

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	838 α
----------------------	-------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Εισαγωγή :	Σελ. 1
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ :</u>	
I. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	" 3
II. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	" 15
III. ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	" 21
IV. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ	" 33
V. ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	" 40
- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	" 44
- ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ	" 49
- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ .	" 51
- ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ	" 54
- ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ	" 55
- ΤΥΠΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ .	" 59
- ΠΡΟΓΝΩΣΗ-ΠΡΟΛΗΨΗ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ	" 62
- ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΞ/ΙΟΓΕΝ. ΗΠΑΤ.	" 67
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ	" 70
VI. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ	" 72
- ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	" 72
- ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	" 73
VII. ΆΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ	" 83
- ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	" 83
- ΤΟΞΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	" 87
VIII. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝ. ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ	" 91
- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΔΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	" 96
<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:</u>	
IX. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	" 105

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα από τα σπουδαιότερα ηπατολογικά θέματα της εποχής μας -αν όχι το σπουδαιότερο- θεωρείται η οξεία λογενής ηπατίτιδα.

Είναι μια νόσος που δεν ξεχωρίζει ηλικίες και που μπορεί να διατρέξει μια ήπια πορεία ή να προκαλέσει και το θάνατο ακόμη. Το γεγονός ότι η νόσος εμφανίζεται πολλές φορές με ήπια μορφή, χωρίς κλινικά χαρακτηριστικά μεγαλοποιεί το κύριο πρόβλημα της νόσου, που είναι η μετάδοσή της.

Η οξεία λογενής ηπατίτιδα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί σαν ενδονοσοκομειακό πρόβλημα και είναι φυσικό αυτό αφού το προσωπικό των νοσοκομείων έρχεται συχνά σε άμεση επαφή με τους ασθενείς και είναι καθημερινά εκτεθειμένο στους ιούς της ηπατίτιδας.

Όταν τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου είναι εμφανή στον ασθενή, το προσωπικό έχει την δυνατότητα και την ευχέρεια να πάρει όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης έναντι του ιού. Το πρόβλημα μετάδοσης των ιών της ηπατίτιδας γίνεται εντονότερο όταν τα κλινικά χαρακτηριστικά δεν είναι έκδηλα. Στην περίπτωση αυτή η ευαισθητοποίηση του προσωπικού για το μέγεθος των προβλημάτων που προκαλεί η λοίμωξη απ'τους ιούς της ηπατίτιδας καθώς και η τήρηση όλων των κανόνων υγιεινής απ'το προσωπικό βοηθά στην ελαχιστοποίηση των προβλημάτων.

Η ηπατίτιδα θα μπορούσε επίσης να χαρακτηριστεί και σαν κοινωνικό πρόβλημα και πράγματι, τις περισσότερες φορές είναι γιατί αντικατοπτρίζει τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης, την έλ-

λειψη στοιχειωδών κανόνων υγιεινής και καθαριότητας και γενικότερα το βιοτικό επίπεδο μιας κοινωνίας.

Στην εργασία μας αυτή, και στο κύριο μέρος της, θα προσπαθήσουμε να δώσουμε μια σαφή εικόνα στο θέμα: οξεία ιογενής ηπατίτιδα, έχοντας σαν σκοπό να ευαισθητοποιήσουμε τους εαυτούς μας στο μέγεθος του προβλήματος ούτως ώστε, όταν κληθούμε να υπηρετήσουμε το κοινωνικό σύνολο, να έχουμε όλα εκείνα τα απαραίτητα εφόδια, για να προφυλαχτούμε εμείς και το κοινωνικό σύνολο από δυσάρεστες συνέπειες.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ
ΤΟΥ
ΗΠΑΤΟΣ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Η ΠΑΡ

Το ήπαρ είναι ο μεγαλύτερος αδένας και συγχρόνως ένα από τα σπουδαιότερα όργανα του ανθρώπινου σώματος, εξ αιτίας των πολλαπλών και σημαντικών λειτουργιών που επιτελεί.

Το βάρος του ανέρχεται στα 1400-1600 γραμ. στους άνδρες και στα 1200-1400 γραμ. στις γυναίκες. Η χροιά του είναι καστα-νέρυθρη.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ

Το σχήμα του ήπατος είναι σφηνοειδές, με τη βάση να φέρεται προς τα δεξιά.

Διακρίνονται τρία χείλη (το πρόσθιο, το δεξιό και το αριστερό) καθώς και τρεις επιφάνειες (την άνω, την κάτω και την οπίσθια).

Το πρόσθιο χείλος είναι ψηλαφητό και αντιστοιχεί στη γραμμή που φέρεται από τον πλευρικό χόνδρο της 7ης αριστερής πλευράς στον πλευρικό χόνδρο της δεξιάς 9ης πλευράς.

Το δεξιό και αριστερό χείλος του ήπατος φέρονται απ'τους πλευρικούς χόνδρους των αντίστοιχων πλευρών.

Η άνω επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται από περιτόναιο και χωρίζεται από το δρεπανοειδή σύνδεσμο σε 2 λοβούς, τον αριστερό και τον δεξιό. Ο δεξιός λοβός του ήπατος είναι μεγαλύτερος και αποτελεί τα 5/6 του ήπατος.

Στην άνω επιφάνεια του ήπατος διακρίνουμε επίσης 3 μούρες: α) Την άνω μούρα, β) την πρόσθια και γ) την δεξιά μούρα.

Η κάτω επιφάνεια του ήπατος καλύπτεται κι αυτή από περιτόναιο κι εμφανίζει 2 οβελιαίες αύλακες: α) την δεξιά και β) την αριστερή που ενώνονται μεταξύ τους.

Η δεξιά οβελιαία υποδέχεται την χοληδόχο κύστη και καλείται κυστικός βόθρος.

Η αριστερά οβελιαία αύλακα υποδέχεται τον στρογγύλο σύνδεσμο του ήπατος δια μέσου των οποίων εισδύουν στο ήπαρ η ηπατική αρτηρία, η πυλαία φλέβα και τα νεύρα του ήπατος.

Με τις οβελιαίες αύλακες η κάτω επιφάνεια του ήπατος χωρίζεται σε 3 λοβούς:

α) τον δεξιό, β) τον αριστερό και γ) τον τετράπλευρο.

Στους λοβούς αυτούς συναντάμε διάφορα εντύπωματα που παράγονται από τα παρακείμενα όργανα. Έτσι στον δεξιό λοβό συναντάμε τον κολικό το νεφρικό και το δωδεκαδακτυλικό εντύπωμα. Στον τετράπλευρο λοβό παρατηρούμε το πυλωρικό εντύπωμα και στον αριστερό το γαστρικό εντύπωμα.

Η οπίσθια επιφάνεια του ήπατος εμφανίζει 2 αύλακες:

α) την δεξιά και β) την αριστερή.

Η δεξιά αύλακα αρχίζει πίσω από τις πύλες του ήπατος και υποδέχεται την κάτω κοίλη φλέβα.

Η αριστερή αύλακα είναι η προς τα πίσω συνέχεια της ομώνυμης αύλακας, της κάτω επιφάνειας και υποδέχεται τον φλεβώδη σύνδεσμο.

Η δεξιά και η αριστερή αύλακα χωρίζουν την οπίσθια επιφάνεια σε 3 λοβούς. Οι λοβοί αυτοί είναι:

- α) Ο δεξιός λοβός που δεν καλύπτεται από περιτόναιο και στον οποίο εμφανίζεται το επινεφρίδιο εντύπωμα.
- β) Ο αριστερός λοβός στον οποίο εμφανίζεται το οισοφαγικό εν-

τύπωμα.

γ) Ο κερκοφόρος λοβός ο οποίος σχηματίζει 2 αποφύσεις, την κερκοειδή και το θηλοειδές φύμα.

Σ Τ Η Ρ Ι Ξ Ε Ι Σ Η Π Α Τ Ο Σ

Το ήπαρ στηρίζεται στη θέση του με τον τόνο των κοιλιακών μυών και με τα υποκείμενα σπλάχνα. Ακόμη στην στήριξη του ήπατος συμβάλλουν: α) Η κάτω κοίλη φλέβα, β) Η σύμφυση της δεξιάς μοίρας της οπίσθιας επιφάνειας του ήπατος με το διάφραγμα, γ) διάφορες πτυχές του περιτοναίου οι οποίες συνδέουν το ήπαρ με το στομάχι, το δωδεκαδάκτυλο, το διάφραγμα και το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Οι πτυχές αυτές είναι οι εξής:

1) Ο δρεπανοειδής σύνδεσμος.

Ο δρεπανοειδής σύνδεσμος έχει σχήμα δρεπανοειδές και εμφανίζει 3 χείλη : το ηπατικό, το φρενικό και το ελεύθερο.

2) Ο στεφανιαίος σύνδεσμος.

Ο σύνδεσμος αυτός παριστάνει την ανάκαμψη του περιτοναίου από το διάφραγμα στην άνω και οπίσθια επιφάνεια του ήπατος.

3) Οι τρίγωνοι σύνδεσμοι.

Είναι δύο, ο δεξιός και ο αριστερός και συνδέουν το ήπαρ με το διάφραγμα.

4) Το έλασσον επίπλου.

Υ Φ Η Τ Ο Υ Η Π Α Τ Ο Σ

Το ήπαρ περιβάλλεται εξωτερικά από περιτόναιο εκτός από τις θέσεις στις οποίες προσφύονται οι διάφοροι σύνδεσμοι.

Τα κυριότερα στοιχεία του ήπατος είναι τα ηπατικά λο-

βία, οι χοληφόροι πόροι, τα αγγεία και τα νεύρα του ήπατος.

1) Τα ηπατικά λοβία .

Παριστάνουν τις λειτουργικές και ανατομικές μονάδες του ήπατος. Έχουν διάμετρο 0,7-2 MM και εμφανίζουν σχήμα πολύπλευρης πυραμίδας, απ' την κορυφή της οποίας διέρχεται η κεντρική, ή ενδολόβια φλέβα. Οι ενδολόβιες φλέβες είναι η αρχή των ηπατικών φλεβών και εκβάλλουν σε μεγαλύτερες φλέβες τις υπολόβιες.

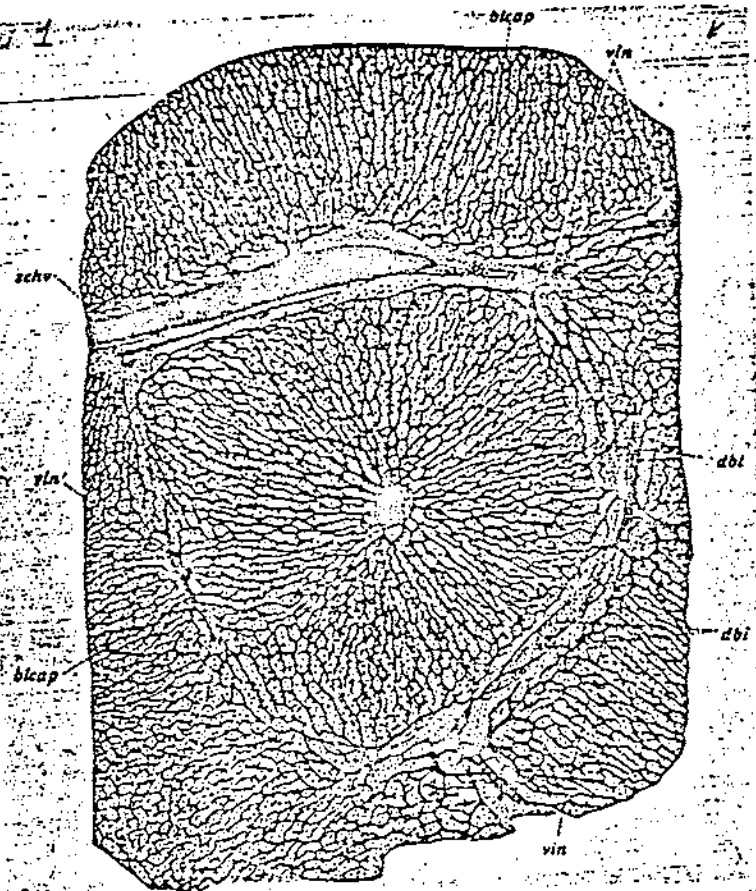
Μερικοί θεωρούν ως ανατομική μονάδα του ήπατος το λεγόμενο "πυλαίο λόβιο".

Το λόβιο αυτό είναι τρίγωνο και συνίσταται από τα προσκείμενα τμήματα 3 ηπατικών λοβίων.

Κάθε ηπατικό λοβίο αποτελείται από ερειστικό υπόστρωμα μέσα στο οποίο βρίσκονται:

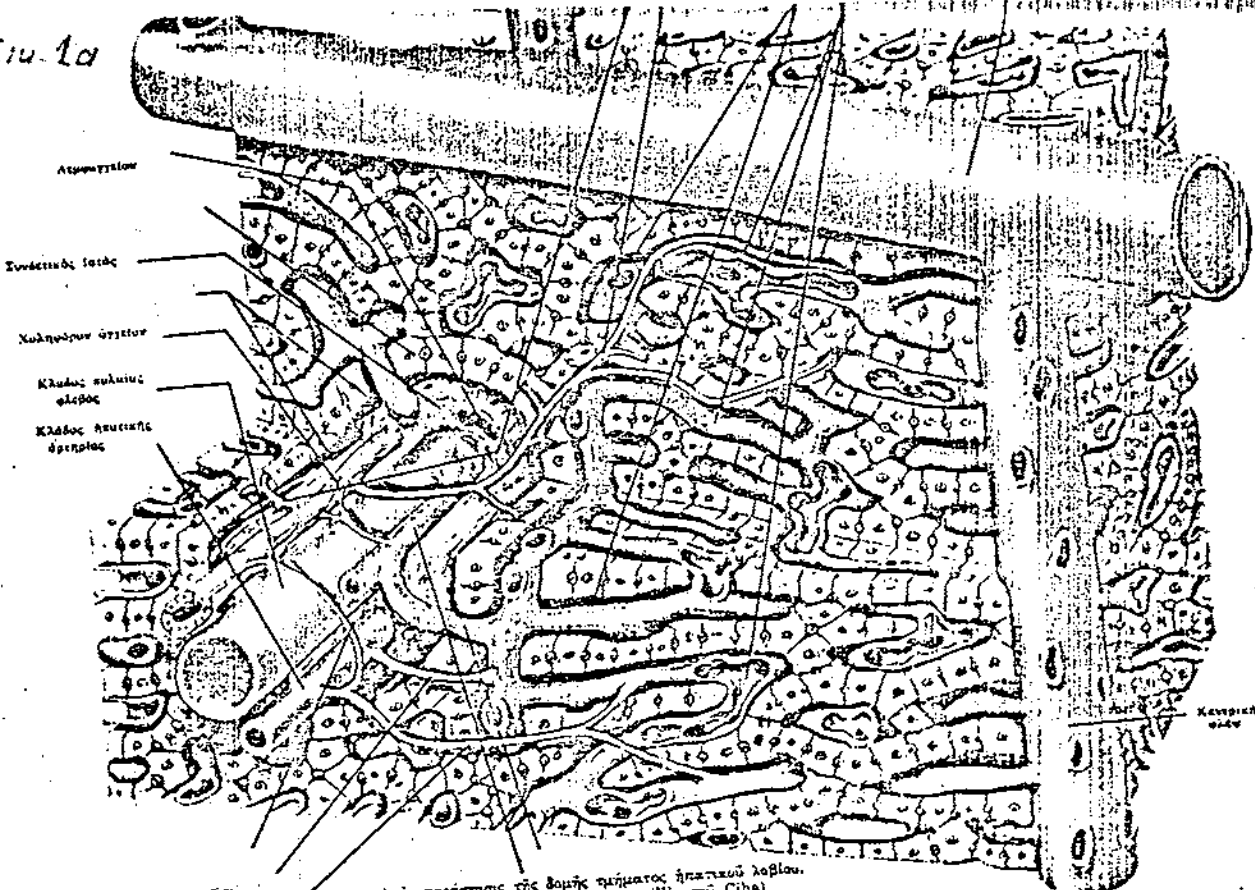
- α) Τα ηπατικά κύτταρα, β) Τα κολπώδη πυλαία τριχοειδή, γ) Τα τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας και δ) τα χοληφόρα σωληνάκια.
(Εικόνα 1 και 1α.)

ΕΙΩ. 1



— Πλήρες ηπατικό λοβίον περιβάλλον την κεντρική φλέβα schv=μεγάλη μεσολόβιος φλέβη. vin=μικρά μεσολόβια φλέβη. dbi=μεσολόβια χοληφόρα άγωγα. bicap=ηπατικοί αιματόκολλοι. Μεγέθυνσις X 54.

ΕΙΩ. 1α



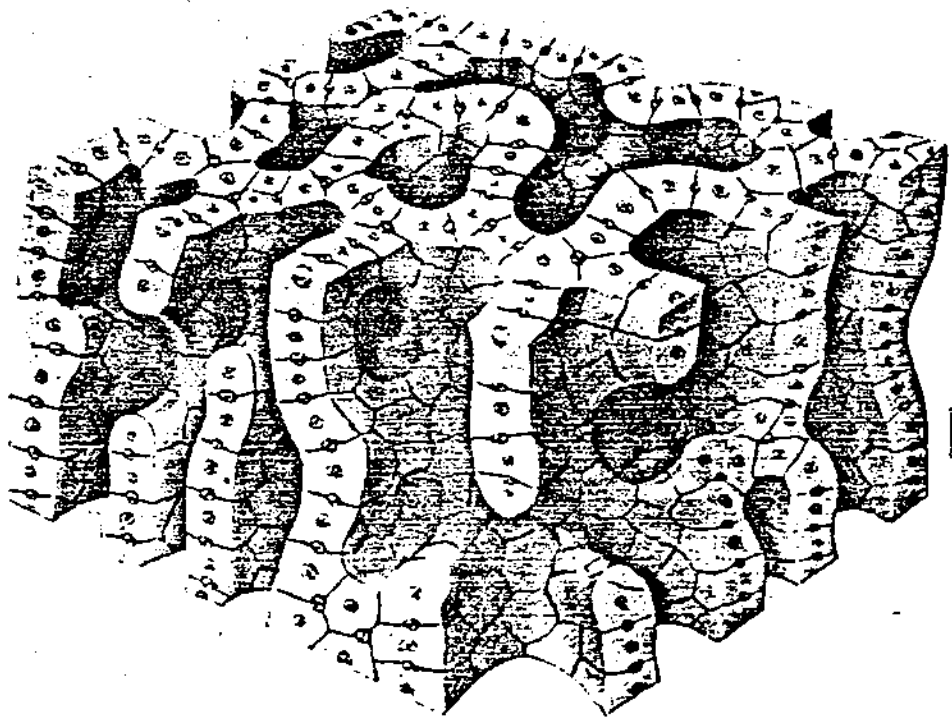
α) Στερεοσκοπική αναπαράστασις της δομής τμήματος ηπατικού λοβίου. (Εκ του Ciba)

α) Τα ηπατικά κύτταρα:

Έχουν σχήμα περίπου κυβωειδές, περιέχουν ένα ή δύο σφαιρικούς πυρήνες και μέσα στο πρωτόπλασμα τους ανευρίσκονται κοκκία γλυκογόνου και σταγόνα λίπους.

Παρατηρώντας το ηπατικό λόβιο βλέπουμε πως τα ηπατικά κύτταρα συντάσσονται κατά δοκίδες, τις ονομαζόμενες ηπατικές δοκίδες, οι οποίες φέρονται ακτινοειδώς από το κέντρο προς την περιφέρεια και αναστομώνονται μεταξύ τους σε δίκτυα.

Στην πραγματικότητα όμως τα ηπατικά κύτταρα διατάσσονται σε συνεχή στιβάδα σχηματίζοντας πετάλια, που ονομάζονται ηπατικά πετάλια, τα οποία φέρονται ακτινοειδώς από το κέντρο προς την περιφέρεια. Στη συνέχεια αναστομώνονται και σχηματίζουν ένα λαβυρινθώδες δίκτυο. Τα διάκενα του δικτύου αυτού ονομάζονται ηπατικές κυψέλες και επικοινωνούν μεταξύ τους με τρήματα. (Εικόνα 2)



Εικόνα 2. Στερεοσκοπική αναπαράσταση ηπατικών δοκίδων μετά την αφαίρεση των αιμοφόρων και χοληφόρων αγγείων. Διακρίνονται τα ηπατικά κύτταρα μετά των πυρήνων των, μεταξύ δε των εν διατομή ηπατικών κυττάρων τα χοληφόρα τριχοειδή (πράσινο χρώμα).

β) Τα κολπώδη πυλαία τριχοειδή:

Τα τριχοειδή αυτά εξέρχονται από τους μεσολόβιους κλάδους της πυλαίας φλέβας και εισέρχονται μέσα στο ηπατικό λόβιο, όπου διασπώνται σε πολυάριθμα κολπώδη τριχοειδή. Τα τριχοειδή αυτά καταλαμβάνουν τις ηπατικές κυψέλες και αναστομώνονται μεταξύ τους εκβάλλοντας τελικά στην ενδολόβια ή κεντρική φλέβα.

γ) Τα τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας:

Απ' τους μεσολόβιους κλάδους της ηπατικής αρτηρίας εξέρχονται αρτηρίδια μερικά από τα οποία εκβάλλουν στα προσαγωγά φλέβια, τα περισσότερα όμως διεισδύουν στο ηπατικό λόβιο και αναλύονται σε τριχοειδή, που εκβάλλουν τελικά στους φλεβώδεις κόλπους. Με το αίμα αυτών των τριχοειδών μεταφέρεται το απαραίτητο οξυγόνο στα ηπατικά κύτταρα.

δ) Τα χοληφόρα σωληνάκια:

Τα σωληνάκια αυτά πορεύονται μέσα στα ηπατικά πέτάλια και σχηματίζουν ευρύχωρα δίκτυα, που περιβάλλουν τα ηπατικά κύτταρα. Τα χοληφόρα σωληνάκια έχουν πλάτος 2-5 μ, δεν έχουν δικό τους τοίχωμα αλλά αφορίζονται απ' τα ηπατικά κύτταρα κι απ' την διεύρυνση της κυτταρικής μεμβράνης των ηπατικών κυττάρων.

2) Οι χοληφόροι πόροι:

Οι χοληφόροι πόροι παριστάνουν το εκφορητικό μέρος της εξωκρινούς μοίρας του ήπατος και διακρίνονται στους περιλόβιους και στους μεσολόβιους χοληφόρους πόρους.

Οι περιλόβιοι χοληφόροι πόροι είναι πολύ λεπτοί, περιβάλλουν το ηπατικό λόβιο και παριστάνουν την συνέχεια των χοληφόρων

σωληναρίων. Εκβάλλουν τελικά στους μεσολόβιους χοληφόρους πόρους.

Το τοίχωμα των περιλόβιων χοληφόρων πόρων αποτελείται εξωτερικά από βασικό υμένα και εσωτερικά από ένα στίχο κυβικών επιθηλιακών κυττάρων. Οι μεσολόβιοι χοληφόροι πόροι σχηματίζονται στα μεσολόβια διαστήματα και όταν έρχονται προς τις πύλες του ήπατος, συνενώνονται μεταξύ τους, σχηματίζοντας δύο μεγάλους χοληφόρους πόρους: α) τον δεξιό και β) τον αριστερό ηπατικό πόρο. Στη συνέχεια κι αυτοί οι πόροι ενώνονται μεταξύ τους σχηματίζοντας τον κοινό ηπατικό πόρο.

Το τοίχωμα των μεσολόβιων χοληφόρων πόρων αποτελείται από έξω προς τα έσω από : α) Συνδετικό ιστό με διάσπαρτες λέι-ες μυϊκές ίνες, β) από βασικό υμένα, γ) μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο και δ) αδένες.

ε) Αγγεία του ήπατος :

Το ήπαρ εμφανίζει 2 προσαγωγά αγγεία, την πυλαία φλέβα, την ηπατική αρτηρία και πάρα πολλά απαγωγά αγγεία που ονομάζονται ηπατικές φλέβες.

α) Πυλαία φλέβα:

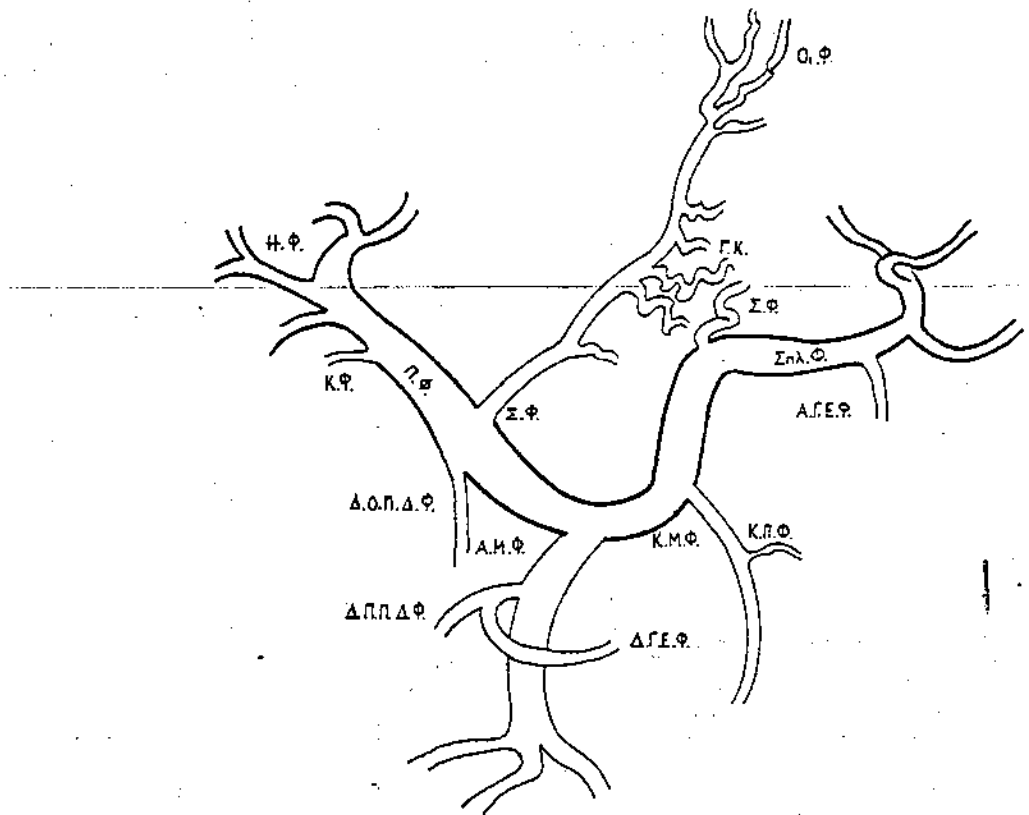
Η πυλαία φλέβα συναθροίζει το αίμα απ'το στομάχι, το έντερο, τον σωλήνα και το πάγκρεας και διεισδύει απ'τις πύλες του ήπατος μέσα σ'αυτό. Στη συνέχεια αποσχίζεται σε 2 κλάδους, τον δεξιό και τον αριστερό. Οι κλάδοι αυτοί αποσχίζονται σε ολοένα μικρότερους κλάδους, οι τελευταίοι απ'τους οποίους πορεύονται στα μεσολόβια διαστήματα και ονομάζονται μεσολόβιοι. Απ'τους μεσολόβιους κλάδους εξέρχονται μικρά προσαγωγά φλέβια τα οποία διεισδύουν στα ηπατικά λόβια και διασπώνται σε πολυάρι-

θμα τριχοειδή. Τα τριχοειδή αυτά μπορούν να περιλάβουν μεγάλη ποσότητα αίματος, γι' αυτό και το ήπαρ θεωρείται σπουδαία δεξαμενή αίματος.

Η πυλαία φλέβα δεν χρησιμεύει στη θρέψη του ήπατος αλλά μεταφέρει σ' αυτό χρήσιμα συστατικά απ' το έντερο, τον σπλήνα και το πάγκρεας, τα οποία θα βοηθήσουν τα ηπατικά κύτταρα στην παρασκευή των ηπατικών εκκριμάτων. (Εικόνα 3)

Σχ. 3

ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΟΣ



- Η.Φ. = Ηπατικές Φλέβες
- Κ.Φ. = Κυστική Φλέψ
- Π.Φ. = Πυλαία Φλέψ
- Δ.Ο.Π.Δ.Φ. = Δεξιά Όπισθία Παγκρεατοδωδεκαδακτυλική Φλέψ
- Α.Μ.Φ. = Άνω Μεσεντέριος Φλέψ
- Δ.Π.Π.Δ.Φ. = Δεξιά Προσθία Παγκρεατοδωδεκαδακτυλική Φλέψ
- Σ.Φ. = Στεφανιαία Φλέψ

- Α.Γ.Ε.Φ. = Δεξιά Γαστροεπιπλοϊκή Φλέψ
- Οι.Φ. = Οισοφαγική Φλέβες
- Γ.Κ. = Γαστρικοί Κλάδοι
- Σ.Φ. = Στεφανιαία Φλέψ
- Σπ.Φ. = Σπληνική Φλέψ
- Α.Γ.Ε.Φ. = Άριστερά Γαστροεπιπλοϊκή Φλέψ
- Κ.Μ.Φ. = Κάτω Μεσεντέριος Φλέψ
- Κ.Π.Φ. = Κάτω Παγκρεατική Φλέψ

Σχῆμα 31.— Σχηματική παράσταση των κυρίων φλεβών των συμβαλλουσών εις τὸν σχηματισμὸν τῆς πυλαίας.

β) Ηπατική αρτηρία:

Η ηπατική αρτηρία είναι κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας, διεισδύει στο ήπαρ απ' τις πύλες και αποσχίζεται σε 2 κλάδους τον δεξιό και τον αριστερό. Οι κλάδοι αυτοί αποσχίζονται συνεχώς και καταλήγουν τελικά στους μεσολόβιους κλάδους, που πορεύονται στα μεσολόβια διαστήματα.

Η ηπατική αρτηρία είναι το τροφικό αγγείο του ήπατος. Διανέμεται στο συνδετικό ιστό του ήπατος, στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων, στους χοληφόρους πόρους και παρέχει οξυγονωμένο αίμα στα ηπατικά κύτταρα.

