής διαφυγής HBV λοίμωξης

Δυστυχώς σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με HBsAg αντιγοναιμία, ο ιός γίνεται εκ νέου ενεργός. Τα επίπεδα της ιαμίας αυξάνονται (10 copies/ml) και η ηπατίτιδα υποτροπιάζει με αύξηση των τιμών των αμινοτρανσφαιρασών. Το HBeAg παραμένει μη ανιχνεύσιμο με το αντίσωμα HBeAg να επιμένει. Προσεκτική ιολογική ανάλυση αποκαλύπτει μεταλλαγμένα στελέχη του ιού που έχουν χάσει την δυνατότητα να παράγουν HBeAg. Οι πιο συχνές μεταλλάξεις αφορούν την προπυρηνική/πυρηνική περιοχή του ιού. Η πυρηνική νόσος είναι περισσότερο ενεργός και προχωρημένη συγκριτικά με την HBeAg θετική χρόνια ηπατίτιδα Β. Επίσης είναι συνήθως προοδευτικά επιδεινούμενη και αυτόματη υποστροφή παρατηρείται σπάνια. Τα κύρια χαρακτηριστικά της χρόνιας αυτής ηπατίτιδας Β είναι ο συνεχής και διαλείπων ικός πολλαπλασιασμός, η σοβαρή νεκροφλεγμονώδης ηπατική βλάβη και η προοδευτική ίνωση που οδηγεί, σύμφωνα με μελέτες, το 40% των ασθενών με HBeAg αρνητική χρόνια ηπατίτιδα Β σε ιστολογικά αποδεδειγμένη κίρρωση. Η HBeAg αρνητική χρόνια ηπατίτιδα Β αποτελεί την επικρατέστερη μορφή ηπατίτιδας Β στην Ελλάδα. (Βλαχογιαννάκος)

2.3 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

2.3.1 Επιδημιολογία

Αρχικές υποψίες για την ύπαρξη του ιού HCV υπήρχαν από το 1975, όταν ασθενείς που εμφάνισαν ηπατίτιδα μετά από μεταγγίσεις αίματος βρέθηκαν οροαρνητικοί στους ιούς της ηπατίτιδας A και B. (Ζέλλου)

Η μεταδοτική φάση της νόσου αποδείχτηκε με τη μεταφορά της από τον άνθρωπο στους χιμπατζήδες. Ο αιτιολογικός παράγοντας, ο HCV (hepatitis C virus) ταυτοποιήθηκε ως γενετική αλληλουχία το 1989, με την εφαρμογή τυχαίων αλυσιδωτών αντιδράσεων πολυμεράσης (polymerase chain reaction-PCR) σε πλάσμα χιμπατζήδων μολυσμένων με non-A, non-B ηπατίτιδα. Ως αποτέλεσμα αναπτύχθηκε η πρώτη δοκιμασία του αντισώματος έναντι του HCV για την ταυτοποίηση της προηγουμένως διαγνωσμένης non-A, non-B ηπατίτιδας. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

Ο καινούργιος ιός ονομάστηκε ιός της ηπατίτιδας C. Υπολογίζεται ότι έχει μέγεθος 50-60 nm και 3011 αμινοξέα και 9033 νουκλεοτίδια. (Ζέλλου)

Η ηπατίτιδα C αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια ηπατικής νόσου παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, τα ποσοστά λοίμωξης HCV στον πληθυσμό των αιμοδοτών κυμαίνονται από 0,14-0,83%. Από 15 ελληνικές μελέτες που δημοσιεύτηκαν στο διεθνή ιατρικό τύπο μεταξύ 1991-2001 προκύπτει ότι η συχνότητα της λοίμωξης HCV σε ομάδες υψηλού κινδύνου είναι 5,77%. Επιπλέον, από 5 μελέτες στην Ελλάδα που δημοσιεύτηκαν σε διεθνή περιοδικά και που αφορούσαν γενικό πληθυσμό της χώρας στη διάρκεια 1997-2001, προκύπτει επιπολασμός 1,94%, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από εκείνο των αιμοδοτών. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

Η υψηλότερη συχνότητα ηπατίτιδας C συναντάται σε άτομα ηλικίας 40-60 ετών. Είναι γεγονός ότι οι νέες περιπτώσεις ηπατίτιδας C έχουν ελαττωθεί αρκετά μετά τα τέλη της δεκαετίας του 1980, κυρίως λόγω του υποχρεωτικού

ελέγχου του αίματος και παραγώγων του αλλά και γενικότερα της βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας και των κανόνων αποστείρωσης. Πολλές όμως παλαιές περιπτώσεις ηπατίτιδας C παραμένουν ακόμη αδιάγνωστες. Έτσι, οι αριθμοί των διαγνωσμένων ασθενών με ηπατίτιδα C αναμένεται να αυξηθούν σημαντικά εντός της επόμενης δεκαετίας, λόγω της αποκάλυψης ολοένα και περισσότερων παλαιών περιπτώσεων ηπατίτιδας C. (http://www.iatronet.gr.article.asp?art_id=210)

Ο HCV είναι υπεύθυνος για το 20% των περιπτώσεων οξείας ηπατίτιδας, το 70% των περιπτώσεων χρόνιας ηπατίτιδας, το 40% των περιπτώσεων μη αντιρροπούμενης ηπατικής κίρρωσης, το 60% των περιπτώσεων ηπατοκυτταρικού καρκινώματος και το 30% των μεταμοσχεύσεων ήπατος.

Ο HCV εμφανίζει παραλλαγές ή «γονότυπους». Υπάρχουν έξι κύριοι «γονότυποι» από 1-6, οι οποίοι με τη σειρά τους διακρίνονται σε «υπότυπους» a,b και c, ανάλογα με τη σειρά ανακάλυψης.

Η μέθοδος που κυρίως εφαρμόζεται σήμερα για την ταυτοποίηση των γονότυπων και των υπότυπων είναι η PCR. Το ενδιαφέρον των ερευνητών στράφηκε στη μελέτη της μοριακής επιδημιολογίας της λοίμωξης HCV σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών καθώς και της συσχέτισης των γονότυπων με τα κλινικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά της χρόνιας ηπατικής νόσου και της απάντησης στην αντί-ϊική θεραπεία. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

Πολλές μελέτες υποστηρίζουν την εμφάνιση των γονότυπων 1a και 3a σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Αντίθετα, η συσχέτιση του γονότυπου 2 με την παρουσία κρυσφαιριναιμίας και διαταραχών του λεμφοποιητικού δεν επιβεβαιώνεται από όλες τις μελέτες.

Η λοίμωξη με διαφορετικούς γονότυπους του ιού δεν εξηγεί ικανοποιητικά τις διαφορές στην κλινική και ιστολογική σοβαρότητα της ηπατικής νόσου. Αντίθετα οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι οι γονότυποι αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες της απάντησης στην αντί-ϊική θεραπεία. Έχει λοιπόν βρεθεί ότι ο γονότυπος 1 σχετίζεται με φτωχή απάντηση

σε θεραπεία με ιντερφερόνη, μόνης ή σε συνδυασμό με ριμπαβιρίνη, ενώ αντίθετα, η λοίμωξη με γονότυπους 2 και 3 σχετίζεται γενικά με θετικές απαντήσεις στη θεραπεία. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

Η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C αποτελεί σήμερα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο αριθμός των ατόμων με anti-HCV (+) είναι 169,7 εκατομμύρια παγκοσμίως, με συνολικό επιπολασμό 2,9%. Ο υψηλότερος επιπολασμός παρατηρείται στην Αίγυπτο (18,1%).

Μελέτες επιπολασμού στις ΗΠΑ έδειξαν ότι αυτός είναι μεγαλύτερος στους άνδρες και στην ηλικιακή ομάδα των 30-39 ετών. Επιπλέον, στις ΗΠΑ όπου κατέστη δυνατή η εκτίμηση της επίπτωσης της οξείας ηπατίτιδας C, τα αποτελέσματα δείχνουν μια πτώση στον αριθμό των νέων λοιμώξεων από το 1990 και μετά (230000 το 1980-38000 το 1997). Η μείωση αυτή αποδίδεται κυρίως στον αποτελεσματικό έλεγχο του αίματος στις αιμοδοσίες, αλλά και στην υιοθέτηση ασφαλέστερων πρακτικών μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

2.3.2 Κλινική Εικόνα

Η επώαση της ηπατίτιδας C υπολογίζεται σε 7 περίπου εβδομάδες (διακύμανση 3-20). Η οξεία ηπατίτιδα C είναι συμπτωματική στο 30% των περιπτώσεων, ικτερική μόλις στο 10% αυτών και υποκλινική στο 70%. Μόνο το 15% των οξέων περιπτώσεων αυτοπεριορίζονται. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

Γενικά, η κλινική και η εργαστηριακή εικόνα της ηπατίτιδας C είναι ηπιότερη από αυτή της ηπατίτιδας B. Στο πρόδρομο στάδιο εκδηλώνονται μη ειδικά συμπτώματα, κυρίως, από τον γαστρεντερικό ενώ μετά την εισβολή του ίκτερου τα παραπάνω συμπτώματα περιορίζονται και ο ασθενής αναρρώνει. (Τσαντουλας, 2001)

Η κλινική εικόνα της οξείας λοίμωξης HCV είναι συνήθως ήπια. Τα συμπτώματα, όταν υπάρχουν, περιλαμβάνουν ναυτία και έμετο, ανορεξία, εξάντληση, χαμηλό πυρετό και μυαλγίες. Ποσοστό 10% των ασθενών εμφανίζει ίκτερο και σκουρόχρωμα ούρα.

Η κεραυνοβόλος μορφή είναι σπάνια και εμφανίζεται κυρίως σε άτομα με ανοσοανεπάρκεια και υψηλά επίπεδα ιαιμίας, μετά από απότομη διακοπή χημειοθεραπείας ή ανοσοκατασταλτικής αγωγής καθώς και σε συλλοιμώξεις με άλλους ιούς. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

2.3.3 Τρόποι Μετάδοσης

Ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά, δηλαδή με επαφή του ατόμου με μολυσμένο αίμα ή παράγωγα αίματος. Συνήθεις τρόποι διασποράς του ιού είναι :

- ❖ Χρήση ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Είναι σήμερα η κύρια οδός μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας C. Υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 80% των ενεργών ή πρώην χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών έχουν ηπατίτιδα C.
- ❖ Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του (πριν το 1922). Οι μεταγγίσεις αίματος και παραγώγων του θεωρούνται σήμερα ασφαλείς, αλλά όλα τα άτομα που είχαν λάβει μεταγγίσεις πριν το 1922 θα πρέπει να ελέγχονται γιατί υπάρχει πιθανότητα να έχουν μολυνθεί με τον ιό της ηπατίτιδας C. (Γκουρνέλης, 1992, <http://www.iatronet.gr>)
- ❖ Αιμοκάθαρση (τεχνητός νεφρός). Η πιθανότητα μετάδοσης στις μονάδες τεχνητού νεφρού έχει ελαττωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια.
- ❖ Μεταμόσχευση μολυσμένου οργάνου στο παρελθόν. Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων θεωρούνται σήμερα απόλυτα ασφαλείς.
- ❖ Ιατρικές ή παραϊατρικές πράξεις. Η πιθανότητα μετάδοσης ηπατίτιδας C με ιατρικές ή παραϊατρικές πράξεις (ενέσεις, τατουάζ, τρύπημα σημείων

του σώματος) είναι αμελητέα, εάν τηρούνται οι κανόνες αποστείρωσης και ορθής νοσηλείας.

- Ø Γενετήσια μετάδοση. Μόλις το 2-4% των σταθερών ερωτικών συντρόφων με ηπατίτιδα C αποδεικνύεται να έχει ηπατίτιδα C. Η πιθανότητα μετάδοσης ηπατίτιδας C σε σταθερά μονογαμικά ετεροφυλικά ζευγάρια είναι μικρότερη από 1% το χρόνο, αλλά αυξάνει αρκετά σε άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους ή με ομοφυλοφιλικές επαφές.
- Ø Κάθετη μετάδοση(από μητέρα σε παιδί). Μετάδοση από θετική μητέρα σε νεογέννητο θεωρείται ότι συμβαίνει περίπου σε 2-7%. Η πιθανότητα μετάδοσης στο νεογνό αυξάνει σε 20% όταν πρόκειται για μητέρες που έχουν και λοίμωξη με τον ιό του AIDS.
- Ø Άγνωστος τρόπος μετάδοσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε σημαντικό ποσοστό (30-40%)των ασθενών με ηπατίτιδα C δεν αποκαλύπτεται ποτέ έκθεση σε παράγοντα κινδύνου. (Βλαχογιαννάκος)

2.3.4 Διάγνωση

Η ανίχνευση αντισωμάτων έναντι δομικών και μη δομικών πρωτεϊνών του ιού της ηπατίτιδας C στον ορό αποτελεί τη μέθοδο διαγνώσεως της ηπατίτιδας C. (Χατζηγιάννης,1996)

Ο αρχικός έλεγχος για την ανίχνευση αυτή γίνεται με τη μέθοδο ELISA. Ωστόσο υπάρχουν δύο περιπτώσεις κατά τις οποίες οι δοκιμασίες αντισώματος δεν δύναται να ανιχνεύσουν μόλυνση με HCV.

Πρώτον, είναι δυνατόν να περάσουν μέχρι και έξι μήνες μετά την πρωτογενή μόλυνση για να αναπτυχθεί ανοσολογική ανταπόκριση έναντι του HCV, ενώ η μέση περίοδος μεταξύ του χρόνου της μόλυνσης και της παραγωγής ανιχνεύσιμων αντισωμάτων είναι 12 εβδομάδες.

Δεύτερον, ανοσοκατασταλμένοι ασθενείς, για παράδειγμα, δέκτες μοσχευμάτων νεφρού, ευκαιριακά εμφανίζουν μόλυνση με HCV χωρίς να

αναπτύσσουν ανιχνεύσιμα αντισώματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, απαιτείται η εφαρμογή της αλυσιδωτής αντίδρασης με πολυμεράση (PCR) κατά την οποία έχουμε την ανίχνευση του RNA γονιδιώματος του ιού μετά από πολλαπλασιασμό μιας περιοχής στόχου. (Χατζηγιάννης,1996, Σπαντίδος, Καραχρήστος, Εργολάκη,1995)

Η θετική ELISA έναντι του HCV θα πρέπει να επιβεβαιώνεται με δοκιμασίες ανασυνδιασμένου ανοσοαποτυπώματος (RIBA). (Σπαντίδος, Καραχρήστος, Εργολάκη,1995)

Η αύξηση των τρανσαμινασών και γενικότερα των άλλων βιοχημικών ηπατικών δεικτών δεν είναι τόσο εκσεσημασμένη όσο στην ηπατίτιδα Β αλλά διατηρείται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. (Καποτάς,2003)

2.3.5 Πρόγνωση

Η κλινική πορεία και εξέλιξη της HCV λοιμώξεως ποικίλλει ευρέως μεταξύ μιας τυπικής οξείας ηπατίτιδας και μιας βραδέως και αθόρυβα εξελισσόμενης χρόνιας λοίμωξης (60-80%) που οδηγεί σε κίρρωση του ήπατος μέσα σε 3-20 χρόνια στο 20-25% των περιπτώσεων και με ελάχιστη επίδραση στη θνητότητα κατά την διάρκεια των πρώτων 20 χρόνων. Εξάλλου, σένα μεγάλο αριθμό ασθενών θα εμφανιστούν επιπλοκές τελικού σταδίου χρονιάς ηπατοπάθειας όπως εκδηλώσεις ηπατικής ανεπάρκειας, πυλαίας υπερτάσεως, και ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Τέλος, η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα σπάνια παρατηρείται μετά από μόλυνση HCV.
(<http://www.belife.gr/magazine/contect/view>)

2.3.6 Θεραπεία

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας για την ηπατίτιδα C έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Έτσι, εκρίζωση της ηπατίτιδας επιτυγχάνεται σε περισσότερους από 80% των ασθενών με γονότυπο 2 ή 3 και περίπου σε 50% των ασθενών με γονότυπο 1 ή 4. Βασίζεται στη συνδυασμένη χορήγηση ενέσεων ιντερφερόνης-α (συνήθως μία ένεση την εβδομάδα) και δισκίων ριμπαβιρίνης. Τα φάρμακα χορηγούνται για θεραπεία της ηπατίτιδας C παρουσιάζουν συχνά παρενέργειες και γι' αυτό όσοι υποβάλλονται σε θεραπεία θα πρέπει να βρίσκονται υπό στενή παρακολούθηση από γιατρούς εξοικειωμένους με τα φάρμακα αυτά. Η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την τελική επιτυχία και τόσοι ασθενείς όσο και οι γιατροί πρέπει να καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για να μεγιστοποιούν τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία. (<http://www.belife.gr/magazine/contect/view>)

Δίαιτα πτωχή σε λίπος και πλούσια σε υδατάνθρακες αποτελεί την πλέον κατάλληλη τροφή γι' αυτούς τους ανορεκτικούς ασθενείς που φαίνεται ότι ανέχονται λιγότερο τις λιπαρές τροφές απ' ότι οι φυσιολογικοί ασθενείς. Γενικά ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να διατηρεί υψηλή πρόσληψη υγρών και θερμίδων και να σιτίζεται με οποιαδήποτε τροφή της αρεσκείας του. Οι ασθενείς συνήθως τροποποιούν τη δίαιτα τους σύμφωνα με τις προτιμήσεις τους, οι οποίες αρκετά συχνά είναι διαφορετικές από τις συνήθειες προτιμήσεις τους, μέχρις ότου η ανάνηψη έχει επιτευχθεί πλήρως. (Ζέλλου)

