

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΟΚΗΣ

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α Β

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΗΣ

ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΑΣ



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΙΧΑΛΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ	377"
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

245 157 111
1/20
1/21

[Faint handwritten text]

ΣΗΤ

ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΟΙ ΤΗ ΤΑΚΤΗ

J

ΠΥ

Δ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από το 1940 έως τα μέσα της δεκαετίας του 1960 η προσοχή των ερευνητών συγκεντρώθηκε κυρίως στον τύπο Α.

Η ηπατίτιδα τύπου Α είναι σήμερα η πιο συχνή μορφή στις Η.Π.Α. και τον Καναδά, τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες. Από το τέλος της δεκαετίας του 1960 μέχρι σήμερα το ενδιαφέρον έχει συγκεντρωθεί στον ιδ Β για δυο κυρίως λόγους:

Πρώτον, ενώ η συχνότητα της ηπατίτιδας τύπου Α έχει υποχωρήσει σημαντικά μετά την τελευταία αιχμή της κατά το 1961, η ηπατίτιδα τύπου Β έγινε επιδημική. Αυτό το τελευταίο συνέπεσε και πρέπει να αποδοθεί στην επιδημική αύξηση των τοξικομανών οι οποίοι χρησιμοποιούν ψυχοφάρμακα τα οποία λαμβάνονται με αυτοενέσεις, και δεύτερον, το 1968 ανακαλύφθηκε το Αυστραλιανό αντιγόνο του οποίου η απόδειξη θεωρείται ειδική εξέταση για τη λοίμωξη του ιδού ηπατίτιδας Β.

Η ανακάλυψη του Αυστραλιανού αντιγόνου το οποίο σήμερα αναφέρεται ως " αντιγόνο επιφάνειας ηπατίτιδας Β" & του αντισ. εναντίον του ΗΒ_εΑ_φ τη χαρακτήρισαν οριστικά ηπατίτιδα Β.

Η οξεία λογενής ηπατίτιδα είναι συστηματική λοιμώδης νόσος που προσβάλλει κυρίως το ήπαρ. Απαντάται σε δύο επιδημιολογικά ιδιαίτερες, αλλά κλινικά όμοιες μορφές - την λοιμώδη ηπατίτιδα (Α.Η) και την εξ ομολόγου ορού (ΗΟΟ). Και οι δύο μορφές χαρακτηρίζονται παθολογοανατομικά μεν από ηπατοκυτταρική νέκρωση, κλινικά δε από διαδοχική εμφάνιση γριποειδούς πρόδρομου σταδίου έκτερου και στη συνέχεια ανάρρωση.

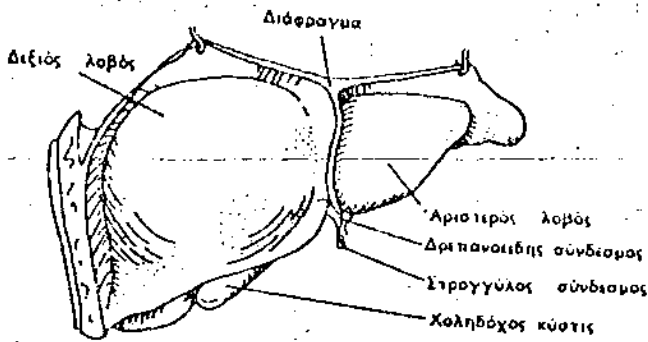
Αναμφίβολα πολλές περιπτώσεις είναι ελαφρές, χωρίς κλινικά συμπτώματα και σύμφωνα μ' αυτές η διάγνωση πιθανολογείται ή τίθεται από την παθολογική έκβαση των δοκιμασιών της ηπατικής λειτουργίας.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

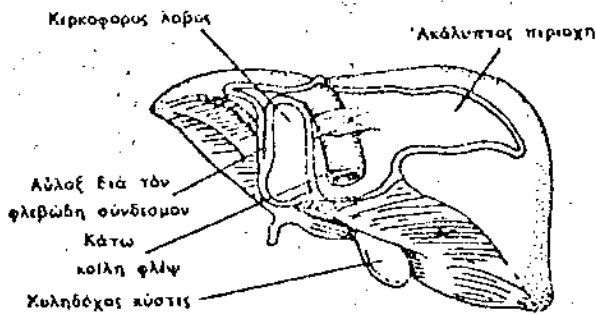
Το ήπαρ είναι το ογκοδέστερο όργανο του σώματος. Το βάρος του κυμαίνεται από 1200-1500 GR, αποτελεί δε το 1/50 του συνο-

λικού βάρους του σώματος ενήλικου. Κατά την βρεφική ηλικία είναι μεγαλύτερο και αποτελεί το 1/8 του βάρους κατά την γέννηση.

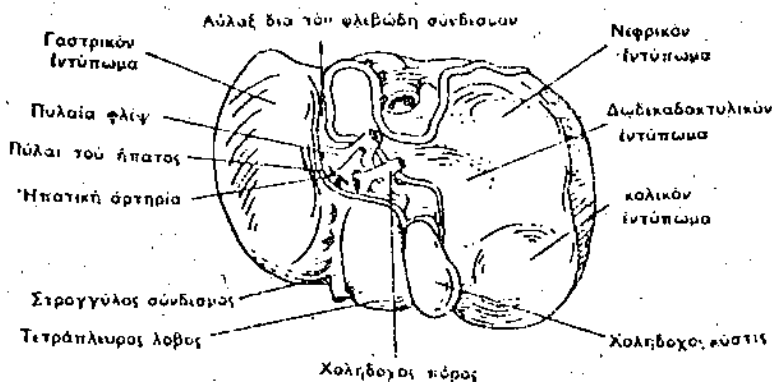
Προσπίζεται από τα πλευρά στο δεξιό υποχόνδριο και έχει σχήμα πυραμίδας, της οποίας η κορυφή φθάνει στην ξιφοειδή απόφυση του στέρνου. (Εικόνα 1, 2 και 3).



ΕΙΚΩΝ 1. — Τό ήπαρ όρώμενον έκ τών έμπροσθεν.



ΕΙΚΩΝ 2. — Τό ήπαρ όρώμενον έκ τών όπισθεν.



ΕΙΚΩΝ 3. — Τό ήπαρ όρώμενον έκ τών κάτωθεν.

Το άνω χείλος βρίσκεται περίπου στο ύψος των θηλών.

Υπάρχουν δύο λοβοί, ο αριστερός και ο δεξιός. Ο δεξιός είναι εξαπλάσιος του αριστερού στους ενήλικες, στην βρεφική δε ηλικία είναι τριπλάσιος. Μικρότερα τμήματα του δεξιού λοβού είναι ο τετράπλευρος λοβός επί της κάτω επιφάνειας και ο κερκοφόρος λοβός επί της πίσω επιφάνειας. Ο δεξιός λοβός χωρίζεται από τον αριστερό στο εμπρός μέρος δια πτυχής του περιτοναίου, του δρεπανοειδούς συνδέσμου, στο κάτω μέρος δια της αριστερής οβελικής αύλακος η οποία περιέχει τον στρογγυλό σύνδεσμο και στο πίσω μέρος δια της αύλακος η οποία υποδέχεται τον φλεβώδη σύνδεσμο.

Το ήπαρ έχει διπλή αιμάτωση. Η πυλαία φλέβα προσάγει φλεβικό αίμα από τα έντερα και την σπλήνα, η δε ηπατική αρτηρία, εξορμώμενη από την κοιλιακή αρτηρία, προσάγει στο ήπαρ αρτηριακό αίμα. Τα αγγεία αυτά εισέρχονται στο ήπαρ δι' εγκάρσιας αύλακος, των πυλών του ήπατος, η οποία βρίσκεται στο πίσω τμήμα της κάτω επιφάνειας του δεξιού λοβού. Εντός των πυλών, η πυλαία φλέβα και η ηπατική αρτηρία διαιρούνται σε κλάδους για τον δεξιό και τον αριστερό λοβό, ο δε δεξιός και αριστερός ηπατικός χοληφόρος πόρος συνενούνται για τον σχηματισμό του κοινού ηπατικού πόρου. Το ηπατικό νευρικό πλέγμα περιέχει ίνες εκ των 97-1010 συμπαθητικών γαγγλίων, οι οποίες συνάπτονται στο κοιλιακό κλέγμα, από το δεξιό και αριστερό πνευμογαστρικό νεύρο και από το δεξιό φρενικό νεύρο. Συνοδεύει την ηπατική αρτηρία και τους χοληφόρους πόρους μέχρι των λεπτοτάτων διακλαδώσεών του στα πυλαία διαστήματα και το ηπατικό παρέγχυμα.

Ο φλεβώδης σύνδεσμος, λεπτό υπόλειμμα του φλεβώδους πόρου του εμβρύου, εξορμάται από τον αριστερό κλάδο της πυλαίας φλέβας και σγχωνεύεται μετά της κάτω κοίλης φλέβας κατά την είσοδο της αριστερής ηπατικής φλέβας.

Ο στρογγυλός σύνδεσμος, υπόλειμμα της ομφαλικής φλέβας του εμβρύου, οδηγείται προς το ελεύθερο χείλος του δρεπανοειδούς συνδέσμου από τον ομφαλό προς το κάτω χείλος του ήπατος και συνενούνται προς τον αριστερό κλάδο της πυλαίας φλέβας.

Μικρές φλέβες που τον συνοδεύουν συνδέουν την πυλαία φλέβα προς φλέβες γύρω από τον ομφαλό. Αυτές γίνονται εμφανείς όταν υπάρχει ενδοηπατικό κώλυμα του συστήματος της πυλαίας φλέβας.

Τα απαγωγέα φλεβικά αγγεία του ήπατος είναι η δεξιά και η αριστερή ηπατική φλέβα, οι οποίες αναδύονται από την πίσω επιφάνεια του ήπατος και εκβάλλουν αμέσως στην κάτω κοίλη φλέβα, πλησίον του σημείου εισόδου της στον δεξιό κόλπο.

Τα λεμφαγγεία τελειώνουν σε μικρές ομάδες λεμφογαγγλίων γύρω από τις πύλες του ήπατος. Απαγωγέα λεμφαγγεία εκβάλλουν εντός λεμφαδένων γύρω απ' την κοιλιακή αρτηρία. Μερικά επιφανειακά ηπατικά λεμφαγγεία διέρχονται δια του διαφράγματος στον δρεπανοειδή σύνδεσμο και τέλος φθάνουν στα μεσοπνευμόνια λεμφογάγγλια. Άλλη ομάδα συνοδεύει την κάτω κοίλη φλέβα εντός του θώρακα και εκβάλλει σε λίγους μικρούς λεμφαδένες γύρω από την ενδοθωρακική μοίρα της κάτω κοίλης φλέβας. Η κάτω κοίλη φλέβα δημιουργεί βαθειά και ευρεία αύλακα σε βάθος στην πίσω επιφάνεια του ήπατος, 2 1/2 CM περίπου δεξιότερα της μέσης γραμμής.

Η χοληδόχος κύστις βρίσκεται στον κυστικό βόθρο του δεξιού λοβού, ο οποίος εκτείνεται από το κάτω χέλος του ήπατος μέχρι το δεξιό πέρας των πυλών του ήπατος.

Το ήπαρ καλύπτεται πλήρως υπό περιτοναίου εκτός τριών θέσεων. Συνάπτεται με το διάφραγμα δια της ακαλύπτου υπό περιτοναίου δεξιάς μοίρας της πίσω επιφάνειας, η οποία βρίσκεται δεξιά του βόθρου της κάτω κοίλης φλέβας. Οι άλλες περιοχές που δεν καλύπτονται από περιτόναιο είναι ο βόθρος της κάτω κοίλης φλέβας και της χοληδόχου κύστης.

Το ήπαρ διατηρείται στην κανονική του θέση δια περιτοναϊκών συνδέσμων και με την ενδοκοιλιακή πίεση, η οποία μεταδίδεται με την συντονία των μυών του κοιλιακού τοιχώματος.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Η λειτουργική διαίρεση σε δεξιό και αριστερό λοβό σε σχέση

με την αποχέτευση της χολής και την αγγειακή κατανομή διαφέρει από την ανατομική παραδεκτική διαίρεση.

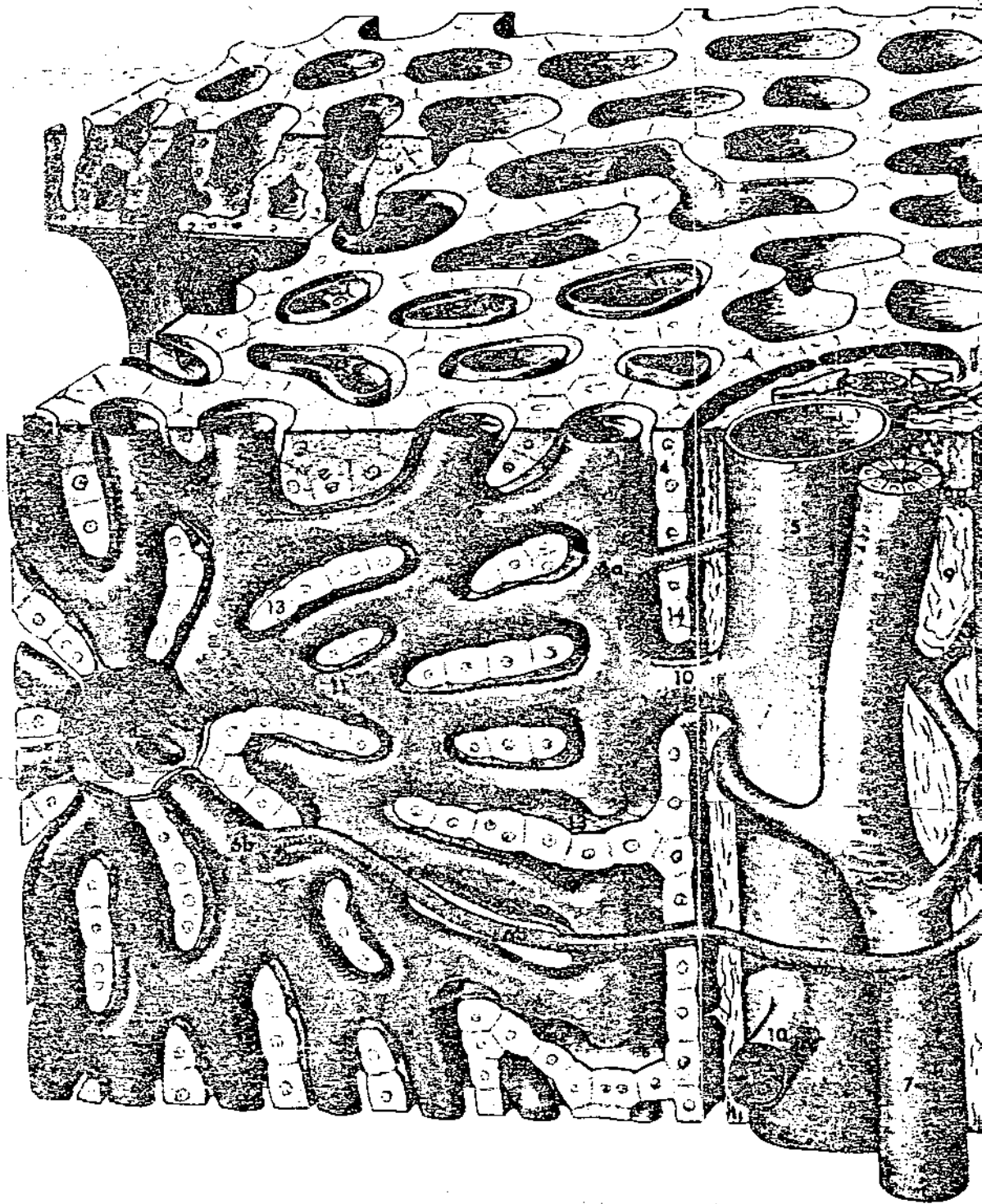
Η γραμμή της λειτουργικής διαίρεσης βρίσκεται δεξιά της πρόσφυσης του δρεπανοειδούς συνδέσμου και ακολουθεί ακανόνιστη πορεία εκ της κάτω κοίλης φλέβας λοξώς διά μέσου της πάνω επιφάνειας του ήπατος προς τον πυθμένα της χοληδόχου κύστης.

