

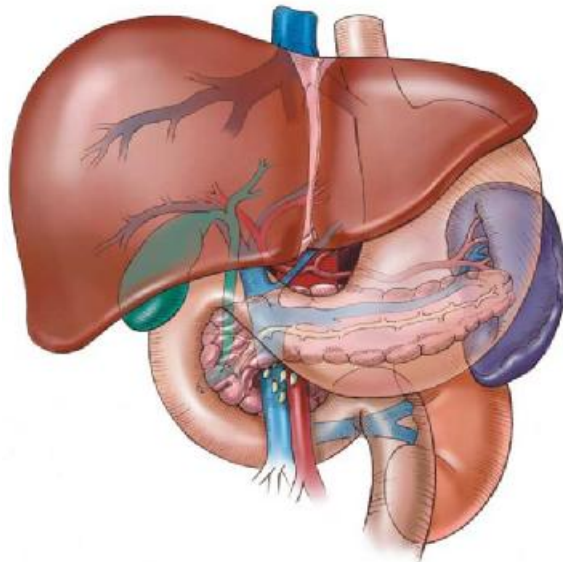
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



Εισηγήτρια:

Dr Παπαδημητρίου Μαρία

Καθηγήτρια

Επιμέλεια:

Πιτερός Ιάσωνας

Φοιτητής

ΠΑΤΡΑ 2011

Εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες στην καθηγήτριά μου, Dr. Παπαδημητρίου Μ. για την ανάθεση αυτής της εργασίας καθώς και για τη συνεχή καθοδήγηση, ενθάρρυνση και ουσιαστική βοήθεια που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

1.1 Ορισμός	8
1.2 Ανατομία ήπατος	8
1.3 Νεύρωση ήπατος	9
1.4 Φυσιολογία του ήπατος	10
1.5 Ίκτερος	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ

ΦΑΣΕΙΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

2.1 Ιογενείς Ηπατίτιδες	16
2.1.1. Ορισμός Ιογενούς Ηπατίτιδας	16
2.1.2. Διάγνωση ιογενούς Ηπατίτιδας	16
2.1.3. Εργαστηριακά ευρήματα ιογενούς Ηπατίτιδας	16
2.1.4. Θεραπεία ιογενούς Ηπατίτιδας	17
2.1.5. Φάσεις ιογενούς Ηπατίτιδας	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ Α, Β, C, D, E, F, G, TTV & Sen Virus

3.1 Ηπατίτιδα Α	20
3.1.1. Ιός της Ηπατίτιδας Α	20
3.1.2. Τρόποι μετάδοσης Ηπατίτιδας Α	20
3.1.3. Επιδημιολογία Ηπατίτιδας Α	21
3.1.4. Κλινική εικόνα Ηπατίτιδας Α	22
3.1.5. Διάγνωση Ηπατίτιδας Α	23
3.1.6. Πρόγνωση Ηπατίτιδας Α	23
3.1.7. Θεραπεία Ηπατίτιδας Α	24
3.1.8. Πρόληψη Ηπατίτιδας Α	24
3.2 Ηπατίτιδα Β	25
3.2.1. Ιός της Ηπατίτιδας Β	25

3.2.2. Τρόποι μετάδοσης Ηπατίτιδας Β	25
3.2.3. Επιδημιολογία Ηπατίτιδας Β	26
3.2.4. Κλινική εικόνα Ηπατίτιδας Β	27
3.2.5. Διάγνωση Ηπατίτιδας Β	27
3.2.6. Πρόγνωση Ηπατίτιδας Β	28
3.2.7. Θεραπεία Ηπατίτιδας Β	29
3.2.8. Πρόληψη Ηπατίτιδας Β	30
3.3 Ηπατίτιδα C	31
3.3.1. Ιός της Ηπατίτιδας C	31
3.3.2. Τρόποι μετάδοσης Ηπατίτιδας C	31
3.3.3. Επιδημιολογία Ηπατίτιδας C	33
3.3.4. Κλινική εικόνα Ηπατίτιδας C	34
3.3.5. Διάγνωση Ηπατίτιδας C	34
3.3.6. Πρόγνωση Ηπατίτιδας C	35
3.3.7. Θεραπεία Ηπατίτιδας C	36
3.3.8. Πρόληψη Ηπατίτιδας C	36
3.4 Ηπατίτιδα D	38
3.4.1. Ιός της Ηπατίτιδας D	38
3.4.2. Τρόποι μετάδοσης Ηπατίτιδας D	38
3.4.3. Επιδημιολογία Ηπατίτιδας D	38
3.4.4. Κλινική εικόνα Ηπατίτιδας D	39
3.4.5. Διάγνωση Ηπατίτιδας D	39
3.4.6. Πρόγνωση Ηπατίτιδας D	39
3.4.7. Θεραπεία Ηπατίτιδας D	39
3.4.8. Πρόληψη Ηπατίτιδας D	40
3.5 Ηπατίτιδα E	40
3.5.1. Ιός Ηπατίτιδας E	40
3.5.2. Τρόποι μετάδοσης Ηπατίτιδας E	40
3.5.3. Επιδημιολογία Ηπατίτιδας E	40
3.5.4. Κλινική εικόνα Ηπατίτιδας E	41
3.5.5. Διάγνωση Ηπατίτιδας E	41
3.5.6. Πρόγνωση Ηπατίτιδας E	41
3.5.7. Θεραπεία Ηπατίτιδας E	41
3.5.8. Πρόληψη Ηπατίτιδας E	41

3.6. Ηπατίτιδα F	42
3.7. Ηπατίτιδα G	42
3.7.1. Ιός της Ηπατίτιδας G	42
3.7.2. Τρόποι μετάδοσης ΗGV	42
3.7.3. Κλινική εικόνα Ηπατίτιδας G	42
3.7.4. Διάγνωση Ηπατίτιδας G	43
3.7.5. Πρόληψη Ηπατίτιδας G	43
3.7.6. Μέθοδος PCR	43
3.8 Οξεία Ιογενής Ηπατίτιδα τύπου TTV (Tranfusion – Transmitted Virus)	43
3.9 Οξεία Ιογενής Ηπατίτιδα τύπου Sen Virus	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
<u>ΧΡΟΝΙΕΣ ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ</u>	
4.1 Χρόνιες Ιογενείς Ηπατίτιδες	46
4.1.1. Χρόνια επιμένουσα	46
4.1.2. Χρόνια ενεργός Ηπατίτιδα	47
4.1.3. Χρόνια λοβώδης Ηπατίτιδα	47
4.1.4. Χρόνια Ηπατίτιδα B	48
4.1.5. Χρόνια Ηπατίτιδα C	49
4.1.6. Χρόνια Ηπατίτιδα D	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
<u>Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ</u>	
5.1 Οι πιο διαδεδομένες μορφές ηπατίτιδας στη δημόσια υγεία	52
5.2 Εμβόλιο Ηπατίτιδας A	53
5.2.1 Προστασία που παρέχει ο εμβολιασμός	53
5.2.2 Ομάδες που χρήζουν εμβολιασμού	53
5.2.3 Εμβόλιο Ηπατίτιδας B	54
5.2.4 Προστασία που παρέχει ο εμβολιασμός	54
5.2.5 Ομάδες που χρήζουν εμβολιασμού	54
5.2.6 Εμβόλιο Ηπατίτιδας C	54
5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πληροφόρηση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με τη νόσο της Ηπατίτιδας	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

6.1	Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα	58
6.1.1.	Προβλήματα ασθενούς	58
6.1.2.	Σκοποί φροντίδας	58
6.1.3.	Φυσική εκτίμηση ασθενούς	58
6.1.4.	Νοσηλευτική παρέμβαση	59
6.2	Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε συγκεκριμένους αρρώστους με Ηπατίτιδα Α και Β με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	62
6.2.1	Περίπτωση ασθενούς με Ηπατίτιδα Α	62
6.2.2	Περίπτωση ασθενούς με Ηπατίτιδα Β	67
	Συμπεράσματα	73
	Προτάσεις	73
	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	74
	SUMMARY	75
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Ηπατίτιδα είναι μία φλεγμονώδης ασθένεια του ήπατος, ενός από τους μεγαλύτερους αδένες του πεπτικού μας συστήματος.

Οι συνηθέστερες μορφές ιογενούς Ηπατίτιδας χωρίζονται σε πέντε τύπους: A, B, C, D, E και αποτελούν ένα αρκετά σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας σε όλες τις χώρες του κόσμου λόγω του εύκολου της μετάδοσης και διασποράς τους με κύριο πρόβλημα την Ηπατίτιδα τύπου B. Αυτή σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. ευθύνεται για περίπου 400 εκατομμύρια κρούσματα ανά τον κόσμο και στην Ελλάδα για 1 εκατομμύριο θανάτους από καρκίνο του ήπατος.

Κάποιοι από τους τύπους Ηπατίτιδας και συγκεκριμένα οι B, C, D ενέχουν τον κίνδυνο μετάπτωσής τους σε χρόνιας μορφής Ηπατίτιδα. Παρά την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού και τεχνικών πρώιμης διάγνωσης, περισσότεροι από τους μισούς κατοίκους της Γης έχουν μολυνθεί από τον ιό HBV σε κάποιο στάδιο της ζωής τους, ενώ μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που πάσχει από Ηπατίτιδα τύπου C μεταπίπτει σε χρονιότητα και αναπτύσσει κίρρωση του ήπατος ή και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα σε χρονικό διάστημα 10-20 ετών.

Οι Ηπατίτιδες αποτελούν σοβαρό κίνδυνο για τη δημόσια υγεία και είναι απειλές που πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψιν για την επικινδυνότητά τους. Εδώ ακριβώς έγκειται η θέση του νοσηλευτή ως μέλους της υγειονομικής ομάδας, να επιστήσει την προσοχή του απλού πολίτη στο πρόβλημα και να παρέχει άμεση ενημέρωση στο κοινωνικό σύνολο για το μέγεθός του αλλά και για τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισής του.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η διερεύνηση σύγχρονων πληροφοριών σχετικά με τις Ηπατίτιδες και την επικινδυνότητά τους με βάση τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφική ανασκόπηση, με απώτερο στόχο την πληρέστερη ενημέρωση των Νοσηλευτών για αποτελεσματική παρέμβαση τόσο στην πρόληψη και τη μείωση της δημόσιας επικινδυνότητας της νόσου, όσο και στην ποιοτική φροντίδα κατά τη θεραπεία – νοσηλεία και την αποκατάσταση ασθενών με Ηπατίτιδα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ιογενείς Ηπατίτιδες αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα της δημόσιας υγείας σήμερα σε πολλές χώρες του κόσμου. Προσβάλλουν όλες τις ηλικίες και τα δύο φύλα και δύνανται να εκδηλωθούν είτε οξέως, είτε χρονίως.

Οι συνηθέστεροι τύποι Ηπατίτιδας είναι οι ιογενείς. Οι ιογενείς Ηπατίτιδες διακρίνονται στους τύπους A, B, C, D, E. Ο ιός HAV οφείλεται κυρίως σε μη καλή τήρηση σωστών κανόνων υγιεινής και μεταδίδεται μέσω της γαστρεντερικής οδού. Οι ιοί B, C μεταδίδονται μέσω των σωματικών υγρών ή από κάποια λύση της συνεχείας του δέρματος που έρχεται σε επαφή με τον ιό. Ο ιός HDV μεταδίδεται παρεντερικά και προσβάλλει άτομα σε συνδυασμό με τον ιό B. Ο ιός HEV προκαλεί οξεία Ηπατίτιδα που μοιάζει κλινικά με τον ιό HAV και μεταδίδεται επίσης με τον ίδιο τρόπο.

Οι τύποι της Ηπατίτιδας B, C, D προκαλούν εκτός από την οξεία και χρόνια λοίμωξη στον άνθρωπο η οποία, αν δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως ενέχει μεγάλο κίνδυνο μετάπτωσης σε κίρρωση ήπατος και ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκινώματος με αποτέλεσμα ο ασθενής να οδηγηθεί ακόμα και στο θάνατο.

Οι αυξημένες επιπτώσεις της ιογενούς Ηπατίτιδας αποτελούν μεγάλο πρόβλημα της δημόσιας υγείας και ειδικά ο ιός HBV ο οποίος αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα. Στην Ελλάδα ο ιός HBV ευθύνεται για τα 2/3 των οξείων ιογενών Ηπατίτιδων με αποτέλεσμα τη σημαντική του συμβολή στην νοσηρότητα και θνητότητα του πληθυσμού.

Επίσης ο ιός HCV είναι και αυτός ένα από τα συνηθέστερα αίτια ηπατικής νόσου παγκοσμίως. Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι υπάρχουν 100 έως 200 χιλιάδες φορείς του ιού αυτού.

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

Στην παρακάτω εργασία γίνεται αναλυτική αναφορά στους τύπους της Ηπατίτιδας, στον τρόπο μετάδοσης, στη διάγνωση, στη θεραπεία, στην πρόληψη, στην επιδημιολογία καθώς και στο ρόλο της νοσηλευτικής επιστήμης στο πρόβλημα αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

**ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΗΠΑΤΟΣ
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ**

1.1 Ορισμός

Το ήπαρ είναι ένας από τους μεγαλύτερους αδένες του ανθρώπινου σώματος και επιτελεί πολλές και σημαντικές λειτουργίες.

Αντιπροσωπεύει το 2% του συνολικού βάρους του σώματος και ανέρχεται στα 1400 – 2000 gr. Βρίσκεται στο άνω μέρος της κοιλίας, στο δεξί υποχόνδριο και προς τα αριστερά εκτείνεται στο επιγάστριο μέχρι το αριστερό υποχόνδριο.¹

Το ήπαρ εκτελεί και ελέγχει λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος από τις οποίες τουλάχιστον έξι θεωρούνται απαραίτητες για τη ζωή. Αυτές είναι: η απεκκριτική, η μεταβολική, η αντιτοξική, η αιμοποιητική, η αιμοπηκτική και η θερμομαντική. Σοβαρή βλάβη του ήπατος οδηγεί στο θάνατο.¹

1.2 Ανατομία ήπατος

Το φυσιολογικό ήπαρ, όπως προαναφέραμε, έχει βάρος 1400-2000 gr και αποτελείται από δύο επιφάνειες: τη διαφραγματική – κυρτή προς τα άνω και τη σπλαχνική, κοίλη επιφάνεια προς τα κάτω. Το σχήμα του μοιάζει με εγκάρσια τριγωνική πυραμίδα.¹

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.²

Η κάτω επιφάνεια του ήπατος ή σπλαχνική καλύπτεται και αυτή από περιτόναιο και εμφανίζει δύο οβελιαίες αύλακες: α) την δεξιά οβελιαία αύλακα, η οποία σχηματίζει μπροστά τον κυστικό βόθρο που φιλοξενεί την χοληδόχο κύστη και β) την αριστερή οβελιαία αύλακα στην οποία παρατηρούμε τον στρογγυλό σύνδεσμο του ήπατος. Μεταξύ των δύο αυλάκων, μπροστά από

την πύλη του ήπατος, σχηματίζεται ο τετράπλευρος λοβός του ήπατος και πίσω ο κερκοφόρος λοβός.¹

Η στήριξη του ήπατος γίνεται με τους εξής συνδέσμους:

1. Το δρεπανοειδή σύνδεσμο,
2. Το στεφαναίο σύνδεσμο, ο οποίος φέρεται εγκάρσια στην άνω επιφάνεια του ήπατος,
3. Τον τριγωνικό σύνδεσμο, τον οποίο αποτελούν τα πέρατα του στεφαναίου συνδέσμου,
4. Τον ελάσσονα επίπλου ή ηπατογαστρικό σύνδεσμο¹

Τα κυριότερα στοιχεία του ήπατος είναι:

1. Τα ηπατικά λοβία. Κάθε ηπατικό λοβίο διελαύνεται από τριχοειδή της ηπατικής φλέβας. Οι κεντρικές φλέβες (ενδολόβιες), αφού δεχθούν το αίμα της πυλαίας φλέβας, εκβάλλουν στις υπολόβιες φλέβες, από τις οποίες γεμίζουν οι ηπατικές φλέβες.

2. Τα χοληφόρα, τα οποία χωρίζονται σε ενδοηπατικά και εξωηπατικά.

3. Τα αγγεία του ήπατος, τα οποία είναι:

α) η ηπατική αρτηρία, που παρέχει οξυγονωμένο αίμα στο ήπαρ,

β) η πυλαία φλέβα, που παρέχει μέσω του φλεβικού αίματος τα διάφορα προϊόντα απορρόφησης του εντέρου,

γ) οι ηπατικές φλέβες, που αρχίζουν από τις ενδολόβιες, οι οποίες όταν εξέρχονται από τα ηπατικά λοβία, εκβάλλουν σε μεγαλύτερες φλέβες, τις υπολόβιες. Από τις υπολόβιες αυτές φλέβες αθροίζονται οι ηπατικές φλέβες¹

1.3 Νεύρωση ήπατος

Το ηπατικό νευρικό πλέγμα σχηματίζεται από ίνες του συμπαθητικού που εκφύονται από το έβδομο ως και το δέκατο θωρακικό γάγγλιο, το ημισεληνοειδές γάγγλιο του κοιλιακού πλέγματος, καθώς και από ίνες του

πνευμονογαστρικού. Το πλέγμα αυτό φερόμενο δια του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου προς τις πύλες του ήπατος περιβάλλει την ηπατική αρτηρία και τους κλάδους της, το χοληδόχο πόρο, τον κυστικό και τη χοληδόχο κύστη. Κατά την ενδοηπατική πορεία του ακολουθεί τους κλάδους της πυλαίας μέχρι των τελικών διακλαδώσεων τους μέσα στα ηπατικά λοβία.³

1.4 Φυσιολογία του ήπατος

Μετά την αναφορά στα ανατομικά στοιχεία του ήπατος θα κάνουμε λόγο για τη φυσιολογία και τις διεργασίες που αυτό επιτελεί. Το ήπαρ, ως κεντρικό βιοχημικό εργαστήριο του σώματος, πραγματοποιεί πλήθος ζωτικών λειτουργιών σημαντικότερες από τις οποίες είναι:

α) Απεκκριτική λειτουργία: Παραγωγή και απέκκριση της χολής

Η παραγόμενη από τα ηπατικά κύτταρα και από το επιθήλιο του χοληφόρου δένδρου χολή, είναι ένα ισοοσμωτικό με το πλάσμα διάλυμα, με Ε.Β. 1010-1012 και pH αλκαλικό. Εκτός από το νερό (96-97%) περιέχει οργανικά και ανόργανα στοιχεία με μια αναλογία που μπορεί να διαφέρει τόσο στη διάρκεια του 24ώρου όσο και από άτομο σε άτομο.

Τα ανόργανα στοιχεία της χολής είναι ιόντα Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Mg^{++} , HCO_3^- , Cl^- και άλλα, ενώ τα οργανικά της συστατικά είναι χολικά οξέα (άλατα) φωσφολιπίδια, χοληστερόλη, χολοχρωστικές, ένζυμα, ορμόνες και μικρή ποσότητα λευκωμάτων.

Με τις γνώσεις που διαθέτουμε σήμερα, η χολή που εκκρίνεται από τα ηπατικά κύτταρα, αποτελείται από δύο κλάσματα. Από αυτά, το πρώτο είναι εξαρτώμενο από τα χολικά οξέα και το δεύτερο ανεξάρτητο από αυτά. Για τη σύνθεση του δεύτερου, φαίνεται ότι συμμετέχουν ιόντα Na^+ .³

β) Εντεροηπατικός κύκλος των χολικών οξέων

Διακρίνουμε πρωτογενή και δευτερογενή χολικά οξέα. Τα πρωτογενή σχηματίζονται από τη χοληστερόλη μέσα στο ηπατικό κύτταρο και αφού

συνδεθούν με ταυρίνη ή γλυκίνη, φέρονται διαλυμένα μέσα στη χολή προς το δωδεκαδάκτυλο και τον τελικό ειλεό με κύριους εκπροσώπους τους το χινοδεοξυχολικό οξύ και το χολικό οξύ. Εκεί απορροφούνται από το επιθήλιο του βλεννογόνου, κατά το μεγαλύτερο μέρος τους (80%), ενώ το 20% διασπάται από τα βακτηρίδια σε χολικά οξέα, ταυρίνη και γλυκίνη, μορφές με τις οποίες απορροφούνται από τον εντερικό βλεννογόνο.^{2, 3}

Τα δευτερογενή χολικά οξέα, δεοξυχολικό και λιθοχολικό, προέρχονται επίσης από τα διασπασμένα πρωτογενή, που τελικά φθάνουν στο παχύ έντερο και επαναρροφούνται, αφού προηγουμένως υποστούν αποϋδροξυλίωση. Η κίνηση αυτή των χολικών οξέων προς το έντερο και η επαναφορά τους στο ηπατικό κύτταρο με το αίμα της πυλαίας, δημιουργεί τον εντεροηπατικό κύκλο των χολικών οξέων (αλάτων), αλλά και τη γνωστή σαν «δεξαμενή» τους στον οργανισμό, που η χωρητικότητά της υπολογίζεται, γενικά, σε 5,7 mmol. Η ημερήσια παραγωγή του ήπατος σε χολικά οξέα είναι 1,2 mmol, ποσότητα που φαίνεται πως συμμετέχει στη διατήρηση της δεξαμενής των χολικών οξέων σταθερής.