2.3.7 Πρόληψη

Δυστυχώς, δεν υπάρχει και ούτε προβλέπεται να αναπτυχθεί εντός των επομένων ετών εμβόλιο που να προφυλάσσει από την ηπατίτιδα C. Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν έχουν ακόμη

ανιχνευτεί. Γι' αυτό επιβάλλεται να τηρούνται από όλους προσεκτικά γενικά μέτρα πρόληψης ώστε να αποφεύγεται η παρεντερική έκθεση όλων σε δυνητικά μολυσμένα αντικείμενα. Ειδικότερα μέτρα πρόληψης της μετάδοσης του ιού από άτομα με γνωστή ηπατίτιδα C είναι :

- ❌ Όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν πρέπει να χρησιμοποιούν από άλλους ούτε να δίνουν σε άλλους αντικείμενα που μπορεί να έλθουν σε επαφή με το αίμα τους, όπως ξυραφάκια, οδοντόβουρτσες, νυχοκόπτες, αποτριχωτικές συσκευές κλπ.
- ❌ Οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν πρέπει να υποβάλλονται σε κανένα περιορισμό από οποιαδήποτε είδος εργασίας, απασχόλησης ή άθλησης.
- ❌ Οι ασθενείς με ηπατίτιδα C δεν χρειάζεται να χρησιμοποιούν ατομικά σκεύη φαγητού, ατομικές πετσέτες ή ατομικές τουαλέτες.
- ❌ Η χλωρίνη αποτελεί το καλύτερο μέσο για καθαρισμό αντικειμένων κοινής χρήσης που έρχονται σε επαφή με αίμα ασθενούς με ηπατίτιδα C.
- ❌ Τα προγράμματα θεραπείας με μεθαδόνη, ανταλλαγής βελόνων και συριγγών και επιμόρφωσης-τροποποίησης των επικίνδυνων συμπεριφορών θεωρούνται ότι μπορεί να βοηθήσουν στον περιορισμό της διασποράς της ηπατίτιδας C στους χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών, μια ειδική ομάδα του πληθυσμού που σήμερα έχει το μεγαλύτερο πρόβλημα ηπατίτιδας C. Σε περίπτωση τρυπήματος με μολυσμένη βελόνα δεν συνιστάται προληπτική χορήγηση ανοσοσφαιρινής ή αντιικών. Η πιθανή οξεία ηπατίτιδα C στον εργαζόμενο θα πρέπει να ελέγχεται με αντισώματα για ηπατίτιδα C κατά την έκθεση και στη συνέχεια με τρανσαμινάσες, αντισώματα για ηπατίτιδα C και παρουσία ιού (HCV RNA ορού) 2-8 εβδομάδες αργότερα. Σε τεκμηρίωση οξείας ηπατίτιδας C είναι μάλλον χρήσιμη η θεραπευτική παρέμβαση.

- Ø Ασθενείς με ηπατίτιδα C και έναν μόνο ερωτικό σύντροφο δεν χρειάζεται να χρησιμοποιούν υποχρεωτικά προφυλακτικό, αλλά θα πρέπει να συμβουλευούνται ότι τα προφυλακτικά μπορεί να ελαττώνουν τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού. Προφυλακτικά όμως είναι απόλυτα απαραίτητα για ασθενείς με ηπατίτιδα C και πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους, βραχυχρόνιες ερωτικές σχέσεις ή ομοφυλοφιλικές επαφές.
- Ø Έχει υποστηριχθεί ότι ίσως η εκλεκτική καισαρική τομή να ελαττώνει την πιθανότητα μετάδοσης της ηπατίτιδας C από τη θετική μητέρα στο νεογέννητο, αλλά αυτό δεν θεωρείται απόλυτα αποδεδειγμένο. Η πιθανή παρουσία ηπατίτιδας C σε νεογνά θετικών μητέρων ελέγχεται με ανίχνευση του ιού (HCV RNA ορού) μεταξύ του 2^{ου} και 6^{ου} μήνα ή με ανίχνευση αντισωμάτων για ηπατίτιδα C μετά το 15^ο μήνα.

Ο θηλασμός δεν θεωρείται ότι μεταδίδει τον ιό της ηπατίτιδας C. Η επιτυχής θεραπεία ενός ασθενούς με ηπατίτιδα C εκριζώνει τον ιό από το αίμα και εξαφανίζει την πιθανότητα μετάδοσης από αυτόν τον ασθενή. (<http://www.belife.gr/magazine/contect/view>)

2.3.8 Επιπλοκές

2.3.8.1 Κίρρωση

Η κίρρωση στις περισσότερες περιπτώσεις παραμένει ασυμπτωματική για πολλά χρόνια και αποκαλύπτεται συχνά στην ηπατική βιοψία. Σε άλλες περιπτώσεις η κίρρωση διαγιγνώσκεται εξαιτίας μιας επιπλοκής (πυλαία υπέρταση, που συνοδεύεται από ρήξη κιστών οισοφάγου και σπληνομεγαλία,

ασκίτης, ηπατική εγκεφαλοπάθεια). Πάντως, σε αρκετές περιπτώσεις η διάγνωση της κίρρωσης γίνεται στο στάδιο του ΗΚΚ. Η εγκυρότερη εξέταση για τη διάγνωση της κίρρωσης είναι η ηπατική βιοψία.

Τα κλινικά συμπτώματα της ηπατικής νόσου τελικού σταδίου είναι 5:

- Έντονη κόπωση
- Μυϊκή αδυναμία
- Κατακράτηση υγρών
- Εύκολοι μώλωπες
- Κνησμό (Πανταζής, Μπροκαλάκη,2008)

2.3.8.2 Ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα

Το ΗΚΚ εμφανίζεται γενικά σε ασθενείς με κίρρωση, με επίπτωση που ποικίλει από 3-10% ετησίως. Εμφανίζεται συχνά σε αντιρροπούμενη κίρρωση και είναι κλινικά σιωπηλό για μακρύ χρονικό διάστημα. Ικανοποιητική θεραπεία για το ΗΚΚ δεν υπάρχει και η μεταμόσχευση ήπατος προσφέρεται σε λίγους ασθενείς. (Πανταζής, Μπροκαλάκη,2008)

2.3.9 Αντιμετώπιση επαγγελματικής έκθεσης σε HBV, HCV

Η στρατηγική προφύλαξης του υγειονομικού προσωπικού έναντι μόλυνσης με τους ιούς ηπατίτιδας Β και C περιλαμβάνει:

- α. Την εφαρμογή των βασικών μέτρων προφύλαξης για κάθε ασθενή
 - β. Τον εμβολιασμό όλου του υγειονομικού προσωπικού και
 - γ. Την εφαρμογή πρωτοκόλλου για την εκτίμηση της έκθεσης, την αντιμετώπιση και την παρακολούθηση μετά από κάθε επαγγελματικό ατύχημα.
- (<http://www.keel.org.gr/keelpno/eksofyllo.pro>)

2.3.10 Το πρωτόκολλο αυτό αποτελείται από τα εξής βήματα:

Βήμα 1

- Ø Σχολαστικό πλύσιμο του τραύματος με νερό και σαπούνι και νερό ή αντισηπτικό
- Ø Σχολαστικό πλύσιμο βλεννογόνων (μάτια) με άφθονο νερό ή φυσιολογικό ορό μόνο (<http://www.keel.org.gr/keelpno/eksofyllo.pro>)

Βήμα 2

Εκτίμηση του κινδύνου μετάδοσης κατά την έκθεση :

α. Τύποι έκθεσης με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης

- Ø Διαδερματικός τραυματισμός (π.χ. τρύπημα με βελόνα)
- Ø Έκθεση βλεννογόνων (π.χ. πιτσίλισμα βιολογικών υγρών)
- Ø Δέρμα με συνυπάρχουσα δερματίτιδα ή λύση της συνεχείας του
- Ø Δάγκωμα (κίνδυνος από έκθεση σε αίμα και για τα δύο άτομα)

β. Τύπος βιολογικού υγρού με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης

- Ø Αίμα
- Ø Βιολογικά υγρά που περιέχουν ορατό αίμα
- Ø Δυνητικά μολυσματικά υγρά (ΕΝΥ, αρθρικό, πλευρικό, περικαρδιακό, αμνιακό υγρό, σπέρμα και κολπικές εκκρίσεις)
- Ø Απευθείας έκθεση σε υψηλές συγκεντρώσεις ιού (πχ σε εργαστήρια)

γ. Μολυσματικότητα της "πηγής" έκθεσης :

- Ø Έλεγχος για παρουσία HBsAg
- Ø Έλεγχος για παρουσία anti-HCV:
- Ø Επί θετικού αποτελέσματος έλεγχος για HCV RNA

- Ø Επί αρνητικού αποτελέσματος συνιστάται έλεγχος για HCV RNA αν υπάρχει ανοσοκαταστολή ή άλλη κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε ψευδώς αρνητικό anti-HCV στο άτομο-“πηγή” (πχ ασθενείς με HIV λοίμωξη, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μεταμοσχευμένοι)
- Ø Σε περίπτωση άγνωστης πηγής (πχ τρύπημα από βελόνα σε απορρίμματα) εκτιμάται η επιδημιολογική πιθανότητα μετάδοσης HBV, HCV (πχ μεγαλύτερος κίνδυνος από τρύπημα βελόνας σε απορρίμματα νοσοκομείου απ’ ότι σε ένα γηροκομείο)
- Ø Σε περίπτωση άρνησης για εξέταση, εκτιμάται η μολυσματικότητα του ατόμου-“πηγή”, λαμβάνοντας υπόψη το υποκείμενο νόσημα, τα κλινικά συμπτώματα και την ύπαρξη ιστορικού συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου
- Ø Εργαστηριακός έλεγχος της συγκεκριμένης βελόνας ή του αιχμηρού αντικειμένου που αποτέλεσε το μέσο της έκθεσης, δεν συνίσταται.

δ. Ευαισθησία του εκτεθέντος :

- Ø Ιστορικό εμβολιασμού και ανταπόκρισης
- Ø HBsAg, anti-HCV, ALT τη στιγμή του ατυχήματος και πριν από τη χορήγηση προφύλαξης. (<http://www.keel.org.gr/keelpno/eksofyllo.pro>)

Βήμα 3

Χορήγηση προφύλαξης μετά από έκθεση ύποπτη για μετάδοση HBV :

- Ø Χορήγηση προφύλαξης όσο το δυνατόν γρηγορότερα (εντός του 24ώρου)
- Ø Χορήγηση υπεράνοσης γ-σφαιρίνης (HBIG), όπου ενδείκνυται, αμέσως ή το αργότερο σε μια εβδομάδα.
- Ø Χορήγηση εμβολίου και HBIG μπορεί να γίνει ταυτόχρονα, αλλά σε διαφορετικά σημεία (το εμβόλιο χορηγείται πάντα στο δελτοειδή μυ)
- Ø Προφύλαξη μπορεί να δοθεί στις εγκύους ή σε θηλάζουσες μητέρες

Προφύλαξη ή εμβόλιο για HCV λοίμωξη δεν υπάρχει.
(<http://www.keel.org.gr/keelpno/eksofyllo.pro>)

Βήμα 4

1. Παρακολούθηση

Για HBV :

- Ø Έλεγχος anti-HBs 1-2 μήνες μετά την τελευταία δόση του εμβολίου (εάν χορηγήθηκε μόνο εμβόλιο)
- Ø Παρακολούθηση δεν ενδείκνυται σε εκτεθέντες που έχουν γνωστή ανοσία έναντι του HBV ή σε όσους έλαβαν προφύλαξη με HBIG

Για HCV :

- Ø Επαναληπτικός έλεγχος με anti-HCV και ALT στους 4-6 μήνες ή/και έλεγχος με HCV RNA στις 6 εβδομάδες
- Ø Σε περίπτωση anti-HCV θετικού αποτελέσματος, επιβεβαίωση με συμπληρωματικό έλεγχο (πχ μέθοδος ανοσοαποτελέσματος RIBA ή HCV RNA)
- Ø Επί θετικού αποτελέσματος, παραπομπή σε ειδικό γιατρό για το ενδεχόμενο χορήγησης θεραπείας

2. Συμβουλευτική καθοδήγηση :

- Ø Ιατρική εξέταση και έλεγχος σε κάθε περίπτωση οξείας νόσησης κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης
- Ø Καθοδήγηση για αποφυγή αιμοδοσίας ή δωρεάς οργάνων και σπέρματος στη διάρκεια της παρακολούθησης

- Ø Δεν χρειάζεται τροποποίηση των ερωτικών συνηθειών, ούτε αποφυγή εγκυμοσύνης

Δεν αντενδείκνυται ο θηλασμός (<http://www.keel.org.gr/keelpno/eksofylo.pro>)

2.3.11 Πρόληψη της μετάδοσης της λοίμωξης HCV – Ο ρόλος του νοσηλευτή

Ο τρόπος μετάδοσης καθορίζει και τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης της λοίμωξης. Ο κυριότερος τρόπος πρόληψης της λοίμωξης HCV είναι ο έλεγχος των αιμοδοτών για αντισώματα (anti-HCV) και ο αποκλεισμός των οροθετικών ατόμων από την αιμοδοσία. Ο έλεγχος αυτός που είναι πλέον επιβεβλημένος στις μέρες μας, έχει περιορίσει σε σημαντικό βαθμό τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού μέσω μετάγγισης. (Πανταζής, Μπροκαλάκη,2008)

Τα κυριότερα μέτρα προφύλαξης από τη λοίμωξη HCV κατά τον έλεγχο των αιμοδοτών είναι τα ακόλουθα:

- Ø Προσδιορισμός των αντισωμάτων (anti-HCV) σε κάθε μονάδα αίματος. Η παρουσία υψηλών τιμών ALT ή/και anti-HBc στον ορό του δότη βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με τον κίνδυνο έκθεσης του λήπτη. Ο έλεγχος των αιμοδοτών για anti-HCV στη χώρα μας μετά το 1992 και ο αποκλεισμός από την αιμοδοσία ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για τη λοίμωξη HIV, οδήγησε στη μείωση του ποσοστού μετάδοσης της λοίμωξης HCV μετά από μετάγγιση.
- Ø Λήψη αίματος μόνο από εθελοντές αιμοδότες.
- Ø Αυστηρές ενδείξεις μετάγγισης
- Ø Χρήση παραγώγων αίματος που παρασκευάζονται με γενετική μηχανή πχ παράγοντας πήξης VIII.

Τα άτομα με ιστορικό χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών θα πρέπει να αποκλείονται από δωρεά αίματος, ιστών και οργάνων ή σπέρματος. Στα άτομα της κατηγορίας αυτής δίδονται οι ακόλουθες οδηγίες:

- Ø Διακοπή της χρήσης των ουσιών
- Ø Συμμετοχή και ολοκλήρωση θεραπευτικών προγραμμάτων κατά της κατάχρησης ουσιών, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων πρόληψης πιθανής υποτροπής.
- Ø Εμβολιασμός για την ηπατίτιδα Α και Β. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

Αν συνεχίζεται η χρήση ουσιών:

- Ø Να μην γίνεται επαναχρησιμοποίηση ή κοινή χρήση σύριγγων, βελόνων και υπόλοιπου εξοπλισμού παρασκευής ουσιών. Αν ο εξοπλισμός έχει χρησιμοποιηθεί από άλλο άτομο, να πλένεται πρώτα με απορρυπαντικό και νερό.
- Ø Να χρησιμοποιούνται αποστειρωμένες σύριγγες που λαμβάνονται από αξιόπιστη πηγή, όπως το φαρμακείο
- Ø Να χρησιμοποιείται νέα αποστειρωμένη σύριγγα για την παρασκευή και την ενδοφλέβια έγχυση των ουσιών
- Ø Αν είναι δυνατό να χρησιμοποιείται αποστειρωμένο νερό κατά την παρασκευή του φαρμάκου, αλλιώς προτιμάται καθαρό νερό από αξιόπιστη πηγή, όπως το εμφιαλωμένο
- Ø Να χρησιμοποιούνται καθαρά σκεύη και υλικά παρασκευής των ουσιών
- Ø Να καθαρίζεται το σημείο ένεσης με αλκοολούχο διάλυμα πριν την ένεση και
- Ø Να απορρίπτονται με ασφάλεια οι σύριγγες μετά τη χρήση (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

Στις μονάδες τεχνητού νεφρού με την κατάλληλη χρήση των προφυλακτικών μέτρων θα προληφθεί η μετάδοση του HCV στους χρονίως αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς και η απομόνωση των οροθετικών δεν θα είναι απαραίτητη. Τα ακόλουθα μέτρα είναι αναγκαία:

