

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας
Σχολή επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πτυχιακή εργασία με θέμα:
**«Ηπατίτιδα Β & C: Ολιστική προσέγγιση και
θεραπευτική αντιμετώπιση. Νοσηλευτική παρέμβαση
στις νόσους αυτές και στις επιπλοκές τους»**

Φοιτητής: Πανίτσας Μιχαήλ- Αθανάσιος
Εισηγητής: Ασπρούκος Απόστολος

Πάτρα 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου, αρχικά στον επιβλέποντα καθηγητή μου τον κύριο Αποστόλη Ασπρούκο, για τον χρόνο που διέθεσε, τις συμβουλές και τις υποδείξεις που μου προσέφερε κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές της σχολής μου για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν στα τέσσερα χρόνια των σπουδών μου στο ΑΤΕΙ Πάτρας.

Οπωσδήποτε δεν θα μπορούσα να ξεχάσω τους νοσηλευτές του ΤΕΠ, της Παθολογικής κλινικής Γ και της ουρολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Πάτρας, οι οποίοι μ' έκαναν να νοιώσω άνετα στο χώρο τους, με εμπιστεύτηκαν και με εκπαίδευσαν κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης. Τους ευχαριστώ όλους.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, η οποία τόσα χρόνια με στηρίζει ηθικά και οικονομικά, έτσι ώστε να μπορέσω να πραγματοποιήσω τους στόχους και τα όνειρά μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Συντομογραφίες.....	σελ. 5
Περίληψη.....	σελ. 6
Summary.....	σελ. 7
Κεφάλαιο 1 ^ο : Ήπαρ.....	σελ. 8
1.1 Ανατομία.....	σελ. 8
1.2 Ιστολογία.....	σελ. 8
1.3 Αιμάτωση.....	σελ. 9
1.4 Λειτουργίες.....	σελ. 9
1.5 Απεικονιστικός έλεγχος.....	σελ. 10
Κεφάλαιο 2 ^ο : Ηπατίτιδες.....	σελ. 11
2.1 Περί τίνος πρόκειται.....	σελ. 11
2.2 Οι ένοχοι.....	σελ. 11
2.3 Μορφές.....	σελ. 11
2.4 Διάγνωση.....	σελ. 13
2.5 Θεραπεία.....	σελ. 13
Κεφάλαιο 3 ^ο : Ηπατίτιδα Β.....	σελ. 14
3.1 Ο ιός της ηπατίτιδας Β.....	σελ. 14
3.2 Επιδημιολογία.....	σελ. 15
3.3 Φυσική πορεία της νόσου.....	σελ. 16
3.4 Διάγνωση.....	σελ. 17
3.5 Χρόνιος ανενεργός φορέας του HBV.....	σελ. 19
3.6 Κλινική πορεία της νόσου.....	σελ. 19
3.7 Τρόποι μετάδοσης.....	σελ. 20
3.8 Θεραπεία.....	σελ. 21
3.9 Πρόληψη.....	σελ. 23
Κεφάλαιο 4 ^ο	σελ. 25
4.1 Χαρακτηριστικά του HCV.....	σελ. 25
4.2 Επιδημιολογία.....	σελ. 26
4.3 Φυσική εξέλιξη της νόσου.....	σελ. 29
4.4 Στάδια της νόσου.....	σελ. 31
4.5 Κλινική εικόνα.....	σελ. 31
4.6 Τρόποι μετάδοσης.....	σελ. 32
4.7 Διάγνωση.....	σελ. 34
4.8 Θεραπεία.....	σελ. 36
4.8.1 Κλινικός κι εργαστηριακός έλεγχος πριν από τη θεραπεία.....	σελ. 37
4.8.2 Φαρμακευτική αγωγή και χρόνια διάρκεια αυτής.....	σελ. 38

4.8.3 Παρακολούθηση ασθενή που λαμβάνει αγωγή για την αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C.....	σελ. 39
4.8.4 Αντιμετώπιση περιπτώσεων μη ανταπόκρισης στην αρχική θεραπεία με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη.....	σελ. 40
4.8.5 Εκτίμηση της ανθεκτικότητας του ασθενή.....	σελ. 42
4.9 Πρόληψη.....	σελ. 43
4.10 Διαφορές της ηπατίτιδας Β από την ηπατίτιδα C.....	σελ. 44
Κεφάλαιο 5^ο: Επιπλοκές της χρόνιας ηπατίτιδας.....	σελ. 45
5.1 Κίρρωση.....	σελ. 45
5.1.1 Εκδηλώσεις ηπατικής ανεπάρκειας.....	σελ. 46
5.1.2 Πυλαία υπέρταση.....	σελ. 46
5.1.3 Εκδηλώσεις της πυλαίας υπέρτασης.....	σελ. 47
5.2 Ηπατοκυτταρικός καρκίνος.....	σελ. 51
5.3 Μεταμόσχευση ήπατος.....	σελ.53
Κεφάλαιο 6^ο: Χρόνια νόσος και ποιότητα ζωής.....	σελ. 56
6.1 Χρόνια νόσος.....	σελ. 56
6.2 Ποιότητα ζωής.....	σελ. 57
6.3 Επιδράσεις της ηπατίτιδας στην ψυχολογία και στην ποιότητα ζωής του ασθενή.....	σελ. 58
Κεφάλαιο 7^ο: Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με ηπατίτιδα Β ή C....	σελ. 63
Προτάσεις.....	σελ. 69
Συμπεράσματα.....	σελ. 70
Νοσηλευτική διεργασία 1 ^η	σελ. 71
Νοσηλευτική διεργασία 2 ^η	σελ. 76
Βιβλιογραφία.....	σελ. 79

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- **HIV**(Human Immunodeficiency Virus): ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας
- **AIDS** (Acquired immune Deficiency Syndrome): σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας
- **XNA**: χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
- **HBsAg**: αυστραλιανό αντιγόνο
- **HBV**: ο ιός της ηπατίτιδας B
- **HCV**: ο ιός της ηπατίτιδας C
- **HDV**: ο ιός της ηπατίτιδας D
- **PCR**: αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης
- **IFN(a)**: ιντερφερόνη -α
- **HBIG**: υπεράνοσος γ-σφαιρίνη
- **PEG-IFN**: πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη
- **CDC**: κέντρο ελέγχου και πρόληψης ασθενειών στις ΗΠΑ
- **ALT**: τρανσαμινάση της αλανίνης
- **AST**: ασπαρτική τρανσαμινάση
- **DAAS**: αντι-ιικά φάρμακα άμεσης δράσης
- **INR**: international normalized ratio
- **GABA**: γ- αμινοβουτυρικό οξύ
- **CCDPC**: κέντρο χρόνιων νοσημάτων του Καναδά
- **Mdm**: γιατροί χωρίς σύνορα
- **TSH**: θυρεοειδοτρόπος ορμόνη
- **T4**: θυροξίνη
- **T3**: τριιωδοθυροξίνη
- **γ-GT**: γ-γλουταμύλ-τρανσπεπτιδάση
- **KEEL**: κέντρο ελέγχου ειδικών λοιμώξεων
- **ΛΑΜ**: λαμβουντίνη
- **AND**: διπιβαλική αντεφοβίρη
- **XEN**: χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών
- **HKK**: ηπατοκυτταρικός καρκίνος
- **ΗΚΓ**: ηλεκτροκαρδιογράφημα
- **ΠΟΥ**: παγκόσμιος οργανισμός υγείας
- **ΚΝΣ**: κεντρικό νευρικό σύστημα
- **ΕΟΦ**: εθνικός οργανισμός φαρμάκων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ιογενείς ηπατίτιδες Β και C, είναι σοβαρά νοσήματα, τα οποία προσβάλλουν ένα μεγάλο μέρος του παγκόσμιου πληθυσμού. Έχουν μεγάλη μεταδοτικότητα και αποτελούν τον καθρέπτη του βιοτικού επιπέδου κάθε χώρας. Είναι νόσοι, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν ένα πλήθος επιπλοκών και να αποτελέσουν σοβαρό αίτιο θνησιμότητας.

Τα αποτελέσματα είναι δυσμενή τόσο για τους ασθενείς, όσον αφορά την υγεία και την ποιότητα ζωής τους, όσο και για το σύστημα υγείας, αφού επιβαρύνεται με τεράστιο κόστος στην αντιμετώπιση των νόσων αυτών.

Οι ηπατίτιδες είναι αθόρυβες στην οξεία φάση και η χρονιότητα έρχεται σιωπηλά, συνοδευόμενη πολλές φορές από κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

Τα σημερινά δεδομένα εμφανίζουν ότι το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού, νοσεί από χρόνια ηπατίτιδα και ο αριθμός των φορέων διαρκώς αυξάνεται.

Προστασία από τον HBV ιό παρέχει ο εμβολιασμός, ο οποίος είναι υποχρεωτικός για τα παιδιά στην Ελλάδα από το 1998 και προσφέρει ανοσία 85-95%.

Το εμβόλιο για την ηπατίτιδα C είναι ακόμα σε πειραματικό στάδιο, γι αυτό η πρόληψη περιορίζεται στην αναζήτηση οροθετικών ατόμων, αποφυγή διασποράς της μόλυνσης, και μακροχρόνια παρακολούθηση των οροθετικών.

Η θεραπεία της νόσου με ιντερφερόνη ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με άλλα αντιικά φάρμακα, έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα, αλλά προκαλεί μια σειρά παρενεργειών οι οποίες σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Από το 2014 υπήρξαν αλματώδεις εξελίξεις στην διαχείριση της νόσου, με καινούργια φάρμακα, εξαιρετικά αποτελεσματικά και ασφαλή, αλλά με τεράστιο κόστος.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να μελετήσει .

- Τις ιογενείς ηπατίτιδες Β και C.
- Το βιολογικό και ψυχολογικό κόστος των νόσων αυτών και των επιπλοκών τους.
- Ποιά είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία, με τις λιγότερες παρενέργειες.
- Ποιοί ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα, πρέπει να εισάγονται σε θεραπεία.
- Την επίδραση που ασκούν στην ποιότητα ζωής του ασθενή.
- Πώς μπορεί ο νοσηλευτής να παρέμβει, σε κάθε φάση της νόσου.
- Τι συμβαίνει στην Ελλάδα του 2016, όσον αφορά τους ηπατοπαθείς
- Με ποιους τρόπους θα εκλείψει το πρόβλημα της ηπατίτιδας παγκοσμίως.

Η εξέλιξη της επιστήμης, αλλά και η υπόσχεση του ιατρικού κόσμου, ότι τα επόμενα χρόνια οι νόσοι αυτές θα αποτελούν παρελθόν, είναι δυο παράγοντες που ήδη προσφέρουν ελπίδα για ίαση στους πάσχοντες.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

The viral hepatitis B and C are serious diseases which infect a large part of the world population. They exhibit high contagiousness and are an index of the standard of living of each country. They are diseases that may cause a number of complications and have a high rate of mortality.

The results are adverse not only for patients, as far as their health and quality of life is concerned, but for the public health system as well, which is charged with the huge cost of treating these diseases. The various types of hepatitis are silent in the acute phase and chronicity comes silently, often accompanied by cirrhosis and hepatocellular cancer. Current data suggest that 3% of the world population is sick with chronic hepatitis and the number of carriers is constantly increasing.