Η έκκριση της χολής γίνεται ενεργητικά και εξαρτάται τόσο από την προσφορά αίματος – οξυγόνου προς το ηπατικό κύτταρο, όσο και από την εκκριτική πίεση της χολής, που επικρατεί μέσα στο χοληφόρο δένδρο. Αύξηση της πίεσης αυτής πάνω από ένα οριακό ύψος, που έχει υπολογιστεί σε 12 – 25 cm H₂O, επιδρά ανασταλτικά στην έκκρισή της, προκαλεί διάταση στα χοληφόρα, μετακίνηση της χολής προς τα ενδοηπατικά αιμοφόρα τριχοειδή και αύξηση των τιμών των χολικών οξέων στο πλάσμα. Σε φυσιολογικές συνθήκες η χολή του ήπατος και των χολαγγείων εκκρίνεται συνεχώς. Η ποσότητα της χολής αυτής υπολογίζεται περί τα 500 ml/24ωρο, ποσό, που αντιστοιχεί στα $\frac{3}{4}$ της συνολικά παραγόμενης κατά το 24ωρο.

Τόσο τα ίδια τα χολικά οξέα όσο και τα γαστρεντερικά ενδοκρινικά πεπτίδια (σεκρετίνη, χολοκυστοκίνη) αυξάνουν την παραγωγή της χολής.

Η δράση της σεκρετίνης στο ηπατικό κύτταρο και στα ενδοηπατικά χοληφόρα, προσομοιάζει με εκείνη στο πάγκρεας. Αυξάνει, δηλαδή, τη ροή της παραγόμενης χολής και επιδρά, κατά κύριο λόγο, στα στοιχεία του δεύτερου κλάσματός της, με αύξηση του νερού και των ηλεκτρολυτών.

Η χολοκυστοκινίνη (CCK) έχει διεγερτική δράση (ασθενή) στο ηπατικό κύτταρο, βοηθεί στη δράση της τη σεκρετίνη και συσπά το σφιγκτηριακό μηχανισμό του ODDI και τα τοιχώματα της χοληδόχου κύστης.

Οι άλλες γαστρεντερικές ορμόνες, σωματοστατίνη, παγκρεατικό πολυπεπτίδιο (PP) και το αγγειοδραστικό εντερικό πεπτίδιο (VIP), επενεργούν στη χάλαση των τοιχωμάτων της χοληδόχου κύστης αυξάνοντας έτσι την αποθηκευτική της ικανότητα.^{2,3}

γ) Φωσφολιπίδια

Το 90% των φωσφολιπιδίων της χολής καλύπτεται από τη λεκιθίνη. Οι μηχανισμοί που συμβάλλουν στη σύνθεσή της δεν έχουν ακόμη αποσαφηνισθεί. Πιστεύεται, όμως, ότι υπάρχει και γι' αυτή μία «δεξαμενή» που αντιμετωπίζει τις ανάγκες του οργανισμού για την παραγωγή της χολής.

δ) Χοληστερόλη

Η «δεξαμενή» της χοληστερόλης, προέρχεται από εκείνη που συντίθεται στα ηπατικά κύτταρα, από τις τροφές (απορρόφηση από το βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου και της νήστιδας) και από τα κύτταρα του βλεννογόνου.

Απαραίτητα για την απορρόφησή της είναι τα χολικά οξέα (άλατα) και η λεκιθίνη. Τόσο η χοληστερόλη, όσο και τα δύο παραπάνω οργανικά στοιχεία της χολής, σχηματίζουν μικρά συμπλέγματα, τα μικύλλια, σε μία μοριακή αναλογία 74/20/6 ή σε φυσιολογική σχέση (βάρους %), χολικά οξέα 72%, λεκιθίνη (φωσφολιπίδια) 24% και χοληστερόλη 4%. Διαταραχή στους μηχανισμούς σχηματισμού των μικυλλίων και στη σχέση των στοιχείων που τα συνθέτουν, προκαλεί δυσχέρεια στην απορρόφηση της χοληστερόλης και επηρεάζει τη διαλυτότητά τους μέσα στη χολή.³

ε) Χολοχρωστικές

Η χολερυθρίνη παράγεται από την αιμοσφαιρίνη που απελευθερώνεται κατά την καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η μεταβολή αυτής της αιμοσφαιρίνης σε χολερυθρίνη γίνεται από το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα των διαφόρων οργάνων (σπληνός, μυελού των οστών, λεμφαδένων) και κυρίως του ήπατος, που το δικτυοενδοθηλιακό του

σύστημα (κύτταρα του KUPFFER) καλύπτει το 30% περίπου του όγκου του. Η ημερήσια παραγωγή χολερυθρίνης υπολογίζεται σε 300 mgr.

Η εκτός του ήπατος παραγόμενη χολερυθρίνη μετά την είσοδό της στο ήπαρ φέρεται στα κύτταρα του KUPFFER, απ' όπου, μαζί με την παραγόμενη από τα ίδια χολερυθρίνη (που αντιπροσωπεύει άλλωστε και την κύρια παραγωγή), διοχετεύεται προς τα ηπατικά κύτταρα.

Διακρίνουμε έτσι δύο είδη χολερυθρίνης, την προηπατοκυτταρική (που δεν πέρασε ακόμη στα ηπατικά κύτταρα) και τη μεθηπατική.

Η προηπατοκυτταρική συνδέεται με τη λευκωματίνη του πλάσματος, είναι ελάχιστα διαλυτή στο νερό, δεν εμφανίζεται στα ούρα και δίνει αρνητική τη διαζωτοαντίδραση κατά VAN DER BERGH (έμμεση χολερυθρίνη, μη συνδεδεμένη).

Η μεθηπατική συνδέεται με το γλυκουρονικό οξύ ύστερα από αντίδραση που τελείται με τη δράση ενός μικροσωμιακού ενζύμου, που ονομάζεται γλυκουρονυλοτρανφεράση. Η χολερυθρίνη αυτή είναι υδροδιαλυτή, διέρχεται από τους νεφρούς και δίνει θετική την αντίδραση κατά VAN DER BERGH (άμεση χολερυθρίνης, συνδεδεμένη).

Η συνδεδεμένη (άμεση) χολερυθρίνη εκκρίνεται στη χοληφόρο οδό και μεταφέρεται με τη χολή στο έντερο. Εκεί, με την επίδραση βακτηριδίων, στον τελικό ειλεό και στο τυφλό, ανάγεται σε κοπροχολινογόνο, ενώ ένα μικρό μέρος της μετατρέπεται και πάλι σε ελεύθερη χολερυθρίνη.

Ένα μέρος από το κοπροχολινογόνο, που υπολογίζεται σε 100-200 mg/24ωρο, αποβάλλεται με τα κόπρανα, ενώ το υπόλοιπο 10-15%, επαναρροφάται και επιστρέφει με την πυλαία στο ήπαρ (εντεροηπατικός κύκλος), απ' όπου μικρή ποσότητα δεν προσλαμβάνεται από τα ηπατικά κύτταρα, κυκλοφορεί στο αίμα και αποβάλλεται με τα ούρα ως ουροχολινογόνο.

Τα αποβαλλόμενα ποσά του κοπροχολινογόνου και ουροχολινογόνου οξειδώνονται στο περιβάλλον σε κοπροχολίνη και ουροχολίνη αντίστοιχα.

Άλλες χολοχρωστικές του ήπατος, που απεκκρίνονται στη χολή είναι η βρωμοσουλφοφθαλεΐνη, το πράσινο της ινδοκυανίνης και το κόκκινο της Βεγγάλης.

Με τη χολή, που εκκρίνεται τελικά στο έντερο, επιτυγχάνεται κυρίως η γαλακτωματοποίηση των λιπών και η απορρόφηση των λιπαρών οξέων, των μονογλυκεριδίων και των λιποδιαλυτών βιταμινών (Α, D, Ε, Κ).

Το γεγονός αυτό εξηγεί τις διαταραχές που εμφανίζονται στον οργανισμό σε παθολογικές καταστάσεις που είναι σχετικές με την παραγωγή της χολής, τη σύνθεσή της και την ομαλή, τέλος, ροή της προς το δωδεκαδάκτυλο.³

1.5 Ίκτερος

Ένα από τα συνοδά και πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα του ιού της ηπατίτιδας είναι ο ίκτερος.

Η λέξη ίκτερος σημαίνει κιτρινωπή χρώση των ιστών του σώματος, και του δέρματος όσο και των εσωτερικών οργάνων. Αιτία του ίκτερου είναι η παρουσία μεγάλης ποσότητας χολερυθρίνης στα εξωκυττάρια υγρά. Η φυσιολογική συγκέντρωση χολερυθρίνης στο πλάσμα είναι περίπου 0,5 mg/100 ml. Ωστόσο, σε μερικές παθολογικές καταστάσεις είναι δυνατό να αυξηθεί και μέχρι 40 mg/100 ml.

Τα συνηθέστερα αίτια ίκτερου είναι:

1. Η αύξηση της καταστροφής των ερυθροκυττάρων, οπότε επιταχύνεται η απελευθέρωση χολερυθρίνης στο πλάσμα,
2. Η απόφραξη των χοληφόρων πόρων, οπότε γίνεται αδύνατη η απέκκριση στον εντερικό σωλήνα ακόμα και της σε φυσιολογικά ποσά εκκρινόμενης χολερυθρίνης,
3. Η βλάβη των ηπατικών κυττάρων.

Οι τρεις αυτοί τύποι ίκτερου ονομάζονται, αντίστοιχα, αιμολυτικός, αποφρακτικός και ηπατοκυτταρικός ίκτερος.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

**ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ
ΦΑΣΕΙΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ**

2.1 Ιογενείς Ηπατίτιδες

2.1.1. Ορισμός Ιογενούς Ηπατίτιδας

Ηπατίτιδα είναι η εκτεταμένη φλεγμονή του ήπατος, που προκαλεί εστιακή εκφύλιση και νέκρωση των ηπατικών κυττάρων με χαρακτηριστική κλινική, βιοχημική, μορφολογική εικόνα.

Οι παράγοντες που έχουν αναγνωρισθεί ως αιτία ιογενούς ηπατίτιδας είναι ο ιός της ηπατίτιδας A (HAV), ο ιός της ηπατίτιδας B (HBV), ο ιός της ηπατίτιδας μη-A και μη-B ή και C (HCV), ο ιός δέλτα ή ιός της ηπατίτιδας D (HDV) και οι ιοί των ηπατιτίδων E, F και G. Από τους ιούς αυτούς, οι ιοί B, C και D σε πολύ μεγάλο ποσοστό μεταπίπτουν σε χρονιότητα.⁵

2.1.2. Διάγνωση ιογενούς Ηπατίτιδας

Επειδή όλοι οι τύποι Ηπατίτιδας μπορεί να εκδηλωθούν σε παρόμοια συμπτώματα, η διάγνωση γίνεται με ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις αίματος, που ορίζουν επακριβώς το είδος του ιού της Ηπατίτιδας που προκαλεί τη νόσο. Έτσι αποκαλύπτονται οι φορείς του ιού καθώς και οι πάσχοντες από χρόνια φλεγμονή.⁶

2.1.3. Εργαστηριακά ευρήματα ιογενούς Ηπατίτιδας

Υπάρχουν δύο ειδών αιματολογικές εξετάσεις για την Ηπατίτιδα:

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

- 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)

- ανεύρεση αυξημένης τιμής χολερυθρίνης, που δίνει τη χαρακτηριστική κίτρινη χροιά στα μάτια και στο δέρμα (ίκτηρος). 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.⁶

β) ειδικές εξετάσεις που αφορούν την ανίχνευση των ιών:

- οι εξετάσεις αυτές ανιχνεύουν είτε ειδικά τμήματα των ιών (αντιγόνο), είτε αντισώματα έναντι αυτών, που παράγει ο οργανισμός σε μία προσπάθεια αντιμετώπισης της λοίμωξης⁶

2.1.4. Θεραπεία ιογενούς Ηπατίτιδας

Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει. Η θεραπεία που γίνεται είναι υποστηρικτική με χορήγηση αντιπυρετικών, αναλγητικών φαρμάκων. Σε χρόνια Ηπατίτιδα Β και C μπορεί να χορηγηθεί ιντερφερόνη με περιορισμένη όμως αποτελεσματικότητα ή συνδυασμός IFN με άλλα φάρμακα.

Για να αποφευχθεί η περαιτέρω επιβάρυνση της λειτουργίας του ήπατος συνιστάται υγιεινή διατροφή και αποφυγή οινοπνευματωδών ποτών.

Ο αποτελεσματικότερος βέβαια τρόπος καταπολέμησης της ιογενούς Ηπατίτιδας είναι η πρόληψη.⁶

2.1.5. Φάσεις ιογενούς Ηπατίτιδας

Τις φάσεις της Ηπατίτιδας μπορούμε να τις κατατάξουμε ανάλογα με τον τύπο της χολερυθρίνης που επικρατεί (ίκτερος).

Ο ίκτερος διακρίνεται σε τρεις φάσεις:

Πρόδρομη φάση (προϊκτερική)

Η παραγωγή χολερυθρίνης αυξάνεται (π.χ. λόγω αύξησης της αιμόλυσης) σε τέτοιο βαθμό ώστε να υπερβαίνει την ικανότητα του ήπατος να σχηματίζει συνδεδεμένη χολερυθρίνη. Η δυσκολία αφορά την επάρκεια γλυκουρονυλικής τρανσφεράσης, με αποτέλεσμα σε αυτές τις περιπτώσεις να αυξάνει η μη συνδεδεμένη («άμεση») χολερυθρίνη του πλάσματος.⁷

Ικτερική φάση

Οφείλεται σε:

α. Βλάβη των ηπατικών κυττάρων π.χ. από δηλητήρια (δηλητηριώδεις μύκητες) ή φλεγμονή (Ηπατίτιδα), οπότε ελαττώνονται η μεταφορά και η σύνδεση της χολερυθρίνης.

β. Ολοσχερή απουσία (σύνδρομο Crigler – Najjar) ή έλλειψη (σύνδρομο Gilbert) γλυκουρονυλικής τρανσφεράσης ή ανωριμότητα του συστήματος γλυκουρονύλιωσης κατά τη γέννηση, την οποία επιδεινώνει ο ενδεχόμενος ίκτερος (λόγω της γρήγορης αιμόλυσης) των νεογνών.

γ. Αναστολή της γλυκουρονυλ-τρανσφεράσης, π.χ. από στεροειδή, και

δ. Ενδογενή ανωμαλία (σύνδρομο Dubin-Johnson) ή αναστολή (π.χ. από φάρμακα ή στεροειδή) της έκκρισης χολής στα χοληφόρα σωληνάκια.⁷⁻⁸

Μεταϊκτερική φάση

Η απόφραξη των χοληφόρων πόρων από λίθους ή όγκους προκαλεί παλινδρόμηση συνδεδεμένης («άμεσης») χολερυθρίνης στην κυκλοφορία. Σε αυτή την περίπτωση βρίσκεται σε παθολογικά μεγάλες ποσότητες αλκαλική φωσφατάση, που αποτελεί φυσιολογικό συστατικό της χολής και, γι' αυτό, αποτελεί σπουδαίο διαγνωστικό βοήθημα. Αυτά τα συστατικά της χολής φθάνουν στο αίμα εν μέρει με διάχυση, με μηχανισμό ανταλλαγής με αντίρρευμα, στις πυλαίες τριάδες (αποτελούνται από κλάδο ηπατικής αρτηρίας, κλάδο της πυλαίας φλέβας και ένα χοληφόρο πόρο), όπου η ροή της χολής γειτονεύει με την πυλαία και την αρτηριακή αιματική ροή.⁷⁻⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ Α
ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ Β
ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ C
ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ D
ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ Ε
ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ F
ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ G
ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ TTV
ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ SEN VIRUS

3.1 Ηπατίτιδα Α

3.1.1. Ιός της Ηπατίτιδας Α

Η Ηπατίτιδα Α προκαλείται από έναν ιό ο οποίος ανακαλύφθηκε μόλις το 1973 και ανήκει στους Picornavirus. Είναι ένας μικρός 27 nm και 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 ή Ηπατίτιδα μικρού χρόνου.⁹

3.1.2. Τρόποι μετάδοσης Ηπατίτιδας Α

Η μετάδοση της Ηπατίτιδας Α δεν γίνεται με απλή επαφή (ομιλία, φτέρνισμα) αλλά σε ποσοστό 95% γίνεται δια της στοματοπεπτικής οδού, είτε με άμεση επαφή με μολυσμένα άτομα, είτε με μολυσμένα τρόφιμα, νερό ή μολυσμένα από τον ιό αντικείμενα. Για το λόγο αυτό είναι μεγάλη η διασπορά του HAV σε χώρες χαμηλής υγειονομικής στάθμης.

Το υποβαθμισμένο σύστημα ύδρευσης και αποχέτευσης σε διάφορες περιοχές του κόσμου, οι μολυσμένες τροφές, τα φρούτα και οι σαλάτες που πλύθηκαν με μολυσμένο νερό ή που ποτίστηκαν με ακατάλληλο νερό, γίνονται αιτίες μόλυνσης και επιδημιών. Σοβαρές επιδημίες Ηπατίτιδας Α μπορεί ακόμη να προκληθούν και από μολυσμένα θαλασσινά (μύδια, στρείδια) που τρώγονται ωμά και που βρίσκονται σε θαλάσσιο νερό κοντά σε εκβολή υπονόμων ή παράνομων αποχετεύσεων. Η Ηπατίτιδα Α μεταδίδεται επίσης σε κλειστές κοινωνίες όπως σε στρατόπεδα, σε σχολεία, βρεφονηπιακούς σταθμούς και νηπιαγωγεία ή ακόμα στους χώρους εργασίας, όταν δεν τηρούνται οι συνηθισμένοι κανόνες υγιεινής. Δηλαδή ο ιός μπορεί να μεταφερθεί από τα κόπρανα του μολυσμένου παιδιού στα χέρια του, από εκεί σε ένα αντικείμενο (μολύβι, τετράδιο) που θα πιάσει και μέσω αυτού στο χέρι και στο στόμα ενός άλλου παιδιού. Θεωρείται ότι τα χέρια (έλλειψη πλυσίματος μετά από αφόδευση) είναι ο πιο συχνός μεταφορέας κυρίως στα σχολεία. Τέλος, ένα πρόσφατο ταξίδι σε κάποια τροπική χώρα μπορεί να γίνει η αιτία να μολυνθεί κάποιος από τον ιό.

Μετάδοση του ιού με μετάγγιση αίματος, πλάσματος ή παραγώγων αίματος όπως επίσης και με τη σεξουαλική επαφή είναι σπάνια. Η μεγαλύτερη

μολυσματικότητα των προσβαλλόμενων ατόμων είναι στο διάστημα των δύο (2) εβδομάδων πριν την εμφάνιση του ίκτερου. Τα νεογνά και τα παιδιά αποβάλλουν τον ιό για μεγαλύτερο διάστημα σε σχέση με τους ενήλικες.^{10,11,15}

3.1.3. Επιδημιολογία Ηπατίτιδας Α

Η Ηπατίτιδα Α έχει παγκόσμια κατανομή. Είναι ενδημική αλλά και με επιδημικές εξάρσεις. Η επίπτωση αυξάνεται περισσότερο το φθινόπωρο και το χειμώνα απ' ότι το καλοκαίρι και την άνοιξη. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, σε όλο τον κόσμο καθορίζονται τρεις τύποι ενδημικότητας της νόσου, η υψηλή, η ενδιάμεση και η χαμηλή.^{10,11}

Αναφέρονται 200.000 περιπτώσεις το χρόνο στις ΗΠΑ και 6.500 στη Μ. Βρετανία, αλλά αυτό φαίνεται ότι αντιπροσωπεύει μόνο το 20% του συνόλου. Στα αναπτυσσόμενα κράτη, που είναι περιοχές υψηλής ενδημικότητας, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού προσβάλλεται κατά την παιδική ηλικία. Έτσι, ουσιαστικά όλος ο πληθυσμός μετά την ηλικία αυτή, είναι προστατευμένος από τη νόσο.

Στα ανεπτυγμένα κράτη, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, η βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και των συνθηκών υγιεινής οδήγησε σε εντυπωσιακή πτώση του επιπολασμού της HAV λοίμωξης. Ωστόσο, σε ορισμένες περιοχές της Νότιας και Ανατολικής Ευρώπης υπάρχουν ακόμη ενδημικές εστίες της νόσου.