Στους λειτουργικούς δεξιό και αριστερό λοβό κατανέμονται ο δεξιός και αριστερός ηπατικός χοληφόρος πόρος, ο δεξιός και αριστερός κλάδος της πυλαίας φλέβας και αθροίζονται εξ αυτών η δεξιά και αριστερή μεζών ηπατική φλέβα.

ΔΙΑΠΛΑΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

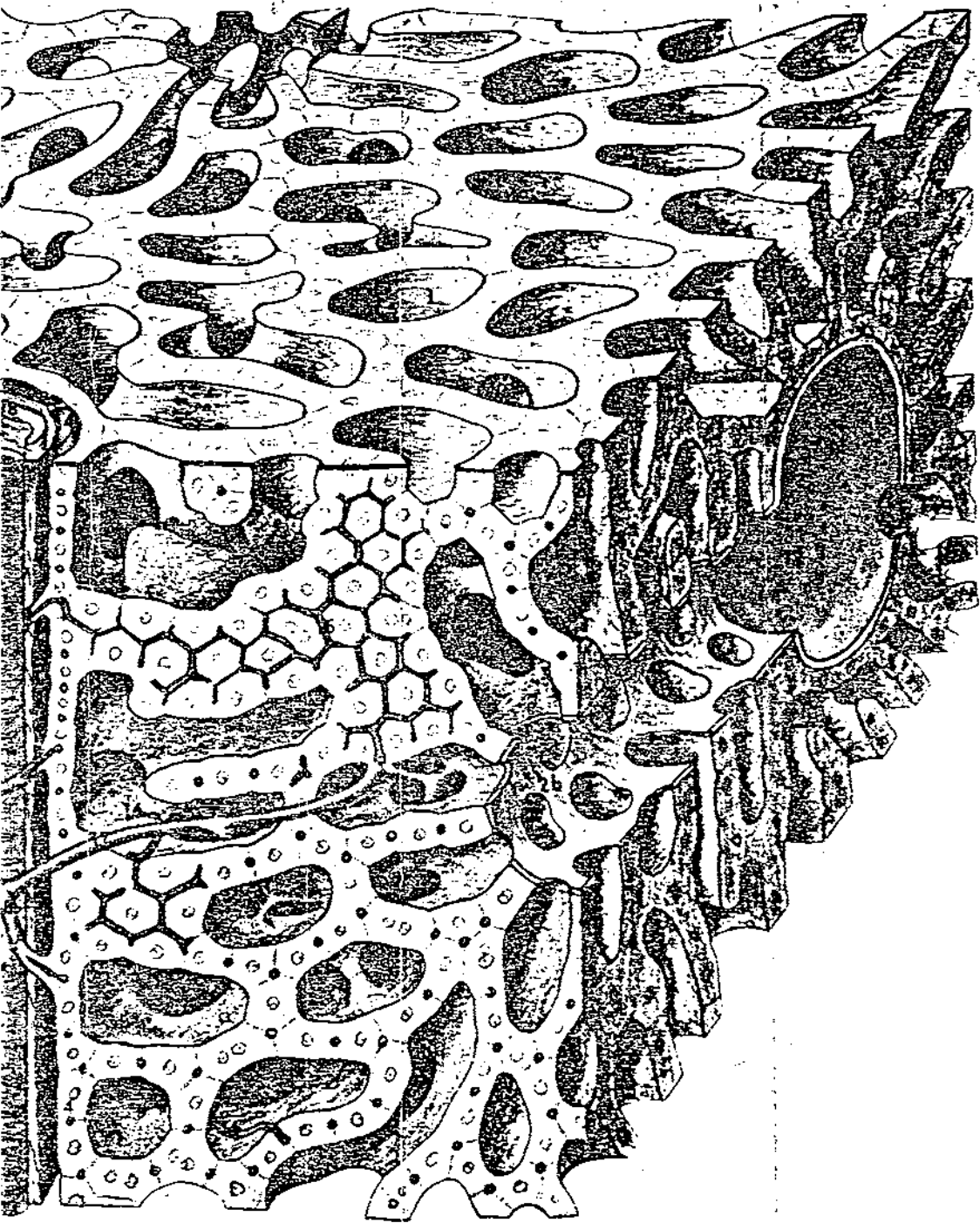
Το ήπαρ αρχίζει σαν κοιλιακό εκκόλπωμα του ενδοβλαστικού σωλήνα. Η καταβολή χωρίζεται σε δύο μέρη, το ηπατικό (κρανιακό), το οποίο σχηματίζει τον ηπατικό πόρο και τους κλάδους του και την κυρία μάζα του ηπατικού παρεγχύματος και το κυστικό(ουραίο), το οποίο σχηματίζει την χοληδόχο κύστη και τους χοληφόρους πόρους.

Η ηπατική μοίρα συνενοείται προς μεσεγγυματική μάζα, το πρωτογενές διάφραγμα, η οποία περιέχει τα μεσεγγυματικά στοιχεία του ήπατος, συμβάλλοντας σε μέρος του περικαρδίου και του διαφράγματος (εικόνα 8).



ΕΙΚΩΝ 8.— Σύνοψις τῆς λεπτοῦς κατασκευῆς τοῦ φυσιολογικοῦ ἥπατος ἀνθρώπου.

1. Κρόστη. 2. Κεντρικαὶ (ἥπατικαὶ) φλέβες. 3. Πυλαῖον διάστημα. 4. Ἄφοριστικὸν πέταλον.
 5. Πυλαία φλέψ. 6. Ἡπατικὴ ἀρτηρία. 6α. Ἀρτηριακὸν τριχοειδὲς ἐκκενοῦμενον ἐντὸς
 παρακυλίου κολποειδοῦς. 6β. Ἀρτηριακὸν τριχοειδὲς ἐκκενοῦμενον ἐντὸς ἐνδολοβίου κολποει-
 δοῦς. 7. Χοληφόροι πόροι. 8. Αἰμογαγγίον. 9. Περιπυλαῖος συνδετικὸς ἰστός. 10. Φλεβίδια.



11. Φλεβώδεις κόλποι (κολποειδή). 12. Υπολόβιος φλέψ. 13. Περικολπι ειδικός χώρος του Disse. 14. Περιπυλαίος χώρος του Mall. 15. Χοληφόρα τριχοειδή έντο; πεταλίων ήπατικών κυττάρων. 16. Χοληφόρα τριχοειδή επί της επιφανείας ήπατικών πεταλίων (δχι σε χνιά). 17. Ενδολόβιος χοληφόρος πόρος. 18. Μικρά χολαγγεία (περιλόβιοι χοληφόροι πόροι; εις πυλαία διαστήματα.

Εύγεντι άδειά G. D. Scarle & Co.

ΙΟΙ - ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΙΩΝ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Οι ιοί της ηπατίτιδας προκαλούν στον άνθρωπο οξεία φλεγμονώδη νόσο του ήπατος, την εξ' ιού ηπατίτιδα. Η λογενής ηπατίτιδα μπορεί να οφείλεται σε διαφόρους ιούς, ως τον ιό της λοιμώδους μονοκυρήνωσης, του κυτταρομεγαλοϊού, του απλού έρπητα, του κίτρινου πυρετού κ.α. Στην πράξη όμως, όταν μιλάμε για λογενή ηπατίτιδα, εννοούμε τη λοίμωξη που προκαλείται από δύο συγκεκριμένους ιούς ήτοι : α) τον ιό της ηπατίτιδας Α (ιός λοιμώδους ηπατίτιδας ή ιός ηπατίτιδας βραχέου χρόνου επώασης) και β) τον ιό της ηπατίτιδας Β (εξ ομολόγου ορού ηπατίτιδα ή μακρού χρόνου επώασης). Επί πλέον είναι σήμερα γνωστό, ότι υπάρχει ακόμη μια οντότητα που προκαλεί παρόμοια κλινική συνδρομή ως εκ του ιού Β (ιός ηπατίτιδας C). Επειδή ο αιτιολογικός παράγοντας δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί και δεν είναι γνωστό εάν η λοίμωξη οφείλεται σε ένα και μόνο ιό, προτείνεται ο όρος ηπατίτιδα non-A, non-B. Η ηπατίτιδα που οφείλεται στον ιό Α και στον ιό Β είναι δύο μορφές λογενούς ηπατίτιδας που παρουσιάζουν ανάλογη κλινική εικόνα, διαφέρουν όμως όσον αφορά την επιδημιολογία και τον τρόπο μεταδόσεως.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΧΑΡΑΚΗΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ

Τα κυριώτερα χαρακτηριστικά φαίνονται στον επόμενο πίνακα:

	<u>HAV</u>	<u>HBV</u>
Ιός	RNA	DNA
Τρόπος μεταδόσεως	κοπρανο-στοματικής οδού	κυρίως παρεντερικώς
Χρόνος επώασης	15-20 ημέρες (μέσος όρος 30 ημέρες)	40-180 ημέρες (μέσος όρος 90 ημ.)
Ηλικία	παιδιά-νεαρά άτομα	Όλες οι ηλικίες
Εποχιακή κατανομή	Φθινόπωρο-Χειμώνας	Όλο το έτος
Ανεύρεση ιού :		
Αίμα	Επώαση-Έναρξη	Μήνες-έτη
Κόπρανα	2εβδ. προ και 2 μετά	Σπανίως υπάρχει
Κλινικά-εργ. ευρήματα		
Έναρξη συμπτωμάτων	Αιφνιδίως	Ήπια
Πυρετός 38°C	Συνήθως υπάρχει	Συνήθ. δεν υπάρχει

Τρανσαμινάσες	1-3 εβδομάδες	1-3 μήνες
IqM	↑	Συνήθως φυσιολογική
HBsAg	-	Αίμα (σπανιότερα κόπρανα, χολή, σβέλο, ούρα, σπέρμα, δάκρυα κ.τ.λ.)
Ανοσία		
Ομόλογος	Ναι	Ναι
Ετερόλογος	Όχι	Όχι
Θνητότητα	0,1-02%	1-10%
Χρόνιοι φορείς	-	5-15%
Προφύλαξη δια γ-σφαιρίνης	Χορήγηση αποτρεπεί (κτερο	Ειδική υπεράνοσος σφαιρίνη (HBIG) - ποιικιλουσα αποτελεσματικότητα.
Προφύλαξη δια εμβολίου	-	>90% με όλες τις επιφυλάξεις.

Από μελέτες για τη μετάδοση της νόσου σε εθελοντές έχει προκύψει ότι οι λοιμογόνιοι παράγοντες της λοιμώδους ηπατίτιδας και της εξ ομολόγου ορού ηπατίτιδας είναι ιός παρόμοιο που το ακτιβές μέγεθος του ιού της λοιμώδους ηπατίτιδας είναι άγνωστο από μελέτες βασισμένες στη διήθηση έχει συναχθεί ότι η διάμετρος του ιού της εξ'ομολόγου ορού ηπατίτιδας δεν υπερβαίνει τα 26nm και οι δύο ιοί ανθίστανται στην ψύξη επί μήνες και δεν καταστρέφονται με την θέρμανση σε 56°C.

Ο ιός της εξ ομολόγου ορού ηπατίτιδας αδρανοποιείται διά θερμάνσεως στους 60°C επί δέκα (10) ώρες, αυτό ίσως αφορά και τον ιό της λοιμώδους ηπατίτιδας, είναι δε ανθεκτικός στον αέρα.

Από πολλές ορολογικές μελέτες έχει αποκαλυφθεί ότι στους πάσχοντες από ιό οξείας ιογενούς ηπατίτιδας υπάρχουν κυκλοφορούντα αντιγόνα περιοδικά κατά την περίοδο επώασης.

Ένα αντιγόνο, καλούμενο Αυστραλιανό αντιγόνο, έχει διαπιστωθεί με μεθόδους ανοσοδιάχυσης και σύνδεσης του συμπληρώματος στον ορό σε αναλογία 25-65% περίπου των πασχόντων από ύποπτη λοιμώδη ηπατίτιδα και 50-98% των πασχόντων από πιθανή ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού.

Το αντιγόνο αυτό βρίσκεται σε μικρή συχνότητα στο φυσιολογικό πληθυσμό στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη, αλλά είναι διαδεδομένο σε συχνότητα 3-25% σε μερικές τροπικές χώρες ως και στους πάσχοντες από σύνδρομο DAWN και λεπρωματώδους λέπρας.

Δια του άμεσου ανοσοφθορισμού έχει διαπιστωθεί η εντόπιση του αντιγόνου στους κυρήνες των ηπατικών κυττάρων, ενώ η εξέταση με το ηλεκτρονικό-μικροσκόπιο των παρασκευασμάτων του αντιγόνου απέδειξε την ύπαρξη ιόμορφων σωματιδίων διάμετρου 22μμ περίπου.

Κατά μία άποψη το Αυστραλιανό αντιγόνο είναι αυτός ο ίδιος ιός της εξ'ομολόγου ορού ηπατίτιδας ή μία από τις αντιγονικές υπομονάδες αυτού, η οποία πιθανώς έχει κοινό αντιγόνο με τον ιό της λοιμώδους ηπατίτιδας.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Οι μορφολογικές αλλοιώσεις που χαρακτηρίζουν την λοιμώδη και την εξ'ομολόγου ορού ηπατίτιδα είναι οι ίδιες συνισταμένες σε συνδυασμό ηπατοκυτταρικής νέκρωσης και αναγεννητικής δραστηριότητας, διάχυτη μονοκυρηνική φλεγμονώδη αντίδραση, υπερπλασία των κυττάρων του KUPFFER και ποικίλου βαθμού χολόσταση.