Protection against the HBV virus is provided by vaccination, which is compulsory for children in Greece, since 1998. This vaccination provides immunity between 85 and 95%. The vaccine against hepatitis C is still in experimental phase, therefore prevention is limited to finding people infected with HIV, avoiding dispersal of the infection and long-term monitoring of HIV patients.

Treatment of the disease with interferon alone or in combination with other antiviral medicine shows satisfactory results, but causes a series of side effects, that, combined with other factors, adversely affect the patients' quality of life.

Since 2014, there have been great leaps forward regarding the management of the disease, with new highly effective and safe drugs, yet at a huge cost.

The aim of this thesis is to study:

- The viral hepatitis B and C
- The biological and psychological toll of these diseases and their complications
- Which is the most effective and with minimum side effects treatment
- Which patients with chronic hepatitis must be brought in for treatment
- The effect of these diseases in the patient's quality of life
- In which ways may the nurse intervene in each phase of the disease
- What is the current situation in Greece regarding patients with hepatic disease
- In which ways could the hepatitis problem be worldwide eradicated

The advances of science and the promise of the medical world, that the next years diseases like hepatitis will belong to the past, are two reasons that already give hope of cure to the sufferers.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΗΠΑΡ

1.1 ANATOMIA

Είναι το μεγαλύτερο συμπαγές όργανο κι ένα από τα ζωτικά όργανα του ανθρώπινου σώματος, μαζί με τους νεφρούς και το πάγκρεας. Το βάρος του ήπατος είναι 1200-1500 γραμμάρια και αποτελεί το 1/50 περίπου του σωματικού βάρους του ενήλικου ανθρώπου. Βρίσκεται κάτω από τις πλευρές στο δεξιό υποχόνδριο. Το σχήμα του είναι πυραμοειδές. Το ήπαρ εμφανίζει τη διαφραγματική επιφάνεια προς τα πάνω, εμπρός και πίσω και την σπλαχνική προς τα κάτω.

Αποτελείται από δύο λοβούς, τον αριστερό και τον δεξιό, από τους οποίους ο δεξιός είναι εξαπλάσιος από τον αριστερό. Τμήματα του δεξιού λοβού είναι ο τετράπλευρος λοβός στην κάτω επιφάνεια και ο κερκοφόρος στην οπίσθια επιφάνεια. Οι δύο μεγάλοι λοβοί χωρίζονται μπροστά με τον δρεπανοειδή σύνδεσμο, κάτω με την αριστερά οβελιαία αύλακα που περιέχει τον στρογγυλό σύνδεσμο και πίσω με τον φλεβώδη σύνδεσμο. Επίσης το ήπαρ έχει πύλες, οι οποίες είναι σημεία εισόδου της ηπατικής αρτηρίας, πυλαίας φλέβας και των ενδοηπατικών χοληφόρων και σημεία εξόδου των ηπατικών φλεβών και των εξωηπατικών χοληφόρων.

Στην σπλαχνική επιφάνεια του δεξιού λοβού, μέσα στον κυστικό βόθρο, βρίσκεται η χοληδόχος κύστη. Είναι ένας απιοειδής σάκος, που αποτελείται από τον αυχένα, το σώμα και τον πυθμένα. Εκεί αποθηκεύεται η χολή, η οποία παράγεται στο ήπαρ.

1.2 ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ

Το ήπαρ περιβάλλεται από την κάψα του Glisson, η οποία δημιουργεί προσεκβολές προς το ηπατικό παρέγχυμα και σχηματίζει ένα χαλαρό δίκτυο συνδετικού ιστού. Στα ενδιάμεσα διαστήματα του δικτύου, βρίσκονται τα επιθηλιακά ηπατικά κύτταρα (ηπατοκύτταρα), που σχηματίζουν τα ηπατικά λοβία. Το ηπατικό λοβίο είναι η βασική μονάδα του ήπατος, έχει σχήμα πολυεδρικό και μέγεθος 1,5-2mm.

Τα ηπατοκύτταρα σχηματίζουν δοκίδες πάχους ενός με δύο κυττάρων. Ανάμεσα στις δοκίδες, βρίσκονται τα κολποειδή τριχοειδή, τα οποία δέχονται αίμα από την ηπατική αρτηρία και την πυλαία φλέβα. Στο κέντρο του λοβίου, υπάρχει η κεντρική φλέβα, όπου καταλήγει το αίμα από τα τριχοειδή.

Ανάμεσα στο ενδοθήλιο των κολποειδών τριχοειδών και των ηπατοκυττάρων, υπάρχουν τα αστεροειδή κύτταρα του Kupffer, με φαγοκυτταρικές ιδιότητες.

1.3 ΑΙΜΑΤΩΣΗ

Το ήπαρ έχει διπλή αιμάτωση (ηπατική αρτηρία, πυλαία φλέβα). Η πυλαία φλέβα μεταφέρει φλεβικό αίμα από τα έντερα και τον σπλήνα και η ηπατική αρτηρία μεταφέρει αρτηριακό αίμα. Μέσα στο ήπαρ, η πυλαία φλέβα και η ηπατική αρτηρία διαιρούνται σε κλάδους για τον δεξιό και τον αριστερό λοβό, παράλληλα με τους κλάδους του χοληφόρου δέντρου και του νευρικού πλέγματος. Τα απαγωγέα φλεβικά αγγεία του ήπατος είναι η δεξιά και η αριστερή ηπατική φλέβα. Βγαίνουν από την οπίσθια πλευρά του ήπατος και εκβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα.

1.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Το ήπαρ είναι ένα πραγματικά αξιοθαύμαστο όργανο. Λειτουργεί σαν μονάδα επεξεργασίας, φίλτρο καθαρισμού, αποθήκη των πιο σημαντικών για το σώμα βιοχημικών ουσιών και ως κέντρο διανομής. Πολύ σωστά το ονομάζουν βιοχημικό εργαστήριο του οργανισμού.

Ο αριθμός και το εύρος των καθηκόντων και των λειτουργιών που εκτελεί, είναι συγκλονιστικός.

- Μετατρέπει την τροφή σε ενέργεια, για να ανανεώσει τα κύτταρα και τους ιστούς του σώματος.
- Αποτοξινώνει δηλητηριώδεις χημικές ουσίες που εισάγονται στον οργανισμό, όπως αλκοόλ, φάρμακα, ρύπους.
- Αποθηκεύει βιταμίνες, λίπος, σάκχαρα και μέταλλα και προμηθεύει με αυτά το σώμα, όταν αυτό τα χρειάζεται.
- Σύνθεση παραγόντων πήξης του αίματος.
- Σύνθεση πρωτεϊνών (π.χ. λευκοματίνης)
- Παράγει ένα πεπτικό υγρό την χολή, με το οποίο διασπά τα λίπη, ώστε να μπορούν να απορροφηθούν από το σώμα.
- Παράγει ορμόνες.
- Διεκπεραιώνει τόσες πολλές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα η ενέργεια που δημιουργεί, να θερμαίνει το αίμα που περνάει από αυτό και έτσι να συμβάλλει στη θερμορύθμιση.
- Φαγοκυττάρωση (μικρόβια, ιοί, ενδοτοξίνες, τραυματισμένα ή γερασμένα ερυθροκύτταρα με τα κύτταρα Kupffer)

1.5 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η εκτίμηση του ήπατος και των χοληφόρων γίνεται με:

- Απλή ακτινογραφία
- Υπερηχοτομογράφημα
- Αξονική τομογραφία-Τρισδιάστατη αξονική τομογραφία
- Μαγνητική τομογραφία
- Εκλεκτική ψηφιακή τομογραφία
- Σπινθηρογράφημα ήπατος και χοληφόρων
- Per os χολοκυστογραφία
- Ενδοφλέβια χολαγγειογραφία
- Βιοψία ήπατος
- Ειδικές ανοσολογικές και μοριακές τεχνικές για την ανίχνευση ιολογικών δεικτών ηπατίτιδας κ.λπ.

Η σωστή επιλογή και αξιολόγηση των εργαστηριακών ευρημάτων, σε συνδυασμό με το ιστορικό και την κλινική εξέταση, οδηγούν στη σωστή διάγνωση στο 80% περίπου των ασθενών που πάσχουν από κάποιο τύπο ηπατίτιδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ

2.1 ΠΕΡΙ ΤΙΝΟΣ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ

Ηπατίτιδα είναι φλεγμονή του ήπατος, η οποία οφείλεται σε διάφορα αίτια, κυρίως ιούς. Η νόσος αυτή αναπτύσσεται σε μεγάλο χρονικό διάστημα, πολλές φορές ασυμπτωματικό. Αν εξελιχθεί σε χρόνια νόσο, ο ασθενής θα κληθεί ν' αντιμετωπίσει ένα πλήθος επιπλοκών, οι οποίες μπορεί να αποβούν μοιραίες για τη ζωή του.

2.2 ΟΙ ΕΝΟΧΟΙ

Οι κυριότερες αιτίες για την εμφάνιση της ηπατίτιδας είναι:

- Διάφοροι ιοί: Τα πιο πολλά κρούσματα ηπατίτιδας οφείλονται στους ιούς A, B, C, D και E και κυρίως στους τρεις πρώτους. Υπάρχουν όμως και διάφοροι άλλοι ιοί, οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν ηπατίτιδα, όπως ο ιός της λοιμώδους μονοπυρήνωσης και ο μεγαλοκυτταροϊός (ελαφριάς μορφής και αυτοϊάσιμες) .
- Ηπατοτοξικά φάρμακα: Υπάρχουν πολλές φαρμακευτικές ουσίες δυνητικά βλαβερές για το ήπαρ. Γι' αυτό και πρέπει να λαμβάνονται πάντα με ιατρικές οδηγίες, είτε υπάρχει είτε όχι, πρόβλημα με το συκώτι.
- Τοξικές ουσίες: Η κατάχρηση αλκοόλ ή η έκθεση σε βαρέα μέταλλα (π.χ. μόλυβδος) λόγω επαγγέλματος .
- Μικρόβια: Σε περιπτώσεις λοίμωξης από σαλμονέλα ή σύφιλη ή βρουκέλωση, ακόμα και από τυφοειδή ή μελιταίο πυρετό ή ελονοσία, μπορεί να εμφανιστεί και ηπατίτιδα ελαφριάς μορφής (σπανίως).
- Ο ίδιος ο οργανισμός: Πρόκειται για αυτοάνοση ηπατίτιδα. Το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στο συκώτι καταστρέφοντάς το.

2.3.ΜΟΡΦΕΣ

α. Οξεία: Προκαλείται από όλους τους ιούς της ηπατίτιδας. Εκδηλώνεται λίγες εβδομάδες έως μήνες, μετά την εισβολή του ιού στον οργανισμό.

Μπορεί τα συμπτώματα να είναι από ανύπαρκτα έως τόσο ελαφριά, ώστε ο ασθενής να μην καταλάβει το παραμικρό. Όταν εκδηλωθούν, τα συνηθέστερα είναι κούραση, ανορεξία, ναυτία, εμετός, διάρροια, αίσθημα βάρους στο άνω δεξί τεταρτημόριο της κοιλίας, μυϊκοί πόνοι, πόνοι στις αρθρώσεις και πυρετός. Σε πιο

σοβαρές περιπτώσεις, ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει: ίκτερο, σκουρόχρωμα ούρα και αποχρωματισμένα κόπρανα.