Στις χώρες ενδιάμεσης ενδημικότητας ποσοστό 30 – 50 % των νεαρών ενηλίκων είναι άνοσοι.

Στις χώρες χαμηλής ενδημικότητας το σύνολο σχεδόν των νεαρών ατόμων είναι ευαίσθητο στη λοίμωξη, με αποτέλεσμα η εμφάνιση επιδημιών να είναι θεωρητικά δυνατή κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν ομάδες πληθυσμών όπως μετανάστες, πρόσφυγες που ζουν σε στρατόπεδα, σε φτωχικές γειτονιές, τσιγγάνοι.^{10,11}

Σε περιπτώσεις μόλυνσης μέσω δικτύων ύδρευσης η πιθανότητα εμφάνισης επιδημίας είναι εξαιρετικά αυξημένη. Στις αναπτυσσόμενες χώρες όπου η προσωπική υγιεινή είναι υποβαθμισμένη και η δημόσια υγιεινή πτωχή η συχνότητα των αντισωμάτων κατά της Ηπατίτιδας Α υπερβαίνει το 95%. Τα περισσότερα άτομα στις χώρες αυτές μολύνονται πριν την ηλικία των 10 ετών και αναπτύσσουν μία ήπια ανικτερική προσβολή.⁹

3.1.4. Κλινική εικόνα Ηπατίτιδας Α

Η Ηπατίτιδα Α είναι μία παγκόσμια νόσος που οφείλεται στον ιό της Ηπατίτιδας Α. Ο χρόνος επώασης είναι συνήθως 15 – 50 ημέρες και η κλινική εικόνα εμφανίζει «Γριπώδες Σύνδρομο», ενώ συχνά προστίθεται και ίκτερος. Το αίμα και τα κόπρανα περιέχουν τον ιό κατά την πρόδρομο φάση. Συγκεκριμένα, τα κόπρανα περιέχουν τον ιό για δύο εβδομάδες πριν από την εμφάνιση του ίκτερου και κατά τις πρώτες ημέρες μετά την εμφάνισή του.¹²

Η κλινική εικόνα ποικίλει. Στα παιδιά είναι ήπια και υποκλινική ή αντικτερική ή παίρνει τη μορφή γαστρεντερίτιδας, ενώ στους ενήλικες άνω των 40 ετών και στις έγκυες γυναίκες καθώς και στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση είναι συνήθως σοβαρότερη και πιο παρατεταμένη. Η νόσος κλασσικά περνά 4 στάδια: της επώασης, το προϊκτερικό, το ικτερικό και της αναρρώσεως.¹³

Κατά την προϊκτερική φάση που διαρκεί μερικές ημέρες έως εβδομάδες εμφανίζεται ανορεξία, ναυτία, αδυναμία και καταβολή. Επίσης εμετοί, διάρροια, κεφαλαλγία καθώς και αποστροφή του καπνίσματος και του αλκοόλ. Ο πυρετός συνήθως είναι μέτριος και πιθανόν να υπάρχει αίσθημα δυσφορίας στο επιγάστριο.¹⁴

Το ήπαρ είναι ψηλαφητό και ευαίσθητο. Η εμφάνιση υπερχρόων ούρων (η απόχρωση τους μοιάζει με τσάι ή κονιάκ) και ο αποχρωματισμός των κοπράνων (ανοικτό κίτρινο χρώμα) υποδηλώνουν την επικείμενη εμφάνιση της ικτερικής φάσης, οπότε συνήθως τα συμπτώματα της νόσου υποχωρούν. Η ικτερική φάση διαρκεί 1-4 εβδομάδες και ακολουθείται από την φάση της ανάρρωσης του ασθενή που πιθανόν να διαρκέσει μέχρι και 6 μήνες ως την πλήρη βιοχημική αποκατάσταση.^{14,15}

Μερικές φορές η ικτερική φάση παρατείνεται και παρατηρείται εγκατάσταση κνησμού σε διάστημα 2-3 εβδομάδων. Η εμφάνιση κνησμού υποδηλώνει την ύπαρξη χολοστατικής μορφής Ηπατίτιδας. Κλινικώς η διόγκωση του ήπατος ανευρίσκεται στο 70% των ασθενών και του σπληνός στο 20%. Η αποδρομή του ίκτερου στην πλειονότητα των ασθενών γίνεται σε διάστημα 3-6 εβδομάδων.¹⁴

3.1.5. Διάγνωση Ηπατίτιδας Α

Η διάγνωση επιτυγχάνεται με την ανίχνευση αντισωμάτων με τις μεθόδους ELISA & RΙΟ. Με την εμφάνιση του ιού στα κόπρανα εμφανίζεται στον ορό των αρρώστων ειδικό αντίσωμα (anti-HAV). Το αντίσωμα αυτό ανήκει στην τάξη Μ των ανοσοφαιρινών (IgM) και φτάνει στην μεγαλύτερη συγκέντρωσή του την έκτη περίπου εβδομάδα από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Δύο με έξι εβδομάδες μετά των έναρξη των συμπτωμάτων εμφανίζεται στον ορό των αρρώστων και ένα άλλο αντίσωμα (anti-HAV) που ανήκει στην τάξη G των ανοσοφαιρινών (IgG). Το αντίσωμα αυτό παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συγκέντρωση στη χρονική περίοδο μεταξύ 3 και 11 μηνών από την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Η ανίχνευση του IgG αντισώματος αρχίζει ήδη κατά την οξεία φάση της νόσου ενώ ανιχνεύεται εφ' όρου ζωής. Τα αντισώματα αυτά είναι εξουδετερωτικά και προφυλάσσουν τον ασθενή από νέα νόσηση.¹⁶

Όσον αφορά τα εργαστηριακά ευρήματα, παρατηρούνται:

1. Αύξηση της χολερυθρίνης σε συγκεντρώσεις άνω των 20mg/dL αντί του φυσιολογικού 0,1 – 0,2mg/dL
2. Αυξημένη αλκαλική φωσφατάση. Φυσιολογικές τιμές: 98-279u/L
3. Αυξημένα ηπατικά ένζυμα, όπως:
 - SGOT (γλουταμινική οξαλογική τρανσαμινάση). Φυσιολογικές τιμές: 8-33u/L
 - SGPT (γλουταμινική πυροσταφιλική τρανσαμινάση). Φυσιολογικές τιμές: 4-36 u/L
 - LDH (γαλακτική αφυδρογονάση). Φυσιολογικές τιμές: 120-240u/L
4. Παράταση του χρόνου προθρομβίνης. Φυσιολογικές τιμές: 10-17 sec

3.1.6. Πρόγνωση Ηπατίτιδας Α

Η πρόγνωση της Ηπατίτιδας Α είναι καλή με θνητότητα μικρότερη από 0,1% σε μεγάλες επιδημίες καθώς και με πλήρη αποκατάσταση το αργότερο μέσα σε έξι (6) μήνες. Ο ιός της Ηπατίτιδας Α είναι υπεύθυνος για λιγότερο από 1% των κεραυνοβόλων ιογενών Ηπατιτίδων. Η λοίμωξη με HAV

δεν μεταπίπτει σε χρονιότητα καθώς η ανίχνευση του αντισώματος IgG anti-HAV σημαίνει μόνιμη ανοσία.¹⁸

3.1.7. Θεραπεία Ηπατίτιδας Α

Δεδομένου ότι κατά κανόνα η μόλυνση από τον ιό της Ηπατίτιδας Α είναι οξεία, δεν απαιτείται και δεν υπάρχει ειδική θεραπεία για να απαλλαγεί ο οργανισμός από αυτόν. Βεβαίως ο γιατρός θα συστήσει αγωγή η οποία θα βοηθήσει στην ανακούφιση συμπτωμάτων, όπως ο πονοκέφαλος και η ναυτία, ή θα χορηγήσει υγρά ενδοφλεβίως για την πρόληψη της αφυδάτωσης του οργανισμού. Θα συστήσει επίσης ανάπαυση στο σπίτι, ελαφρά διατροφή πλούσια σε υδατάνθρακες, λευκώματα και βιταμίνες και πτωχή σε λιπαρά. Πολύ σπάνια θα δώσει κορτικοστεροειδή. Η απαγόρευση ακόμη οινοπνευματωδών ποτών είναι η πλέον συχνή ιατρική εντολή διότι το αλκοόλ ως τοξική ουσία επιβαρύνει το ήδη καταπονημένο συκώτι. Η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται είναι ιντερφερόνη – α (α-IFN).¹⁸⁻¹⁹

3.1.8. Πρόληψη Ηπατίτιδας Α

Η πρόληψη περιλαμβάνει:

1. Τήρηση αυστηρών κανόνων υγιεινής – καθαριότητας (π.χ. σχολαστικό πλύσιμο των χεριών πριν από το φαγητό και μετά την αφόδευση)
2. Εκπαίδευση του προσωπικού βρεφονηπιακών σταθμών για τη σωστή εφαρμογή κανόνων υγιεινής κατά την περιποίηση των μικρών παιδιών.
3. Επεξεργασία του νερού που χρησιμοποιείται για πόση και πλύσιμο, με διήθηση και χλωρίωση. Το νερό πρέπει να βράζεται, όταν υπάρχει υποψία ότι είναι μολυσμένο με τον HAV.
4. Εξασφάλιση σύγχρονων συστημάτων αποχέτευσης και ύδρευσης.
5. Βελτίωση μεθόδων επεξεργασίας τροφίμων. Τα θαλασσινά, τα οποία προέρχονται από μολυσμένες περιοχές, πριν να καταναλωθούν, πρέπει να μαγειρεύονται σε θερμοκρασίες 85-90°C για 4 λεπτά τουλάχιστον.¹¹

3.2 Ηπατίτιδα Β

3.2.1. Ιός της Ηπατίτιδας Β

Ο ιός της Ηπατίτιδας Β (ή σωματίο του Dane) είναι DNA ιός με διάμετρο 42 nm. Έχει πυρήνα με έλυτρο και πρωτεϊνικό περίβλημα στο οποίο υπάρχει το αντιγόνο επιφάνειας S (Surfase – HbsAg). Το αντιγόνο αυτό που ονομάστηκε αυστραλιανό αντιγόνο, ανακαλύφθηκε το 1968 από τον Blunberg και επέτρεψε τον καθορισμό της ιογενούς Ηπατίτιδας Β με αντικειμενικά ορολογικά κριτήρια. Η Ηπατίτιδα Β περιγράφεται ως Ηπατίτιδα μακράς επώασης, MS-2 Ηπατίτιδα ή Ηπατίτιδα με θετικό το επιφανειακό αντιγόνο (HbsAg).^{20,21,22}

3.2.2. Τρόποι μετάδοσης Ηπατίτιδας Β

Η μετάδοση του ιού της Ηπατίτιδας Β γίνεται κυρίως, παρεντερικά ή σεξουαλικά, δηλαδή με επαφή του ατόμου με μολυσμένα βιολογικά υγρά (αίμα, σπέρμα). Ο ιός δεν μεταδίδεται με την κοινωνική επαφή. Συνήθεις τρόποι διασποράς του ιού της Ηπατίτιδας Β είναι:

α) Οι ετεροφυλικές ή ομοφυλοφιλικές σεξουαλικές επαφές με ασθενή με χρόνια Ηπατίτιδα Β. Αυτός είναι ο συνηθέστερος τρόπος μετάδοσης στους ενήλικες.

β) Η ενδοοικογενειακή διασπορά.

γ) Η κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί. Σήμερα, όλες οι έγκυες μητέρες ελέγχονται για παρουσία Ηπατίτιδας Β και σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος λαμβάνονται ειδικά μέτρα που προλαμβάνουν την μετάδοση του ιού στο νεογνό.

δ) Οι μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του. αυτός όμως ο τρόπος μετάδοσης είναι σήμερα σπάνιος λόγω του συστηματικού ελέγχου των αιμοδοτών.

ε) Η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

στ) Η παρεντερική έκθεση σε μολυσμένο αίμα.²³

3.2.3. Επιδημιολογία Ηπατίτιδας Β

Η Ηπατίτιδα Β αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας με περίπου 300 εκατομμύρια χρόνιους φορείς του ιού ανά τον κόσμο. Η κατάσταση αυτής της χρόνιας ιοφορίας ευθύνεται για το μεγαλύτερο ποσοστό κίρρωσης παγκοσμίως και είναι η δεύτερη 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. Μολονότι βρίσκεται στην 25^η θέση μεταξύ των καρκίνων στις Ηνωμένες Πολιτείες, το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί τη συχνότερη σπλαχνική κακοήθεια παγκοσμίως, προκαλώντας 250.000-1.000.000 θανάτους ετησίως.²³

Ως περιοχές χαμηλής ενδημικότητας της Ηπατίτιδας Β (HBV δείκτες <20%, HBsAg φορία <2%) θεωρούνται η Βόρεια και Δυτική Ευρώπη, η Βόρεια Αμερική, η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία και το Νότιο τμήμα της Λατινικής Αμερικής, μέση ενδημικότητα (20-60%, 2-7% αντίστοιχα) φαίνεται να έχουν η Νότια και Ανατολική Ευρώπη, η Κεντρική Ασία, η Ιαπωνία και το Βόρειο τμήμα της Λατινικής Αμερικής, ενώ υψηλή ενδημικότητα (>60%, 8-15% αντίστοιχα) ανευρίσκεται στη Μέση και Άπω Ανατολή, σε όλη την Αφρική και στη λεκάνη του Αμαζονίου. Εξαιρετικά υψηλή μόλυνση έχει παρατηρηθεί σε απομονωμένες κοινωνίες (HBsAg θετικό στο 45% των Εσκιμών της Αλάσκας και έως και στο 85% στους ιθαγενείς της Αυστραλίας).²⁴

Η Ινδία, αν και θεωρείται περιοχή μέσης ενδημικότητας με HBsAg φορία ~4%, συνεισφέρει στο 9% της παγκόσμιας φορίας λόγω του υπερπληθυσμού της (36-40 εκατομμύρια φορείς). Τη μεγαλύτερη πηγή μόλυνσης (HBsAg οροθετικότητα 15-30%) αποτελούν οι επαγγελματίες αιμοδότες, ομάδα εξαιρετικά χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, οι οποίοι επιβιώνουν «πουλώντας» αίμα σε διάφορες ιδιωτικές τράπεζες αίματος κάτω από συνθήκες πολύ φτωχής υγιεινής, που πιθανότατα ευθύνονται και για τη δική τους μόλυνση. Ο μαζικός εμβολιασμός πολύ συχνά έχει απαγορευτικό κόστος, κάτι που δυσκολεύει την αναχαίτιση της HBV λοίμωξης στην περιοχή. Στη Μέση Ανατολή (HBsAg φορία 8-15% πλην του Ισραήλ) σημαντικό ρόλο στη μόλυνση παίζει το μέγεθος της οικογένειας, κάτι που ενισχύει την υπόθεση της οριζόντιας διασποράς.

Η λοίμωξη σχετίζεται με το χαμηλό επίπεδο διαβίωσης και τη μειωμένη μόρφωση. Η HBsAg φορία είναι κατά μέσο όρο 1,2%. Στην πρώην Σοβιετική Ένωση το ποσοστό των HBsAg κυμαίνεται από 0,3%, στις Βαλτικές χώρες έως 12,5%, στη Μολδαβία αντίστοιχα, ενώ η συνολική HBV έκθεση είναι 20-45%. Τέλος, σε μελέτη υιοθετημένων παιδιών από τη Ρουμανία η συνολική HBV έκθεση φτάνει το 53% και η HBsAg φορία το 20%.

Η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες ενδιάμεσης ενδημικότητας με συνολική HBV έκθεση 20-40%, HBsAg φορία 1,9-5% (μέσος όρος 3%). Συνολικά, θεωρείται ότι υπάρχουν 300.000-500.000 χρόνια HBsAg φορείς. Όμως παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις από περιοχή σε περιοχή και από πληθυσμό σε πληθυσμό και έχουν διαπιστωθεί στοιχεία αυξημένης ενδοοικογενειακής διασποράς. Η μόλυνση αυξάνει με την ηλικία, είναι δε συχνότερη στις αγροτικές από ό,τι στις αστικές περιοχές λόγω χαμηλότερων συνθηκών υγιεινής και διαβίωσης.²⁴

3.2.4. Κλινική εικόνα Ηπατίτιδας B

Ο χρόνος επώασης της Ηπατίτιδας B είναι από 50 έως 160 ημέρες.

Η κλινική εικόνα της Ηπατίτιδας B παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία. Έτσι μεταξύ των φορέων HBV υπάρχουν άτομα:

- α. Με φυσιολογικές ή αυξημένες τρανσαμινάσεις
- β. Με ή χωρίς ίκτερο ή κλινικά συμπτώματα
- γ. Με φυσιολογική βιοψία ήπατος ή ανενεργό κίρρωση
- δ. Με ποικίλες μορφές ηπατικής φλεγμονής.

Διακρίνονται δύο κύριες κλινικές μορφές της Ηπατίτιδας B, η ασυμπτωματική και η συμπτωματική HBV λοίμωξη. Η πρώτη εμφανίζεται κυρίως στα νεογνά και μικρά παιδιά ενώ η συμπτωματική Ηπατίτιδα B εμφανίζεται κυρίως με εικόνα κοινής ιογενούς λοίμωξης παρόμοια με αυτή της Ηπατίτιδας A. Ωστόσο, η έναρξη της Ηπατίτιδας B είναι συνήθως πιο ύπουλη και τα επίπεδα των αμινοτρανσφερασών υψηλότερα.^{9, 25}

3.2.5. Διάγνωση Ηπατίτιδας B

Η εργαστηριακή διάγνωση της HBV λοίμωξης βασίζεται:

1. Στον ορολογικό προσδιορισμό των αντιγόνων και αντισωμάτων

2. Σε αξιολόγηση των ηπατικών δοκιμασιών (τρανσαμινάσης, γDT, χολερυθρίνη, αλκαλική φωσφατάση)

3. Σε προσδιορισμό του HBV – DNA και της DNA-πολυμεράσης

Οι σύγχρονες μέθοδοι ορολογικού προσδιορισμού της HBsAg είναι η ανοσοενζυμική ELISA ή η ραδιοανοσομετρική (RIO).