γ) Ηπατικές φλέβες :

Οι ηπατικές φλέβες αρχίζουν από τις ενδολόβιες φλέβες, οι οποίες όταν εξέρχονται από τα ηπατικά λόβια, εκβάλλουν σε μεγαλύτερες φλέβες, τις υπολόβιες. Από τις υπολόβιες αυτές φλέβες αθροίζονται οι ηπατικές φλέβες.

4) Νευρώνες του ήπατος:

Τα νεύρα του ήπατος προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα και αποτελούνται από κλάδους του πνευμονογαστρικού, του συμπαθητικού και του δεξιού φρενικού νεύρου.

5) Εκφορητική οδός του ήπατος :

Τέλος η εκφορητική οδός του ήπατος αποτελείται από :

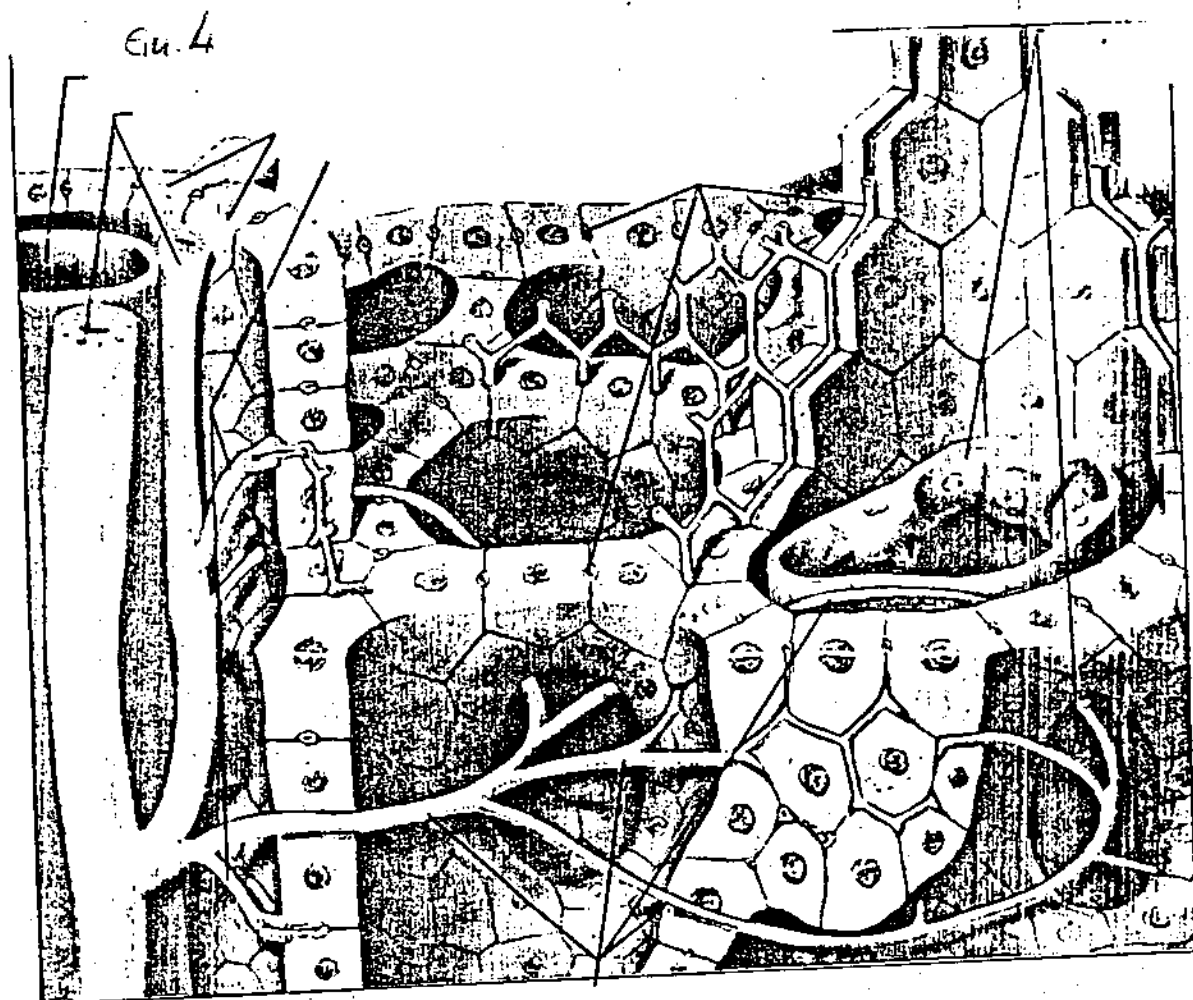
α) τους χοληφόρους πόρους, β) τον κοινό ηπατικό πόρο, γ) τη χοληδόχο κύστη, δ) τον κυστικό πόρο και ε) τον χοληδόχο πόρο.

α) Χοληφόροι πόροι : (Εικόνα 4)

β) Κοινός ηπατικός πόρος.

Οι 2 ηπατικοί πόροι (δεξιός και αριστερός) που σχηματίζονται από την συμβολή των μεσολόβιων χοληφόρων πόρων, ενωμένοι

σχηματίζουν τον κοινό ηπατικό πόρο. Η συνένωση των δύο πόρων γίνεται μέσα στο έλασσον επίπλου κοντά στις πύλες του ήπατος.



Ο κοινό ηπατικός πόρος έχει μήκος 3-5 εκ. και ενώνεται σε οξεία γωνία με τον κυστικό πόρο, σχηματίζοντας τον χοληδόχο πόρο.

γ) Χοληδόχος κύστη:

Η χοληδόχος κύστη βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του ήπατος και μάλιστα στην αρχή της δεξιάς οβελιαίας αύλακας, όπου υπάρχει ο κυστικός βόθρος.

δ) Κυστικός πόρος:

Ο κυστικός πόρος αρχίζει από τον αυχένα της χοληδόχου κύ-

στεως και έχει μήκος 3-4 εκ. Πορεύεται μέσα στο έλασσον επίπλου και ενώνεται σε οξεία γωνία με τον κοινό ηπατικό πόρο, για σχηματισμό του χοληδόχου πόρου.

Το τοίχωμά του αποτελείται από ινομυώδη χιτώνα, ο οποίος αποτελείται από συνδετικό ιστό, ελαστικές και λείες μυϊκές ίνες καθώς και από βλενογόνο. Ο βλενογόνος φέρει εσωτερικά την ελικοειδή βαλβίδα. Δια μέσου του πόρου αυτού η χολή μεταφέρεται από το ήπαρ στη χοληδόχο κύστη και κατόπιν στο έντερο.

ε) Χοληδόχος πόρος:

Σχηματίζεται από την συνένωση του κυστικού και του κοινού ηπατικού πόρου έχει μήκος 5-7 εκ. και πορεύεται μέσα από το έλασσον επίπλου στο δεξιό χείλος του ηπατοδωδεκαδακτύλικού συνδέσμου. Κατόπιν πορεύεται όπισθεν της πρώτης μοίρας του 12δακτύλου, όπισθεν της κεφαλής του παγκρέατος, εκβάλλονται στην δεύτερη μοίρα του 12δακτύλου. Παρά την εκβολή του όμως στην 2η μοίρα του 12δακτύλου, συνήθως ενώνεται με την εκβολή του μείζονα παγκρεατικού πόρου, σχηματίζοντας τη λύκυθο του VATER.

Το τοίχωμα του χοληδόχου πόρου αποτελείται: α) Από ινομυώδες χιτώνα και β) από βλενογόνο.

Ο ινομυώδης χιτώνας αποτελείται από συνδετικό ιστό, ελαστικές ίνες και λείες μυϊκές ίνες. Οι λείες μυϊκές ίνες του τοιχώματος είναι κυκλωτερείς και μερικές επιμήκεις.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

ΤΟΥ

ΗΠΑΤΟΣ

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Το ήπαρ, όπως προαναφέρθηκε και στην Ανατομία, είναι ο μεγαλύτερος αδένας του ανθρώπινου σώματος. Η ανατομική του θέση και το γεγονός ότι δέχεται δια μέσου της πυλαίας φλέβας το αίμα που προέρχεται από τον πεπτικό σωλήνα, καθιστούν το ήπαρ σαν τον κύριο ρυθμιστή του μεταβολισμού των διαφόρων ουσιών. Οι ουσίες αυτές πριν εισέλθουν στη γενική κυκλοφορία διέρχονται αναγκαστικά από τα ηπατικά κύτταρα. Το ήπαρ λοιπόν ρυθμίζει και διευθύνει ένα πλήθος από βιοχημικές επεξεργασίες που θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Μεταβολισμός :
 - α) Υδατανθράκων
 - β) Πρωτεϊνών
 - γ) Λιπών
2. Παραγωγή διαφόρων ουσιών
3. Αποταμίευση
 - α) Αντιαναιμικού παράγοντα
 - β) Σιδήρου και χαλκού
 - γ) Βιταμινών Β, D, Κ.
4. Αποτοξίνωση
5. Έκκριση

Οι παραπάνω λειτουργίες του ήπατος αναλύονται ξεχωριστά στη συνέχεια.

1. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Το ήπαρ θεωρείται σαν το κατ'εξοχήν όργανο μεταβολισμού δια-

φόρων ουσιών και κύρια των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών.

Υ δ α τ ά ν θ ρ α κ ε ς :

Όσον αφορά τους υδατάνθρακες η συμμετοχή του ήπατος στον μεταβολισμό τους είναι η εξής : Η γλυκόζη που απορροφάται απ' τον γαστρεντερικό σωλήνα κατά τη διάρκεια της πέψης, μεταφέρεται δια μέσου της πυλαίας κυκλοφορίας στο ήπαρ. Το ποσό της γλυκόζης που δεν είναι απαραίτητο για την άμεση κυκλοφορία μετατρέπεται στο ήπαρ σε γλυκογόνο και αποταμιεύεται σ' αυτό. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται γλυκογονογένεση. Ακόμη το ήπαρ έχει την ικανότητα να συνθέτει γλυκογόνο από τα αμινοξέα, το γαλακτικό οξύ και πιθανώς από τα λιπαρά οξέα. Τέλος η γαλακτόζη και η φρουκτόζη που μεταφέρονται στο ήπαρ με την πυλαία κυκλοφορία, μετατρέπονται μέσα στο ήπαρ με την επίδραση ισομερώς σε γλυκόζη. Η γλυκόζη στη συνέχεια μετατρέπεται σε γλυκογόνο και αποταμιεύεται στο ήπαρ με τη διαδικασία της γλυκογονογένεσης.

Π ρ ω τ ε ί ν ε ς

Όσον αφορά τον μεταβολισμό των πρωτεϊνών θα πρέπει να τονιστεί ότι και εδώ η συμμετοχή του ήπατος είναι σημαντική. Με τη βοήθεια της πυλαίας κυκλοφορίας μεταφέρονται στο ήπαρ αμινοξέα, από τα οποία το ήπαρ συνθέτει σχεδόν όλο το ποσόν των λευκωματινών και του ινωδογόνου του πλάσματος. Ακόμη συνθέτει ικανό ποσό από ά και β' σφαιρίνες και τις περισσότερες απ' τις ουσίες που συμβάλλουν στην πήξη του αίματος.

Έχει αποδειχθεί, ότι σε φυσιολογικά άτομα το ήπαρ είναι το μοναδικό όργανο, στο οποίο γίνεται η απαμίνωση των αμινοξέων. Από την διάσπαση των αμινοξέων προέρχεται η αμμωνία,

που χρησιμεύει στο ήπαρ για το σχηματισμό της ουρίας. Γίνεται φανερό λοιπόν ότι το ποσό της ουρίας που συντίθεται στο ήπαρ, εξαρτάται από την απαμινωτική ικανότητα του ήπατος. Επίσης το ήπαρ θεωρείται ότι είναι το κύριο όργανο διάσπασης του ουρικού οξέος.

Λ ί π η :

Η συμμετοχή του ήπατος στον μεταβολισμό των λιπών συνίσταται στην έκκριση της χολής, η οποία ενεργοποιεί την λιπάση του παγκρέατος, που γαλακτοματοποιεί τα λίπη, διευκολύνοντας έτσι την απορρόφησή του απ'τον εντερικό σωλήνα. Επίσης τα χολικά άλατα έχουν την ικανότητα, όταν συνδέονται με τα λίπη, να σχηματίζουν συνθέσεις πιο ευδιάλυτες, γεγονός που συντελεί στην καλύτερη απορρόφηση των λιπών.

2. ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ :

Η παραγωγή χολερυθρίνης είναι μια απ'τις σπουδαιότερες παραγωγικές λειτουργίες του ήπατος. Η χολερυθρίνη σχηματίζεται στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα απ'τη διάσπαση της αιμοσφαιρίνης των καταστρεφόμενων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η χολερυθρίνη αυτή ονομάζεται έμμεση και μεταφέρεται με την κυκλοφορία του αίματος στα ηπατικά κύτταρα. Εκεί με την επίδραση του ενζύμου τρανσφεράση, ενώνεται με το γλυκουρονικό οξύ, σχηματίζει την άμεση χολερυθρίνη, η οποία εκκρίνεται στα χοληφόρα τριχοειδή. Όταν η χολερυθρίνη εισέρχεται στο έντερο μετατρέπεται με τη δράση διαφόρων ενζύμων σε κοπροχολινογόνο (ουροχολινογόνο) και στη συνέχεια μετατρέπεται σε κοπροχολίνη (ουροχολίνη). Το μεγαλύτερο μέρος του ουροχολινογόνου αποβάλλεται με τα κόπρανα, ένα ποσοστό όμως απορροφάται από το έντερο και με την

πυλαία φλέβα μεταφέρεται στο ήπαρ. Εκεί ένα μέρος του ουροχολινογόνου μετατρέπεται σε χολερυθρίνη, ένα μέρος επανεκκρίνεται σαν ουροχολινογόνο στο έντερο κι ένα άλλο μέρος εισέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος και αποβάλλεται δια μέσου των νεφρών στα ούρα.

Στον κύκλο αυτό των εργασιών του ήπατος στηρίζονται και αρκετές διαγνωστικές ηπατικές εξετάσεις.

Πέρα απ'την παραγωγή χολερυθρίνης, το ήπαρ συμβάλλει σημαντικά και στην παραγωγή του ινωδόγону, της ορίνης και των σφαιρινών του πλάσματος, της προθρομβίνης, τη ηπαρίνης, της ουρίας, της βιταμίνης Α και διαφόρων ενζύμων, όπως η αλκαλική φωσφατιάση και οι τρανσαμινάσες.

3. ΕΚΚΡΙΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Το κυριότερο προϊόν που εκκρίνει το ήπαρ είναι η χολή. Όλα τα ηπατικά κύτταρα παράγουν συνεχώς μικρές ποσότητες χολής. Η παραγόμενη χολή εκκρίνεται μέσα στα χοληφόρα σωληνάκια, που βρίσκονται ανάμεσα στα ηπατικά κύτταρα. Τα χοληφόρα σωληνάκια εκβάλλουν στους τελικούς χοληφόρους πόρους, απ'τους οποίους η χολή ρέει σε προοδευτικά αυξανόμενους σε μέγεθος αγωγούς, για να φθάσει τελικά στον ηπατικό πόρο και τον κοινό χοληδόχο πόρο. Από τον χοληδόχο πόρο η χολή είτε ρέει απ' ευθείας στο 12δάκτυλο είτε αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη.

Η χολή εκκρίνεται συνεχώς από τα ηπατικά κύτταρα και φυσιολογικά αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη μέχρις ότου χρειασθεί στο 12δάκτυλο. Το συνολικό ποσό της καθημερινά εκκρινόμενης χολής ανέρχεται σε 600-700 ML ενώ η χωρητικότητα της χοληδόχου κύστης είναι μόνο 40-70 ML.

Η χοληδόχος κύστη έχει την ικανότητα ν'αποθηκεύσει το πο-

σό της χολής που εκκρίνεται για 12 ώρες από το ήπαρ, επειδή το νερό, το νάτριο, το χλώριο και άλλοι ηλεκτρολύτες απορροφώνται συνεχώς από τον βλενογόνο της με αποτέλεσμα τη συμπύκνωση των άλλων συστατικών της.

Εκτός από την χολή το ήπαρ εκκρίνει και ορισμένες χρωστικές, πορφυρίνες καθώς και ένζυμα όπως (φωστατάση, τρανσαμινάσες, χολινεστεράση κλπ.).

ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣ

	Ηπατική χολή	Χολοκυστική χολή
Νερό	97,5 G/DL	92 G/DL
Χολικά άλατα	1,1 "	6 "
Χολερυθρίνη	0,04 "	0,3 "
Χοληστερόλη	0,1 "	0,3 έως 0,9 G/DL
Λιπαρά οξέα	0,12 "	0,3 έως 1,2 G/DL
Λεκιθίνη	0,04 "	0,3 G/DL
Na ⁺	145 MEC/L	130 MEC/L
K ⁺	5 "	12 "
Ca ⁺	5 "	23 "
CL ⁻	100 "	25 "
HCO ₃	28 "	10 "

4. ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Το ήπαρ εκτός από τις παραπάνω λειτουργίες που επιτελεί, θεωρείται και σαν το κατ'εξοχήν όργανο αποταμίευσης ουσιών που είναι χρήσιμες στον οργανισμό. Τέτοιες ουσίες είναι οι βιταμίνες B,D,K, ο σίδηρος, ο χαλκός και ο αντιαναιμικός παράγοντας. Οι ουσίες αυτές αποταμιεύονται στο ήπαρ για να χρησιμο-

ποιηθούν απ' τον οργανισμό σε περιπτώσεις που θα έχει ανάγκη.

5. ΑΝΤΙΤΟΞΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Διάφορες τοξικές ουσίες που απορροφώνται απ' το έντερο εισέρχονται με την πυλαία φλέβα στην γενική κυκλοφορία και στη συνέχεια μεταφέρονται στο ήπαρ. Το ήπαρ έχει την ικανότητα αυτές τις τοξικές ουσίες να τις μετατρέπει με οξειδωση σε ουσίες λιγότερο τοξικές, ή καθόλου τοξικές. Τέτοιες ουσίες είναι: η ινδόλη, η σκατόλη, η φαινόλη και μέσα στο ήπαρ συνδέονται με θειϊκό οξύ και κάλιο ή με το γλυκουρονικό οξύ. Η ινδοξύλη, το μεγαλύτερο μέρος της οποίας συνδέεται με το θειϊκό οξύ και το κάλιο, σχηματίζοντας την ινδικάνη, η οποία απεκκρίνεται με τα ούρα.

ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ
ΗΠΑΤΟΣ

ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ

ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ ΟΔΩΝ

Η ακριβής διάγνωση των νοσημάτων του ήπατος και των χοληφόρων οδών είναι ένα από τα σπουδαιότερα και δυσκολότερα κλινικά προβλήματα. Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση αποκτά μεγάλη αξία αν αναλογισθεί κανείς τη βαρύτητα της πρόγνωσης ορισμένων ηπατοπαθειών.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις και δοκιμασίες που έχουν σαν σκοπό να ελέγξουν την φυσιολογική λειτουργία του ήπατος, είναι πάρα πολλές. Τις εξετάσεις αυτές γενικεύοντας θα μπορούσαμε να τις εντάξουμε στον όρο "ηπατικές δοκιμασίες" έναν όρο που δεν ενταποκρίνεται πάντα στην πραγματικότητα. Η διαπίστωση αυτή αποδεικνύεται απ' το γεγονός ότι υπάρχουν δοκιμασίες που δεν ελέγχουν κάποια ειδική λειτουργία του ήπατος αλλά μετρούν κάποιες τιμές που απέχουν απ' τα φυσιολογικά όρια σε ορισμένες ηπατοπάθειες. Οι απόστάσεις όμως από τα φυσιολογικά όρια μπορεί να παρατηρηθούν στις παραπάνω τιμές και σε παθήσεις που δεν προσβάλλουν καθόλου το ήπαρ. Ακόμη στο όρο "ηπατικές δοκιμασίες" συμπεριλαμβάνονται και διάφορες εξετάσεις (δοκιμασία θολερότητας και κροκιδώσεως κεφαλίνης, θυμόλης, θειϊκού ψευδαργύρου) που δεν θεωρούνται ειδικές, για τον έλεγχο κάποιας φυσιολογικής λειτουργίας του ήπατος.

Για τη μελέτη κάποιας ηπατοπάθειας δεν είναι αναγκαίο αλλά ούτε και δυνατόν τις περισσότερες φορές να εφαρμοστούν όλες οι δοκιμασίες σ' έναν και μόνο ασθενή. Σε κάθε περίπτωση

λοιπόν θα πρέπει να γίνεται μια προσεγμένη επιλογή των εξετάσεων, στις οποίες θα υποβληθεί ο ασθενής ώστε να διευκρινισθεί με σαφήνεια η μορφή της νόσου.

Γενικότερα οι ηπατικές δοκιμασίες είναι χρήσιμες και ενδείκνυνται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- α) Την διαφορική διάγνωση του ικτέρου.
- β) Την επιβεβαίωση της παρουσίας κάποιας ηπατοπάθειας.
- γ) Την πρόγνωση κάποιας ηπατοπάθειας.
- δ) Την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της εφαρμοζόμενης θεραπείας.

Στο σημείο αυτό όσον αφορά τις ηπατικές δοκιμασίες, θα πρέπει να τονισθούν και τα εξής:

- α) Καμμία εξέταση δεν μπορεί από μόνη της να θέσει τη διάγνωση.
- β) Πολλές εξετάσεις μπορεί να κυμαίνονται σε φυσιολογικά επίπεδα, παρά την ύπαρξη κάποιας ηπατοπάθειας.
- γ) Κάποιοι παράγοντες που δεν έχουν σχέση με το ήπαρ, μπορεί να επηρεάσουν τις εξετάσεις δίνοντας τιμές μη φυσιολογικές.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ

Οι περισσότερες ηπατικές δοκιμασίες δεν αναφέρονται σε μια ορισμένη λειτουργία του ηπατικού παρεγχύματος, ώστε να είναι δυνατή η εξαγωγή θετικών συμπερασμάτων για κάποια ηπατοπάθεια.

Η σωστή και επιτυχημένη επιλογή των αναγκαίων δοκιμασιών για κάθε μορφή ηπατοπάθειας συμβάλλει πάρα πολύ στην αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή. Θα πρέπει τέλος να τονισθεί ότι το κάθε εργαστηριακό αποτέλεσμα πρέπει να συνδυάζεται με την υπάρχουσα κλινική εικόνα του ασθενή, για την επιβεβαίωση της οποιασδήποτε διάγνωσης.

ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ

Οι πιο εύχρηστες και οι πιο ουσιώδεις ηπατικές δοκιμασίες, θα μπορούσαν να καταταχθούν ως εξής:

1. Δοκιμασίες που στηρίζονται στον μεταβολισμό των πρωτεϊνών.

- α) Πρωτεΐνες πλάσματος
- β) Δοκιμασία κροκιδώσεως κεφαλίνης-χοληστερίνης
- γ) Δοκιμασία θολερότητας και κροκιδώσεως θυμόλης
- δ) Δοκιμασία θολερότητας θειϊκού ψευδαργύρου
- ε) Δοκιμασία TAKATA-ARA
- στ) Δοκιμασία κολλοειδούς χρυσού
- ζ) Προθρομβίνη πλάσματος

2. Δοκιμασίες της εκκριτικής λειτουργίας του ήπατος:

- α) Δοκιμασία απέκκρισης της βρωμοσουλφονοφθαλεΐνης (B.S.P.)
- β) Δοκιμασία απέκκρισης του ραδιενεργού ερυθρού της Βεγγάλης.
- γ) Δοκιμασία ανοχής της χολερυθρίνης
- δ) Προσδιορισμός χολερυθρίνης αίματος
- ε) Προσδιορισμός χολερυθρίνης ούρων
- στ) Προσδιορισμός ουροχολινογόνου ούρων και κοπράνων

3. Δοκιμασίες της μεταβολικής λειτουργίας του ήπατος .

- α) Δοκιμασία ανοχής της γαλακτόζης (GALACTOSE TOLERANCE)
- β) Δοκιμασία αποκάθαρσης της γαλακτόζης (GALACTOSE CLEARANCE) .
- γ) Δοκιμασία ιππουρικού οξέος
- δ) Δοκιμασία τυροσινορίας
- ε) Προσδιορισμός ολικής χοληστερίνης και εστέρων της.

4. Δοκιμασίες μεταβολών των ενζύμων αίματος

- α) Προσδιορισμός αλκαλικής φωσφατάσης
- β) Προσδιορισμός χοληστερινάσης
- γ) Προσδιορισμός τρανσαμινασών (SGOT, TGPT)
- δ) Προσδιορισμός αφυδρογονασών (Γαλακτική, Μαλική, Ισοκιτρική)

Παρακάτω αναλύονται οι κυριότερες ηπατικές δοκιμασίες:

1. Πρωτεΐνες του πλάσματος

Οι μεταβολές των πρωτεϊνών του πλάσματος στις ηπατοπάθειες είναι γνωστές. Η ελάττωση του ολικού ποσού των πρωτεϊνών υποδηλώνει εκτεταμένη βλάβη στο ηπατικό παρέγχυμα. Με την ηλεκτροφόρτιση παρατηρούμε, ότι η γ-σφαιρίνη είναι το πρώτο από τα κλάσματα των πρωτεϊνών, που εκτρέπεται από τα φυσιολογικά όρια σε περίπτωση φλεγμονής ή εκφυλιστικής βλάβης του ήπατος και το τελευταίο που επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα με την αποκατάσταση της ηπατικής βλάβης. Η άνοδος των τιμών της γ-σφαιρίνης σε φλεγμονώδεις ή εκφυλιστικές ηπατοπάθειες, είναι χαρακτηριστική. Επίσης αύξηση των τιμών της γ-σφαιρίνης παρατηρείται και σε χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις του ήπατος.

Σύμφωνα μ'αυτά που αναφέρθηκαν, ο προσδιορισμός της γ-σφαιρίνης του πλάσματος με ηλεκτροφόρτιση, μπορεί να θεωρηθεί σαν μια απ'τις πιο αξιόπιστες μεθόδους ελέγχου της ηπατικής λειτουργίας.

2. Προθρομβίνη πλάσματος

Το ήπαρ είναι η πηγή της προθρομβίνης του αίματος. Για την σύνθεση της προθρομβίνης είναι αναγκαία η λιποδιαλυτή βι-

ταμίνη Κ, για την απορρόφηση της οποίας είναι απαραίτητη η παρουσία της χολής στο έντερο.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω υποπροθρομβιναιμιά παρουσιάζεται σε ηπατοπάθειες είτε από πλημμελή σύνθεση της προθρομβίνης λόγω βλάβης του ηπατικού παρεγχύματος είτε από την κακή απορρόφηση της βιταμίνης Κ, λόγω απόφραξης των χοληφόρων οδών και αναστολής της ροής της χολής στο έντερο. Τα δύο αυτά είδη υποθρομβιναιμίας μπορούν να διαχωρισθούν με την παρεντερική χορήγηση βιταμίνης Κ. Με τον τρόπο αυτό μπορούμε ακόμη να ξεχωρίσουμε τον ηπατοκυτταρικό από τον μεθηπατικό αποφρακτικό ίκτερο. Σε περίπτωση αποφρακτικού ίκτερου η υποπροθρομβιναιμιά διορθώνεται σε 24 ώρες, μετά την χορήγηση της βιταμίνης Κ ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο και σε περίπτωση βλάβης του ηπατικού παρεγχύματος.

3. Δοκιμασία B.S.P.

Η δοκιμασία B.S.P. στηρίζεται στην ικανότητα των ηπατικών κυττάρων να παραλαμβάνουν την χρωστική B.S.P. από την κυκλοφορία του αίματος, όταν διέρχεται αυτή από το ήπαρ και να την απεκκρίνουν δια μέσου της χολής στο έντερο. Από το έντερο αποβάλλεται τελικά με τα κόπρανα. Κατά την εκτέλεση της δοκιμασίας αυτής χορηγούνται 5 χιλστγρ. B.S.P. ανά χιλιόγραμμο βάρους του ασθενή ενδοφλεβίως. Μετά από 1 ώρα περίπου προσδιορίζεται το ποσό της χρωστικής που έχει παραμείνει στην κυκλοφορία. Η παρουσία της χρωστικής στο αίμα είναι αυξημένη στις εξής περιπτώσεις:

α) Σε πλημμελή λειτουργία των ηπατικών κυττάρων εξ αιτίας ύ-

παρξης φλεγμονής ή εκφυλιστικής αλλοίωσης στο ηπατικό παρέγχυμα.

- β) Σε ελαττωμένη κυκλοφορία αίματος στο ηπατικό παρέγχυμα εξ αιτίας κάποιας νόσου π.χ. κίρρωση.
- γ) Σε παρεμπόδιση της ροής της χολής μέσα στο έντερο λόγω απόφραξης των χοληφόρων οδών.

Όταν εκλείπουν οι παραπάνω περιπτώσεις, μετά την πάροδο μιας ώρας από την ενδοφλέβια χορήγηση, η χρωστική B.S.P. δεν ανιχνεύεται στο αίμα ή το ολικό ποσό της δεν υπερβαίνει το 5% του ποσού που χορηγήθηκε.

Κατακράτηση σε ποσοστό 20-40% υποδηλώνει βλάβη της ηπατικής λειτουργίας αλλά σε ελαφρά μορφή. Σε κατακράτηση 50-80% αναφερόμαστε σε μέτρια βλάβη ηπατικής λειτουργίας ενώ όταν η κατακράτηση της χρωστικής στο αίμα είναι πάνω από 80% φανερώνει βαριά βλάβη του ηπατικού παρεγχύματος.

Σε οξεία ή χρόνια μορφή ηπατίτιδας που συνοδεύεται και από βλάβη στο ηπατικό παρέγχυμα η κατακράτηση της B.S.P. στο αίμα παρουσιάζεται αυξημένη.

Γενικότερα για τη σημασία της δοκιμασίας B.S.P. θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι μια από τις πιο ευαίσθητες και αξιόπιστες μεθόδους διαπίστωσης πρώιμων διαταραχών της λειτουργίας του ηπατικού παρεγχύματος σε ανικτερικές ή ελαφρά ικτερικές καταστάσεις.