Η πιο επικίνδυνη μορφή της οξείας ηπατίτιδας, είναι η λεγόμενη "κεραυνοβόλος", η οποία είναι σπάνια, αλλά μπορεί να αποβεί μοιραία αν δεν μεσολαβήσει επείγουσα μεταμόσχευση ήπατος.

β. Χρόνια: Χρόνια ιογενής ηπατίτιδα ονομάζεται η φλεγμονή του ήπατος, που συνεχίζεται χωρίς σημεία βελτίωσης, για χρονικό διάστημα πάνω από 6 μήνες. Υποψία της νόσου δημιουργείται, όταν βρεθούν παθολογικά σημεία σε δοκιμασίες της ηπατικής λειτουργίας και αποδεικνύεται μόνο με την βιοψία ήπατος. Σε χρονιότητα μεταπίπτουν οι ηπατίτιδες Β, C, D και ποτέ η Α και η Ε.

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την μετάπτωση της οξείας ιογενούς ηπατίτιδας σε χρόνια. Χωρίζονται σε παράγοντες του ξενιστή, σε παράγοντες του ιού και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Παράγοντες του ιού είναι το ιικό φορτίο, η στιγμή της λοίμωξης και ο γονότυπος του ιού.

Παράγοντες του ξενιστή είναι η ηλικία, το φύλο (άνδρες), η φυλή, η παρουσία στεάτωσης στο ηπατικό παρέγχυμα και η ανοσολογική δραστηριότητα του ξενιστή. Μεγάλο ρόλο στη μετάπτωση ή όχι σε χρονιότητα της μόλυνσης, παίζει η ανοσολογική δραστηριότητα του ξενιστή και ιδιαίτερα η κυτταρική ανοσία. Μεγαλύτερη πιθανότητα μετάπτωσης σε χρονιότητα, έχει μια οξεία λοίμωξη αν είναι ήπια και ασυμπτωματική, παρά μια λοίμωξη με έντονη συμπτωματολογία και βαριά ηπατοκυτταρική βλάβη αποτελέσματα ισχυρής ανοσολογικής αντίδρασης.

Ενδείξεις που αποδίδουν στην ανοσολογική απάντηση του ξενιστή τη δημιουργία ηπατικής βλάβης είναι:

Α) Ασθενείς με διαταραχές του ανοσολογικού συστήματος π.χ. AIDS, Χ.Ν.Α. κ.λπ. δεν παρουσιάζουν ενεργό νόσο.

Β) Ασθενείς με κεραυνοβόλο ηπατίτιδα Β και υπέρμετρη ανοσοαπάντηση.

Γ) Μετά από διέγερση του ανοσολογικού συστήματος με λεβαμιζόλη ή ιντερφερόνη ή μετά την διακοπή θεραπείας με κορτικοειδή, παρατηρείται έξαρση της ηπατοκυτταρικής νέκρωσης.

Όσον αφορά στους περιβαλλοντικούς παράγοντες συγκαταλέγονται η συνλοίμωξη με άλλους ηπατοτρόπους ιούς, το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ, η χρήση κορτικοειδών, η έκθεση σε τοξικούς ή άλλους παράγοντες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα, είναι πλήρως ασυμπτωματικό, ενώ συμπτώματα και σημεία παρουσιάζονται στη φάση της κίρρωσης. Κακουχία, καταβολή, ηπατομεγαλία, σπληνομεγαλία και αραχνοειδή αγγειώματα είναι τα συχνότερα συμπτώματα σε χρόνιους φορείς. Ένα ποσοστό 10-30% των ασθενών μπορεί να παρουσιάζουν ίκτερο, εγκεφαλοπάθεια, ασκίτη, αιμορραγία από το πεπτικό ενώ πολύ συχνά παρατηρούνται εξωηπατικές εκδηλώσεις, όπως, αγγειίτιδα, μυοκαρδίτιδα, σπειραματονεφρίτιδα, αρθρίτιδα, σύνδρομο Guillen Barre.

Η χρόνια ηπατίτιδα διαβαθμίζεται σε τρεις βαθμίδες: Την ήπια την μέτρια και την σοβαρή.

Η ήπιας δραστηριότητας χρόνια ηπατίτιδα, χαρακτηρίζεται από περιπυλαία διαβρωτική νέκρωση. Περιορίζεται σε μικρό τμήμα της περιπυλαίας περιοχής, χωρίς να προσβάλλονται όλα τα πυλαία διαστήματα.

Η μέτριας δραστηριότητας χρόνια ηπατίτιδα, χαρακτηρίζεται από διάβρωση στις περιπυλαίες ζώνες, προσβάλλοντας όμως ουσιώδη τμήματα της περιμέτρου των, σε όλα τα πυλαία διαστήματα.

Η σοβαρής δραστηριότητας χρόνια ηπατίτιδα, χαρακτηρίζεται από διαβρωτική νέκρωση, με κατανομή όπως αυτή που περιγράφηκε για την προηγούμενη βαθμίδα και επιπλέον από περιδιαφραγματική διαβρωτική νέκρωση και/ή από διάχυτη γεφυροποιό νέκρωση, που μπορεί να συνυπάρχει με διαβρωτική φλεγμονή.

2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αν ο ασθενής δεν παρουσιάσει ίκτερο στην οξεία φάση, η ανάλυση αίματος θα δείξει αυξημένα ηπατικά ένζυμα. Αν όμως ο ασθενής παρουσιάσει ίκτερο, η αιματολογική εξέταση, θα δείξει και αυξημένα επίπεδα χολερυθρίνης. Ωστόσο, αυτά τα ευρήματα, δεν δίνουν πάντα ξεκάθαρη απάντηση, για το αν πρόκειται για ιογενή ή άλλης αιτιολογίας ηπατίτιδα. Οπότε, θα πρέπει να γίνει λεπτομερής εργαστηριακός έλεγχος για την ανίχνευση τυχόν ιού, κυρίως της ηπατίτιδας Β ή C, ιδιαίτερα μάλιστα εάν πρόκειται για κάποιον που κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών, εργάζεται σε νοσοκομείο ή έχει ιστορικό ηπατίτιδας στην οικογένειά του.

Τα αποτελέσματα των εξετάσεων δείχνουν, τον τύπο ηπατίτιδας, αν πρόκειται για οξεία ή χρόνια νόσο, και αν ο ασθενής είναι απλός φορέας. Η αξονική ή μαγνητική τομογραφία και το υπερηχογράφημα δεν έχουν διαγνωστική αξία, καθώς ανατομικές βλάβες στο συκώτι, εμφανίζονται σε πολύ προχωρημένες περιπτώσεις. Βιοψία γίνεται μόνο στη χρόνια ηπατίτιδα, για να εκτιμηθεί η πραγματική έκταση της βλάβης.

2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι πιο πολλοί ασθενείς με οξεία ιογενή ηπατίτιδα, δεν έχουν ανάγκη από ειδική θεραπεία, επειδή τις περισσότερες φορές η λοίμωξη αυτοϊάται.

Εξαίρεση αποτελούν οι ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα Β ή C που χρειάζονται ειδική θεραπεία, καθώς η νόσος εξελίσσεται σε χρόνια αρκετά συχνά. Η ηπατίτιδα Β εξελίσσεται σε χρόνια, σε ποσοστό 10-30% και η ηπατίτιδα C σε ποσοστό 50%.

Στόχοι της φαρμακευτικής αγωγής είναι η ενίσχυση του ανοσοποιητικού, ο περιορισμός του ιού, ή ακόμα και η εκρίζωσή του, η επιβράδυνση της ηπατικής βλάβης, καθώς και η αποτροπή της κίρρωσης του ήπατος και του καρκίνου.

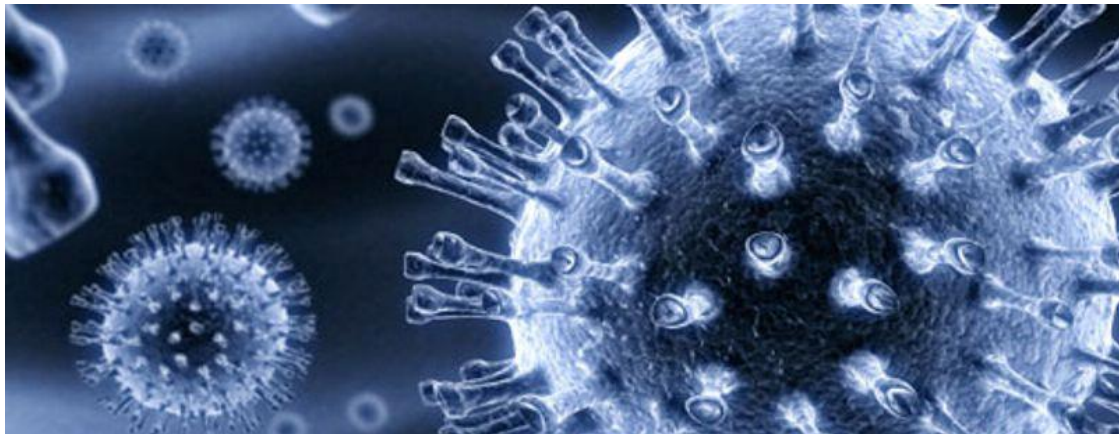
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

3.1 Ο ΙΟΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

Το 1965 στη Φιλαδέλφεια των ΗΠΑ, ο B. Blumberg και η ομάδα του, ανακάλυψαν ένα αντίσωμα στον ορό δύο πολυμεταγγιζόμενων αιμορροφιλικών ασθενών, που αντιδρούσε σε ένα αντιγόνο από τον ορό αίματος ενός Αυστραλού ιθαγενή. Αργότερα αποδείχτηκε, ότι το αντιγόνο αυτό ήταν η πρωτεΐνη του περιβλήματος του ιού της ηπατίτιδας Β, δηλαδή το HBsAg. Για την ανακάλυψή του αυτή ο Blumberg, κέρδισε το βραβείο Νόμπελ το 1977.

Ο ιός της ηπατίτιδας Β (εικόνα 1), είναι ένας DNA ιός ,ανήκει στους hepadna ιούς και καλύπτεται από πρωτεϊνικό περίβλημα, που αποτελείται από την πρωτεΐνη επιφανείας με το αντιγονικό επίτοπο HBsAg και τις πρωτεΐνες προ-S1 και προ-S2.

Ο νουκλεοκασιδικός πυρήνας αποτελείται από το DNA του ιού, την πολυμεράση και την πυρηνική πρωτεΐνη c, με επίτοπο HBcAg.



Εικόνα 1: Ο ιός της ηπατίτιδας Β

Ο HBV ιός, είναι ένας ηπατοτρόπος ιός, αλλά όχι μόνο. Υπάρχουν ενδείξεις πολλαπλασιασμού του στα κύτταρα του παγκρέατος, του σπλήνα, των νεφρών και των λεμφοκυττάρων. Έχει μοναδικό τρόπο πολλαπλασιασμού. Πολλαπλασιάζεται μέσω RNA προγονιδιώματος, που μοιάζει με αυτόν των ρετροϊών. Ο πολλαπλασιασμός του είναι ιδιαίτερα ταχύς και σύμφωνα με την ανάλυση του ιικού γονιδιώματος διακρίνονται 7 γονότυποι του HBV(A-B-C-D-E-F-G).