- Ø Οι ασθενείς πρέπει να έχουν συγκεκριμένα δωμάτια αιμοκάθαρσης και να γίνεται σχολαστικός καθαρισμός και απολύμανση του χώρου και των μηχανημάτων αιμοκάθαρσης
- Ø Η κοινή χρήση βοηθητικών, όπως δίσκοι φαρμάκων, πιεσόμετρα, λαβίδες, ψαλίδια και άλλα εργαλεία πολλαπλών χρήσεων πρέπει να αποφεύγεται
- Ø Η προετοιμασία των φαρμάκων πρέπει να γίνεται σε ξεχωριστό χώρο
- Ø Οι καθαρές και οι μολυσμένες περιοχές πρέπει να είναι ξεχωριστές, όπως για παράδειγμα χωριστές τουαλέτες και λουτρά για ασθενείς και προσωπικό ή χειρισμός και αποθήκευση φαρμάκων μακριά από το χώρο χειρισμού χρησιμοποιημένου υλικού ή αίματος
- Ø Συχνό και σχολαστικό πλύσιμο των χεριών
- Ø Περιοδικός έλεγχος σε όλους τους αιμοκαθαιρούμενους ασθενείς και το προσωπικό για anti-HCV. Τα οροθετικά άτομα θα πρέπει να εμβολιάζονται για την ηπατίτιδα Α και την ηπατίτιδα Β
- Ø Διενέργεια αιμοκάθαρσης σε συγκεκριμένα μηχανήματα για τους οροθετικούς ασθενείς. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

Βασικό μέτρο για την πρόληψη της μετάδοσης της λοίμωξης HCV στο νοσοκομείο είναι η ενημέρωση και η εκπαίδευση των ασθενών αλλά και του προσωπικού υγείας για τους τρόπους μετάδοσης και τα μέτρα υγιεινής που προτείνονται από τα κέντρα έλεγχου νοσημάτων. Πρωτόκολλα πρέπει να υπάρχουν σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα για την καταγραφή και παρακολούθηση πιθανής έκθεσης σε αίμα ή υγρά που περιέχουν αίμα. Στο σημείο αυτό, ο ρόλος του νοσηλευτή λοιμώξεων σε κάθε νοσοκομείο είναι

σημαντικός, καθώς ευθύνεται για την πρόληψη, ανίχνευση, καταγραφή και παρακολούθηση των λοιμώξεων εντός του νοσοκομείου, με κύριο αντικειμενικό σκοπό την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας του ασθενούς και την πρόληψη των λοιμώξεων. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

Ειδικότερα, ενθαρρύνεται η χρήση όσο το δυνατό περισσότερων συσκευών μιας χρήσης, η λήψη αίματος και άλλων βιολογικών υγρών με χρήση γαντιών, η απόρριψη αιχμηρών αντικειμένων και μολυσματικών υλικών σε ειδικούς κάδους και η απολύμανση επιφανειών που έρχονται σε επαφή με μολυσματικά υλικά. Επιπλέον, σε περίπτωση ατυχήματος (τρύπημα με μολυσμένη βελόνα ή άλλο αιχμηρό αντικείμενο) συνίσταται η άμεση εξέταση του ατόμου για anti-HCV και η επανεξέταση για anti-HCV , τρανσαμινάσες και HCV-RNA μετά 2-4 εβδομάδες. Εάν διαπιστωθεί οροθετικότητα, συνίσταται η άμεση εξέταση του ατόμου για anti-HCV, τρανσαμινάσες και HCV-RNA μετά 2-4 εβδομάδες. Εάν διαπιστωθεί οροθετικότητα, συνίσταται η άμεση έναρξη αντί-ϊικής θεραπείας προκειμένου να ανασταλεί η μετάπτωση της νόσου σε χρονιότητα.

Άτομα με ιδιαίτερη σεξουαλική συμπεριφορά (πχ ομοφυλόφιλοι, πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι) πρέπει να εκπαιδεύονται για να ακολουθούν τις παρακάτω οδηγίες:

- ❖ Αποχή από τη σεξουαλική δραστηριότητα ή μονογαμικές μακροχρόνιες σχέσεις. Είναι ο πιο σίγουρος τρόπος για την πρόληψη της εξάπλωσης της λοίμωξης HCV, καθώς και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως HIV
- ❖ Χρήση προφυλακτικών, που προστατεύουν τους ίδιους και τους συντρόφους τους από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- ❖ Εμβολιασμό για την ηπατίτιδα Β και, όπου χρειάζεται, για την ηπατίτιδα Α

- Ø Οι σύντροφοι των οροθετικών ατόμων θα πρέπει να εκπαιδεύονται για τον κίνδυνο μετάδοσης της λοίμωξης και να ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Στις οικογένειες ή ομάδες με οροθετικό μέλος, πρέπει να αποφεύγονται η κοινή χρήση βελόνων, ξυραφιών, οδοντόβουρτσας και άλλων αιχμηρών αντικειμένων. Δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για την ανάγκη χρήσης ατομικών μαγειρικών σκευών ή την απομόνωση των οροθετικών ενηλίκων ή παιδιών από κοινωνικές, εκπαιδευτικές ή επαγγελματικές δραστηριότητες.

Η κάθετη μετάδοση της λοίμωξης HCV από τη μητέρα στο παιδί θεωρείται ασυνήθης (περίπου στο 5%), ενώ ο ιός δεν φαίνεται να μεταδίδεται μέσω του θηλασμού. Η πιθανότητα εμφάνισης του HCV σε νεογνά οροθετικών μητέρων συνίσταται να ελέγχεται με ανίχνευση του HCV-RNA μεταξύ του 2^{ου} και του 6^{ου} μήνα ή με ανίχνευση του anti-HCV μετά το 12^ο ή 18^ο μήνα.

Ο έλεγχος ρουτίνας για τον HCV (δευτερογενής πρόληψη) γίνεται στις ακόλουθες κατηγορίες πληθυσμού με βάση τον κίνδυνο που διατρέχουν για λοίμωξη:

- Άτομα με επιλεγμένες παθολογικές καταστάσεις όπως:
 - Ø Λήψη παραγόντων πήξης που παρήχθησαν πριν το 1987
 - Ø Χρόνια αιμοκάθαρση
 - Ø Επίμονα υψηλά επίπεδα αμινοτρανσφεράσης αλανίνης (ALT)
- Πρώην λήπτες αίματος ή οργάνων, συμπεριλαμβανομένων:
 - Ø Εκείνων που ενημερώθηκαν ότι έλαβαν αίμα από δότη που διαγνώστηκε στη συνέχεια θετικός για HCV
 - Ø Εκείνων που έλαβαν αίμα ή παράγωγα αίματος πριν από το 1992
 - Ø Εκείνων που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση οργάνου πριν το 1992

Επιπλέον, ο έλεγχος ρουτίνας για τον HCV γίνεται σε άτομα με βάση μια αναγνωρισμένη έκθεση στον ιό:

- Το προσωπικό υγείας μετά από τρύπημα με βελόνα, κόψιμο ή έκθεση του βλεννογόνου σε αίμα θετικό για HCV
- Τα παιδιά HCV-θετικών μητέρων. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

Οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της διασποράς της ηπατίτιδας C. Εκπαιδεύουν και τονίζουν τη σημασία λήψης μέτρων υγιεινής, όπως το πλύσιμο των χεριών και η απολύμανση επιφανειών που έρχονται σε επαφή με μολυσματικά υλικά. Αναλύουν τις συνέπειες της χρήσης ενδοφλέβιων ουσιών και εξηγούν στους χρήστες ναρκωτικών τους κινδύνους από τη χρήση κοινής βελόνας ή άλλων εξαρτημάτων. Ενθαρρύνουν όλα τα σεξουαλικά ενεργά άτομα να χρησιμοποιούν ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές όπως αποχή, αμοιβαία μονογαμική σχέση και χρήση προστατευτικών μέτρων (πχ προφυλακτικό). Συνιστούν τέλος στους συγγενείς των οροθετικών ατόμων την ατομική χρήση βελόνων, ξυραφιών, οδοντόβουρτσας και άλλων αιχμηρών αντικειμένων. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

Με παρεμβάσεις, όπως η διδασκαλία, η συμβουλευτική και η υποστήριξη, οι νοσηλευτές εργάζονται κοντά στους ασθενείς και τις οικογένειες τους για την πρόληψη της διασποράς της ηπατίτιδας, καθώς και για τους τρόπους πρόληψης περαιτέρω ηπατικής βλάβης όπως:

- ❑ Αποτελεσματική διαχείριση της θεραπευτικής αγωγής
- ❑ Ισορροπημένη διατροφή, χαμηλή σε λιπαρά, πλούσια σε φυτικές ίνες, εκτός αν άλλα προβλήματα υγείας απαιτούν ειδική δίαιτα
- ❑ Διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους
- ❑ Τακτική σωματική άσκηση αποφυγή χρήσης ηπατοτοξικών ουσιών, όπως το αλκοόλ, η ακεταμινοφαίνη και άλλα φάρμακα
- ❑ Περιοδικός έλεγχος από το θεράποντα ιατρό
- ❑ Αναζήτηση συμβουλής για την ανοσοποίηση έναντι της ηπατίτιδας A και B.

Οι νοσηλευτές εκπαιδεύουν τον ασθενή στον τρόπο λήψης των φαρμάκων για τη χρόνια ηπατίτιδα C, στο δοσολογικό σχήμα και στις

προφυλάξεις, καθώς και στο πώς να αντιμετωπίζει τις παρενέργειες. Επιπλέον, τονίζουν τη σημασία της τήρησης των προγραμματισμένων επισκέψεων για την παρακολούθηση του ασθενούς, όπως επίσης και τη διενέργεια των συνιστώμενων εργαστηριακών εξετάσεων.

Σημαντική είναι ωστόσο και η διδασκαλία της οικογένειας και του φιλικού περιβάλλοντος από τους νοσηλευτές για τους τρόπους αποφυγής διασποράς του ιού που αναφέρθηκαν, έτσι ώστε ο ασθενής να έχει την απαιτούμενη κατανόηση και υποστήριξη από τους φίλους και τους συγγενείς του. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

2.4 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ D

2.4.1 Επιδημιολογία

Ο HDV είναι ένας μικρός RNA ιός, ο οποίος εξαρτά την παρουσία του από τον ιό HBV. Ο χρόνος επώασης είναι 30-180 ημέρες και ο ιός μολύνει :

1. Ασθενείς που ήδη είναι φορείς του ιού της ηπατίτιδας B. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται επιλοίμωξη του HDV με τον ιό της ηπατίτιδας B. Η επιλοίμωξη οδηγεί σε χρόνια ηπατίτιδα D σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% των ασθενών και τροποποιεί την φυσική εξέλιξη της χρόνιας HBV λοίμωξης προς ταχέως εξελισσόμενη χρόνια ηπατίτιδα και κίρρωση του ήπατος. (Καποτάς,2003, Καρατζά,2003,Ταρμάγκος,1994)
2. Ασθενείς που μολύνονται ταυτόχρονα με τον ιό της ηπατίτιδας B τότε έχουμε συλλοίμωξη του ιού HDV με τον ιό HBV. Η συλλοίμωξη η οποία

είναι σπανιότερη οδηγεί σε χρονιότητα σε ποσοστό 2% των ασθενών.
(Καποτάς,2003)

Ο ιός της ηπατίτιδας D μεταδίδεται παρεντερικά, δηλαδή με έκθεση του ατόμου σε μολυσμένο αίμα, και προσβάλλει άτομα μόνο σε συνδυασμό με τον ιό της ηπατίτιδας B. Επομένως, όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα B θα πρέπει να ελέγχονται και για πιθανή ηπατίτιδα D. Η παρακολούθηση και αντιμετώπιση των ασθενών με ηπατίτιδα D είναι ιδιαίτερα δύσκολη και θα πρέπει να γίνεται αποκλειστικά από ειδικούς γιατρούς.
(http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=212,2004)

2.4.2 Κλινική εικόνα

Οι ασθενείς με ταυτόχρονη οξεία ηπατίτιδα B και D δεν έχουν απαραίτητα υψηλότερη θνησιμότητα από τους ασθενείς που έχουν μόνο οξεία ηπατίτιδα B. Εντούτοις, σε πολλές πρόσφατες επιδημίες οξείας ταυτόχρονης HBV και HDV λοίμωξης ανάμεσα σε τοξικομανείς προσεγγίζει το 5%. Στην περίπτωση D υπερλοίμωξης ατόμου με χρόνια ηπατίτιδα B, η πιθανότητα κεραυνοβόλου ηπατίτιδας και θανάτου ουσιαστικά αυξάνεται. Μολονότι η θνησιμότητα της ηπατίτιδας D δεν έχει καθοριστεί επαρκώς, σε επιδημίες βαριάς D υπερλοίμωξης σε απομονωμένους πληθυσμούς με υψηλό βαθμό φορέων ηπατίτιδας B η θνησιμότητα έχει αναφερθεί ότι ξεπερνά τα 20%.
(Καποτάς,2003)

2.4.3 Μετάδοση

Ο τρόπος μετάδοσης είναι ίδιος όπως στην ηπατίτιδα Β (με το αίμα, με παράγωγα του αίματος, με τη σεξουαλική επαφή και με μολυσμένες βελόνες). Η ηπατίτιδα D εμφανίζεται 2-8 εβδομάδες μετά την επαφή με τον ιό.

Εκδηλώνεται ως οξεία, μερικές φορές ως θανατηφόρα ηπατίτιδα ή εξελίσσεται σε χρόνια ηπατίτιδα οδηγώντας σε κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος. (http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=212,2004)

2.4.4 Πρόληψη

Τα μέτρα πρόληψης για την ηπατίτιδα Β προφυλάσσουν ταυτόχρονα και από την ηπατίτιδα D, διότι η ηπατίτιδα D παρουσιάζεται μόνο σε άτομα με ηπατίτιδα Β (φορείς ή ασθενείς) και ο τρόπος μετάδοσης είναι ίδιος όπως και η ηπατίτιδα Β. (<http://www.moh.gov.cy/MOH/moh.nsf/All>)

Η λοίμωξη με παράγοντα ηπατίτιδας D μπορεί να προληφθεί με εμβολιασμό ευάλωτων ατόμων με το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β. Κανένα προϊόν δεν είναι διαθέσιμο για ανοσοπροφύλαξη προς πρόληψη της υπερλοίμωξης δέλτα στους HbsAg φορείς. Γι' αυτούς τους λόγους συνιστώνται η αποφυγή διαδερμικών εκθέσεων και περιορισμός στενής επαφής με άτομα που έχουν λοίμωξη δέλτα. (Ομάδα αθηγητών,1988)

2.5 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Ε

2.5.1 Επιδημιολογία

Ο ιός της ηπατίτιδας Ε είναι RNA ιός 27-43nm που ανήκει στην οικογένεια calicivirus. Ο ιός αυτός προκαλεί υδατογενείς επιδημίες σε χώρες του τρίτου κόσμου και σποραδικά κρούσματα σε άτομα που ταξιδεύει

στις περιοχές αυτές. Ο HEV φαίνεται να ενδημεί στη χώρα μας από ελάχιστα σποραδικά κρούσματα που έχουν τεκμηριωθεί. (Κολκάκη,1996, Ταρμάγκος,1994)

Ο ιός της ηπατίτιδας E δεν ενδημεί στην Ελλάδα. Προκαλεί μόνο οξεία ηπατίτιδα που μοιάζει κλινικά με την οξεία ηπατίτιδα A. (http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=212, 2004)

2.5.2 Μετάδοση

Η ηπατίτιδα E μεταδίδεται όπως η ηπατίτιδα A, από άτομο σε άτομο με τα κόπρανα των ασθενών τα οποία μολύνουν τις τροφές και το νερό. Η νόσος εμφανίζεται 15-60 μέρες μετά την επαφή με τον ιό και συνήθως εκδηλώνεται με ίκτερο, κακουχία, ανορεξία, πυρετό, πόνο στην κοιλιά και τις αρθρώσεις. (<http://www.moh.gov.cy/MOH/moh.nsf/All>)

2.5.3 Θεραπεία

Η ηπατίτιδα E είναι ελαφρά νόσος και αυτοθεραπεύεται χωρίς να προκαλεί χρόνια ηπατίτιδα. Εντούτοις στις εγκύους, μπορεί να προκαλέσει κεραυνοβόλο ηπατίτιδα, η οποία είναι θανατηφόρα. (<http://www.moh.gov.cy/MOH/moh.nsf/All>)

2.5.4 Πρόληψη

Με την τήρηση των κανόνων ατομικής υγιεινής και με την εφαρμογή μέτρων υγιεινής του περιβάλλοντος για αποφυγή διασποράς των ιών με τα μολυσμένα κόπρανα, όπως και στην ηπατίτιδα A.