Το αυστραλιανό αντιγόνο είναι ο πρώτος δείκτης που ανιχνεύεται από 1 έως 12 εβδομάδες μετά την έκθεση στον ιό και κατά μέσο όρο 4 εβδομάδες πριν από την κλινική εκδήλωση της Ηπατίτιδας. Η εξαφάνιση του ακολουθείται από την εμφάνιση του αντισώματος anti-HBs το οποίο είναι προστατευτικό αντίσωμα και παραμένει θετικό σε ποσοστό 80%. Υποδηλώνει κλινική ίαση και παρέχει ανοσία σε ενδεχόμενη επαναμόλυνση από τον ιό HBV. Δεδομένου ότι η ανίχνευση του anti-HBs είναι δυνατόν να καθυστερήσει κατά μερικές εβδομάδες, χρήσιμος ορολογικός δείκτης είναι το αντίσωμα anti-HBc έναντι του πυρηνικού αντιγόνου, το οποίο μπορεί να ανήκει και στις IgM και στις IgG ανοσοσφαιρίνες. Η ανίχνευση του IgM σημαίνει οξεία φάση νόσου ενώ το IgM (σαν αντίσωμα) είναι δείκτης παλιάς μόλυνσης.^{16, 26, 27}

Άλλος, άμεσα ευρισκόμενος, ορολογικός δείκτης σε οξεία Ηπατίτιδα είναι το HBeAg το οποίο και συμπύπτει χρονικά με μεγάλα επίπεδα αναδιπλασιασμού του ιού. Η παραμονή για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς αυτό να σημαίνει ανοσία, γιατί σωματίδια του Dane (δηλαδή ιοί) μπορεί να κυκλοφορούν στο αίμα αρρώστων με anti-HBe.^{16,26}

Τέλος, το HBV DNA ανιχνεύεται στο αίμα των περισσότερων ασθενών με οξεία Ηπατίτιδα Β λίγο μετά την εμφάνιση του HBsAg. Η ανίχνευση της πολυμεράσης αυτής είναι ένδειξη αναδιπλασιασμού του ιού της Ηπατίτιδας Β και μετάπτωσης σε χρονιότητα.¹⁶

3.2.6. Πρόγνωση Ηπατίτιδας Β

Η πρόγνωση της Ηπατίτιδας Β εξαρτάται από τη μορφή αυτής (ικτερική ή αντικτερική). Η ικτερική μορφή συνήθως υποχωρεί και αφήνει ανοσία. Ένα ποσοστό 10% αδυνατεί να καθαρίσει το HBsAg, με αποτέλεσμα να μεταπέσει σε χρονιότητα. Η αντικτερική μορφή, υποκλινική τις περισσότερες φορές, σε αρκετούς ασθενείς μεταπίπτει σε χρονιότητα, είτε με

τη μορφή του υγιούς φορέα είτε ως χρόνια Ηπατίτιδα, με εξέλιξη σε κίρρωση ή και σε ηπατοκυτταρικό καρκίνο.⁷

Η θνησιμότητα στην Ηπατίτιδα Β είναι μεγαλύτερη απ' ό τι στην Α και σύμφωνα με διάφορες στατιστικές ανέρχεται μέχρι το 20% των προσβληθέντων από αυτή. Η μεγαλύτερη ηλικία όπως και η βασική νόσος (εφόσον η μετάγγιση αίματος είναι η συνηθέστερη αιτία μόλυνσης) εν μέρει ευθύνονται γι' αυτό. Μικρό ποσοστό εξελίσσεται προς χρόνια Ηπατίτιδα ή κίρρωση.²⁸

Η σημαντικότερη επιπλοκή της Ηπατίτιδας Β είναι η κεραυνοβόλος Ηπατίτιδα, η οποία χαρακτηρίζεται από ηπατική εγκεφαλοπάθεια και εξαιρετικά παρατεταμένο χρόνο προθρομβίνης. Κατά τη φάση της κεραυνοβόλου Ηπατίτιδας, το ηπατικό παρέγχυμα καταστρέφεται σχεδόν πλήρως και ο ασθενής πέφτει σε ηπατικό κώμα. Ο θάνατος επέρχεται στο 80-90% των περιπτώσεων μέσα σε δύο με τρεις εβδομάδες. Συνήθως προσβάλλονται νεαρά άτομα (20-30 ετών) και συνυπάρχει λοίμωξη με τον D.^{28,29}

3.2.7. Θεραπεία Ηπατίτιδας Β

Καμία ειδική θεραπευτική παρέμβαση δεν απαιτείται σε ασθενείς με οξεία Ηπατίτιδα Β. Δεν έχει διαπιστωθεί ότι ωφελεί κάποια αγωγή και δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι αγωγή με κορτικοειδή ή ιντερφερόνη έχουν θέση επί οξείας ιογενούς Ηπατίτιδας. Παρέχεται υποστηρικτική θεραπεία, όπως σε όλους τους ασθενείς με οξεία ιογενή Ηπατίτιδα. Οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται τουλάχιστον εβδομαδιαίως κατά την πρώιμη συμπτωματική φάση της νόσου, με εκδήλωση ιδιαίτερης προσοχής στην ανάπτυξη σημείων, συμπτωμάτων ή εργαστηριακών ευρημάτων δηλωτικών κεραυνοβόλου Ηπατίτιδας ή υποξείας ηπατικής νέκρωσης (γεφυροποιός ηπατική νέκρωση). Ιδιαίτερη προσοχή, στενή παρακολούθηση και νοσηλεία απαιτείται για ασθενείς με κλινικά σοβαρή οξεία Ηπατίτιδα Β (συνεχιζόμενος πυρετός >38°C, ανορεξία, εμετοί). Σε περίπτωση αναπτύξεως σημείων ηπατικής εγκεφαλοπάθειας θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια έγκαιρης μεταφοράς του ασθενούς σε κέντρο μεταμοσχεύσεως ήπατος ανεξάρτητα από

την παρουσία όλων των κριτηρίων για μεταμόσχευση ήπατος κατά τη στιγμή της μεταφοράς.³⁰

Όταν ο ασθενής εισέλθει ουσιαστικά στη φάση της ανάρρωσης, ο χρόνος επανεξέτασης δύναται να επιμηκυνθεί ταχέως, αλλά οι ασθενείς πρέπει να συνεχίζουν να ελέγχονται μέχρις ότου τα ένζυμά τους ομαλοποιηθούν πλήρως και πιο συγκεκριμένα, μέχρις ότου χαθεί το HBsAg και εμφανιστούν τα anti-HBs επιβεβαιώνοντας την κάθαρση από τη λοίμωξη.³⁰

3.2.8. Πρόληψη Ηπατίτιδας Β

Το σημαντικότερο μέτρο πρόληψης που μπορεί να λάβει κανείς είναι ο εμβολιασμός και φυσικά η καθαριότητα. Με τον συστηματικό εμβολιασμό του πληθυσμού, η Ηπατίτιδα Β θα μειωθεί στο ελάχιστο.

Βέβαια ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί:

- Στην ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με τη φύση της νόσου, τους τρόπους μετάδοσης και τα μέτρα προφύλαξης που πρέπει να λαμβάνονται.

- Θα πρέπει να γίνεται υποχρεωτικός έλεγχος των αιμοδοτών και να αποκλείονται ως δότες άτομα με ιστορικό Ηπατίτιδας, εθισμένοι στα ναρκωτικά, άλλα άτομα υψηλού κινδύνου και όσοι υποβλήθηκαν σε μετάγγιση αίματος τους τελευταίους 6 μήνες.

- Συνιστάται επίβλεψη των περιπτώσεων που προκλήθηκαν μετά από μετάγγιση και η αναζήτηση των υπεύθυνων δοτών.

- Συνιστάται επίσης ο έλεγχος των εγκύων στους πρώτους μήνες της κύησης και επανέλεγχος στις εγκύους υψηλού κινδύνου.

- Τέλος, επιβάλλεται η αυστηρή αποστείρωση των ιατρικών εργαλείων και η χρήση εργαλείων μίας χρήσης, όπου είναι δυνατή.¹⁸

Η ανοσοπροφύλαξη μπορεί να είναι ενεργητική και παθητική.

Ο ασφαλέστερος τρόπος περιορισμού της συχνότητας της HBV λοίμωξης είναι η ενεργητική ανοσοποίησης – ανοσοπροφύλαξη. Το 1981 δημιουργήθηκε το εμβόλιο που παρασκευάστηκε από αδρανοποιημένο πλάσμα φορέως Ηπατίτιδας Β και διατέθηκε για χρήση το επόμενο έτος. Το 1986 παρασκευάστηκε το εμβόλιο με τη μέθοδο του ανασυνδυασμένου DNA και αυτό το ασφαλές και αποτελεσματικό εμβόλιο έχει χορηγηθεί μέχρι τώρα

σε περισσότερους από 1 δισεκατομμύριο ανθρώπους. Το 1991 το εμβόλιο χρησιμοποιήθηκε μόνο σε είκοσι χώρες για τον εμβολιασμό νηπίων. Τότε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας συνέστησε καθολικό εμβολιασμό βρεφών σε χώρες με επιπολασμό μεγαλύτερο του 2% και επέκταση του εμβολιασμού σε όλες τις χώρες μέχρι το 1997. Μέχρι το τέλος του 2000 το 32% των νεογνών του κόσμου είχε λάβει την τρίτη δόση του εμβολιασμού.

Το υψηλό όμως κόστος παραγωγής του και οι μειωμένες δυνατότητες καλύψεως της ζήτησεως περιόρισαν αναγκαστικά τη χρήση του στις αναπτυσσόμενες χώρες και μόνο σε ομάδες υψηλού κινδύνου.³¹

3.3 Ηπατίτιδα C

3.3.1. Ιός της Ηπατίτιδας C

Ο ιός της Ηπατίτιδας C είναι ιός μονήρους έλικας RNA με διάμετρο 50-60 nm, του οποίου το γονιδίωμα ανακαλύφθηκε πρόσφατα και περιέχει 3011 αμινοξέα και 9033 νουκλεοτίδια. Ανήκει στους flavi-ιούς, μέλη των οποίων προκαλούν και τον Κίτρινο Πυρετό.

Ο ιός HCV είναι διαδεδομένος σε πολλές χώρες. Η νόσος μεταπίπτει σε χρονιότητα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση, όπως συμβαίνει και στην Ηπατίτιδα B.²⁰

3.3.2. Τρόποι μετάδοσης Ηπατίτιδας C

Ο ιός της Ηπατίτιδας C μεταδίδεται κυρίως παρεντερικά αλλά και μη παρεντερικά.

Συνήθεις τρόποι διασποράς του ιού της Ηπατίτιδας C είναι:

α) Η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως επιδημικές διαστάσεις έχει λάβει η διασπορά του HCV στις ομάδες των τοξικομανών όπου η συντριπτική πλειοψηφία (60-80%) έχει ορολογικές ενδείξεις HCV λοίμωξης.

β) Η μεταγγιση αίματος ή παραγώγων του. Οι μεταγγίσεις αίματος και των παραγώγων του θεωρούνται σήμερα ασφαλείς αλλά όλα τα άτομα που είχαν λάβει μεταγγίσεις πριν από το 1992 θα πρέπει να ελέγχονται γιατί υπάρχει πιθανότητα να έχουν μολυνθεί από τον ιό της Ηπατίτιδας. Ο κίνδυνος

όμως εξακολουθεί να υπάρχει ακόμα και σήμερα λόγω αδυναμίας των μέχρι τώρα ανοσοενζυμικών μεθόδων να ανιχνεύσουν όλους τους δυνητικά μολυσματικούς φορείς.^{23, 32}

γ) Η αιμοκάθαρση (τεχνητός νεφρός). Η πιθανότητα μετάδοσης Ηπατίτιδας C στις μονάδες τεχνητού νεφρού έχει ελαττωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια και στο προσεχές μέλλον θα περιοριστεί ακόμα περισσότερο με τη λήψη σχολαστικότερων μέτρων προστασίας όπως η καθαριότητα και η αποστείρωση καθώς και από τον πληρέστερο έλεγχο των μεταγγίσεων.²³

δ) Το τατουάζ και τρυπήματα με βελόνα από καιμικούς με HCV ασθενείς οδηγούν στη μετάδοση του HCV σε 3-10% των περιπτώσεων.

ε) Η μεταμόσχευση μολυσμένου οργάνου (στο παρελθόν). Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων θεωρούνται σήμερα απόλυτα ασφαλείς.

στ) Η επαγγελματική έκθεση. Το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό αποτελεί ομάδα υψηλού κινδύνου για λοίμωξη από HCV.

Η μη παρεντερική μετάδοση διακρίνεται σε:

α) Γενετήσια μετάδοση. Ο κίνδυνος είναι αυξημένος ιδιαίτερα σε άτομα με πολλούς ερωτικούς συντρόφους ή με συντρόφους πάσχοντες από οξεία μη A μη B Ηπατίτιδα.

β) Ενδοοικογενειακή μετάδοση. Σημαντική ομάδα κινδύνου φαίνεται να αποτελούν οι σύζυγοι ασθενών με χρόνια ηπατική νόσο από Ηπατίτιδα C οι οποίοι έχουν αντισώματα έναντι του ιού σε ποσοστό 27%. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται με τα χρόνια της συζυγικής ζωής, ενώ δεν έχει παρατηρηθεί σε έγγαμο βίο μικρότερο των 10 ετών.³³

γ) Περιγεννητική μετάδοση. Η ανίχνευση anti-HCV αντισωμάτων στον ορό νεογνών οφείλεται συνήθως σε παθητική μεταφορά από την μητέρα και εξαφανίζονται μετά τους πρώτους μήνες.

Παρατηρείται ένας ετήσιος ρυθμός προσβολής 2-6% στους αιμορροφιλικούς και 3-6% στους αιμοδιύλιζόμενους ασθενείς (1% στο προσωπικό της μονάδας αιμοδιύλισης). Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες παρατηρείται στους χρήστες ΕΦ ναρκωτικών, οι οποίοι απαρτίζουν το 20-45% όλων των περιπτώσεων Ηπατίτιδας C.³³

3.3.3. Επιδημιολογία Ηπατίτιδας C

Η Ηπατίτιδα C αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια ηπατικής νόσου παγκοσμίως. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν περίπου 300 εκατομμύρια φορείς του ιού, 2,5 εκατομμύρια στην Ευρώπη. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι περίπου 170.000 περιπτώσεις οξείας Ηπατίτιδας C εμφανίζονται κάθε χρόνο και σε αντίθεση με την HBV λοίμωξη, το 70-80% από αυτές θα εξελιχθούν σε χρόνια Ηπατίτιδα. Επίσης 8.000-10.000 θάνατοι κάθε χρόνο οφείλονται στις χρόνιες επιπλοκές της HCV λοιμώξεως και 1.000 μεταμοσχεύσεις ήπατος εκτελούνται γι' αυτήν την ένδειξη.

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι περίπου 1-2% του γενικού πληθυσμού (100.000-200.000 άνθρωποι), έχουν χρόνια λοίμωξη από τον ιό της Ηπατίτιδας C. Η υψηλότερη συχνότητα Ηπατίτιδας C συναντάται σε άτομα ηλικίας 40-60 ετών.

Οι νέες περιπτώσεις Ηπατίτιδας C έχουν ελαττωθεί αρκετά μετά την αρχή της δεκαετίας του 1990, κυρίως λόγω του υποχρεωτικού ελέγχου του αίματος και των παραγώγων του (πλάσμα, παράγοντες της πήξης), της βελτίωσης των συνθηκών νοσηλείας στα νοσοκομεία και των σύγχρονων κανόνων αποστείρωσης.

Όμως, πολλές παλαιές περιπτώσεις Ηπατίτιδας C παραμένουν ακόμη αδιάγνωστες και οι πάσχοντες δεν το γνωρίζουν. Έτσι ο αριθμός των διαγνωσμένων ασθενών με Ηπατίτιδα C αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά εντός της επόμενης δεκαετίας με την ανεύρεση των παλαιών αυτών ασθενών.¹¹

Ένας από τους λόγους που η Ηπατίτιδα C παρέμεινε μία σκοτεινή υπόθεση μέχρι πρόσφατα είναι το γεγονός ότι πολύ συχνά είναι μία κλινικά σιωπηλή λοίμωξη. Στη συντριπτική πλειοψηφία (95%) η νόσος διαδράμει ασυμπτωματικά και μόνο 5% των περιπτώσεων αναπτύσσουν ίκτερο. Η Ηπατίτιδα C έχει χρόνο επώασης 15-160 μέρες (μέσο όρο 50) και η κλινική της εικόνα δε διαφέρει από αυτήν της Ηπατίτιδας B, έτσι ώστε μία σαφής διάκριση ανάμεσα στους τύπους ιογενούς Ηπατίτιδας δεν μπορεί να γίνει με βάση μόνο τα κλινικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά. Πάντως η κεραυνοβόλος πορεία θεωρείται σπανιότερη στην Ηπατίτιδα C.

Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της πορείας της HCV λοίμωξης είναι η συχνή και ασυμπτωματική μετάπτωση σε χρονιότητα (60-80% των περιπτώσεων), έτσι ώστε η αναγνώρισή της να συμβαίνει τις περισσότερες φορές σε τυχαίο ορολογικό έλεγχο, συνήθως στα πλαίσια αιμοδοσίας, ή μόνο όταν εμφανιστούν οι επιπλοκές, ηπατικές ή εξωηπατικές. Το επίπεδο των τρανσαμινασών δεν σχετίζεται με τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου και υπάρχουν ασθενείς με φυσιολογικές τρανσαμινάσες που έχουν σημαντικού βαθμού ίνωση στη βιοψία ήπατος.

10-20% των χρονίως πασχόντων αναπτύσσουν κίρρωση μέσα στην πρώτη ή δεύτερη δεκαετία της HCV λοίμωξης. Ιδίως επιρρεπείς σε αυτήν την εξέλιξη φαίνεται να είναι οι άνδρες >50 ετών και όσοι καταναλώνουν σημαντικές ποσότητες αλκοόλ. Επίσης, η ιστολογική βλάβη επιταχύνεται από τη σύγχρονη λοίμωξη με τον ιό της Ηπατίτιδας Β και τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV).²⁴

3.3.4. Κλινική εικόνα Ηπατίτιδας C

Ο χρόνος επώασης του ιού της οξείας Ηπατίτιδας C είναι από 15 έως 160 ημέρες. Μετά την έκθεση στον ιό, σε χρονικό διάστημα οκτώ περίπου εβδομάδων εγκαθίσταται η οξεία νόσος, η οποία στο 5% των ασθενών συνοδεύεται από ίκτερο και μέτρια αύξηση των τρανσαμινασών ενώ στο 75% των περιπτώσεων η νόσος δεν παρουσιάζει συμπτώματα, οπότε και δεν αναγνωρίζεται. Γενικά, η κλινική και η εργαστηριακή εικόνα της Ηπατίτιδας C είναι ήπια. Στο πρόδρομο στάδιο εκδηλώνονται μη ειδικά συμπτώματα, κυρίως, από το γαστρεντερικό ενώ μετά την εισβολή του ίκτερου τα παραπάνω συμπτώματα περιορίζονται και ο ασθενής αναρρώνει.³⁴

3.3.5. Διάγνωση Ηπατίτιδας C

Η διάγνωση γίνεται με την ανεύρεση αντισωμάτων κατά του ιού anti-HCV με τη χρήση ανοσοενζυμικών μεθόδων.²⁰

Ο έλεγχος για την ανίχνευση των αντισωμάτων γίνεται με τις τεχνικές ELISA και RIBA. Με τη χρήση των τεχνικών αυτών ανευρίσκονται αντισώματα στο αίμα του ασθενούς τα οποία ο οργανισμός παράγει εναντίον του ιού της Ηπατίτιδας C. Η εμφάνιση anti-HCV με τη σύγχρονη ανοσολογική δοκιμασία ELISA μπορεί να διαπιστωθεί από τη 10^η – 12^η εβδομάδα και μέχρι 9-10

μήνες μετά από τη στιγμή της έκθεσης. Η παρουσία anti-HCV δεν είναι ενδεικτική ούτε του επιπέδου πολλαπλασιασμού του ιού, ούτε από μόνη της, για το τι συμβαίνει στο ήπαρ. Παρά το ότι η σύγχρονη δοκιμασία μπορεί να βοηθάει στη μείωση της επίπτωσης Ηπατίτιδας από μετάγγιση – σήμερα η επίπτωση είναι 4-7% - σύντομα θα διατίθεται περισσότερο εξειδικευμένο αντίσωμα και ίσως δοκιμασία ανίχνευσης αντιγόνου.

Χρησιμοποιώντας τη μέθοδο PCR (αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης) καθίσταται δυνατός ο έλεγχος για το ριβονουκλεϊκό οξύ του ιού (HCV RNA) ή για το ιικό φορτίο καθώς και για διάφορους υπότυπους του ιού (γονότυπους). Έτσι με τον έλεγχο αυτό μπορούμε να γνωρίζουμε εάν ο ιός είναι παρών στο αίμα καθώς και την ποσότητα αυτού.¹⁵

Στις εξετάσεις για Ηπατίτιδα C πρέπει να υποβάλλονται οι παρακάτω ομάδες:

- Όσοι έχουν αυξημένες τιμές ενζύμων του ήπατος (τρανσαμινάσες)
- Πρώην και ενεργοί χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών
- Όσοι έχουν υποβληθεί σε μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων του ή μεταμόσχευση οργάνου πριν από το 1992
- Όσοι υποβάλλονται σε τεχνητό νεφρό
- Όσοι εκτέθηκαν παρεντερικά σε δυνητικά μολυσμένα ιατρικά εργαλεία
- Ερωτικοί σύντροφοι ατόμων με Ηπατίτιδα C
- Άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους
- Παιδιά μητέρων με Ηπατίτιδα C
- Ασθενείς με χρόνια Ηπατίτιδα C, λοίμωξης με τον HIV ή ηπατική νόσο από κατάχρηση οινόπνεύματος

3.3.6. Πρόγνωση Ηπατίτιδας C

Η κλινική πορεία και εξέλιξη της HCV λοιμώξεως ποικίλει ευρέως μεταξύ τυπικής οξείας Ηπατίτιδας και μίας 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 τη διάρκεια των πρώτων 20 χρόνων. Εξάλλου, σε ένα μεγάλο αριθμό ασθενών θα εμφανιστούν επιπλοκές τελικού σταδίου

χρόνιας ηπατοπάθειας όπως εκδηλώσεις ηπατικής ανεπάρκειας, πυλαίας υπερτάσεως και ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Τέλος, η κεραυνοβόλος Ηπατίτιδα σπάνια παρατηρείται μετά από μόλυνση HCV.³⁵

3.3.7. Θεραπεία Ηπατίτιδας C

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της οξείας HCV λοίμωξης είναι υποστηρικτική και μη ειδική, και αποσκοπεί στη μείωση της πιθανότητας μεταπτώσεως σε χρόνια HCV λοίμωξη. Μία σημαντική ιδιαιτερότητα της οξείας HCV είναι ότι δεν διαγιγνώσκεται συχνά αφού είναι ασυμπτωματική στο 80% των περιπτώσεων. Έτσι, υποψήφιοι για θεραπευτική παρέμβαση είναι μόνο οι ασθενείς με οξεία κλινική Ηπατίτιδα C ή όσοι έχουν πρόσφατη γνωστή παρεντερική έκθεση σε αίμα ή μολυσμένα βιολογικά υλικά φορέων του HCV (για παράδειγμα, τρύπημα με βελόνα που έχει χρησιμοποιηθεί σε αιμοληψία HCV θετικού ασθενούς).