Κατά το τελικό στάδιο της περιόδου επώσεως και κατά οξύ κρόδρομο στάδιο της νόσου, επέρχεται διάσπαση των δοκίδων των ηπατικών κυττάρων και διαίρεται το δικτυωτό υπόστρωμα του ηπατικού λοβού.

Η ηπατοκυτταρική βλάβη καθίσταται εμφανής υπό την μορφή διαχύτων περιοχών ηπατοκυτταρικής εκφυλίσεως και νέκρωσης μετά ηπατοκυτταρικού μαρασμού, κυτταρικής εξοιδήσεως και οξεοφίλων σωματίων (δίκην σωματίων του COUNCILMAN).

Το μέγεθος και η χρώση των κυρήνων ποικίλουν, δεν παρατηρούνται έγκλειστα σωματίδια. Η ηπατοκυτταρική αναγέννηση υποσημαίνεται διά πολυάριθμων μιτωτικών στοιχείων, πολυκυρήνων κυττάρων, παχειών παρεγχυματικών δοκίδων και κυτοπλασματικής βασεοφιλίας.

Παρατηρείται ο καλούμενος " ψευδοαδενικός " ή " εν είδει ροζέττας " σχηματισμός των ηπατικών κυττάρων. Κατά της πυλαίας ζώνης και τις περιοχές της λοβιακής κέκρωσης υπάρχουν διηθήσεις εκ μονοπυρήνων κυττάρων.

Τα πολυμορφοπύρρηνα και τα ηωσινόφιλα κύτταρα αποτελούν μικρό μόνο μέρος της φλεγμονώδους αντιδράσεως. Τα κύτταρα του KUPFFER εμφανίζονται ως επικρατούντα και συχνά περιέχουν άφθονη κίτρινοφαία χρωστική (λιποφουσκίνη). Συνήθως είναι υπερπλάσια των χοληφόρων τριχοειδών. Η χολόσταση, υπό μορφής βυσμάτων ή θρόμβων χολής εντός των διατεταμένων χοληφόρων σωληναρίων και σταγονιδίων χολής εντός των παρεγχυματικών κυττάρων και των κυττάρων του KUPFFER, ποικίλλει εις έκταση που μοιάζει πάντοτε προς την προκαλούμενη υπό της μηχανικής αποφράξεως των χοληφόρων πόρων. Η λιπώδης διήθηση δεν αποτελεί γνώρισμα της λογενοϋς ηπατίτιδας, σε σπάνιες όμως περιπτώσεις είναι δυνατόν να επέλθει σε ελαφρά μορφή κατά την τελική φάση της ανάρρωσης.

Οι μορφολογικές βλάβες της ανικτερικής λογενοϋς ηπατίτιδας ποιοτικώς μεν είναι οι ίδιες με τις άνωτέρω, αλλά ποσ οτικώς συνήθως είναι αραιότερα. Σε περιορισμένο αριθμό μελετών, βασιζόμενες στην δι' ηλεκτρονικού μικροσκοπίου εξέταση υλικού βιοψίας εκ πασχόντων με οξεία λογενή ηπατίτιδα, έχει αποδειχθεί η ύπαρξη διασπάσεως και διευρύνσεως του ενδοπλασματικού δικτύου, διογκώσεως των μιτοχονδρίων και προεχόντων κενοτοπιωδών λυσσωμίων. Επίσης είναι δυνατόν να παρατηρηθεί τοπική διάσταση των χοληφόρων σωληναρίων μετ' απώλειας της μικρολαχνώδους μορφολογίας αυτών.

Δεν έχουν διαπιστωθεί κατά τρόπο αναμφισβήτητο χαρακτηριστικά λογενή έγκλειστα ή σωματία.

ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΤΥΠΟΥ Α (HAV)

Ο ιός παραπάνει σταθερός σε θερμοκρασία 60° C για μία (1) ώρα, στον αέρα και στα οξεία, αλλά αδρανοποιείται στην υπεριώδη ακτινοβολία και σε διάλυμα φορμόλης 1: 4000.

Το 1973 ο PURCELL βρήκε στα κόπρανα πασχόντων εξ ηπατίτιδας τύπου Α (κατά την οξεία φάση) σωματίδια μεγέθους 27η, τα οποία συγκολλούνταν από ορό αναρρωνυδόντων. Επίσης τα ίδια σωματίδια ανευρίσκοντο στα ηπατικά κύτταρα σκιουροπιθήκων (MARMOSSET) που μεταβιβάζονταν η ηπατίτιδα τύπου Α. Το 1975 ανευρέθησαν τα ίδια σωματίδια στο πρωτόπλασμα ηπατικών κυττάρων πασχόντων ανθρώπων.

Ο ιός απομονώνεται από τα κόπρανα 2 εβδομάδες προ και 2 εβδομάδες μετά την έναρξη των κλινικών συμπτωμάτων. Στο αίμα ανευρίσκεται στα αρχικά στάδια της νόσου. Το σωματίδιο του ιού μοιάζει με εκείνο των εντεροϊών. Είναι κυβικής συμμετρίας, άνευ ελύτρου και περιέχει RNA.

Η οξεία ηπατίτιδα εξ ιού Α, παρουσιάζεται σποραδικά ή υπό μορφή μικρών επιδημιών. Προσβάλλει συνήθως παιδιά και νέους. Ο χρόνος επώσεως είναι δύο (2) περίπου εβδομάδες, σπανιότερα μέχρι 6 εβδομάδες (ηπατίτιδα βραχέος χρόνου επώσεως) και μεταδίδεται δια των τροφών και του νερού τα οποία μολύνονται από τα κόπρανα.

Μετά την 10η ημέρα από της εμφάνισης του έκτερου η νόσος σπάνια μεταδίδεται δια των κοπράνων. Η πρόγνωση είναι πολύ καλή.-

ΙΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΤΥΠΟΥ Β (HBV)

Είναι ανθεκτικής σε θερμοκρασία 37°C για μία (1) ώρα, αλλά αδρανοποιείται σε θερμοκρασία άνω των 60°C. Σε θερμοκρασία 100°C για 10 λεπτά ο ιός χάνει την λοιμογόνο δύναμη, διατηρεί όμως την αντιγονικότητά του. Διατηρείται σε χαμηλές θερμοκρασίες για πολλά χρόνια. Δεν καταστρέφεται πάντοτε δια της υπεριώδους ακτινοβολίας.

Ο ιός της ηπατίτιδας Β ανευρίσκεται στο αίμα των ασθενών και των φορέων και στα κλάσματα του πλάσματος εκτός από το κλάσμα της γ-σφαιρίνης. Στο αίμα ανευρίσκεται από του προϊκτερικού στάδιου επί μήνες, χρόνια και ίσως καθ' όλη τη

διάρκεια της ζωής (χρόνιοι φορείς). Ο χρόνος επώασης είναι 40-180 ημέρες. Ο χρόνος από της μόλυνσης μέχρι της έναρξης των συμπτωμάτων είναι περίπου 7-8 εβδομάδες. Προσβάλλει κάθε ηλικία. Μεταδίδεται κυρίως παρεντερικώς, αν και σήμερα είναι γνωστό ότι μεταδίδεται από του στόματος, δια των κοπράνων όπως ο ιός Α και δια της συνουσίας. Ο κύριος τρόπος μεταδόσεως όμως παραμένει δια της μεταγγίσεως αίματος ή υποπροϊόντων αυτού. Ο ιός περιέχει DNA.-

ΑΝΤΙΓΟΝΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ

Το 1964 ο BLUMBERG και οι συνεργάτες του μελετώντας πολυμεταγγισθέντα άτομα βρήκαν στον ορό ενός πολυμεταγγισθέντος αιμοφιλικού αντισώματα τα οποία αντιδρούσαν με αντιγόνο ενός Αυστραλού ιθαγενούς. Το αντιγόνο αυτό ονομάστηκε Αυστραλιανό αντιγόνο.

Αργότερα φάνηκε η σχέση του αντιγόνου προς τον ιό της ηπατίτιδας Β. Το αντιγόνο αυτό έλαβε κατά καιρούς διάφορα ονόματα ως Αυστραλιανό αντιγόνο, αντιγόνο συνδεδεμένο προς ηπατίτιδα (HEPATITIS ASSOCIATED ANTIGEN, H.A.A.), αντιγόνο ηπατίτιδας Β (HEPATITIS - B ANTIGEN, HBAG). Προς αποφυγή συγχύσεως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1977 καθιέρωσε την ακόλουθη ορολογία για την ηπατίτιδα:

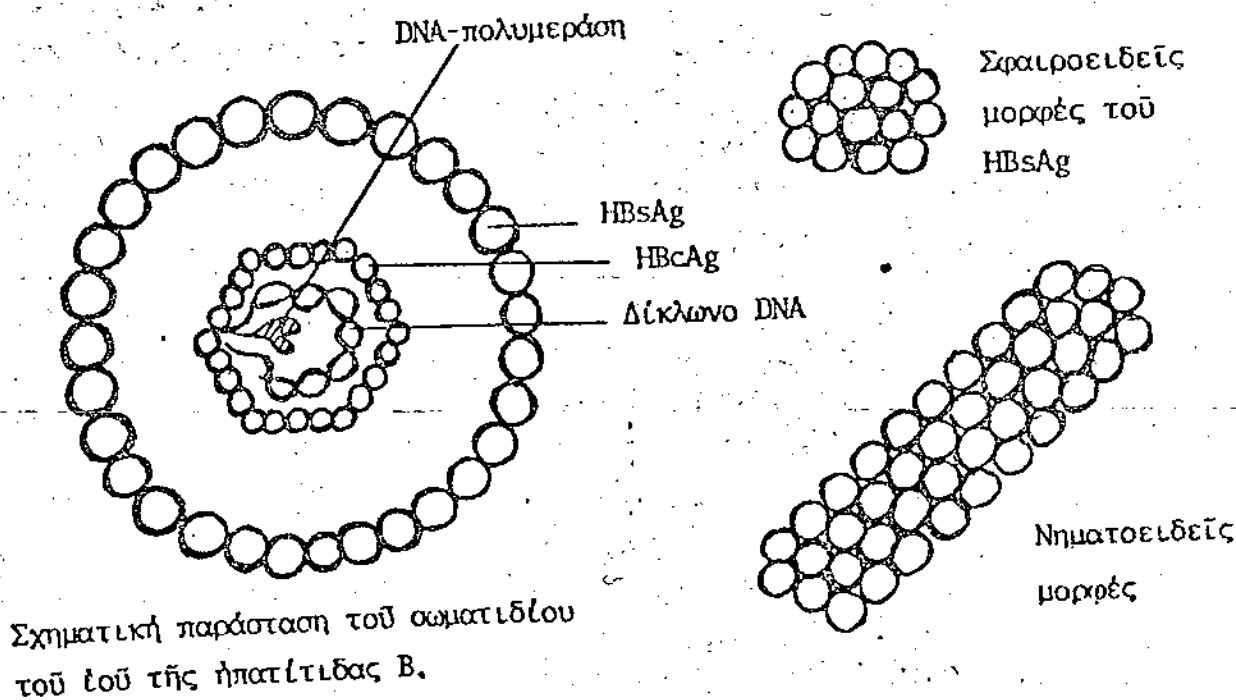
-
- | | | |
|---------------|---|--|
| HBV | : | Ιός ηπατίτιδας Β-σώτιο DANE |
| HBsAg | : | Επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β-Αυστραλιανό αντιγόνο. |
| HBcAg | : | Αντιγόνο του πυρήνα του ιού της ηπατίτιδας Β. |
| HBeAg | : | Το αντιγόνο "e" που συνδέεται με τον πυρήνα του σωματιδίου DANE. |
| Αηβι-HBc | : | Αντίσωμα έναντι του επιφανειακού αντιγόνου |
| Αηβι-HBc | : | Αντίσωμα έναντι του πυρήνα του ιού τύπου Β. |
| Αηβι-HBe | : | Αντίσωμα έναντι του αντιγόνου e |
| HAV | : | Ιός ηπατίτιδας Α |
| Αηβι-HAV | : | Αντίσωμα έναντι του HAV |
| Non-A, non-B: | : | Ο τρίτος τύπος του ιού που συνδέεται με ηπατίτιδα. (Δυνατό να προκαλείται από διαφορετικούς παράγοντες οι οποίοι δεν έχουν ακόμη ανακαλυφθεί). |
-

Στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, από τον ορό πασχόντων εξ ηπατίτιδας Β, αποκαλύπτονται τριών ειδών σωματίδια. Τα περισσότερα είναι μικρά, στρογγυλά διαμέτρου 20nm περίπου. Άλλα είναι επιμήκη, μήκους 50-230nm (νηματοειδείς μορφές). Το 1970 ο DANE και οι συνεργάτες του απομονώσανε ένα τρίτο είδος σωματιδίου, σωματίδιο DANE, διαμέτρου 40nm. Τα σωματίδια αυτά αποτελούνται από περίβλημα που έχει αντιγονικές ιδιότητες (HBsAg) και από κεντρικό πυρήνα διαμέτρου 27nm που μοιάζει μορφολογικά με εντεροϊό. Το σωματίδιο DANE είναι ο ιός της ηπατίτιδας Β του ανθρώπου.

Ο πυρήνας αποτελεί το πυρηνοκαψίδιο του ιού. Σχηματίζεται στον πυρήνα των ηπατικών κυττάρων. Περιέχει δίκλωνο DNA, DNA-πολυμεράση και αποτελεί το αντιγόνο του πυρήνα (HBcAg). Επίσης στο σωματίδιο DANE αναγνωρίζεται το ΗΒεAg. Το αντιγόνο αυτό ανιχνεύεται στον ορό πασχόντων κατά τη διάρκεια της μεγαλύτερης μολυσματικότητας του ατόμου και η παρουσία του σχετίζεται με την ενεργητικότητα της DNA-πολυμεράσης (ENZYMATIC ACTIVITY).

Το περίβλημα του ιού είναι πρωτεϊνικής υφής και αποτελείται από τα μικρά, στρογγυλά σωματίδια που παρατηρούνται στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Αποτελούν το επιφανειακό αντιγόνο του ιού (HBsAg).

Φαίνεται ότι τα σωματίδια αυτά υπερπαράγονται στο κυτταρόπλασμα των ηπατικών κυττάρων με αποτέλεσμα να κυκλοφορούν ελεύθερα στον ορό υπό μορφή σφαιριδίων ή νημάτων.



Το ΗΒςΑg αυτό καθαυτό αντιγονικώς είναι σύνθετο και ετερογενές. Η επιφάνειά του αποτελείται από ένα μωσαϊκό αντιγόνων τα οποία δυγατό να υπάρχουν σε διαφορετικούς σχηματισμούς. Υπάρχει μια κοινή καθοριστική αντιγονική υποομάδα, α, που είναι κοινή σε όλους τους σχηματισμούς. Επίσης έχουν χαρακτηρισθεί δύο επί πλέον ζεύγη: D και Υ και W και τ. Όλοι οι υπότυποι του ΗΒςΑg περιέχουν το α και τουλάχιστον ένα επιπλέον καθοριστικό αντιγόνο που συνήθως προέρχεται από τον συνδυασμό των δύο ζευγών. Έτσι έχουν χαρακτηρισθεί τέσσερις μεγάλοι υπότυποι εκ των οποίων οι τρεις, αδW, αγW και αδτ είναι πιο συχνοί ενώ ο αγτ είναι πιο σπάνιος. Πιθανώς οι υπότυποι να αντιπροσωπεύουν φαινότυπους ενός καθορισμένου γονότυπου του ιού της ηπατίτιδας Β.