4. Δοκιμασία ανοχής της γαλακτόζης

Η δοκιμασία αυτή εφαρμόζεται για τον έλεγχο του μεταβολισμού των υδατανθράκων στο ήπαρ και ειδικότερα για τον προσδιορισμό της ικανότητας του ηπατικού παρεγχύματος για σύνθεση γλυκογόνου.

Για τη διενέργεια της εξέτασης αυτής χρησιμοποιείται η γαλακτόζη, επειδή το ήπαρ έχει την ικανότητα μετατροπής της προς γλυκογόνο. Κατόπιν η γαλακτόζη αποβάλλεται ελεύθερη δια μέσου των νεφρών.

Χορηγείται στον πάσχοντα που παραμένει νηστικός 40 GR. γαλακτόζης διαλυμένη σε 500 CC νερού και στη συνέχεια προσδιορίζεται το ποσό της αποβαλλόμενης γαλακτόζης στα ούρα. Φυσιολογικά σε 5 ώρες αποβάλλονται με τα ούρα 3 GR γαλακτόζης ενώ το υπόλοιπο ποσό κατακρατείται στο ήπαρ για να μετατραπεί σε γλυκογόνο. Σε περίπτωση ηπατικής βλάβης είναι αυτονόητο ότι το ποσό της αποβαλλόμενης γαλακτόζης είναι αυξημένο.

Στις παραπάνω αρχές στηρίζεται και η δοκιμασία αποκάθαρσης της γαλακτόζης μόνο που η γαλακτόζη χορηγείται ενδοφλέβια και η ποσότητα που δεν προσλαμβάνεται απ' το ήπαρ προσδιορίζεται στο φλεβικό αίμα.

5. Προσδιορισμός και ελεύθερης εστεροποιημένης χοληστερίνης.

Το ήπαρ είναι το όργανο στο οποίο γίνεται η σύνθεση, η εστεροποίηση της χοληστερίνης, η μετατροπή της σε χολικό οξύ, η εκκρίσή της προς τα χοληφόρα αγγεία και η μετατροπή της από τα αιμοφόρα αγγεία προς το ήπαρ.

Φυσιολογικά το ποσό της ολικής χοληστερίνης κυμαίνεται από 150-250 χλστρ.% από τα οποία τα 60-75% αντιστοιχούν στην εστεροποιημένη χοληστερίνη.

Σε περιπτώσεις αποφρακτικού ικτέρου τα ποσά της ολικής και της εστεροποιημένης χοληστερίνης παρουσιάζουν αύξηση, ό-

πως και σε περιπτώσεις ενδοηπατικής απόφραξης των χοληφόρων αγγείων.

Σε περίπτωση ηπατοκυτταρικού ικτέρου και ηπατίτιδας το ποσό της ολικής χοληστερίνης παραμένει φυσιολογικό ή ελαττώνεται λίγο ενώ η εστεροποιημένη χοληστερίνη παρουσιάζει σημαντική μείωση.

Μεγάλη ελάττωση της εστεροποιημένης χοληστερίνης εμφανίζεται σε βαριές μορφές λογενούς ηπατίτιδας και σε προχωρημένα στάδια ηπατικής κίρρωσης. Η μεγάλη ελάττωση της εστεροποιημένης χοληστερίνης αποτελεί βαρύ προγνωστικό σημείο.

6. Δοκιμασία ανοχής της χολερυθρίνης

Η δοκιμασία αυτή στηρίζεται στην ικανότητα των ηπατικών κυττάρων, να εκκρίνουν την χολερυθρίνη μετά από ενδοφλένια χορήγηση της. Χορηγείται λοιπόν διάλυμα χολερυθρίνης 1 χιλ.στ. ανά χιλιογράμμο βάρους και μετά από 4 ώρες προσδιορίζεται το ποσό της κατακρατηθείσης χολερυθρίνης. Σε φυσιολογικά άτομα το ποσό αυτό δεν ξεπερνά το 5% της χορηγηθείσης ποσότητας. Κατακράτηση μεγαλύτερη του 6% παρατηρείται σε οξεία και χρόνια μορφή ηπατίτιδας, σε κίρρωση και σε εκτεταμένο καρκίνωμα του ήπατος.

7. Προσδιορισμός της χολερυθρίνης του αίματος

Στην εξέταση αυτή γίνεται προσδιορισμός της άμεσης και έμμεσης χολερυθρίνης. Έμμεση θεωρείται η χολερυθρίνη που παράγεται εξωηπατικά και είναι ελεύθερη δηλ. όχι συνδεδεμένη. Η χολερυθρίνη αυτή, όταν περνά από το ήπαρ, συνδέεται με το γλυκουρονικό οξύ σχηματίζοντας την άμεση χολερυθρίνη.

Το ποσό της έμμεσης χολερυθρίνης στο αίμα δεν ξεπερνά φυσιολογικά τα 0,7% χλγρ. ενώ της άμεσης τα 0,4% χλστγρ.

Στις περιπτώσεις του ηπατοκυτταρικού και αποφρακτικού μεθπατικού ικτέρου, Έχουμε αύξηση των τιμών της άμεσης και έμμεσης χολερυθρίνης.

8. Προσδιορισμός αλκαλικής φωσφατάσης

Η αλκαλική φωσφατάση παράγεται από τους οστεοβλάστες και μεταφέρεται δια μέσου της κυκλοφορίας στο ήπαρ, απ'όπου αποβάλλεται δια μέσου της χολής στο έντερο. Επομένως οποιαδήποτε μορφή απόφραξης των χοληφόρων οδών έχει σαν αποτέλεσμα την παρεμπόδιση απέκκρισης και της αλκαλικής φωσφατάσης και συνεπώς την αύξηση των τιμών της στο αίμα εμφανίζεται λιγότερο αυξημένη, επειδή σ'αυτές τις περιπτώσεις η απόφραξη δεν είναι πλήρης. Σε περίπτωση ηπατοκυτταρικού ικτέρου παρατηρείται μικρή αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης λόγω λοίμωξης του ηπατικού παρεγχύματος, όπως και σε κίρρωση ήπατος.

Σε μεταστατικό καρκίνωμα ήπατος η αύξηση είναι συνήθως μέτρια. Ο προσδιορισμός της αλκαλικής φωσφατάσης είναι αρκετά σημαντικός ιδιαίτερα όταν πρέπει να γίνει διαχωρισμός μεταξύ αποφρακτικού και ηπατοκυτταρικού ικτέρου.

9. Προσδιορισμός τρανσαμινασών

Οι τρανσαμινάσες SGOT και SGPT του αίματος εμφανίζονται ανεβασμένες στις ηπατοπάθειες, που συνοδεύονται από νέκρωση ή φλεγμονή των ηπατικών κυττάρων και το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι ο ηπατικός ιστός είναι πλούσιος σε περιεκτικότητα των παραπάνω τρανσαμινασών.

Οι μεγαλύτερες τιμές των τρανσαμινασών παρατηρούνται στο αίμα των ασθενών που πάσχουν από οξεία ηπατική νέκρωση. Η αύξησή τους είναι εμφανής επίσης και σε περιπτώσεις ηπατίτιδας από φάρμακα.

Στη λοιμώδη ηπατίτιδα και, κατά το ικτερικό στάδιο η τιμή της SGOT κυμαίνεται στις 2000 μονάδες περίπου. Κατά το προϊκτερικό στάδιο ή στις ήπιες μορφές ανικτερικής ηπατίτιδας οι τρανσαμινάσες εμφανίζονται αυξημένες και κυμαίνονται από 100-300 μονάδες.

Σε κίρρωτικούς ασθενείς και σ'ένα ποσοστό 60-70% περίπου παρατηρείται μικρή ή μέτρια αύξηση των τρανσαμινασών. Η απότομη αύξηση της τιμής (> 300 μονάδων) σ'αυτούς τους ασθενείς είναι ένδειξη ενεργούς ηπατίτιδας.

Σε περιπτώσεις στάσης στα χοληφόρα αγγεία είτε λόγω εξωηπατικής απόφραξης είτε λόγω ενδοηπατικής απόφραξης των χοληφόρων αγγείων, η αύξηση των τρανσαμινασών είναι δεδομένη και κυμαίνεται από 200-300 μονάδες περίπου.

Γενικότερα θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο προσδιορισμός των τρανσαμινασών έχει σημαντική διαγνωστική αξία στις εξής περιπτώσεις.

- α) Στην πρώιμη διάγνωση της λοιμώδους ηπατίτιδας ακόμη και όταν αυτή βρίσκεται στο προϊκτερικό στάδιο.
- β) Στην ανακάλυψη ηπατικών βλαβών σε άτομα που παίρνουν μεγάλες δόσεις ηπατοτοξικών φαρμάκων.
- γ) Στην διαφορική διάγνωση των ικτέρων, γιατί τιμές πάνω από 500 μονάδες δηλώνουν φλεγμονή ή νεκρωτική βλάβη στο ηπατικό παρέγχυμα.

10 Προσδιορισμός ουροχολινογόνου των ούρων
και των κοπράνων.

Το ουροχολινογόνο σχηματίζεται στο έντερο με την επίδραση διάφορων βακτηριδίων πάνω στη χολερυθρίνη.

Το ποσό του ουροχολινογόνου των κοπράνων εξαρτάται από το ποσό της χολερυθρίνης που ρέει στο έντερο ενώ το ποσό του ουροχολινογόνου των ούρων εξαρτάται από την ικανότητα του ήπατος να απεκκρίνει στους χοληφόρους οδούς το ουροχολινογόνο που του προσάγεται δια μέσου της πυλαίας φλέβας.

Σε ηπατοκυτταρική βλάβη η ικανότητα αυτή του ήπατος μειώνεται, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη ποσότητα ουροχολινογόνου να εισέρχεται στην κυκλοφορία και να αποβάλλεται δια μέσου των νεφρών στα ούρα.

Το φυσιολογικό ποσό αποβολής ουροχολινογόνου ημερησίως με τα κόπρανα είναι 100-200 χλστγρ. ενώ με τα ούρα 0,5-1,5 χλστ.

Σε περιπτώσεις όπως :

- α) κακή απορρόφηση του ουροχολινογόνου από το έντερο,
- β) ελαττωμένη παραγωγή χολερυθρίνης εξ αιτίας κάποιας αναιμίας,
- γ) πλήρη απόφραξη χοληδόχου πόρου με συνέπεια να μην φθάνει η χολερυθρίνη στο έντερο και να μην συντίθεται ουροχολινογόνο, συμβαίνει το εξής: Το ουροχολινογόνο που φθάνει στο ήπαρ με την πυλαία φλέβα είναι ελαττωμένο κι επομένως το ποσό που θα εισέλθει στην κυκλοφορία και θα αποβληθεί με τα ούρα είναι ελαττωμένο.

Στην οξεία ηπατίτιδα το ουροχολινογόνο των κοπράνων μπορεί να είναι ελαττωμένο αλλά το ουροχολινογόνο των ούρων πα-

ρουσιάζει έντονη αύξηση εξ αιτίας της μειωμένης ικανότητας του ήπατος να επανεκκρίνει το ουρογόνο στη χολή κι από κει στο έντερο. Αυτό έχει σαν συνέπεια να εισέρχεται το ουροχολινογόνο στην κυκλοφορία και να αποβάλλεται με τα ούρα.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΗΠΑΤΟΣ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ

Αν και υπάρχει μεγάλος αριθμός ηπατικών δοκιμασιών που βοηθούν πάρα πολύ στην αξιολόγηση της κατάστασης κάποιας ηπατοπάθειας, τα διαγνωστικά προβλήματα αρκετές φορές παραμένουν. Την λύση σ' αυτές τις περιπτώσεις επιστρατεύονται να δώσουν άλλες εξετάσεις πολύ πιο πειστικές από τις ηπατικές δοκιμασίες.

Οι εξετάσεις είναι : 1) το σπινθηρογράφημα ήπατος, 2) η λαπαροσκόπηση, 3) η βιοψία ήπατος και 4) η αγγειογραφία του ήπατος. Οι παραπάνω εξετάσεις μας δίνουν μια πλήρη εικόνα του ήπατος και σχεδόν πάντα επιβεβαιώνουν την πιθανή διάγνωση που τίθεται με βάση τα αποτελέσματα των ηπατικών δοκιμασιών, ή ανακαλύπτουν κι άλλες βλάβες που τυχόν έμειναν απαρατήρητες.

Η διαγνωστική αξία των εξετάσεων αυτών είναι τεράστια αλλά η χρησιμοποίησή τους δεν είναι ανάλογη της διαγνωστικής τους αξίας εξ αιτίας του ότι είναι πολύπλοκες, ταλαιπωρούν τον ασθενή και γίνονται μόνο από ειδικευμένους γιατρούς.

Στην επιλογή της εξέτασης σημαντικό ρόλο παίζει η βαρύτητας της ηπατοπάθειας και η γενική κατάσταση του ασθενή.

1. Σπινθηρογράφημα ήπατος

Θεωρείται η πιο διαδεδομένη μέθοδος ελέγχου της γενικής εικόνας του ήπατος. Για τη διενέργεια της εξέτασης χρησιμοποιείται ο ακαριθμητής σπινθηρισμών. Η συσκευή αυτή εφαρμόζεται κατάλληλα στην ηπατική χώρα και στη συνέχεια επιτυγχάνεται η αποτύπωση με τη μορφή στίξεων ή μικρών γραμ-

μών πάνω στο ακτινογραφικό χαρτί των σπινθηρισμών απ' τη ραδιενέργεια (PHOTOSCANNING) .

Για την σπινθηρογραφική απεικόνιση του ήπατος χρησιμοποιείται το δια I^{131} σεσημασμένο ερυθρό της Βεγγάλης (ROSE BENGAL I^{131}) ή δια ραδιενεργού ιωδίου σεσημασμένη λευκωματίνη του ορού του ανθρώπου (RISA) και ο ραδιενεργός κολλοειδής χρυσός (AU^{198}) .

Στο σπινθηρογράφημα το φυσιολογικό ήπαρ εμφανίζεται έχοντας περίπου τριγωνικό σχήμα.

Σε περιπτώσεις ύπαρξης όγκου ή κύστης το σπινθηρογράφημα εμφανίζεται με κατά τόπους ελλείψεις ή σημαντικές αραιώσεις των στίξεων. (Εικόνα 5 , Εικόνα 6)



Εικόνα 5.— Φυσιολογικών σπινθηρογράφημα του ήπατος.



Εικόνα 6.— Σπινθηρογράφημα ήπατος εμφανίζον μονήρη Ωλειψιν συνεπέια καρκινωματώδους μεταστάσεως εκ του παγκρέατος.

Μ' αυτόν τον τρόπο είναι δυνατή η απεικόνιση κάθε φύσης ενδοηπατικών όγκων η διαπίστωση των οποίων δεν είναι εφικτή με την αντικειμενική εξέταση ή κάποια άλλη παρακλινική μέθοδο.

Επίσης το σπινθηρογράφημα ήπατος αυξάνει τη διαγνωστική αξία της βιοψίας του ήπατος καθοδηγώντας το γιατρό στο ακριβές σημείο παρακέντησης.

1. Λαπαροσκόπηση

Το βασικό και πολύ ενδιαφέρον πλεονέκτημα της εξέτασης αυτής είναι η ικανότητα άμεσης οπτικής επαφής του ήπατος. Αυτό επιτυγχάνεται με την εισαγωγή ενδοσκοπίου στην κοιλιακή χώρα ύστερα από τομή 3-5 εκ. στη μέση γραμμή μετά από τοπική αναισθησία. Μετά την εισαγωγή του ενδοσκοπίου εισάγεται και αέρας στην περιτοναϊκή κοιλότητα, για να διευκολυνθεί η κίνηση του ενδοσκοπίου προς όλες τις κατευθύνσεις και για να μην καλύπτεται το οπτικό του σύστημα από το επίπλουν και τις εντερικές έλικες. Όσον αφορά τη λαπαροσκόπηση, θα πρέπει να τονισθεί, ότι η διαγνωστική της αξία είναι μεγάλη όχι μόνο στις ηπατοπάθειες αλλά και σε πολλές άλλες παθήσεις, που αφορούν άλλα όργανα.

3. Βιοψία ήπατος

Η βιοψία ήπατος έχει σαν σκοπό την παραλαβή τμήματος του ηπατικού παρεγχύματος, το οποίο ελέγχεται ιστολογικά στη συνέχεια. Η διαγνωστική αξία της βιοψίας ήπατος είναι αυτονόητο ότι γίνεται από γιατρούς που έχουν εξασκηθεί στη διενέργειά της.

Ακριβές σημείο παρακέντησης δεν υπάρχει αλλά συνήθως το

σημείο αυτό βρίσκεται στη μέση ή οπίσθια μασχαλιαία γραμμή κάτω από το χείλος του πρόσθιου οδοντωτού μυ. Αυτό σημαίνει ότι η βελόνη πριν φθάσει στο ηπατικό παρέγχυμα διέρχεται τον υπεζωκότα, το διάφραγμα και το περιτόναιο. Η όλη διαδικασία διαρκεί λίγα μόνο δευτερόλεπτα και το κομμάτι του ηπατικού παρεγχύματος που ελήφθη, υπόκειται στη συνηθισμένη για τα ιστολογικά παρασκευάσματα επεξεργασία.

Τα κυριότερα διαγνωστικά προβλήματα, που συνηγορούν στην διενέργεια βιοψίας για την επίλυση τους, είναι τα εξής:

- α) Η διαφορική διάγνωση μεταξύ αποφρακτικού και ηπατοκυτταρικού ίκτερου, όταν αυτή δεν είναι δυνατή με τις άλλες δοκιμασίες.
- β) Η διάγνωση πρωτοπαθούς ή μεταστατικού νεοπλασματος του ήπατος.
- γ) Η διάγνωση άλλων συστηματικών παθήσεων που προκαλούν παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στο ήπαρ.

Ακόμη βιοψία του ήπατος είναι δυνατόν να διενεργηθεί, για να ελεγχθούν τα αποτελέσματα της θεραπείας, που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις κίρρωσης ή χρόνιας ηπατίτιδας.

Η βιοψία ήπατος αντενδείκνυται σε περιπτώσεις διαταραχής της πήκτικότητας του αίματος, σε θρομβώσεις ηπατικών φλεβών, σε ίκτερο, που παρατείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, σε υπόνοια εχινόκοκκου ήπατος και σε εμπύρετα νοσήματα, που συνοδεύονται από περιτοναϊκές εκδηλώσεις, εμπύρετα, υποδιαφραγματικά απόστημα.

Επιπλοκές :βιοψίας:

Οι επιπλοκές που μπορεί να παρουσιασθούν είναι:

1. Πόνος που παρατείνεται για πολλές ημέρες και οφείλεται πιθανώς σε μικρό υποκαψικό αιμάτωμα.
2. Απότομη παροδική υπόταση μετά την εξαγωγή της βελόνας.
3. Πνεύμονοθώρακας συνήθως μικρός.
4. Βακτηριαϊμία παροδική.

Το υλικό που λαμβάνεται από τη βιοψία υποβάλλεται σε ιστολογική εξέταση, ενζυμική μελέτη και μικροβιολογικές καλλιέργειες.

Οι προϋποθέσεις που απαιτούνται για την εκτέλεση της βιοψίας είναι :

1. Εισαγωγή στο νοσοκομείο.
2. Ο αριθμός των αιμοπεταλίων να είναι μεγαλύτερος από 100.000 Lmm³.
3. Ο χρόνος προθρομβίνης του ασθενή (αν είναι μεγαλύτερος από 3" χορηγείται βιταμίνη Κ μέχρι ν'αποκατασταθεί, διαφορετικά χορηγείται συμπυκνωμένα προϊόντα των παραγόντων πήξεως.
4. Τέλος ο ασθενής θα πρέπει να μείνει 24 ώρες στο νοσοκομείο, για παρακολούθησή του.

4. Αγγειογραφία ήπατος

Με την αγγειογραφία γίνεται επιλεκτή η σκιαγράφηση των κλάδων της πυλαίας φλέβας. Η εξέταση αυτή στηρίζεται στην ταχύτητα έγχυσης μέσα σε 3 δευτερόλεπτα 40 κ.εκ. πυκνού ιωδιούχου σκευάσματος και στην γρήγορη και διαδοχική λήψη ακτινογραφιών της περιοχής που εξετάζεται. Η έγχυση του ιωδιούχου σκευάσματος γίνεται με 2 τρόπους:

- α) Απ'ευθείας στην πυλαία φλέβα ή σε κάποιον από τους κλάδους της, κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης. Σ'αυτή την περίπτωση έχουμε την πυλαιογραφία.
- β) Με κατάλληλη παρακέντηση του σπλήνα δια μέσου του δέρματος οπότε έχουμε την διαδερματική σπληνοπυλαιογραφία. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται περισσότερο από την πρώτη.

Η φυσιολογική σπληνοπυλαιογραφία έχει την ακόλουθη πορεία.

Μετά την έγχυση της σκιερής ουσίας στο σπλήνα και ύστερα από 2 δευτερόλεπτα η σκιερή ουσία φθάνει στην πύλη του ήπατος και η πρώτη ακτινογραφία που λαμβάνεται απεικονίζει την σπληνική και την πυλαία φλέβα με τον δεξιό και αριστερό κλάδο της.

Στην δεύτερη ακτινογραφία απεικονίζεται η πυλαία φλέβα και όλες οι διακλαδώσεις της μέσα στο ήπαρ με κλάδους προοδευτικά μικρότερους. Αυτή η ακτινογραφία αποτελεί το αγγειογράφημα του ήπατος.

Στην τρίτη ακτινογραφία έχουμε την πλήρωση του ήπατος με την σκιερή ουσία και το ήπαρ απεικονίζεται σαν διάχυτη, ομοιογενής σκίαση. (Εικόνα 7 και 8) .



Εικόνα 7. Σπληνοπυλαιογραφία ληφθείσα μετά πάροδο 10 δευτερολέπτων από της έγχυσης του ιωδιούχου σκινιάματος. Διαφαίνονται σαφώς αί διακλαδώσεις της πυλαίας φλεβός εντός του ήπατος (αγγειογραφία του ήπατος).



Εικών 8) σπληνοπυλαιογραφία ληφθεῖσα 17,5 δευτερόλεπτα μετὰ τὴν ἐγχύσιν τοῦ Ιωδιούχου σκευάσματος. Διαφαίνεται ἡ διάχυτος ὁμοιογενὴς σκίασις τοῦ ἥπατος («ἡπατογράφημα») λόγω πληρώσεως τῶν αἱματοκόλπων αὐτοῦ ὑπὸ τῆς ἀκτινοσκιερᾶς οὐσίας.

- Ἡ διαγνωστικὴ ἀξία τῆς σπληνοπυλαιογραφίας συνίσταται στα ἐξῆς :
- α) Τὴν διάκριση μετὰξὺ ἐνδοηπατικῆς ἀπόφραξης, τῆς πυλαίας καὶ τῆς ἐξωηπατικῆς ἀπόφραξης.
 - β) Ἡ διαπίστωση τῆς ὑπαρξῆς καὶ ἐκτάσεως τῆς παραπλεύρου κυκλοφορίας.
 - γ) Ἡ ἀπεικόνιση τῶν ἀγγείων τοῦ συστήματος τῆς πυλαίας φλέβας προκειμένου νὰ αποφασισθεῖ τὸ εἶδος τῆς ἐπέμβασης ποὺ θὰ διορθώσῃ τὴν ὑπαρξὴ πυλαίας υπέρτασης.
 - δ) Ἡ μετεγχειρητικὴ παρακολούθηση τῆς λειτουργίας καὶ τῆς ἀναστομώσεως τῆς πυλαίας με τὴν κάτω κοίλη φλέβα.
 - ε) Ἡ διαπίστωση καὶ ἡ ἐντόπιση ἐνδοηπατικῶν ὀγκῶν.

Ι Ο Γ Ε Ν Η Σ Η Π Α Τ Ι Τ Ι Δ Α

ΟΞΕΙΑ ΙΟΓΕΝΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Η οξεία ιογενής ηπατίτιδα είναι μια συστηματική λοίμωξη του ήπατος που οφείλεται σε διάφορους ιούς.

Δ Ι Α Χ Ω Ρ Ι Σ Μ Ο Σ

Στην εμφάνιση της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας ενέχονται δύο τύποι ιών. Ο ιός Α που προκαλεί την λοιμώδη ηπατίτιδα και ο ιός Β που προκαλεί την ηπατίτιδα εξ ομολόγου ορού.

Στις δύο αυτές μορφές ηπατίτιδας προστίθεται και μια, κατά την οποία δεν ενέχεται ούτε ο ιός Α, ούτε ο ιός Β. Η ηπατίτιδα αυτή ονομάζεται μη-Α, μη-Β.

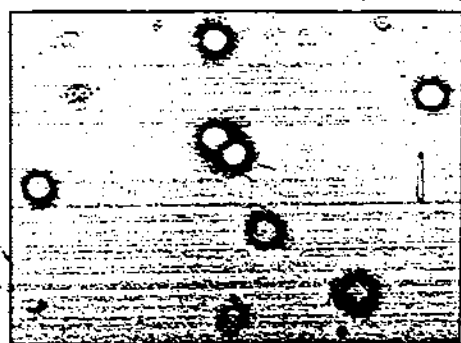
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

1. Ιός ηπατίτιδας Α :

Ο ιός της ηπατίτιδας Α (HAV) ανακαλύφθηκε το 1973 από τον PURCELL και τους συνεργάτες του στα κόπρανα ατόμων, που έπασχαν από ηπατίτιδα Α.

Ο ιός αυτός είναι μικρός, έχει σχήμα εξάγωνου και μέγεθος 27 μ.μ. Το αντιγόνο της ηπατίτιδας Α είναι το HAAG και τα

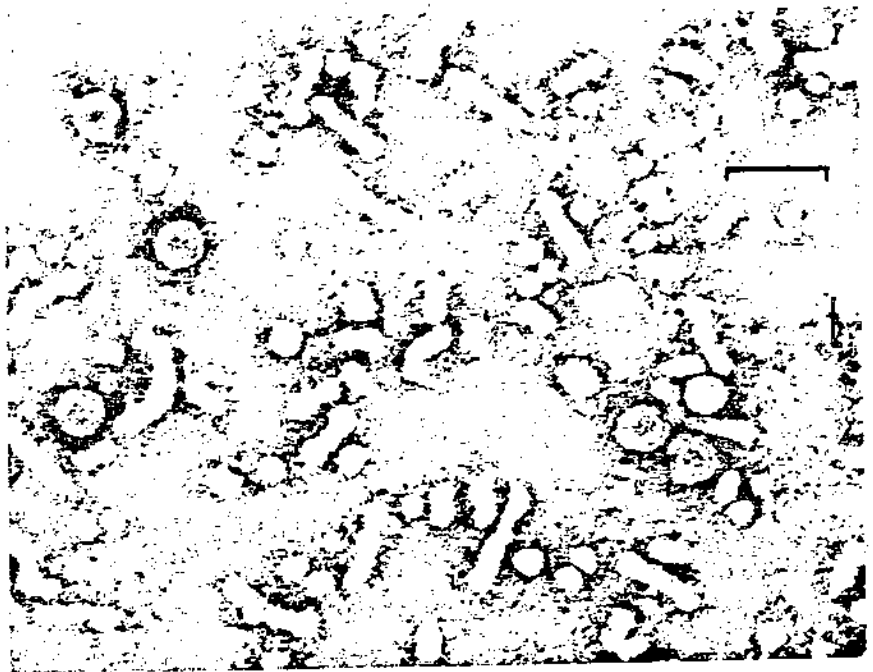
αντισώματα που αναπτύσσονται έναντι του ιού Α (ANTI-HA) είναι το IGM και IGG. (Εικόνα 9)



2. Ιός της ηπατίτιδας Β.

Ο BLUMBERG το 1965 μελετώντας τον ορό κολυμεταγγλισθέντων

ατόμων ανακάλυψε αντισώματα έναντι ενός αντιγόνου, που βρέθηκε σε Αυστραλό ιθαγενή. Το αντιγόνο αυτό ονομάστηκε Αυστραλιανό (HBSAG). Μεταγενέστερες μελέτες με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο αποκάλυψαν, ότι βρίσκεται στην επιφάνεια των σφαιρικών και κυλινδρικών σωματιδίων, με διάμετρο 20-22 ημ. Ανευρίσκεται επίσης στην επιφάνεια των μεγαλύτερων σωματιδίων 40-42 ημ. που περιγράφηκαν για πρώτη φορά από τον DANE. Εικόνα 10.



Ηλεκτρονική μικροφωτογραφία συμπυκνωμένου ορού από ασθενή με οξεία ηπατίτιδα Β που δείχνει συσώρευση σωματιδίων DANE 42 ημ σωληνοειδείς μορφές και σφαιρικά σωματίδια 22 ημ επιφανειακού αντιγόνου ηπατίτιδας Β.

Τα σωματίδια DANE περιλαμβάνουν έναν συμπαγέστατο εσωτερι-

κό πυρήνα, ο οποίος περιέχει ένα άλλο αντιγόνο, το κεντρικό ή πυρηνικό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β (HBCAG) .

Τα σωματίδια DANE βρίσκονται στην κυκλοφορία σε πολύ μικρότερα ποσά από τα σφαιρικά και κυλινδρικά σωματίδια.

Πολλοί πιστεύουν ότι το σωματίδιο DANE, αποτελεί τον ιό της ηπατίτιδας Β (HBV), γιατί ο εσωτερικός πυρήνας του σωματιδίου περιέχει την ειδική για την ηπατίτιδα Β πολυμεράση του DNA και κυκλικό DNA με διπλή αλυσίδα.

Για την ανίχνευση του HBSAG και HBCAG όπως και για την ανίχνευση των αντίστοιχων αντισωμάτων ANTI-HBS και ANTI-HBC, έχουν διατεθεί στο εμπόριο και χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των αιμοδοτών και των υπόπτων ασθενών για ηπατίτιδα Β.

Το επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β (HBSAG) αποτελεί μια ετερογενή ομάδα αντιγόνων. Ένας αντιγονικός καθοριστικός γόνος είναι ο "α" και βρίσκεται σε όλα τα σωματίδια HBSAG. Επί πλέον, έχουν βρεθεί δύο ζεύγη ειδικών καθοριστικών γόνων. Τα ζεύγη αυτά είναι "D" ή "Y" και "W" ή "T". Έτσι είναι πιθανόί τέσσερεις υπότυποι του HBSAG : HBSAG/ADW , HBSAG/ADR, HBSAG/ALW και HBSAG/AYV.