Εμβόλιο ή ανοσοσφαιρίνη για τον ιό της ηπατίτιδας E δεν υπάρχει. (<http://www.moh.gov.cy/MOH/moh.nsf/All>)

2.6 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ F

Η ηπατίτιδα F οφείλεται στον ιό HFV, έναν toga-ιό και είναι η αιτία των κεραυνοβόλων σποραδικών κρουσμάτων, τα οποία παλαιότερα αποδίδονταν στον ιό non-A, non-B. (Κουνουσβέλη, Λαμπροπούλου, 2008) Ο ιός της ηπατίτιδας F παρατηρήθηκε μόνο μια φορά στην ιστορία, στη Γαλλία. Μια μελέτη που δημοσιεύτηκε το 1994 «ανακάλυψε» ένα DNA ιό στα κόπρανα των ασθενών με κρούσματα οξείας ηπατίτιδας και μάλιστα οι ερευνητές είχαν κατορθώσει να προκαλέσουν οξεία ηπατίτιδα σε πιθήκους που εμβολίασαν με τον ιό. Έκτοτε κανένα άλλο κρούσμα ηπατίτιδας F δεν έχει αναφερθεί. (Ντάμπος)

2.7 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ G

Εντατικές προσπάθειες με τη χρησιμοποίηση νεότερων μέθοδο μοριακής βιολογίας αποκάλυψαν την ύπαρξη του ιού της ηπατίτιδας G. Η ηπατίτιδα G οφείλεται στον ιό HGV, ο οποίος προκαλεί σποραδικά κρούσματα ηπατίτιδας, η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλα ηπατικά κύτταρα με συγγίτια. Είναι ένας RNA ιός της ομάδας flaviviridae μονής αλυσίδας. Προκαλεί πολύ ήπια οξεία ηπατίτιδα. (Κουνουσβέλη, Λαμπροπούλου, 2008)

2.7.1 Επιδημιολογία

Τα ποσοστά συχνότητας εμφάνισης της νόσου ανέρχονται στο 20-30% σε άτομα υψηλού κινδύνου.

2.7.2 Κλινική εικόνα

Έχουν περιγραφεί περιπτώσεις οξείας κεραυνοβόλου ηπατίτιδας, καθώς και απλαστικής αναιμίας ως επιπλοκή της οξείας ηπατίτιδας που μεταδίδονται σε μεταλλαγές του ΗGV. Η κλινική σημασία όμως δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί. Η προκαλούμενη ιαιμία αποκαλύπτεται με την ανίχνευση του ΗGV-RNA με την τεχνική της αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης.

2.7.3 Τρόποι μετάδοσης

Ο ιός ΗGV μεταδίδεται παρεντερικά, γι' αυτό βρίσκεται σε υψηλή συχνότητα στα άτομα υψηλού κινδύνου παρεντερικής εκθέσεως σε αίμα και προϊόντα αίματος (τοξικομανείς, αιμορροφιλικοί, πολυμεταγγιζόμενοι, αιμοκαθαιρούμενοι κλπ). Είναι επόμενο να συνυπάρχει με άλλους ιούς ηπατίτιδας (B, C) που έχουν τον ίδιο τρόπο μετάδοσης. Λόγω του χαμηλού τίτλου ιαιμίας φαίνεται ότι ο ιός δεν μεταδίδεται ευχερώς με τη σεξουαλική επαφή. Πιστεύεται όμως ότι είναι δυνατή η κάθετη μετάδοση στο έμβρυο και στο νεογνό.(Κουνουσβέλη, Λαμπροπούλου, 2008)

2.7.4 Διάγνωση

Προσφάτως χρησιμοποιείται ορολογική ανίχνευση αντισωμάτων προς το E2 τμήμα της επιφάνειας του ιού. Με τον τρόπο αυτό αποκαλύφθηκε ότι σε αντίθεση προς τον ΗGV, ελάχιστο μόνο ποσοστό της ΗGV/GBV-C οξείας λοιμώξεως καταλήγει σε χρόνια λοίμωξη. Τα anti-E2 αντισώματα είναι εξουδετερωτικά και η εμφάνισή τους συνοδεύεται με απομάκρυνση του ιού.

2.7.5 Πρόγνωση

Εφαρμογή γενικών μέτρων αποφυγής των παρεντερικών μεταδιδόμενων ιώσεων. Δεν συνίσταται έλεγχος αιμοδοτών γιατί αφενός δεν είναι προς το παρόν ξεκαθαρισμένη η κλινική της σημασία και αφετέρου ο έλεγχος για ηπατίτιδα Β και C αποκλείει και το μεγαλύτερο ποσοστό των φορέων ηπατίτιδας G. (Κουνουσβέλη, Λαμπροπούλου, 2008)

2.8 ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΝΗΘΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΙΟΓΕΝΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Υπάρχουν δύο ειδών αιματολογικές εξετάσεις για την ηπατίτιδα :

α) μη ειδικές εξετάσεις που αφορούν τη λειτουργία του ήπατος όπως:

Ø ανεύρεση αυξημένης τιμής ενζύμων (αμινοτρανσφεράσες ή τρανσαμινάσες), που σε περίπτωση βλάβης του ήπατος απελευθερώνονται σε μεγάλες ποσότητες στην κυκλοφορία του αίματος, οδηγώντας σε σημαντική αύξηση των τιμών τους (έως και μεγαλύτερες του δεκαπλάσιου του φυσιολογικού σε οξεία ηπατίτιδα)

Ø ανεύρεση αυξημένης τιμής χολερυθρίνης, που δίνει την χαρακτηριστική κίτρινη χροιά στα μάτια και στο δέρμα (ίκτερος)

Η ανεύρεση αυξημένων τρανσαμινασών ή χολερυθρίνης, δε σημαίνει υποχρεωτικά ιογενή ηπατίτιδα και συχνά ο ασθενής χρειάζεται να υποβληθεί σε σειρά εργαστηριακών εξετάσεων για τη διερεύνηση του αιτίου της ηπατικής βλάβης

β) ειδικές εξετάσεις που αφορούν την ανίχνευση των ιών:

- Ø οι εξετάσεις αυτές ανιχνεύουν είτε ειδικά τμήματα των ιών (αντιγόνα), είτε αντισώματα έναντι αυτών, που παράγει ο οργανισμός σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης της λοίμωξης. (http://www.iatronet.gr.article.asp?art_id=210)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΧΡΟΝΙΕΣ ΙΟΓΕΝΕΙΣ
ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ

3.1 Ταξινόμηση

Με βάση την ιστολογική εικόνα η χρόνια ηπατίτιδα ταξινομείται ως εξής :

1. **Χρόνια εμμένουσα ηπατίτιδα** : χρόνια φλεγμονώδεις διήθηση, κυρίως στα πυλαία διαστήματα χωρίς διαβρωτική νέκρωση ή με ήπια διαβρωτική νέκρωση, απουσία ίνωσης ή ήπια ίνωση, διατήρηση της λοβιακής αρχιτεκτονικής και παρουσία ή απουσία ευρημάτων οξείας ηπατίτιδας. Αυτή η εικόνα συνήθως ανευρίσκεται στην ηπατίτιδα από τον ιό C. (Αγοραστός,2001, Χυτήρογλου, Παπαδημητρίου, 1996)
2. **Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα** : χρόνια φλεγμονώδεις διήθηση στα πυλαία διαστήματα, με επέκταση στο λοβιακό παρέγχυμα, διαβρωτική νέκρωση, μέτρια ή βαριά δραστηριότητα της φλεγμονώδους επεξεργασίας, διαταραχή αρχιτεκτονικής αλλά χωρίς σχηματισμό αναγεννητικών οζίων και παρουσία ή απουσία ευρημάτων οξείας ηπατίτιδας. Στη χρόνια ενεργό ηπατίτιδα διακρίνουμε δύο μορφές : την βαριά μορφή και την ήπια μορφή.
3. **Χρόνια λοβώδης ηπατίτιδα** : ευρήματα οξείας ηπατίτιδας που διαρκούν περισσότερο από έξι μήνες. Συνήθως είναι αποτελέσματα των ιών B και C. Κατά κανόνα δεν εξελίσσεται σε κίρρωση. (Αγοραστός,2001, Χυτήρογλου, Παπαδημητρίου, 1996)

3.2 ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Ο ιός B (HBV) δεν είναι άμεσα κυτταροτοξικός και η λύση των επιμολυσμένων ηπατοκυττάρων εξαρτάται από την ανοσοαπάντηση του ξενιστή. Οι ασθενείς που εμφανίζουν χρόνια ηπατίτιδα έχουν φτωχή κυτταρική ανοσοαπάντηση. Αν η απάντηση είναι ιδιαίτερα φτωχή προκύπτει μια πολύ μικρή ηπατική βλάβη, και ο ιός συνεχίζει να πολλαπλασιάζεται, παρουσία μιας

φυσιολογικής ηπατικής λειτουργίας. Τέτοιοι ασθενείς είναι οι «υγιείς φορείς», που αντιπροσωπεύουν το 70-90%. Αν η απάντηση είναι σχετικά έντονη η ηπατοκυτταρική βλάβη συνεχίζεται και παρατηρείται εικόνα χρόνιας ηπατίτιδας. (Αγοραστός,2001, Ταρμάγκος,1994)

Συνήθως, προσβάλλει πιο συχνά τους άντρες και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχει ιστορικό οξείας ηπατίτιδας. Είναι συμπτωματική και οι ασθενείς μπορεί να έχουν μόνο βιοχημικά ευρήματα χρονιότητας ή παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα όπως καταβολή, μυαλγίες, διάφορα εξανθήματα και η διάγνωση να τεθεί σε εξετάσεις ρουτίνας ή σε τυχαίο έλεγχο, ή σε εθελοντική αιμοδοσία.

Στην ενεργό μορφή παρατηρείται αύξηση των τρανσαμινασών στο διπλάσιο ή τριπλάσιο πάνω από τα φυσιολογικά όρια, μικρή αύξηση της αλκαλικής φωσφατάση, της γ-GT και πιθανώς, της χολερυθρίνης. Σε προχωρημένες καταστάσεις παρατηρούνται αύξηση των γ-σφαιρινών και ελάττωση των λευκωματινών. Το HBeAg και το HBV-DNA είναι θετικά. (Αγοραστός,2001)

Στην πιο βαριά και την πιο πλήρη μορφή της η χρόνια ηπατίτιδα καταλήγει σε κίρρωση, το ήπαρ καταστρέφεται προοδευτικά και φτάνουμε στη μαζική καταστροφή της κεραυνοβόλου ηπατίτιδας, την μεγάλη ηπατική ανεπάρκεια, το κώμα και το θάνατο. Τέλος η ύπαρξη χρόνιας εξελικτικής ασθενείας του ήπατος και κίρρωσης μπορεί να προκαλέσει έναν πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος. (Θωμόπουλος,1985)

Εγκεκριμένες μορφές θεραπείας για HBeAg-θετική χρόνια ηπατίτιδα B, είναι η ιντερφερόνη-άλφα (INF-a), η λαμβιβοντίνη και η διπιβαλική αντεφοβίρη. Στην επιλογή χορηγήσεως INF-a ή λαμβιβοντίνης πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η επιθυμία του ασθενούς, ο οποίος πρώτα πρέπει να ενημερώνεται για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των φαρμάκων. (Παπαθεοδωρίδης, Γερμανίδης, 2003)

Τα δοσολογικά σχήματα κυμαίνονται από 4-9 εκατομμύρια μονάδες τρεις φορές την εβδομάδα για διάστημα έως 12μήνες. Τα ποσοστά ανταπόκρισης αρχίζουν από 14% και φτάνουν μέχρι το 75%, ανάλογα από τον χρόνο έναρξης της νόσου, το είδος της νόσου, το είδος της ηπατικής βλάβης και τις σεξουαλικές προτιμήσεις του ασθενούς. Το ποσοστό υποτροπής της νόσου είναι μεγάλο μετά την διακοπή της θεραπείας και δεν έχει εκτιμηθεί ακόμα αν μεταβάλλεται η μακροχρόνια εξέλιξη της νόσου.

Παρενέργειες του φαρμάκου όπως πυρετός, μυαλγίες, πονοκέφαλος, καταβολή, ναυτία, διάρροιας, ψυχολογικές αντιδράσεις και πρόσκαιρη τριχόπτωση των μαλλιών της κεφαλής, είναι συχνότερα στα αρχικά στάδια της θεραπείας. Ελάττωση των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων είναι σοβαρές επιπλοκές αν πέσουν κάτω από ορισμένα όρια. Η αξιολόγηση του φαρμάκου συνεχίζεται και συνδυασμοί με άλλα φάρμακα βρίσκονται σε εξέλιξη. (Αγοραστός,2001)

Ελπιδοφόρο φάρμακο από τα νέα φάρμακα που δοκιμάζονται στην θεραπεία κατά της χρόνιας ηπατίτιδας Β είναι η θυμοσίνη. Οι θυμοσίνες είναι πολυπεπτίδια που παράγονται από τα επιθυλιακά κύτταρα του θύμου αδένου. Οι θυμοσίνες προάγουν τη σύνθεση ιντερφερόνης, ιντερλυσκίνης-2 και την ωρίμανση των Τ-κυττάρων. Κλινικές μελέτες σε ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα Β, στους οποίους χορηγήθηκε θυμοσίνη, έδειξαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Αρνητικοποίηση του HBV – DNA μετά από αγωγή έξι μηνών επιτεύχθηκε σε ποσοστό 86% των ασθενών. Γενικά οι πιο συνήθεις μορφές φαρμακευτικής αγωγής είναι τα λεγόμενα αντί-ϊικά φάρμακα. (Κουνουσβέλη, Λαμπροπούλου, 2008)

Επίσης, κατά την διάρκεια της θεραπείας οι ασθενείς με χρόνια HBV λοίμωξη πρέπει να μην κάνουν κατάχρηση οινοπνεύματος και να ελέγχονται για την παρουσία αντισωμάτων έναντι των HDV, HCV και HAV. Σε περίπτωση που βρεθούν αρνητικοί για anti-HAV, οι ασθενείς πρέπει να εμβολιάζονται έναντι του HAV. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να συστήνεται έλεγχος για HBV

λοίμωξη όλων των συγγενών πρώτου βαθμού και των ερωτικών συντρόφων των ασθενών με χρόνια HBV λοίμωξη. Τα ανήλικα παιδιά και οι ερωτικοί σύντροφοι θα πρέπει να εμβολιάζονται έναντι του HBV, εφόσον δεν έχουν ανοσία. (Παπαθεοδωρίδης, Γερμενίδης,2003)

3.3 ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Οι ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα C αναπτύσσουν τουλάχιστον σε ποσοστό 80% χρόνια ηπατίτιδα. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι συμπτωματικοί, παρόλα αυτά, εμφανίζονται κάποια συμπτώματα τα οποία είναι υποκειμενικά και είναι υπαρκτά ακόμα και σε προχωρημένες καταστάσεις. (Λουκόπουλος,2001, Αγοραστός,2001)

Όσον αφορά τα εργαστηριακά ευρήματα, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές από αυτά της ηπατίτιδας B. Τα επίπεδα των τρανσαμινασών εμφανίζουν συχνότερα διακυμάνσεις και γενικά είναι χαμηλότερα απ' ότι στην ηπατίτιδα B. (Καρατζά, Νικλοπούλου,2003)

Χαρακτηριστικό της ηπατίτιδας C είναι η συχνότερη ανίχνευση αντισωμάτων. Η διάγνωσή της στηρίζεται στην ανεύρεση του anti-HCV αντισώματος με ενζυμική ανοσοανάλυση και επιβεβαιώνεται με θετική δοκιμασία RIBA ή ανίχνευση του ιικού RNA (HCV RNA) στον ορό με την αλυσιδωτή αντίδραση πλυμεράσης. Ιδιαίτερα ευπαθείς είναι οι άντρες, οι ασθενείς που πίνουν περισσότερο από 50g αλκοόλ την ημέρα και πιθανώς αυτοί που απέκτησαν την νόσο μετά την ηλικία των 40 ετών. (Λουκόπουλος,2001)

Από τους ασθενείς που αναπτύσσουν χρόνια HCV λοίμωξη, το 20% θα αναπτύξει κίρρωση του ήπατος εντός 20ετίας και λίγο αργότερα, ίσως και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. (Ελευσινιώτης, Καρβουτζής, 2001)

Η πορεία της νόσου είναι μακροχρόνια, ο χρόνος που χρειάζεται για την ανάπτυξη κίρρωσης κυμαίνεται στα 20-25 χρόνια και για την ανάπτυξη νεοπλάσματος περίπου 30 χρόνια. Παράγοντες δυσμενούς εξέλιξης είναι οι

υψηλές τρανσαμινάσες, σημεία ενεργού κίρρωσης στη βιοψία, γονότυπος 1b και HCV – RNA θετικό με υψηλούς τίτλους. Επίσης επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η ταυτόχρονη κατανάλωση αλκοόλ και επιλοίμωξη από τον HBV. (Αγοράστος,2001)

Η θεραπεία συνιστάται αναμφίβολα για όσους ασθενείς έχουν χρόνια ηπατίτιδα C έχουν αυξημένο κίνδυνο εξέλιξης σε κίρρωση, στάδιο που συνεπάγεται αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η βιοψία ήπατος θεωρείται απαραίτητη πριν από την έναρξη της θεραπείας. Δεν υπάρχουν κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα, εκτός της ιστολογίας του ήπατος, που μπορούν να διαχωρίσουν αξιόπιστα τους ασθενείς με ήπιες και σοβαρές ιστολογικές αλλοιώσεις χρόνιας ηπατίτιδας C. (Παπαθεοδωρίδης, Γερμενίδης, 2003)

Οι ασθενείς που πληρούν τις ενδείξεις θεραπευτικής παρεμβάσεως, δηλαδή, οι ασθενείς με χρόνια HCV λοίμωξη και αυξημένες αμινοτρανσφεράσες, θεωρούνται ότι έχουν ετήσια πιθανότητα μεταπτώσεως σε κίρρωση ίση με 5-10%. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας στη χρόνια ηπατίτιδα C έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, με τη χρησιμοποίηση του συνδυασμού Inf-a. Τα υψηλότερα ποσοστά μακροχρόνιας ανταποκρίσεως επιτυγχάνονται με τον συνδυασμό Peg-INF-a και RBV. (Παπαθεοδωρίδης, Γερμενίδης, 2003)

Ο χρόνος από την οξεία λοίμωξη μέχρι την κίρρωση ή/και το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα (ΗΚΚ) μπορεί να φτάσει και τα 30-40 έτη. Το ακριβές ποσοστό εξέλιξης σε κίρρωση ή/και ΗΚΚ ποικίλλει.