Μετά την είσοδο του ιού στο ηπατοκύτταρο, ελευθερώνεται από το πυρηνοκασιδίδιο το HBV-DNA και μεταφέρεται στον πυρήνα του κυττάρου, όπου μετατρέπεται σε υπερελικώμενο DNA, το οποίο αποτελεί την μήτρα για την μετάφραση του ιικού γονιδιώματος σε 4 RNA προϊόντα (αγγελιοφόροι). Μετά την μεταγραφή το RNA,

μεταφέρεται στο κυτταρόπλασμα όπου και εγκαθιδνώνεται στα πυρηνοκαψίδια. Μέσα στο καψίδιο γίνεται η σύνδεση της αρνητικής αλυσίδας από την ιική πολυμεράση (με ανάστροφη μεταγραφή) και ακολουθεί και η σύνθεση της θετικής αλυσίδας με μήτρα την αρνητική. Η τελική πρωτεΐνη, αποτελεί τον εκκινητή της έναρξης της ανάστροφης μεταγραφής του προγονιδιακού RNA.

3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας Β, είναι παγκοσμίως μια από τις σημαντικότερες λοιμώδεις νόσους. Εκτιμάται ότι ο ιός HBV έχει μολύνει πάνω από 2 δισεκατομμύρια άτομα , από τα οποία περίπου 400 εκατομμύρια πάσχουν σήμερα από χρόνια ηπατίτιδα Β και 250.000 άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από οξεία ή χρόνια ηπατική ανεπάρκεια.

Από πλευράς ενδημικότητας, υπάρχουν μεγάλες γεωγραφικές και φυλετικές διακυμάνσεις. Ετησίως στην Αμερική, αναφέρονται 200.000-300.000 νέες λοιμώξεις από τον ιό της ηπατίτιδας Β, στην Ευρώπη 1.000.000 και πιστεύεται ότι στην Ασία και στην Αφρική, που η ενδημικότητα είναι υψηλή, οι νέες περιπτώσεις είναι πολύ περισσότερες.

Περιοχές με μεγάλη ενδημικότητα είναι η Κίνα, η νοτιοανατολική Ασία, η Μέση Ανατολή και η νότια Αμερική με επιπολασμό του HBsAg >8%. Στις χώρες αυτές, η μετάδοση γίνεται κυρίως κάθετα από μητέρα σε νεογνό ή οριζόντια από γονείς στα παιδιά τους τα 5 πρώτα χρόνια της ζωής τους.

Περιοχές με ενδιάμεση ενδημικότητα είναι η Ινδία, η νότια και η ανατολική Ευρώπη, η Κεντρική και νότια Αμερική, η Ιαπωνία και η Ρωσία. Ο επιπολασμός του HBsAg είναι 2-7% και το 20-50% του πληθυσμού έχει ορολογικούς δείκτες παρελθούσης HBV λοίμωξης.

Περιοχές με χαμηλή ενδημικότητα είναι η Δυτική Ευρώπη, Αυστραλία, Βόρειος Αμερική, όπου ο επιπολασμός του HBsAg είναι < 2%. Στις περιοχές αυτές τα αίτια της ηπατίτιδας Β είναι η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών και οι πολλαπλές σεξουαλικές σχέσεις.

Στην Ελλάδα σήμερα υπάρχουν 300.000 φορείς του ιού HBV. Η μετάδοση του ιού HBV στον ελληνικό χώρο παλαιότερα ήταν κυρίως ενδοοικογενειακή σε μικρή ηλικία, ενώ σήμερα οφείλεται-κατά το μοντέλο των ανεπτυγμένων χωρών- σε χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών και σε πολλαπλές σεξουαλικές σχέσεις. Ο επιπολασμός του HBsAg στην Ελλάδα εκτιμάται γενικά σε 2-3%, ενώ υπάρχουν γεωγραφικές εστίες με μεγάλη ενδημικότητα. Σε κάποιες ομάδες πληθυσμού παρατηρούμε υψηλά ποσοστά του επιπολασμού του HBsAg π.χ. σε μετανάστες από την Αλβανία(10-23%),σε μουσουλμάνους της Θράκης(15%) και σε τσιγγάνους (8%).

3.3 ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο ΗΒV προκαλεί οξεία και χρόνια ηπατοκυτταρική βλάβη, που οφείλεται στην ανοσιακή απάντηση του ξενιστή και όχι σε κυτταροτοξικότητα του ιού. Σε ποσοστό περίπου 95% των ενηλίκων, η ανοσολογική απάντηση είναι έντονη και ειδική καταλήγοντας ν' αυτοπεριοριστεί η νόσος με μείωση του ιικού φορτίου και ανάπτυξη ανοσίας.

Η εξέλιξη της οξείας λοίμωξης, εξαρτάται κυρίως από την ηλικία του ασθενή. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία, τόσο συχνότερη η μετάπτωση σε χρονιότητα, που στα νεογνά φτάνει σε ποσοστό 90%, σε παιδιά 30-40% και σε ενήλικες 5-10% (κυρίως τοξικομανείς και ομοφυλόφιλους).

Η φυσική πορεία της νόσου εξαρτάται ακόμα από την αλληλεπίδραση ιού και ξενιστή και χαρακτηρίζεται από τέσσερις φάσεις, οι οποίες διαρκούν άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα και μπορούμε να τις διακρίνουμε από ορισμένους ορολογικούς, ιολογικούς, βιοχημικούς και ιστολογικούς παράγοντες.

Φάση ανοχής: Χαρακτηριστικά της είναι τα υψηλά επίπεδα αιμίας (>1.000.000copies/ml), θετικό HBsAg, χαμηλά επίπεδα IgM anti HBc αντισώματα, φυσιολογικές τρανσαμινάσες και ήπιες αλλοιώσεις στη βιοψία του ήπατος.

Ενεργός φάση: Χαρακτηρίζεται από την ανοσολογική απάντηση του ασθενή. Παρατηρούμε αυξημένες τρανσαμινάσες, σχετικά χαμηλά επίπεδα αιμίας, αυξημένα επίπεδα IgM anti-HBe αντισωμάτων, παρουσία HBeAg και anti HBe και ιστολογικές αλλοιώσεις χρόνιας ηπατίτιδας. Η φάση αυτή, μπορεί να διαρκέσει άλλοτε άλλο διάστημα (μέχρι και πολλά χρόνια).

Φάση ανοσοεπιτήρησης: Χαρακτηρίζεται από την ενσωμάτωση του γονιδιώματος του ιού στο DNA του ξενιστή. Παρατηρούνται φυσιολογικές τρανσαμινάσες, πολύ χαμηλά επίπεδα αιμίας, αρνητικό HBeAg, anti-HBc, πολύ χαμηλά επίπεδα IgM anti-HBc και ιστολογικές βλάβες από το προηγούμενο στάδιο (στη φάση αυτή το άτομο είναι ανενεργός φορέας).

Σε ένα μικρό ποσοστό (2%) των ασθενών, μπορεί να παρατηρηθεί εξαφάνιση του HBsAg και αυξημένα anti-HBs. Αυτό μπορεί να συμβαίνει, γιατί ή έχει επέλθει η ίαση ή υπάρχει λανθάνουσα χρόνια λοίμωξη. Η χορήγηση μιας δόσης εμβολίου, διαφοροποιεί τις δύο περιπτώσεις. Αν έχει επέλθει η ίαση, δεν θα παρατηρηθεί καμία ορολογική αλλαγή. Αν υπάρχει λανθάνουσα χρόνια λοίμωξη, τότε θα παρατηρηθεί αύξηση των anti-HBs αντισωμάτων.

Φάση ανοσολογικής διαφυγής: (ο ιός γίνεται εκ νέου ενεργός, σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με HBsAg). Τα άτομα εμφανίζουν αυξημένες τρανσαμινάσες, θετικό HBsAg για μεγαλύτερο διάστημα από 6 μήνες, αρνητικό HBeAg, θετικό anti-HBe, θετικό HBV-DNA>100.000 copies/ml ορού και στοιχεία ενεργούς φλεγμονής στο ήπαρ.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της χρόνιας αυτής ηπατίτιδας, είναι διαρκής πολλαπλασιασμός του ιού, σοβαρή ηπατική βλάβη, προοδευτική ίνωση και κίρρωση. Η HBeAg αρνητική χρόνια ηπατίτιδα Β είναι η επικρατέστερη μορφή ηπατίτιδας στην Ελλάδα.

3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ηπατίτιδας Β, βασίζεται στην ανίχνευση του αντιγόνου επιφανείας του HBV ιού (αυστραλιανό αντιγόνο). Κάποιοι άλλοι δείκτες του HBV ιού, που προσδιορίζονται στο αίμα του ασθενή, βοηθούν στη διάκριση της οξείας από τη χρόνια ηπατίτιδα, στην εκτίμηση της φάσης και του ιικού πολλαπλασιασμού.

HBsAg: Η ανακάλυψη του αυστραλιανού αντιγόνου στα τέλη της δεκαετίας του 60 και η σύνδεση του με την ηπατίτιδα Β, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της διάγνωσης. Το HBsAg είναι το αντιγονικό επίτοπο της πρωτεΐνης επιφανείας. Ανιχνεύεται σε ασθενείς που πάσχουν ή από οξεία ή από χρόνια ηπατίτιδα, με τις μεθόδους ELIZA-RIA οι οποίες είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες. Είναι ο πρώτος δείκτης ο οποίος εμφανίζεται στο αίμα, πολλές φορές πριν ακόμα αυξηθούν οι τρανσαμινάσες δίνοντας τη δυνατότητα να εντοπιστούν νωρίς τα μολυσμένα άτομα. Κατά την ανάρρωση εξαφανίζεται, αλλά παραμένει στη μετάπτωση σε χρονιότητα.

Η ανίχνευση του HBsAg στον ορό αίματος του ασθενή δεν έχει σχέση με τον ιικό πολλαπλασιασμό ούτε με τη βαρύτητα της νόσου. Επίσης δεν υποδηλώνει αν η νόσος είναι οξεία ή χρόνια. Αν εμφανίζεται χωρίς άλλον ορολογικό δείκτη ηπατίτιδας Β, μπορεί να οφείλεται σε αρχική και ασυμπτωματική φάση της οξείας λοίμωξης, σε μεταλλαγμένο ιό ή σε ανοσοκατεσταλμένο άτομο.

Anti-HBs: Είναι αντίσωμα έναντι του HBsAg. Εμφανίζεται στην οξεία HBV λοίμωξη μερικές ημέρες ή τρεις μήνες μετά την εξαφάνιση του HBsAg. Αν εμφανίζεται μαζί με anti-HBc, τότε αυτό δείχνει ίαση και απόκτηση ανοσίας ως προς τη λοίμωξη. Αν ανιχνεύεται μόνο το anti-HBs χωρίς άλλο ορολογικό δείκτη, τότε μπορεί να έχουμε ψευδώς θετικό αποτέλεσμα ή προηγούμενο εμβολιασμό ή μη ανιχνεύσιμο anti-HBc. Σε ποσοστά 20-30% των ασθενών με χρόνια HBV λοίμωξη έχουμε ταυτόχρονη παρουσία HBsAg και anti-HBs.