Ο καθορισμός των υπότυπων γίνεται σήμερα με μεθόδους μεγάλης ευαισθησίας συμπεριλαμβανομένης και της ραδιοανοσολογικής ανάλυσης. Ο καθορισμός των υπότυπων έχει σημασία για τους επιδημιολόγους που παρακολουθούν τον τρόπο μετάδοσης της ηπατίτιδας μεταξύ ατόμων, που έχουν πολλαπλές εκθέσεις στην μόλυνση.

Ένα άλλο αντιγόνο, το οποίο βρέθηκε να συσχετίζεται με την ηπατίτιδα Β, είναι το αντιγόνο ε (ε-AG). Το ε-AG δια-

κρίνεται ανοσολογικά από το HBSAG και το HBCAG. Ανιχνεύεται συχνότερα στον ορό ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα Β. Το ίδιο ισχύει και για το αντίστοιχο αντίσωμα ANTI-ε.

Το ANTI-ε ανευρίσκεται σε ποσοστό 50% περίπου σε ασυμπτωματικούς φορείς του HBSAG, των οποίων οι βιοψίες ήπατος είναι φυσιολογικές.

Το αντιγόνο ε-AG ανευρίσκεται σε ποσοστό 50-70% των ασθενών με βιοχημικές και ιστολογικές ενδείξεις χρόνιας ηπατίτιδας Β.

3. Ιός NON-A, NON-B :

Η ανάπτυξη ευαίσθητων μεθόδων ανίχνευσης του αντιγόνου HBSAG και του αντισώματος ANTI-HBS, οδήγησαν στην παρατήρηση ότι όλες οι περιπτώσεις ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση δεν οφείλονταν στον ιό της ηπατίτιδας Β. Το γεγονός αυτό αποδόθηκε στον ιό της ηπατίτιδας Α αλλά προσεκτικότερες μελέτες απέδειξαν, ότι δεν ενέχεται ούτε ο ΗΑΥ.

Προέκυψε λοιπόν ο ορός ηπατίτιδας μη-Α, μη-Β, που πιθανόν να οφείλεται σε περισσότερους από έναν ιούς, με βάση μακροχρόνιες μελέτες πάνω σε ναρκομανείς. Ο ιός της ηπατίτιδας μη-Α, μη-Β δεν έχει λοιπόν προσδιορισθεί με σαφήνεια μέχρι τώρα.

Ε Π Ι Δ Η Μ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

1. Η ηπατίτιδα Α.

Η ηπατίτιδα Α εμφανίζει παγκόσμια κατανομή. Οι συνηθέστεροι τρόποι μετάδοσης είναι με τα κόπρανα που μολύνουν τις τροφές, το νερό και με την άμεση επαφή. Η μετάδοση είναι πιθανότερη στις υποανάπτυκτες χώρες και στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις των αστικών κυρίως περιοχών, επειδή υπάρχει μεγαλύτερος συγχρωτισμός και κακές συνήθως συνθήκες υγιεινής.

Μια έρευνα σε ευρεία κλίμακα στην περιοχή της Ν.Υόρκης απέδειξε, ότι το αντίσωμα ANTI-HA ανιχνεύτηκε στο 75% περίπου των ατόμων των κατώτερων κοινωνικών τάξεων και σε 20-30% των ατόμων της μέσης και της ανώτερης τάξης.

Η έρευνα αυτή έρχεται να επιβεβαιώσει τα παραπάνω αλλά και ν'αποδείξει ότι οι περισσότερες περιπτώσεις ηπατίτιδας Α είναι ανικτερικές και δεν διαγιγνώσκονται, εξ αιτίας της ήπιας διαδρομής τους.

Η συχνότητα εμφάνισης της ηπατίτιδας Α είναι σχετικά αυξημένη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Πάντως όσο προχωράει η ηλικία, τόσο αυξημένη είναι και η πιθανότητα ν'αποβεί θετική η δοκιμασία για τα αντισώματα ANTI-HA.

Σημαντικό εύρημα σχετικά με την ηπατίτιδα Α είναι το γεγονός ότι δεν μεταδίδεται με την μετάγγιση αίματος. Πράγματι αναλύσεις που έγιναν στον ορό ατόμων, που υποβλήθηκαν σε μετάγγιση και τα οποία αργότερα προσβλήθηκαν από ηπατίτιδα, δεν ανιχνεύτηκαν αντισώματα ANTI-HA. Επίσης δεν βρέθηκε αυξημένη συχνότητα αντισωμάτων ANTI-HA, σε ασθενείς, που υποβλήθηκαν

σε πολλαπλές μεταγγίσεις ή σε ασθενείς της μονάδας τεχνητού νεφρού, όπου η παρουσία ηπατίτιδας είναι αρκετά συχνή.

2. Η ηπατίτιδα Β.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το HBSAG ανευρίσκεται κατά προσέγγιση σε ποσοστό 0,1-0,2% στους υγιείς εθελοντές αιμοδότες. Το γεγονός αυτό έρχεται σε αντίθεση με πολλές ανεπτυγμένες χώρες, όπου οι φορείς του αντιγόνου ανέρχονται σε ποσοστό 1-5% των ενηλίκων.

Κατά προσέγγιση πάντα το 15% των ενηλίκων Αμερικανών είναι θετικοί για αντίσωμα ANTI-HBS, πράγμα το οποίο σημαίνει, ότι η πλειοψηφία αυτών των ατόμων είχε προσβληθεί από ασυμπτωματική ή ανικτερική ηπατίτιδα Β.

Στους ναρκομανείς η ηπατίτιδα Β παίρνει επιδημικές διαστάσεις. Μέχρι και τα 2/3 των ναρκωμανών είναι θετικά για το αντίσωμα ANTI-HBS ενώ το HBSAG ανιχνεύεται σε ποσοστό μέχρι 5%. Η ηπατίτιδα Β μεταδίδεται μεταξύ των ναρκωμανών και όχι απαραίτητα με την χρησιμοποίηση κοινής βελόνας ή σύριγγας. Αυτό συμβαίνει γιατί ο κατάλογος των υγρών του σώματος στα οποία αποκαλύφθηκε, η παρουσία του HBSAG συνεχώς αυξάνει.

Εκτός από το αίμα το HBSAG έχει ανιχνευθεί στο σπέρμα, σάλιο, κόλπικες εκκρίσεις και στο μητρικό γάλα.

Οι ασθενείς με αφροδίσια νοσήματα και οι ομοφυλόφιλοι διατρέχουν μεγαλύτερο και ουσιαστικότερο κίνδυνο προσβολής από ηπατίτιδα Β.

Επίσης σε μια μελέτη αναπτύχθηκε ηπατίτιδα Β με εμφανή συμπτωματολογία, σε 9 από τους 33 συζύγους ασθενών, με οξεία ηπατίτιδα Β.

Η μετάδοση λοιπόν του ιού με την σεξουαλική επαφή είναι πιθανή, όπως και η μετάδοση με το σάλιο από στόμα σε στόμα, με βάση τα σημερινά δεδομένα.

Αποδείχθηκε ακόμη η μετάδοση από μητέρες που εμφανίζουν θετικό HBSAG στα νεογέννητα παιδιά. Η έκθεση στη μόλυνση είναι πιθανότερη κατά τη διάρκεια του τοκετού παρά μέσα στη μήτρα.

Η ηπατίτιδα Β είναι συχνότερη στα βρέφη που γεννιούνται από μητέρες που προσβλήθηκαν από οξεία ηπατίτιδα Β στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης.

Η ανίχνευση του αντιγόνου στο μητρικό γάλα οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η μετάδοση είναι δυνατόν να γίνει και κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.

Ο σημαντικότερος όμως τρόπος μετάδοση του ιού παραμένει η διενέργεια μετ'άγγισης. Παρά το γεγονός ότι οι αιμοδοτές εξετάζονται για παρουσία HBSAG και έχουν καταργηθεί οι εμπορικές πηγές αίματος, η εμφάνιση ηπατίτιδας τύπου Β μετά από μετάγγιση, παραμένει σημαντικό πρόβλημα.

Στατιστικά αναφέρεται ότι το ποσοστό προσβολής από ηπατίτιδα Β μετά από μετάγγιση κυμαίνεται από 0,4-13%. Το ποσοστό αυτό αναφέρεται στην κλασσική μορφή της ικτερικής ηπατίτιδας, γιατί αν γίνει αναφορά για την ανικτερική μορφή, τα ποσοστά αυξάνονται. Ο κίνδυνος προσβολής από την ηπατίτιδα Β μετά από μετάγγιση είναι άμεσα εξαρτημένα και από τον τρόπο με τον οποίο κατεργάζονται τα προϊόντα μετάγγισης. Τα προϊόντα μετάγγισης θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε 3 κατηγορίες:

1. Προϊόντα υψηλού κινδύνου.

Σ'αυτήν την κατηγορία ανήκουν το ινωδογόνο και οι παράγοντες II, VII, VIII, IX και X. Άτομα που λαμβάνουν για πρώτη φορά τα προϊόντα αυτά έχουν πιθανότητα προσβολής από ηπατίτιδα Β σε ποσοστό 20-30%.

2. Προϊόντα μέσης επικινδυνότητας.

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν το πλήρες αίμα, τα συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα αιμοπετάλια που προέρχονται από ένα μόνο δότη και το πλάσμα.

3. Προϊόντα μηδενικής επικινδυνότητας.

Σ'αυτήν την κατηγορία αναφέρονται η ανθρώπινη λευκωματίνη, το κλάσμα πρωτεΐνης πλάσματος και η άνοση και υπεράνοση σφαιρίνη του ορού. Η έλλειψη επικινδυνότητας στα προϊόντα αυτά οφείλεται στην κατεργασία τους με θέρμανση στους 60°C και την εκχύλιση με ψυχρή αιθανόλη. Στην κατηγορία αυτή θα μπορούσαν να ταξινομηθούν τα κατεψυγμένα και κατεργασμένα με γλυκερόλη ερυθρά αιμοσφαίρια, που συνεπάγονται μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης ηπατίτιδας.

Εκτός από τα παραπάνω θα πρέπει να τονισθεί και το γεγονός ότι η εμφάνιση ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση μπορεί να οφείλεται και σε παράγοντες που δεν έχουν σχέση με την μετάγγιση. Μελέτες σε άτομα που εμφάνισαν ηπατίτιδα μετά από μετάγγιση απέδειξαν, ότι σε σημαντικό ποσοστό των ατόμων αυτών εκλείπει ο ιός ηπατίτιδας Α ή Β ή EPST-EIN-BARR στον ορό τους, γεγονός που θα μπορούσε, να δικαιολογήσει την ύπαρξη της νόσου.

3. Ηπατίτιδα NON-A, NON-B.

Η ηπατίτιδα NON-A, NON-B εμφανίζει παγκόσμια κατανομή.

Έχει εντοπισθεί σε άτομα που υποβάλλονται σε μεταγγίσεις, σε ναρκομανείς, σε άτομα της ίδιας οικογένειας και σε ασθενείς της μονάδας τεχνητού νεφρού.

Είναι χαρακτηριστικό ότι η μορφή αυτής της ηπατίτιδας εμφανίσθηκε σε επιδημική μορφή σε αιμοφιλικούς ασθενείς και σε άτομα που έπερναν συμπυκνωμένα προϊόντα παράγοντα VIII.

Υπολογίζεται ότι το 80% περίπου των περιπτώσεων της ηπατίτιδας μετά από μετάγγιση, οφείλεται στον υποθετικό ιό, όπως και το 15% περίπου των σποραδικών περιπτώσεων ηπατίτιδας.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Οι ηπατικές αλλοιώσεις κατά την προσβολή από ηπατίτιδα Α, Β και NON-A, NON-B είναι συνήθως παρόμοιες.

Το ήπαρ στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ψηλαφητό.

Ιστολογικά παρατηρούνται τα εξής:

- α) Νέκρωση των ηπατικών κυττάρων κύρια γύρω από την κεντρική φλέβα. Τα ηπατοκύτταρα άλλοτε εμφανίζονται εξοιδημένα και άλλοτε συρρικνωμένα, γεγονός που οδηγεί σε τμηματική εκφύλιση και νέκρωσή τους.
- β) Κεντρολοβιώδης φλεγμονώδης διήθηση από μονοκύτταρα και πλασματοκύτταρα.
- γ) Φλεγμονώδης διήθηση των πυλαίων διαστημάτων από μονοκύτταρα.

Αυτές είναι οι βασικές αλλοιώσεις που παρατηρούνται στις περισσότερες περιπτώσεις και που υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου σε σχέση πάντα με την βελτίωση της πορείας του ασθενούς.

Σε μερικούς όμως ασθενείς οι ιστολογικές βλάβες είναι πολύ μεγαλύτερης σοβαρότητας. Μια τέτοια σοβαρή ιστολογική βλάβη είναι η υποξεία ηπατική νέκρωση που αποτελεί ένδειξη για χειρότερη πρόγνωση. Στην υποξεία ηπατική νέκρωση έχουμε απόπτωση ηπατοκυττάρων σε εκτεταμένες περιοχές και τον σχηματισμό "γέφυρας" μεταξύ των λοβίων. Η "γέφυρα" αυτή αποτελείται από συμπυκνωμένο δίκτυο, φλεγμονώδη κατάλοιπα και εκφυλισμένα ηπατοκύτταρα.

Η υποξεία ηπατική νέκρωση έχει μεγάλη προγνωστική σημασία γιατί είναι ενδεικτική για την παρουσία υποξείας μορφής

που συνήθως καταλήγει στο θάνατο σε μικρό χρονικό διάστημα. Άλλες φορές η παρουσία υποδηλώνει την πρόδρομη μορφή μιας χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας ή ηπατικής κίρωσης.

Όταν η βλάβη είναι ακόμη μεγαλύτερη και έχουμε γεφύρωση πολλών λοβίων καταλήγουμε στην υποξεία πολυλοβιακή ηπατική νέκρωση. Η παρουσία της βλάβης αυτής χειροτερεύει την πρόγνωση.

Τέλος μπορεί να εμφανιστεί και η μαζική ηπατική νέκρωση, μια βαριά ιστολογική βλάβη, που την συναντούμε κύρια στην κεραυνοβόλο ηπατίτιδα και που εκδηλώνεται με συρρίκνωση του ήπατος και μαζική νέκρωση και απόπτωση των ηπατικών κυττάρων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Η κλινική εικόνα της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας είναι εξαιρετικά μεταβλητή και μπορεί να κυμανθεί από την ασυμπτωματική λοίμωξη χωρίς ίτερο μέχρι την κεραυνοβόλο μορφή που οδηγεί στο θάνατο μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα. Γενικά η κλινική εικόνα της νόσου θα μπορούσε να ταξινομηθεί σε τρεις φάσεις: α) την προδρομική, β) την ικτερική και γ) την φάση της ανάρρωσης.

α) Προδρομική φάση :

Η ταχύτητα έναρξης αυτής της φάσης είναι συνήθως απότομη. Τα συμπτώματα που την συνοδεύουν είναι ποικίλα και συστηματικά.

Τα συμπτώματα που συναντάμε στη φάση αυτή είναι τα εξής: Ανορεξία, ναυτία και έμμετοι, γενική δυσφορία, αίσθημα κακουχίας, εύκολη κόπωση, αρθραλγίες, μυαλγίες, κεφαλαλγίες και συμπτώματα από το αναπνευστικό σύστημα όπως βήχας και φαρυγγίτιδα. Τα συμπτώματα αυτά είναι τα συστηματικά και συνήθως παρουσιάζονται μια με δύο εβδομάδες πριν την εμφάνιση του ίκτερου.

Συμπληρωματικά εμφανίζονται με την ανορεξία και τους εμμέτους. Πυρετός συνήθως υπάρχει και κυμαίνεται από $37,8^{\circ}$ - $38,8^{\circ}\text{C}$, ιδιαίτερα στην ηπατίτιδα τύπου Α. Σπανιότερα ο πυρετός φθάνει και τους 40°C . Η υποχώρηση του πυρετού συνήθως συμπίπτει με την έναρξη της ικτερικής φάσης. Κοιλιακός πόνος παρατηρείται συχνά και είναι ήπιος και σταθερός. Εντοπίζεται κυρίως στο άνω δεξιό τεταρτημόριο ή το δεξιό υπογάστριο και συχνά επιδεινώνεται με τις απότομες κινήσεις και την προσπά-

θεια. Στο στάδιο αυτό τα ούρα χρωματίζονται σκοτεινότερα ενώ τα κύτταρα εμφανίζονται ανοιχτόχρωμα.

B) Ικτερική φάση:

Η ικτερική φάση εμφανίζεται 5-10 μέρες αργότερα αλλά μπορεί να εμφανισθεί και ταυτόχρονα με την προδρομική φάση. Άλλοτε πάλι ο ίκτερος μπορεί να μην εμφανισθεί καθόλου.

Με την εμφάνιση του ικτέρου η ένταση των πρόδρομων συμπτωμάτων συνήθως μειώνεται. Συνηθισμένη στο στάδιο αυτό είναι η απώλεια βάρους, που κυμαίνεται από 2,5-5 KGR και που διαρκεί σ'όλη τη διάρκεια της ικτερικής φάσης.

Το ήπαρ τις περισσότερες φορές είναι διογκωμένο και παρουσιάζει μια ευαισθησία, που συνήθως συνοδεύεται από πόνο και δυσφορία στο άνω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλιάς. Το 10-20% των ασθενών που πάσχουν από οξεία ηπατίτιδα εμφανίζουν σπληνομεγαλία και αυχενική αδενοπάθεια.

Σπανιότερα οι ασθενείς εμφανίζουν εικόνα χολόστασης, γεγονός που αποτελεί ένδειξη για εξωηπατική απόφραξη των χοληφόρων οδών.

Τέλος μερικά άτομα εμφανίζουν αραχνοειδή αγγειώματα σ' αυτό το στάδιο, τα οποία όμως εξαφανίζονται αργότερα.

γ) Φάση ανάρρωσης:

Στο στάδιο αυτό τα συστηματικά συμπτώματα αρχίζουν να εξαφανίζονται σιγά-σιγά. Μερικές φορές όμως κάποια μικρή διογκωση στο ήπαρ και κάποιες ανωμαλίες στις ηπατικές λειτουργίες παραμένουν.

Το σημαντικότερο όμως γεγονός στη φάση της ανάρρωσης

είναι η γενικότερη βελτίωση της κατάστασης του ασθενή. Υπάρχει όλο και μεγαλύτερη αίσθησή ευφορίας, επανέρχεται η όρεξη, ο ίκτερος εξαφανίζεται και ο κοιλιακός πόνος, η ευαισθησία στις απότομες κινήσεις και η εύκολη κόπωση εκλείπουν πλέον.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

- Το πρώτο ενδιαφέρον εργαστηριακό εύρημα είναι οι τρανσαμινάσες του ορού SGOT και SGPT. Εμφανίζονται πολύ ανεβασμένες ακόμη και στην προδρομική φάση της νόσου.

Οι τιμές τους στις ελαφρές μορφές οξείας ηπατίτιδας κυμαίνονται από 300-500 μον/ML. Σε βαρύτερες περιπτώσεις η τιμή τους ξεπερνά τις 1000 μον/ML.

Στην κεραυνοβόλο μορφή ηπατίτιδας η αύξηση είναι ακόμη μεγαλύτερη. Στην φάση της ανάρρωσης οι τιμές των τρανσαμινασών μειώνονται προοδευτικά.

- Ανάλογη αύξηση μ'αυτήν των τρανσαμινασών παραυσιάζει η γαλακτική αφυδρογονάση (LDH).

- Η χολερυθρίνη του ορού εμφανίζεται σαφώς αυξημένη. Όταν εμφανισθεί ίκτερος τα επίπεδα της κυμαίνονται από 5-20 MG/100 ML. Σε βαριές περιπτώσεις η αύξηση μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερη. Μερικές φορές η τιμή της χολερυθρίνης δεν ακολουθεί την πορεία της τιμής των τρανσαμινασών και εξακολουθεί να παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Μια τιμή της χολερυθρίνης που είναι μεγαλύτερη από 20 MG/100 ML και εξακολουθεί να διατηρείται μέχρι το τέλος της πορείας της ιογενούς ηπατίτιδας, είναι ένδειξη για βαρύτερη νόσο. Σε πολλούς ασθενείς όμως η αύξηση της χολερυθρίνης μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μιας υποκείμενης αναιμίας. Πράγματι σε ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία ή έλλειψη SGPT, η τιμή της χολερυθρίνης μπορεί να κυμαίνεται από 30-100 MG/100 ML, χωρίς αυτό να σημαίνει κακή πρόγνωση.

- Η αλκαλική φωσφατάση συνήθως παραμένει φυσιολογική αλλά

μπορεί να παρουσιάζει και μια μικρή αύξηση, που δεν ξεπερνά τις 20 μον. Κ.Α.

- Ο χρόνος προθρομβίνης εμφανίζεται παρατεταμένος και η μέτρησή του συμβάλλει στη διάγνωση βαρύτερων μορφών ηπατοπάθειας.

- Η γ-γλοβουλίνη εμφανίζεται αυξημένη από την αρχή της πορείας της νόσου και επανέρχεται πολύ αργότερα στα φυσιολογικά όρια. Η παραμονή της τιμής της σε υψηλά επίπεδα για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να υποδηλώνει την μετάπτωση της νόσου σε χρονιότητα.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν ορισμένες ασθένειες, κυρίως λογενεϊς, όπως η λοιμώδης μονοπυρήνωση και η τοξοπλάσμωση, οι οποίες παρουσιάζονται με κλινικές εκδηλώσεις, που δεν διαφέρουν συνήθως απ'αυτές της λογενοϋς ηπατίτιδας ενώ συγχρόνως εμφανίζουν αύξηση των τρανσαμινασών και της χολερυθρίνης του ορού. Αυτονόητο είναι λοιπόν, ότι θα πρέπει να γίνουν ορολογικές εξετάσεις που θα προσδιορίσουν ή θ'αποκλείσουν τις παραπάνω ασθένειες.

Ειδικότερα όταν ο ασθενής εμφανίζει αρνητικό ΗΒSΑG, οι ορολογικές δοκιμασίες, όπως ο καθορισμός του διαφορετικού ετερόφιλου και του αντισώματος ΕΡSΤΕΙΝ-ΒΑRΡ, είναι απαραίτητες.

Επίσης το φαρμακευτικό ιστορικό του ασθενή θα βοηθήσει ιδιαίτερα στη διαφορική διάγνωση, γιατί πολλά φάρμακα

έχουν την ικανότητα, να προκαλούν εικόνα οξείας ηπατίτιδας.

Θα πρέπει επίσης να δοθεί μεγάλη σημασία στην ύπαρξη χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας. Ο διαχωρισμός της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας από την αλκοολική ηπατίτιδα είναι συνήθως εύκολος, γιατί στην δεύτερη περίπτωση οι τιμές των τρανσαμινασών δεν εμφανίζουν αξιοσημείωτη άνοδο.

Η βιοψία ήπατος έχει τη δυνατότητα, να αποσαφηνίζει, για την παραπάνω περίπτωση, αν η ηπατική βλάβη προέρχεται από τον αλκοολισμό ή από ιογενή λοίμωξη.

Τέλος η τυπική κλινική μορφή της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας συχνά μπορεί να είναι παρόμοια με αυτήν της οξείας χολοκυστίτιδας, της απόφραξης του ηπατικού πόρου από λίθο ή της ανιούσας χολαγγειίτιδας. Σ'αυτήν την περίπτωση η βιοψία ήπατος και η λαπαροσκόπηση συντελούν σημαντικά στη σωστή διάγνωση της νόσου.

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Από τη στιγμή που θα τεθεί η διάγνωση και θα προσδιορισθεί, ότι η νόσος είναι οξεία ιογενής, θα πρέπει να προσδιοριθεί το είδος της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας. Κι αυτό γιατί συχνά ο διαχωρισμός της ηπατίτιδας Α από την ηπατίτιδα Β δεν είναι εφικτός με βάση τα κλινικά συμπτώματα. Ο διαχωρισμός της ηπατίτιδας Α από την ηπατίτιδα Β θα βασισθεί στο γεγονός ότι και οι δυο ιοί παράγουν μοναδικά αντιγόνα και αντισώματα στο αίμα και τα άλλα βιολογικά υγρά που ακολουθούν προκαθορισμένη πορεία στην εξέλιξη της νόσου. Με τον προσδιορισμό αυτών των αντιγόνων και αντισωμάτων είναι δυνατή όχι μόνο η

διάγνωση του είδους αλλά και ο καθορισμός του σταδίου της λοίμωξης.

Σήμερα υπάρχουν επτά δείκτες που μετρούν την παρουσία των αντιγόνων και αντισωμάτων και είναι οι εξής:

Δείκτης

Περιγραφή

- HBSAG : Επιφανειακό αντιγόνο ηπατίτιδας Β. Πρώτος δείκτης της παρουσίας οξείας λοίμωξης. Αποτελεί επίσης ένδειξη χρόνιας λοίμωξης.
- Αντί-HBS : Αντίσωμα στο επιφανειακό αντιγόνο ηπατίτιδας Β. Αποτελεί ένδειξη κλινικής αναρρώσεως και μεταγενέστερης ανοσίας στον ιό της ηπατίτιδας Β. Παρουσιάζεται γενικά 1 έως 4 μήνες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων αλλά μπορεί να καθυστερήσει πολύ περισσότερο.
- Αντί-HBC : Αντίσωμα στο αντιγόνο του πυρήνα .Αρχικός δείκτης οξείας λοίμωξης. Είναι επίσης μακροχρόνιος δείκτης που δείχνει περασμένη έκθεση καθώς και ενεργό λοίμωξη στην οξεία χρόνια περίοδο. Όταν δεν υπάρχει HBSAG και αντι-HBS, το αντίσωμα του πυρήνα ηπατίτιδας Β είναι σημαντικός ορολογικός δείκτης για τον προσδιορισμό πρόσφατης λοίμωξης.
- HBeAG : Αντιγόνο ε ηπατίτιδας Β. Αρχικός δείκτης οξείας ενεργούς λοίμωξης που δείχνει την πλέον λοιμογόνο περίοδο. Συνήθως είναι μικρής διάρκειας (3-6 εβδομάδες). Η επιμονή του αντιγόνου ε πέρα από 10 εβδομάδες αποτελεί ένδειξη εξέλιξης σε χρόνια κα-

τάσταση φορέως και πιθανής χρόνιας πάθησης του ήπατος.

Αντί-HBe : Αντίσωμα στο αντιγόνο e ηπατίτιδας B. Η ορολογική μετατροπή από αντιγόνο e σε αντίσωμα e κατά το οξύ στάδιο αποτελεί προγνωστικό για την αποδρομή της λοίμωξης. Η παρουσία του μαζί με το αντι-HBc μπορεί επίσης, να επιβεβαιώσει την κατάσταση ανάρρωσης κατά την απουσία των HBSAG και αντί-HBs.

Αντί-HAV : Αντίσωμα (I G και IGM) στο αντιγόνο ηπατίτιδας A. Συμπεριλαμβάνει συνολικό αντίσωμα στον HAV. Είναι δείκτης πρόσφατης οξείας καθώς και παλαιάς λοίμωξης. Χρήσιμος για την επιβεβαίωση προηγούμενης έκθεσης και ανοσίας στην ηπατίτιδα A.

Αντί-HAV IGM/: Αντίσωμα (IGM) στο αντιγόνο ηπατίτιδας A. Αντίσωμα της τάξεως IGM που εμφανίζεται σε υψηλό τίτλο μόνο κατά την πρόσφατη οξεία φάση της λοίμωξης. Είναι χρήσιμος δείκτης για την επιβεβαίωση πρόσφατης λοίμωξης με ηπατίτιδα A.

Όταν ένας ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα ή ιστορικό που υποδηλώνουν οξεία ιογενή ηπατίτιδα, οι πρώτοι έλεγχοι που πρέπει να γίνουν, είναι οι δοκιμασίες ANTI-HAVIGM, HBSAG και ANTI-HBC.

Στον παρακάτω πίνακα αναλύονται και ερμηνεύονται τα πιθανά αποτελέσματα από τις παραπάνω ορολογικές εξετάσεις:

(Εικόνα 11) .

Πίνακας 15. Οροδιάγνωση Όξείας Ιογενούς Ηπατίτιδας.

Αποτέλεσμα Έλέγχου		Ερμηνεία	
Αντι-HAV IgM	HBsAg	Αντι-HBc	
+	-	-	Πρόσφατη οξεία λοίμωξη ηπατίτιδας Α
-	-	-	Αρχική οξεία λοίμωξη ηπατίτιδας Β
+	+	-	Όξεία λοίμωξη ηπατίτιδας Β ή χρόνιος φορέας του οποίου τα συμπτώματα μπορεί να μην σχετίζονται με εκείνα του τύπου Β
-	-	+	Πιθανή πρόσφατη λοίμωξη ηπατίτιδας Β («περίοδος παραθύρου»). Έλεγχος για αντι-HBs και αντι-HBe. Θετικό αποτέλεσμα του έλεγχου αντι-HBs δείχνει προηγούμενη λοίμωξη ηπατίτιδας Β - συνεπώς, πιθανή περίπτωση μη-Α, μη-Β, άλλης λοιμώξεως που οφείλεται σε Ιό, ή ηπατοτοξική ουσία. Άρνητικό αποτέλεσμα του έλεγχου αντι-HBs και θετικό αποτέλεσμα για αντι-HBe δείχνουν πρόσφατη οξεία λοίμωξη ηπατίτιδας Β. Επαναλαμβάνεται ο έλεγχος σε 4 - 6 εβδομάδες με αντι-HBs για να επιβεβαιωθεί ή αποδομηθεί της λοιμώξεως. Άρνητικά αποτελέσματα για άμφότερα τα αντι-HBs και αντι-HBe υποδηλούν προηγηθείσα λοίμωξη.
-	-	-	Πιθανή λοίμωξη μη-Α μη-Β, άλλη λοίμωξη που οφείλεται σε Ιό ή ηπατοτοξική ουσία.

ΤΥΠΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

ΤΥΠΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Α.