Η χορήγηση των INF-α και INF-β στην οξεία Ηπατίτιδα C είναι ασφαλής και αποτελεσματική, ανεξάρτητα από τα επίπεδα της χολερυθρίνης και των αμινοτρανσφερασών αφού δεν προκαλεί παρόξυνση των τιμών τους. Η ανταπόκριση στη θεραπεία είναι καλύτερη σε ασθενείς με χαμηλά επίπεδα ιαιμίας, ενώ ανεξάρτητη από το γονότυπο του HCV.³⁴

Η δίαιτα που είναι πτωχή σε λίπος και πλούσια σε υδαάνθρακες είναι η πιο κατάλληλη γι' αυτούς τους ανορεκτικούς ασθενείς που φαίνεται ότι ανέχονται λιγότερο τις λιπαρές τροφές απ' ό,τι οι φυσιολογικοί ασθενείς. Γενικά ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται, να προσλαμβάνει πολλά υγρά και θερμίδες και να σιτίζεται με οποιαδήποτε τροφή της αρεσκείας του. Οι ασθενείς συνήθως τροποποιούν τη δίαιτά τους σύμφωνα με τις προτιμήσεις τους, οι οποίες αρκετά συχνά είναι διαφορετικές από τις συνήθεις προτιμήσεις τους, μέχρις ότου η ανάρρωση επιτευχθεί πλήρως.³⁶

3.3.8. Πρόληψη Ηπατίτιδας C

Στην Ηπατίτιδα C δεν τίθεται θέμα εμβολιασμών ως πολιτική πρόληψης καθόσον το εμβόλιο βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο, λόγω της ευρύτατης γενετικής ετερογένειας του ιού. Το πρόβλημα θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με τακτικούς ελέγχους στο σύνολο του πληθυσμού.

Άλλος τρόπος πρόληψης είναι η επιμόρφωση του πληθυσμού για τους κινδύνους που υφίστανται. Επιπλέον, συνιστάται η συνεχής εκπαίδευση και αγωγή υγείας ειδικότερα των νεαρών ατόμων για υιοθέτηση υγιούς τρόπου ζωής και τη λήψη των αναγκαίων προληπτικών μέτρων. Έτσι, θα ελαχιστοποιηθούν οι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση αυτών των λοιμώξεων.³⁷

Συγκεκριμένα:

- Πρέπει να εφαρμόζονται όλα τα προληπτικά μέτρα, που ισχύουν και για την Ηπατίτιδα Β
 - Ιδιαίτερη σημασία έχει η πληροφόρηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για τον κίνδυνο μετάδοσης και τα μέτρα πρόληψης που πρέπει αυτοί οι εργαζόμενοι να λαμβάνουν για τα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα, συμπεριλαμβανομένης και της Ηπατίτιδας C
 - Θεωρείται επίσης σκόπιμη η λήψη μέτρων για την αποφυγή της σεξουαλικής μετάδοσης της HCV. Ιδιαίτερη προσπάθεια πρέπει να καταβληθεί για την εφαρμογή προγραμμάτων αποφυγής διασποράς του HCV δια της παρεντερικής οδού ιατρογενώς καθώς και μεταξύ των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών
 - Η προφυλακτική χρήση ανοσοσφαιρίνης IG μετά από έκθεση στον ιό, δεν συνιστάται
 - Η θεραπεία με interferon alfa – 2b έχει σημαντικά οφέλη για τους ασθενείς σε ποσοστό >25% των περιπτώσεων με χρόνια Ηπατίτιδα C. Η συνοδός μείωση του ήλικου φορτίου περιορίζει και τη μολυσματικότητα των ασθενών.³⁵

3.4 Ηπατίτιδα D

3.4.1. Ορισμός της Ηπατίτιδας D

Η Ηπατίτιδα D οφείλεται στον ιό HDV, ο οποίος για να πολλαπλασιαστεί απαιτεί τη βοηθητική δράση του HBV. Έχει διάμετρο 36nm, πυρήνα από μονή έλικα RNA, περιβάλλεται από HDAg αντιγόνο και καλύπτεται από HbsAg, δηλαδή καλύπτεται από το s αντιγόνο του ιού HBV. Ο χρόνος επώασης είναι από 30-180 ημέρες.²⁸

3.4.2. Τρόποι μετάδοσης Ηπατίτιδας D

Ο ιός D μεταδίδεται όπως και ο ιός HBV, δηλαδή με το αίμα, με τα κολπικά υγρά, από την νοσούσα μητέρα στο παιδί και με την μετάγγιση με μολυσμένο αίμα. Συνήθως παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και στις ομάδες υψηλού κινδύνου του ιού B.²⁰

3.4.3. Επιδημιολογία Ηπατίτιδας D

Η Ηπατίτιδα D έχει παγκόσμια κατανομή, ενδημεί στη Νότια και Νοτιοανατολική Ευρώπη, στη Μέση Ανατολή, στις Ινδίες, στη Νοτιοανατολική Ασία, στη Νότια Αμερική και σε ορισμένες περιοχές της Αφρικής. Τα τελευταία χρόνια με τον αποτελεσματικό έλεγχο της HBV λοίμωξης, ο επιπολασμός της Ηπατίτιδας D, τουλάχιστον στην Ιταλία, έχει ελαττωθεί. Στην Ελλάδα βρέθηκε επιλοίμωξη με HDV στο 2,4% φορέων του HBsAg.²⁸

Η κατανομή της Ηπατίτιδας D είναι παγκόσμια, αλλά η επίπτωση της ποικίλλει σημαντικά, ακόμη και μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών εντός των ίδιων ή γειτονικών γεωγραφικών περιοχών. Όπως θα μπορούσε κανείς να υποπτευθεί η επίπτωση της Ηπατίτιδας D τείνει να ακολουθεί αυτήν της Ηπατίτιδας B και η μετάδοση επιτελείται συνήθως με παρόμοιους μηχανισμούς μολονότι υπάρχουν εξαιρέσεις. Έτσι, στο Δυτικό κόσμο 33-66% των θετικών με Ηπατίτιδα B, χρηστών ΕΦ ναρκωτικών είναι επίσης θετικοί σε αντισώματα προς τον ιό δέλτα, εντούτοις οι άρρενες ομοφυλόφιλοι οι οποίοι παρουσιάζουν επίσης υψηλή επίπτωση Ηπατίτιδας B, δεν παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση αντισωμάτων έναντι του παράγοντα δέλτα. Στην Άνω Ανατολή όπου 5-20% του πληθυσμού φέρει Ηπατίτιδα B, επιλοίμωξη από

δέλτα είναι ασυνήθης (μόνο 5% στην Ταϊβάν). Όταν ο παράγοντας δέλτα εισαχθεί σε μία ευπαθή κοινότητα (π.χ. πληθυσμό χρηστών ΕΦ ναρκωτικών με μη προηγούμενη έκθεση), διασπείρεται και μπορεί να καταστεί επιδημικός. Σε περιοχές όπου η Ηπατίτιδα D είναι ενδημική, η μετάδοση προφανώς επιτυγχάνεται από στενή επαφή καθώς επίσης και από παρεντερική έκθεση.²⁸

3.4.4. Κλινική εικόνα Ηπατίτιδας D

Η οξεία λοίμωξη με HDV έχει τον ίδιο χαρακτήρα με την οξεία Ηπατίτιδα Β και συνήθως υποχωρεί. Η επιλοίμωξη D σε ένα φορέα του HbsAg μπορεί να προκαλέσει σοβαρή, ακόμη και κεραυνοβόλο, Ηπατίτιδα όπως επίσης και μία απλή τρανσαμινασαιμία και πιθανόν να παρουσιαστεί ίκτερος.⁷

3.4.5. Διάγνωση Ηπατίτιδας D

Η ανεύρεση του IgM anti-D και του IgM anti-HBc ταυτόχρονα είναι επιβεβαιωτική της συλλοίμωξης. Το IgM anti-D εμφανίζεται μέσα σε μία εβδομάδα και εξαφανίζεται σε έξι εβδομάδες και στη συνέχεια ανιχνεύεται εκ νέου. Στην επιλοίμωξη παρατηρείται ενεργοποίηση φορέων της Β, οι οποίοι μπορεί για αρκετό διάστημα να βρίσκονταν σε φάση ηρεμίας. Η διάγνωση θα γίνει από την ταυτόχρονη ανεύρεση του IgM anti-D και του IgG anti-HBc.²⁰

3.4.6. Πρόγνωση Ηπατίτιδας D

Η πρόγνωση δεν είναι καλή. Οι φορείς της Ηπατίτιδας D εμφανίζουν υψηλή θνησιμότητα. Σε πολλές πρόσφατες επιδημίες οξείας ταυτόχρονης HBV και HDV λοίμωξης, ανάμεσα σε τοξικομανείς, η θνητότητα ανέρχεται στο 5%.³⁸

3.4.7. Θεραπεία Ηπατίτιδας D

Δυστυχώς ειδική θεραπεία για την Ηπατίτιδα D δεν έχει βρεθεί και η αντιμετώπισή της είναι συμπτωματική. Η χορήγηση ιντερφερόνης μπορεί να προκαλέσει κάποια ύφεση, συνήθως όμως παρατηρείται υποτροπή μετά τη διακοπή της. Συνιστάται στον πάσχοντα ανάπαυση και καλή διατροφή.⁴²

3.4.8. Πρόληψη Ηπατίτιδας D

Τέλος, η λοίμωξη με παράγοντα Ηπατίτιδας D μπορεί να προληφθεί με εμβολιασμό ευάλωτων ατόμων με το εμβόλιο της Ηπατίτιδας B. Κανένα προϊόν δεν είναι διαθέσιμο για ανοσοπροφύλαξη προς πρόληψη της υπερλοίμωξης HDV στους HBsAg φορείς. Γι' αυτούς συνιστώνται η αποφυγή διαδερμικών εκθέσεων και περιορισμός στενής επαφής με άτομα που έχουν λοίμωξη HDV.³⁹

3.5 Ηπατίτιδα E

3.5.1. Ιός Ηπατίτιδας E

Πρόκειται για μία μορφή Ηπατίτιδας για την οποία είναι υπεύθυνος ο ιός E (HEV), ένας RNA ιός διπλής αλυσίδας, διαμέτρου 27-34 nm που ανήκει στην οικογένεια των Caliciviridae. Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 14-60 ημέρες. Ο ιός αυτός προκαλεί μόνο οξεία Ηπατίτιδα που μοιάζει κλινικά με την οξεία Ηπατίτιδα A.²²

3.5.2. Τρόποι μετάδοσης Ηπατίτιδας E

Ο ιός της Ηπατίτιδας E μεταδίδεται συνήθως με τη στοματοεντερική οδό από μολυσμένο νερό ή μολυσμένα τρόφιμα και προκαλεί μόνο οξεία Ηπατίτιδα που μοιάζει κλινικά με την οξεία Ηπατίτιδα A. Καθότι ο ιός HEV έχει πολλές φορές εντοπιστεί σε ζώα στην Ασία και στην Αμερική, αυτό ίσως αποτελεί ένδειξη πως πρόκειται για ζωνόσο.²³

3.5.3. Επιδημιολογία Ηπατίτιδας E

Ο χρόνος επώασης του ιού είναι 14-60 ημέρες (2-8 εβδομάδες). Σε αρκετές αναπτυσσόμενες χώρες >50% των κρουσμάτων οξείας ιογενούς Ηπατίτιδας συνδέονται με λοίμωξη από Ηπατίτιδα E. Το μολυσμένο νερό έχει συχνά ενοχοποιηθεί σαν πηγή λοίμωξης και έχουν ανακοινωθεί επιδημίες σε Ινδία, Νεπάλ, Μπούρμα, Πακιστάν, Μεξικό, Σομαλία, Αλγερία, Ακτή

Ελεφαντοστού και Ρωσία. Οι επιδημίες χαρακτηρίζονται από υψηλή θνητότητα επί εγκύων γυναικών και η νόσος προσβάλλει πρωταρχικά νέους και προς μέσης ηλικίας ενήλικες.²³

3.5.4. Κλινική εικόνα Ηπατίτιδας Ε

Η Ηπατίτιδα Ε παρουσιάζει την ίδια κλινική εικόνα με την Ηπατίτιδα Α. Συνήθως παρουσιάζεται ίκτερος, εντερίτιδα και ιαιμία.²²

3.5.5. Διάγνωση Ηπατίτιδας Ε

Άτομα μολυσμένα με τον ιό της Ηπατίτιδας Ε παράγουν αντισώματα anti-HEV που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη διάγνωση. Δοκιμές για την ορολογική εξακρίβωση για τη μόλυνση από τον ιό HEV θα μπορέσουν να είναι διαθέσιμες στο κοντινό μέλλον.²⁵

3.5.6. Πρόγνωση Ηπατίτιδας Ε

Η θνητότητα στο γενικό πληθυσμό είναι 1-2% (0,1% της Ηπατίτιδας Α) και 10-20% επί εγκύων γυναικών (0,1-0,2% επί Ηπατίτιδας Α).⁹

3.5.7. Θεραπεία Ηπατίτιδας Ε

Πρόκειται για αυτοπεριοριζόμενη νόσο που όμως χαρακτηρίζεται από υψηλή θνητότητα (10-20%) στις εγκύους, καθώς προκαλεί κεραυνοβόλο Ηπατίτιδα. Δεν υπάρχει κατάσταση φορέας και δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση.²⁵

3.5.8. Πρόληψη Ηπατίτιδας Ε

Στην πρόληψη της HEV λοίμωξης σημαντικό και ουσιώδη ρόλο κατέχει η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και των συστημάτων ύδρευσης και αποχέτευσης. Δεν υπάρχει κατάλληλο εμβόλιο.⁶

3.6. Ηπατίτιδα F

Η Ηπατίτιδα F οφείλεται στον ιό HFV ένα toga-ιό και είναι αιτία κεραυνοβόλων σποραδικών κρουσμάτων, τα οποία παλαιότερα αποδίδονταν στον παράγοντα non-A, non-B.²⁰

3.7. Ηπατίτιδα G

3.7.1. Ιός της Ηπατίτιδας

Εντατικές προσπάθειες με τη χρησιμοποίηση των νεότερων μεθόδων μοριακής βιολογίας αποκάλυψαν την ύπαρξη του ιού της Ηπατίτιδας G. Η Ηπατίτιδα G οφείλεται στον ιό HGV, ο οποίος προκαλεί σποραδικά κρούσματα Ηπατίτιδας και χαρακτηρίζεται από μεγάλα ηπατικά κύτταρα με συγκύτια. Είναι ένας RNA ιός της ομάδας flaviniviridae μονής αλυσίδας. Προκαλεί πολύ ήπια οξεία Ηπατίτιδα.¹²

3.7.2. Τρόποι μετάδοσης HGV

Ο ιός HGV μεταδίδεται παρεντερικά, γι' αυτό βρίσκεται σε υψηλή συχνότητα στα άτομα υψηλού κινδύνου παρεντερικής εκθέσεως σε αίμα και προϊόντα αίματος (τοξικομανείς, αιμορροφιλικοί, πολυμεταγγιζόμενοι, αιμοκαθαιρόμενοι κ.τ.λ.). Είναι επόμενο να συνυπάρχει συχνά με λοιμώξεις με τους άλλους ιούς Ηπατίτιδας (B, C) που έχουν τον ίδιο τρόπο μετάδοσης. Λόγω του χαμηλού τίτλου ιαιμίας φαίνεται ότι ο ιός δεν μεταδίδεται εύκολα με τη σεξουαλική επαφή. Πιστεύεται όμως ότι είναι δυνατή η κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο έμβρυο και στο νεογνό.¹¹

3.7.3. Κλινική εικόνα Ηπατίτιδας G

Έχουν περιγραφεί περιπτώσεις οξείας κεραυνοβόλου Ηπατίτιδας, καθώς και απλαστικής αναιμίας ως επιπλοκές της οξείας Ηπατίτιδας που αποδίδονται σε μεταλλαγές του HGV. Η κλινική του σημασία δεν έχει όμως ακόμη πλήρως διευκρινισθεί. Η προκαλούμενη ιαιμία αποκαλύπτεται με την

ανίχνευση του HGV RNA με την τεχνική της αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης.¹¹

3.7.4. Διάγνωση Ηπατίτιδας G

Η διάγνωση γίνεται με PCR και ορολογικά με το anti-HGV E₂. Πιθανώς να προκαλεί συλλοιμώσεις με τον ιό C.²⁸ Ωστόσο, δεν φαίνεται να οδηγεί σε σημαντική ηπατική νόσο, ούτε να επηρεάζει την ανταπόκριση των ασθενών με χρόνια Ηπατίτιδα Β ή C στην αντιϊκή θεραπεία. Δεν συνιστάται έλεγχος ρουτίνας γιατί δεν υπάρχει αντιμετώπιση.⁴⁰

3.7.5. Πρόληψη Ηπατίτιδας G

Εφαρμογή γενικών μέτρων αποφυγής των παρεντερικών μεταδιδόμενων ιώσεων. Δεν συνιστάται 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.²³

3.7.6. Μέθοδος PCR

Πρόκειται για τόσο ευαίσθητη μέθοδο που μπορεί να εντοπίσει ακόμα και μόνο 50 ιικά σωματίδια ανά χιλιοστόλιτρο αίματος. Η συγκεκριμένη μέθοδος χρησιμοποιείται επίσης για τον καθορισμό του υποτύπου (γονοτύπου) του ιού της Ηπατίτιδας C, κάτι που είναι πολύ σημαντικό καθώς οι διάφοροι υπότυποι αντιδρούν διαφορετικά στη θεραπεία.²³

3.8. Οξεία Ιογενής Ηπατίτιδα τύπου TTV (Tranfusion – Transmitted Virus)

Ο TTV ανακαλύφθηκε το 1997, είναι DNA ιός μονής αλύσεως με πολλούς γονότυπους που τελευταία συνδέεται με τις μεταγγίσεις αίματος σε παιδιά. Ο ιός μεταδίδεται τόσο κάθετα όσο και οριζόντια και η συχνότητα της μετάδοσης σε παιδική ηλικία αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Συχνά, επιμολύνει παιδιά με Ηπατίτιδα Β και C αλλά δεν φαίνεται να αλλάζει τη

φυσική πορεία των λοιμώξεων αυτών. Η διάγνωση γίνεται σε ερευνητικό επίπεδο με TTV DNA, με τη μέθοδο PCR.⁴⁰

3.9. Οξεία Ιογενής Ηπατίτιδα τύπου Sen Virus

Ο Sen Virus ανακαλύφθηκε το 2002 και αποτελείται από μονής αλύσεως DNA, με μεγάλη γονοτυπική ομοιότητα με τον TTV, ενώ έχουν εμφανιστεί δύο τύποι, ο SENV-D και ο SENV-H. Μεταδίδεται παρεντερικά και κάθετα και έχει βρεθεί ότι υψηλό ποσοστό του πληθυσμού είναι φορείς. Το κατά πόσο ο ιός αυτός είναι παθογόνος δεν έχει διευκρινισθεί. Δεν φαίνεται ότι προκαλεί χρόνια φορεία γιατί έχουν αναφερθεί υψηλά ποσοστά αυτόματης κάθαρσης του ιού σε μολυσμένους ασθενείς.⁴⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΧΡΟΝΙΕΣ ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ

ΧΡΟΝΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ Β

ΧΡΟΝΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ C

ΧΡΟΝΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ ΤΥΠΟΥ D

4.1 Χρόνιες Ιογενείς Ηπατίτιδες

Ως χρόνιες Ηπατίτιδες χαρακτηρίζονται αυτές που η διάρκειά τους εκτείνεται πέραν του εξαμήνου. Σε χρόνιες Ηπατίτιδες συνήθως μεταπίπτουν οι ιοί Β, C και D πάντοτε σε συνδυασμό με τον Β.

Χρόνια Ηπατίτιδα αναπτύσσεται στους ασθενείς που δεν κατορθώνουν να αποβάλλουν τον ιό κατά τη φάση της οξείας Ηπατίτιδας. Οι ασθενείς με χρόνια Ηπατίτιδα δεν έχουν κανένα απολύτως σύμπτωμα, παρόλα αυτά, όμως, η χρόνια Ηπατίτιδα συχνά εξακολουθεί να προκαλεί ερεθισμό και να καταστρέφει το ήπαρ. Έτσι, ένα ποσοστό των ασθενών με χρόνια Ηπατίτιδα αναπτύσσει κίρρωση, που σημαίνει καταστροφή της δομής του ήπατος. Οι ασθενείς με κίρρωση μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί στα πρώτα στάδια της κίρρωσης, αλλά η ηπατική νόσος προοδευτικά επιβαρύνεται και μπορεί να εμφανισθούν ασκίτης (υγρό στην κοιλιά), αιμορραγία από φλέβες (κίρσους) του οισοφάγου, εγκεφαλοπάθεια ή ίκτερος. Όλοι οι ασθενείς με κίρρωση έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο ήπατος.