Η πρωταρχική και καθοριστική αντιγονική υποομάδα είναι η α και τα αντισώματα που παράγονται έναντι του α είναι κοινά και για τους τέσσερις μεγάλους υπότυπους. Φαίνεται ότι οι υπότυποι δεν έχουν καμιά σχέση όσον αφορά την εκδήλωση της νόσου, εν τούτοις είναι πολύ χρήσιμοι στην επιδημιολογική μελέτη της νόσου.

Το ΗΒςΑg εμφανίζεται στο αίμα περίπου έξι εβδομάδες μετά την μόλυνση και συνήθως εξαφανίζεται μετά τρεις μήνες. Αποτελεί τον συντομότερο δείκτη της οξείας ηπατίτιδας Β. Η ανίχνευση του στο αίμα για περισσότερο από έξι μήνες σημαίνει ότι η λοίμωξη θα μεταπέσει σε χρόνια. Το ΗΒεΑg ανιχνεύεται στο αίμα μια εβδομάδα περίπου μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων και συνήθως δεν παραμένει πέραν των έξι εβδομάδων. Αποτελεί δείκτη οξείας ενεργού λοιμώξεως με αναπαραγωγή του ιού. Η παρουσία του ΗΒεΑg στο αίμα σημαίνει ότι τα άτομα αυτά είναι πολύ μολυσματικά στο περιβάλλον τους.

ΑΝΟΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΚΡΙΣΗ

Κατά τη διάρκεια της οξείας πρωτοπαθούς ηπατίτιδας Β ανιχνεύονται αντισώματα έναντι του ΗΒςΑg, ΗΒςΑg και ΗΒεΑg. Τα διάφορα αντισώματα συνήθως εμφανίζονται στον ορό με μια

καθορισμένη χρονική αλληλουχία.

Κατά τη διάρκεια δευτεροπαθούς λοιμώξεως εμφανίζεται μια άμεση και γρήγορη αύξηση του τίτλου των αντισωμάτων έναντι του ΗΒ_εΑ_g που παρέχει ανοσία σε περίπτωση επαναλοιμώξεως. Τα άτομα που εμφανίζουν αυτή την απόκριση δεν εμφανίζουν ποτέ κλινική ή βιοχημική εκδήλωση ενεργού λοιμώξεως.

Ο χρόνος για την εμφάνιση των Αη_βΙ-ΗΒ_ε ποικίλει. Σε άτομα με οξεία ηπατίτιδα Β τα αντισώματα έναντι του επιφανειακού αντιγόνου εμφανίζονται αργά, τρεις ή περισσότερους μήνες μετά την κλινική συνδρομή, και παραμένουν στο αίμα για πολλά χρόνια. Σε μερικά άτομα το ΗΒ_εΑ_g εξαφανίζεται πολύ πριν την εμφάνιση των Αη_βΙ-ΗΒ_ε.

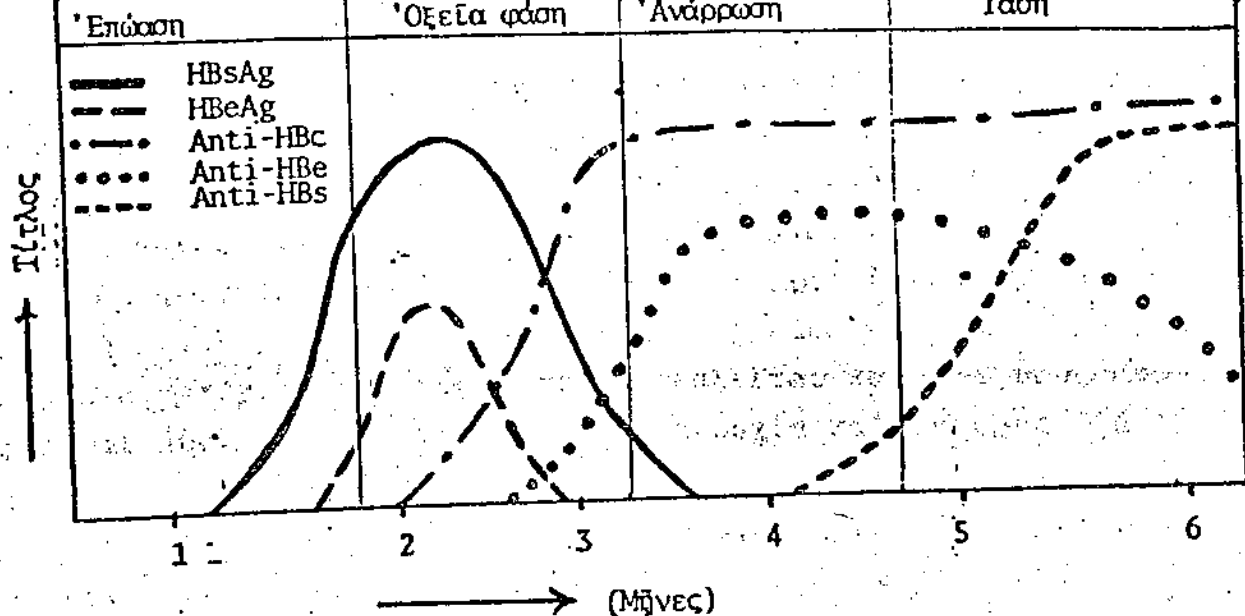
Αντιθέτως, σε ποσοστό 10% ή και περισσότερο οξείας ηπατίτιδας τα Αη_βΙ-ΗΒ_ε μπορεί να μην εμφανισθούν ποτέ, οπότε τα άτομα αυτά καθίστανται χρόνιοι φορείς της νόσου.

Τα Αη_βΙ-ΗΒ_ε συνήθως ανιχνεύονται στον ορό με την εμφάνιση των κλινικών συμπτωμάτων και μετά την εμφάνιση του ΗΒ_εΑ_g. Προηγείται της εμφάνισης των Αη_βΙ-ΗΒ_ε κατά εβδομάδες ή και μήνες. Έτσι, σε μερικές περιπτώσεις όπου δεν ανιχνεύεται το ΗΒ_εΑ_g και το Αη_βΙ-ΗΒ_ε αποτελεί τον μοναδικό ορολογικό δείκτη λοιμώξεως από τον Ιδ της ηπατίτιδας Β.

Η ανίχνευση του Αη_βΙ-ΗΒ_ε παραμένει συνήθως εφ' όρου ζωής σε χαμηλούς τίτλους και δεικνύει παλαιά λοίμωξη, ενώ η ανίχνευση του σε υψηλούς τίτλους δεικνύει συνεχή κολλαπλασιασμό του Ιού (ενεργό λοίμωξη).

Η ανίχνευση του ΗΒ_εΑ_g δεικνύει ενεργό λοίμωξη και αυξημένη μολυσματικότητα του ατόμου, ενώ η παράτασή του στον ορό δυνατό να σημαίνει μετάπτωση σε χρονιότητα.

Η εμφάνιση του Αη_βΙ-ΗΒ_ε συνήθως δεικνύει καλή πρόγνωση της οξείας φάσεως. Τα Αη_βΙ-ΗΒ_ε εμφανίζονται περίπου δύο εβδομάδες μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων και παραμένουν για αρκετούς μήνες.



Χρονολογική σειρά εμφάνισης των δεικτών της ηπατίτιδας Β.

Η επιμονή της φλεγμονώδους εξεργασίας του ηπατικού κυττάρου σε ορισμένα άτομα δυνατό να σημαίνει :

α) Ανεπαρκή ανοσολογική απόκριση με αποτέλεσμα την αδυναμία εξουδετερώσεως του ιού ή β) αυτοάνοσο κατάσταση. Σε αυτές τις περιπτώσεις έχουν ανιχνευθεί αυτοαντισώματα έναντι αντιγόνων του κυτταρικού τοιχώματος των ηπατικών κυττάρων και έναντι των λείων μυϊκών ινών. Παρ'όλο που η νόσος δεν χαρακτηρίζεται σαν αυτοάνοσο νόσημα εν τούτοις τα ανωτέρω δυνατό να σημαίνουν εξαλλαγή της κυτταρικής ανοσίας που αντανακλά την ικανότητα ενός ατόμου να αντιδρά σε μια λοίμωξη. Επί πλέον, έχουν ανιχνευθεί συμπλέγματα αντιγόνου - αντισώματος τα οποία έχουν συσχετισθεί με εξωηπατικές βλάβες μετά λοίμωξη από ιό της ηπατίτιδας Β.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β.

Αρχικά χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ανοσοδιαχύσεως σε άγαρ. Αυτή αντικαταστάθηκε δια μεθόδων ανοσοηλεκτροφορήσεως και συνδέσεως του συμπληρώματος. Αρκετά καλή είναι και η μέθοδος της ανάστροφο αιμοσυγκολλήσεως. Οι πλέον ευαίσθητοι μέθοδοι είναι οι ανασθενζυματικές και οι ραδιοανοσολογικές μέθοδοι.

ΕΠΙΔΗΜΟΛΟΓΙΑ

Η περίοδος επώασης της λοιμώδους ηπατίτιδας ποικίλλει μεταξύ 15 και 60 ημερών, στις περισσότερες δε επιδημίες φθάνει κατά μέσον όρο τις 30 ημέρες. Η περίοδος επώασης της ηπατίτιδας εξ ομολόγου ορού είναι μεγαλύτερη και κυμαίνεται μεταξύ 60 και 180 ημερών. Όπως φαίνεται στον πίνακα (1) η αιμία επέρχεται κατά την περίοδο επώασης και κατά την αρχική φάση της νόσου τόσο κατά την λοιμώδη όσο και κατά την εξ'ομολόγου ορού ηπατίτιδα και ιδίως 2 - 3 εβδομάδες πριν την εμφάνιση του ίκτερου στην λοιμώδη ηπατίτιδα και ήδη 3 μήνες πριν τον ίκτερο στην ηπατίτιδα από ομολόγο ορό. Η διάρκεια της αιμίας δεν είναι συγκεκριμένη. Σε μελέτες επί εθελοντών δεν διαπιστώθηκε αιμία μετά ένα (1) μήνα από της εισβολής λοιμώδους ηπατίτιδας ή κατά την ανάρρωση εξ ηπατίτιδας ομολόγου ορού. Σε πρόσφατη έρευνα σε διανοητικώς καθυστερημένα παιδιά που υπέστησαν λοίμωξη από ιό ηπατίτιδας εξ ομολόγου ορού, διαπιστώθηκε αντιγόνο, συναφές προς την ηπατίτιδα, σε αναλογία 50% από αυτά και για διάστημα έως 3 χρόνια.

Η απέκκριση του ιού δια μέσου των ούρων ή των ρινορρυγγικών εκκρίσεων δεν έχει αποδειχθεί μετά-βεβαιότητας όσον αφορά την λοιμώδη, όσο και την εξ'ομολόγου ορού ηπατίτιδα. Η διά των κοπράνων απέκκριση του ιού της λοιμώδους ηπατίτιδας έχει αποδειχθεί συνετελουμένη στις δύο τελευταίες εβδομάδες της περιόδου επώασης και στις πρώτες λίγες ημέρες της οξείας φάσεως της νόσου, ανεξάρτητα της οδού ενοφθαλμισμού. Η αποβολή δια των κοπράνων, του ιού μετά την εξαφάνιση του ίκτερου είναι αρκετά σπάνια.

Σε αντίθεση με τις διαπιστώσεις του ιού της λοιμώδους ηπατίτιδας, οι αρχικές έρευνες σε εθελοντές δεν αποκάλυψαν την απέκκριση δια των κοπράνων του ιού της ηπατίτιδας εξ'ομολόγου ορού μετά παρεντερική μετάδοση αυτής. Ομοίως δε κατέστη δυνατή η μετάδοση της εξ'ομολόγου ορού ηπατίτιδας

κατά την χορήγηση από το στόμα ορού ή αίματος εκ πασχόντων με οξεία νόσο.

Σε μεταγενέστερες όμως παρατηρήσεις προέκυψε ότι είναι δυνατόν να γίνει η απέκκριση διά των κοπράνων του ιού της εξ ομολόγου ορού ηπατίτιδας και η μετάδοση αυτής με την οδό κοπράνων - στόματος.

Η συχνότης μεταδόσεων, με αυτό τον τρόπο δεν είναι γνωστή αν και είναι σπάνιος. Εξαιρούνται ειδικές συνθήκες (π.χ. σε κλειστά ιδρύματα με πολύ δυσμενείς όρους υγιεινής).

Σε πειραματικές συνθήκες έχει αποδειχθεί η ύπαρξη ομολόγου ανοσίας όσον αφορά την λοιμώδη ηπατίτιδα, όσο και την εξ ομολόγου ορού ηπατίτιδα. Δεν έχει διαλευκανθεί το αν η ανοσία είναι πλήρης ή ισόβιος, δεδομένου ότι αποδεδειγμένα έχουν παρατηρηθεί λοιμώξεις. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι δεύτερες προσβολές πιθανόν να οφείλονται σε διάφορα αντιγονικά στελέχη του ιού. Η ύπαρξη ετερολόγου ανοσίας δεν έχει αποδειχθεί.

(Η λοιμώδης ηπατίτιδα είναι κυρίως νόσος των παιδιών και των νεαρών ενηλίκων, ενώ η εξ ομολόγου ορού ηπατίτιδα δεν έχει συγκεκριμένη ηλικία. Η συχνότητα της λοιμώδους ηπατίτιδας ανέρχεται κατά το τέλος Φθινοπώρου στα εύκρατα κλίματα, αποκορυφώνεται το Χειμώνα και κατέρχεται κατά το τέλος της Άνοιξης και κατά τη διάρκεια του Καλοκαιριού. Όσον αφορά την εξ ομολόγου ορού ηπατίτιδα δεν υπάρχει καμιά εποχιακή κύμανση. Και οι δύο λοιμώξεις είναι παγκόσμια διαδεδομένες. Στη Βόρειο Αμερική και την Ευρώπη έχουν παρατηρηθεί κυκλικές περιόδους 5 - 10 ετών μεταξύ των ετών εξάρσεων των επιδημιών της ηπατίτιδας.)

(Ο συνηθέστερος τρόπος εξαπλώσεως της λοιμώδους ηπατίτιδας αποτελεί η μετάδοση διά μέσου κοπράνων - στόματος, κυρίως κατά την επαφή άτομο με άτομο. Η προοδευτική αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων, η εμφάνιση σε νεαρά παιδιά, η εμφάνιση στην ίδια οικογένεια και η γεωγραφική γειτνίαση των περιπτώσεων αποδεικνύουν την μετάδοση από άτομο σε άτομο.)