Η οξεία λοίμωξη HCV μεταπίπτει σε χρόνια σε ποσοστό 85% και από αυτό το 15% μεταπίπτει σε κίρρωση εντός 30 ετών από την έναρξη της νόσου. Η εξέλιξη της χρόνιας ηπατίτιδας είναι βραδεία και παρά την απουσία των κλινικών εκδηλώσεων, εξελίσσεται σε μεγάλο ποσοστό σε κίρρωση του ήπατος και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. (Πανταζής, Μπροκαλάκη, 2008)

3.4 ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ D

Στη χρόνια HDV λοίμωξη το 70% των ασθενών καταλήγει σε κίρρωση του ήπατός. Στόχοι της θεραπείας είναι η υποχώρηση των συμπτωμάτων του ασθενούς, η βελτίωση της ιστολογικής εικόνας του ήπατος και η μείωση του ιικού πολλαπλασιασμού. Για την θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας D, έχει αποδειχθεί πως η χορήγηση INF0a5 MU καθημερινά ή 9MU τρεις φορές την εβδομάδα για 1 χρόνο οδηγεί σε ύφεση το 50%-70% των ασθενών.

Με την διακοπή της θεραπείας η νόσος υποτροπιάζει στο 60%-97% των περιπτώσεων, ενώ η χορήγηση υψηλότερων δόσεων INF-a δεν φαίνεται να βελτιώνει τα αποτελέσματα. (Ντουράκης, 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

4.1 Νοσηλευτική φροντίδα ηπατίτιδων

Από την στιγμή που τίθεται η υπόνοια της ηπατίτιδας μέχρι την τελική ίαση, το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει ένα ρόλο σημαντικό για όλα τα στάδια της νόσου. Ο επιδημικός χαρακτήρας της οξείας ηπατίτιδας θέτει σε κίνδυνο την υγεία του υγειονομικού προσωπικού που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή, καθώς και τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών από οξεία ηπατίτιδα ασθενών περιλαμβάνει :

- ⊗ Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή
- ⊗ Εκτίμηση ιδιαίτερων προβλημάτων του ασθενή
- ⊗ Φροντίδα, ενημέρωση και εξέταση των συγγενών
- ⊗ Απόκτηση, πηγές πληροφοριών
- ⊗ Ιστορικό υγείας, φάσεις νόσου (Τσούρτζου, 1998)

4.2 Σκοποί της φροντίδας

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας διακρίνονται σε άμεσους κ έμμεσους :

1. Άμεσοι

- α. Πρόληψη μετάδοσης της νόσου
- β. Προαγωγή επαρκούς θρέψης
- γ. Προαγωγή θεραπευτικής ανάπαυσης και πρόληψη συνεπειών της
- δ. Απαλλαγή από πόνο και δυσχέρειες
- ε. Απασχόληση του αρρώστου

2. Μακροπρόθεσμοι

- α. Πλήρης ανάρρωση από την ηπατίτιδα

β. Πρόληψη υποτροπής

γ. Προαγωγή καλής θρέψης για διατήρηση ιδεώδους βάρους
(Σαχίνη, Πάνου, 2004)

4.3 Ιστορικό υγείας

α) Πρόδρομη φάση (προϊκτερική). Ο άρρωστος αρχικά παραπονείται για ανορεξία, αίσθημα κόπωσης, κακουχία και ατονία. Καθώς, η φλεγμονή επεκτείνεται, παρουσιάζονται ναυτία και έμετοι και ο άρρωστος μπορεί να αισθάνεται αποστροφή για φαγητά και δυσγευσία του τσιγάρου. Μπορεί ακόμα να αισθάνεται αρθραλγίες, μυαλγίες και πονοκέφαλο. Συχνά, αναφέρει ότι νιώθει αίσθημα πληρότητας και ενόχληση στο επιγάστριο ή το δεξιό υποχόνδριο, όψιμα στη φάση αυτή.

Μπορεί επίσης να υπάρχουν πυρετός και συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της γρίπης, ειδικά στην ηπατίτιδα Α. Σπάνια, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει δερματικό εξάνθημα, κνησμό, αγγειονευρωτικό οίδημα ή πολυαρθρίτιδα. Τις τελευταίες μέρες αυτής της φάσης, ο άρρωστος μπορεί να παρατηρήσει αλλαγή στο χρώμα των ούρων και των κοπράνων του. (Σαχίνη, Πάνου, 2004)

β) Ικτερική φάση. Χαρακτηρίζεται από ίκτερο, που φθάνει στο μεγαλύτερο βαθμό του σε μία ή δύο εβδομάδες και διαρκεί 6-8 εβδομάδες. Κατά τη φάση αυτή ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό και ο πυρετός μειώνονται. Σε αρκετές περιπτώσεις, αυτή η φάση δεν παρουσιάζεται, δηλαδή έχουμε ανικτερική ηπατίτιδα.

γ) Η περίοδος ανάρρωσης διαρκεί 3-4 μήνες. Στη διάρκειά της ο άρρωστος αισθάνεται εύκολη κόπωση.

δ) Ο άρρωστος και η οικογένειά του ερωτώνται για τυχόν επαφές με ικτερικά άτομα, συμμετοχή σε κατασκηνώσεις, λήψη οστρακοειδών, ταξίδι σε χώρα όπου τα μέτρα υγιεινής είναι φτωχά, μετάγγιση τους τελευταίους 6 μήνες, ενέσεις, τρυπήματα αυτιών και ότι άλλο μπορεί να αποτελέσει ένδειξη για μετάδοση ηπατίτιδας. Ακόμα παίρνονται πληροφορίες από τον φάκελο του αρρώστου για παρελθούσα παρεντερική θεραπεία, και ιστορικό ηπατίτιδας. Τέλος, ενδιαφέρει το είδος της εργασίας του αρρώστου, οι συνθήκες κατοικίας, καθώς και τα φάρμακα που παίρνει. (Σαχίνη, Πάνου, 2004)

4.4 Φυσική εκτίμηση

α) Η θερμοκρασία του αρρώστου μπορεί να είναι ελαφρά ανυψωμένη.

β) Παίρνεται το βάρος του σώματος και συγκρίνεται με προηγούμενες τιμές. Βρίσκεται συνήθως μειωμένο.

γ) Κατά την εξέταση της κοιλίας, το ήπαρ είναι συνήθως ευαίσθητο και ψηλαφητό 2-3 cm κάτω από το όριο των πλευρών. Το μέγεθος του ήπατος αρχίζει να μειώνεται 1-2 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του ίκτερου. Πόνος ήπιος, σταθερός, υπάρχει στο δεξιό υποχόνδριο ή στο επιγάστριο .

δ) Ο ίκτερος είναι ένα προεξάρχον σύμπτωμα της φυσικής εξέτασης και είναι πιο εμφανής στο σκληρό χιτώνα του βολβού. (Σαχίνη, Πάνου, 2004)

4.5 Διαγνωστικές εξετάσεις

A) Κατά τη διάρκεια του σταδίου επώασης και πρώιμα στο οξύ στάδιο, το 80% των αρρώστων με ηπατίτιδα τύπου B έχει το αντιγόνο HbsAg (αυστραλιανό αντιγόνο) στον ορό τους. Το αντιγόνο αυτό δεν βρίσκεται στον ορό αρρώστων με ηπατίτιδα A. Οι εξετάσεις για ανίχνευση του HbsAg είναι ηλεκτροφορτικές, ανοσοενζυμικές και ραδιοανοσολογικές.

B) Άλλα αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων είναι :

1) Αύξηση των ενζύμων SGOT και SGPT 7 – 14 ημέρες πριν από την εκδήλωση του ίκτερου

2) Αύξηση της άμεσης και έμμεσης χολερυθρίνης. Η άμεση χολερυθρίνη αυξάνεται σε αποφράξεις των χοληφόρων οδών ή σε ελαττωμένη απέκκριση της συζευγμένης χολερυθρίνης από το ηπατικό κύτταρο. Ενώ, η έμμεση αυξάνεται σε αιμολυτικές καταστάσεις, σε απουσία της γονκορονικής τρανσφεράσης και σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων.

3) Κατακράτηση βρωμοσουλφοφθαλεΐνης

4) Ελαφρά αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού η οποία είναι μέτρο χολικής απόφραξης

5) Ελαφρά υποπρωτεΐναιμία και ελαφρά αύξηση των γ-σφαιρινών. Ακόμα, φυσιολογικά ή μειωμένα λευκά αιμοσφαίρια και πιθανή ύπαρξη ανώμαλων λεμφοκυττάρων. (Σαχίνη, Πάνου, 2004)

Γ) Κατά την εξέταση των ούρων και των κοπράνων, το ουροχολινογόνο ούρων αυξάνεται σε πάθηση του ηπατικού κυττάρου, ενώ μειώνεται αξιοσημείωτα σε πλήρη απόφραξη. Το ουροχολινογόνο των κοπράνων μειώνεται σε βλάβη του ηπατικού κυττάρου, ενώ μειώνεται σ απόφραξη.

Δ) Σε ηπατική πάθηση ο χρόνος προθρομβίνης αυξάνει εξαιτίας της μείωσης της προθρομβίνης.

Ε) Ο αιματοκρίτης ελαττωμένος μόνο σε περίπτωση προχωρημένης κίρρωσης. (Σαχίνη, Πάνου, 2004)

Εκτός όμως από τον αιματολογικό έλεγχο ο ασθενείς προγραμματίζεται για άλλες εξετάσεις όπως η βιοψία του ήπατος.

Σκοπός της βιοψίας του ήπατος είναι η λήψη ηπατικού ιστού με ειδική βελόνα, για να διαγνωστεί ιστολογικά η ηπατική πάθηση.

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά τη βιοψία ήπατος διακρίνεται σε τρεις φάσεις :

- Ø Φάση προετοιμασίας ασθενή
- Ø Φάση εκτέλεσης της βιοψίας
- Ø Φάση παρακολούθησης του ασθενή (Βέρρας Δ)

4.6 Προβλήματα του αρρώστου

1. Θρεπτικό ανισοζύγιο (έμετοι, ανορεξία)
2. Υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια (έμετοι)
3. Μείωση άνεσης και δραστηριοτήτων (κνησμός, κακουχία, πόνος, αίσθημα κόπωσης)
4. Προβλήματα κένωσης εντέρου (ακινησία)
5. Προβλήματα χρονιότητας
6. Προβλήματα κινδύνου εξάπλωσης της νόσου
7. Μείωση ασφαλείας (κίνδυνοι επιπλοκών) (Σαχίνη, Πάνου, 2004)

4.7 Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Προσοχή σε κάθε πύλη εισόδου, γαστρεντερική ή παρεντερική, για αποφυγή εξάπλωσης της νόσου.
2. πλύση χεριών, απομόνωση λευχειμάτων, ξεχωριστή τουαλέτα, ξεχωριστά ή μιας χρήσεως σκεύη φαγητού και χρησιμοποίηση συρίγγων μιας χρήσης, είναι μερικά από τα μέτρα που λαμβάνονται
3. συμμετοχή της οικογένειας σ' όλες τις συζητήσεις όταν είναι δυνατόν.
4. Χορήγηση ανοσοσφαιρινής ορού (Immune Serum Globulin), σε άτομα που εκτέθηκαν σε ηπατίτιδα τύπου Α, κατά την περίοδο επώασης.

Διεγείρει την παραγωγή αντισωμάτων και εξασφαλίζει ανοσία για 6-8 εβδομάδες. Δίνονται συνήθως 0,044- 0,132 ml ανά kg βάρους σώματος.

Πρόσφατες κλινικές δοκιμές με άλφα-ιντερφερόνη έδειξαν ότι έγκαιρη θεραπεία με καθημερινές υποδόριες ενέσεις 5.000 units άλφα-ιντερφερόνης για 4 μήνες επιφέρει ύφεση της ηπατίτιδας Β σε πάνω από το ένα τρίτο των αρρώστων και εξαλείφει το αντιγόνο επιφανείας ηπατίτιδας Β (δείχνει κατάσταση φορέα) στο 10% των αρρώστων.

Αν και αυτά τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά, πρέπει να σημειωθεί ότι η ιντερφερόνη είναι αναποτελεσματική σ' ένα μεγάλο αριθμό αρρώστων, πρέπει να χορηγείται με καθημερινή ένεση και προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες. Εξάλλου, είναι απαραίτητη μακροχρόνια παρακολούθηση των αρρώστων για να διαπιστωθεί αν αυτή η θεραπεία μειώνει τελικά την επίπτωση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος σε αρρώστους με ηπατίτιδα Β.

Μακροχρόνια χορήγηση χαμηλής δόσης ιντερφερόνης σε αρρώστους με ηπατίτιδα C είχε επίσης ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η ιντερφερόνη είναι υπό έρευνα και για τη θεραπεία της ηπατίτιδας D.

5. Επαρκής ανάπαυση και αποφυγή κάθε είδους stress.
6. Επαρκής θρέψη για επούλωση και αναγέννηση του ήπατος. Δίαιτα συνήθως υπερθερμιδική (3.000 θερμίδες), υπεραδατανθρακούχα και υπερπρωτεϊνούχα. Γεύματα μικρά και συχνά. Αποφεύγεται η λήψη αλκοόλ τουλάχιστον για 6 μήνες από την εκδήλωση της ηπατίτιδας.
7. Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση κορτικοστεροειδών για μείωση των φλεγμονωδών διεργασιών σε βαριές περιπτώσεις. Κατευναστικά και αναλγητικά χρησιμοποιούνται με πολλή προσοχή. Προτιμώνται εκείνα που απεκκρίνονται από τους νεφρούς. Αν ο χρόνος προθρομβίνης είναι παρατεταμένος, δίνεται βιταμίνη Κ.
8. Η μετέπειτα φροντίδα επικεντρώνεται στη σταθερή ανάρρωση του αρρώστου. Αν υπάρχει ένδειξη υποτροπής, λαμβάνονται αμέσως μέτρα.

9. Αποφυγή χορήγησης αναλγητικών γιατί δεν μπορεί να τα μεταβολίσει το ήπαρ.

Οι πιο πολλοί άρρωστοι αναρρώνουν σε 4-12 εβδομάδες. Όμως είναι δυνατή η υποτροπή στο 5-25% των ενήλικων αρρώστων κατά τη διάρκεια των 4 πρώτων μηνών. Οι άρρωστοι με Α και Β ηπατίτιδα, γενικά, έχουν ανοσία διαρκείας προς τον ειδικό τύπο του ιού. Επειδή όμως άρρωστοι που ανάρρωσαν ξαναπαρουσίασαν ηπατίτιδα Α, πιστεύεται ότι μπορεί να υπάρχουν και περισσότεροι ιοί τύπου Α. (Σαχίνη, Πάνου,2004)

10.Προληπτικά μέτρα και εκπαίδευση του αρρώστου

α. Ηπατίτιδα Α

- Ø Ενθάρρυνση άριστων πρακτικών υγιεινής
- Ø Διδασκαλία αρρώστου για καλή ατομική υγιεινή
- Ø Προσεκτική εξέταση ατόμων που χειρίζονται τροφές
- Ø Χορήγηση ανοσοσφαιρινής ενδομυϊκά ή υποδόρια μέσα σε λίγες μέρες από την έκθεση ατόμων σε ηπατίτιδα Α
- Ø Χρήση γαντιών στο χειρισμό δοχείων και μολυσμένων λευχειμάτων

β. Ηπατίτιδα Β

- Ø Εξέταση δοτών αίματος για αποκλεισμό φορέων
- Ø Χρήση γαντιών στις ενδοφλέβιες εγχύσεις ή στο χειρισμό αντικειμένων μολυσμένων με αίμα αρρώστων με ηπατίτιδα Β
- Ø Προτείνεται εμβόλιο ηπατίτιδας Β για άτομα υψηλού κινδύνου για ηπατίτιδα Β
- Ø Ανοσοσφαιρίνη ηπατίτιδας Β πρέπει να χορηγείται μέσα σε 72 ώρες από την άμεση έκθεση σε ιό της ηπατίτιδας (λύσεις συνεχείας δέρματος)
- Ø Μετάγγιση αίματος μόνο όταν δικαιολογείται
- Ø Χρήση υποκατάστατων αίματος, όταν είναι δυνατό

- Ø Χρήση βελονών μιας χρήσης, προσεκτική απόρριψή τους
- Ø Διδασκαλία όλων των αρρώστων που υποβλήθηκαν σε μετάγγιση να μην δώσουν αίμα για 6 μήνες, ώστε να παρέλθει η περίοδος επώασης.

γ. Ηπατίτιδα C

Ίδια όπως στην ηπατίτιδα B, εκτός του ότι δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο. (Σαχίνη, Πάνου, 2004)

11. Ανύψωση του ηθικού του ασθενή και καταπολέμηση του άγχους του με ψυχολογική υποστήριξη.

12. Το επισκεπτήριο συγγενών και φίλων, θα πρέπει να γίνεται με τη λήψη κατάλληλων προφυλακτικών μέτρων.