Η ταξινόμηση της χρόνιας Ηπατίτιδας ιστολογικά έχει ως εξής:

4.1.1. Χρόνια επιμένουσα

Ιστορικά η χρόνια επιμένουσα Ηπατίτιδα (CPH) θεωρείται καλοήθης. Οι ασθενείς είναι σχεδόν πάντοτε ασυμπτωματικοί, σπανίως παρουσιάζουν φυσικά ευρήματα ηπατικής νόσου (ίκτερο, αραχνοειδείς ευραγγείες, παλαμιαίο ερύθημα, σπληνομεγαλία) και αναπτύσσουν ήπια μόνο άνοδο των τρανσαμινασών του ορού (1,5-5πλάσιο). Η αλκαλική φωσφατάση είναι φυσιολογική έως ελάχιστα αυξημένη (1-2πλάσιο). Η συνθετική λειτουργία (λευκωματίνη, χρόνος προθρομβίνης) και η γ-σφαιρίνη είναι συνήθως φυσιολογικές.

Η βιοψία ήπατος αποκαλύπτει μικρή ή ουδεμία κυτταρική νέκρωση, μολονότι δυνατόν να παρατηρηθούν εστιακές περιοχές διαρροής ή νέκρωσης κυττάρων. Συχνά παρατηρείται έντονη πυλαία διήθηση από μονοπύρηννα κύτταρα ενώ η ίνωση είναι μικρή ή απουσιάζει.

Μολονότι η νόσος υποχωρεί αυτομάτως μόνο σε λίγους ασθενείς, η CPH σπανίως εξελίσσεται σε κίρρωση ή ηπατική ανεπάρκεια. Επειδή δεν

απαιτείται ειδική θεραπεία, η βιοψία ήπατος θεωρείται απαραίτητη για τον καθορισμό της μορφής της χρόνιας Ηπατίτιδας. Η θεραπεία της CRH συνιστάται στη διαβεβαίωση του ασθενούς για την καλοήγη πορεία της νόσου και τον ετήσιο έλεγχο για ενδεχόμενες αλλαγές. Επανάληψη της βιοψίας ενδείκνυται μόνο εάν υπάρξουν σημαντικές αλλαγές στην πορεία της νόσου.⁴¹

4.1.2. Χρόνια ενεργός Ηπατίτιδα

Χρόνια ενεργός Ηπατίτιδα: χαρακτηρίζεται από έντονη φλεγμονώδη διήθηση από μονοπύρρηνα (λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα) των πυλαίων διαστημάτων, προκαλούν επίσης ρήξη του αφοριστικού πέταλου των ηπατοκυττάρων, διαθρωτική νέκρωση με επέκταση της φλεγμονής εντός του ηπατικού λοβίου. Η χρόνια ενεργός Ηπατίτιδα διακρίνεται σε δύο τύπους, την ήπια με ήπιου διαθρωτική νέκρωση και σε βαριά που χαρακτηρίζεται από την παρουσία σοβαρού βαθμού διαθρωτικής νέκρωσης και από την ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού είτε μεταξύ πυλαίου διαστήματος και κεντρικής φλέβας.

Κυμαίνεται από ασυμπτωματική έως εκσεσημασμένη αδυναμία, ανορεξία, απώλεια βάρους με σημεία χρόνιας ηπατοπάθειας (ίκτερο, ασκίτη, ηπατομεγαλία, πυρετό, αρθραλγίες). Η ηπατική βιοψία είναι διαγνωστική. Σε ποσοστό 70% διαπιστώνεται παρουσία αντισωμάτων λείων μυϊκών ινών.⁴²

4.1.3. Χρόνια λοβώδης Ηπατίτιδα

Χρόνια λοβώδης Ηπατίτιδα: χαρακτηρίζεται από ενδολοβιακή φλεγμονώδη διήθηση και νέκρωση, που παρατηρούνται και στην οξεία Ηπατίτιδα. Συνήθως είναι αποτέλεσμα των ιών Β και C. Κατά κανόνα δεν εξελίσσεται σε κίρρωση.⁴²

4.1.4. Χρόνια Ηπατίτιδα Β

Ο ιός Β (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 μία πολύ μικρή ηπατική βλάβη, και ο ιός συνεχίζει να πολλαπλασιάζεται, παρουσία μίας 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.^{10, 35}

Συνήθως, προσβάλλει πιο συχνά τους άντρες και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχει ιστορικό οξείας Ηπατίτιδας. Είναι ασυμπτωματική 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 φωσφατάσης, της γ-GT και πιθανώς της χολερυθρίνης. Σε προχωρημένες καταστάσεις παρατηρούνται αύξηση των γ-σφαιρινών και ελάττωση των λευκωματινών. Το ΗBeAg και το HBV-DNA είναι θετικά.

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.

Εγκεκριμένες μορφές θεραπείας για ΗBeAg-θετική χρόνια Ηπατίτιδα Β, είναι η ιντερφερόνη-άλφα (INF-a), η λαμβουοντίνη και η διπιβαλική αντεφοβίρη. Στην επιλογή χορηγήσεως INF-a ή λαμβουοντίνης πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και η επιθυμία του ασθενούς, ο οποίος πρώτα πρέπει να ενημερώνεται για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των φαρμάκων.

Επίσης, κατά τη 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.^{43, 44}

4.1.5. Χρόνια Ηπατίτιδα C

Οι ασθενείς με οξεία Ηπατίτιδα C αναπτύσσουν τουλάχιστον σε ποσοστό 80% χρόνια Ηπατίτιδα. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί, παρόλα αυτά, εμφανίζονται κάποια συμπτώματα τα οποία είναι υποκειμενικά και είναι υπαρκτά ακόμα και σε προχωρημένες καταστάσεις.^{9, 10}

Όσον αφορά στα εργαστηριακά ευρήματα, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές από αυτά της Ηπατίτιδας B. Τα επίπεδα των τρανσαμινασών εμφανίζουν συχνότερα διακυμάνσεις και γενικά είναι χαμηλότερα απ' ό,τι στην Ηπατίτιδα B.¹³

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 πολυμεράσης. Ιδιαίτερα ευπαθείς είναι οι άντρες, οι ασθενείς που πίνουν περισσότερο από 50 gr αλκοόλ την ημέρα και πιθανώς αυτοί που απέκτησαν τη νόσο μετά την ηλικία των 40 ετών.⁹

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

Η θεραπεία συνιστάται αναμφίβολα για όσους ασθενείς έχουν χρόνια Ηπατίτιδα C και αυξημένο κίνδυνο εξελίξεως 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.³⁷

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.^{44, 45}

4.1.6. Χρόνια Ηπατίτιδα D

Στη χρόνια HDV λοίμωξη το 70% των ασθενών καταλήγει σε κίρρωση του ήπατος. Στόχοι της θεραπείας είναι η υποχώρηση των συμπτωμάτων του ασθενούς, η βελτίωση της ιστολογικής εικόνας του ήπατος και η μείωση του ιικού πολλαπλασιασμού. Για τη θεραπεία της χρόνιας Ηπατίτιδας D, έχει αποδεχθεί πως η χορήγηση INF-a 5 MU καθημερινά ή 9 MU 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.⁴⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ
ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ**

5.1 Οι πιο διαδεδομένες μορφές ηπατίτιδας στη δημόσια υγεία

Η Ηπατίτιδα είναι από τις μεγαλύτερες μάστιγες της δημόσιας υγείας. Έχει υπολογιστεί σε παγκόσμιο επίπεδο ότι 1 στους 12 συνανθρώπους μας έχουν προσβληθεί από τον ιό της Ηπατίτιδας A, B ή C, ποσοστό πολύ υψηλότερο από αυτό των φορέων του HIV/AIDS ή των συνολικά πασχόντων από καρκίνο κάθε μορφής. Δυστυχώς όμως και αυτό το μεγάλο ποσοστό δεν λέει όλη την «αλήθεια». Πιστεύεται ότι ο αριθμός των κρουσμάτων είναι μεγαλύτερος και ότι τα συμπτώματα δεν γίνονται αντιληπτά, υπάρχει αδιαφορία, δεν υπάρχει διάγνωση και επομένως ούτε και θεραπεία. Συγκεκριμένα ο αριθμός που έχει προσβληθεί από τη νόσο όλο και αυξάνεται δραματικά παγκοσμίως. Στην Ελλάδα οι ειδικοί του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) υπολογίζουν ότι 300.000 άνθρωποι είναι φορείς της Ηπατίτιδας B και 150.000 φορείς της Ηπατίτιδας C.⁴⁷

Επίσης, πρόσφατοι υπολογισμοί στη Γαλλία και στις ΗΠΑ προβλέπουν αύξηση κατά 61% των περιπτώσεων κίρρωσης και 68% των περιπτώσεων ηπατοκυτταρικού καρκίνου, ενώ αντίστοιχη μελέτη στην Ελλάδα υπολόγισε ότι θα έχουμε αύξηση κατά 21% των κίρρωτικών ασθενών και κατά 30% των περιστατικών πρωτοπαθούς καρκίνου του ήπατος σε χρόνια Ηπατίτιδα C.

Έλεγχο για Ηπατίτιδα A, B και C χρειάζονται οι συγγενείς των φορέων και όσοι έρχονται σε στενή επαφή μαζί τους. Παράλληλα, υπάρχει σημαντική αύξηση των περιπτώσεων Ηπατίτιδας B σε εγκύους ιδιαίτερα σε πληθυσμούς οικονομικών μεταναστών που ζουν και εργάζονται στη χώρα μας. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το ότι η μετάδοση της Ηπατίτιδας B στο νεογνό από τη θετική μητέρα είναι ιδιαίτερα υψηλή εάν δεν ληφθούν άμεσα μετά τον τοκετό τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης καθιστούν τον έλεγχο όλων των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας καθώς και τον εμβολιασμό των οροαρνητικών εξ αυτών απαραίτητο προκειμένου να διαφυλάξουν τόσο την μελλοντική υγεία τους όσο και τα λοιπά μέλη της οικογενείας τους. Επίσης, λόγω της υψηλής διασποράς της Ηπατίτιδας B μέσα στην οικογένεια πολύ συχνά με την ανακάλυψη ενός θετικού ατόμου ανακαλύπτονται και άλλα θετικά και επί χρόνια ασυμπτωματικά άτομα (γονείς,

σύζυγοι, αδέρφια) που χρήζουν ειδικού ελέγχου, παρακολούθησης και πιθανόν αντιμετώπισης.

Η Ηπατίτιδα Β συνδέεται με το 75% των κρουσμάτων όλων των τύπων της Ηπατίτιδας εξ ου και αποτελεί τον πιο διαδεδομένο τύπο της. Μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες στο ήπαρ και να οδηγήσει ακόμη και σε θάνατο.

Ως αποτέλεσμα, μεγάλο ποσοστό των ασθενών, που φέρουν τον ιό – περίπου 80-90% των περιπτώσεων – νοσούν χρονίως από την ασθένεια με βασική επίπτωση την κίρρωση του ήπατος (εκφυλισμός των ιστών του συκωτιού) και δη την αναστολή της λειτουργίας του.⁴⁸

Ο βασικότερος τρόπος πρόληψης της νόσου και προστασίας των ανθρώπων από αυτή είναι ο εμβολιασμός.

5.2 Εμβόλιο Ηπατίτιδας Α

Για την πρόληψη της Ηπατίτιδας Α υπάρχει αποτελεσματικό και ασφαλές εμβόλιο που προέρχεται από αδρανοποιημένο ιό. Απαιτούνται δύο δόσεις με μεσοδιάστημα έξι μηνών που επιτυγχάνουν προστασία για μεγάλο χρονικό διάστημα (20 έτη).⁴⁹

5.2.1 Προστασία που παρέχει ο εμβολιασμός

Η προστασία αρχίζει μετά από τέσσερις εβδομάδες από την 1^η δόση του εμβολίου, κάτι που θα πρέπει να έχουν υπόψη τους όλοι όσοι σκοπεύουν να ταξιδέψουν σε χώρους όπου ενδημεί η Ηπατίτιδα Α ή να έλθουν σε στενή επαφή με άτομα που πάσχουν από αυτή.

5.2.2 Ομάδες που χρήζουν εμβολιασμού

- Όσοι πρόκειται να ταξιδέψουν σε χώρες με μεγάλη ενδημικότητα της νόσου
- Όλα τα ευαίσθητα άτομα που έρχονται σε επαφή με πάσχοντες από οξεία Ηπατίτιδα Α
- Τρόφιμοι και προσωπικό ιδρυμάτων

- Χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, ομοφυλόφιλοι άνδρες και χρόνιοι ηπατοπαθείς
- Εργαζόμενοι σε εργαστήρια που χειρίζονται υλικά δυνητικώς μολυσματικά
- Παιδιά και έφηβοι⁴⁹

5.2.3 Εμβόλιο Ηπατίτιδας Β

Από το 1982 υπάρχει ασφαλές και αποτελεσματικό εμβόλιο και είναι το πρώτο προληπτικό εμβόλιο εναντίον ενός ιού-μάστιγας και ενός σοβαρού καρκίνου (ηπατοκυτταρικού) που προκαλείται από αυτόν.

Χορηγείται σε τρεις δόσεις ενδομυϊκά. Εάν το πρόγραμμα εμβολιασμού διακοπεί μετά την α' δόση, η β' πρέπει να δοθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Η β' και γ' δόσεις πρέπει να απέχουν τουλάχιστον δύο μήνες. Εάν καθυστερήσει μόνον η γ' δόση, θα πρέπει να χορηγηθεί με την πρώτη ευκαιρία και να μην αρχίσει εκ νέου εμβολιασμός.

5.2.4 Προστασία που παρέχει ο εμβολιασμός

Αν και μερική κάλυψη παρέχεται με την α' και β' δόση, πλήρης κάλυψη προϋποθέτει και τις τρεις δόσεις του εμβολίου.

5.2.5 Ομάδες που χρήζουν εμβολιασμού

Υποχρεωτικός είναι σήμερα ο εμβολιασμός βρεφών και παιδιών και συνιστάται επίσης σε άτομα που ανήκουν στις ομάδες αυξημένου κινδύνου που προαναφέρθηκαν.⁴⁹

5.2.6 Εμβόλιο Ηπατίτιδας C

Εμβόλιο Ηπατίτιδας C δεν υπάρχει. Υπάρχουν όμως συμβουλές πρόληψης για τον HCV που οι πολίτες και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να εφαρμόσουν για την προστασία τους από τον ιό.

- Αποφυγή χρήσης ενδοφλέβιων ναρκωτικών
- Αποφυγή κοινής χρήσης προσωπικών αντικειμένων (ξυραφάκια, νυχοκόπτες, οδοντόβουρτσες)
- Χρήση προφυλακτικών κατά τη σεξουαλική επαφή

- Ανάγκη χρήσης γαντιών από τους επαγγελματίες υγείας καθώς και προσεκτικού χειρισμού αιχμηρών αντικειμένων (βελόνες, σύριγγες)
- Αποφυγή των τατουάζ επειδή αποτελούν κίνδυνο για την υγεία μια και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται μπορεί να μην έχουν αποστειρωθεί σωστά. Επίσης μπορεί να μην έχουν ληφθεί τα απαραίτητα μέτρα υγιεινής από τον επαγγελματία (πλύσιμο χεριών, γάντια μίας χρήσης)⁴⁹

5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πληροφόρηση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με τη νόσο της Ηπατίτιδας

Είναι καθήκον του νοσηλευτή ως μέλους της υγειονομικής ομάδας η σωστή πληροφόρηση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με σημαντικούς κινδύνους που αφορούν τη δημόσια υγεία ένας εκ των οποίων είναι και οι Ηπατίτιδες.

Η Ηπατίτιδα αποτελεί μία σιωπηλή μάστιγα, ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως που έχει προσβάλλει και προσβάλλει καθημερινά χιλιάδες ανθρώπους στον πλανήτη.

Πρέπει όλοι να κατανοήσουμε ότι ο μόνος τρόπος πρόληψης από αυτήν την ασθένεια είναι ο εμβολιασμός και η έγκυρη διάγνωση που επιτυγχάνεται με την ύπαρξη πολλών και συχνών εξετάσεων αίματος.

Γι' αυτό η πληροφόρηση για τη νόσο πρέπει να ξεκινά από τη σχολική κιόλας ηλικία. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της σύστασης ενημερωτικής ομάδας νοσηλευτών η οποία θα επισκέπτεται προγραμματισμένα σχολικές μονάδες για να πληροφορήσει τα νεαρά άτομα σχετικά με τη νόσο. Αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο θα έπρεπε οι ομάδες αυτές να δρουν με δημόσιες ομιλίες με σκοπό την ενημέρωση του απλού πολίτη ώστε να αποκτήσουν όλοι γνώση και αντίληψη του προβλήματος σχετικά με τα χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα, τον τρόπο μετάδοσης και τη θεραπεία της νόσου. Αυτή η ενημέρωση θα συνέβαλλε καθοριστικά στη διάλυση της αδικαιολόγητης ανησυχίας των φόβων και των προκαταλήψεων του κοινού σχετικά με τις Ηπατίτιδες και θα οδηγούσε εν τέλει στο να απαλειφθεί και να αποτραπεί η συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση

των ατόμων που έχουν μολυνθεί αλλά και να περιοριστεί σημαντικά η εξάπλωση της νόσου.

Σημαντικές γνώσεις που πρέπει οι πολίτες να αποκτήσουν είναι οι ακόλουθες:

- Η διάγνωση της οξείας ή χρόνιας ιογενούς Ηπατίτιδας στηρίζεται στην ανεύρεση των κατάλληλων ορολογικών δεικτών στο αίμα με ειδικές εξετάσεις.

- Οι επιστήμονες έχουν ονομάσει την Ηπατίτιδα «σιωπηλή νόσο».

Πολλοί άνθρωποι ζουν επί χρόνια δίχως να αναπτύξουν σοβαρά προβλήματα. Σε αρκετούς όμως υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης κίρρωσης ή ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Οι άνθρωποι αυτοί με χρόνια Ηπατίτιδα Β και C σε εξέλιξη μπορεί να αισθάνονται καλά για πολύ καιρό, είναι όμως ασυμπτωματικοί φορείς.

- Η πρόληψη της Ηπατίτιδας στηρίζεται στον εμβολιασμό. Τα εμβόλια που κυκλοφορούν είναι ασφαλή και αποτελεσματικά. Στη χώρα μας γίνεται μεγάλη προσπάθεια περιορισμού της μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας μέσω ενημερωτικών εκστρατειών και εκτεταμένων προγραμμάτων εμβολιασμού. Σήμερα, είναι υποχρεωτικός ο εμβολιασμός όλων των βρεφών και εφήβων. Εμβολιασμός επίσης συνιστάται για όλα τα ευαίσθητα άτομα που ανήκουν στις ομάδες μεγάλου κινδύνου.

- Όλοι οι ασθενείς με Ηπατίτιδα θα πρέπει να μην μοιράζονται με άλλους βελόνες ή προσωπικά αντικείμενα που μπορεί να έλθουν σε επαφή με το αίμα τους (οδοντόβουρτσες, ξυραφάκια και ότι προκαλεί μικροτραυματισμούς). Όλα τα άτομα με πολλαπλούς ή άγνωστους ερωτικούς συντρόφους θα πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτικό κατά τις ερωτικές τους πράξεις. Σε περίπτωση έκθεσης στον ιό της Ηπατίτιδας ενός ευαίσθητου ατόμου, η χορήγηση υψηλών ποσοτήτων εξουδετερωτικών αντισωμάτων με την ειδική υπεράνοση γαμμασφαιρίνη παρέχει κάποιου βαθμού προστασία.^{23, 33}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΟΓΕΝΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ**

6.1 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα

Η παρέμβαση του νοσηλευτή στην προσφορά βοήθειας στον άνθρωπο που πάσχει από Ηπατίτιδα, αποτελεί κομβικό σημείο στην αντιμετώπιση του ιού και στην ίαση του ασθενή.

6.1.1. Προβλήματα ασθενούς

- 1) Υδατοηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο (έμετοι)
- 2) Θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία, έμετοι)
- 3) Μείωση άνεσης – δραστηριοτήτων (κνησμός, κακουχία, αίσθημα κόπωσης)
- 4) Προβλήματα κένωσης εντέρου λόγω ακινησίας
- 5) Προβλήματα χρονιότητας
- 6) Προβλήματα κινδύνου εξάπλωσης νόσου
- 7) Κίνδυνοι επιπλοκών

6.1.2. Σκοποί φροντίδας

Οι σκοποί φροντίδας χωρίζονται σε άμεσους και μακροπρόθεσμους.