Σημαντική πηγή της λοιμώξεως αποτελεί πιθανόν η επαφή σε παιδιά και ενήλικες που πάσχουν από ανικτερική λοίμωξη ή σε ασυμπτωματικούς φορείς. Σε υπολογισμούς η αναλογία των ικτερικών προς τις ανικτερικές περιπτώσεις της λοιμώδους ηπατίτιδας κυμαίνεται από 1:1 στους ενήλικες μέχρι 1:10 στα παιδιά.

Δεν υπάρχουν πειστικές αποδείξεις για μόλυνση μέσω της αναπνευστικής οδού ή για το ότι τα αρθρόποδα παίζουν ρόλο μηχανικών φορέων της ηπατίτιδας. Σε προσεκτικές επιδημιολογικές έρευνες έχει αποδειχθεί ότι εκτίθενται σε σημαντικό κίνδυνο ηπατίτιδας όσοι ασχολούνται με ζώα και έρχονται σε επαφή με πρόσφατα εισαγόμενα ανθρωποειδή και ότι τα είδη αυτά πιθανόν να αποτελούν φορείς του ιού της λοιμώδους ηπατίτιδας και μάλιστα να υπόκεινται σε λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας του ανθρώπου.

Έχει διαπιστωθεί η προέλευση πολλών επιδημιών λοιμώδους ηπατίτιδας από μολυσμένο νερό και γάλα και από άλλες τροφές όπως ωμών αχρηβάδων και οστρέων. Αυτές οι επιδημίες προσβάλλουν συχνότερα τους ενήλικες. Η προσβολή μεγάλου αριθμού ενηλίκων (ιδίως κατά το καλοκαίρι) είναι ενδεικτική του τρόπου μετάδοσης της νόσου από κοινή πηγή παρά από άτομο σε άτομο.

Η παρεντερική μετάδοση αποτελεί τον κύριο τρόπο εξάπλωσης της ηπατίτιδας εξ ομολόγου ορού και σημαντική πηγή προσβολής από λοιμώδη ηπατίτιδα. Η μόλυνση βελονών, συριγών, χειρουργικών μαχαιριδίων και εργαλείων δερματοστιξίας (τατουάζ) έχει οδηγήσει σε επιδημίες ηπατίτιδας εξ ομολόγου ορού.

Αποτελεί η ηπατίτιδα Β παγκόσμια απειλή, υπολογίζεται δε ότι υπάρχουν γύρω στα 170.000.000 ασυμπτωματικών φορέων ηπατίτιδας Β στον κόσμο. Μεταδίδεται μετά από άμεση επαφή με μολυσμένο αίμα ή στενή επαφή με ασθενείς ή φορείς του ιού.

Λόγω της μακράς περιόδου εκώασης, η διάδοση του ιού διευκολύνεται. Από τη στιγμή της κλινικής εκδηλωθείσας ηπατίτιδας καμιά θεραπεία δεν μπορεί να αλλάξει την πορεία της νόσου. Λόγω της μακράς περιόδου ανάρρωσης και ιατρικής παρακολούθησης (συνικά 6 μήνες ή και περισσότερο) η νόσος είναι εξουθενωτική και στις ηπιότερες περιπτώσεις. Επί πλέον οι θάνατοι παγκοσμίως ανέρχονται σε χιλιάδες κάθε χρόνο.

Η ηπατίτιδα Β αποτελεί σοβαρό κίνδυνο λόγω των αποβλητών τρόπων που μπορεί να μολυνθεί κανείς. Σήμερα γίνεται παραδεκτό ότι η μόλυνση είναι δυνατή κατόπιν επαφής με μολυσμένα σωματικά υγρά όπως : αίμα, ούρα, σπερο, σπέρμα, δάκρυα, χολή, κολπικές εκκρίσεις, μητρικό γάλα και σπάνια με τα κόπρανα. Τυχαία τσιμπήματα με βελόνα ή κόψιμο, το σχίσιμο των γαντιών κατά την εξέταση βλεννογόνων ή κατά την εγκέλιση, η εξέταση σωματικώς υγρών δίχως γάντια, η μόλυνση από αιμορραγικό ή εμετικό υλικό στα επείγοντα περιστατικά και η αιμοκάθαρση αποτελούν τους κυριώτερους τρόπους επαφής με τα μολυσμένα σωματικά υγρά.

Άτομα τα οποία υφίστανται αιμοκάθαρση, στοματοδοντικές επεμβάσεις, συνεχείς μεταγγίσεις αίματος, βελονισμό, τρύπημα αυτιών, τατουάζ, μεταμόσχευση μαλλιών, κατάχρηση καρεντερικής χορήγησης φαρμάκων (ναρκομανείς), ομοφιλόφιλοι και άτομα ποικίλης σεξουαλικής δραστηριότητας εκτίθενται σε μεγάλο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό της ηπατίτιδας Β. Ο επιπολασμός της νόσου είναι ιδιαίτερα αυξημένος στους γιατρούς, στο υγειονομικό προσωπικό (νοσηλευτικό, τεχνικό, διοικητικό) και στους τρόφιμους διαφόρων ιδρυμάτων (απροσάρμοστοι, φυλακισμένοι). Ο ιός επίσης μεταδίδεται δια του πλακούντα στο έμβρυο. Οι μητέρες με θετικό ΗΒsAg μεταδίδουν τον ιό σε ποσοστό 40 - 50%, ενώ όταν είναι θετικές στο ΗΒsAg, μεταδίδουν τον ιό σε ποσοστό 80 - 95%. Συνήθως η μόλυνση στα βρέφη είναι ασυμπτωματική και πολύ σπάνια εκδηλώνεται η νόσος.

Συχνότητα εμφάνισης Anti-Hbs

Φοιτητές Ιατρικής	
3ου έτους φοιτήσεως	2,5%
4ου έτους φοιτήσεως	3,6%
5ου έτους φοιτήσεως	4,3%
6ου έτους φοιτήσεως	10,5%

Συχνότητα ευρέσεως επιφανειακών αντισωμάτων ηπατίτιδας Β κατά ιατρική ειδικότητα.

Ειδικότητες % θετικό

Παθολογοανατόμοι	27
Χειρουργοί	28
Παθολόγοι	18
Παιδίατροι	21
Αναισθησιολόγοι	17
Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	16
Οικογενειακός	16
Χωρίς φροντίδα ασθενών	4
Άλλες ειδικότητες	15

Επικολασμός σε επιλεγμένες υψηλού κινδύνου ομάδες υγειονομικού προσωπικού.

Ομάδες-παραϊατρικές ειδικότητες	Επικολασμός
Αιμοδοσίας-αιμοκαθάρσεως	27%
Νεκροτόμοι	24%
Προσωπικό ΗΚΓ και αναπνευστικών μονάδων	19%
Εργαστηριακό προσωπικό	18%
Οδοντίατροι-Αναισθησιολόγοι	
Προσωπικό Χειρουργείου	17%
Βοηθητικό, διαχειριστικό και διοικητικό προσωπικό	15%

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (1)

Χαρακτήρες	ΛΗ	Η00
Περίοδος επώσεως	15-60ημέρες	60-180 ημέρες
Οδός μόλυνσεως :		
Από το στόμα	+	σπάνια
Παρεντερική	+	+
Ύπαρξη ιαιμίας κατά την :		
Περίοδο επώσεως	+	+
Οξεία φάση	+	σπάνια
Ανάρρωση	σπάνια	σπάνια +
Παρουσία του ιού εις τὰ κόπρανα κατά την :		
Περίοδο επώσεως	+	σπάνια +
Οξεία φάση	+	σπάνια +
Ανάρρωση	σπάνια	;

ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ ΤΗΣ ΤΥΠΙΚΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΦΑΣΗ :

Στους περισσότερους ασθενείς που προσβάλλονται από οξεία ιογενή ηπατίτιδα την εκδήλωση του βκτηρου προηγούνται μη ειδικά συστηματικά και γαστρεντερικά συμπτώματα. Ο ασθενής εμφανίζει απότομα 2 - 14 ημέρες πριν την εκδήλωση του βκτηρου, ανορεξία, κόπωση, κακουχία και καταβολή των δυνάμεων τα οποία μπορεί να ακολοθηθούν ή να συνοδεύονται από ναυτίες, εμέτους, διάρροια και πολλές φορές αρθραλγιών. Η απώλεια της όρεξης δυνατόν να είναι λίαν έντονη φτάνοντας μέχρι σαφή αποστροφή των τροφών.

Άλλο συνηθισμένο και περίεργο σύμπτωμα είναι η αποστροφή του καπνίσματος. Ο ασθενής συνήθως παράπονιέται για δυσάρεστο αίσθημα κατά το ΔΕ, άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς ή το επιγάστριο το οποίο περιγράφεται ως άλγος ή ως αίσθημα πληρότητας.

Πυρετός 38°C- 40°C και συμπτώματα "γριποειδούς" νόσου όπως βήχα, ρινίτιδα, φαρυγγίτιδα, μυαλγία και φωτοφοβία απαντούν συχνά σε λοιμώδη ηπατίτιδα και πιο σπάνια σε ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού διαφορετικά έρχεται ύπουλα. Αλλά και η λοιμώδη ηπατίτιδα μπορεί να εισβάλει ύπουλα και συνήθως χωρίς πυρετό, επί παρεντερικής μεταδόσεώς της. Πολλές φορές κατά τη διάρκεια του προδρόμου σταδίου παρατηρούνται κνίδωση, δερματικά εξανθήματα, αγγειονευρωτικό οίδημα και σπάνια πολυαρθρίτιδα.

Μία μέχρι τέσσερις ημέρες πριν την εμφάνιση του ίκτερου, τα ούρα γίνονται σκοτεινόχροα λόγω της χολερυθρινουρίας και συχνά η χροιά των κοπράνων γίνεται ανοιχτότερη. Στο στάδιο αυτό κυρίως και πρωταρχικό σύμπτωμα μπορεί να είναι ο κνησμός ο οποίος συνήθως είναι παροδικός. Σε μερικές ασθένειες η νόσος προσλαμβάνει ελαφρότερη κλινική μορφή κατά την οποία μπορεί να μην εμφανιστεί ίκτερος σε καμιά φάση. (ανικτερικές περιπτώσεις). Τα ευρήματα από φυσικές εξετάσεις μπορεί να είναι ελάχιστα κατά την αρχική πρόδρομη φάση, αλλά στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών υπάρχει διάγνωση και ευαισθησία του ήπατος.

ΙΚΤΕΡΙΚΗ ΦΑΣΗ :

Μετά την εμφάνιση του ίκτερου τα κλινικά γνωρίσματα της λοιμώδους ηπατίτιδας και της ηπατίτιδας εξ ομολόγου ορού είναι αυτά.

Η βαρύτητα των προδρόμων γαστρεντερικών συμπτωμάτων συνήθως μειώνεται μέσα σε λίγες ημέρες και ο πυρετός υποχωρεί ταχέως. Η ένταση του ίκτερου αποκορυφώνεται μεταξύ της πρώτης και δεύτερης εβδομάδας και στη συνέχεια μειώνεται σταθερά. Η διάρκεια του ίκτερου ποικίλλει, αλλά κατά τις τυπικές περιπτώσεις δεν υπερβαίνει τις 6-8 εβδομάδες. Κατά το τέλος της προδρόμου και στις αρχές της ικτερικής φάσης οι ασθενείς παρουσιάζουν απώλεια σωματικού βάρους που φτάνει τα 2 - 8 KGR.

Τα κόπρανα κατά την εμφάνιση του ίκτερου δυνατόν να προσβάλουν αργιλώδη χροιά, καθίστανται εκ νέου σκοτεινόχροα κατά την υποχώρηση του ίκτερου. Τα κατά την ικτερική φάση φυσικά ευρήματα συνίστανται σε διόγκωση και ευαισθησία του ήπατος. Η διόγκωση και η ευαισθησία του ήπατος αρχίζουν να μειώνονται μετά 1 - 2 εβδομάδες από την εκδήλωση του ίκτερου και το ήπαρ επανέρχεται στο φυσιολογικό του μέγεθος μετά αρκετές εβδομάδες.

Σε αναλογία 20% περίπου των περιπτώσεων παρατηρούνται οπίσθια τραχηλική λεμφαδενοπάθεια και σπληνομεγαλία. Σε σπάνιες περιπτώσεις κατά τη διάρκεια της ικτερικής φάσης εμφανίζονται λίγα αραχνοειδή αγγειώματα τα οποία εξαφανίζονται κατά την ανάρρωση.

ΦΑΣΗ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ :

Αμέσως μετά την υποχώρηση του ίκτερου ο ασθενής συνήθως αισθάνεται καλά, αλλά η ανάρρωση σπάνια ολοκληρώνεται σ' αυτό το στάδιο. Το ήπαρ μπορεί να εξακολουθεί να παρουσιάζει διόγκωση και ελαφρή ευαισθησία και οι ανωμαλίες της ηπατικής λειτουργίας είναι ακόμα έκδηλες. Συχνά δε πρωτεύον σύμπτωμα στη φάση αυτή είναι το αίσθημα κόπωσης. Η διάρκεια της μεταϊκτερικής αυτής φάσεως ποικίλλει από 2 - 6 εβδομάδες, αλλά σε μερικές περιπτώσεις είναι μεγαλύτερη. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις η πλήρη κλινική ανάρρωση και βιοχημική αποκατάσταση πρέπει να ανένεται μέσα σε 3 - 4 μήνες. Σε σπάνιες περιπτώσεις η νόσος ακολουθεί ελαφρά, αλλά παρατεταμένη διαδρομή, οπότε η ηπατομεγαλία και η περιοδική παθολογική έκβαση των δοκιμασιών της ηπατικής λειτουργίας παραμένουν 1 - 2 έτη. Σε μερικούς ασθενείς στην περίοδο της ηπατικής δυσλειτουργίας έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη κυκλοφορούντος συναφούς αντιγόνου προς την ηπατίτιδα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις της " καθυστερημένης ανάρρωσης" ή "επίμονης ηπατίτιδας" η βιοψία του ήπατος αποκαλύπτει την ύπαρξη πυλαίας μονοπυρηνικής διήθησης και ελαφρής ηπατοκυτταρικής νέκρωσης, χωρίς την ένδειξη της κίρρωσης. Αλλά παρ' όλο που καθυστερεί η ανάρρωση σ' αυτούς τους ασθενείς συνήθως ακολουθεί πλήρη ανάρρωση.