HBeAg: Το αντιγόνο HBeAg ανιχνεύεται τόσο στην οξεία, όσο και στη χρόνια λοίμωξη και είναι συνδεδεμένο με αυξημένη μολυσματικότητα. Αν παραμένει για χρονικό διάστημα, μεγαλύτερο από 12 εβδομάδες, είναι ένδειξη ότι έχει γίνει μετάπτωση σε χρονιότητα.

anti-HBe: αντίσωμα είναι IgM αντίσωμα και συνήθως υποδηλώνει χαμηλή μολυσματικότητα και καλή έκβαση της νόσου.

Ασθενείς με χρόνια HBV αρνητική σε HBeAg και θετικοί σε anti-HBe παρουσιάζουν δραστήρια ιστολογικά νόσο, ενεργό πολλαπλασιασμό του ιού, αυξημένες τρανσαμινάσες και ανιχνεύσιμο HBV-DNA στον ορό.

HBcAg: Το αντιγόνο αυτό δεν ανιχνεύεται στον ορό, αλλά στον ηπατικό ιστό με τη βοήθεια της ανοσοϊστοχημείας. Αποτελεί δείκτη ιικού πολλαπλασιασμού.

anti-HBc: είναι IgG ή IgM αντίσωμα και ανιχνεύεται με τις ELIZA και RIA. Στην οξεία λοίμωξη εμφανίζονται IgM υψηλοί τίτλοι anti-HBc, οι οποίοι υποχωρούν και δίνουν τη θέση τους σε IgG τίτλους αντισωμάτων anti-HBc, που ανιχνεύονται εφ' όρου ζωής. Σε οξεία ή σε χρόνια λοίμωξη το αντίσωμα μπορεί να συνυπάρχει με

HBsAg. Σε παρελθούσα λοίμωξη μπορεί να συνυπάρχει με το anti-HBs. Δεν παράγεται με τον εμβολιασμό και δεν παρέχει ανοσία.

HBV-DNA: Γίνεται με τη μέθοδο της κηλίδας ή του μοριακού υβριδισμού. Ανιχνεύονται 100.000-1.000.000 copies/ml. Είναι δείκτης ιικού πολλαπλασιασμού και βοηθά στην παρακολούθηση της χρόνιας ηπατίτιδας B, στη διάγνωση αναζωπύρωσης της νόσου και στην ανταπόκριση στην ιική θεραπεία. Ο προσδιορισμός του HBV-DNA με την αλυσιδωτή αντίδραση της πολυμεράσης (PCR) παρουσιάζει υψηλή ευαισθησία, αφού μπορεί να ανιχνεύει 10-100 γονιδιώματα ανά ml.

Πίνακας 2. Σημασία των ιολογικών δεικτών στην ηπατίτιδα B	
Αντιγόνα HBsAg	Οξεία και χρόνια λοίμωξη Οξεία ηπατίτιδα B
HBeAg	Η επιμονή σημαίνει: <ul style="list-style-type: none"> • Συνέχιση της λοιμώδους κατάστασης • Ανάπτυξη χρονιότητας • Αυξημένη βαρύτητα της νόσου
DNA του HBV	Σημαίνει πολλαπλασιασμό του ιού. Ανευρίσκεται στον ορό και στο ήπαρ.
Αντισώματα Αντί-HBs	Ανοσία στον HBV. Προηγούμενη έκθεση
Αντί-HBe Αντί-HBc	Ορομετατροπή
IgM	Οξεία ηπατίτιδα B (υψηλός τίτλος) Χρόνια ηπατίτιδα B (χαμηλός τίτλος)
IgG	Παλαιότερη έκθεση σε ηπατίτιδα B (αρνητικό HBsAg)

Σε έλεγχο για την ηπατίτιδα B πρέπει να υποβάλλονται όλα τα άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όλες οι έγκυες γυναίκες, όλα τα άτομα με αυξημένες

τρανσαμινάσες, όλο το οικογενειακό περιβάλλον ατόμου που νοσεί από ηπατίτιδα Β και χρονίως πάσχοντες από ηπατίτιδα C ή από HIV.

3.5 ΧΡΟΝΙΟΣ ΑΝΕΝΕΡΓΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΤΟΥ HBV

Θεωρείται το άτομο το οποίο είναι θετικό σε HBsAg για διάστημα μεγαλύτερο από 6 μήνες, με φυσιολογικές τρανσαμινάσες τουλάχιστον σε τρεις μετρήσεις το 3μηνο για τον πρώτο χρόνο, χαμηλά επίπεδα του HBV-DNA(<100.000copies/ml), απουσία σημείων και συμπτωμάτων της ηπατίτιδας Β (ηπατικές παλάμες, σπληνομεγαλία κ.λπ.), αλλά παρόλα αυτά μπορεί να μεταδώσει τη νόσο σε άλλους ανθρώπους. Οι ανενεργοί φορείς, είναι σημαντικό να υποβάλλονται σε εργαστηριακούς ελέγχους ανά εξάμηνο, διότι αν η λοίμωξη ενεργοποιηθεί, κινδυνεύουν από κίρρωση και ηπατοκυτταρικό καρκίνο. Η μοναδική ένδειξη θεραπείας, είναι η χορήγηση ανοσοκατασταλτικών ή χημειοθεραπευτικών κι ένα νουκλεοσιδικό ανάλογο.

3.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ HBV ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Από τη στιγμή της μόλυνσης και για διάστημα έξι μηνών, ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών δεν εμφανίζει συμπτώματα ή εμφανίζει τόσο γενικά που συγχέονται με τα συμπτώματα της γρίπης. Αυτά μπορεί να είναι κόπωση, ναυτίες, απώλεια όρεξης, διαταραχές γεύσης ή όσφρησης, μικρός πυρετός.

Σ ένα μικρότερο ποσοστό ασθενών, μπορεί η νόσος να εκδηλωθεί με σοβαρότερα συμπτώματα που περιλαμβάνουν, βαριά κόπωση, έως εξάντληση, διάρροια, ελαφρά απώλεια βάρους, αποχρωματισμένα κόπρανα, σκουρόχρωμα ούρα, πόνο στο άνω δεξί τεταρτημόριο της κοιλιάς, ίκτερο.

Ένας μικρός αριθμός ασθενών κατά την οξεία φάση μπορεί ν' αναπτύξει οξεία ηπατική ανεπάρκεια, λόγω κεραυνοβόλου ηπατίτιδας, με οξύ εμετό, αφυδάτωση και μειωμένο επίπεδο συνείδησης. Αν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί άμεσα (με μεταμόσχευση), ένα ποσοστό ασθενών περίπου 70% μπορεί να οδηγηθεί στο θάνατο.

Ο ασθενής ο οποίος, δεν θα μπορέσει ν' απαλλαγεί από τον ιό και ν' αναρρώσει σε διάστημα έξι μηνών, θα μεταπέσει σε χρονιότητα.

Παράγοντες οι οποίοι προδιαθέτουν σε ανάπτυξη χρονιότητας, είναι η ηλικία του ασθενή(95% στα νεογνά, 60% στα παιδιά, και μόνο 2,5 % στους ενήλικες) και η κλινική του εικόνα (η ασυμπτωματική οξεία ηπατίτιδα, μεταπίπτει πολύ συχνότερα σε χρόνια φάση απ' ότι η συμπτωματική).

Η λήψη ιστορικού του ασθενή, βοηθά στην εκτίμηση της πηγής και του χρόνου μόλυνσης του ατόμου. Η κλινική εξέταση είναι απαραίτητη για τον καθορισμό της διάρκειας της νόσου, με την ανεύρεση σημείων και συμπτωμάτων, όπως σπληνομεγαλία, παλαμιαίο ερύθημα, αραχνοειδή αιμαγγειώματα. Στη συνέχεια

συστήνεται βιοχημικός και ορολογικός έλεγχος. Η προσέγγιση του ασθενή στη χρόνια ηπατίτιδα Β θα στηριχθεί στον ικό πολλαπλασιασμό. Πρώτα θα εξεταστεί το HBsAg και το αν ανιχνεύεται για διάστημα μεγαλύτερο από έξι μήνες. Η χρονιότητα θα τεκμηριωθεί με βιοψία

Το 3-5% των νοσούντων με χρόνια ηπατίτιδα από τον ιό Β, θα αναπτύξουν κίρρωση ετησίως. Προγνωστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη κίρρωσης είναι η ηλικία, η δραστηριότητα του ιού, η συνλοίμωξη με HCV ή HDV, οι μεταλλάξεις του ιού και η κατανάλωση αλκοόλ.

Το 2-10% των κίρρωτικών ασθενών θα εμφανίσουν ρήξη αντιρρόπησης ετησίως, με κλινικές εκδηλώσεις ασκίτη, ρήξη κιστών οισοφάγου, αύξηση επιπέδων χολερυθρίνης και εμφάνιση ηπατικής εγκεφαλοπάθειας.

Η 5ετής επιβίωση των ασθενών με ρήξη αντιρρόπησης είναι 14-35%, σε αντίθεση με την επιβίωση ασθενών με καλή αντιρροπούμενη κίρρωση που είναι 70-80%.

Η ετήσια επίπτωση ηπατοκυτταρικού καρκίνου σε κίρρωτικούς ασθενείς είναι 1,5-6,6%. Παράγοντες κινδύνου είναι το φύλο (αντρικό), η ηλικία, η συνλοίμωξη HCV και ο γονότυπος του ιού.

3.7 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Ο ιός βρίσκεται σε όλα τα υγρά του σώματος και μεταδίδεται με τρεις τρόπους παρεντερικά, σεξουαλικά και περιγεννητικά.

Παρεντερικά: Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, μεταγγίσεις αίματος και των παραγώγων του, αιμοκαθάρσεις, τατουάζ, επαγγελματική έκθεση.

Σεξουαλικά: με την κολπική, πρωκτική και στοματική επαφή.

Περιγεννητικά: δια μέσω του πλακούντα με αιματογενή ή κυτταρική μεταφορά, κατά τη διάρκεια του τοκετού ή κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Πίνακας 1. Ομάδες υψηλού κινδύνου

- Ομοφυλόφιλοι με πολλαπλούς συντρόφους.
- Ετεροφυλόφιλοι με πολλαπλούς συντρόφους.
- Χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.
- Άτομα με καταγωγή από χώρες που ενδημεί η νόσος.
- Άτομα που ταξιδεύουν σε χώρες που ενδημεί η νόσος.
- Άτομα που συμβιώνουν με ασθενή που πάσχει από ηπατίτιδα Β και δεν έχουν ανοσία.
- Αιμοκαθαιρόμενοι.
- Πολυμεταγγιζόμενοι.
- Άτομα που έχουν μεταγγιστεί πριν το 1980.
- Μεταμοσχευμένοι.
- Ασθενείς με HIV ή HCV.
- Ίδρυματοποιημένα άτομα (κυρίως σε φυλακές).
- Παιδιά HBsAg (+) μητέρων.
- Επαγγελματίες υγείας .
- Εργαζόμενοι σε επεξεργασία λυμάτων.

3.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε ασθενείς με οξεία ηπατίτιδα Β, δεν χορηγείται ειδική θεραπεία για την ηπατίτιδα Β. Η υποστηρικτική θεραπεία είναι αρκετή.