Οι άμεσοι είναι:

- 1) Πρόληψη μετάδοσης νόσου
- 2) Προαγωγή επαρκούς θρέψης
- 3) Προαγωγή θεραπευτικής ανάπαυσης και πρόληψη συνεπειών της
- 4) Απαλλαγή από πόνο και δυσχέρειες
- 5) Απασχόληση ασθενούς

Οι μακροπρόθεσμοι είναι:

- 1) Πλήρης ανάρρωση από τη νόσο
- 2) Πρόληψη υποτροπής της νόσου
- 3) Προαγωγή καλής θρέψης για διατήρηση φυσιολογικού βάρους⁵⁰

6.1.3. Φυσική εκτίμηση ασθενούς

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

β) Λαμβάνεται 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 στον σκληρό χιτώνα του βολβού.⁵¹

6.1.4. 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 μίας χρήσεως σκεύη φαγητού και χρησιμοποίηση συρίγγων μίας χρήσεως, είναι μερικά από τα μέτρα που λαμβάνονται.

3. Συμμετοχή της οικογένειας σε όλες τις συζητήσεις, όταν είναι δυνατό.

4. Χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ορού (Immune Serum Globulin), σε άτομα που εκτέθηκαν σε Ηπατίτιδα τύπου A, κατά την περίοδο επώασης. Αυτή 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 B σε πάνω από ένα τρίτο των αρρώστων και εξαλείφει το αντιγόνο επιφανείας Ηπατίτιδας B (δείχνει κατάσταση φορέα) στο 10% των αρρώστων. Αν και αυτά τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά, πρέπει να σημειωθεί ότι η ιντερφερόνη είναι αναποτελεσματική σε ένα μεγάλο αριθμό αρρώστων, πρέπει να χορηγείται με καθημερινή ένεση και προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες. Εξάλλου, είναι απαραίτητη η μακροχρόνια παρακολούθηση των αρρώστων για να διαπιστωθεί αν αυτή η θεραπεία μειώνει τελικά την επίπτωση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος σε αρρώστους με Ηπατίτιδα B.

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), υπερυδατανθρακούχα και υπερπρωτεϊνούχα. Γεύματα μικρά και συχνά. Αποφεύγεται η λήψη αλκοόλ τουλάχιστον για 6 μήνες από την εκδήλωση της ηπατίτιδας.

7. Φαρμακευτική θεραπεία που μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση κορτικοστεροειδών για μείωση των φλεγμονωδών διεργασιών σε βαριές περιπτώσεις. Κατευναστικά να αναλγητικά χρησιμοποιούνται με πολλή προσοχή. Προτιμώνται εκείνα που απεκκρίνονται από τους νεφρούς. Αν ο χρόνος προθρομβίνης είναι παρατεταμένος, δίνεται βιταμίνη K.

8. Η μετέπειτα φροντίδα επικεντρώνεται στη σταθερή ανάρρωση του αρρώστου. Αν υπάρχει κάποια ένδειξη υποτροπής, λαμβάνονται αμέσως μέτρα.

9. Αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών, 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 ενηλίκων αρρώστων κατά τη διάρκεια των 4 πρώτων μηνών. Οι άρρωστοι με A και B Ηπατίτιδα, γενικά, έχουν ανοσία διαρκείας προς τον ειδικό τύπο ιού. Επειδή όμως άρρωστοι που ανέρρωσαν ξαναπαρουσίασαν Ηπατίτιδα A, πιστεύεται ότι μπορεί να υπάρχουν περισσότεροι ιοί τύπου A.

10. Προληπτικά μέτρα και εκπαίδευση αρρώστου.⁵⁰

α. Ηπατίτιδα A

- Ενθάρρυνση άριστων πρακτικών υγιεινής
- Διδασκαλία αρρώστου για καλή ατομική υγιεινή
- Προσεκτική εξέταση ατόμων που χειρίζονται τροφές

- Χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ενδομυϊκά ή υποδόρια μέσα σε λίγες μέρες από την έκθεση ατόμων σε Ηπατίτιδα Α
- Χρήση γαντιών στο χειρισμό δοχείων και μολυσμένων λευχειμάτων

β. Ηπατίτιδα Β

- Εξέταση δοτών αίματος για αποκλεισμό φορέως
- Χρήση γαντιών στις ενδοφλέβιες εγχύσεις ή στο χειρισμό αντικειμένων μολυσμένων με αίμα αρρώστων με ηπατίτιδα Β
- Προτείνεται εμβόλιο Ηπατίτιδας Β για άτομα υψηλού κινδύνου για Ηπατίτιδα Β
- Ανοσοσφαιρίνη Ηπατίτιδας Β πρέπει να χορηγείται μέσα σε 72 ώρες από την άμεση έκθεση σε ιό ηπατίτιδας (λύσεις συνεχείας δέρματος)
- Μετάγγιση αίματος μόνο όταν δικαιολογείται
- Χρήση υποκατάστατων αίματος, όταν είναι δυνατό
- Χρήση βελόνων και συρίγγων μίας χρήσεως, προσεκτική απόρριψή τους
- Διδασκαλία όλων των αρρώστων που υποβλήθηκαν σε μετάγγιση να μη δώσουν αίμα για έξι μήνες, ώστε να παρέλθει η περίοδος επώασης

γ. Ηπατίτιδα C

- Ίδια όμως στην Ηπατίτιδα Β, εκτός του ότι δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο⁵⁰

6.2 Ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα σε συγκεκριμένους αρρώστους με Ηπατίτιδα Α και Β με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

6.2.1 Περίπτωση ασθενούς με Ηπατίτιδα Α

Στοιχεία Ασθενούς

Όνοματεπώνυμο:	Κ.Λ.
Όνομα Πατρός:	Β.
Όνομα Συζύγου:	Π.
Ημερομηνία Γέννησης:	12.06.1975
Τόπος Γέννησης:	Άργος
Επάγγελμα:	Ψυκτικός
Οικογενειακή Κατάσταση:	Παντρεμένος με ένα παιδί

Ο κύριος Κ.Λ., ετών 35, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Άργους, μετά από έντονη συμπτωματολογία, που εμφανίστηκε προ 3 ημερών.

Ο εφημερεύων ιατρός των εξωτερικών ιατρείων τον εξέτασε και έλαβε το ιστορικό του το οποίο παρουσιάζεται ελεύθερο. Ο ασθενής εδώ και 3 ημέρες παρουσίαζε συμπτώματα ανορεξίας, αίσθημα κοπώσεως, επίμονους εμετούς και ναυτία (γριπώδης συνδρομή). Επίσης ο ασθενής παρατήρησε διαφορά στο χρώμα των ούρων και των κοπράνων, απ' ότι συνήθως.

Κατά την αντικειμενική εξέταση το αναπνευστικό, κινητικό, καρδιακό και νευρικό σύστημα ευρέθησαν φυσιολογικά.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς είναι τα εξής:

Σφίξεις: 86/min

Αρτηριακή Πίεση: 130/90 mmHg

Θερμοκρασία: 37 °C

Ο εφημερεύων ιατρός έδωσε παραπεμπτικό για αιματολογικές, βιοχημικές και μικροβιολογικές εξετάσεις. Φαρμακευτική αγωγή δεν δόθηκε μέχρι να βγουν τα αποτελέσματα των εξετάσεων.

Μετά από μία ώρα περίπου βγήκαν τα αποτελέσματα των εξετάσεων, τα οποία έδειξαν τα εξής:

H+: 47

Χοληστερίνη: 220

Ολική και άμεση χολερυθρίνη: 4,1mg/100ml και 5,2mg/100ml

SGPT (ALT): 480 u/ml

SGOT (AST): 146 u/ml

Ο έλεγχος για HbsAg είναι αρνητικός και ο ιατρός διέγνωσε ότι ο ασθενής πάσχει από HAV έκρινε απαραίτητη την εισαγωγή του στο Παθολογικό Τμήμα του Γ.Ν.Α. για περαιτέρω παρακολούθηση δίνοντας τις κατάλληλες οδηγίες.

Ο ασθενής στην κλινική αντιμετωπίζεται σαν περιστατικό Ηπατίτιδας σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού και τοποθετείται σε μονόκλινο θάλαμο. Τέλος, δίνονται οδηγίες ώστε οι νοσηλείες να γίνονται με ιδιαίτερη προσοχή τόσο για την ποιοτική φροντίδα όσο και για την αποφυγή μετάδοσης του ιού.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>1. Ναυτία και επίμονοι έμετοι</p>	<p>Ανακούφιση αρρώστου από την ναυτία και τους εμέτους</p> <p>Απαλλαγή από εμέτους εντός 24ώρου</p> <p>Πρόληψη διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών (αφυδάτωση, υποογκαιμικό shock)</p>	<p>Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p> <p>Χορήγηση φαρμάκου για αντιμετώπιση εμέτων σύμφωνα με ιατρική οδηγία</p> <p>Παρακολούθηση του ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή αυτών στο νοσηλευτικό διάγραμμα</p> <p>Εκτίμηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</p> <p>Λήψη φλεβικού αίματος για γενική αίματος και για βιοχημικό έλεγχο</p> <p>Μέριμνα για ατομική υγιεινή-αντισηψία ρινοφάρυγγος</p>	<p>Χορηγήθηκαν στον ασθενή 3 οροί: N/S 09% 1000 ml 1° 2 O/W 5% 1000 ml 1° 2</p> <p>Χορηγήθηκαν 2 amp Primperan στον ορό (N/S 0,9%)</p> <p>Έγινε παρακολούθηση του ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης, όπως ολιγουρία ή ξηρότητα δέρματος</p> <p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα ΑΠ: 90/110 MMhg θερμοκρασία 36,5-36,8 °C σφύξεις: 75/min</p> <p>Έγινε ακριβής μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Προσλαμβανόμενα: 3000ml Αποβαλλόμενα: 3000ml</p> <p>Έγινε εργαστηριακός αιματολογικός έλεγχος ηλεκτρολυτών</p> <p>Na⁺ 138 mMol/L K⁺ 4 mMol/L Cl⁻ 101 mMol/L</p> <p>Ελήφθη μέριμνα για την ατομική υγιεινή του ασθενούς. Ο ασθενής φρόντιζε τη στοματική του κοιλότητα</p>	<p>Η ναυτία και οι έμετοι σταμάτησαν μετά τη χορήγηση του αντιεμετικού (Primperan), το οποίο ενδείκνυται για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων όπως ναυτία, έμετοι, αίσθημα βάρους, πληρότητας ή διάτασης στομάχου</p> <p>Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</p> <p>Οι ηλεκτρολύτες και τα ζωτικά σημεία του ασθενούς βρίσκονταν εντός των φυσιολογικών τιμών</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>2. Αίσθημα κοπώσεως</p>	<p>Ο ασθενής να ανακτήσει τις φυσικές του δυνάμεις το συντομότερο δυνατό</p>	<p>Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενούς και ανάπαυση</p> <p>Μέριμνα για επάρκεια διατροφής του ασθενούς</p> <p>Χορήγηση βιταμινών προς ενίσχυση του διαιτολογίου του</p>	<p>Ο ασθενής περιόρισε τις δραστηριότητές του και αναπαύτηκε</p> <p>Ελήφθη μέριμνα για επαρκή διατροφή του ασθενούς</p> <p>Χορηγήθηκαν στον ασθενή βιταμίνες Α, Β, C, Κ</p>	<p>Το αίσθημα της κοπώσεως οφειλόταν στην ηπατοκυτταρική βλάβη. Την 22^η ημέρα της νοσηλείας το ήπαρ είχε αναγεννηθεί, όπως αυτό εκτιμήθηκε μετά και από τον εργαστηριακό έλεγχο της λειτουργίας του ήπατος και ο ασθενής αισθανόταν καλύτερα</p>
<p>3. Απώλεια βάρους λόγω ασθενείας</p>	<p>Να επανέλθει το βάρος του ασθενή σε φυσιολογικά επίπεδα</p> <p>Επίτευξη και διατήρηση του σωστού σωματικού του βάρους</p>	<p>Εφαρμογή ειδικής δίαιτας για Ηπατίτιδα</p> <p>Χορήγηση βιταμινών</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενή για την ικανοποιητική του διατροφή</p> <p>Μέτρηση, καταγραφή και εκτίμηση του σωματικού βάρους του ασθενή</p>	<p>Χορηγήθηκε διαιτολόγιο πλούσιο σε πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, θερμίδες και φτωχό σε λιπαρά</p> <p>Χορηγήθηκαν βιταμίνες Β, C, Κ για την αναγέννηση του ήπατος</p> <p>Ο ασθενής ενθαρρύνθηκε να παίρνει τα κύρια καθώς και τα συμπληρωματικά γεύματα που έπρεπε να είναι μικρά και συχνά</p> <p>Έγινε μέτρηση και προσεκτική καθημερινή εκτίμηση του βάρους του ασθενή</p>	<p>Ο ασθενής, που το βάρος του προτού νοσήσει ήταν 75 kg, κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο ζύγιζε 70 kg. Με το ειδικό διαιτολόγιο που ακολουθήθηκε, εντός 23 ημερών, το βάρος του ασθενή επανήλθε σε ικανοποιητικά επίπεδα (74 kg) και διατηρήθηκε έτσι μέχρι την έξοδό του από το νοσοκομείο</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>4. Ανησυχία, άγχος λόγω φόβου του ασθενή για την εξέλιξη της νόσου</p>	<p>Ο ασθενής να απαλλαγεί από την ανησυχία και το άγχος που σχετίζονται με τη νόσο</p> <p>Να επανέλθει στη φυσιολογική ψυχική του κατάσταση όσο πιο σύντομα γίνεται</p>	<p>Δημιουργία οικείου περιβάλλοντος με ενέργειες του νοσηλευτικού προσωπικού, για βοήθεια, επίλυση των αποριών και καθησύχηση του ασθενή σχετικά με τη νόσο</p> <p>Αναζήτηση βοήθειας από ειδικό (ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ψυχίατρο), εάν αυτό κριθεί αναγκαίο</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με οδηγία ιατρού</p>	<p>Έγινε συζήτηση μεταξύ μελών του νοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή κατά την οποία αυτός εξέφρασε άγχη και ανησυχίες σχετικά με τη νόσο του</p> <p>Δεν χρειάστηκε τελικά η παρέμβαση του ειδικού</p> <p>Δεν χορηγήθηκαν φάρμακα στον ασθενή για το συγκεκριμένο πρόβλημά του</p>	<p>Ο ασθενής απαλλάχθηκε από την ανησυχία και το άγχος, τα οποία τον είχαν καταβάλει εξαιτίας της νόσου, μετά από τη σωστή και ενημερωτική συζήτηση που είχε με το νοσηλευτικό προσωπικό</p>

6.2.2 Περίπτωση ασθενούς με Ηπατίτιδα Β

Στοιχεία Ασθενούς

Όνοματεπώνυμο:	Π.Μ.
Όνομα Πατρός:	Κ.
Όνομα Συζύγου:	Μ.
Ημερομηνία Γέννησης:	20.08.1980
Τόπος Γέννησης:	Αθήνα
Οικογενειακή Κατάσταση:	Άγαμος

Ο κύριος Π.Μ. ετών 30 προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Άργους. Εξετάστηκε από τον εφημερεύοντα ιατρό. Ο άνδρας με ιστορικό «κοινωνικής» χρήσης αλκοόλ και με επαγγελματικό ιστορικό συχνών μετακινήσεων αναφέρει πως παρουσιάζει πυρετική κίνηση από δεκαήμερου, ανορεξία, ναυτία, κακουχία και διάρροια. Ο ασθενής το τελευταίο 24ωρο «νιώθει καλύτερα», παρατήρησε όμως σκουρόχρωμα ούρα και ανοιχτόχρωμα κόπρανα. Αναφέρει επίσης ότι λόγω της ναυτίας έκοψε το κάπνισμα τις τελευταίες ημέρες.

Ο ασθενής επισκοπικά παρουσιάζει ίκτερο. Κατά την αντικειμενική εξέταση ο ασθενής παρουσιάζει ευαισθησία και πόνο στο δεξιό υποχόνδριο, φυσιολογικό αναπνευστικό, καρδιακό σύστημα.

Ζωτικά σημεία:

Σφίξεις: 90/min

Αρτηριακή Πίεση: 120/80 mmHg

Θερμοκρασία: 38,4 °C

Δόθηκαν παραπεμπτικά για εργαστηριακό έλεγχο. Τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής: Ht= 44%, Hb= 14,2 g/dl, WBC = 4100/mL (Σημειώνεται η παρουσία ολίγων άτυπων λεμφοκυττάρων).

ΤΚΕ= 15mm την 1^η ώρα. Σάκχαρο ορού = 90 mg/dl, Ουρία = 31 mg/dl, SGOT = 780 U/L, SGPT= 1220 U/L, ALP = 285 U/L, Χολερυθρίνη ολική= 12 mg/dl, άμεσος= 10,5 mg/dl, HbsAg= (+), HbcAbIgM= (+), HbsAb (-), Monotest (-), Anti EBVIgM= (-), Anti CMV IgM (-), Anti HAV IgM (-), Anti HCV= (-), Wright= (-), ANA (-), Γενική Ούρων= παρουσία ουροχολινογόνου

Τίθεται η διάγνωση της ιογενούς Ηπατίτιδας Β.