Η θνητότητα της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας φαίνεται ότι εξαρτάται εν μέρει από τον τρόπο μετάδοσης. Σε πάσχοντες από λοιμώδη ηπατίτιδα μεταδοθείσα με τα κόπρανα-στόμα η θνητότητα φτάνει τα 0,1 - 0,4% των περιπτώσεων. Αντίθετα η θνητότητα της παρεντερικής μεταδιδόμενης λοιμώδους ηπατίτιδας (π.χ. της κατόπιν μεταγγίσεως αίματος ηπατίτιδας μετά έκτερου) ή της ηπατίτιδας εξ ομολόγου ορού ανέρχεται στο 10-12% των περιπτώσεων. Η ηλικία, η εξασθένηση, η ύπαρξη κακοήθους νόσου και πιθανώς η κύηση μειώνουν την πιθανότητα επιβίωσης. Η αντιιικτερική μορφή της νόσου σπάνια αποβαίνει θανατηφόρα.-

ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΔΡΑΣΗ

Οι αλλοιώσεις και από τους δύο τύπους της ηπατίτιδας είναι ίδιες. Ο ιός μεταφέρεται διά του αίματος, εγκαθίσταται και πολλαπλασιάζεται στο ήπαρ. Το ήπαρ πολλές φορές είναι διογκωμένο.

Ιστολογικώς παρατηρείται α) νέκρωση των ηπατικών κυττάρων κυρίως γύρω από την κεντρική φλέβα β) κεντρολοβιώδη φλεγμονώδη διήθηση από μονοπύρρηνα και γ) φλεγμονώδη διήθηση των πυλαίων διαστημάτων από μονοπύρρηνα.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της λοιμώξεως εκ των ιών της ηπατίτιδας ποικίλουν. Παρουσιάζουν όλο το φάσμα από των αφανών λοιμώξεων δίχως συμπτώματα ή ελαφρά κλινικά συμπτώματα μετά γαστρεντερικών διαταραχών δίχως ιδιαίτερη προσβολή του ήπατος. Οι περιπτώσεις αυτές είναι οι συχνότερες παρατηρούμενες. Σε μικρότερο ποσοστό εκδηλώνεται κλινικώς η νόσος με ή χωρίς έκτερο η οποία δυνατό να είναι βαρεία και να οδηγήσει σε κώμα και στο θάνατο.

Τα κύρια συμπτώματα της νόσου που προκαλείται και από τους δύο ιούς είναι πυρετός, ναυτία, έμετος, κακουχία και έκτερος. Τα ούρα είναι κεχρωσμένα λόγω παρουσίας χολοχρωστικών. Συνήθως το ήπαρ είναι διογκωμένο και ευαίσθητο. Εργαστηριακά, η χολερυθρίνη είναι πολύ αυξημένη

(σε βαρειές περιπτώσεις άνω των 20 mg/100ml), η αλκαλική φωσφατάση συνήθως είναι φυσιολογική ενώ οι τιμές των τρανσαμινασών (SGOT και SGPT) και της γαλακτικής αφυδρογονάσης (LDH) είναι σαφώς αυξημένες.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΟΞΕΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΕΣ ΤΟΥ Β'

1. Αρχικώς ναυτία, έμετοι, κακουχία και ευαισθησία κατά την ηπατική χώρα.
2. Πυρετός όχι υψηλότερος συνήθως από 38⁰C που διαρκεί λίγες μόνο ημέρες στις περισσότερες περιπτώσεις.
3. Ίκτερος συνήθως 4 - 7 ημέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων. Ταχέως με την εμφάνιση του ίκτερου ο πυρετός και τα γενικά φαινόμενα υποχωρούν και ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Ο ίκτερος διαρκεί συνήθως γύρω στις δύο εβδομάδες σε ικανοποιητικό δε αριθμό καθίσταται αποφρακτικός συνοδεύεται από απόχρωση των κοπράνων.
4. Διόγκωση και ευαισθησία κατά την πύεση του ήπατος ενώ στο 20% των περιπτώσεων περίπου βρίσκεται σπληνομεγαλία.
5. Μερικές φορές ίσως να συνυπάρχει διόγκωση λεμφαδένων, αρθραλγίες, εξάνθημα ερυθρηματώδες ή κνιδωτό.
Η νόσος διαρκεί 2 - 6 εβδομάδες, άλλοτε όμως μπορεί να διαρκέσει 2 - 3 μήνες.

Η πορεία και η εξέλιξη της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας είναι:

- α) Υποχώρηση είναι ο κανόνας.
- β) Υποτροπές ασθενείς εμφανίζουν επανειλημμένες προσβολές οξείας ηπατίτιδας με τελική έκβαση την ίαση.
- γ) Κεραυνοβόλος ηπατίτιδα. Σε μερικές περιπτώσεις οι αρχικές εκδηλώσεις : αδυναμία, ανορεξία, ναυτία και έμετος είναι εντονότερες του συνηθισμένου και δεν υποχωρούν. Μετά μερικές ημέρες από την έναρξή τους η κατάσταση επιδεινώνεται και προστίθενται συγχητικά φαινόμενα παραληρήματος και κώματος. Θάνατος επέρχεται συνήθως εντός 2-3 εβδομάδων από την έναρξη της νόσου.

Η βαρεία αυτή μορφή προκαλείται συνήθως από τον ιό Β. Ιστολογικά βρίσκεται διάχυτη νέκρωση ολόκληρου του λοβού σχεδόν διάχυτη σ' όλο το ήπαρ.

Τα ηπατοκύτταρα εξαφανίζονται ενώ αντικαθίστανται από φλεγμονώδη κύτταρα και κύτταρα KUPFFER.

Η θνητότητα είναι λίγο υψηλή. Παρ' όλα αυτά όμως ποσοστό 10-15% των ασθενών μετά από βαρύ κώμα αποκαθίστανται.

δ) Εξέλιξη προς χρόνια ηπατίτιδα (επιμένουσα ή ενεργό) κατά τους περισσότερους τέτοια εξέλιξη αφορά σχεδόν αποκλειστικά τον ιό Β.

ε) Εξέλιξη προς κίρρωση. Αυτή είναι σπανιώτατη, εμφανίζεται όμως μέσω : I) χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας, II) βαρείας νέκρωσης όταν δεν καταλήγει σε θάνατο κατά την οξεία φάση, III) μετανεκρωτικής ουλώσεως.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κατά την προϊκτερική φάση η ιογενής ηπατίτιδα μπορεί να παρουσιάζει ομοιότητες με άλλες οξείες ιογενείς λοιμώδεις νόσους. Η διαγνωστική σκέψη μπορεί να στραφεί προς την γαστρεντερίτιδα ή την γρίπη, αλλά η ηπατίτιδα συνήθως διακρίνεται από την ύπαρξη διόγκωσης και ευαισθησίας του ήπατος και αύξησης των τρανσαμινών ως και της μετέπειτα πορείας αυτής.

Η από την μεθ' ηπατίτιδας λοιμώδης μονοκυρήνωσης κλινική διάκριση της ιογενούς μπορεί να αποβεί αδύνατη, αλλά η ύπαρξη και ευαίσθητων λεμφαδένων φαρυγγίτιδας και σπληνομαγαλίας είναι πολύ πιο συνηθισμένη κατά την λοιμώδη μονοκυρήνωση. Τελικά η διάκριση επιτυγχάνεται με την δοκιμασία διαφορικής ετερόφιλης συγκόλλησης ή δοκιμασίας αντισώματος έναντι του ιού Ε.Β.

(EBSTEIN-BARR) Κατά την ικτερική φάση η διαφορική διάγνωση μπορεί να επεκτείνεται και σε άλλα λοιμώδη νοσήματα σ' αυτά περιλαμβάνεται ο διάγγελιος ρυρετός Q και ο

κίτρινος πυρετός τα οποία μπορεί να αποκλειστούν βάσει των γεωγραφικών και επιδημιολογικών δεδομένων.

Η ηπατική βλάβη από φάρμακα και τοξικές ουσίες μπορεί να οδηγήσει σε έκτερο οι ανωμαλίες δε της ηπατικής λειτουργίας και τα ιστολογικά ευρήματα της ηπατίτιδας που έχουν φαρμακευτική προέλευση μπορεί να παρουσιάζουν μεγάλες ομοιότητες μ'αυτά της ιογενούς ηπατίτιδας. Η χρόνια ηπατοπάθεια μπορεί να εκδηλωθεί με έκτερο, αλλά συνήθως υπάρχουν τα φυσικά σημεία της κίρρωσης τα οποία βοηθούν να αποκλειστεί η ιογενής ηπατίτιδα. Τον αποκλεισμό της οξείας χολαγγειίτιδας βοηθά η έλλειψη διαλείποντος πυρετού, ρίγους και άλγους σε ΔΕ άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς.

Ο οργανισμός του πάσχοντος από ιογενή ηπατίτιδα δεν ανέχεται τις μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις κατά την οξεία φάση και την ερευνητική λαπαροτομία για διάγνωση έκτερου. Επιβάλλεται η διαγνωστική διερεύνηση με πολλές μεθόδους όπως είναι η διαδερματική βιοψία του ήπατος για να αποκλειστούμε το ενδεχόμενο ιογενούς ηπατίτιδας.

ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Κατά κανόνα υποχωρεί. Δυνατό να υποτροπιάσει και μετά επανειλημμένες προσβολές να επέλθει η ίαση. Μερικές φορές παρατηρείται κεραυνοβόλος ηπατίτιδα, η οποία είναι πιο βαρεία και συνήθως τα άτομα καταλήγουν με εκδηλώσεις ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Η νόσος δυνατό να εξελιχθεί προς χρόνια ηπατίτιδα. (επιμένουσα ή ενεργό) ή προς κίρρωση. Επίσης υπάρχει μεγάλη συσχέτιση της ηπατίτιδας Β με το πρωτοπαθές ηπάτωμα.

HBV

Δίχως αποτέλεσμα "Υγιείς φορείς" Οξεία Ανικτερική
(κυρίως λόγω παρουσίας αντισωμάτων)

Κεραυνοβόλος Ίκτερική

Χρόνια

Κίρρωση-Ηπάτωμα

Ανάρρωση

Θάνατος

Κεραυνοβόλος ηπατίτιδα (μαζική ηπατική νέκρωση)	Η πιο φοβερή μορφή της ηπατίτιδας Β Σπάνια αλλά συνήθως θανατηφόρα (60% θνησιμότητα)
Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα	Όφλιμη επιπλοκή, συμβαίνει στο 5-10% των περιπτώσεων.
Χρόνιοι φορείς	10% των ασθενών ηπατίτιδα Β. (κυρίως οι ανικτερικές περιπτώσεις)
Κίρρωση	11% των θανάτων συνδέονται με HBV
Καρκίνος του ήπατος	Ο κίνδυνος πρωτοπαθούς ηπατώματος είναι 273 φορές μεγαλύτερος στους φορείς από ότι στους μη φορείς.

ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Οι SCHWEITZER και συνεργ. παρατήρησαν ότι η λογενής ηπατίτιδα τύπου Β των εγκύων προκαλεί υψηλή συχνότητα χρόνιας ΗΒsΑ - θετικής ηπατίτιδας στα βρέφη, εφόσον η ηπατίτιδα της μητέρας συνέβη κατά τον 3ο τρίμηνο της κύησης ή αμέσως μετά τον τοκετό. Μητέρες χρόνιοι φορείς ή νοσούσες από λογενή ηπατίτιδα Β κατά τα πρώιμα στάδια της κύησης σπανιότερα μεταδίδουν τη νόσο στα τέκνα των. Προδήλως η διαπλακούντιος μεταφορά του ιού Β δεν ευθύνεται για την μετάδοση, η οποία πιθανώτατα πραγματοποιείται κατά τον χρόνο του τοκετού. Το νεογνό αναπτύσσει θετική αντιγοναιμία ΗΒsΑg εντός 5 - 12 εβδομάδων.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ : ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Δεδομένου ότι ο ιός της ηπατίτιδας απεκρίνεται ήδη από δύο εβδομάδες πριν την εμφάνιση του έκτερου συνήθως πριν δημιουργηθούν υπόνοιες για τη νόσο η αξία των μέτρων απομόνωσης του

ασθενή είναι περιωρισμένη. Όπως είναι αποδεδειγμένο με την ενδομυϊκή χορήγηση 0,02 ml γ-σφαιρίνης ανά KG βάρους σώματος στην αρχή της περιόδου επώασης προλαμβάνονται τα συμπτώματα και ο έκτερος των ατόμων που εκτίθενται σε επαφή με πάσχοντα άτομα τα οποία πιθανώς παρουσιάζουν υποκλινική λοίμωξη με αύξηση τρανσαμινασών του ορού που ακολουθείται από ανοσία. Η χορήγηση της γ-σφαιρίνης ενδείκνυται σε άτομα τα οποία έρχονται σε στενή επαφή με τους νοσούντες (ενήλικες και παιδιά της ίδιας οικογένειας). Στις έγκυες και τα άτομα προχωρημένης ηλικίας ή εξασθενημένα άτομα στα οποία η νόσος μπορεί να αποβεί βαρεία, καλό είναι να εφαρμόζεται προφυλακτικά η χορήγηση γ-σφαιρίνης ακόμα και σε περιπτώσεις γρήγορης έκθεσης στον κίνδυνο μόλυνσης.

Οι μισχόδοσεις γ-σφαιρίνης (0,1 - 0,12 ml ανά KG βάρους) μπορεί να δώσουν τροποποιητικό αποτέλεσμα σε μακρύ χρονικό διάστημα (ίσως μέχρι 4 μηνών) πλην δε αποδεικνύεται σε οξεία επιδημική κατάσταση μικρότερη δοσολογία για καλύτερο αποτέλεσμα. Η μισχόδοση συνίσταται σε άτομα τα οποία ταξιδεύουν σε περιοχές, που η ηπατίτιδα είναι ενδημική και χρειάζονται προστασία για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 2 - 3 μήνες.

ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΗ ΛΟΙΜΩΔΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ
ΚΑΙ ΗΠΛΑΤΙΤΙΔΑ ΣΕ ΟΜΟΛΟΓΟΥ ΟΡΟΥ

Κατά το δυνατόν πρέπει να χρησιμοποιούνται σύριγγες και βελόνες μιας χρήσης. Επίσης όσο είναι δυνατόν αντί του ολικού αίματος καλό είναι να χορηγούνται στείρα προϊόντα αίματος και οι μεταγγίσεις αίματος να γίνονται μόνο όταν είναι τελείως απαραίτητες. Τον ακρογωνιαίο λίθο για τον περιορισμό των περιπτώσεων ηπατίτιδας στο ελάχιστο αποτελεί η εφαρμογή προσεκτικού προγράμματος προμήθειας αίματος κατά το οποίο αποφεύγεται η λήψη αίματος από τοξικομανείς, από άτομα τα οποία στο ιστορικό τους αναφέρουν μεταγγίσεις ή ηπατίτιδα και από

αιμοδοτές αμφίβολης αξιοπιστίας.

Οι μικρές δόσεις γ-σφαιρίνης στερούνται αξίας όσον αφορά την τροποποίηση της ηπατίτιδας από μεταγγίσεις. Η ακριβή συμβολή της γ-σφαιρίνης στην προφύλαξη από την ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού είναι άγνωστη.