13. Τοποθέτηση του ασθενή σε ξεχωριστό δωμάτιο ή σε κρεβάτι που βρίσκεται στην άκρη του θαλάμου. Οι νοσηλείες πρέπει να γίνονται αφού τελειώνει η φροντίδα των άλλων ασθενών, με σκοπό την προφύλαξή τους.

14. Όταν ο ασθενής εξέλθει απ' το νοσοκομείο γίνεται η τελική απολύμανση του θαλάμου συνήθως με φορμόλη. (Βέρρας Δ.)

4.8 Αξιολόγηση

1. Θετική απόκριση στη θεραπεία και τη νοσηλευτική φροντίδα.
2. Αρνητική απόκριση (Σακκά,2000)

A. Μεθηπατιδικό σύνδρομο. Χαρακτηρίζεται από σύνδρομο ασαφών συμπτωμάτων που μπορεί να περιλαμβάνουν κόπωση, αδυναμία, κακουχία, ανορεξία και κοιλιακή δυσχέρεια και συνήθως διαρκεί 6-12 μήνες. Η συνέχιση θεραπευτικής ανάπαυσης και καλής θρέψης είναι μεγάλης σημασίας στην πρόληψη δευτεροπαθούς λοίμωξης

B. Σπάνια η ηπατίτιδα μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μετανευρωτική κίρρωση. (Σαχίνη, Πάνου, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Ο ασθενής Κ.Μ, ετών 48, εισέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου με συμπτώματα ζάλης, δυσπεπτικά ενοχλήματα, μυϊκή αδυναμία, πονοκέφαλο και πόνο στο επιγάστριο. Αναφέρει ότι προ τριών ημερών παρατήρησε αλλαγή στο χρώμα των ούρων(σκουρόχρωμα) και στο χρώμα των κοπράνων(ανοιχτόχρωμα). Επίσης αναφέρει απότομη απώλεια βάρους.

Μετά την φυσική εξέταση, ο γιατρός παρατήρησε κιτρινωπή χροιά του δέρματος και με την ψηλάφηση μια μικρή διόγκωση του ήπατος. Έγιναν εξετάσεις αίματος και διαπιστώθηκε αύξηση της SGOT και της SGPT, των τρανσαμινασών και της γλυκουρονικής χολερυθρίνης. Επίσης σημειώθηκε αξιόλογη αύξηση του σακχάρου στο 210mg/dl αίματος.

Ο ιατρός κρίνει απαραίτητο ότι πρέπει να γίνει εισαγωγή στο νοσοκομείο με την διάγνωση της ηπατίτιδας Β.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Απώλεια βάρους. 	<ul style="list-style-type: none"> Αποκατάσταση του βάρους του ασθενούς με την πάροδο των ημερών και πρόληψη του θρεπτικού ανισοζυγίου. 	<ul style="list-style-type: none"> Δίαιτα πλούσια σε θερμίδες. Τροφές της προτίμησης του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα. Χορήγηση ορού Ringer's 2000cc και ηλεκτρολυτών (NaCl, KCl) σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> Σίτιση του ασθενούς με τροφές της αρεσκείας του πλούσια σε θερμίδες αλλά χαμηλή σε λιπαρά. Χορήγηση ορού dextrose 5% 1000cc ×2 εμπλουτισμένου με KCl. 	<ul style="list-style-type: none"> Με το σωστό διαιτολόγιο ο ασθενής άρχισε να παίρνει βάρος και να υποχωρούν τα κλινικά συμπτώματα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Αύξηση του σακχάρου στο 210mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> Επαναφορά του σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα(60-110mg/dl) μέσα σε μία εβδομάδα. 	<ul style="list-style-type: none"> Εξάωρη μέτρηση του σακχάρου και καταγραφή των αποτελεσμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> Σε περίπτωση αυξημένων τιμών του σακχάρου επιπλέον χορηγείται ινσουλίνη 5IU Actrapid. Η διαίτα του ασθενούς καθορίζεται ανάλογα. 	<ul style="list-style-type: none"> Με την τακτική μέτρηση του σακχάρου και την σωστή χορήγηση της θεραπείας, μειώθηκε το σάκχαρο σε φυσιολογικά επίπεδα (80-110mg/dl).

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΔΑ C

Η ασθενής Ζ.Δ εισέρχεται στα ΤΕΠ στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας με συμπτώματα απότομης μείωσης σωματικού βάρους και καταβολή δυνάμεων. Στο ατομικό ιστορικό της αναφέρει κίρρωση στα πλαίσια χρόνιας ηπατίτιδας C.

Η ηλικία της είναι 62 ετών. Κατά την εισαγωγή πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση, εργαστηριακές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακος και ΗΚΓ. Κρίνεται απαραίτητο να νοσηλευτεί για να γίνουν επιπλέον εξετάσεις, όπως γαστροσκόπηση, κολποσκόπηση, echo άνω κοιλίας και ct άνω κοιλίας.

Οι οδηγίες που τις δίνονται κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο είναι η αποφυγή λήψης ασπιρίνης, αντιφλεγμονωδών και το κάπνισμα.

Ένα χρόνο μετά η ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο λόγω υδροθώρακα και μετρίου βαθμού ασκίτικη συλλογή, με σκοπό να υποβληθεί σε πλευροδεσία. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τοποθετήθηκε συσκευή Billow, παροχετεύθηκε αρκετά ο υδροθώρακας, αλλά λόγω υπολειμματικής συλλογής εξέρχεται με σωλήνα βαλβίδα παροχέτευσης, με οδηγίες για θεραπεία με φουροσεμίδα (Lasix) και σπειρονολακτόνη (aldactone). Ακολουθείται άναλος δίαιτα και συστήνεται επάνοδος σε 2-3 μέρες για επανεξέταση.

Έξι μήνες μετά εισέρχεται με οιδήματα κάτω άκρων και εμπύρετη. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αναιμία (Ht 26) και απορρύθμιση του σακχάρου (328 και 284 mg/dl την ίδια ημέρα). Η θερμοκρασία της είναι 38,5⁰C. Η θεραπεία συνεχίζεται ως έχει και προστίθεται και αντιμικροβιακή θεραπεία (ciproxin).

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Ασκιτικό υγρό που οφείλεται στην ηπατίτιδα C 	<ul style="list-style-type: none"> • Να απαλλαγεί ο ασθενής από το ασκιτικό υγρό. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής ενημερώνεται για την παρακέντηση. • Να τοποθετηθεί σε κατάλληλη θέση (ελαφρώς σκυμμένος μπροστά). • Ετοιμασία του υλικού που θα χρησιμοποιηθεί. 	<ul style="list-style-type: none"> • Καθαρισμός της περιοχής στο σημείο παρακέντησης. • Βοηθάμε τον ασθενή ώστε να παραμείνει ακίνητος. • Παρακολούθηση και αξιολόγηση της γενικότερης κατάστασης του 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά την παρακέντηση και την αφαίρεση του υγρού, ο ασθενής πρέπει να νιώθει ανακουφισμένος • Με την τοποθέτηση των αποστειρωμένων γαζών έχει προληφθεί η μόλυνση του

			<p>αρρώστου.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μετά τη λήψη του υγρού από τον γιατρό που πραγματοποιεί την παρακέντηση, ασκούμε πίεση στο σημείο της παρακέντησης με αποστειρωμένη γάζα. • Χορήγηση διουρητικών (tb lasix×3) • Έλεγχος των γαζών για διαφυγή υγρού. 	τραύματος.
--	--	--	---	------------

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής ανεβάζει θερμοκρασία 38,5°C 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα εντός 24ώρου. 	<ul style="list-style-type: none"> Λήψη τρίωρης θερμομέτρησης. Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού Χορήγηση υγρών από το στόματος ή ενδοφλέβια (NaCl 0,9% 1000cc×2) με οδηγίες του γιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> Λήψη τρίωρης θερμομέτρησης και καταγραφή αυτής στο διάγραμμα του ασθενούς. Χορήγηση των αντιπυρετικών που σύστησε ο γιατρός. Ενθάρρυνση για λήψη υγρών από το στόμα, χορήγηση των ενδοφλέβιων υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> Η θερμοκρασία επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα. Προλαμβάνεται η αφυδάτωση με τη χορήγηση των υγρών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ✓ Πάνω από 500000 άτομα στη χώρα μας έχουν νοσήσει από κάποιον ιό της ηπατίτιδας και οι περισσότεροι από αυτούς δεν το γνωρίζουν.
- ✓ Δεν υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη των ηπατίτιδων, εκτός από της Β.
- ✓ Η ηπατίτιδα Α και η Ε, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες, στις περισσότερες περιπτώσεις αυτοθεραπεύονται, δεν μεταπίπτουν σε χρόνια μορφή και τα αντισώματα που αναπτύσσονται εξασφαλίζουν χρόνια ανοσία.
- ✓ Από τα 2 δις. ανθρώπους που έχουν μολυνθεί παγκοσμίως από ηπατίτιδα Β περισσότεροι από 350 εκατομμύρια έχουν χρόνια λοίμωξη.
- ✓ Ο αριθμός των ασθενών με ηπατίτιδα C, αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά εντός της επόμενης δεκαετίας, λόγω παλαιών περιπτώσεων.
- ✓ Επειδή η ηπατίτιδα D μεταδίδεται παρεντερικά, σε συνδυασμό με τον ιό της ηπατίτιδας Β, οι ασθενείς με Β θα πρέπει να εξετάζονται και για D.
- ✓ Ο ιός της ηπατίτιδας Ε δεν ενδημεί στην Ελλάδα και μεταδίδεται όπως η Α. Παρουσιάζει μόνο οξεία μορφή.
- ✓ Ο ιός της ηπατίτιδας F παρατηρήθηκε μόνο μια φορά στην ιστορία και ανακαλύφθηκε DNA ιός στα κόπρανα των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα.
- ✓ Ο ιός της ηπατίτιδας G μεταδίδεται παρεντερικά, με ποσοστά συχνότητας που ανέρχονται στο 20-30% σε άτομα υψηλού κινδύνου.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- ✓ Διδασκαλία αγωγής υγείας και ΠΦΥ στα σχολεία από τους κοινοτικούς νοσηλευτές.
- ✓ Ένταξη του μαθήματος της υγιεινής από τις πρώτες κιόλας τάξεις του σχολείου.
- ✓ Παροχή προγραμμάτων πρόληψης, αγωγής υγείας και κοινωνικής φροντίδας.
- ✓ Συχνός ιατρικός έλεγχος και εμβολιασμός στο υγειονομικό προσωπικό.
- ✓ Δημιουργία ανοιχτής τηλεφωνικής γραμμής και γραφείου πληροφοριών για ενημέρωση και προσανατολισμό του κοινού.
- ✓ Συχνή ενημέρωση σε αναπτυσσόμενες περιοχές για την τήρηση των βασικών κανόνων υγιεινής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ηπατίτιδα είναι η φλεγμονή του ήπατος. Ο πιο συνηθισμένος τύπος ηπατίτιδας είναι η ιογενής. Η ιογενής ηπατίτιδα διακρίνεται στους τύπους Α, Β, C, D και Ε.

Σκοπός της εργασίας είναι να μιλήσουμε αναλυτικά για όλους τους τύπους ηπατίτιδας, στους επαγγελματίες υγείας και στο ευρύτερο κοινό, που ίσως έχει απορίες πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Για το λόγο αυτό, κάνουμε μια γενική προσέγγιση στο θέμα και ειδικότερα, αναλύουμε την επιδημιολογία, την κλινική εικόνα, τους τρόπους μετάδοσης, τη διάγνωση, την πρόγνωση, την θεραπεία και την πρόληψη για κάθε τύπο ξεχωριστά.

Αναφερόμαστε και στις οξείες μορφές όλων των ηπατίτιδων, αλλά και στη χρόνια μορφή όσων από αυτές έχουν.

Επίσης, αναφερόμαστε στον τρόπο με τον οποίο πρέπει να προφυλάσσεται το υγειονομικό προσωπικό, οι συγγενείς και το στενό περιβάλλον του ασθενούς, καθώς και ασθενείς αυξημένου κινδύνου (πχ πολυμεταγγιζόμενοι).

Τέλος, αναφέρουμε τα προβλήματα του ασθενούς και τους σκοπούς της φροντίδας προς αυτόν. Αναλύουμε τη νοσηλευτική παρέμβαση που εφαρμόζουμε στο άτομο, με σκοπό την σωστότερη και συντομότερη θεραπεία με το μικρότερο δυνατό ψυχολογικό κόστος γι' αυτόν, μιας και το άτομο απομονώνεται εξαιτίας της φύσης της νόσου.

Συμπερασματικά θα θέλαμε να αναφέρουμε, ότι το κοινό χρειάζεται μεγαλύτερη ενημέρωση πάνω στο θέμα, μιας και πολλοί είναι αυτοί που νοσούν (1 στους 12 είναι φορείς του ιού) και δεν το γνωρίζουν, επειδή η ηπατίτιδα είναι μια «ύπουλη» ασθένεια.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγοραστός Ι. (2001) *Εσωτερική Παθολογία* (2^{ος} τόμος)(2^η εκδ.) Θεσσαλονίκη: Παρισιάνος
2. *Αντιμετώπιση Επαγγελματικής Έκθεσης σε HBV, HCV, HIV*
<http://www.keel.org.gr/keelpno/eksofyllo.pro>
3. Αποστολοπούλου-Χατζηδάκη Μ. (2002) *Χρυσή Υγεία της 3^{ης} χιλιετίας, εγκυκλοπαίδεια, τόμος 1^{ος},σ.70-71* Αθήνα: Δομική
4. Βέρρας Δ. (1998) *Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα*. Πάτρα: ΑΤΕΙ Πατρών
5. Βλαχογιαννάκος Ι. *Ηπατίτιδα Β*
<http://www.chios-medical.gr/hepatitis%20b.htm>
6. Γκουρνέλης Θ. (1992) *Υγιεινή* (1^η εκδ.),σ.42-45 Θεσσαλονίκη: Μπαχαρίδη
7. Γολεμάτης Β., Κοκκότου Ε.(1991) *Χειρουργική, aids και ηπατίτιδα Β*,σ.137-175. Αθήνα: Πασχαλίδη
8. Γραφείο ηπατίτιδων- Συχνές ερωτήσεις
<http://www.keel.org.gr/articles/topic/2id=612> (14-11-08)
9. Δουμπόγιας Ι., Τσακίρης Α. (2000) *Κλινική Μικροβιολογία* Θεσσαλονίκη: University Studio Press

10. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία (1993) Αθήνα: Δοκιμή
11. Ελευσινιώτης Ι., Καρβουτζής Γ. (2001) *Θεραπεία Ιογενούς Ηπατίτιδας* τόμος 4^{ος} (τεύχος 16^ο), σ.350-354 Αθήνα: Αρεταίος ΕΠΕ
12. Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής: *Ιογενείς Ηπατίτιδες*
<http://www.iatronet.gr> (16-11-08)
13. Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής: *Υγεία/ Πεπτικό/ Ήπαρ/ Ιογενείς ηπατίτιδες*
http://www.iatronet.gr.article.asp?art_id=210 (1-12-08)
14. Ζέλλου Α. *Νέες ηπατίτιδες*
<http://www.atikionline.gr> (3-12-08)
15. Ζήμαλης Ε. *Νόσοι του Πεπτικού και του Ήπατος- Ηπατίτιδα, μια αρρώστια ύπουλη και επικίνδυνη*
<http://www.iatronet.gr> (15-11-08)
16. Ζήσης Θ. (1999) *Σημειώσεις Ανατομίας*. Πάτρα: ΑΤΕΙ Πατρών
17. *Ηπατίτιδα*
<http://www.wikipedia.org/wiki> (14-11-08)
18. *Ηπατίτιδα (και αξιολόγηση δεικτών ηπατίτιδας Β)*
<http://www.paidiatros.gr/index.php?cid=10&id=310&st=2> (16-11-08)
19. *Ηπατίτιδα: Συμπτώματα και αιτίες*
http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1140 (19-11-08)

20. <http://www.belife.gr/magazine/contact/view> (13-11-08)
21. http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=212 (2004)(14-11-08)
22. <http://www.oskarditsas.gr/pages/enthiaferontaKeimena/hepatitis.htm> (14-11-08)
23. Θωμόπουλος Γ. (επιμ.) (1985) *Για να καταπολεμήσετε τις πεπτικές διαταραχές*, σ.27-39. Αθήνα: Φυτράκης- Hachette
24. Καποτάς Ν. (2003) *Παθογόνα μικρόβια και λοιμώξεις* (1^η εκδ.) Αθήνα
25. Καρατζά Χ., Νικολόπουλου Β. (2003). *Παθολογία II*, τεύχος 3^ο, σ.11-21. Πάτρα
26. Κατρίνης Μ. (2005) *Υγεία/ Σεξουαλική υγεία, Ηπατίτιδα Β*
http://www.iatronet.gr.articles.asp?art_id=336 (15-11-08)
27. Κολκάκη- Μπουσιάκου Ε. (1996) *Γενική Μικροβιολογία*. Αθήνα: Έλλην
28. Κολύνης Ν. (1997). *Διαλέξεις Νοσολογίας I*, σ.15-16. Πάτρα
29. Κουνουσβέλη Α., Λαμπροπούλου Δ. (2008) *Ηπατίτιδες και νοσηλευτική Παρέμβαση* Πάτρα: ΑΤΕΙ Πατρών
30. Κωνσταντόπουλος Α., Χατζηπαναγής Α.: *Λοιμώξεις- Ηπατίτιδες*
<http://www.paidiatros.com> (12-11-08)