Η θεραπεία χρόνιας ηπατίτιδας Β περιλαμβάνει μέχρι στιγμής δύο βασικές προσεγγίσεις:

I. Τη χρήση ανοσορρυθμιστικών / ανοσοτροποποιητικών παραγόντων, όπως οι διάφορες ιντερφερόνες, με μακρά ασφαλή χρήση στις ιογενείς λοιμώξεις του ήπατος από τη δεκαετία του '80, και

II. Τη χρήση νουκλεοσιδικών αναλόγων, με απώτερο σκοπό τον πρόωρο τερματισμό σύνθεσης των νουκλεϊνικών οξέων του ιού.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες συστάσεις του Κ.Ε.Ε.Λ. (Κέντρο ελέγχου ειδικών λοιμώξεων), θεραπεία πρέπει να λαμβάνουν όλοι οι χρόνιοι πάσχοντες από ηπατίτιδα Β, με θετικό ΗΒεΑg, με αυξημένες τρανσαμινάσες δύο φορές από τα ανώτερα φυσιολογικά όρια, HBV-DNA > 100.000 copies/ml και σοβαρού ή μετρίου βαθμού νεκροφλεγμονώδη δραστηριότητα ή ίνωση στη βιοψία ήπατος.

Ασθενείς με ΗΒεΑg αρνητικό έχουν δικαίωμα στη θεραπεία όταν παρουσιάζουν μετρίου βαθμού νεκροφλεγμονώδη δραστηριότητα ή μετρίου βαθμού ίνωση. (Τα επίπεδα του HBV-DNA ή των τρανσαμινασών, δεν πρέπει να επηρεάζουν την λήψη θεραπείας).

Τρία φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της HBV λοίμωξης. Η ιντερφερόνη-α (IFN-α), λαμβουντίνη (LAM) και η διπιβαλική αντεφοβίρη (ANT). Στις ΗΠΑ έχει λάβει έγκριση και η εντεκαβίρη.

Ιντερφερόνη-α: ένα φάρμακο με αντι-ική και ανοσοτροποποιητική δράση. Σε ασθενείς με θετικό ΗΒεΑg, η δόση είναι 9-10 MU, τρεις φορές την εβδομάδα, για 4-6 μήνες.

Σε ασθενείς με αρνητικό ΗΒεΑg η δόση είναι 3-6 MU, 3 φορές την εβδομάδα, για τουλάχιστον 12 μήνες.

Σε ότι αφορά τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της θεραπείας με IFN-α (6-10 χρόνια), τα δεδομένα δείχνουν ότι, τόσο οι ΗΒεΑg θετικοί, όσο και οι ΗΒεΑg αρνητικοί που ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία, παρουσίασαν σημαντικά μειωμένα ποσοστά ανάπτυξης σοβαρών επιπλοκών της νόσου (ασκίτη, κίρσορραγία, εγκεφαλοπάθεια), καθώς και αύξηση επιβίωσης σε σχέση με ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο ή δεν ανταποκρίθηκαν.

Πλεονεκτήματα της IFN-α αποτελούν, η συγκεκριμένη διάρκεια χορήγησης, η παρατεταμένη μακροχρόνια ανταπόκριση, η πιθανότητα (μικρή) πλήρους ίασης και η απουσία μεταλλαγμένων στελεχών ανθεκτικών στη θεραπεία.

Μειονεκτήματα της IFN-α αποτελούν οι αρκετά σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλεί, η παρεντερική χορήγηση και το μεγάλο κόστος.

Με στόχο να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με Ιντερφερόνη, οι ερευνητές κατασκεύασαν μια νέα μορφή ιντερφερόνης την PEG-IFN, η οποία αποτελείται από Ιντερφερόνη-α σε σύζευξη με μόριο πολυαιθυλαινικής γλυκόλης. Η

νέα αυτή μορφή ιντερφερόνης, εμφανίζει σημαντική αύξηση του χρόνου ημίσειας ζωής, γιατί καθυστερεί ν' απεκκριθεί από τον οργανισμό. Έχει ευκολότερο τρόπο δοσολογίας, με χορήγηση μια φορά την εβδομάδα και μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα.

Σήμερα υπάρχουν δυο μορφές PEG -IFN. Η PEG – IFN a-2b και η PEG – IFN a-2a, οι οποίες διαφέρουν στο μόριο πολυαιθυλαινικής γλυκόλης. Τα φάρμακα αυτά έδωσαν ποσοστά ορομετατροπής 33% σε HBeAg θετικούς και μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης 43% στους HBeAg αρνητικούς.

Λαμβιβουντίνη: Είναι ένα φάρμακο το οποίο αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό του ιού, καταστέλλοντας την πολυμεράση άρα και την αντιγραφή του γονιδιώματος. Ένδειξη για θεραπεία με λαμβιβουντίνη είναι η σημαντική αύξηση των τρανσαμινασών. Χορήγηση 100mg ΛΑΜ/24ωρο για 12 μήνες, επιτυγχάνει ορομετατροπή του HBeAg θετικού στο 17% και του HBeAg αρνητικού στο 70-90%. Μετά από 4 χρόνια θεραπείας επιτυγχάνει σταδιακή αύξηση του ποσοστού ορομετατροπής έως και 47%. Η ΛΑΜ σε κίρρωτικούς ασθενείς, αλλάζει τη φυσική πορεία της νόσου μειώνοντας τα επίπεδα ασκίτη, κίρσορραγίας και ηπατοκυτταρικού καρκίνου.

Πλεονεκτήματα: Εξαιρετική ασφάλεια και ανοχή του φαρμάκου, χορήγηση peros, χαμηλό κόστος.

Μειονεκτήματα: Η προοδευτικά αυξανόμενη εμφάνιση ικτής ανοχής, λόγω ανάπτυξης μεταλλαγμένων στελεχών ανθεκτικών στη λαμβιβουντίνη. Σήμερα λύση στο παραπάνω πρόβλημα δίνει η αντικατάσταση της λαμβιβουντίνης με διπιβαλική αντεφοβίρη.

Διπιβαλική αντεφοβίρη: Σε μια placebo-ελεγχόμενη μελέτη, χρονίως πάσχοντες ασθενείς που έλαβαν ANT 10mg/ημέρα για 48 εβδομάδες παρουσίασαν ορομετατροπή του HBeAg θετικού σε ποσοστό 12% έναντι 6% αυτών που έλαβαν placebo. Σε κάποιους ασθενείς που δεν παρουσίασαν ορομετατροπή και διεκόπη το φάρμακο, αναζωπυρώθηκε ο ιός. Λαμβάνοντας υπόψη αυτό το χαρακτηριστικό και το ότι το φάρμακο έχει εξαιρετική ασφάλεια, συστήνεται η μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης. Όσο αυξάνει η διάρκεια της θεραπείας τόσο αυξάνουν και τα ποσοστά ορομετατροπής του HBeAg. Ασθενείς με HBeAg αρνητικό (χρονίως πάσχοντες), που έλαβαν ANT 10mg/ημερησίως για 48 εβδομάδες παρουσίασαν αρνητικοποίηση του HBV-DNA στον ορό σε ποσοστό 51%, έναντι σε 0% αυτών που έλαβαν placebo. Η συχνότητα ικτής ανοχής στο φάρμακο λόγω μεταλλαγμένων στελεχών, είναι μικρότερη από εκείνη της ΛΑΜ.

Νεότερες Θεραπείες:

Συνδυασμός PEG-IFN και ΛΑΜ (δεν έχει καταγραφεί κάποια υπεροχή έναντι της μονοθεραπείας με PEG-IFN)

Συνδυασμός ΛΑΜ και ANT (αποτελεσματικός σε ασθενείς με κίρρωση, γιατί προλαμβάνει την ανάπτυξη των σοβαρών επιπλοκών της ρήξης αντιρρόπησης)

Εντεκαβίρη: Κλινικές δοκιμές που συνέκριναν τη χορήγηση εντεκαβίρης έναντι της ΛΑΜ, επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά της. Ειδικότερα οι ΗΒεΑg θετικοί, που έλαβαν εντεκαβίρη για 48 εβδομάδες παρουσίασαν μη ανιχνεύσιμο HBV-DNA σε ποσοστό 91%, έναντι 65% όσων έλαβαν ΛΑΜ. Το ίδιο συνέβη και στους ΗΒεΑg αρνητικούς. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα το φάρμακο να λάβει έγκριση για τη θεραπεία της ηπατίτιδας Β στις ΗΠΑ.

Φάρμακα υπό δοκιμή: Αρκετά καινούργια νουκλεοσιδικά φάρμακα βρίσκονται υπό μελέτη. Η εμπρισιταμπίνη βρίσκεται σε κλινικές δοκιμές φάσης ΙΙΙ και αναμένονται τα αποτελέσματα. Άλλα δύο νουκλεοσιδικά φάρμακα που μελετούνται, είναι η τελμπιβουντίνη και η κλεβουντίνη.

3.9 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη για την ηπατίτιδα Β, βασίζεται σε δύο επίπεδα:

Στην ενημέρωση και στην ανοσοποίηση

Η ενημέρωση αφορά :

- στην ευαισθητοποίηση των ομάδων υψηλού κινδύνου, ώστε να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα για την προφύλαξή τους.
- στη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και διαβίωσης.
- στη συμμόρφωση στις οδηγίες σεξουαλικής συμπεριφοράς.
- στη σχολαστική τήρηση κανόνων από επαγγελματίες, οι οποίοι εκτίθενται καθημερινά στον ιό HBV.

Όσον αφορά την ανοσοποίηση έναντι του ιού HBV, υπάρχουν δύο τύποι:

Ι.Εμβολιασμός

Από το 1992, η πρόληψη της ηπατίτιδας Β επιτυγχάνεται κυρίως με εμβολιασμό. Τα εμβόλια που χρησιμοποιούνται σήμερα, περιέχουν ανασυνδυασμένα αντιγόνα ΗΒsAg και παράγονται σε ζυμομύκητες.

Το εμβόλιο είναι ασφαλές και αποτελεσματικό σε νεογνά, παιδιά και εφήβους 95% και σε ενήλικες 90%. Υπάρχει καλή ανοχή στον εμβολιασμό, με πολύ λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες κυρίως τοπικά (ερύθημα, κνησμός) και σπανιότερα χαμηλός πυρετός ή αναφυλαξία. Σε έγκυες δεν προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες, ούτε στο έμβρυο, αλλά χορηγείται μόνο αν είναι απαραίτητο.

Κάποιοι όμως παράγοντες, μπορεί να κάνουν τον εμβολιασμό μη αποτελεσματικό.

Ηλικία άνω των 40 ετών, παχυσαρκία, ανοσοκαταστολή, κάπνισμα, χρήση ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών, γενετική προδιάθεση, κατάψυξη εμβολίου. Προτιμάται η χορήγησή του στον δελτοειδή μυ και όχι στον γλουτό.

Οι ομάδες υψηλού κινδύνου έπειτα από ιολογικό έλεγχο, επιβάλλεται να εμβολιάζονται. Σε άτομα ανοσοκατεσταλμένα, αιμοκαθαιρόμενα και

μεταμοσχευμένα, με λοίμωξη HIV συνίσταται ο εμβολιασμός, όμως συχνά δεν είναι αποτελεσματικός.