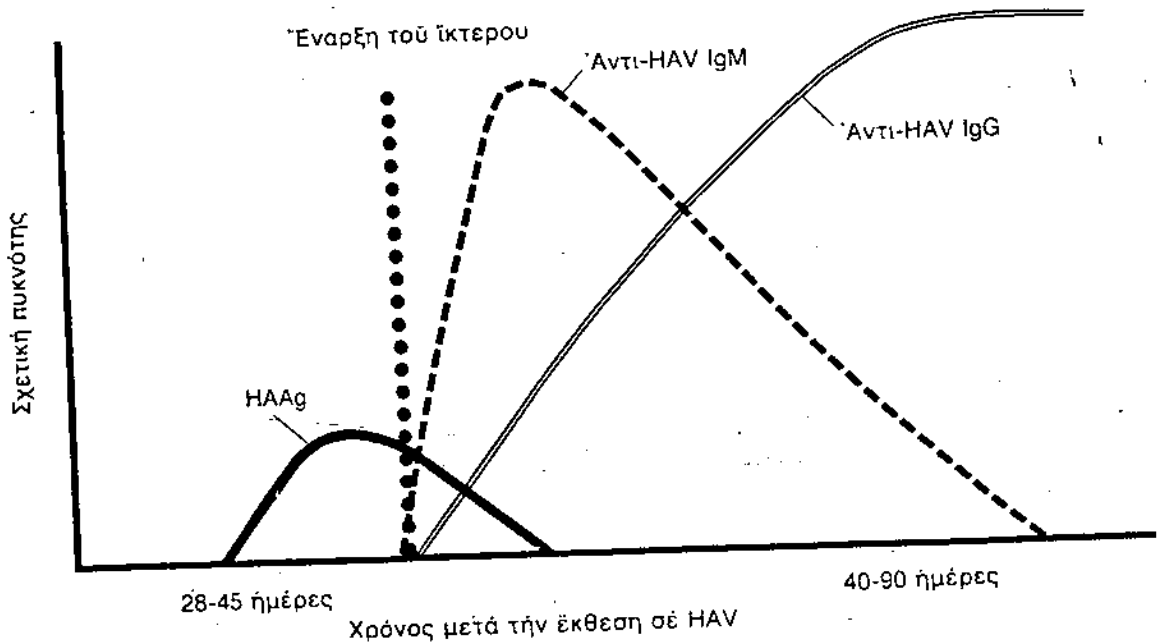
Το χρονικό διάστημα μεταξύ της έκθεσης στην μόλυνση και της έναρξης των κλινικών συμπτωμάτων σε μια εμφανή περίπτωση ηπατίτιδας Α, είναι περίπου 30 ημέρες. Η αύξηση των τρανσαμινασών προηγείται των μη ειδικών πρόδρομων συμπτωμάτων, τα οποία προαναγγέλουν την κλινική φάση.

Η εμφάνιση του αντιγόνου ΗΑΑΓ στα κόπρανα είναι δυνατόν να αποδειχθεί ακόμη και πριν από την αύξηση των τρανσαμινασών.

Με την πάροδο του χρόνου εμφανίζεται οίκτηρος ενώ το ΗΑΑG εξαφανίζεται από τα κόπρανα. Με την εξαφάνιση του ΗΑΑG από τα κόπρανα αρχίζει να αναρρώνει ο ασθενής και το αντίσωμα ANTI-HA εμφανίζεται στον ορό και διατηρείται επ'άοριστον.

Έτσι η ανεύρεση του ANTI-HA στον ορό υποδηλώνει προηγούμενη προσβολή από ηπατίτιδα Α και απεικονίζει την απουσία του ατόμου εναντι επαναμόλυνσης. (Εικόνα 12).

Σχέδιο 12 Χαρακτηριστικό περίγραμμα όρολογικών δεικτών σε ασθενείς με οξεία ήπατίτιδα τύπου



ΤΥΠΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β.

Ο χρόνος επώασης της τυπικής οξείας ικτερικής ηπατίτιδας Β ανέρχεται στις 90 ημέρες περίπου. Η παρουσία του ΗΒSΑG στον

ορό μπορεί ν' αποδειχτεί κατά τη διάρκεια του χρόνου επώασης και μάλιστα πριν την αύξηση των τρανσαμινασών και των κλινικών συμπτωμάτων.

Το HBSAG παραμένει στον ορό συχνά και κατά την περίοδο της ανάρρωσης. Το αντίσωμα ANTI-HBS έναντι του επιφανειακού αντιγόνου εμφανίζεται 1-3 μήνες μετά από την συμπλήρωση της ανάρρωσης.

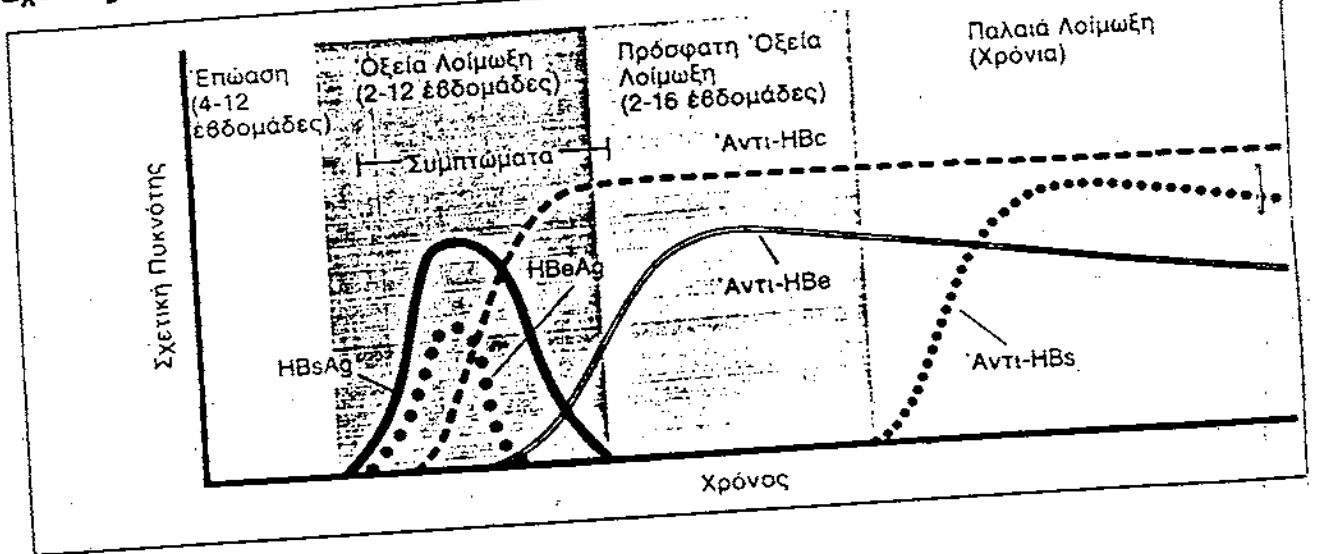
Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει ένα κενό διάστημα, όπου δεν είναι δυνατόν να προσδιορισθούν το HBSAG και το ANTI-HBS. Το διάστημα αυτό διαρκεί συνήθως από 2-16 εβδομάδες. Κατά την περίοδο αυτή το άτομο θεωρείται, ότι παρουσιάζει ανοσία.

Κατά τη διάρκεια της κλινικής φάσης της νόσου εμφανίζεται στον ορό του ασθενή το αντίσωμα έναντι του κεντρικού αντιγόνου της ηπατίτιδας ANTI-HBC. Ο τίτλος του αντισώματος ανέρχεται γρήγορα και στην συνέχεια ελαττώνεται σταδιακά αλλά η εξαφάνισή του παίρνει πολύ χρόνο.

Το ANTI-HBC ανευρίσκεται στον ορό του ασθενή στην περίοδο που δεν μπορεί να προσδιορισθεί το HBCAG και το ANTI-HBS και επομένως στην περίοδο αυτή είναι ο πλέον σίγουρος δείκτης λοίμωξης.

Το HBeAG εμφανίζεται συγχρόνως με το HBSAG και εξαφανίζεται πριν από το HBSAG. Η παρουσία του HBeAG σημαίνει ενεργό πολλαπλασιασμό του ιού, πράγμα που αντιπροσωπεύει μια εξαιρετικά λοιμογόνο κατάσταση. (Εικόνα 13) .

Σχέδιο 3. Χαρακτηριστικό Περίγραμμα Ώρολογικῶν Δεικτῶν Ἡπατίτιδας Β



ΤΥΠΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΜΗ-Α , ΜΗ- Β.

Ἡ ηπατίτιδα μῆ-Α, μῆ-Β εμφανίζει ἓνα μέσο χρόνο ἐπώασης που ἀνέρχεται στις 50 ἡμέρες περίπου. Το εὖρος του χρόνου ἐπώασης ὅμως εἶναι ἀρκετὰ μεγάλο και μπορεί να κυμαίνεται ἀπὸ 14-15 ἡμέρες.

Οι ἀρχικὲς περιγραφές δείχνουν ὅτι τα κλινικὰ γνωρίσματα της νόσου εἶναι παρόμοια μ'αυτὰ της ηπατίτιδας τύπου Β. Ἐνα ποσοστὸ που κυμαίνεται στο 20% περίπου διατρέχει μια παρατεταμένη πορεία μὲ ἐνδείξεις χρόνιας ηπατίτιδας στη βιοψία ἥπατος.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ :

Ἡ πατίτιδα Α.

Στην ηπατίτιδα Α οι θανατηφόρες περιπτώσεις εἶναι ἀσυνήθιστες και ἀντιπροσωπεύουν ἓνα ποσοστὸ που κυμαίνεται ἀπὸ 0,1-0,2%. Ἀν και η κλινικὴ ἀνάρρωση μπορεί να απαιτήσῃ ἓνα μῆνα

ή και περισσότερο, δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα περίπτωση μετάπτωσής της σε χρόνια ηπατίτιδα.

Γενικά όλοι οι ασθενείς με ηπατίτιδα Α, που προηγούμενα ήταν υγιείς, αναρρώνουν χωρίς επακόλουθα.

Η πατίτιδα Β.

Και στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα Β το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών έχει ευνοϊκή πορεία. Το ποσοστό θνησιμότητας όμως είναι 1-2% περίπου. Το ποσοστό αυτό όμως αυξάνεται σε άτομα μεγάλης ηλικίας και σε ασθενείς που ταυτόχρονα παρουσιάζουν κι άλλες σοβαρές ασθένειες, όπως αναιμία, σακχαρώδης διαβήτης ή νεοπλασματικές νόσους.

Η πρόγνωση είναι δυσμενέστερη όταν εμφανίζεται ασκίτης, περιφερικό οίδημα ή συμπτώματα ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Κατά προσέγγιση ένα ποσοστό 10% των ασθενών που πάσχουν από ηπατίτιδα Β, καθίστανται χρόνιοι φορείς του επιφανειακού αντιγόνου ΗΒSΑG.

Η πατίτιδα μη-Α, μη-Β.

Το ποσοστό θνησιμότητας στην ηπατίτιδα μη-Α, μη-Β είναι μικρότερο από της ηπατίτιδας Β αλλά οπωσδήποτε μεγαλύτερο απ'αυτό της ηπατίτιδας Α.

Σε κεραυνοβόλο ηπατίτιδα από ιό Β η θνησιμότητα κυμαίνεται στο 40% περίπου ενώ από ιό μη-Α, μη-Β στο 13% .

ΠΡΟΛΗΨΗ ΘΕΣΙΑΣ ΙΟΥΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Η άνοσος γ-σφαιρίνη του ορού (ISG) είναι σε ποσοστό 80-90% αποτελεσματική για την πρόληψη της ηπατίτιδας Α, αν χορηγηθεί μία έως δύο εβδομάδες από την έκθεση στην μόλυνση.

Η άνοση γ-σφαιρίνη είναι δυνατόν να εμποδίσει την εμφάνιση της λοίμωξης ή να την εξασθενήσει τόσο ώστε να μην εμφανισθούν κλινικά συμπτώματα. Συνιστάται η χορήγησή της στα μέλη της οικογένειας του ασθενή, ιδιαίτερα σε έγκυες γυναίκες και σε ηλικιωμένα ή εξασθενημένα άτομα.

Σε ειδικές περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθεί σε σχολεία ή διάφορα ιδρύματα, όταν υπάρχουν ενδείξεις επιδημικής έξαρσης της νόσου.

Παρακάτω αναφέρονται οι συστάσεις της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας σχετικά με την προφύλαξη από την ηπατίτιδα Α και με τη χορήγηση της γ-σφαιρίνης.

- Άτομα της οικογένειας που έρχονται σε επαφή με τον άρρωστο ή άτομα που ταξιδεύουν σε χώρες του εξωτερικού που ενδημεί ηπατίτιδα Α.

Βάρος του ατόμου	Δόση άνοσου γ-σφαιρίνης
23 KGR	0,5 ML
23-45 KGR	1 ML
45 KGR	2 ML

- Άτομα που ταξιδεύουν στο εξωτερικό και παραμένουν 3 ή 4 μήνες σε περιοχές που ενδημεί η ηπατίτιδα Α.

Βάρος του ατόμου	Δόση άνοσου γ-σφαιρίνης
23 KGR	1 ML
23-45 KGR	2,5 ML
45 KGR	5 ML

Η αξία της άνοσου γ-σφαιρίνης για την προστασία έναντι της μόλυνσης από ηπατίτιδα Β αποτελεί αντικείμενο συζητήσεων. Οι περισσότερες μελέτες δεν απέδειξαν ενεργητικές επιδράσεις από την χρησιμοποίησή της.

Τελευταίες πάντως μελέτες απέδειξαν ότι η χορήγηση άνοσης γ-σφαιρίνης, που περιέχει αυξημένους τίτλους του αντισώματος ANTI-HBS, προσφέρει κάποια προστασία, αν και αυτή η προστασία είναι προσωρινή και διαρκεί μόνο για 4-6 μήνες.

Η χορήγηση ανοσοσφαιρίνης με υψηλό τίτλο ANTI-HBS ενδείκνυται για:

- α) Άτομα που έχουν τρυπηθεί τυχαία από μολυσμένη βελόνα με τον ιό της ηπατίτιδας Β ή άτομα που κάποιος βλενογόνος π.χ. στόμα έχει έλθει σε επαφή με υλικό θετικό για HBS AG.
- β) Νεογνά μητέρων που προσβλήθηκαν από ηπατίτιδα κατά το γ' τρίμηνο της κύησης.

Άτομα θετικά σε HBSAG και ANTI-HBS δεν έχουν λόγο να υποβληθούν σε προφύλαξη.

Τα τελευταία χρόνια εισήχθει προφυλακτικό εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β. Το εμβόλιο αυτό περιέχει το αντιγόνο HBSAG, το οποίο δεν έχει λοιμογόνο ισχύ και παράγει αντισώματα. Παράγεται από πλαίσια φορέων χρόνιας ηπατίτιδας και με πολύπλοκη κατεργασία απομακρύνεται ή αδρανοποιείται η λοιμογόνος δράση του HBS και άλλων ιών που ίσως περιέχονται στο πλάσμα.

Η αποτελεσματικότητά του εμβολίου είναι πολύ ικανοποιητική. Το εμβόλιο δεν προκαλεί σοβαρές τουλάχιστον ανεπιθύμητες ενέργειες. Δεν πρέπει να φυλάσσεται σε κατάψυξη, γιατί καταστρέφονται σε κοινή φύξη.

χορηγείται ενδομυϊκώς σε 3 δόσεις του ML, η δεύτερη δόση μετά ένα μήνα και η τρίτη μετά 6 μήνες από την πρώτη δόση. Οι αναμνηστικές δόσεις γίνονται ανά 5ετία.

Με τα σημερινά δεδομένα η χρήση του εμβολίου συνιστάται σε άτομα HBSAG αρνητικά που ανήκουν στις παρακάτω κατηγορίες:

1. Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
2. Προσωπικό κέντρων αιμοδοσίας και αιματολογικών εργαστηρίων.
3. Καθαριστές και καθαρίστριες νοσοκομείων των παραπάνω δύο εργαστηρίων.
4. Προσωπικό και ασθενείς μονάδων αιμοδιύλησης.
5. Οδοντίατροι.
6. Πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς ή ασθενείς που λαμβάνουν συχνά παρεντερικώς προϊόντα αίματος (αιμοφιλική).
7. Συγγενείς ατόμων με ενεργό ηπατίτιδα Β ή χρόνιων φορέων.
8. Ομοφυλόφιλοι.
9. Ναρκομανείς.
10. Προσωπικό και έγκλειστοι ασύλων πνευματικώς καθυστερημένων.
11. Άτομα που ταξιδεύουν σε περιοχές που ενδημεί η ηπατίτιδα Β.
12. Νεογέννητα μητέρων, που είναι φορείς.

Τα προκαταρκτικά στοιχεία δείχνουν ότι η άνοσος γ-σφαιρίνη μπορεί να προσφέρει περιορισμένη προφύλαξη έναντι της "μηΑ,-μηΒ" ηπατίτιδας.

Σε μια μελέτη που έγινε, η άνοσος γ-σφαιρίνη φάνηκε ότι ελάττωσε την συχνότητα της ηπατίτιδας "μηΑ-μηΒ" που εμφανίζεται κατόπιν μετάγγυσης.

Σε μια επίσης ευρεία έρευνα η χορήγηση 5ML άνοσου γ-σφαιρίνης κατά τον χρόνο της μετάγγισης και μετά την πάροδο ενός μήνα απ' αυτήν, προκάλεσε ελάττωση της συχνότητας της ικτερικής "μηΑ,μηΒ" ηπατίτιδας.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΠΑΡΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Όπως αναφέρθηκε η ηπατίτιδα Α μεταδίδεται με το νερό, τα τρόφιμα, τα κόπρανα. Τα κόπρανα περιέχουν τον ιό 2 εβδομάδες πριν την εμφάνιση του ικτέρου και κατά τις πρώτες ημέρες μετά την εμφάνισή του. Επομένως θα πρέπει να λαμβάνονται γενικά μέτρα υγιεινής και προπάντων κατά τη φάση της μεταδοτικότητας. Η απομόνωση των ασθενών με οξεία ηπατίτιδα σε χωριστό δωμάτιο και μπάνιο είναι επιθυμητή. Θα πρέπει να καταβληθεί ειδική μέριμνα για την ασφαλή αποχέτευση των κοπράνων σε ιδρύματα, ψυχιατρεία, στρατώνες, νοσοκομεία, που ο κίνδυνος μόλυνσης είναι πολύ μεγαλύτερος.

Πρέπει να υπενθυμίζεται και στον ασθενή και στο προσωπικό του νοσοκομείου η τήρηση κατάλληλων προφυλακτικών μέτρων όπως: πλύσιμο των χεριών μετά την εξέταση του ασθενή, προσεκτική διακίνηση υγρών του σώματος και περιττωμάτων και χρήση γαντιών.

Επίσης τα εσώρουχα, τα κλινοσκεπάσματα, τα σκεύη του ασθενή με ηπατίτιδα Α θα πρέπει να βράζονται ή να κλιβανίζονται. Επίσης οι ασθενείς ή τα άτομα που ήλθαν σε επαφή με τον ασθενή δεν πρέπει να ασχολούνται με μαγείρεμα ή σερβίρισμα φαγητού και νερού.

-Όσον αφορά την ηπατίτιδα Β η προσοχή μας πρέπει να στρέφεται:

α) Στην εκπαίδευση του προσωπικού των νοσοκομείων για τον τρόπο μετάδοσης του ΗΒS και στην έγκαιρη λήψη προφυλακτικών μέτρων.

β) Μέτρα υγιεινής όπως επιμελές πλύσιμο των χεριών και μεγάλη προσοχή κατά την λήψη αίματος, ενδοφλεβίως υγρών καθώς και κατά την διάρκεια μετάγγισης.

γ) Η χρησιμοποίηση αποστειρωμένων γαντιών ή μιας χρήσεως σε κάθε επαφή με τον άρρωστο ή στην χρήση συρίγγων και βελονών μιας χρήσεως.

δ) Στην αποστείρωση εργαλείων στον κλίβανο για 60' σε ξηρή θέρμανση στους 160° ή με βρασμό για 20'.

ε) Στην αποστείρωση ευαίσθητων οργάνων π.χ. ενδοσκοπίων σε διάλυμα BETADINE και πλύση με ισοπροπυλική αλκοόλη μετά από κάθε χρήση.

στ) Στην απαγόρευση μεταγγίσεως παλούμενου αίματος.

ζ) Στην εξέταση των αιμοδοτών για ΗΒS/ΑG και τρανσαμινάσες ορού, που βοηθά στον αποκλεισμό του ενός τρίτου των μολυσμένων αιμοδοτών.

Όσον αφορά τους κινδύνους που αντιμετωπίζει το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα εξής:

Σποραδικά κρούσματα οξείας λογενούς ηπατίτιδας έχουν αναφερθεί σε νοσοκόμους, γιατρούς, οδοντίατρους, υπαλλήλους τραπεζών αίματος, τεχνικούς εργαστηρίων.

Η έκθεσή τους στους ιούς της ηπατίτιδας μπορεί να προέλθει από επαφή με αίμα ή άλλα υγρά του σώματος κατά την αναρρόφηση με πιπέτα κατά την χορήγηση ενδοφλεβίως έγ-

χυσης υγρών, τη λήψη αίματος, την αλλαγή χειρουργικών επιδέσμων, την κένωση δοχείων, την φροντίδα καθετήρων, τον χειρισμό χειρουργικών αργάνων και παθολογικών δειγμάτων και άλλων μεθόδων περίθαλψης. Έχουν επίσης αναφερθεί επιδημίες οξείας ηπατίτιδας σε χειρουργούς μετά από πολύωρες χειρουργικές επεμβάσεις με γάντια ελαττωματικά.

Επίσης εξάρσεις οξείας ηπατίτιδας έχουν εμφανισθεί σε γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονται σε μονάδες αιμοδιύλησης και ογκολογίας.

Οι ασυμπτωματικά θετικοί ως προς το HBSAG φορείς αποτελούν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για το υγειονομικό προσωπικό, επειδή δεν έχουν εμφανή κλινικά χαρακτηριστικά για την λήψη προφυλακτικών μέτρων.

Ασθενείς με ιστορικό ηπατίτιδας και άτομα με παρεντερική κατάχρηση φαρμάκων, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, λευχαιμία, νόσο του HODGKIN, σύνδρομο DOWN, πρέπει να υποβάλλονται σε προσδιορισμό του HBSAG, εξαιτίας του ότι πολλά άτομα της ομάδας αυτής καθίστανται φορείς του HBSAG.

Αν είναι θετικοί πρέπει ν'αντιμετωπίζονται σαν λοιμοφόνοι και να εφαρμόζονται κατάλληλα μέτρα κατά τις εγχειρήσεις. Στις μονάδες αιμοδιύλησης η χρησιμοποίηση γαντιών, προσωπίδων, μπλούζας και ο συχνός έλεγχος για HBSAG, έχουν μειώσει τον κίνδυνο μετάδοσης ηπατίτιδας τόσο στους ασθενείς όσο και στο ιατρικό προσωπικό.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Ειδική θεραπεία για την αντιμετώπιση της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας δεν υπάρχει.

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο δεν είναι επιβεβλημένη σε άτομα που δεν διατρέχουν επιπρόσθετους κινδύνους. Πάντως είναι σωστό να γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο στις παρακάτω κατηγορίες ασθενών:

- α) Σε ασθενείς που παρουσιάζουν ίκτερο που παρατείνεται για διάστημα μεγαλύτερο των 14 ημερών.
- β) Σε ασθενείς που παρουσιάζουν ταυτόχρονα με την ηπατίτιδα και κάποια άλλη συστηματική νόσο.
- γ) Σε ασθενείς με μεγάλη ηλικία, επειδή η πρόγνωση είναι βαρύτερη.
- δ) Σε περιπτώσεις ηπατίτιδας κατά την κύηση.
- ε) Σε ασθενείς με τιμή χολερυθρίνης μεγαλύτερης των 20MG/100M ή παρατεταμένο χρόνο προθρομβίνης.

Η αναγκαστική και παρατεταμένη αν και δεν επιβάλλεται συχνά συνίσταται ιδιαίτερα κατά την ικτερική φάση, γιατί οι περισσότεροι ασθενείς αισθάνονται καλύτερα με τον περιορισμό της δραστηριότητας. Δεν έχει αποδειχθεί όμως ότι η ξεκούραση του ασθενή μειώνει το ενδεχόμενο μετάπτωσης στην χρονιότητα ή ελαττώνει τη χρονική διάρκεια της νόσου. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται η δίαιτα του ασθενή. Όταν ο ασθενής έχει ανορεξία και τάση προς έμμετο, η δίαιτα είναι επιβεβλημένο να είναι πτωχή σε λίπος και πλούσια σε θερμίδες. Η ενδοφλέβια διατροφή επιβάλλεται όταν ο ασθενής παρουσιάζει συχνούς και επίμονους εμέτους, που κάνουν αδύνατη τη λήψη τροφής από το στόμα.

Ακόμη χρειάζεται προσοχή στη χορήγηση φαρμάκων κυρίως

αυτών που μεταβολίζονται στο ήπαρ, γιατί μπορεί να επιβραδύνουν την υπάρχουσα κατάσταση.

Για την αντιμετώπιση του κνησμού, που εμφανίζεται συνήθως στο ικτερικό στάδιο, η χρήση ρατίνης, που προσλαμβάνει τα χολικά άλατα και η χολεστυραμίνη, ανακουφίζουν τον ασθενή.

Σχετικά με τη χρήση των κορτικοειδών θα πρέπει να αναφερθεί, ότι η θεραπευτική τους αξία στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα είναι περιορισμένη. Πολλοί πιστεύουν, ότι ούτε επιβραδύνουν τον ρυθμό νέκρωσης των ηπατικών κυττάρων, ούτε βοηθούν στην αναγέννησή τους ενώ αντίθετα, να παρεμποδίσουν την ανάπτυξη της ανοσίας. Πάντως είναι γεγονός ότι επαναφέρουν την ευεξία του ασθενή, βελτιώνουν την όρεξη και προκαλούν ταχύτερη πτώση των τιμών της χολερυθρίνης και των τρανσαμινασών.

Όταν τα συμπτώματα υποχωρήσουν και τα εργαστηριακά ευρήματα επανέλθουν στα φυσιολογικά όρια, ο ασθενής μπορεί να αναλάβει σταδιακά όλες τις προηγούμενες δραστηριότητες. Η ελαφρά αυξημένη τιμή της SGOT δεν αποτελεί αντέδειξη για την επανέναρξη της δραστηριότητας.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Τρεις είναι οι πιο σημαντικές επιπλοκές της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας: 1) η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα. 2) Χρόνια ηπατίτιδα. α) Η χρόνια επιμένουσα και β) Η χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

I.- ΚΕΡΑΥΝΟΒΟΛΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα είναι η σοβαρότερη και η πιο επίφοβη επιπλοκή της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας και χαρακτηρίζεται από αθρόα ηπατική νέκρωση.

Εμφανίζεται κυρίως μετά από ηπατίτιδα Β και συναντάται στο 10/ο περίπου των περιπτώσεων.

Οι ασθενείς εμφανίζουν σημεία και συμπτώματα εγκεφαλοπάθειας και μπορεί σε λίγο χρονικό διάστημα να περιπέσουν σε κώμα.

Το ήπαρ είναι συνήθως μικρό, συρρικνωμένο και ο χρόνος προθρομβίνης πολύ παρατεταμένος. Η παρουσία εγκεφαλικού οιδήματος είναι συνηθισμένη. Η γαστρεντερική αιμοραγία, η σήψη, η αναπνευστική και νεφρική ανεπάρκεια εμφανίζονται στα τελικά στάδια.

Η θνησιμότητα σε άτομα που έχουν περιπέσει σε κώμα είναι πολύ μεγάλη και ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 80ο/ο καταλήγει σε θάνατο. Οι ασθενείς που επιζούν μπορεί να εμφανίσουν πλήρη ιστολογική και βιοχημική ανάρρωση.

Πάνω σε αυτή τη διαπίστωση στηρίζεται και η θεραπεία, που σκοπό έχει να κερδηθεί χρόνος με την ελπίδα της αναγέννησης του ήπατος.

Η εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο είναι αυτονόητη

λόγω της βαρύτητας της νόσου.

-- Όσον αφορά την αντιμετώπισή της συνιστάται η χορήγηση σακχαρούχων διαλυμάτων 20-40ο/ο. Οι ποσότητες αυτές της γλυκόζης είναι απαραίτητες, γιατί τις περισσότερες φορές συνυπάρχει έντονη υπογλυκαιμία.

-- Επίσης συνιστάται ο καθαρισμός του εντέρου με καθαρτικά ή υποκλυσμούς όπως επίσης και η αποστείρωση του εντέρου με δυσασπορόφητα αντιβιοτικά, όπως είναι η νεομυκίνη.

-- Η χορήγηση της λακτουλόζης επιβάλλεται για την ελάττωση της απορρόφησης της αμμωνίας από το έντερο. Η λακτουλόζη παρεμποδίζει τον πολλαπλασιασμό των μικροοργανισμών που παράγουν αμμωνία.

-- Σε περίπτωση γαστρεντερικής αιμορραγίας χορηγείται αίμα νωπό ή πλάσμα και εναιώρημα αιμοπεταλίων.

Για την απομάκρυνση των τοξικών ουσιών επιχειρήθηκαν διάφορες τεχνικές. Μια τέτοια τεχνική είναι η αιμοδιάλυση με στήλη ζωϊκού άνθρακα επενδυμένου με πολυμερείς ουσίες. Η τεχνική αυτή όμως δημιούργησε προβλήματα επειδή συνέλαβε στην καταστροφή των αιμοπεταλίων.-

2.- ΧΡΟΝΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Ο όρος χρόνια ηπατίτιδα χρησιμοποιείται υποδηλώνοντας την χρόνια φλεγμονώδη αντίδραση του ήπατος που συνεχίζεται χωρίς βελτίωση για διάστημα μεγαλύτερο των έξι μηνών. Το 1968 έγινε διάκριση της χρόνιας ηπατίτιδας σε 2 βασικές μορφές α) Την χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα και β) την χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Η διάκριση αυτή στηρίζεται κυρίως σε ιστολογικές διαφορές

που παρατηρούνται στις δύο μορφές.

α) Χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα

Αυτή η μορφή ηπατίτιδας αντιπροσωπεύει μια βασικά καλοή-
θη νόσο με καλή πρόγνωση. Χαρακτηρίζεται από την διεύρυνση
των πυλαίων διαστημάτων και τη φλεγμονώδη διήθησή τους
από μονοπύρηνα.

Κλινική εικόνα.

Τα υποκειμενικά συμπτώματα στην χρόνια επιμένουσα ηπατί-
τιδα εκλείπουν τις περισσότερες φορές ή περνούν απαρατή-
ρητα. Είναι δυνατόν ο ασθενής να παραπονεθεί για ανορεξία,
δυσπεψία, δυσφορία, εύκολη κόπωση, άλγος στο δεξιό υπο-
χόνδριο και νωθρότητα.

Η σωματική εξέταση είναι συνήθως φυσιολογική, αν
εξαιρέσουμε μια ελαφρά διόγκωση του ήπατος σε μερικές
περιπτώσεις.

Εργαστηρικά η τιμή της χολερυθρίνης και των τρανσα-
μινασών παραμένουν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Η πρόγνωση της νόσου είναι πολύ καλή και σπάνια με-
ταπίπτει σε χρόνια ενεργό ηπατίτιδα. Ειδική θεραπεία για
την αντιμετώπιση της νόσου δεν απαιτείται. Η αποφυγή
κορτικοστεροειδών και ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων καθώς
και η καθησύχηση του ασθενή βοηθούν στην καλύτερη πορεία
της νόσου.

β) Χρόνια ενεργός ηπατίτιδα

Είναι η νόσος που χαρακτηρίζεται από ηπατική νέκρωση που
συνεχίζεται, ενεργό φλεγμονή και ίνωση που προϋπάρχει και
που μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση ήπατος.

Αιτιολογία

Άρκετοι παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν την χρόνια ενεργό ηπατίτιδα. Ο σπουδαιότερος και πιο συνηθέστερος είναι η λοίμωξη από τον ιό ηπατίτιδας Β. Σε ποσοστό 20-30ο/ο των ατόμων με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα παρατηρείται παρουσία του αντιγόνου της ηπατίτιδας Β.

-- Ορισμένα φάρμακα ενέχονται στην εμφάνιση της νόσου. Τέτοια φάρμακα είναι: α) η α-μεθυλντόπα β) η ισονιαζίδη γ) καθαρτικά παρασκευάσματα που περιέχουν οξυφαινισατίνη. Στην τελευταία περίπτωση η διακοπή χορήγησης των σκευασμάτων μπορεί να σημαίνει και βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενή.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι στο 50ο/ο των περιπτώσεων δεν ανευρίσκονται αίτια οπότε έχουμε την ιδιοπαθή μορφή της χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας.

Παθολογική ανατομία

Τα παθολογικοανατομικά σημεία της χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας καθορίζονται συνήθως με την βιοψία ήπατος και είναι τα εξής:

- α) Πυκνή διήθηση στις πυλαίες ζώνες από μονοπύρνα και πλασματοκύτταρα με επέκταση στο ηπατικό λόβιο.
- β) Καταστροφή των ηπατοκυττάρων στην περιοχή του ηπατικού λόβιου.
- γ) Διαφράγματα από συνδετικό ιστό που εκτείνονται από τις πυλαίες ζώνες μέσα στο λόβιο.
- δ) Σχηματισμός "ροζετών" που είναι ένδειξη ηπατικής αναγέννησης.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα είναι νόσος που προσβάλλει περισσότερο τους νέους και ιδιαίτερα τῆς γυναίκες. Δεν υπάρχει τυπική συμπτωματολογία της νόσου.

Τα κλινικά σημεία διαφέρουν από άτομο σε άτομο και άλλοτε εμφανίζονται σε ελαφριά μορφή, οπότε μιλάμε για ασυμπτωματική μορφή κι άλλοτε εμφανίζονται σε βαρύτερες μορφές, που μπορούν να οδηγήσουν και στη θανατηφόρο ηπατική ανεπάρκεια. Το κυριότερο σύμπτωμα της χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας είναι ο ίκτερος, που εμφανίζεται στο 80ο/ο περίπου. Ο ασθενής μπορεί ακόμη να παραπονεθεί για εύκολη κόπωση, κακουχία, ανορεξία και πυρετό, που συνήθως είναι χαμηλός. Πολλοί ασθενείς μπορεί να οδηγηθούν στο γιατρό από συμπτώματα τα οποία δεν έχουν σχέση με ηπατικές παθήσεις. Τέτοια συμπτώματα είναι η αμηνόρροια, οι αιματηρές διάρροιες, πόνος στη κοιλιακή χώρα, αρθραλγίες, εξανθήματα, αναιμία, περικαρδίτιδα, αζωθαιμία, ξηροστομία κ.α. Αυτά τα εξωηπατικά χαρακτηριστικά είναι συνηθέστερα στις γυναίκες και σε ασθενείς με HBSAG αρνητικό.

Πορεία της νόσου

Η πορεία της νόσου ποικίλει από άτομο σε άτομο. Σε βερικούς ασθενείς για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν υπάρχει κλινικά εμφανής ηπατοπάθεια.

Σε άλλες περιπτώσεις τα κλινικά σημεία υποχωρούν και παραμένουν σε μια αδρανή μορφή αλλά οι ηπατοκυτταρικές βλάβες συνεχίζονται και μπορεί να οδηγήσουν σε κίρρωση. Το ποσοστό θνησιμότητας σε ασθενείς χωρίς θεραπευτική

αγωγή είναι υψηλό (50-70ο/ο). Σε άτομα με επιβεβαιωμένες ιστολογικές αλλοιώσεις στο ήπαρ έχουν ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό.

Εργαστηριακά ευρήματα

Στην χρόνια ενεργό ηπατίτιδα οι ηπατικές δοκιμασίες παρουσιάζουν πάντα αποτελέσματα που αποκλείουν από το φυσιολογικό. Οι αποκλίσεις αυτές δεν είναι όμως ανάλογες με την κλινική βαρύτητα τις περισσότερες φορές. Μερικοί ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν φυσιολογικές τιμές χολερυθρίνης, αλκαλικής φωσφατάσης και σφαιρίνης ορού, η βιοψία όμως του ήπατος είναι δυνατόν να φανερώσει την παρουσία βαριάς χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας. Σε τυπικές περιπτώσεις χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας η χολερυθρίνη του ορού παρουσιάζει μια μικρή αύξηση. Τα επίπεδα της γλουταμινικής οξαλοξεικής τρανσαμινάσης εμφανίζονται αρκετά ανεβασμένα.

Το αντιγόνο της ηπατίτιδας Β (HBSAG) ανευρίσκεται στο 20-30ο/ο των ασθενών και συχνότερα στους άνδρες.

Τα επίπεδα της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού δεν παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις από το φυσιολογικό. Ο χρόνος προθρομβίνης είναι αυξημένος ιδιαίτερα προς το τέλος της πορείας της νόσου.

Τέλος μπορεί να παρατηρηθεί υπεργαμμασφαιριναιμία και ελαφρά υπολευκωματιναιμία.

Διαφορική διάγνωση

Στο αρχικό στάδιο η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα εμφανίζει την τυπική μορφή της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας.

Η διάγνωση της νόσου θα τεθεί με βάση την επιμονή των συμπτωμάτων και των βιοχημικών ανωμαλιών.

Αύξηση των επιπέδων της τρανσαμινάσης και της χολερυθρίνης του ορού υποδηλώνει χρόνια νόσο.

Σύγχυση μπορεί να προκαλέσει και ο διαχωρισμός της χρόνιας ενεργούς με την χρόνια επίμονη ηπατίτιδα. Η χρόνια ενεργός και η χρόνια επιμένουσα ηπατίτιδα έχουν πολλά κλινικά σημεία όπως κόπωση, ανορεξία, ηπατομεγαλία, πόνο στο άνω δεξιό τεταρτημόριο της κοιλιάς.

Η διάγνωση με τα βιοχημικά στοιχεία δεν είναι εφικτή όπως και με τα κλινικά και η λύση επιβάλλεται να δοθεί με τη διενέργεια της βιοψίας του ήπατος. Η βιοψία διαφωτίζει την ύπαρξη χρόνιας ενεργούς ή επίμονης ηπατίτιδας γεγονός σημαντικό για την εξέλιξη της νόσου.

Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει και από νόσους που προσβάλλουν το συνδετικό ιστό, όπως ρευματοειδής αρθρίτιδα και ερυθματώδης λύκος. Τα νοσήματα αυτά προκαλούν πνευρίτιδα, αρθρίτιδα και αρθραλγίες, σημεία που τα συναντάμε στις εξωηπατικές εκδηλώσεις της χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας. Ο διαχωρισμός τίθεται με βάση τα αποτελέσματα των βιοχημικών εξετάσεων.

Η νόσος του WILSON είναι ασθένεια που εμφανίζει παρόμοια κλινικά συμπτώματα με την χρόνια ενεργό ηπατίτιδα.

Ο διαχωρισμός γίνεται με βάση την εμφάνιση ή όχι νευρολογικών εκδηλώσεων και με εργαστηριακές εξετάσεις, που προσδιορίζουν την σερουλοπλασμίνη του ορού και τα επίπεδα του χαλκού στον ορό, τα ούρα και το ήπαρ του ασθενή.

Άλλη ασθένεια που παρουσιάζει ομοιότητες είναι η πρωτο-

γενής κίρρωση των χοληφόρων. Τα σημεία που οδηγούν στον διαχωρισμό της πρωτογενούς κίρρωσης των χοληφόρων είναι ο έντονος κνησμός, η αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης και της χοληστερόλης του ορού, καθώς και η παρουσία αντιμιτοχονδριακών αντισωμάτων σε υψηλό βαθμό.

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η αντιμετώπιση της χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας δεν παρουσιάζει διαφορές σε σχέση με την αντιμετώπιση της οξείας λογενούς ηπατίτιδας.

Η παραμονή στο νοσοκομείο ενδείκνυται μόνο, όταν πρέπει να γίνει εξακρίβωση της βαρύτητας της νόσου ή για τον προσδιορισμό τυχόν βλαβών που έχουν σχέση με το ήπαρ. Όταν υπάρχει ενεργοποίηση της νόσου ενδείκνυται ο περιορισμός της δραστηριότητας του ασθενή. Σε περιόδους ύφεσης η κατάκλιση του ασθενή δεν ωφελεί. Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει θεραπεία με κορτικοειδή ιδιαίτερα σε βαριά χρόνια ηπατίτιδα. Η θεραπεία με κορτικοστεροειδή συμβάλει σημαντικά στην παράταση της ζωής του ασθενή ειδικά στα πρώτα χρόνια που το ποσοστό θνησιμότητας κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα. Ένα ποσοστό 60-80% απαντά στη θεραπεία και εμφανίζει πλήρη βιοχημική κλινική και ιστολογική ύφεση.

Συγκριτικές μελέτες έδειξαν, ότι δύο θεραπευτικά σχήματα είναι εξ ίσου αποτελεσματικά στη θεραπεία της χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας.

Στο πρώτο θεραπευτικό σχήμα έχουμε χορήγηση μεγάλης αρχικής δόσης πρεδνιζόνης, που ακολουθείται από μια σταθερή ημερήσια δόση συντήρησης.

Στο δεύτερο σχήμα χορηγείται μικρότερη ποσότητα πρεδνιζόνης σε συνδυασμό με μια σταθερή ημερήσια δόση αζαθειοπρίνης.

Στον παρακάτω πίνακα αναλύονται τα δύο προαναφερθέντα

σχήματα και οι εργαστηριακές εξετάσεις για την αξιολόγηση της θεραπείας.

	ΠΡΟΤΥΠΟΝ ΣΧΗΜΑ ΔΙΑ ΠΡΕΔΝΙΖΟΝΗΣ	ΣΥΝΔΕΔΥΓΑΣΜΕΝΟΝ ΣΧΗΜΑ
Φάρμακα (ήμερήσιαι δόσεις)		
Πρεδνιζόνη	60 mg × 1 εβδομάδα 40 mg × 1 εβδομάδα 30 mg × 2 εβδομάδας 20 mg δόσις συντηρήσεως	30 mg × 1 εβδομάδα 20 mg × 1 εβδομάδα 15 mg × 2 εβδομάδας 10 mg δόσις συντηρήσεως 50 mg δόσις συντηρήσεως
Άζαθειοπρίνη (Imuran)	—	—
Εργαστηριακάι εξετάσεις*		
SGOT, χολερυθρίνη, γ-σφαιρίνη	Άνά 2 εβδομάδας, ανά 3 μήνας και έν συνέχεια ανά 6 μήνας	Άνά 2 εβδομάδας, ανά 3 μήνας και έν συνέχεια ανά 6 μήνας
Μέτρησις λευκών και αίμο- πεταλίων	Άνά 6 μήνας	Άπαξ εβδομαδιαίως επί 3 μήνας, έν συνέχεια ανά 2 εβδομάδας επί 9 μήνας. Κατόπιν ανά 3 εβδομάδας.
Πλήρης έκτίμησις της κατα- στάσεως	Άνά 6 μήνας**	Άνά 6 μήνας**
Ενδείξεις	Λευκοπενία Θρομβοπενία	Προτιμώμενον, ώς έμφα- νίζον όλιγωτίρας παρεν- εργείας

Με τη χρήση των κορτικοστεροειδών η βελτίωση των συμπτωμάτων αρχίζει να γίνεται εμφανής από τις πρώτες ημέρες. Οι τιμές των εργαστηριακών εξετάσεων αρχίζουν να βελτιώνονται με την πάροδο αρκετών εβδομάδων ή και μηνών ακόμη. Παρατηρείται λοιπόν μείωση των επιπέδων της χολερυθρίνης και της σφαιρίνης του ορού με ταυτόχρονη άνοδο της λευκωματίνης του ορού.

Η πτώση της τιμής της τρανσαμινάσης γίνεται συνήθως απότομα. Ιστολογικά παρατηρείται μείωση της διήθησης και βελτίωση της ηπατοκυτταρικής νέκρωσης.

Το σχήμα της θεραπείας που βασίζεται στο συνδυασμό της πρεδνιζόνης με την αζαθειοπρίνη αποτελεί σήμερα τη θεραπεία εκλογής, γιατί είναι εξ'ίσου αποτελεσματικό και εμφανίζει λιγότερες παρενέργειες.

Αντενδείξεις θεραπείας

Ο σακχαρώδης διαβήτης, η οστεοπόρωση, το γαστροδωδεκαδάκτυλικό έλκος, ο καταρράκτης και η υπέρταση αποτελούν αντεδείξεις για τη θεραπεία με πρεδνιζόνη.

Όλες αυτές οι καταστάσεις επιδεινώνονται με τη χορήγηση κορτικοστεροειδών και είναι προτιμότερη η θεραπεία με συνδυασμό πρεδνιζόνης και αζαθειοπρίνης.

Σε περιπτώσεις λευκοπενίας και θρομβοπενίας η θεραπεία με αζαθειοπρίνη αντεδεικνυται και προτιμάται η θεραπεία με πρεδνιζόνη.

Παρενέργειες φαρμάκων

Η θεραπεία με κορτιζόνη μπορεί να προκαλέσει διαταραχές αισθητικής σημασίας όπως παχυσαρκία, κύφωση, ακμή και δακτυλιτισμό αλλά και βαρύτερες επιπλοκές όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, ο καταρράκτης και διάφορες ψυχώσεις.

Η συχνότητα των επιπλοκών εξαρτάται από τη δοσολογία και από τη διάρκεια χορήγησης των κορτικοστεροειδών.

Η αζαθειοπρίνη είναι δυνατόν να προκαλέσει τοξικές επιδράσεις στο ήπαρ, διαταραχές στο πεπτικό σύστημα, δερματικά εξανθήματα, λευκοπενία και θρομβοπενία.

ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

I. ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

Η αλκοολική ηπατίτιδα είναι οξεία ή χρόνια φλεγμονή του ήπατος και εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα παρεγχυματικής νέκρωσης, που προκαλείται από την κατάχρηση οινοπνεύματος.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η αλκοολική ηπατίτιδα εμφανίζεται συνήθως μετά από χρόνια υπερβολική κατανάλωση ποτού. Η "ασφαλής δόση" οινοπνεύματος δεν έχει καθορισθεί. Φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια κατανάλωσης ποτών και οινοπνεύματος, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να εμφανίσει ο πότης αλκοολική ηπατίτιδα και κίρρωση.

Από τις στατιστικές προκύπτει, ότι ασθενείς που πάσχουν από αλκοολική ηπατίτιδα, εμφανίζουν τις εκδηλώσεις μετά την λήψη οινοπνεύματος επί 5 χρόνια και ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς με αλκοολική κίρρωση αναφέρουν κατανάλωση οινοπνεύματος περίπου 200 MG για 10 τουλάχιστον χρόνια.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η βιοψία του ήπατος μπορεί να αποκαλύψει με βεβαιότητα την αλκοολική ηπατίτιδα, γιατί οποιαδήποτε από τις κλινικές εκδηλώσεις της αλκοολικής ηπατίτιδας μπορεί να παρατηρηθεί σε άλλους τύπους αλκοολικής ηπατοπάθειας όπως λιπαρό ήπαρ, κίρρωση κα.

Επίσης το σπινθηρογράφημα ήπατος με την χρήση κολλοειδούς θείου θα αποκαλύψει ανομοιογενή ηπατική πρόσληψη του ισοτόπου, σπληνομεγαλία και πρόσληψη από τον μυελό των οστών. Το σπινθηρογράφημα ήπατος όμως δεν είναι ειδικό και σπάνια ενδείκνυται.

Διαφορική διάγνωση

Τα συμπτώματα της αλκοολικής ηπατίτιδας όπως ναυτία, πυρετός, ευαισθησία στην κοιλιακή χώρα, εμφανίζονται και σε νόσους του ηπατοχοληφόρου δένδρου όπως χολοκυστίτιδα, χολολιθίαση κ.α.

Η διαδερμική βιοψία είναι ο μόνος σίγουρος τρόπος διαφοροποίησης εάν βέβαια δεν υπάρχει αντένδειξη.

Κλινική εικόνα

Η κλινική εμφάνιση της αλκοολικής ηπατίτιδας μπορεί να κυμαίνεται από ασυμπτωματικό ασθενή με ήπαρ διογκωμένο μέχρι ασθενή σε κρίσιμη κατάσταση, που πεθαίνει γρήγορα. Η αλκοολική ηπατίτιδα παρουσιάζεται με πυρετό, ανορεξία, ναυτία, εμέτους, πόνους στην κοιλιά, διάρροιες, διογκωμένο και επώδυνο ήπαρ και ίκτερο. Μπορεί να εμφανισθεί και ασκίτης.

Επίσης η λευκοκυττάρωση είναι συνηθισμένη και η σπληνομεγαλία καθώς και η ηπατική εγκεφαλοπάθεια, που καταλήγει σε κώμα και θάνατο εμφανίζεται σε ποσοστό 10-150/0 των ασθενών.

Εργαστηριακά ευρήματα

Από τα εργαστηριακά ευρήματα παρατηρείται η αλκαλική φωσφάταση του ορού αυξημένη, αλλά σπάνια ξεπερνά το τριπλάσιο της φυσιολογικής τιμής. Η χολερυθρίνη του ορού παρου-

σιάζεται αυξημένη στο 60-90ο/ο των ασθενών καθώς και η γ-σφαιρίνη στο 50-75ο/ο των ασθενών.

Η SGOT είναι φυσιολογική σε ποσοστό 15-25ο/ο των ασθενών. Όταν είναι αυξημένη είναι συνήθως κάτω των 300 W/ML. Τιμές πάνω από 300W/ML δηλώνουν σοβαρότητα της νόσου. Το λεύκωμα του ορού είναι μειωμένο.

Η λευκοκυττάρωση είναι συχνή και παρατηρείται σε ασθενείς με βαριά νόσο. Μερικές φορές παρατηρείται λευκοπενία και εξαφανίζεται μετά την διακοπή χρήσης του ποτού ενώ θρομβοκυτοπενία παρατηρείται σε 10ο/ο των ασθενών.

Ο χρόνος προθρομβίνης όταν παραμένει φυσιολογικός η θνησιμότητα είναι κατώτερη του 1ο/ο ενώ όταν είναι αυξημένος, η θνησιμότητα είναι 15-20ο/ο.

Τέλος η αναιμία που παρατηρείται είναι μεταβλητή και συνήθως μακροκυτταρική.

Θ ε ρ α π ε ί α

I. Γενικά μέτρα

Ο ασθενής κατ'αρχήν θα πρέπει να διακόψει τελείως την χρήση οινοπνευματωδών ποτών. Κατά τα διαστήματα που θα εμφανίσει ανορεξία, θα πρέπει να καταβάλει προσπάθεια λήψης ποσότητας υδατανθρακών και θερμίδων για την μείωση του ενδογενούς καταβολισμού πρωτεϊνών και την πρόληψη της υπογλυκαιμίας. Η πρόσληψη θερμίδων βελτιώνεται με την χρήση εύγεστων υγρών γευμάτων κατά την διάρκεια της περιόδου μεταξύ ενδοφλέβιας και φυσιολογικής σίτισης. Σημαντικό επίσης μέρος της θεραπείας είναι και η χορήγηση βιταμινών κυρίως του φυλλικού οξέος.

2. Χρήση στεροειδών

Η χρήση κορτικοστεροειδών σε αυτή τη νόσο έχει σαν αποτέλεσμα την βελτίωση της όρεξης και επαναφορά του αισθήματος ευεξίας.

Η χορήγηση όμως των αναβολικών στεροειδών δεν είναι ευεργετική.

Πρόγνωση

α) Βραχυπρόθεσμη

Η βαρύτητα της ηπατικής βλάβης φαίνεται να έχει σχέση με τον χρόνο προθρομβίνης. Όταν ο χρόνος προθρομβίνης είναι μικρός, για να επιτρέψει την ακίνδυνη εκτέλεση της βιοφίας ήπατος, το ποσοστό θνησιμότητας στο ένα έτος είναι 7,10%. Όταν κατά την παραμονή στο νοσοκομείο αυξηθεί ο χρόνος προθρομβίνης το ποσοστό θνησιμότητας αυξάνεται σε 180%.

Τέλος ποσοστό θνησιμότητας 420% παρατηρείται σε άτομα που ο χρόνος προθρομβίνης είναι τόσο παρατεταμένος, ώστε δεν μπορεί να γίνει βιοψία ήπατος.

β) Μακροπρόθεσμη.

Στις Η.Π.Α. το ποσοστό θνησιμότητας ατόμων που πάσχουν από αλκοολική ηπατίτιδα σε διάρκεια 3 ετών, είναι δεκαπλάσιο από ατόμων που δεν πάσχουν, ανάλογης ηλικίας.

Το γενικό συμπέρασμα από όσα προαναφέρθηκαν είναι το γεγονός ότι η συνεχής υπερβολική καταβάλωση ποτών έχει στενή σχέση με την μείωση της αναμενόμενης διάρκειας ζωής σε αυτά τα άτομα και η πρόγνωση είναι κακή, αν ο ασθενής δεν απέχει από το ποτό.

2. Τοξική και φαρμακογενής ηπατίτιδα.

Η συνεχιζόμενη σύνθεση, δοκιμή και εισαγωγή νέων φαρμάκων στην κλινική πράξη είχε σαν αποτέλεσμα αύξηση των τοξικών αντιδράσεων. Οι παράγοντες που προκαλούν τοξική ηπατίτιδα επομένως είναι γενικά συστηματικά δηλητήρια ή ουσίες που μετατρέπονται στο ήπαρ σε τοξικούς μεταβολίτες. Οι άμεσες ηπατοτοξίνες προκαλούν μορφολογικές αλλοιώσεις και μπορούν να αναπαραχθούν για την κάθε τοξίνη. Έχουν αναγνωρισθεί δύο κύριοι τύποι χημικής ηπατοτοξικότητας α) την άμεση τοξική και β) την ιδιοσυγκρασιακή. Η ηπατική βλάβη αποτελεί συνήθως τη μία μόνο όψη της τοξικότητας που προκαλείται από τις άμεσες ηπατοτοξίνες και μπορεί να περάσει απαρατήρητα μέχρις ότου εμφανισθεί ίκτερος .

Στις ιδιοσυγκρασιακές φαρμακευτικές αντιδράσεις η εμφάνιση ηπατίτιδας είναι συνήθως σπάνια και απρόβλεπτη η αντίδραση δεν εξαρτάται από την δόση και μπορεί να εμφανισθεί οποτεδήποτε, κατά την έκθεση στο φάρμακο ή μετά από αυτή.

Οι ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις μπορεί να οφείλονται σε ευπάθεια του ξενιστή, σε ειδικούς παράγοντες ή μπορεί να προκαλείται με ανοσολογικό μηχανισμό. Έχει διατυπωθεί η υπόθεση, χωρίς όμως να αποδειχθεί, για κάποιο ρόλο που διαδραματίζουν οι λεμφοκυτταρικοί μηχανισμοί στην φαρμακογενή ηπατίτιδα.

Οι ιδιοσυγκρασιακές αντιδράσεις οδηγούν σε μορφολογικές αλλοιώσεις που εμφανίζουν μεγαλύτερη ποικιλία από εκείνες που προκαλούνται από τις τοξίνες με άμεση δράση.

Ένας και μόνο παράγοντας μπορεί συχνά να προκαλέσει ποικιλία βλαβών. Ανάλογα με τον παράγοντα που επιδρά, η ιδιοσυγκρασιακή ηπατίτιδα μπορεί να προκαλέσει κλινική εικόνα που να μη διακρίνεται από την ιογενή ή να μοιάζει με εξωηπατική απόφραξη του χοληδόχου πόρου με ενδείξεις χολοστάσεως και ηπατοκυτταρική βλάβη.

Θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της τοξικής και φαρμακογενούς ηπατίτιδας είναι ενισχυτική, όπως στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα. Μόλις παρουσιασθεί αντίδραση διακόπτεται η χορήγηση του παράγοντα.

Στην περίπτωση των άμεσων τοξινών πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή για νεφρική ή άλλη οργανική βλάβη, που μπορεί επίσης να απειλήσει τη ζωή του ασθενή.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ορισμένα φάρμακα είναι υπεύθυνα για την πρόκληση οξείας ή χρόνιας ηπατικής βλάβης, για αυτό θα πρέπει να γίνεται λήψη πλήρους φαρμακευτικού ιστορικού σε όλους τους ασθενείς με δυσλειτουργία του ήπατος. Παρακάτω αναφέρονται ορισμένα παραδείγματα φαρμάκων, που προκαλούν ηπατοπάθεια.

I. Άμεση τοξική αντίδραση

Ηπατοτοξικότητα του τετραχλωριούχου άνθρακα

Η δηλητηρίαση μπορεί να προέλθει από εισπνοή ή από απορρόφηση δια του δέρματος.

Οι αρχικές κλινικές εκδηλώσεις είναι κεφαλαλγία, ζάλη, υπνηλία, ναυτία, έμετος, αγγειοκινητική κατέρειψη. Η βλάβη του ήπατος γίνεται εμφανής με ίκτερο και ηπατομε-

μεγαλία. Παρατηρείται αύξηση των τρανσαμινασών, κεντροσβιώδη ηπατική νέκρωση και λιπώδη διήθηση.

Η νεφρική βλάβη είναι εμφανής ταυτόχρονα με λευκωματουρία, ολιγουρία και ανουρία.

Ο θάνατος κατά την πρώτη εβδομάδα οφείλεται σε ηπατική βλάβη και αργότερα σε νεφρική βλάβη.

2. Ιδιοσυγκρασιακή αντίδραση

Ηπατοτοξικότητα της ισονιαζίδης

Το 100/ο των ασθενών που θεραπεύονται με ισονιαζίδη εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα τρανσαμινάσης του ορού τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας αλλά αποκαθίστανται στο φυσιολογικό μέσα σε λίγες εβδομάδες.

Ποσοστό 10/ο από τους ασθενείς που θεραπεύονται με ισονιαζίδη εμφανίζουν μια νόσο που δεν διακρίνεται από την ιογενή ηπατίτιδα.

Η βιοψία του ήπατος αποκαλύπτει μορφολογικές αλλοιώσεις παρόμοιες με της ιογενούς ηπατίτιδας. Η νόσος μπορεί να είναι βαριά, με ποσοστό θνησιμότητας 100/ο. Σημαντική ηπατική βλάβη φαίνεται να σχετίζεται και με την ηλικία. Πυρετός, εξάνθημα και άλλες εκδηλώσεις φαρμακευτικής αλλεργίας είναι σπάνιες.

3. Χολοστατική αντίδραση

Ηπατοτοξικότητα των αντισυλληπτικών που λαμβάνεται από το στόμα.

Η χορήγηση αντισυλληπτικών συνδυασμών οιστρογόνων και προγεστερόνης από το στόμα προκαλεί αύξηση της κατακράτησης της B.S.P. και αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης. Εμφανίζεται μετά τη λήψη τους σε μερικές εβδομάδες ή μήνες, ενδοηπατι-

κή, χολόσταση με κνησμό και ίκτερο σε μικρό βαθμό ασθενών.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι φυσιολογικές και οι εξω-ηπατικές εκδηλώσεις υπερευαίσθησίας ανύπαρκτες.

Η βιοψία ήπατος αποκαλύπτει χολόσταση και χρώση των ηπατοκυττάρων με χολερυθρίνη και η βλάβη είναι αναστρέψιμη μετά την διακοπή του φαρμάκου.

Τέλος τα αντισυλληπτικά από το στόμα αντενδείκνυται σε γυναίκες με ιστορικό υποτροπιάζοντος ίκτερου της κύησης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΟΞΕΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

Η οξεία ιογενής ηπατίτιδα θεωρείται μια σοβαρή και σημαντική συγχρόνως λοίμωξη και ίσως θα μπορούσε να θεωρηθεί το κυριότερο ηπατολογικό θέμα της σημερινής εποχής.

Αν και έχουν γίνει σημαντικά βήματα στη διαλεύκανση του θέματος, υπάρχει ακόμη δρόμος μέχρι την τελική επίλυση του προβλήματος.