31. *Λοιμώδη Νοσήματα*

<http://www.moh.gov.cy/MOH/moh.nsf/All> (16-11-08)

32. Λουκόπουλος Δ.(επιμ)(2001): *Σύγχρονη και Διαγνωστική Θεραπευτική* (11^{ος} τόμος)(3^η εκδ.) Αθήνα: Παρισιάνος

33. Μανωλάκη Ν.(2004). *Ηπατίτιδα Α και Β*, Pharma News, 125,50-53

34. Μουτσόπουλος Χ.(επιμ.). *Βασική Παθολογία*, τόμος 1^{ος} (4^η εκδ),414-418. Αθήνα: Λίτσας

35. Μουτσόπουλος Χ., Εμμανουήλ Δ.Σ(1999). *Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας*. Αθήνα: Λίτσας

36. Ντάμπος Κ. *Ηπατίτιδες D, E, F, G*

<http://www.chios-medical.gr/hepatitis%20d.htm> (11-09-09)

37. Ντουράκης Σ. (2000) *Θεραπεία της Χρόνιας Ιογενούς Ηπατίτιδας*, Ιατρική, τεύχος 6^ο78,σ.532-533

38. Ομάδα καθηγητών (επιμ.)(1988). *Εσωτερική Παθολογία*, τόμος 3^{ος}(10^η εκδ.),σ.1370-1382. Αθήνα: Παρισιάνου

39. Παπαθεοδωρίδης Γ., Γερμανίδης Γ. (2003) *Κατευθυντήριες οδηγίες Θεραπευτικής Παρεμβάσεως σε ασθενείς με λοίμωξη με τον ιό της Ηπατίτιδας Β ή C*

<http://www.keel.org> (16-11-08)

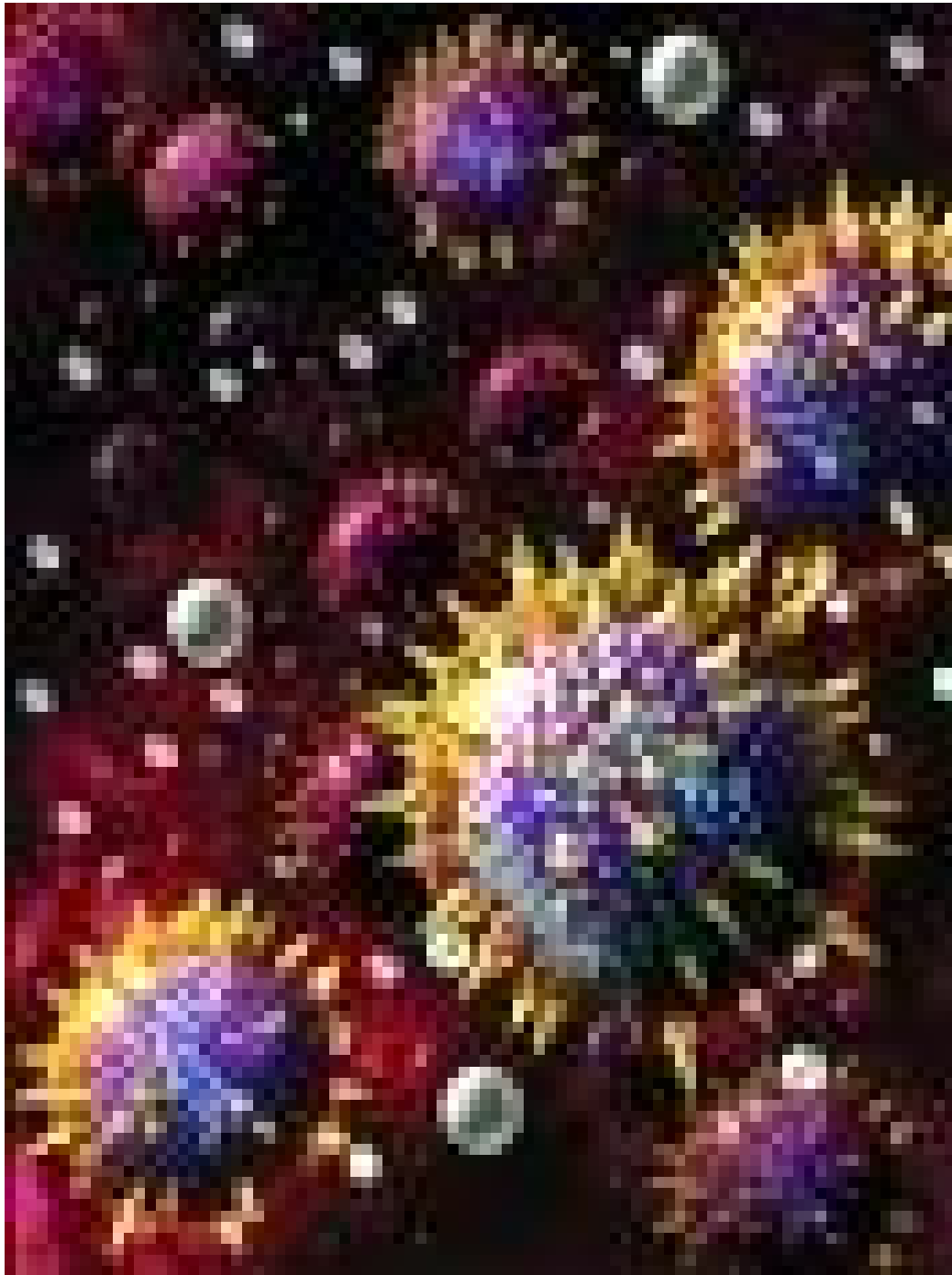
40. Πανταζής Κ., Μπροκαλάκη Η. (2008) *Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη μετάδοσης της ηπατίτιδας C*, Νοσηλευτική, τεύχος 4^ο, 47, σ.450-456. Αθήνα: Βήτα
41. Σακκά Κ. (2000) *Ηπατίτιδα A,B,C,D,E- Νοσηλευτική Παρέμβαση* Πάτρα: ΑΤΕΙ Πατρών (σ.193-198)
42. Σαχίνη- Καρδάση Α., Πάνου Μ. (2004) *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*, τόμος 2^{ος}, σ.328-332. Αθήνα: Βήτα
43. Σπαντίδος Δ., Καραχρήστος Α., Εργολάκη Μ.(1995). *Ο ιός της ηπατίτιδας C: Νεότερα δεδομένα, Εφαρμοσμένη Κλινική, Μικροβιολογική και Εργαστηριακή Διαγνωστική*, τόμος 10^{ος}, 4, σ.283-289
44. Ταρμάγκος Α. (1994). *Μαθήματα Εσωτερικής Παθολογίας*, σ.319-320. Θεσσαλονίκη: ΑΠΘ
45. Τσάντουλας Δ. (2001). *Ηπατίτιδα C*
<http://www.in.gr.health/news> (20-11-08)
46. Τσούρτζου Α. (1998) *Ηπατίτιδες και Νοσηλευτική Φροντίδα*, σ.101-119
Πάτρα: ΑΤΕΙ Πατρών
47. Χατζηγιάννης Σ. (1996). *Ηπατίτιδα C*. Αθήνα: Πασχαλίδης
48. Χυτήρογλου Π., Παπαδημητρίου Κ. (1996) *Προς μια νέα ταξινόμηση της χρόνιας ηπατίτιδας*, Ελληνική Ιατρική, τόμος 62^{ος}, 11, σ.319-320

A blue scroll graphic with a white background. The scroll is unrolled, showing a central rectangular area. The word ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ is written in the center of this area in a bold, black, serif font. The scroll has a dark blue border and a lighter blue inner area. The top and bottom edges of the scroll are slightly curved, and there are small, dark blue, teardrop-shaped details at the top-left and bottom-left corners, suggesting the scroll is unrolled.

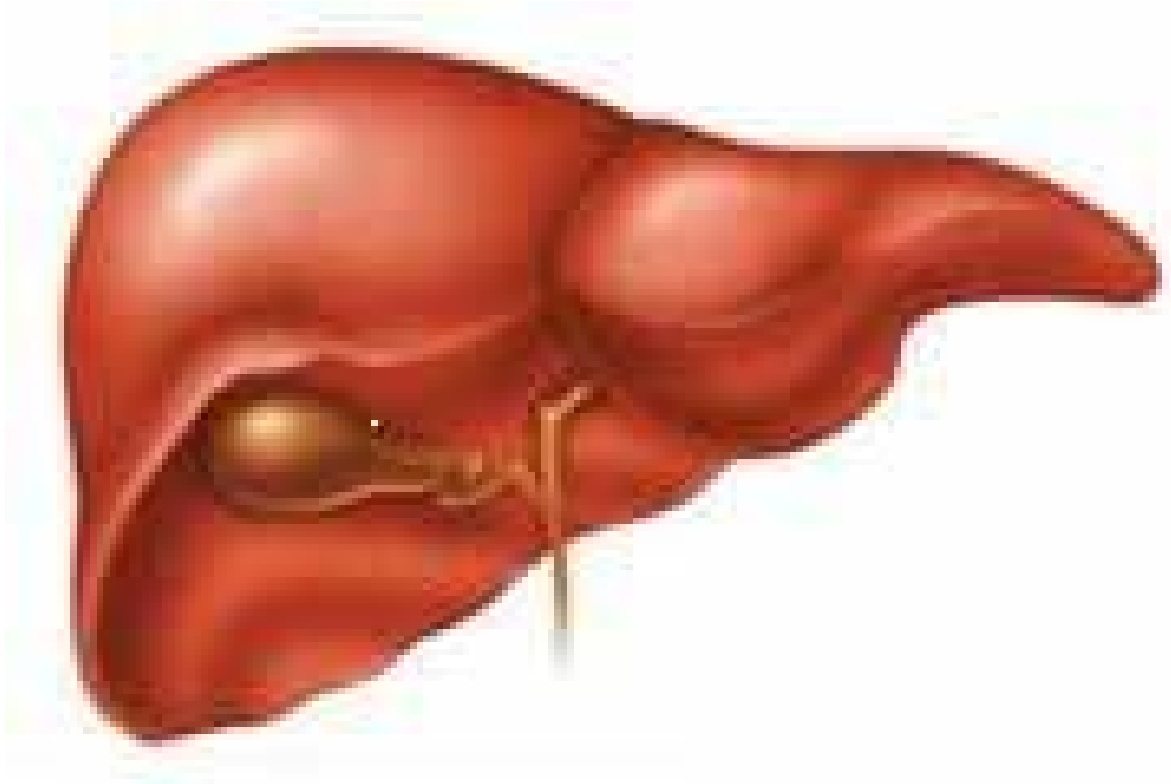
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