Η προφύλαξη από την Α κατευθύνεται στην απομόνωση των πασχόντων ατόμων. Η χορήγηση γ-σφαιρίνης (παθητική ανοσοποίηση) αμέσως μετά τη μόλυνση αποτρέπει την εμφάνιση ικτερικών μορφών ηπατίτιδας. Η αποτελεσματικότητα της υπέρανοσου γ-σφαιρίνης σε μολυσμένα άτομα από τον ιό της ηπατίτιδας Β ποικίλλει.

Πρωτοποριακό επίτευγμα στην πρόληψη της ηπατίτιδας Β αποτελεί η πρόσφατη κατασκευή εμβολίου. Ήδη από τον Ιούλιο του 1982 κυκλοφορεί και στην Ελλάδα. Το εμβόλιο περιέχει μη λοιμογόνο αδρανοποιημένο επιφανειακό αντιγόνο του ιού της ηπατίτιδας Β.

Το επιφανειακό αντιγόνο λαμβάνεται από το πλάσμα υγιών φορέων και υφίσταται κάθαρση και αδρανοποίηση.

Από την εφαρμογή του εμβολίου με τις σημερινές ενδείξεις πιστεύεται ότι το εμβόλιο προσφέρει αποτελεσματική προστασία έναντι όλων των υποτύπων της ηπατίτιδας Β. Η αντισωματική ανταπόκριση και η προστασία υπερβαίνει το 90% των εμβολιασθέντων.

Χορηγείται σε δύο δόσεις και μια τρίτη αναμνηστική. Με την τρίτη αναμνηστική δόση οι τίτλοι των αντισωμάτων σταθεροποιούνται σε επίπεδα άνω των 95%. Με τις υπάρχουσες ενδείξεις η ανοσία διατηρείται για πέντε τουλάχιστον χρόνια. Κατά προτεραιότητα θα πρέπει να εμβολιάζονται ομάδες ατόμων με υψηλό κίνδυνο μόλυνσης όπως : γιατροί, υγειονομικό προσωπικό, ασθενείς σε αιμοκάθαρση ή συχνές μεταγγίσεις αίματος ή παραγώγων αυτού (νεφροπαθείς, αιμορροφιλικοί, μεσογειακή αναιμία) άτομα σε ποικίλη σεξουαλική δραστηριότητα, τρόφιμοι ιδρυμάτων, ταξιδιώτες ενδημικών περιοχών και στρατιωτικό προσωπικό .-

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α

Έχει αποδειχθεί ότι η ιογενής ηπατίτιδα τύπου Β δύναται να μεταδοθεί τόσο παρεντερικά όσο και μη παρεντερικά. Τελευταία δεδομένα φανερώνουν ότι η κοπρανοστοματική οδός, δεν αποτελεί σημαντικό τρόπο μεταδόσεως. Προς περαιτέρω διευκρίνιση της επιδημιολογίας της νόσου αυτής είναι απαραίτητο όπως κάθε γιατρός ο οποίος νοσηλεύει ασθενείς με ηπατίτιδα, να προσπαθεί να καθορίσει την πηγή και τον τρόπο μόλυνσεως. Όλες οι περιπτώσεις θα πρέπει να δηλώνονται στις αρχές δημόσιας υγείας, οι οποίες θα πρέπει να έχουν τα μέσα προς περαιτέρω διερεύνηση του προβλήματος.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΛΦΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ (Α/Ν)
ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ
ΚΑΙ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ -
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Στην προσπάθεια ελέγχου της ηπατίτιδας η πρόληψη αποτελεί το πλέον βασικό στοιχείο αυτής.

Ο ρόλος της Αδελφής Νοσοκόμου (Α/Ν) συνίσταται:

Στη διαφώτιση του κοινού.

Ενθάρρυνση του κοινού για περιοδικές εξετάσεις.

Βοήθεια και ενημέρωση των προσερχομένων για εξέταση, να καταφεύγουν σε κατάλληλο για την περίπτωση των κέντρων έρευνας ή θεραπείας.

Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για τη βελτίωση των συνθηκών διαβιώσεώς των.

Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων.

Ενεργό συμμετοχή κατά την διεξαγωγή ερευνών που αναφέρονται στην ηπατίτιδα.

Η Αδελφή Νοσοκόμα διαθέτει τεράστιο όγκο πληροφοριών, από τα προφυλακτικά μέσα για μείωση της συχνότητας, την έγκαιρη διάγνωση, την σωστή επιλογή σε περίπτωση εκδήλωσης της νόσου μέχρι την λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση, την ανακούφιση, τη συμμάθηση βασικών φροντίδων περιποίησης, ψυχικής υποστήριξης και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Απαιτείται δε ειδικός χειρισμός στη μεταφορά, τρόπο μεθόδευσης και παρουσίασης των πληροφοριών.

Η Αδελφή Νοσοκόμα κινείται σε ένα ευρύ κοινωνικό πλαίσιο και στον εξωνοσοκομειακό χώρο. Σε σχολεία, βιομηχανίες, ιατρεία, σπίτια, προσπαθεί να προσεγγίσει τους πάντες.

Οι αγγελίες των εφημερίδων και περιοδικών, ραδιοφώνου και τηλεοράσεως, η κυκλοφορία διαφωτιστικών εντύπων, η οργάνωση συγκεντρώσεων, αποτελούν ουδιώδη μέσα ενημέρωσης του κοινού.

Η μεταβίβαση αισιόδοξης αντίληψης περί της νόσου επιτυγχάνεται με τη δημοσίευση των περιπτώσεων που νόσησαν και θεραπεύτηκαν.

Η διαφώτιση των παιδιών περί της νόσου αποτελεί μέσον επιτυχίας διαφώτισης και των μεγάλων.

Λόγω της στενής επαφής με τη νόσο, τον ασθενή και το περιβάλλον του η Αδελφή Νοσοκόμα γνωρίζει την τρομερή επίπτωση που έχει. Γνωρίζει την αξία της έγκαιρης διάγνωσης και την θεραπευτική ικανότητα στα διάφορα στάδια της νόσου.

Το ενδιαφέρον από μέρους της Αδελφής Νοσοκόμου για την επιμόρφωση του κοινού αυξάνει το φάσμα της επαγγελματικής της ευθύνης διαμορφώνοντας νέους στόχους. Η λύση σε πολλά προβλήματα πιστεύεται ότι βρίσκεται στην έγκαιρη διάγνωση και αυτό εξαρτάται από την καλύτερη διαφώτιση του κοινού.

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.

Η ακρίβεια ενός καλού ιστορικού υγείας και της φυσικής εξέτασης είναι ιδιαίτερης σημασίας στον άρρωστο με ηπατίτιδα, αφού θα βοηθήσει τη υγειονομική ομάδα στην παροχή καλύτερης φροντίδας υγείας σ' αυτόν.

1. Πηγές πληροφοριών που θα πάρει η νοσηλεύτρια είναι :

- α. Ο ίδιος ο άρρωστος
- β. Οι στενοί συγγενείς του
- γ. Τα μέλη της οικογένειάς του
- δ. Άλλα άτομα του περιβάλλοντός του
- ε. Ιατρικά δελτία.

2. Ιστορικό υγείας.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να εξετάσει λεπτομερώς τους ιατρικούς φακέλλους για να γνωρίσει περί τίνος ακριβώς πρόκειται.

α. Πρόδρομη φάση (προϊκτερική).

Συνήθως διαρκεί 3 - 4 μήνες. Ο άρρωστος, αρχικά, παραπονιέται για ανορεξία, αίσθημα κόπωσης, κακουχία και ατονία.

Καθώς η φλεγμονή επεκτείνεται, παρουσιάζονται ναυτία και έμετοι και ο άρρωστος μπορεί να αισθάνεται αποστροφή προς τα φαγητά και δυσγευσία του τριγάρου. Μπορεί ακόμα να αισθάνεται αρθραλγίες, μυαλγίες και πονοκέφαλο. Συχνά, αναφέρει ότι νοιώθει αίσθημα πληρότητας και μια ενόχληση στο επιγάστριο ή το δεξιό υποχόνδριο, όψιμα στη φάση αυτή. Μπορεί επίσης να υπάρχουν πυρετός και συμπτώματα που μοιάζουν με εκείνα της γρίπης, ειδικά στην ηπατίτιδα τύπου Α. Σπάνια, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει δερματικό εξάνθημα, κνησμό, αγγειονευρωτικό οίδημα ή πολυαρθρίτιδα. Τις τελευταίες μέρες αυτής της φάσης, ο άρρωστος μπορεί να παρατηρήσει αλλαγή στο χρώμα των ούρων και των κοπράνων του.

β. Ικτερική φάση

Χαρακτηρίζεται από ίκτερο που φθάνει στον μεγαλύτερο βαθμό του σε μια ή δύο εβδομάδες και διαρκεί 6 - 8 εβδομάδες. Κατά τη φάση αυτή ο άρρωστος αισθάνεται καλύτερα. Τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό και ο πυρετός μειώνονται. Σπάνια, το στάδιο αυτό δεν παρουσιάζεται (ανικτερική ηπατίτιδα).

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

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

3. ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

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

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

γ. Κατά την εξέταση της κοιλιάς, 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.

4. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Χρόνος προθρομβίνης: φυσική τιμή 12-15 sec. Ο χρόνος προθρομβίνης είναι η πιο σπουδαία εξέταση στην εκτίμηση της καθολογικής λειτουργίας του ήπατος. Σε ηπατική πάθηση ο χρόνος αυξάνει εξαιτίας μείωσης της προθρομβίνης, την οποία συνθέτει το ήπαρ χρησιμοποιώντας βιταμίνη Κ. Η αδυναμία του ήπατος να συνθέσει προθρομβίνη, όταν υπάρχει βιταμίνη Κ, δείχνει κλινικά σημαντική βλάβη του ηπατικού κυττάρου.

Αιματοκρίτης : φυσιολογική τιμή 35-45% .

Ελαττωμένος στην προχωρημένη κίρρωση.

Λευκά αιμοσφαίρια : φυσιολογική τιμή 5000-10000 mm^3
Φυσιολογικά στην αρχή της κίρρωσης και της ηπατίτιδας. Λευκοπενία με μεγάλο υπερδραστήριο σπλήνα στην κίρρωση. Λευκοπενία ακολουθεί τον πυρετό στην ηπατίτιδα.

Πράσινο της ινδοκυανίνης: Φυσιολογική τιμή.

(ICG)

Μένουν στον ορό λιγότερο

από 5%, 45 min μετά την ένεσή τους.

Η δόση μειώνεται αν υπάρχουν ήδη κλινικά συμπτώματα.

Η χρωστική κατακρατείται σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων.

Βρωμοσουλφοθαλεΐνη

(BSP)

SGPT : Φυσιολογική τιμή 5-35 U/ml

SGOT : " " 5-40 U/ml

LDH : " " 400 U/ml

(εξαρτάται από τη μέθοδο) . Η βλάβη των ηπατι -

κών κυττάρων προκαλεί απελευθέρωση αυτών των ενζύμων στο αίμα. Όμως τα ψηλά επίπεδα του ορού δεν σχετίζονται άμεσα με τον βαθμό της ηπατικής βλάβης. Ανυψώσεις των επιπέδων τους συμβαίνουν και σε άλλες παθήσεις. Το αίμα παίρνεται από φλέβα.

Αλκαλική φωσφατάση : Μέτρο χολικής απόφραξης.

γ-Γλουταμινική τρανσπεπτιδάση(γ-GT).

Ένζυμο που βρίσκεται μόνο στις χοληφόρους οδούς. Ανύψωση του επιπέδου του στην ηπατίτιδα.

Επιφανειακό αντιγόνο ηπατίτιδας B(HB_εAg).

Το HB_εΑ δεν υπάρχει φυσιολογικά στον ορό και η παρουσία του είναι διαγνωστική για την ηπατίτιδα τύπου B. Οι εξετάσεις για ανίχνευση του HB_εΑg είναι ηλεκτροφορητικές, ανοσοενζυμικές και ραδιοανοσολογικές. Δεν βρίσκεται στον ορό αρρώστων με ηπατίτιδα B.

Σπινθηρογράφημα ήπατος: Για τη διάγνωση χωροκατακτητικών εξεργασιών.

Βιοψία ήπατος : Γίνεται για διαπίστωση της παθολογοανατομικής εικόνας της ηπατικής βλάβης.

Ηπατικές αιμοδυναμικές μελέτες(σε αρρώστους με υποψία κίρρωσης). Σπληνοπυλαιογραφία, χρησιμεύει για διαπίστωση επάρκειας της πυλαίας αιματικής ροής(μειωμένη στην κίρρωση). Ενδοσκοπηση για διαπίστωση ύπαρξης και εκτίμηση βαθμού κίρσων οισοφάγου. Μέτρηση της πυλαίας πίεσης.

Μεταβολισμός λευκωμάτων:

Λευκωματίνη ορού :	φυσιολογικές τιμές	3,5-5,5g/100ml
Ινωδογόνο ορού :	" "	0,2-0,4g/100ml
Σφαιρίνες ορού :	" "	2,5-3,5g/100ml
Συνολική πρωτεΐνη:	" "	6 - 8g/100 ml

Τα λευκώματα του ορού παράγονται στο ήπαρ. Η λευκωμα-

τίνη μειώνεται αξιοσημείωτα σε ηπατική ανεπάρκεια
Η γ-σφαιρίνες συνήθως αυξάνονται σε ηπατικές παθήσεις.

Αμμωνία ορού : φυσιολογ. τιμές 30-70 $\mu\text{g}/100\text{ml}$
Αύξησή της σε ηπατική ανεπάρκεια αφού δε μπορεί να μετατραπεί σε ουρία.

Μεταβολισμός υδατανθράκων:

Εξέταση ανοχής γαλακτόζης. Απέκκριση στα ούρα λιγότερης από 3g. Σε ηπατική ανεπάρκεια απεκκρίνονται πάνω από 3 g γαλακτόζης στα ούρα.

Μεταβολισμός λιπιδίων

Χοληστερίνη ορού φυσιολ. τιμές 150-250 $\text{mg}/100\text{ml}$

Φωσφολιπίδια ορού " " 125-300 $\text{mg}/100\text{ml}$

Τριγλυκερίδια " " 30-135 $\text{mg}/100\text{ml}$

Τα λιπίδια μειώνονται σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων.

Μεταβολισμός χολερυθρίνης

Χολερυθρίνη ορού-φυσιολ. τιμές 0,1-0,4 $\text{mg}/100\text{ml}$

άμεση (συζευγμένη) φυσιολ. τιμές 0,1-0,4 $\text{mg}/100\text{ml}$

διαλυτή)

Έμμεση (μη συζευγμένη, " " 0,2-0,7 $\text{mg}/100\text{ml}$

αδιάλυτη στο νερό).