Το πρόβλημα αυτό σήμερα είναι υπαρκτό σε όλα τα Νοσοκομεία και αφορά το προσωπικό του Νοσοκομείου στον ίδιο βαθμό, που αφορά τον ασθενή, τους οικείους και ολόκληρο τον πληθυσμό γενικότερα.

Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι οπωσδήποτε σημαντικός, όπως και σε κάθε είδους ασθένεια, γιατί έρχονται συνέχεια σε επαφή με τον ασθενή σε κάθε στάδιο της νόσου.

Από την στιγμή που τίθεται η υπόνοια ηπατίτιδας μέχρι την τελική ίαση, το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να διαδραματίσει ένα ρόλο, που είναι σημαντικός για όλα τα στάδια της νόσου.

Η παρέμβαση του νοσηλευτικού προσωπικού συνίσταται στην :

1) Εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή.

- α) Πηγές πληροφοριών.
- β) Ιστορικό υγείας
- γ) Διάφορα ιατρικά δελτία.
- δ) Διαγνωστικές εξετάσεις.

2) Εκτίμηση ιδιαίτερων προβλημάτων του αρρώστου.

- α). Διαταραχές στο θρεπτικό ισοζύγιο.
- β) Διαταραχές στο ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών.
- γ) Μείωση της δραστηριότητας.
- δ) Προβλήματα κένωσης του εντέρου.
- ε) Προβλήματα εξάπλωσης της νόσου.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής είναι άμεσοι και έμμεσοι.

Οι άμεσοι είναι :

- α) Προαγωγή της σωστής θρέψης.
- β) Φυσιολογικό ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών.
- γ) Απασχόληση του αρρώστου.
- δ) Αντιμετώπιση προβλημάτων ακινησίας.
- ε) Πρόληψη μετάδοσης της νόσου.

Οι έμμεσοι σκοποί είναι :

α) Πλήρης Ανάρρωση και

β) Πρόληψη υποτροπής.

Παρακάτω αναφέρουμε πιο αναλυτικά την νοσηλευτική διαδικασία που θ' ακολουθήσει το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι πληροφορίες που μπορεί να πάρει ο νοσηλευτής και ο γιατρός πρέπει να είναι από τον ίδιο τον άρρωστο, τους συγγενείς, άτομα του περιβάλλοντός του καθώς και από το βιβλιάριο υγείας του αρρώστου. Η ακρίβεια ενός καλού ιστορικού θα βοηθήσει για την παροχή καλύτερης φροντίδας.

Το ιστορικό υγείας του αρρώστου περιλαμβάνει κληρονομικό ιστορικό, ατομικό ιστορικό, τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής του αρρώστου και την φυσική εξέταση κατά συστήματα.

Ρωτάτε ο ασθενής και η οικογένειά του εάν έκαναν μετάγγιση αίματος το τελευταίο διάστημα, εάν τρυπήθηκαν από μολυσμένη βελόνα, έφαγαν οστρακοειδή ή ταξίδεψαν σε περιοχές που τα μέτρα υγιεινής ήταν φτωχά. Επίσης παίρνονται πληροφορίες από τον φάκελλό του για προηγούμενη παρεντερική θεραπεία, το ιστορικό ηπατίτιδας και τα φάρμακα που έπαιρνε. Εφ' όσον ληφθεί το ιστορικό για την καλύτερη διάγνωση της νόσου γίνονται δοκιμαστικές εξετάσεις.

Βέβαια πριν από οποιαδήποτε δοκιμαστική εξέταση ενημερώνεται ο άρρωστος και ενθαρρύνεται. Οι περισσότερες εξετάσεις που γίνονται, έχουν σχέση με τη λήψη αίματος από τον ασθενή και τον αιματολογικό έλεγχο στα εργαστήρια.

Όσον αφορά την βιοψία όμως να αναφερθούμε πιο αναλυτικά, γιατί ο ρόλος του νοσηλευτή - ιας, είναι πιο ουσιαστικός και πιο σημαντικός.

Πριν γίνει λοιπόν η βιοψία ήπατος θα πρέπει να έχει μεριμνήσει ο νοσηλευτής - ια για όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις που θα αποδείξουν, ότι ο ασθενής είναι ικανός να υποστεί τέτοιου είδους εξέταση.

Γίνονται αιμοληψίες για τον ακριβή προσδιορισμό των θρομβοκυττάρων και της πηκτικότητας του αίματος.

Ο σφυγμός και η αρτηριακή πίεση του ασθενή παρακολουθούνται συχνά και η πυρετική κίνηση του ασθενή, για να μπορέσει ο γιατρός να εντοπίσει την ύπαρξη φλεγμονής ή λοίμωξης. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να μεριμνήσει για την ύπαρξη συμβατικού αίματος, γιατί υπάρχει ο κίνδυνος αιμορραγίας μετά τη βιοψία. Ακόμη θα πρέπει να είναι έτοιμα όλα τα εργαλεία τα απαραίτητα για την εκτέλεση της βιοψίας.

Πάνω στο τροχήλατο ενέσεων τοποθετείται ένα σετ βελονών με στυλεό, σύριγγες RECORD, βελόνες και σύριγγες για την τοπική αναισθησία, τολύπια βάμβακος, γάζες, τετράγωνο κοινό και σχιστό αποστειρωμένο, λαβίδα, γάντια, τετράγωνα αλλαγών, ξυλοκαΐνη, κολλόδιο, φυσιολογικός ορός και διάλυμα φορμόλης 5 - 10%.

Πριν την εκτέλεση της παρακέντησης ήπατος επιβάλλεται να γίνει ψυχολογική τόνωση του ασθενή. Ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει τι πρόκειται να του γίνει, για ποιά σκοπό πρόκειται να γίνει η βιοψία και τι

πρόκειται να αντιμετωπίσει κατά την εκτέλεση της εξέτασης. Η σωστή ενημέρωση θα απαλλάξει τον ασθενή από το άγχος που τον διακατέχει και θα τον κάνει περισσότερο συνεργάσιμο κατά την διάρκεια της παρακέντησης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή - ιας, κατά τη διάρκεια της παρακέντησης είναι διπλός, αποσκοπεί στο να βοηθήσει το γιατρό στην εκτέλεση της παρακέντησης και στην συνεχή συμπαράσταση του ασθενή.

Είναι υπεύθυνος - η για την απολύμανση της περιοχής που θα γίνει η παρακέντηση και για το σερβίρισμα όλων των εργαλείων και αντικειμένων που θα χρειαστούν. Επίσης τοποθετεί τον ασθενή στην κατάλληλη θέση και του δίνει ορισμένες οδηγίες για την συμπεριφορά του κατά την διάρκεια της εκτέλεσης.

Μετά την εκτέλεση της παρακέντησης ο νοσηλευτής θα καλύψει το τραύμα, για να περιορισθεί ο κίνδυνος των μολύνσεων. Κατόπιν θα βοηθήσει τον ασθενή να τοποθετηθεί στην κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Ο ασθενής τοποθετείται γυρισμένος προς τα δεξιά και κάτω από τις πλευρές τοποθετούνται μαξιλάρια. Στη θέση αυτή ο ασθενής θα πρέπει να μείνει για δύο ώρες περίπου.

Η θέση αυτή είναι η καταλληλότερη, γιατί η μεμβράνη που περιβάλλει το ήπαρ και έχει χάσει τη συνέχειά της λόγω της παρακέντησης, πιέζεται πάνω στο θωρακικό τοίχωμα και έτσι δεν έχουμε απώλεια αίματος ή χολής από το ηπατικό παρέγχυμα.

Η συνεχής παράκολουθηση του ασθενή μετά την παρακέντηση, είναι επιβεβλημένη. Ο σφυγμός, η αρτηριακή πίεση, οι αναπνοές, μετρώνται επανειλημμένα και μέχρις ότου φθάσουν σε ικανοποιητικά επίπεδα. Αν παρατηρηθούν αποκλίσεις από τα φυσιολογικά όρια θα πρέπει να ειδοποιηθεί ο γιατρός, γιατί οι επιπλοκές από την εκτέλεση της βιοψίας είναι συνήθως βαριές και χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση και επιστάμενη ιατρική φροντίδα.

Αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή.

1. ΘΡΕΠΤΙΚΟ ΑΝΙΣΟΖΥΓΙΟ

Το ισοζύγιο ηλεκτρολυτών στην οξεία ιογενή ηπατίτιδα, τις περισσότερες φορές διαταράσσεται, εξ' αιτίας των εμετών που συνοδεύουν την νόσο. Επιβάλλεται λοιπόν να γίνουν προσπάθειες για την επαναφορά του ισοζυγίου στα φυσιολογικά επίπεδα.

Η καθημερινή μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών θα βοηθήσει στη διαπίστωση των διαταραχών κι ακόμη στην διαπίστωση των αναγκών του ασθενή σε ηλεκτρολύτες.

2. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΩΣΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ.

Είναι γνωστό ότι ο ασθενής με οξεία ιογενή ηπατίτιδα έχει προβλήματα σωστής θρέψης, που οφείλονται είτε στην ανορεξία που αποτελεί σύμπτωμα της νόσου είτε στους εμέτους που παρουσιάζονται συχνά.

Σε άτομα που εμφανίζουν πολλούς εμέτους επιβάλλεται η παρεντερική θρέψη. Σε άτομα που εμφανίζουν μόνο ανορεξία χωρίς να έχουν εμέτους, λαμβάνονται ορισμένα μέτρα, που θα βοηθήσουν στην σωστή θρέψη του αρρώστου.

- α) Τα γεύματα θα πρέπει να είναι μικρά και συχνά.
- β) Ο δίσκος θα πρέπει να είναι περιποιημένος.
- γ) Θα λαμβάνονται υπ' όψη οι ιδιαίτερες προτιμήσεις του ασθενή, όταν είναι δυνατόν.

Θα πρέπει να τονισθεί βέβαια, ότι ο ασθενής με οξεία ιογενή ηπατίτιδα έχει ανάγκη από υπερθερμιδική διαίτα, για την αναγέννηση των ηπατικών κυττάρων. Δεκτήμη διαίτα υπερπρωτεϊνούχα και υπερβιταμινούχα βοηθά τον ασθενή. Τα λίπη αποφεύγονται, γιατί για την διάσπαση των λιπών χρειάζεται ενεργοποίηση του ήπατος, πράγμα που δεν επιδιώκεται στην οξεία φάση της νόσου.

Ένα παράδειγμα γεύματος και αφού ληφθούν υπ' όψη οι προσωπικές επιθυμίες του ασθενή, θα μπορούσε να περιέχει τα εξής :

30 GR πρωτεΐνης.

ΠΡΩΙΝΟ : 1 φλυτζάνι γάλα - 1 κουταλάκι ζάχαρι - 1

φλυτζάνι τσάι - 1 μικρή φέτα ψωμί - 1 μικρό φρούτο -

4 κουταλάκια μέλι ή μαρμελάδα.

ΓΕΥΜΑ : 30 GR άπαχο κρέας - 2 κουταλάκια λάδι - 3 κουταλάκια βούτυρο - 1 φέτα ψωμί - 1/2 φλυτζάνι σαλάτα - 1 μικρό φρούτο.

ΔΕΙΠΝΟ : 30 GR άπαχο κοτόπουλο - 2 κουταλάκια λάδι - 2 κουταλάκια μαργαρίνη - 1 μικρή φέρα ψωμί - 1 μικρό φρούτο - 2 κουταλάκια μέλι ή μαρμελάδα.

Για την καλύτερη κατάρτιση της καθημερινής διαίτας του ασθενή, ο νοσηλευτής-ια θα πρέπει να γνωρίζει τις επιτρεπόμενες και απαγορευόμενες τροφές.

Επιτρεπόμενες τροφές στην περίπτωση μας είναι :

- Άρτος μιας ημέρας, φρυγανιές.
- Γάλα αποβουτυρωμένο, τσάϊ, γιαούρτι, κρέμες, τυριά άπαχα.
- Λάδι ή βούτυρο υψό.
- Φρούτα χωρίς φλοιό, κομπόστες, χυμοί φρούτων, μαρμελάδες.
- Λαχανικά εκτός από όσπρια και μπιζέλια.
- Κρέατα και ψάρια άπαχα, μοσχάρι, κοτόπουλο.

Απαγορευμένες τροφές :

- Οινοπνευματώδη ποτά.
- Λίπη και έλαια.
- Παχύ κρέας και ψάρι - αλλαντικά.
- Είδη ζαχαροπλαστικής - Σοκολάτες.
- Συντηρημένες τροφές.
- Ξηροί καρποί.
- Μπαχαρικά - καρκεύματα.
- Όσπρια.

3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ.

Ο ηπατοκυτταρικός ίκτερος είναι το βασικό σύμπτωμα της ηπατίτιδας. Το δέρμα του ασθενή και ιδιαίτερα οι επιπεφυκότες εμφανίζουν ικτερική χροιά. Ο ίκτερος επηρεάζει ψυχολογικά τον ασθενή εξ' αιτίας της γενικής του εμφάνισης και ακόμη ο κνησμός ή το δερματικό εξάνθημα (σπάνια) δημιουργούν ανησυχία στον άρρωστο. Για την αποφυγή του κνησμού χορηγούμε αντιισταμινικά φάρμακα.

Επίσης το φως του θαλάμου δεν πρέπει να είναι έντονο, γιατί ο ασθενής ενοχλείται απ' αυτό. Ο θάλαμος θα πρέπει να είναι τακτοποιημένος κατά τέτοιο τρόπο έτσι ώστε ο ασθενής να βρίσκει εύκολα τα απαραίτητα αντικείμενά του.

Συνήθως από τον θάλαμο απομακρύνονται οι καθρέπτες για να μην επηρεάζεται αρνητικά απ' όλη του την εμφάνιση.

Για την αντιμετώπιση του κνησμού και της ξηρότητας του δέρματος θα πρέπει ο ασθενής, να κάνει λουτρό καθαριότητας χωρίς σαπούνι, πράγμα που επίσης προφυλάσσει τον ασθενή από τις λοιμώξεις. Ακόμη τα νύχια του αρρώστου να κόβονται με προσοχή για την πρόληψη λύσης της συνέχειας του δέρματος.

Επειδή ο άρρωστος είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά οι περιοχές φλεβοκέντησης και ρήξης δέρματος και να καθαρίζονται σε κανονικά χρονικά διαστήματα.

Όπως αναφέρθηκε, ο ασθενής εμφανίζει και απώλεια βάρους που κυμαίνεται από 2,5 - 5 KG, γι' αυτό πρέπει να μετράται και να συγκρίνεται με προηγούμενες τιμές.

Η θερμοκρασία και η αρτηριακή πίεση θα πρέπει να μετρώνται καθημερινώς και να σημειώνονται στο διάγραμμα του ασθενή. Αν υπάρχει κάποια ένδειξη υποτροπής των συμπτωμάτων λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα.

Προβλήματα ακινησίας.

Όπως είπαμε παραπάνω, ο ασθενής τις περισσότερες φορές παραμένει κλινήρης ιδιαίτερα στις βαρύτερες μορφές ιογενούς ηπατίτιδας. Αν υπολογισθεί και ο χρόνος παραμονής του στο νοσοκομείο, που συνήθως είναι μεγάλος, η κατάκλιση του μπορεί να προκαλέσει επιπρόσθετα προβλήματα. Για την πρόληψη αυτών των προβλημάτων επιβάλλεται :

- α) Η παρότρυνση του ασθενή για περισσότερη κινητοποίηση στο μέτρο που είναι δυνατόν.
- β) Χορήγηση φαρμάκων ή διενέργεια υποκλυσμών για την κένωση του εντέρου εφ' όσον αυτή είναι προβληματική εξ' αιτίας της ακινησίας.
- γ) Πρόληψη κατακλίσεων στα σημεία του σώματος που πιέζονται.
- δ) Προσπάθεια τόνωσης της ψυχολογίας των ατόμων που παραμένουν κατακεκλιμένα. Συνήθως τα άτομα αυτά επηρεάζονται από το γεγονός ότι δεν είναι ικανά να αυτοεξυπηρετηθούν.

Διάφορες συζητήσεις για πράγματα που ευχαριστούν τον ασθενή, πιο συχνό επισκεπτήριο συγγενών και φίλων που είναι ευχάριστοι στον ασθενή, βοηθούν στην ενίσχυση της ψυχολογίας του. Βέβαια τα άτομα που συναναστρέφονται τον ασθενή θα πρέπει να ενημερωθούν από πριν για τα προληπτικά μέτρα που θα πάρουν για να μην εξαπλώσουν την νόσο και εκτός του θαλάμου του ασθενή.

Απασχόληση του ασθενή.

Τις περισσότερες φορές ο ασθενής είναι αναγκασμένος να παραμείνει κλινήρης, γιατί η γενική του κατάσταση τον κρατά μακριά από διάφορες δραστηριότητες. Η συνεχής όμως παραμονή του ασθενή στο κρεβάτι δεν συμβάλλει στην γρηγορότερη αποδρομή της νόσου, ούτε βοηθά στην αναγέννηση των ηπατικών κυττάρων.

Αντίθετα μπορεί να δημιουργήσει επιπρόσθετα προβλήματα στον ασθενή, κυρίως ψυχολογικά. Είναι αναγκαίο λοιπόν να γνωρίζει ο ασθενής ότι :

- α) Η συνεχής κατάκλιση δεν τον ωφελεί ιδιαίτερα στην ασθένειά του και μπορεί να δημιουργήσει άλλα οργανικά προβλήματα όπως η κακή κένωση του εντέρου και
- β) Η ενασχόληση με πράγματα που τον ενδιαφέρουν μπορεί να συνεχιστεί και στο νοσοκομείο, εφ' όσον είναι δυνατό. Η δημιουργική απασχόληση απορροφά τη σκέψη του ασθενή από την κατάστασή του και τον απαλλάσσει από το άγχος και την αγωνία που τον διακατέχει.

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με την απασχόληση του ασθενή :

- α) Είναι υποχρεωμένο να βοηθήσει τον ασθενή ν' αναπτύξει συνήθειες δραστηριότητες όταν υπάρχουν και είναι εφικτές κι όταν δεν υπάρχουν να κινήσει το ενδιαφέρον του ασθενή για κάποιες απ' αυτές.
- β) Αν και ο ασθενής θεωρείται λοιμογόνος παράγοντας, δεν θα πρέπει ν' αποφεύγεται η συναναστροφή μαζί του, εφ' όσον λαμβάνονται προφυλακτικά μέτρα. Η αποφυγή συναναστροφής δημιουργεί στον ασθενή επιπρόσθετα προβλήματα.

Πρόληψη μετάδοσης της νόσου.

Από τη στιγμή που θα διαπιστωθεί η ύπαρξη ιογενούς ηπατίτιδας το βασικό μας μέλημα είναι η απομόνωση του ασθενή ούτως ώστε να προλάβουμε τη μετάδοση της νόσου. Η απομόνωση όμως του ασθενή σε μεμονωμένο θάλαμο δεν αρκεί από μόνη της στην πρόληψη της νόσου. Το νοσηλευτικό προσωπικό που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή θα πρέπει να γνωρίζει τα εξής :

- α) Οι θάλαμοι που φιλοξενούν άτομα που πάσχουν από ηπατίτιδα όπως και τα διάφορα έπιπλα ή οτιδήποτε άλλο υπάρχει μέσα στο θάλαμο θεωρούνται μολυσμένα.
- β) Τα άτομα τα οποία έρχονται σε άμεση επαφή με τον ασθενή θα πρέπει να χρησιμοποιούν όλα τα ενδεικνυόμενα προφυλακτικά μέτρα.

- γ) Τα χέρια θα πρέπει να πλένονται με επιμέλεια μετά από κάθε νοσηλεία ή χρησιμοποίηση αντικειμένων που θεωρούνται μολυσμένα.
- δ) Η απολύμανση των χώρων που χρησιμοποιεί ο ασθενής πρέπει να είναι σωστή.
- ε) Τα αντικείμενα που χρησιμοποιεί όπως ουροδοχεία, σκωραμίδες, θα πρέπει να αποστειρώνονται μετά από κάθε χρήση.
- στ) Αντίκείμενα που χρησιμοποιούνται για την νοσηλεία του ασθενή, δεν θα πρέπει να εναλλάσσονται με τα αντικείμενα του τμήματος.
- ζ) Τα κλινოსκεπάσματα του ασθενή στέλνονται πρώτα για αποστείρωση και κατόπιν πλένονται με τα μη μολυσομένα υλικά.
- η) Όλα τα είδη μιας χρήσεως που χρησιμοποιούνται για τις νοσηλείες του ασθενή όπως σύριγγες, βελόνες, συστήματα ορού, ουροσυλλέκτες θα πρέπει να συγκεντρώνονται σε ειδικούς σάκκους.
- θ) Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η απομόνωση του ασθενή, ο άρρωστος τοποθετείται σε κρεβάτι που βρίσκεται στην άκρη του θαλάμου κι όλες οι νοσηλείες και φροντίδες του ασθενή γίνονται αφού τελειώσει η φροντίδα των άλλων ασθενών.
- ι) Όταν ο ασθενής εξέρχεται γίνεται η τελική απολύμανση του θαλάμου συνήθως με φορμόλη.

Α Π Ο Κ Α Τ Α Σ Τ Α Σ Η

Η αποκατάσταση του ασθενή δεν συναντά ιδιαίτερες δυσκολίες. Μετά την οξεία φάση ο ασθενής μπορεί να αποχωρήσει απ' το νοσοκομείο και να επανέλθει στις συνήθεις δραστηριότητές του μετά από λίγο χρονικό διάστημα κι' εφ' όσον τηρήσει πιστά τις βασικές οδηγίες που συμπεριλαμβάνουν τα εξής:

- Αποφυγή οινοπνευματωδών ποτών τουλάχιστον για 6 μήνες.
- Αποφυγή λήψης φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή γιατί υπάρχει πιθανότητα επιβάρυνσης της ηπατικής λειτουργίας.
- Αποφυγή λιπών γιατί ο μεταβολισμός των λιπών επιβάλλει ενεργοποίηση του ήπατος, η οποία δεν είναι επιθυμητή σ' αυτό το στάδιο.
- Αποφυγή των χώρων που αναπτύσσεται συνήθως ο ιός της ηπατίτιδας και σχολαστική καθαριότητα σε περίπτωση επαφής με τέτοιους χώρους ή αντικείμενα.
- Περιορισμός των δραστηριοτήτων που απαιτούν πλήρη δραστηριοποίηση του ασθενή.
- Επανελέγχος του ηπατικού κύκλου και βιοχημικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα για τον προσδιορισμό της ηπατικής λειτουργίας.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ.

- Ο ασθενής Χ.Θ. 24 ετών, άνεργος επισκέφθηκε τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Ειδικών Παθήσεων, ύστερα από τη συμβουλή εξωτερικού γιατρού για συμπτώματα εύκολης κόπωσης και επίμονων εμέτων που παρουσίασε.-

Στα εξωτερικά ιατρεία αναφέρει στον εφημερεύοντα γιατρό στο κληρονομικό του ιστορικό, ότι οι γονείς του είναι υγιείς και δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας.-

Το ατομικό του αναμνηστικό είναι ελεύθερο. Αναφέρει μόνο, ότι είναι περιστασιακός πότης και καπνίζει λίγα τσιγάρα ημερησίως.

Τα υποκειμενικά συμπτώματα που αναφέρει στον γιατρό είναι οι έμετοι που άρχισαν πριν από 6 ημέρες. Παρουσιάζονταν κάθε φορά που σιτίζονταν και διήρκεσαν 3 ημέρες. Στην διάρκεια της παρουσίας των εμέτων ο ασθενής παρατήρησε και αλλαγή στο χρώμα των ούρων.

Στα εξωτερικά ιατρεία κατά την αντικειμενική εξέταση από τον εφημερεύοντα γιατρό ο ασθενής εμφανίζει ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκότων. Η κοιλία του είναι μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη στην ψηλάφηση, το ήπαρ ψηλαφητό και ο σπλήνας αψηλάφητος.

Η θερμοκρασία του είναι $36,6^{\circ}\text{C}$ και η αρτηριακή του πίεση 120/60 mmHg. Οι εφημερεύοντες γιατροί πιστεύουν πως πρόκειται για ιογενή λοίμωξη του ήπατος και στέλλονται οι απαραίτητες βιοχημικές εξετάσεις.

Προς στιγμήν δεν τίθεται φαρμακευτική αγωγή αλλά ο ασθενής εισάγεται στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου, για την αντιμετώπιση του ικτέρου και την διάγνωση της νόσου.-

Στο τμήμα ο ασθενής αντιμετωπίζεται σαν περιστατικό ηπατίτιδας σύμφωνα με τις οδηγίες των ιατρών.

Γίνεται λοιπόν τακτική λήψη θερμοκρασίας, σφυγμών και αρτηριακής πίεσης. Το βάρος του ασθενή μετριέται καθημερινά και ελέγχονται η ποσότητα και η χροιά των ούρων καθώς και οι κενώσεις του. Εκτελούνται καθημερινά αιμοληψίες για την παρακολούθηση των βιοχημικών και ορολογικών δεικτών.

Όλες οι νοσηλείες γίνονται με τις απαραίτητες προφυλάξεις, ώστε ν' αποφευχθεί μετάδοση του ιού στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς. Ακόμη για τον ίδιο λόγο δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην καθαριότητα του ασθενή καθώς και του θαλάμου του. Ο ασθενής επίσης σιτίζεται σύμφωνα με το διαιτολόγιο ηπατοπαθών της κλινικής που περιλαμβάνει τα εξής:

ΠΡΩΙΝΟ: Γάλα-φρυγανιές-μαρμελάδα

10 π.μ.: Χυμός φρούτων ή κομπόστα

ΓΕΥΜΑ: Κρέας ή ψάρι άπαχο ψητό ή βραστό

Πουρές ζυμαρικά-πατάτες ψητές ή βραστές

Κομπόστα ή 1 ώριμο φρούτο

ΔΕΙΠΝΟ: Μπιφτέκι σχάρας-πουρές ή ζυμαρικά-κομπόστα

1η μέρα νοσηλείας

Κατά την πρώτη ημέρα της νοσηλείας ο ασθενής εμφανίζεται απύρετος με θερμοκρασία 36,6°C, οι σφύξεις του είναι 65/MIN και η αρτηριακή του πίεση 125/60 MMHG. Τα ούρα του είναι υπερχρωματισμένα, αλλά αναφέρει δυσκοιλιότητα, γεγονός που οδηγεί τους θεράποντες γιατρούς στη χορήγηση: DUPHALAC 15α X 3.

Τα δυσπεπτικά ενοχλήματα που εμφανισε ο ασθενής δηλ. έμετοι και δυσφορία άρχισαν να υποχωρούν.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο έχουμε τα εξή:
Η SGPT είναι 1892 U/ML, φανερά επηρεασμένη, ο χρόνος προθρομβίνης 12"/15", η αλκαλική φωσφατάση είναι 110 και η χολερυθρίνη ανεβασμένη. Η ολική χολερυθρίνη ανέρχεται στα 14,4 MG/100 ML και η άμεση στα 10,1 MG/100 ML. Η Τ.Κ.Ε. είναι 3 χιλισμ. και η Ηβ = 14,9

Στον λευκοκυτταρικό τύπο έχουμε:

Τα λευκά είναι 9.400, τα πολυμορφοπύρρηνα 68, τα λεμφοκύτταρα 23, τα μονοπύρρηνα 8 και τα ηωσινόφιλα 1.

Επίσης από την γενική ούρων έχουμε:

Αντίδραση όξινη, ειδικό βάρος 1018, πρoσφαίρια 5-6, ερυθρά 1-2, κύλινδροι 0-1 και χολοχρωστικές +++

Δόθηκε επίσης παραπεμπτικό για την ανίχνευση ΗΒςΑΓ.

3η μέρα νοσηλείας

Κατά την τρίτη μέρα νοσηλείας ο ασθενής αναφέρει κνησμό και στην φαρμακευτική αγωγή του προστίθεται NALOMET 1 TAB ημερησίως.

Απ'τ'αποτελέσματα των ορολογικών εξετάσεων αποδεικνύεται η ύπαρξη ΗΒςΑΓ(+) στον ορό του ασθενή καθώς και η ύπαρξη του αντισώματος έναντι στο πυρηνικό αντιγόνο του ιού. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι ο ασθενής βρίσκεται στο μολυσματικό στάδιο και λαμβάνονται ακόμη πιο αυστηρά μέτρα προφύλαξης και υγιεινής.

Όλες οι νοσηλείες γίνονται πολύ προσεκτικά πάντα με γάντια και κυρίως κατά την διάρκεια ακμοληψίας. Η θερμοκρασία του ασθενή είναι 37°C, οι σφύξεις του 65/MIN, τα ούρα του παραμένου χρωματισμένα και ο ασθενής

έχει κένωση.

9η μέρα νοσηλείας

Κατά την ένατη μέρα νοσηλείας η κατάσταση του ασθενή εξελίσσεται ομαλά και παρουσιάζει βελτίωση. Ο κνησμός υποχωρεί αλλά η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκοτών παραμένει.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο έχουμε τα εξής:

Η SGPT ανέρχεται στις 671 U/ML, ο χρόνος προθρομβίνης είναι 12"/14" η ολική χολερυθρίνη 11,0 MG/100 ML και η άμεση 8,2 MG/100 ML. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ενθάρρυνση και ψυχολογική τόνωση του ασθενή, ο οποίος έχει επηρεαστεί από την κατάστασή του.

10η μέρα νοσηλείας

Μέχρι την δέκατη ημέρα νοσηλείας η γενική κατάσταση του ασθενή παραμένει καλή. Από την εξέταση που έγινε κατά την επίσκεψη του γιατρού το ήπαρ παραμένει ψηλαφητό. Η θερμοκρασία του ασθενή δεν παρουσιάζει άνοδο, όπως και οι σφύξεις και η αρτηριακή πίεση, που είναι 130/70 MMHG. Τα ούρα του παραμένουν χρωματισμένα και οι κενώσεις του είναι φυσιολογικές.

Ο ασθενής έχει όρεξη και σιτίζεται κανονικά. Από τα εργαστηριακά αποτελέσματα φαίνεται μια τάση ομαλοποίησης των βιοχημικών δεικτών.