Γίνεται εισαγωγή του ασθενή στην Παθολογική Κλινική του Γ.Ν.Α. και ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την περίπτωση του.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>1. Άνοδος της θερμοκρασίας ασθενούς (πυρετός)</p> <p>της του 38,4°C</p>	<p>Να ανακουφισθεί ο ασθενής από τον πυρετό</p> <p>Να επανέλθει η θερμοκρασία του ασθενούς στα φυσιολογικά επίπεδα εντός 24ώρου</p>	<p>Χορήγηση φαρμάκου για πτώση του πυρετού, σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού</p> <p>Λήψη τρίωρης θερμομέτρησης και ζωτικών σημείων και ενημέρωση νοσηλευτικού διαγράμματος</p> <p>Εφαρμογή κρύων επιθεμάτων</p> <p>Χλιαρό λουτρό, αλλαγή λευχειμάτων</p> <p>Χορήγηση υγρών και ελαφράς τροφής</p> <p>Παρεντερική χορήγηση υγρών, σύμφωνα με οδηγίες ιατρού</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων και αναγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα</p>	<p>Χορηγήθηκε 1 amp Aprotel I.M κατόπιν οδηγίας ιατρού</p> <p>Ελήφθη η θερμοκρασία ανά 3 ώρες και αναγράφηκε στο διάγραμμα του ασθενούς</p> <p>Εφαρμόστηκαν κρύα επιθέματα στον ασθενή για να υποβοηθηθεί η πτώση της θερμοκρασίας</p> <p>Έγινε περιποίηση του ασθενούς με χλιαρό λουτρό καθώς και αλλαγή λευχειμάτων</p> <p>Ο ασθενής ακολούθησε ελαφρά δίαιτα</p> <p>Χορηγήθηκε Dextroze 5% (1000 cc) x2</p> <p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα Α.Π. 100/120 mmhg Θερμοκρασία: 38,4-38,7°C Σφύξεις: 80/min</p>	<p>Μειώθηκε η θερμοκρασία του ασθενούς σε 37,1°C μετά από συνδυασμό κρύων επιθεμάτων και φαρμάκου (Aprotel), το οποίο εκτός από αναλγητική έχει και αντιπυρετική καθώς και ελαφρώς αντιφλεγμονώδη δράση</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>2. Επίμονες διαρροϊκές κενώσεις</p>	<p>Να σταματήσουν οι διαρροϊκές κενώσεις το συντομότερο δυνατό</p> <p>Να προληφθούν οι επιπλοκές</p>	<p>Χορήγηση φαρμάκου για την αντιμετώπιση των διαρροϊκών κενώσεων, σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού</p> <p>Εκτίμηση διαρροϊκών κενώσεων</p> <p>Καθημερινή μέτρηση του σωματικού βάρους του ασθενή</p> <p>Καταγραφή προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών</p> <p>Λήψη υγρών παρεντερικώς και δια του στόματος</p> <p>Μέριμνα για ειδικό διαιτολόγιο</p> <p>Εργαστηριακός έλεγχος ηλεκτρολυτών</p> <p>Μέριμνα ατομικής τοπικής καθαριότητας του ασθενούς</p>	<p>Χορηγήθηκε αντιδιαρροϊκό φάρμακο Immodium caps 1x3</p> <p>Εκτιμήθηκαν οι διαρροϊκές κενώσεις σε ποσότητα, υφή και χρώμα</p> <p>Καθημερινά ζυγίζοταν ο ασθενής από το νοσηλευτικό προσωπικό και γινόταν καταγραφή του βάρους στο διάγραμμα του</p> <p>Καθημερινή ήταν η καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών του ασθενούς και παρακολουθούνταν το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών</p> <p>Ελήφθη μέριμνα για ειδικό διαιτολόγιο (τσάι, φρυγανιές, ρύζι)</p> <p>Στον ασθενή χορηγήθηκε Dextroze 5% 1000cc x1 I.V και ο ασθενής λάμβανε υγρά από το στόμα. Πραγματοποιήθηκε εργαστηριακός έλεγχος ηλεκτρολυτών με τιμές: Na⁺ 140mMol/L K⁺ 4,2 mMol/L Cl⁻ 103 mMol/L</p> <p>Ελήφθη μέριμνα για την ατομική καθαριότητα του ασθενούς</p>	<p>Ανακουφίσθηκε ο ασθενής και οι διάρροιες υποχώρησαν με τη χορήγηση του φαρμάκου (Immodium), το οποίο έχει αντιδιαρροϊκή δράση καθότι μειώνει τις μυϊκές συσπάσεις του εντέρου</p> <p>Το βάρος του ασθενή βρισκόταν μέσα στα όρια του φυσιολογικού</p> <p>Δεν παρατηρήθηκε ιδιαίτερη παρέκκλιση των φυσιολογικών τιμών ηλεκτρολυτών στον εργαστηριακό έλεγχο</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>3. Ανορεξία λόγω κακουχίας</p>	<p>Να επανέλθει η όρεξη του ασθενούς σε φυσιολογικά επίπεδα</p> <p>Να προληφθούν διαταραχές του θρεπτικού ισοζυγίου</p>	<p>Τα γεύματα του ασθενούς να είναι συχνά και μικρά, πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες και φτωχά σε λίπος</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο διάγραμμα</p> <p>Μέριμνα για την ενυδάτωση του ασθενή</p> <p>Εκτίμηση της βιολογικής και ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς</p> <p>Εκτίμηση του σωματικού βάρους</p> <p>Χορήγηση βιταμινών κατόπιν ιατρικής οδηγίας, εάν αυτό χρειαστεί</p>	<p>Η διαίτα περιελάμβανε – πρωινό: γάλα αποβουτυρωμένο και φρυγανιές με μέλι – 10:00 π.μ.: χυμό πορτοκαλιού – γεύμα: μπιφτέκι με ρύζι και λευκό ψωμί – 5:00 μ.μ.: ζελέ φρούτων – δείπνο: κοτόπουλο ψητό με πατάτες</p> <p>Έγινε λήψη Ζ.Σ. ανά δωρο</p> <p>Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να λαμβάνει υγρά, εάν το επιθυμεί</p> <p>Βιολογικά ο ασθενής ήταν σταθεροποιημένος, ψυχολογικά όμως ανήσυχος, γι' αυτό και ζητήθηκε βοήθεια ειδικού</p> <p>Το σωματικό βάρος του ασθενή ήταν χαμηλό, εντός όμως των φυσιολογικών ορίων</p> <p>Δε χρειάστηκε χορήγηση βιταμινών</p>	<p>Η όρεξη του ασθενή βελτιώθηκε με την ειδική διαίτα που ακολουθήθηκε, η οποία ήταν πλούσια σε πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και θερμίδες</p> <p>Με την επαναφορά της όρεξης του, ο ασθενής βελτιώθηκε βιολογικά και ψυχολογικά. Ζητήθηκε η βοήθεια ψυχολόγου, που έδωσε την ευκαιρία στον ασθενή να συζητήσει και να επιλύσει ζητήματα που τον απασχολούσαν</p> <p>Το σωματικό βάρος ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>4. Ανησυχία, σχετικά με την πορεία της ασθένειας καθώς και φόβος θανάτου λόγω της σοβαρότητάς της</p>	<p>Ο ασθενής να ηρεμήσει ψυχολογικά και να απαλλαγεί από το φόβο του θανάτου που τον είχε κυριεύσει</p>	<p>Χορήγηση ηρεμιστικού – αγχολυτικού φαρμάκου κατόπιν ιατρικής οδηγίας (εάν αυτό χρειασθεί)</p> <p>Αναζήτηση βοήθειας από ειδικό (ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ψυχίατρο)</p> <p>Προσπάθεια δημιουργίας οικείου προς τον ασθενή περιβάλλοντος από το νοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό την ψυχική του χαλάρωση</p>	<p>Δεν χρειάστηκε χορήγηση ηρεμιστικού - αγχολυτικού φαρμάκου</p> <p>Έγινε συζήτηση μεταξύ ειδικού και του ασθενή μετά την οποία αυτός απαλλάχθηκε από πολλές ανησυχίες του</p> <p>Αναπτύχθηκε καλό επίπεδο προσωπικής επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς και του νοσηλευτικού προσωπικού</p>	<p>Ο ασθενής ήταν αρκετά πιο ήρεμος μετά την επικοινωνία με τον ειδικό</p> <p>Εξαιτίας του καλού επιπέδου επικοινωνίας που αναπτύχθηκε μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή, δεν χρειάστηκε εκ νέου παρέμβαση του ειδικού</p> <p>Η ανησυχία και ο φόβος του θανάτου περιορίστηκαν σημαντικά</p>

Συμπεράσματα

Η Ηπατίτιδα σε όλες τις μορφές της αποτελεί μία από τις σοβαρότερες ασθένειες με μεγάλες κοινωνικό – οικονομικές επιπτώσεις στους πάσχοντες αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Η ιατρική επιστήμη και η τεχνολογία αναπτύσσονται διαρκώς και επομένως στο μέλλον η Ηπατίτιδα θα είναι μία νόσος πιθανότατα πλήρως ιάσιμη.

Η συνεισφορά της νοσηλευτικής επιστήμης στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου είναι μεγάλη και αναμφισβήτητη, αφού βοηθά όχι μόνο επιστημονικά αλλά και σε επίπεδο επικοινωνίας και συνεργασίας με τον πάσχοντα.

Προτάσεις

- Διδασκαλία και πληροφόρηση σχετικά με τον ιό της Ηπατίτιδας σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης από κοινοτικούς νοσηλευτές
- Συχνός ιατρικός έλεγχος και εμβολιασμός στο υγειονομικό προσωπικό
- Συχνή ενημέρωση κοινωνικού συνόλου για την τήρηση βασικών κανόνων υγιεινής
- Υποχρεωτικός εμβολιασμός σε ομάδες υψηλού κινδύνου (μετανάστες)
- Δημιουργία ανοιχτής τηλεφωνικής γραμμής και υπηρεσίας πληροφοριών για υπεύθυνη ενημέρωση του κοινού σχετικά με τη νόσο της Ηπατίτιδας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι Ηπατίτιδες αποτελούν ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας, γεγονός που γίνεται φανερό τόσο από την έξαρση που υπάρχει στις μέρες μας, όσο και από τα ποσοστά θνησιμότητας εξαιτίας της νόσου.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η διερεύνηση σύγχρονων πληροφοριών σχετικά με τις Ηπατίτιδες και την επικινδυνότητά τους με βάση τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφική ανασκόπηση, με απώτερο στόχο την πληρέστερη ενημέρωση των Νοσηλευτών για αποτελεσματική παρέμβαση τόσο στην πρόληψη και τη μείωση της δημόσιας επικινδυνότητας της νόσου, όσο και στην ποιοτική φροντίδα κατά τη θεραπεία – νοσηλεία και την αποκατάσταση ασθενών με Ηπατίτιδα.

Οι οξείες ιογενείς Ηπατίτιδες οφείλονται κυρίως στους τύπους Α, Β, C, D, Ε. Κάποιοι ιοί δρουν σε αλληλεπίδραση με άλλους, όπως ο D δρα με συλλοίμωση του τύπου Β.

Οι χρόνιες Ηπατίτιδες είναι οι ιοί της Ηπατίτιδας που μετέπεσαν σε χρόνια μορφή, όπως οι Β, C, D. Οι Ηπατίτιδες αυτές δεν έχουν καλή πρόγνωση και οδηγούν σε κίρρωση ή σε ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

Μία χρόνια Ηπατίτιδα μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να έχει εμφανή συμπτώματα, όπως ναυτία, αδυναμία, ίκτερο, σκουρόχρωμα ούρα, αποχρωματισμένα κόπρανα.

Η διάγνωση του ιού της Ηπατίτιδας προκύπτει μέσω ορολογικού και βιοχημικού ελέγχου και η θεραπεία περιορίζεται σε συμπτωματική αντιμετώπιση. Η πρόληψη είναι εφικτή μέσω εμβολίων (στους τύπους Α, Β) ενώ για τον τύπο C και κάποιες νεότερες μορφές ιού δεν υπάρχει ακόμη εμβόλιο.

Συμπερασματικά, η Ηπατίτιδα εξακολουθεί να παραμένει μία μεγάλη απειλή για τις κοινωνίες των ανθρώπων παρά την πληροφόρηση και την ανακάλυψη εμβολίων. Αυτό σημαίνει πως πρέπει να ενταθούν οι προσπάθειες για σοβαρότερη ενημέρωση του κοινού σχετικά με την ευκολία μετάδοσης της νόσου και την επικινδυνότητά της, πράγμα στο οποίο μπορεί να συμμετάσχει ενεργά ο Νοσηλευτής. Έτσι το κοινό θα ευαισθητοποιηθεί απέναντι στο πρόβλημα, γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει σε σημαντική μείωση των κρουσμάτων.

Summary

The various types of Hepatitis constitute one of the biggest public health scourges, a fact which can be inferred not only from the current upsurge of the disease but also from its mortality rates.

The purpose of this study is to investigate current information about the different types of Hepatitis and how dangerous these can be. It is based on the Greek and international literature aiming to better inform Nurses for effective intervention in both prevention and reduction of public dangerousness of the disease as well as to quality care during treatment, and rehabilitation of patients with Hepatitis.

The acute, viral types of Hepatitis are largely due to Hepatitis types A, B, C, D, F. Some viruses act in interaction with others, such as type D which acts with co-infection of type B.

Chronic types of Hepatitis are Hepatitis types which have changed into chronic form like those of B, D and D type. These do not have a good prognosis and are bound to lead to cirrhosis or hepatocellular cancer.

A chronic Hepatitis may be either asymptomatic or clearly indicated by symptoms which range from nausea, weakness and icterus to dark urine and discoloured faeces.

The virus of Hepatitis can be detected with the help of orological and biochemical tests but therapy is restricted only to symptomatic treatment. Prevention can be possible by means of vaccines – as regards to types A and B – but for type C and some new forms of the virus immunization has yet to be achieved.

To conclude, Hepatitis still remains a serious threat for human communities despite the efforts made to raise public awareness or the introduction of vaccines. This means that greater effort must be put into informing the public more thoroughly about how easily the disease can be transmitted and how dangerous it can be, a task which can be conducted with the active participation of a Nurse. Therefore, the general public will become more sensitive to the problem, which may lead to a significant drop in the number of cases concerning Hepatitis.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ζήσης Θ. Σημειώσεις Ανατομίας, Πάτρα 1999, σ. 142-148
2. Lippert H. Ανατομική, Μετάφραση Νιφόρος Ν., Επιμέλεια Παπαδόπουλος Ν., Επίτομος, 5η έκδοση, Αθήνα 1993, σ. 250-255
3. Αγγελόπουλος Β. Κλινική Παθολογική Φυσιολογία, Επίτομος, Εκδόσεις Παρισιανός Γ.Κ., Αθήνα 1978, σ. 58-63
4. Arthur C. Guyton M.D. Φυσιολογία του ανθρώπου, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Έκδοση 3^η, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Ηλ. Κούβελας, Αθήνα 1990 1999, σ. 142-148
5. Ulrich, Canalc και Wendell. Παθολογικής – Χειρουργική, Νοσηλευτική – Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας, Μετάφραση Αγγελόπουλος Ν., Νικολακέας Π. Στέφανος & συν., Έκδοση 3^η, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 1997, σ. 791-803
6. Καρατζά Χ., Νικολοπούλου Β. Παθολογία ΙΙ, Έκδοση 1^η, Τεύχος 3^ο, Πάτρα 2003, σ. 11-21
7. Αγοραστός Ι. Εσωτερική Παθολογία, Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Έκδοση 2^η, Θεσσαλονίκη 2001, σ. 697-706
8. Μανωλάκη Ν. Ηπατίτιδα Α και Β, Pharma News, Μηνιαίο Περιοδικό, Τεύχος 125, Έτος 13^ο, Μάρτιος 2004, σ. 50-53
9. Δουμπόγιας Ι., Τσακρής Α. Κλινική Μικροβιολογία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2000, σ. 225-241
10. Δετοράκης Ι. Βασικές αρχές της υγιεινής, Πάτρα 2002, σ. 51-67
11. Παπαευαγγέλου Γ. και Φαρμάκη Γ. Πρόληψη και έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων, Επίτομος, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1998, σ. 136-144, 218-238
12. Παγκάλτσος Π. Στοιχεία παθολογίας – εξέταση νοσημάτων του ανθρώπου κατά συστήματα, Επίτομος, Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη 2002, σ. 217-219
13. Αναγνωστόπουλος Α., Παπαδόπουλος Λ. Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός, Θεσσαλονίκη 2004, σ. 555-560
14. Αγοραστός Ι., Παπαδημητρίου Μ. Εσωτερική Παθολογία, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2001. σ. 69

15. Μπεσμπέας Σ. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς, Ενημέρωση κοινού, Επίτομος, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2002, σ. 312-343, 702-706
16. Μουτσόπουλος Χ., Εμμανουήλ Δ. Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, σ. 398-401
17. Κολύνης Ν. Διαλέξεις Νοσολογίας Ι, Πάτρα 1997, σ. 15-16
18. Ντολατζάς Θ. Ο Γιατρός συμβουλευέι..., Σύγχρονη Προληπτική Ιατρική, Τόμος 3^{ος}, Εκδόσεις Λίγκας books, Αθήνα 2002, σ. 692-697
19. Andreoli, Benett, Carpenter, Plum. Βασική Παθολογία, Μετάφραση – Επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ., Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Λίτσας, Έκδοση 4^η, σ. 414-418
20. Καλκάνης – Μπουσιάκου Ε. Γενική Μικροβιολογία, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001, σ. 291-297
21. Ταρμάγκος Α. Μαθήματα εσωτερικής παθολογίας, Εκδόσεις Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1994, σ. 103-124
22. Παπαευαγγέλου Γ. Το πρόβλημα της Ηπατίτιδας Β παγκοσμίως και Ελληνική πραγματικότητα, Επιδημιολογία – Πρόληψη, Συμπόσια 26^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο «Σύγχρονη διάσταση της ηπατίτιδας Β και C», Εκδόσεις Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 2000, σ. 7-9
23. Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής: Ιογενείς Ηπατίτιδες, www.iatronet.gr
24. Φούκα Καλλιόπη. Πολυσταδιακή δειγματοληπτική έρευνα ιογενών ηπατιτίδων Β & C πληθυσμού Νομού Αχαΐας, Διδακτορική διατριβή, (Εποπτεία: Βαγενάκης Α. και Μπασιάρης Χ.), Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα 2003, σ. 13-58
25. Tierney L., Miphee S., Papadakis M. Σύγχρονη, Διαγνωστική και Θεραπευτική, Επιμέλεια Λουκόπουλος Δ., Τόμος 11^{ος}, Εκδόσεις Παρισιάνος, Έκδοση 3^η, Αθήνα 2001, σ. 995-1012
26. Καπότας Ν. Παθολογία, μικρόβια και λοιμώξεις, Αθήνα 2003, σ. 162-172
27. Κοσκινάς Ι. Σύγχρονη διάσταση της ηπατίτιδας Β και C. Ο ρόλος του παθολόγου / Διάγνωση, Συμπόσια 26ο ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Σύγχρονη διάσταση της ηπατίτιδας Β και C, εκδόσεις Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 2000, σ. 59-73
28. Γαρδίκια Κ. Ειδική νοσολογία, Νέα Έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 2005, σ. 284-301

29. Βακαλόπουλος Α., Καρβουντζής Γ. Θεραπεία Ιογενούς Ηπατίτιδας, Αρεταίος Τριμηνιαία επιστημονική έκδοση, Τόμος 4^{ος}, Τεύχος 16^ο, Εκδόσεις Αρεταίος Ε.Π.Ε., Απρίλιος – Ιούνιος 2001, σ. 350-354
30. Παπαθεοδωρίδης Γ., Γερμανίδης Γ. Κατευθυντήριες οδηγίες θεραπευτικής παρεμβάσεως σε ασθενείς με λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Β ή C, www.keel.org, Αθήνα 2003, σ. 140-146
31. Κετίκογλου Ι., Ελευσινιώτης Ι. και Μουλακάκης Α.: Medicannals, Τεύχος 8^ο, Τόμος 29^{ος}, Εκδόσεις Ε.Μ. Μωραΐτου Σιδερίδη, Οκτώβριος 2006, σ. 439-444
32. Γουρνέλης Θ. Υγιεινή, Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις Μπαχαρίδη, Θεσσαλονίκη 1992, σ. 42-54
33. Σπαντίδος Α., Καραχρήστος Α. και Εργαζάκη Μ. Ο ιός της Ηπατίτιδας C: Νεότερα Δεδομένα. Εφαρμοσμένη κλινική μικροβιολογική και εργαστηριακή διαγνωστική, Διμηνιαία Έκδοση, Τόμος 10^{ος}, Τεύχος 4^ο, Ιούλιος – Αύγουστος 1995, σ. 283-289
34. Τσαντούλας Α. Ηπατίτιδα C, www.in.gr.health/news, 2001
35. Ντουράκης Σ. Ηπατίτιδα C: Η σιωπηλή νόσος, Εκδόσεις Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Ήπατος, Αθήνα 2006, σ. 3-11
36. Παπαθεοδωρίδης Γ. και Γερμανίδης Γ. Κατευθυντήριες οδηγίες θεραπευτικής παρεμβάσεως σε ασθενείς με λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας Β ή C, Αθήνα 2003, σ. 97-104
37. Χατζηγιάννης Σ. Ηπατίτιδα C, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1996, σ. 84-89
38. Engram Barbara. Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογική και χειρουργική Μετάφραση – Επιμέλεια Καραχάλιος Γεώργιος, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Αθήνα 1997, σ. 518-523
39. Harrison T.R. Εσωτερική παθολογία, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις University Studio Press, Έκδοση 12^η, Αθήνα 1994, σ. 1725-1744
40. Χαλκιάπουλος Π. Νοσηλευτική και ιογενείς Ηπατίτιδες, Πτυχιακή Εργασία, εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών, Πάτρα 2006, σ. 52-53
41. Jay H. Stein, M.D. Stein Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις «Πασχαλίδης», Έκδοση 4^η, Μετάφραση – Επιμέλεια: Σ.Ι. Χατζηγιάννης και Ομάδα Καθηγητών, Αθήνα 1997, σ. 221-227
42. Π. Μεταξάς και συνεργάτες, Θέματα Παθολογίας, Τιμητικός τόμος στον Δ.Ι. Βαλτή, Εκδόσεις βιβλίων και Περιοδικών University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996, σ. 214-228

43. *Hecht Y.* Για να καταπολεμήσετε τις πεπτικές διαταραχές, Μετάφραση Θωμόπουλος Γ., Εκδόσεις Φυτράκης – Hachette, Έκδοση 1^η, 1985, σ. 27-39
44. *Μουσελλή Γ., Σταυροπούλου Σ., Νικολακοπούλου Α.* Διερεύνηση γνώσεων και εμπειριών του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαμόλυνση από τον ιό Ηπατίτιδας Β και C, Πτυχιακή Εργασία, εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών, Πάτρα 2009, σ. 85-89
45. *Ελευσινιώτης Ι., Καβουτζής Γ.* Θεραπεία Ιογενούς Ηπατίτιδας, Τριμηνιαία Επιστημονική Έκδοση, Τόμος 4^{ος}, Τεύχος 16^ο, Εκδόσεις Αρεταίος ΕΠΕ, Απρίλιος – Ιούνιος 2001, σ. 350-354
46. *Ντουράκης Σ.* Θεραπεία της Χρόνιας Ιογενούς Ηπατίτιδας, Ιατρική, Τεύχος 6^ο, Τόμος 78^{ος}, Δεκέμβριος 2000, σ. 532-533
47. <http://keelpno.gr>
48. www.iatronet.gr/epidiomology
49. www.paidiatros.gr
50. *Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου Μ.* Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2^{ος}, Έκδοση β', Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004, σ. 328-332
51. *Σακκά Κ.* «Ηπατίτιδα Α, Β, C, D, E – Νοσηλευτική Παρέμβαση», πτυχιακή εργασία, Εισηγήτρια Μπατσολάκη Μ., Πάτρα 2000, σ. 193-198