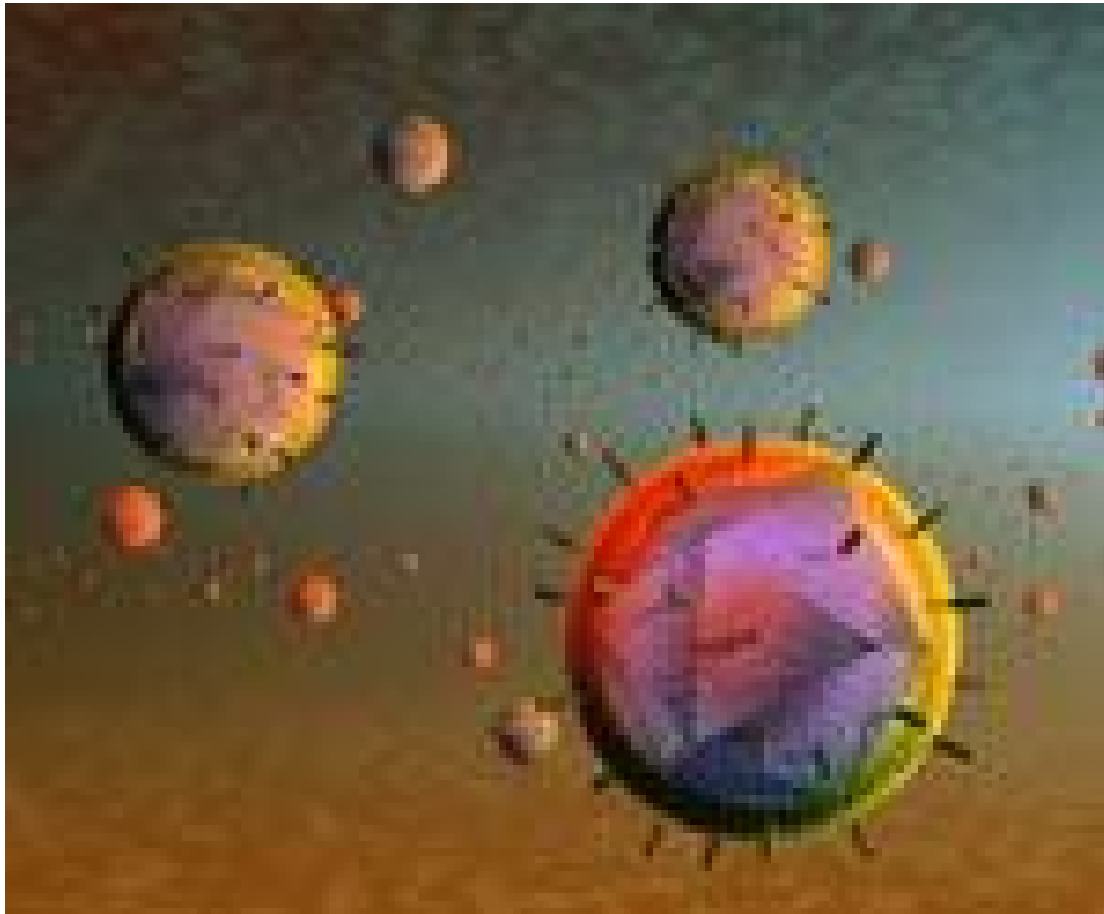
Εικόνα 1: www.wikipedia.com



Εικόνα 2: www.biolaser.gr



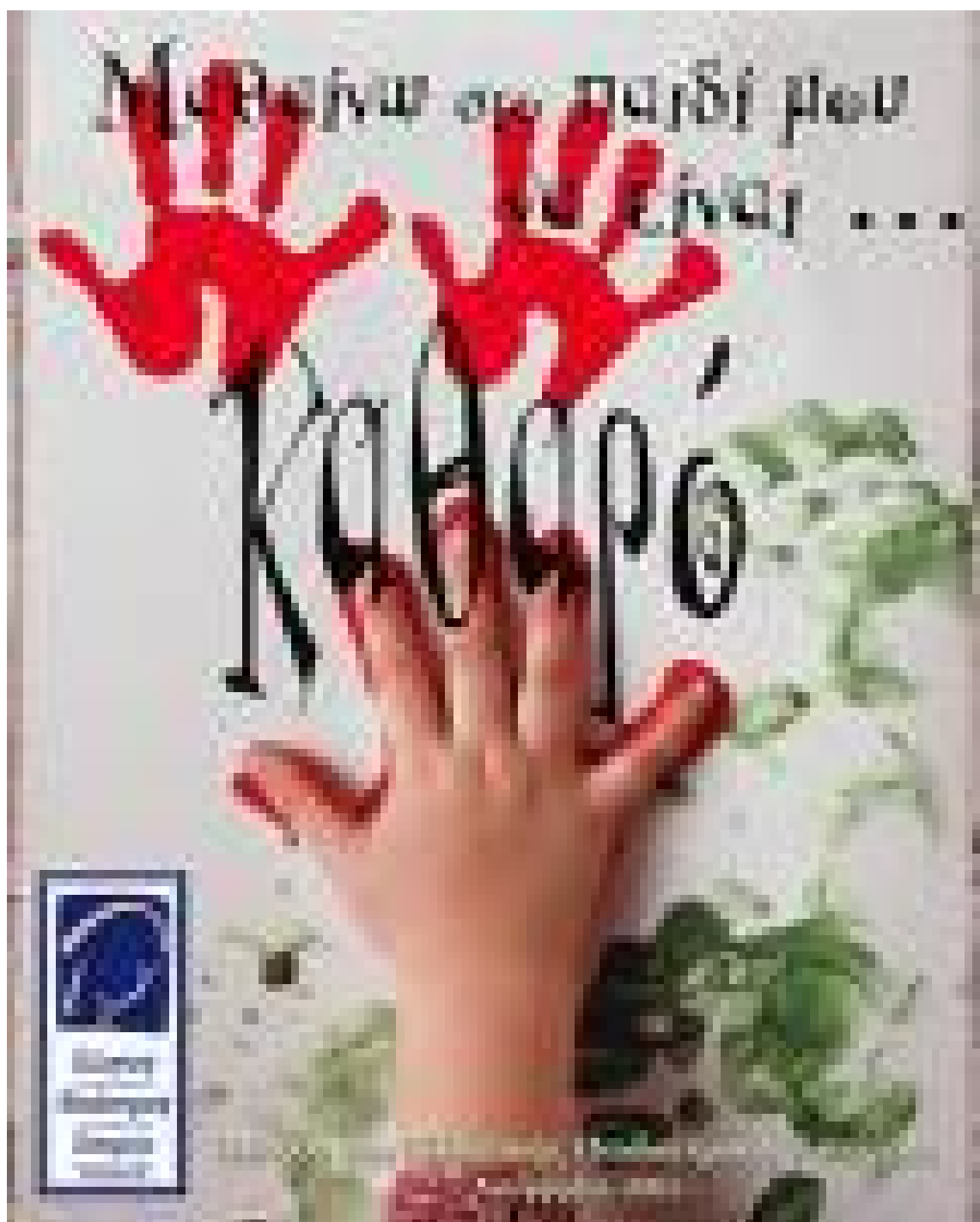
Εικόνα 3: www.stanford.edu



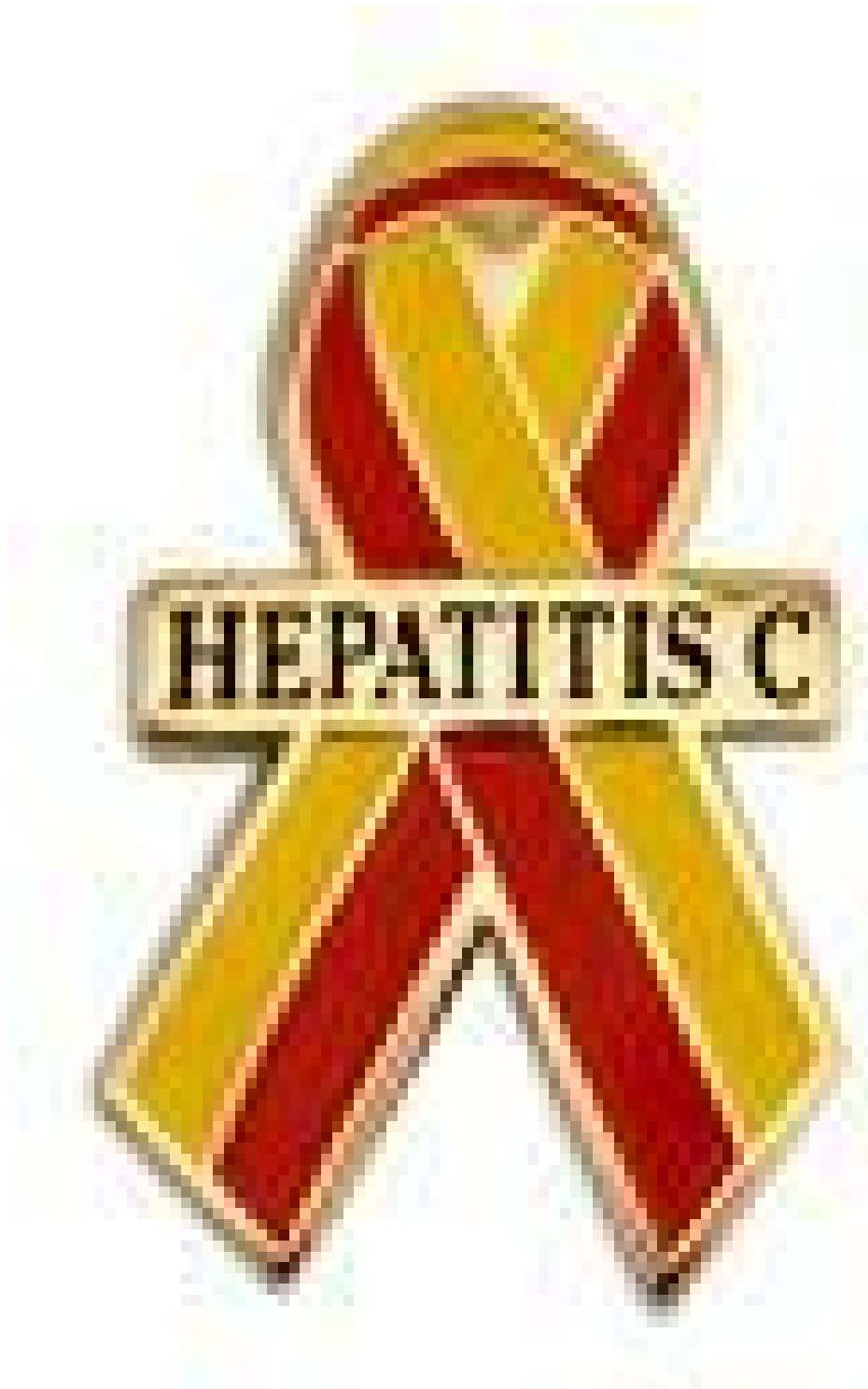
Εικόνα 4: www.roche.gr hepatitis C



Εικόνα 5: www.iayork.com hepatitis viruses



Εικόνα 6: www.scipub.gr



Εικόνα 7: www.doh.state.fl.us/.../VHcouncil.html



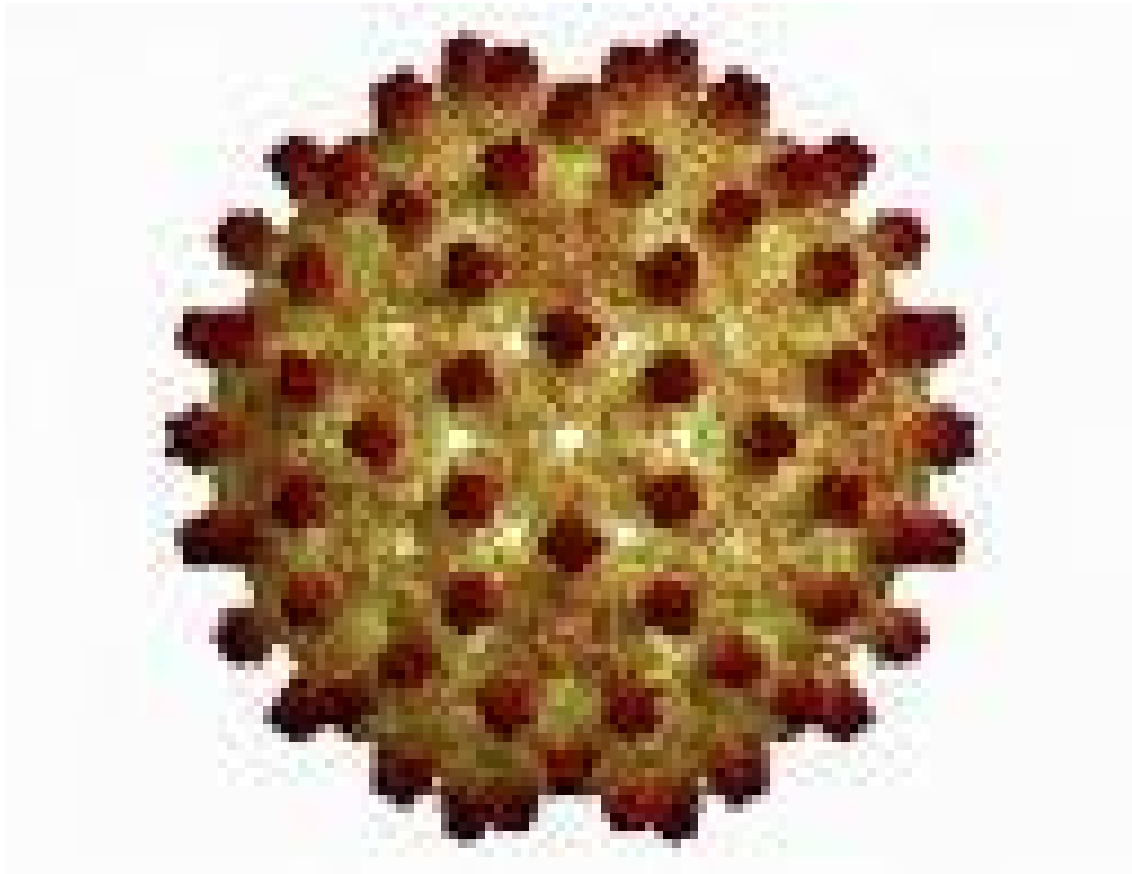
Εικόνα 8. www.britishlivertrust.org.uk



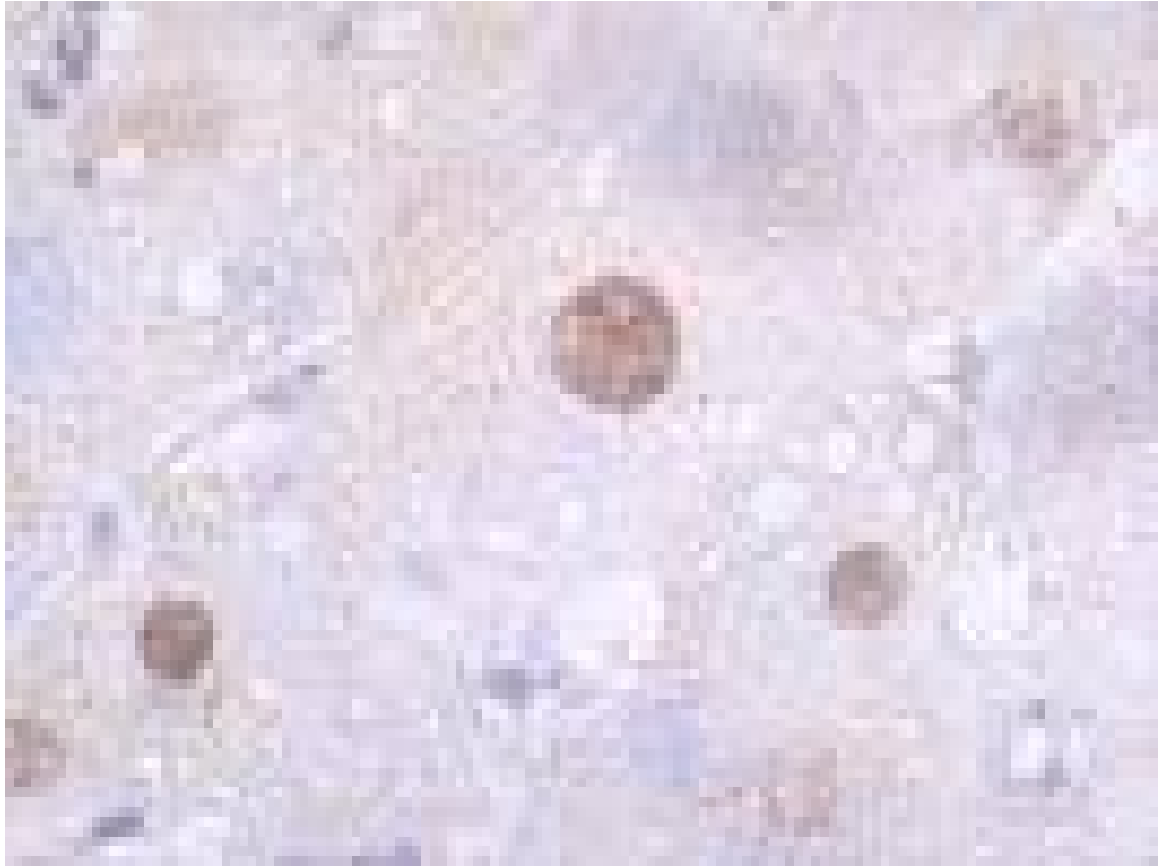
Εικόνα 9: www.z.about.com



Εικόνα 10: www.ilmanaim.blogspot.com



Εικόνα 11: www.hivandhepatitis.com hepatitis B



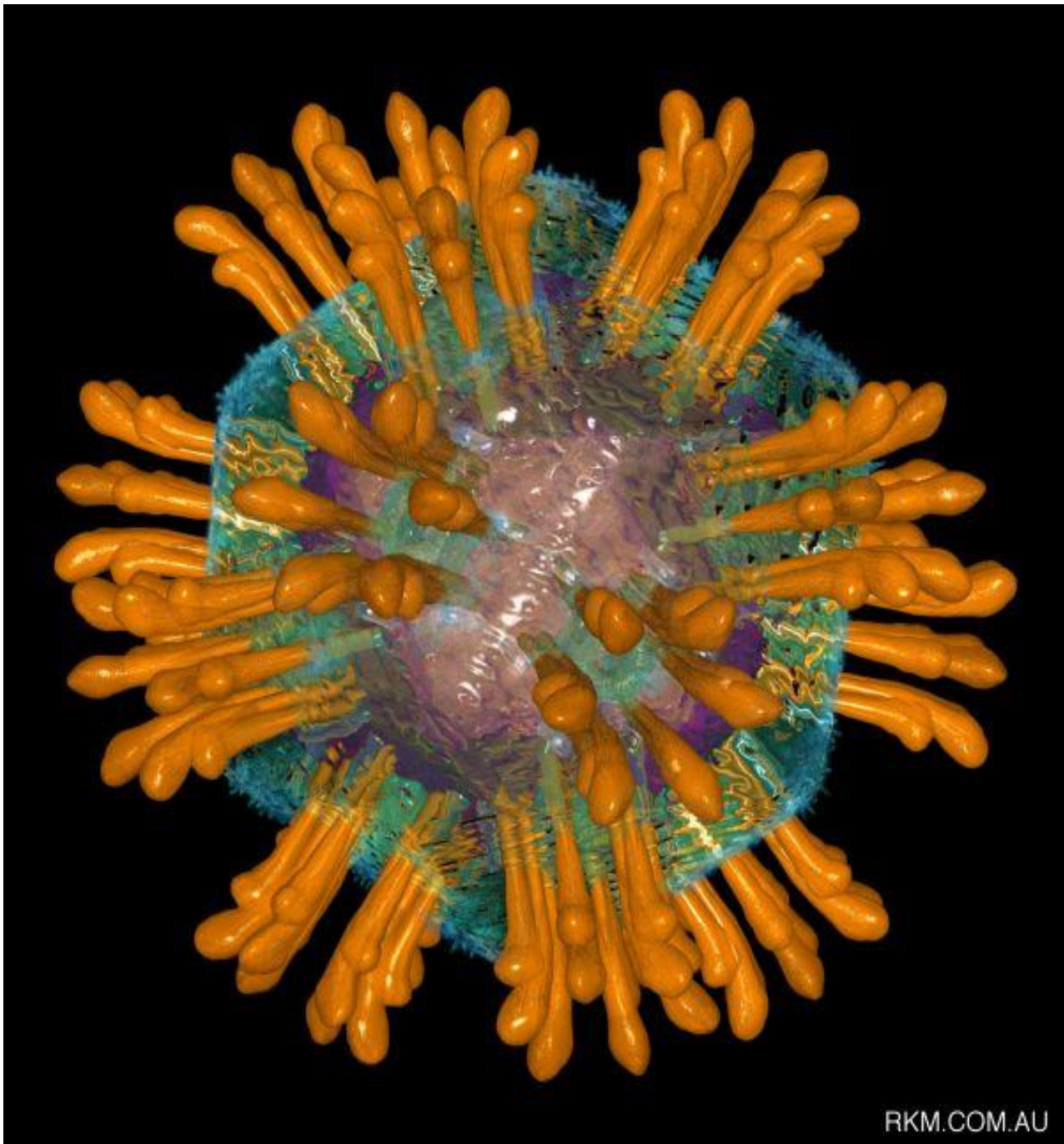
Εικόνα 12: www.meddean.luc.edu



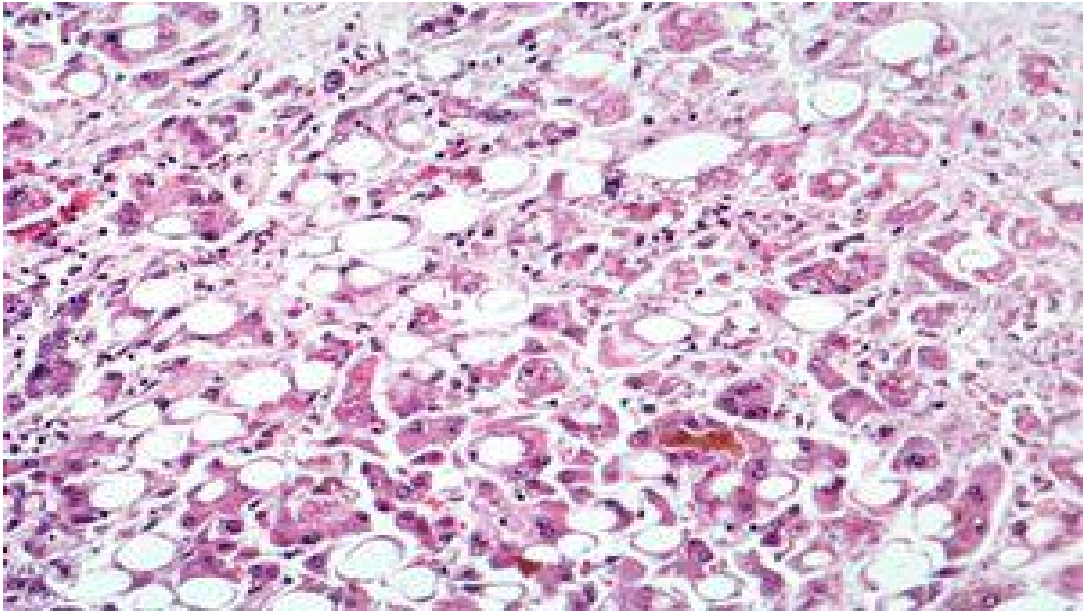
Εικόνα 13: www.vetmed.wsu.edu



Εικόνα 14: www.cancer.battlingforhealth.com



Εικόνα 15: www.topnews.in the insidious hepatitis C



Εικόνα 16: www.z.about.com alcoholic hepatitis