Η SGPT είναι 569 U/ML, η αλκαλική φωσφατάση είναι 78, ο χρόνος προθρομβίνης 12"/14", η ολική χολερυθρίνη 8,1 MG/100 ML και η άμεση 6,7 MG/100 ML.

Από την δέκατη μέχρι την εικοστή ημέρα νοσηλείας ο ασθενής παραμένει στην ίδια κατάσταση, αρκετά βελτιωμένος χωρίς να παρουσιάσει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα.

Τα εργαστηριακά του αποτελέσματα παραμένουν στις ίδιες τιμές.

20η ημέρα νοσηλείας.

Κατά την εικοστή ημέρα νοσηλείας η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων έχει αρχίσει να υποχωρεί. Τα ούρα επίσης αρχίζουν να εμφανίζουν την φυσιολογική χροιά ενώ οι κενώσεις παραμένουν φυσιολογικές. Η θερμοκρασία είναι $36,7^{\circ}\text{C}$, οι σφύξεις 70/MIN και η αρτηριακή πίεση 130/65 MMHG. Οι βιοχημικές εξετάσεις επιβεβαιώνουν την ομαλή πορεία της κατάστασης του ασθενή. Η SGPT είναι 242 U/ML, ο χρόνος προθρομβίνης 12"/14" η αλκαλική φωσφατάση είναι 70, η ολική χολερυθρίνη 3,8 MG/100ML και η άμεση 3,3 MG/100 ML.

24η ημέρα νοσηλείας.

Την εικοστή τέταρτη ημέρα νοσηλείας αποφασίζεται από τους θεράποντες γιατρούς να δοθεί εξιτήριο στον ασθενή. Η γενική κατάσταση του ασθενή είναι πολύ καλή, ο ίκτερος υποχώρησε και τα ούρα του είναι φυσιολογικά. Η SGPT είναι 66 U/ML, η αλκαλική φωσφατάση 50, ο χρόνος προθρομβίνης 12"/14" η ολική χολερυθρίνη 2,0 MG/100 ML και η άμεση 1,6 MG/100 ML.

Ο ασθενής εξέρχεται με τη διάγνωση ηπατίτιδας Β. Από τον γιατρό δίνονται οδηγίες για επανάληψη του ηπατικού κύκλου μετά 15 ημέρες και επανεξέταση των ορολογικών δεικτών μετά 3 μήνες. Επίσης δίνονται οδηγίες σχετικά με το διαιτολόγιο και τις τροφές που πρέπει ν'αποφεύγει ο ασθενής, για να μην επιβαρυνθεί η λειτουργικότητα του ήπατος. Ακόμη θα πρέπει ο άρρωστος

ν' απέχει τελείως από το αλκοόλ και το κάπνισμα και να απέχει από δραστηριότητες που θα μπορούσαν να επιβαρύνουν την κατάστασή του.

- Ο ασθενής Χ.Σ. ετών 15, μαθητής παραπέμπεται από το Κέντρο Υγείας της περιοχής του στο Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων με τη διάγνωση ικτερική συνδρομή.

Στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου αναφέρει στον εφημερεύοντα ιατρό, ότι οι γονείς του είναι υγιείς χωρίς κανένα πρόβλημα υγείας. Στο ατομικό του αναμνηστικό αναφέρει κάκωση πλευρών κατά τη διάρκεια της άθλησής του. Τα υποκειμενικά του ενοχλήματα αρχίζουν από δεκαήμερου και είναι πόνος στην κοιλιακή χώρα και συγκεκριμένα στο δεξιό υποχόνδριο και γαστρεντερικές διαταραχές δηλ. έμετοι, ναυτία καθώς και εύκολη κόπωση. Ταυτόχρονα με τα παραπάνω παρουσίασε και πυρετό μέχρι $38,5^{\circ}\text{C}$. Κνησμό δεν εμφάνισε. Από επταήμερου επίσης παρατήρησε αλλαγή στην χροιά των ουρών και των κοπράνων ενώ από 5ημέρου εμφάνισε αλλαγή και στη χροιά του δέρματος, πράγμα που τον οδήγησε στο Κέντρο Υγείας της περιοχής του.

Κατά την αντικειμενική εξέταση από τον γιοτρό διαπιστώθηκε, ότι είναι άτομο αρτιμελές με σωστή θρέψη και ικανό να αυτοεξυπηρετείται. Από την εξέταση των συστημάτων δεν ανευρίσκονται παθολογικά κλινικά ευρήματα. Το αναπνευστικό, το νευρικό και το κινητικό σύστημα είναι φυσιολογικά. Καρδιολογικά δεν ακροώνται φυσήματα και οι καρδιακοί τόνοι είναι ευκρινείς. Στο πεπτικό σύστη-

μα όμως η κοιλιά εμφανίζεται μαλακή, ευπίεστη και ανώδυνη κατά την ψηλάφηση. Το ήπαρ ψηλαφάται ενώ ο σπλήνας είναι αφηλάφητος.

Η θερμοκρασία του ασθενή είναι 37°C, οι σφύξεις του 50/MIN, η αρτηριακή πίεση 130/70 MMHG.

Μετά την εξέτασή του στα εξωτερικά εργαστήρια δίνονται βιοχημικές και ορολογικές εξετάσεις και ο ασθενής εισάγεται στην Παθολογική Κλινική για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και τη διάγνωση της νόσου. Φαρμακευτική αγωγή προς το παρόν δεν τίθεται. Με την εισαγωγή του στο τμήμα αρχίζει και ο προγραμματισμός για την αντιμετώπιση της κατάστασής του.

Στο διάγραμμά του αναγράφονται καθημερινά οι σφύξεις, η θερμοκρασία, η αρτηριακή πίεση, το βάρος, οι κενώσεις, και το σύνολο των ούρων. ~~Ακολουθεί τη δίαιτα ηπατοπαθούς~~ γιατί πιθανώτατα τα συμπτώματα να οφείλονται σε ιογενή λοίμωξη του ήπατος. Έτσι λοιπόν αποκλείονται από το διαιτολόγιό του τα λίπη, συντηρητικές τροφές, ξηροί καρποί, όσπρια και μπαχαρικά.

Όλες οι νοσηλευτικές φροντίδες γίνονται με τις απαραίτητες προφυλάξεις για την πρόληψη μετάδοσης του ιού. Επίσης γίνονται συστάσεις στο επισκεπτήριο για ελάττωση των επισκέψεων καθώς και λήψη μέτρων προφύλαξης. Λαμβάνονται όλα τα μέτρα υγιεινής και καθαριότητας του θαλάμου και των αποχετεύσεων για πρόληψη επιδημίας στο χώρο του Νοσοκομείου.

Οι αιμοληψίες επίσης γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα για τον καθορισμό των βιοχημικών και ορολογικών εξετάσεων, που ενδιαφέρουν τους θεράποντες γιατρούς.-

1η μέρα νοσηλείας.

Από τα αποτελέσματα των βιοχημικών εξετάσεων αίματος και ούρων απόδεικνύεται η ύπαρξη πατοπάθειας.

Η SGPT είναι ανεβασμένη 704 U/ML, ο χρόνος προθρομβίνης 12"/16", η αλκαλική φωσφατάση ανέρχεται στα 180, η ολική χολερυθρίνη είναι 6,6 MG/100 ML, η άμεση 5,6 MG/100 ML. Η ΤΚΕ είναι 15 χιλισμ. η ΗΒ = 15, η ουρία 25 και το σάκχαρο φυσιολογικό 88 MG%.

Τα λευκά ανέρχονται στις 5.900, τα πολυμορφοπύρρηνα 52, τα λεμφοκύτταρα 45 και τα μονοπύρρηνα 3.

Στη γενική εξέταση ούρων ανευρίσκεται δξινη αντίδραση, το ειδικό βάρος 1022, τα πρσοφαίρια 2-3 ενώ οι χολοχρωστικές έχουν +++.-

Την πρώτη μέρα δίνεται παραπεπτικό για ανίχνευση του ΗBSAG. Η ακτινογραφία θώρακα που έγινε είναι φυσιολογική. Η θερμοκρασία, οι σφύξεις και η αρτηριακή πίεση είναι φυσιολογικές, το βάρος του ασθενή 45 KG, τα ούρα είναι 2.000CC χρωματισμένα, ενώ τα κόπρανα είναι αποχρωματισμένα.

3η ημέρα νοσηλείας.

Κατά την εξέταση από τον θεράποντα ιατρό το ήπαρ εξακολουθεί να είναι ψηλαφητό ενώ ο σπλήνας αφηλάφητος. Η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκιδίων επίσης παραμένει. Ο ασθενής σιτίζεται κανονικά σύμφωνα με το διαιτολόγιο. Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενή ενισχύεται με ενημερωτική συζήτηση σχετικά με την ασθένειά του αλλά και με ευχάριστες συζητήσεις. Αναγράφονται στο διάγραμμά του η θερμοκρασία, οι σφύξεις, οι κενώσεις, το βάρος του, που παραμένουν φυσιολογικά. Το ΗBSAG ανευρίσκεται αρνητικό.

8η ημέρα νοσηλείας

Μέχρι την όγδοη ημέρα η κατάσταση του ασθενή εξελίσσεται ομαλά και προς το καλύτερο. Τα αποτελέσματα των βιοχημικών εξετάσεων είναι, Ο χρόνος προθρομβίνης είναι 12"/15", η SGPT είναι 122 U/ML και εμφανίζει σαφή βελτίωση. Η αλκαλική φωσφατάση είναι 76, η άμεση χολερυθρίνη 1,1 MG/100 ML ενώ η ολική ανέρχεται 1,5 MG/ 100 ML.

Ο ασθενής αισθάνεται πολύ καλά. Η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκίδων έχει υποχωρήσει και ο αποχρώματισμός των κοπράνων έχει εκλείψει.

Μια ειδική εξέταση για την ανίχνευση του HAV στο ορό του ασθενή αποβαίνει θετική και οδηγεί τους γιατρούς στην διάγνωση της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας Α

Ο ασθενής αποφασίζεται να παραμείνει στη κλινική μέχρι να ομαλοποιηθούν όλοι οι βιοχημικοί δείκτες.

11η ημέρα νοσηλείας

Από τον εργαστηριακό έλεγχο του ασθενή έχουμε τα εξής, Ο χρόνος προθρομβίνης είναι 12"/14", η SGPT 56/ML, η αλκαλική φωσφατάση 84, η ολική χολερυθρίνη είναι 0,8 MG/100 ML και η άμεση 0,4 MG/100. Με τ'αποτελέσματα αυτά σε συνδυασμό με την γενική κατάσταση αποφασίζεται να δοθεί εξιτήριο στον ασθενή με τις σχετικές οδηγίες.

- Ο ασθενής Μ.Κ. 43 ετών, μηχανικός παραπέμπεται από τον προσωπικό του γιατρό στο νοσοκομείο ειδικών παθήσεων με την διάγνωση ικτερική συνδρομή.

Στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου αναφέρει στον επημερεύοντα γιατρό, ότι οι γονείς του είναι υγιείς. Στο ατομικό αναμνηστικό αναφέρει, ότι είναι συστηματικός πότης και χρήστης ηρεμιστικών φαρμάκων.

Κατά τα λεγόμενά του ασθενή τα συμπτώματα αρχίζουν από δεκαήμερου. Παρουσίασε ανορεξία, καταβολή δυνάμεων και γαστρεντερικές διαταραχές. Ειδικότερα αναφέρει ένα βάρος στην κοιλιακή χώρα και διαρροϊκές κενώσεις. Οι διαρροϊκές κενώσεις έφταναν τις 5 ημερησίως και ήταν άχρωμες. Επίσης αναφέρει και αλλαγή στο χρώμα των ούρων. Τις τελευταίες μέρες παρατήρησε και αλλαγή στη χροιά του δέρματος, γεγονός που τον οδήγησε στο γιατρό.

Κατά την εξέταση του ασθενή επιβεβαιώνεται η ικτερική του δέρματος και των επιπεφυκότων χροιά.

Από την εξέταση του πεπτικού συστήματος η κοιλιά του ασθενή εμφανίζεται μαλακή, ευκίεστη, ανώδυνη στην ψηλάφηση και το ήπαρ είναι ψηλαφητό 3-4 CM.

Από εξέταση του αναπνευστικού δεν ακούγονται παθολογικοί ήχοι και η έκπτυση των πνευμόνων και το αναπνευστικό ψιθύρισμα είναι φυσιολογικά.

Επίσης ο ασθενής δεν εμφανίζει ταχυκαρδία ή βραδυκαρδία ή πίεσή του είναι φυσιολογική 120/60 MM/HG, είναι απύρετος και οι σφύξεις του φυσιολογικές.

Μετά την εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία ο ασθενής εισάγεται στην Παθολογική Κλινική για την αντιμετώπιση των συμπτω-

μάτων και με αιτία εισόδου την ικτερική συνδρομή.

- Στην Παθολογική Κλινική ο ασθενής αντιμετωπίζεται όπως όλα τα περιστατικά ηπατίτιδας.

Η σίτισή του αποφασίζεται να είναι ελαφρά και σύμφωνα με το διαιτολόγιο ηπατοπαθών. Αποφεύγονται οι τροφές που επηρεάζουν την ηπατική λειτουργία όπως τα λίπη, τα καρικεύματα, τα όσπρια κλπ.

Επίσης παίρνονται μέτρα προστασίας του προσωπικού και των άλλων ασθενών για τυχόν μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας. Οι νοσηλευτικές φροντίδες γίνονται με ιδιαίτερη προσοχή και παίρνονται όλες οι απαραίτητες προφυλάξεις.

Επίσης αποφασίζεται ύστερα από υπόδειξη των ιατρών, να γίνονται αιμοληψίες σε τακτά χρονικά διαστήματα, για τον προσδιορισμό της κατάστασης του ασθενή.

Την 1η ημέρα νοσηλείας στέλνονται όλες οι απαραίτητες βιοχημικές εξετάσεις, τα αποτελέσματα των οποίων είναι τα εξής:

Η SGPT ανέρχεται στις 275 U/ML.

Ο χρόνος προθρομβίνης είναι 12"/16"

Η αλκαλική φωσφατάση είναι 68

Η ολική χολερυθρίνη 12,2 MG/100 ML και η άμεση 8,7 MG/100 ML

Η ουρία είναι 23, T.K.E. 6 HB 13,7 και η γλυκόζη 80.

Ο λευκοκυτταρικός τύπος έχει ως εξής :

Λευκά αιμοσφαίρια 8.800 , πολυμορφοπύρρηνα 74

Λεμφοκύτταρα 18, Μονοπύρρηνα 6 και Ηωσινόφιλα 2.

Επίσης την πρώτη μέρα νοσηλείας στέλνεται παραπεμπτικό για ανίχνευση του HBSAG και του ANTI-HBC, όπως και του ενζύμου G6PD.

Στην καθημερινή επίσκεψη των ιατρών ο ασθενής αναφέρει

πόνο στην κοιλιακή χώρα και ανορεξία. Από το διάγραμμά του διαπιστώνεται απύρετος και ότι είχε δύο κενώσεις διαρροϊκές. Αποφασίζεται να τεθεί φαρμακευτική αγωγή με 2 CAPS IMODIUM ημερησίως.

Μέχρι την 5η ημέρα νοσηλείας ο ασθενής εξακολουθεί να εμφανίζει ανορεξία. Οι διαρροϊκές κενώσεις παραμένουν. Ο ίκτερος δεν έχει υποχωρήσει, ενώ ο ασθενής παρουσιάζει τώρα και κνησμό. Αποφασίζεται να συμπληωθεί η αγωγή του με NALOMET 2 TABL. ημερησίως.

Τα αποτελέσματα για HBSAG και ANTI-HBC είναι αρνητικά γεγονός, που αποκλείει την ηπατίτιδα τύπου Β.

Στις νεώτερες εργαστηριακές εξετάσεις η SBPT είναι ελαφρά μειωμένη 220 U/ML και ο χρόνος προθρομβίνης 12"/14".

7η Ημέρα νοσηλείας: Η κατάσταση του ασθενή παραμένει η ίδια. Η κοιλιά του εμφανίζεται μαλακή και ευπίεστη. Οι διαρροϊκές κενώσεις παραμένουν. Η φαρμακευτική αγωγή συμπληρώνεται με 2 TAB. PANKREOFIAT και 2 TAB. POLARAMINE.

10η ημέρα νοσηλείας. Αρχίζει η βελτίωση του ασθενή. Η ικτερική χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων αρχίζει να υποχωρεί. Οι διαρροϊκές κενώσεις έχουν μειωθεί σε αριθμό. Ο κνησμός υποχώρησε ενώ η ανορεξία εκλείπει.

Τα νεώτερα εργαστηριακά αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά. Η SGPT ανέρχεται στις 65 U/ML ενώ η SGOT στις 70 U/ML. Η κοιλιακή φωσφατάση 79 κι ο χρόνος προθρομβίνης 12"/14". Από τη φαρμακευτική αγωγή διακόπτεται το NALOMET.

13η ημέρα νοσηλείας. Η κατάσταση του αρρώστου έχει βελτιωθεί σημαντικά. Οι διαρροϊκές κενώσεις σταμάτησαν, ο ίκτε-

ρος έχει υποχωρήσει, τα ούρα έχουν αποχρωματιστεί. Ο ασθενής είναι ευδιάθετος και σιτίζεται κανονικά. Αποφασίζεται να γίνει νέος εργαστηριακός, έλεγχος κι εφ'όσον οι δείκτες είναι φυσιολογικοί να δοθεί εξιτήριο.

Πράγματι την επόμενη ημέρα δηλ. 14η, τα αποτελέσματα των των εργαστηριακών εξετάσεων δείχνουν τάση ομαλοποίησης. Έτσι η SGPT είναι 45 U/ML, ο χρόνος προθρομβίνης 12"/14", η αλκαλική φωσφατάση 79.

Ο ασθενής εξέρχεται με διάγνωση πιθανή φαρμακευτική ηπατίτιδα και του συστήνεται:

- α) Να διακόψει τα ηρεμιστικά φάρμακα.
- β) Να αποφεύγει τη χρήση φαρμάκων χωρίς την έγκριση γιατρού.
- γ) Να προσέχει το διαιτολόγιό του, για να αποφύγει την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.
- δ) Να επανεξεταστεί ο ηπατικός κύκλος μετά από ένα μήνα και να αναλάβει τις συνήθειες δραστηριότητές του, εφ'όσον αποκατασταθεί πλήρως η ηπατική λειτουργία.

- Ο ασθενής Κ.Ι. ετών 50, οικοδόμος στο επάγγελμα παρουσίασε συμπτώματα αδυναμίας, ανορεξίας, εύκολης κόπωσης, ναυτίας, εμέτων και επιγαστραλγίας. Τα συμπτώματα αυτά τον οδήγησαν στο κέντρο Υγείας της περιοχής του, όπου διαπιστώθηκε μικρού βαθμού τρανσαμιναιμία και έγινε κατόπιν παραπομπή του στο Νοσοκομείο Βιδικών Παθήσεων.

Στα εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου ο ασθενής αναφέρει στον εφημερεύοντα γιατρό στο κληρονομικό ιστορικό του, ότι ο πατέρας του πέθανε από καρκίνο σε ηλικία 31 ετών, ενώ η μητέρα του είναι υγιής.

Στο ατομικό του αναμνηστικό αναφέρει, ότι είναι φορέας του HBSAG από 2ετίας, είναι καπνιστής 40 τσιγάρων ημερησίως καθώς και περιστασιακός πότης.

Κατά την εξέταση των συστημάτων από τον γιατρό δεν παρουσιάζονται παθολογικά σημεία.

Οι αναπνευστικοί φίθυροι είναι φυσιολογικοί όπως και η έκπτυξη των πνευμόνων. Παθολογικοί ήχοι επίσης δεν ακούγονται.

Η κοιλιά του ασθενή εμφανίζεται μαλακή, ευλίσθη και ανώδυνη στην πίεση. Το ήπαρ είναι ψηλαφητό ενώ ο σπλήνας αφηλάφητος.

Κατά την εξέταση οι καρδιακοί τόνοι είναι ευκρινείς, ψορήματα ή άλλοι παθολογικοί ήχοι δεν ακούγονται. Η αρτηριακή πίεση είναι 120/70 MM HG και οι σφύξεις 78/MIN.

Από τα εξωτερικά ιατρεία στέλνονται οι απαραίτητες βιοχημικές εξετάσεις και ο ασθενής εισάγεται στην παθολογική κλινική για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της επιγαστραλγίας, της ναυτίας και της εύκολης κόπωσης που παρουσίασε από 5ημέρου, και του χορηγείται PANGRE-OFLAT 1 TAB X 2.

- Κατά την εισαγωγή στο Τμήμα γίνεται και ο απαραίτητος προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας προς τον ασθενή.

Γίνεται καθημερινά θερμομέτρηση του ασθενή, σφυγμομέτρηση, μέτρηση βάρους, παρατήρηση των κενώσεων καθώς και μέτρηση των ούρων.

Συνιστάται στον άρρωστο να λαμβάνει μέτρα καθαριότητας, να παίρνει τις απαραίτητες προφυλάξεις ώστε να αποφευχθεί η μετάδοση του ιού στους άλλους αρρώστους και στο προσωπικό.

Το διαιτολόγιό του περιλαμβάνει δίαιτα άλιπο - άναλο - ηπατοπαθούς. 1η ημέρα νοσηλείας.

Κατά την πρώτη ημέρα ο ασθενής λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή που τέθηκε από το γιατρό των εξωτερικών Ιατρείων, παρουσιάζεται απύρετος, με σφύξεις 75/MIN. Ο ασθενής δεν αναφέρει κένωση και τα ούρα του 2.000 CC εμφανίζουν φυσιολογική χροιά. Το βάρος του είναι 82 KGR.

Από τις εργαστηριακές εξετάσεις διαπιστώνεται, ότι ο ασθενής παρουσιάζει ελαφρά τρανσαμιναιμία SGPT 109 και έλλειψη του ενζύμου G6PD.

Ο χρόνος προθρομβίνης εμφανίζεται φυσιολογικά 12'' /12'' όπως και η αλκαλική φωσφατάση 34. Η ολική χολε-
ρυθρίνη είναι 0,8 MG/100 ML ενώ η άμηση 0,4 MG/100 ML.
Τα ολικά λευκώματα είναι 7,2 GR/100 ML και οι λευκω-
ματίνες 4,9 GR/100 ML. Τα αιμοπετάλια ανέρχονται στις
250.000, ο χρόνος ροής είναι 2' και ο χρόνος πήξης 6'.
Η ΤΚΕ είναι 3 χιλστμ. και η ομάδα αίματος Α θετικό.

Από την εξέταση των ούρων αναφέρεται, ότι η αντίδρα-
ση είναι όξινη, το ειδικό βάρος 1026 και ανευρίσκονται
1 - 2 πρσοφαίρια.

Τέλος δίνεται παραπεμπτικό για εξέταση HBSAG.

Η νοσηλευτική παρέμβαση επικεντρώνεται στην τόνωση
του ηθικού του ασθενή, ο οποίος εμφανίζεται φανερά επη-
ρεασμένος-ψυχολογικά, επειδή γνωρίζει, ότι είναι φορέας
του HBSAG.

Η φαρμακευτική αγωγή παραμένει η ίδια PANGREOFLAT
1 TAB X 2.

3η ημέρα νοσηλείας.

Την τρίτη ημέρα της νοσηλείας γίνεται ακτινογραφία
θώρακος και δεξιού υποχονδρίου, οι οποίες εμφανίζονται
φυσιολογικές.

Το HBSAG είναι θετικό. Τα εργαστηριακά ευρήματα πα-
ραμένουν στις ίδιες τιμές.

8η ημέρα νοσηλείας.

Και την όγδοη ημέρα της νοσηλείας ο ασθενής συνε-
χίζει να έχει βάρος στο επιγάστριο κι ανορεξία ενώ οι

έμετοι έχουν υποχωρήσει. Το γεγονός αυτό οδηγεί τους γιατρούς στη συμπλήρωση της φαρμακευτικής αγωγής με 2 TAB LIBRAX ημερησίως. Οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν παρεκκλίνουν από τα φυσιολογικά όρια εκτός από την SGPT που εμφανίζεται ελαφρά αυξημένη 206.

Η θερμοκρασία του είναι $36,8^{\circ}\text{C}$, οι σφύξεις του 70/MIN, οι κενώσεις και τα ούρα του φυσιολογικά.

10η ημέρα νοσηλείας.

Κατά τη δέκατη ημέρα κι ενώ ο ασθενής συνεχίζει την ίδια φαρμακευτική αγωγή, τα δυσπεπτικά ενοχλήματα (δηλ. βάρος στο επιγάστριο, ανορεξία, παραμένουν και ο ασθενής παρουσιάζει αποστροφή στο κάπνισμα και το κρέας.

~~Κατά την εξέταση από τον θεράποντα γιατρό η κοι-~~
λιά του ασθενή παραμένει μαλακή και ευπίεστη και επώδυνη κατά την πίεση στο δεξιό υποχόνδριο και το ήπαρ είναι ψηλαφητό ενώ ο σπλήνας αφηλάφητος.

Από τις εργαστηριακές εξετάσεις ο χρόνος προθρομβίνης είναι $12''/15''$ ενώ οι υπόλοιπες βιοχημικές εξετάσεις παραμένουν στα ίδια επίπεδα.

Στην φαρμακευτική αγωγή του ασθενή προστίθεται 1 AMP. VIT K του 1 GR ενδομυϊκά IM.

Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο διαιτολόγιο του αρρώστου έτσι ώστε να σιτίζεται κανονικά.

13η ημέρα νοσηλείας.

Το αξιοσημείωτο κατά την 13 ημέρα είναι η αύξηση της SGPT 236, ενώ οι άλλες τιμές των εργαστηριακών εξε-

τάσεων δεν παρουσιάζουν διακυμάνσεις.

Η θερμοκρασία του ασθενή είναι 37°C , οι σφύξεις 75/MIN, οι κενώσεις και τα ούρα φυσιολογικά.

17η ημέρα νοσηλείας.

Η τρανσαμιναιμία εξακολουθεί μέχρι την δέκατη έβδομη ημέρα νοσηλείας, ο χρόνος ροής είναι $1^{\prime}.30^{\prime\prime}$ ο χρόνος πήξης 4^{\prime} και ο χρόνος προθρομβίνης $12^{\prime}/15^{\prime\prime}$. Τα αιμοπετάλια είναι 250.000.

Η γενική κατάσταση του ασθενή είναι καλύτερη. Τα συμπτώματα έχουν υποχωρήσει αλλά η αύξηση της SGPT που παρατηρήθηκε ανάγκασε τους θεράποντες γιατρούς ν' αναβάλουν την βιοψία ήπατος, η οποία θα έδινε μια αξιοπρεπέστερη εικόνα της κατάστασης του ασθενή.

~~Ο ασθενής εξέρχεται την δέκα-όγδοη ημέρα με τη διάγνωση ηπατίτιδα Β και τις παρακάτω οδηγίες :~~

- α) Επανεξέταση των τρανσαμινασών μετά από 20 ημέρες και διενέργεια βιοψίας εφ' όσον η κλινική εργαστηριακή εικόνα το επιτρέφουν.
- β) Αποφυγή λιπαρών τροφών, καρικευμάτων και γενικά τροφών που επιβαρύνουν την ηπατική λειτουργία.

Ακόμη αποφυγή εκείνων των ουσιών που σε συνδυασμό με την έλλειψη του ενζύμου G6PD θα μπορούσαν, να δημιουργήσουν επιπρόσθετα προβλήματα όπως αιμολυτικά κ.λ.π.

- γ) Αποφυγή λήψης φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή, γιατί υπάρχει κίνδυνος επιδείνωσης της λειτουργίας του ήπατος όπως και αποφυγή από το αλκοόλ.
 - δ) Ανάπαυση και ξεκούραση σε συνδυασμό με ευχάριστη ενασχόληση για την αποφυγή δυσμενών ψυχολογικών επιδράσεων αλλά και επιβάρυνσης της κατάστασής του.
-

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣ.: "ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ (ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ)" Εκδόσεις Γρ. Παρσιάνος, Αθήνα 1971.
2. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣ.: "ΕΠΕΞΗΓΗΣΙΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ" Ιατρικές εκδόσεις Λεοντιάδη, Έκδοσις Β, Αθήνα 1965.
3. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ Π. ΣΑΒΒΑ : " ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ" Θεσσαλονίκη 1961.
4. Κ.Δ.ΓΑΡΔΙΚΑΣ : " ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ", Επιστημ. Εκδόσεις Παρσιάνος, Έκδοσις Δ', Αθήνα 1984, Τόμος Α.
5. Α. GOYTON M.D. "ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ" Μετάφραση Α. Ευαγγέλου, Ιατρικές Εκδόσεις ΑΤΛΑΣ, Έκδοση Γ' Αθ. 1972.
6. ΔΟΥΖΙΝΑΣ ΕΥΑΓ.: "ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ" , Αθήνα 1972.
7. HARRISON : "ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ" , Εκδοσις 8η, Αθήνα 1982, Τόμος Γ'.
8. KRUPP CHATTON WERDEGAR : " ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ". Επιστημονικές Εκδόσεις Παρσιάνος, Αθήνα 1986, Τόμος Α'.
9. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ : "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ", Έκδοση 10η, Αθήνα 1987, Τόμος Α'.
10. ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Ν. ΔΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ: " ΣΠΛΑΧΝΟΛΟΓΙΑ (ΠΕΠΤΙΚΟ-ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ-ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ-ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ" , Αθήνα 1970, τεύχος IV.

11. ΠΑΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ ΙΩΑΝΝΟΥ: " ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΣΟ-
ΒΙΟΛΟΓΙΑ", Έκδοση Δ', Αθήνα 1982, Τόμος Α'
12. ΠΛΕΣΣΑΣ-ΣΤΑΥΡΟΥ : "ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ", Έκδόσεις
ΦΑΡΜΑΚΟΝ-ΤΥΠΟΣ, Αθήνα 1984.
13. SAUNDERS-ALVIN REDMAN, THE MEDICAL OF NORTH AMERICA, :
"ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ", Ιανουάριος 1978.
14. ANNA ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ-ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ: "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡ-
ΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ :
"ΜΕΡΟΣ Β', Αθήνα 1985, Τόμος 2ος.
15. WALLACH JACQUES M.D.: "ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕ-
ΩΝ ΚΑΙ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ", Ιατρικές Εκδόσεις Αίτ-
σας, Νοέμβριος 1975.