Σε άτομα που δεν ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου δεν απαιτείται έλεγχος αντισωμάτων πριν τον εμβολιασμό. Στο εμπόριο υπάρχουν δύο σκευάσματα εμβολίου: το Engerix B και το Recombivax HB.

Η ανοσολογική απόκριση στον εμβολιασμό, ελέγχεται μετά από 3 μήνες από την τελευταία δόση με την ανίχνευση anti-HBs. Ικανοποιητική απόκριση θεωρείται ο τίτλος αντισωμάτων >100 IU/ml, χαμηλή απόκριση 10-100 mu/ml και μη απόκριση <10 mu/ml.

Σε άτομα που δεν ανταποκρίθηκαν στον εμβολιασμό, γίνεται επανάληψη των τριών δόσεων, αλλά με διαφορετικό σκεύασμα από αυτό που χρησιμοποιήθηκε την πρώτη φορά ή με διπλή δόση του αρχικού σκευάσματος.

Ασθενείς με ηπατοπάθεια διαφορετικής αιτιολογίας π.χ. αυτοάνοση ηπατίτιδα ,αλκοολική ηπατίτιδα ,ηπατίτιδα C, επιβάλλεται να εμβολιαστούν.

II. Παθητική ανοσοποίηση.

Όταν ένα άτομο εκτεθεί στον ιό και η κατάσταση εμβολιασμού και η αντισωματική ανταπόκριση δεν είναι γνωστές, τότε συνίσταται η χορήγηση υπεράνοσου γ-σφαιρίνης (HBIG). Ασθενείς που έχουν anti-HBs >10mu/ml, δεν χρειάζονται κάτι άλλο. Αν όμως τα anti-HBs είναι < από 10 mu/ml, τότε χορηγείται αναμνηστική δόση εμβολίου και μία δόση HBIG μετά την έκθεση κι έπειτα από 1 μήνα γίνεται έλεγχος αντισωμάτων.

Άτομα που βρίσκονται σε διαδικασία εμβολιασμού, αλλά δεν τους έχουν χορηγηθεί ακόμα και οι τρεις δόσεις και εκτεθούν στον ιό, συνεχίζουν κανονικά το πρόγραμμα του εμβολιασμού και προστίθεται και μία δόση HBIG το συντομότερο δυνατό. Σε πάσχοντες που έχουν κάνει δύο σειρές εμβολιασμού και δεν είχαν καλή ανταπόκριση, τους χορηγούνται δύο δόσεις HBIG (η δεύτερη ένα μήνα μετά την πρώτη).

Σε άτομα που δεν έχουν εμβολιαστεί, χορηγείται η πρώτη δόση εμβολίου ταυτόχρονα με μία δόση HBIG ενδομυϊκά σε διαφορετικά σημεία, ή διακόπτεται αν το άτομο δεν έχει ανταποκριθεί στην ανοσοποίηση κι έχει μολυνθεί από τον ιό.

Η χορήγηση ειδικής σφαιρίνης (HBIG) κι εμβολίου της ηπατίτιδας B κατά τη διάρκεια του πρώτου εικοσιτετραώρου, μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης του ιού από την οροθετική μητέρα στο νεογέννητο κατά 90-95%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

4.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΙΟΥ HCV

Ο ιός της ηπατίτιδας C, ανακαλύφθηκε το 1989 από τον M. Houghton και την ομάδα του, στην εταιρεία Chiron. Η ανακάλυψη αυτή έγινε για πρώτη φορά με τη μέθοδο της μοριακής κλωνοποίησης, πριν απομονωθεί ο ιός με τις κλασικές μεθόδους π.χ. καλλιέργεια σε θρεπτικά υλικά, ανίχνευση με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο κλπ. Για το λόγο αυτό θεωρήθηκε σαν θρίαμβος για τη μοριακή βιολογία.

Ο ιός της ηπατίτιδας C (εικόνα 2), αποτελείται από ένα μονόκλωνο RNA θετικής κατεύθυνσης. Είναι σφαιρικός, με διάμετρο 55nm και με εικοσαεδρική συμμετρία. Περιβάλλεται από περίβλημα και ανήκει στην οικογένεια των Flaviridae.



Εικόνα 2: Ο ιός της ηπατίτιδας C

Ο κύκλος ζωής του ιού δεν είναι καλά γνωστός, λόγω απουσίας ικανών συστημάτων καλλιέργειας. Ο ιός αρχικά συνδέεται με ειδικούς υποδοχείς της επιφάνειας του ηπατοκυττάρου, μπαίνει στο ενδοπλασματικό δίκτυο όπου χάνει το περίβλημά του.

Έτσι αποκαλύπτεται το νουκλεοκαψίδιο, στη συνέχεια η πολυπρωτεΐνη του ιού στα ριβοσώματα του ηπατοκυττάρου. Το νουκλεοκαψίδιο του ιού, που σχηματίζεται από την πρωτεΐνη core θα ενσωματώσει το ιικό RNA.

Στο επόμενο στάδιο, σχηματίζεται ο φάκελος του ιού, ο οποίος θα περιλάβει το νουκλεοκαψίδιο κι έτσι συναρμολογείται το ιικό σωματίδιο. Το ολοκληρωμένο πλέον στέλεχος, απελευθερώνεται στον εξωκυττάριο χώρο κι έχει την ικανότητα να προσβάλλει τα ηπατοκύτταρα.

Το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό του HCV είναι, η γενετική ποικιλομορφία του γονιδιώματος του, που οφείλεται στο γεγονός ότι οι RNA ιοί όταν πολλαπλασιάζονται, κάνουν μια σειρά από σφάλματα. Έτσι παρουσιάζουν μια μεγάλη και πολύπλοκη ετερογένεια. Η ετερογένεια αυτή εντοπίζεται σε συγκεκριμένη περιοχή του γονιδιώματος και ειδικότερα στην υπερμεταβλητή περιοχή του E2.Ο

γονότυπος του ιού δεν μεταβάλλεται κατά την πορεία της HCV λοίμωξης στον ίδιο ασθενή.

Υπάρχουν έξι γονότυποι, που περιγράφονται με τους αραβικούς αριθμούς από το 1 έως το 6 και πολλοί υπότυποι που χαρακτηρίζονται με τα μικρά γράμματα της αγγλικής αλφαβήτου a,b,c,d,κλπ. Σε παγκόσμιο επίπεδο οι γονότυποι διαφέρουν ως προς τη γεωγραφική κατανομή μεταξύ τους.

Μια πρόσφατη μελέτη στον Ελληνικό πληθυσμό εμφανίζει πρώτο σε συχνότητα τον γονότυπο 1 σε ποσοστό 47% και ακολουθούν οι υπόλοιποι στην εξής σειρά : ο 3 (27%) ο 4 (15,20%) και ο 2 (8,3%). Η γνώση του γονότυπου του ιού HCV έχει μεγάλη σημασία ,κυρίως για την παρασκευή εμβολίου και την πρόγνωση αντι-ικικής θεραπείας. Τα αντισώματα κατά του HCV δεν είναι εξουδετερωτικά, ούτε προσφέρουν προστασία σε επαναμόλυνση από άλλους γονότυπους. Σήμερα είναι γνωστό, ότι ασθενείς που έχουν μολυνθεί από γονότυπο 1, δεν ανταποκρίνονται αρκετά καλά στη θεραπεία με ιντερφερόνη, ή στο σχήμα ιντερφερόνη- ριμπαβιρίνη κι έχουν βαριά ιστολογική εικόνα.

Ο ίδιος γονότυπος σχετίζεται με την ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκίνου, ενώ σε ασθενείς με συνλοίμωξη HIV,έχουμε ταχύτερη εξέλιξη στο AIDS.

4.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ηπατίτιδα C, αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές αιτίες χρόνιας ηπατικής νόσου παγκοσμίως.

Υπολογίζεται ότι, υπάρχουν 170.000.000 ασθενείς με ηπατίτιδα C και ο μέσος επιπολασμός είναι 2% (κυμαίνεται από 1% - 5%).

Στους 100 ασθενείς με ηπατίτιδα C ,

- 25-35 θα ιαθούν, αποβάλλοντας τον ιό σε 2-6 μήνες
- 75-85 μακροχρόνια λοίμωξη
- 70 θα μεταπέσουν σε χρονιότητα
- 5-15 θα αποκτήσουν κίρρωση μετά από 20-30 χρόνια

Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες στηρίζονται στον επιπολασμό του anti-HCV συνήθως σε επιλεγμένες ομάδες, όπως πχ αιμοδότες ή ασθενείς με χρόνιες ηπατοπάθειες. Οι ομάδες αυτές δεν είναι απολύτως αντιπροσωπευτικές του γενικού πληθυσμού, αλλά είναι χρήσιμες ώστε να εκτιμηθεί ο επιπολασμός της HCV λοίμωξης σε διάφορες περιοχές του πλανήτη.

Οι χώρες με τον μεγαλύτερο επιπολασμό, βρίσκονται στην Αφρική και στην Ασία, ενώ οι χώρες με χαμηλότερο, βρίσκονται στη Βόρεια Αμερική, Αυστραλία και Βορειοδυτική Ευρώπη.

Σχετικά υψηλότερος είναι ο επιπολασμός στις Η.Π.Α. (1.8%), Ιαπωνία (1.5% - 2.3%) και Ιταλία (2.2%). Χαμηλός επιπολασμός έχει αναφερθεί στην Γερμανία (0.6%), στον Καναδά (0.8%), στη Γαλλία (1.1%), στην Αυστραλία (1.1%). Ενδεικτικά θα αναφέρουμε ότι ο επιπολασμός στην Κίνα, η οποία είναι η πολυπληθέστερη χώρα της γης, κυμαίνεται στο 3.2%.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η εξάπλωση της ηπατίτιδας C στην Αίγυπτο, όπου ο επιπολασμός κυμαίνεται στο 22% και είναι ο υψηλότερος παγκοσμίως. Αυτό οφείλεται κυρίως στην ανεπαρκή αποστείρωση των συριγγών, με τις οποίες γινόταν η χορήγηση φαρμάκων στον πληθυσμό μαζικά, για τη θεραπεία της σχιστοσωμιάσης. Στις Η.Π.Α. έχει υπολογιστεί, ότι 3.9 εκατομμύρια άνθρωποι είναι οροθετικοί για τον

HCV και ότι ο ιός της ηπατίτιδας C ευθύνεται για 8.000-13.000 θανάτους ετησίως. Ο μέσος επιπολασμός είναι 1.8%.

Πρόσφατες όμως αναφορές από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών των Η.Π.Α. (CDC), δείχνουν μία σημαντική μείωση των νέων περιπτώσεων HCV λοίμωξης, από τις 230.000 στις 36.000 ετησίως.

Σ' αυτή τη μείωση συνέβαλαν:

α) η μείωση της μετά- μετάγγισης ηπατίτιδας από το 1985 μέχρι σήμερα, σχεδόν στο μηδέν.

β) τα καλύτερα μέτρα πρόληψης που λαμβάνονται από χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, λόγω του κινδύνου του AIDS.