Η άμεση αυξάνεται σε αποφράξεις των χοληφόρων οδών ή δε ελαττωμένη απέκκριση της συζευγμένης χολυρεθρίνης από το ηπατικό κύτταρο. Η έμμεση αυξάνεται σε αιμολυτικές καταστάσεις, σε απουσία της γλυκουρονικής μεταφοράς και σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων

Χολερυθρίνη ούρων : Δεν υπάρχει

Ουροχολινογόνο

ούρων : φυσιολ. τιμές 0-4 $\text{mg}/24\text{ώρες}$

κοπράνων " " 40-200 $\text{mg}/24\text{ώρες}$

Το ουροχολιγόνο των ούρων αυξάνεται σε πάθηση του ηπατικού κυττάρου, ενώ μειώνεται αξιοσημείωτα σε πλήρη απόφραξη. Το ουροχολιγόνο των κοπράνων μένει αμετάβλητο ή μειώνεται σε βλάβη του ηπατικού κυττάρου, ενώ μειώνεται σε απόφραξη.

- α. Κατά τη διάρκεια του σταδίου επώασης και πρώιμα στο οξύ στάδιο, το 80% των αρρώστων με ηπατίτιδα τύπου Β έχουν το αντιγόνο της (HBsAg, αυστραλιανό αντιγόνο) στον ορό τους.
- β. Άλλα αποτελέσματα διαγνωστικών εξετάσεων είναι: αύξηση των SGOT και SGPT 7-14 ημέρες πριν από τη εκδήλωση του ίκτερου, αύξηση της άμεσης και έμμεσης χολερυθρίνης, κατακράτηση βρωμοσουλφοφθαλεΐνης, ελαφρά αύξηση των γ σφαιρινών. Ακόμα, φυσιολογικά ή μειωμένα λευκά αιμοσφαίρια και πιθανή ύπαρξη ανώμαλων λεμφοκυττάρων.
- γ. Η εξέταση ούρων και κοπράνων δείχνει φυσιολογικό ουροχολιγόνο ούρων αρχικά και κατόπιν ανυψωμένο, αυξημένη χολερυθρίνη ούρων και μειωμένα και τα δύο στα κόπρανα.-

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΛΦΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις επηρεάζουν συγκινησιακά τον ασθενή, γιατί πολλές φορές νομίζει ότι αποτελεί πειραματόζωο.

Η Αδελφή Νοσοκόμα γνωρίζοντας τον αντικειμενικό σκοπό κάθε διαγνωστικής εξέτασης θα πρέπει να πείσει τον ασθενή ότι τα αποτελέσματα από τις εξετάσεις αυτές αποτελούν τον χάρτη ο οποίος δείχνει στο γιατρό τον δρόμο που πρέπει να ακολουθήσει για να φθάσει στην ίαση της νόσου.

Εκείνο που βοηθά τον ασθενή είναι να πληροφορείται το κάθε τι σχετικά με τις εξετάσεις που θα κάνει. Η Αδελφή Νοσοκόμα είναι εκείνη που θα του δώσει εξηγήσεις και πληροφορίες οι οποίες κυμαίνονται μέσα στα όρια των αρμοδιοτήτων της. Θα προσπαθήσει επίσης να μένουν ανοικτές οι γραμμές επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και γιατρού, ασθενούς-συγγενών και συγγενών ασθενούς-γιατρού.

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Είναι :

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

Βασικά προβλήματα προς αντιμετώπιση κατά την νοσηλεία ασθενούς με ηπατίτιδα είναι :

1. Πόνος.
2. Άγχος και συναισθηματικές καταπιέσεις.
3. Συστηματική ψυχοσωματική ανάπαυση.
4. Πρόληψη επιπλοκών.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Άμεσοι
 - α. Πρόληψη μετάδοσης της νόσου.
 - β. Προαγωγή επαρκούς θρέψης.
 - γ. Προαγωγή θεραπευτικής ανάπαυσης και πρόληψη συνεπειών της.
 - δ. Απαλλαγή από πόνο και δυσχέρειες.
 - ε. Απασχόληση του αρρώστου.
2. Μακροπρόθεσμοι.
 - α. Πλήρης ανάρρωση από την ηπατίτιδα.
 - β. Πρόληψη υποτροπής.
 - γ. Προαγωγή καλής θρέψης για διατήρηση ιδεώδους βάρους.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Προσοχή σε κάθε πλύση εισόδου γαστρεντερική ή παρεντερική, για αποφυγή εξάπλωσης της νόσου.
2. Πλύση χεριών, απομόνωση των λευχειμάτων.
Επίσης μερικά από τα μέτρα που παίρνονται για τον άρρωστο είναι να έχει ξεχωριστή τουαλέτα, ξεχωριστά ή μιας χρήσης σκεύη φαγητού και χρησιμοποίηση συρίγγων μιας χρήσεως.
3. Καλό είναι και αρκετά χρήσιμο να συμμετέχει η οικογένεια σε όλες τις συζητήσεις όταν είναι δυνατό.
4. Χορήγηση άνοσης σφαιρίνης ορού (IMMUNE SERUM GLOBULIN), σε άτομα που εκτέθηκαν σε ηπατίτιδα τύπου Α, κατά την περίοδο επώασης. Διεγείρει την παραγωγή αντισωμάτων

και εξασφαλίζει ανοσία για 6 -8 εβδομάδες. Δίνονται συνήθως 0,044 - 0,132 μλ ανά χιλιογράμμο βάρους σώματος. Χορήγηση υπερανόσης σφαιρίνης για την ηπατίτιδα τύπου Β.

5. Ο ασθενής πρέπει να αναπαύεται αρκετά και να αποφεύγει κάθε είδος STRESS, γι' αυτό δεν πρέπει να γίνονται δυσάρεστες συζητήσεις και έντονες όπως και άσχημα γεγονότα τα οποία θα αναφέρονται μπροστά του.
6. Επαρκής θρέψη για την επούλωση και αναγέννηση του ήπατος. Δίαιτα συνήθως υπερθερμιδική (3.000 θερμίδες) υπερυδατανθρούχα και υπερπρωτεϊνούχα. Ρεύματα μικρά και συχνά. Αποφεύγεται η λήψη αλκοόλης τουλάχιστον για 6 μήνες από την εκδήλωση της ηπατίτιδας.
7. Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση κορτικοστεροειδών για μείωση των φλεγμονωδών διεργασιών σε βαριές περιπτώσεις. Κατευναστικά και αναλγητικά χρησιμοποιούνται με πολλή προσοχή. Προτιμούνται εκείνα που απεκρίνονται από τους νεφρούς. Αν ο χρόνος προθρομβίνης είναι μεγάλος δίνεται βιταμίνη Κ. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει πλήρη γνώση των φαρμάκων που χρησιμοποιεί, έτσι ώστε να αποφευχθούν ανεπιθύμητες ενέργειες.
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 μεταβάλσει 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 πρώτων τεσσάρων μηνών. Οι άρρωστοι με Α και Β ηπατίτιδα, γενικά, έχουν ανοσία διάρκειας προς τον ειδικό τύπο ιού. Επειδή όμως άρρωστοι που ανάρρωσαν ξαναπαρουσίασαν ηπατίτιδα Α πιστεύεται ότι μπορεί να υπάρχουν περισσότεροι ιοί-τύπου Α.

Δ Ι Α Ι Τ Η

Η Διαιτητική θεραπεία γίνεται ανάλογα με τις προτιμήσεις του αρρώστου. Τις πρώτες ημέρες πρέπει να χρησιμοποιείται από τον ασθενή σαν βασική τροφή το αποβουτυρωμένο γάλα σε ποσότητα 1750 GR. Συγχρόνως λεπτά ζυμαρικά σε νερόσουπες, ρύζι, πατάτες πουρέ δίχως αλάτι, κρέμες με γάλα.

Επίσης η νοσηλεύτρια πρέπει να προτείνει στον άρρωστο αλλά και να τον παροτρύνει να τρώει αρκετές γλυκιές κομπόστες από φρέσκα φρούτα. Ακόμα πρέπει η ίδια να προσέχει το διαιτολόγιό του να μην περιλαμβάνει λίπη και λιπαρές ουσίες.

Μετά 10 - 15 ημέρες αρχίζει να προσφέρεται στον ασθενή άπαχο κρέας και αυτό, ενώ στη συνέχεια ακολουθείται κανονική ελαφριά δίαιτα.

Μετά όμως και για πολλούς μήνες του γίνεται σύσταση να τρώγει και να αποφεύγει τα ακόλουθα, ανάλογα :

1. Τρόφιμα των οποίων η παρασκευή είναι πολύ απλή.
2. Πλήρη γεύματα τα οποία όμως θα έχουν λογικό όγκο και να μην είναι υπέρογκα.
3. Όχι οινοπνευματώδη.
4. Όχι συντηρημένες τροφές.

5. Λίγο αλάτι
6. Ο ασθενής πρέπει να κάνει προσεκτική χρήση του καφέ, σοκολάτας, λιπαρών και γλυκών.

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΑΔΕΛΦΟΥΣ ΝΟΣΟΚΟΜΟΥ
ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Σχεδιάζουμε ένα πλήρες πρόγραμμα διδασκαλίας για να εξασφαλίσουμε τη συνεργασία και κατανόηση του αρρώστου.

- α. Διδασκαλία αιτιολόγησης της φαρμακευτικής αγωγής, του προγράμματος εφαρμογής της και των πιθανών παρενεργειών της, που πρέπει να αναφέρονται όταν συμβαίνουν.
Πρέπει να προειδοποιήσουμε τον άρρωστο για τις διαταραχές που έχει η κατάχρηση φαρμάκων.

- β. Διδασκαλία που αφορά την υποτροφή της νόσου.

Πρέπει να εξηγήσουμε στον άρρωστο τη χρόνια και υποτροπιάζουσα φύση της νόσου και να τον προειδοποιήσουμε για τις επιπλοκές εξαιτίας απρόσεκτης θεραπείας.

Η έμφαση δίδεται στους πιο συχνά υπεύθυνους παράγοντες για την υποτροφή της ηπατίτιδας, όπως : ακατάστατες συνήθειες ζωής, χρήση αλκοόλης, ή τσιγάρου, συγκινησιακό STRESS, μη σωστή δίαιτα ...

Εξασφαλίζουμε τις κατάλληλες προϋποθέσεις για ανάπαυση και ψυχαγωγία του ασθενούς.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο με χορήγηση γραπτού καταλόγου των φαρμάκων και τον προειδοποιούμε να μην παίρνει κανένα φάρμακο, αν αυτό δεν έχει προηγουμένως εγκριθεί από το γιατρό.

Διερευνούμε μαζί με τον άρρωστο και την οικογένειά του τις καθημερινές καταστάσεις STRESS και ανευρίσκουμε τρόπους μείωσης του STRESS/

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

1. Θετική απόκριση στη θεραπεία και η νοσηλευτική φροντίδα.
2. Αρνητική απόκριση.
 - α. Σύνδρομο μεθπατιτιδικό. Χαρακτηρίζεται από σύμπλεγμα ασαφών συμπτωμάτων που μπορεί να περιλαμβάνουν κόπωση, αδυναμία, κακοθμία, ανορεξία και κοιλιακή στενοχώρια και συνήθως διαρκεί 6 -12 μήνες. Η συνέχιση της θεραπευτικής ανάπαυσης και της καλής θρέψης είναι μεγάλης σημασίας στην πρόληψη δευτεροπαθούς λοίμωξης.
 - β. Σπάνια η ηπατίτιδα μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα μετανεκρωτική κίρρωση.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Από τα δεδομένα αυτή φαίνεται πως εκείνο που έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση είναι η έγκαιρη διάγνωση στα αρχικά στάδια. Αυτό θα επιτευχθεί με την ομαδική-διαφώτιση του κοινού από την διπλωματούχο αδελφή νοσοκόμα.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Όλα όσα αναφέραμε είναι ορθά και πρέπει να εφαρμόζονται. Όμως η νοσηλεία και η ανακούφιση των ασθενών γίνεται αποτελεσματικότερη αν η εργασία των συνεργαζομένων αδελφών διεξάγεται κατά τρόπο ιδανικό* αν επι-

κρατεί στις ψυχές των προϊσταμένων αδελφών το ιερό τρίπτυχο, αγάπη - σεβασμός - εμπιστοσύνη, προς τις υφιστάμενες Αδελφές, οι οποίες βαστάζουν τον κόπο του καθημερινού ωραρίου και τον μόχθο της νυχτερινής αγρυπνίας.

Οι αδελφές, οι οποίες κατέχουν ηγετικές θέσεις στη Νοσηλευτική, δεν πρέπει να ξεχνούν πως Διοικῶ σημαίνει υπηρετώ και πως ο αληθινός ηγέτης είναι ΤΑΠΕΙΝΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Κ.Δ.Γαρδίκια : Ειδική νοσολογία Β' έκδοση.
Εκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ (1979).
2. Κ.Δ.Γαρδίκια : Ειδική νοσολογία Δ' έκδοση.
Εκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ (1984).
3. Τριχόπουλου Δ.: Επιδημιολογία.
Εκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ (1982).
4. Σάββα Π. Αλεξάνδρου. Επίτομη Ανατομική του ανθρώπου.
Εκδόσεις Κυριακίδη, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ (1980).
5. Ιατρικός Οδηγός (1979)
6. Δημητρίου Μιχ.: Διαιτητική. Πάτρα (1986).
7. Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία : Παθολογική
Νοσηλευτική Νοσηλευτικές διαδικασίες.
Εκδόσεις Η, ΑΘΗΝΑ (1985).
8. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη: Η αδελφή, το μεγαλείο του έργου
της. Εκδόσεις Αδελφότητας Ευνίκη, ΑΘΗΝΑ (1972).
9. Μαλγαρινού Α.Μ. Κωνσταντινίδου Φ.Σ.: Νοσηλευτική
γενική παθολογική χειρουργική, Έκδοση VII ΑΘΗΝΑ (1984).
10. Δάικος Π. : Νοσολογία. Εκδόσεις Καραβία, ΑΘΗΝΑ (1971).-

Ξ Ε Ν Η

1. SHEILA SHERLOCK : Νοσήματα ήπατος και χοληφόρων
οδών. Έκδοση Δ' (1971).

2. T.R. HARRISON : Εσωτερική παθολογία,
Έκδοση ΣΤ'. Εκδόσεις Παρισιάνος (1975).
3. KRUPPCHATTON : Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική
μετάφραση. Εκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ (1985).
4. FRIEDMAN EDITOR H. HAROLD : Διαγνωστική μεθοδολογία.
Εκδόσεις Αίτσας, ΑΘΗΝΑ (1978).
5. ULCER REINHOLD STOCKERUEGGER M.D. UNIVERSITY
OF GOTEBOG 41345 GOTE BORG SWEDEN (1984).
6. EASTHAM D.R. : Οδηγός τσέπης για διαφορική διάγνωση.
Εκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ (1984).
7. T.R. HARRISON : Εσωτερική παθολογία, έκδοση 8η.
Εκδόσεις Παρισιάνος (1982).
8. READ E. ALAN : Σύγχρονη παθολογία, έκδοση Β'.
Εκδόσεις Αίτσας, Αθήνα (1984) .
9. ALVIN REDMAN : THE MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICA.
Νόσοι του ήπατος, Ιούλιος (1975).-