Ο αυστηρός έλεγχος του αίματος και των παραγώγων του προς μετάγγιση, έχει εξαλείψει σήμερα αυτή την πηγή μετάδοσης της ηπατίτιδας C. Ο συνηθέστερος τρόπος μετάδοσης της ηπατίτιδας C παγκοσμίως, θεωρείται πλέον η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών, αφού οι υπόλοιποι τρόποι, συγκεντρώνουν μικρά ποσοστά.

Υπάρχει μεγάλη συσχέτιση ανάμεσα στον επιπολασμό της λοίμωξης και στους τρόπους μετάδοσης. Σε χώρες με χαμηλό επιπολασμό ενοχοποιείται ως πηγή μετάδοσης η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών, ενώ σε χώρες με ενδιάμεσο ή υψηλό επιπολασμό, οι λανθασμένες πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης και οι μη ασφαλείς νοσηλευτικές και ιατρικές πρακτικές.

Η εκτίμηση της επίπτωσης της HCV λοίμωξης, είναι αδύνατη, επειδή η οξεία λοίμωξη από τον ιό αυτό, είναι συνήθως ασυμπτωματική και συνεπώς ο καθορισμός των νέων περιπτώσεων ανά έτος είναι ανέφικτος.

Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της HCV λοίμωξης, δεν είναι απόλυτα γνωστός. Σύμφωνα με μελέτες που διενεργήθηκαν στο γενικό πληθυσμό, διαπιστώνουν ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 0.5% - 1.3%, που φαίνονται να είναι ανάλογα άλλων ευρωπαϊκών κρατών.

Στον ελληνικό χώρο σήμερα ζουν 130.000- 160.000 άτομα με χρόνια ηπατίτιδα C και κάθε χρόνο μετρούνται 3.700 νέες μολύνσεις. Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα αναφέρουν, ότι ο γονότυπος 1 του ιού HCV είναι ο συχνότερος (46.9%) στον ελληνικό πληθυσμό κι ακολουθούν σε συχνότητα, ο 3 (28.1%), ο 4(13.2%), ο 2 (6.9%) και ο 5 (0.4%).

Αντίστοιχα στις Η.Π.Α., ο γονότυπος 1 ευθύνεται για το 73.7% των ασθενών, με χρόνια ηπατίτιδα C και στη Μεγάλη Βρετανία το ποσοστό είναι 50%.

Σύμφωνα με ανακοινώσεις της ιατρικής κοινότητας, στην Ελλάδα ο επιπολασμός της νόσου είναι από τους υψηλότερους στην Ευρώπη, κυρίως σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως μετανάστες από χώρες που ενδημεί ο ιός ,τσιγγάνους Ρομά, φυλακισμένους, XEN.

Το 2015 το Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, πραγματοποίησε μια έρευνα, η οποία ονομάστηκε "Hprolipsis" για τις ηπατίτιδες B και C σε δείγμα 6000 ατόμων. Το δείγμα αποτελούσαν 4709 άτομα του γενικού πληθυσμού, 501 μετανάστες και 530 τσιγγάνοι Ρομά.

ΣΤΟΧΟΙ

• Η εκτίμηση επιπολασμού ιογενών ηπατιτίδων B και C και HIV λοίμωξης στο γενικό ενήλικο πληθυσμό, και σε μετακινούμενους πληθυσμούς

- Η εντόπιση παραγόντων κινδύνου, η ανάπτυξη και η υλοποίηση δράσεων ευαισθητοποίησης πληθυσμών στόχων
- Η προσφορά εμβολιασμού κατά του ιού της ηπατίτιδας Β στους μετακινούμενους πληθυσμούς
- Η παροχή ατομικής συμβουλευτικής σε οροθετικά άτομα και η παραπομπή τους σε ηπατολογικά κέντρα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Εκτιμώμενος επιπολασμός στο γενικό πληθυσμό:
B: 1,57% (1,12%-2,18%)
C: 0,85% (0,55%-1,32%)
- Επιπολασμός B, υψηλότερος σε μετανάστες και σε τσιγγάνους Ρομά.
- Επιπολασμός C, υψηλότερος σε μετανάστες .
- Περίπου το 60%-70% των θετικών του γενικού πληθυσμού, δεν γνωρίζει ότι έχει μολυνθεί από ηπατίτιδα.
- Πολύ μικρό ποσοστό λαμβάνει θεραπεία.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πολύ μεγάλο ποσοστό του δείγματος, παραδέχτηκε δυσκολίες στην πρόσβαση σε εξετάσεις και θεραπείες.

Οι λόγοι είναι πρωτίστως οικονομικοί (που είναι και σπουδαιότεροι), ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος υγείας (μεγάλες λίστες αναμονής, μακρινά ραντεβού κλπ) και η μη διευκόλυνση των ατόμων από τους χώρους εργασίας τους.

Για τους Τσιγγάνους- Ρομά φραγμό αποτελεί η έλλειψη νομιμοποιητικών εγγράφων κατάλληλων για την έκδοση πιστοποιητικών. Εντυπωσιακή η χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη στα παιδιά των Ρομά για ηπατίτιδα Β, σε σύγκριση με τα μη Ρομά παιδιά.

Ο υψηλός επιπολασμός των ηπατιτίδων, κυρίως της HBV, στις ομάδες των Ρομά, οφείλεται κυρίως στις κακές συνθήκες διαβίωσης και στο μεγάλο κενό γνώσεων σχετικά με τα μέτρα πρόληψης, τη μετάδοση και τη θεραπεία.

Για τους μετανάστες, φραγμό αποτελεί, η αδυναμία επικοινωνίας λόγω διαφορετικής γλώσσας, η έλλειψη εγγράφων, ο φόβος απέλασης. Λόγω των συνθηκών διαβίωσης και του συστήματος υγείας που επικρατεί στη χώρα τους, αλλά και των συνθηκών του ταξιδιού από τη χώρα προέλευσης και τους ενδιάμεσους σταθμούς, παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στο επιδημιολογικό τους προφίλ, από τους γηγενείς πληθυσμούς της χώρας που τους υποδέχεται.

Τέλος στον γενικό πληθυσμό, ο επιπολασμός εμφανίστηκε χαμηλός. Το 60-70% των θετικών δεν γνώριζε ότι έχει μολυνθεί από HBV και HCV. Πολύ μικρό ποσοστό έχει λάβει θεραπεία. Παρόλα αυτά, η έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τη νόσο, είναι ένας επικίνδυνος παράγοντας ο οποίος προκαλεί φόβο εξέτασης, για την αποφυγή στιγματισμού και περιθωριοποίησης.

Το συμπέρασμα λοιπόν είναι, ότι υπάρχει επιτακτική ανάγκη ανάπτυξης και υλοποίησης δράσεων ευαισθητοποίησης όλου του πληθυσμού και κυρίως των ευάλωτων ομάδων, με απώτερο σκοπό την πρόληψη και τον έλεγχο της ηπατίτιδας.

Η έγκαιρη διάγνωση είναι πολύ σημαντική για όσους νοσούν, διότι εισάγονται αμέσως σε θεραπεία. Έτσι βελτιώνεται η υγεία των νοσούντων και ταυτόχρονα εμποδίζεται η μετάδοση της νόσου σε άλλα άτομα, γεγονός σημαντικό για τη δημόσια υγεία.

Για τις επόμενες δεκαετίες, η επιδημιολογικές μελέτες προβλέπουν σημαντική αύξηση της συχνότητας των κλινικών επιπλοκών από τη χρόνια HCV λοίμωξη, επιπλοκών που πρόκειται να εκδηλωθούν στους ασθενείς που έχουν εκτεθεί στον ιό

πριν από το 1980. Σημαντική νοσηρότητα από την HCV λοίμωξη, συναντάται συνήθως δύο- τρεις δεκαετίες μετά την οξεία λοίμωξη σε ποσοστό που εκτιμάται ότι αντιπροσωπεύει το 30-40% των περιπτώσεων. Συνεπώς οι περιπτώσεις από τη χρόνια HCV λοίμωξη, είναι δυνατόν να εκτιμηθούν μόνο σε βάθος χρόνου και κυρίως καθορίζονται από την επίπτωση της λοίμωξης στις προηγούμενες δεκαετίες.

Παρότι με τον εμβολιασμό κατά της ηπατίτιδας B τα νέα περιστατικά τείνουν να μειωθούν, τα περιστατικά της ηπατίτιδας C διαρκώς αυξάνονται. Αυτό συνδέεται στενά με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της κρίσης όπως:

- Το μεγάλο κύμα μεταναστών
- Οι συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού οι οποίες έχουν επιδεινωθεί
- Η ραγδαία αύξηση των αστέγων
- Η φτώχεια και περιθωριοποίηση των XEN
- Το μεγάλο ποσοστό πασχόντων το οποίο δεν είναι σε θέση να πληρώσει τη θεραπεία του
- Η οικονομική αδυναμία των κρατικών φορέων να βοηθήσει τους πάσχοντες.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η κατάσταση που αφορά τις ηπατίτιδες σε μεταναστευτικό πληθυσμό, έχει βελτιωθεί κυρίως σε χώρες οι οποίες έχουν σωστούς ελεγκτικούς μηχανισμούς εισροής και κινητικότητας. Αυτό όμως δεν συμβαίνει σε καθολικό επίπεδο. Στη Ρουμανία, Λεττονία και Βουλγαρία, φαίνεται να ενδημεί η νόσος ανάμεσα στους μετανάστες που ζουν εκεί. Πρόσφατα και στην Ελλάδα, καταγράφηκαν περιστατικά που αφορούσαν μετανάστες και κυρίως παιδιά μεταναστών.

Παρότι το σύστημα καταγραφής και ελέγχου λοιμωδών νοσημάτων στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια έχει βελτιωθεί, είναι πολύ δύσκολο να εμφανίσει την πραγματική επιδημιολογική εικόνα του πληθυσμού των μεταναστών που ζουν στην Ελλάδα. Αυτό οφείλεται σε πολλούς λόγους: η τεράστια μεταναστευτική κίνηση, η παράνομη μετανάστευση, τα στρατόπεδα παραμονής μεταναστών.

Ταυτόχρονα τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα στο σύστημα υγείας και η οικονομική κρίση με όλα όσα συνεπάγεται, διογκώνουν το πρόβλημα και εμποδίζουν τη σωστή λειτουργία των μηχανισμών ελέγχου και καταγραφής.

4.3 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Σύμφωνα με τη μελέτη του Kiyosawa πριν από 17 χρόνια, το μέσο διάστημα από τη στιγμή της μόλυνσης από τον ιό HCV, μέχρι τη διάγνωση της κίρρωσης, είναι 21 έτη και μέχρι τη διάγνωσή του ηπατοκυτταρικού καρκίνου περίπου 29 έτη.

Ακολούθησαν και άλλες μελέτες, οι οποίες δεν μπόρεσαν να φωτίσουν πλήρως όλα τα σημεία της φυσικής πορείας της νόσου, λόγω του ασυμπτωματικού της χαρακτήρα, της αργής της εξέλιξης και της ποικίλης έκβασής της. Παρά τις δυσκολίες, γνωρίζουμε σήμερα, ότι το 85% των ασθενών, μεταπίπτει σε χρονιότητα, έπειτα από μία οξεία ασυμπτωματική ηπατίτιδα C. Το 15% μόνο, δίνει ικανή ανοσολογική απάντηση και απαλλάσσεται από τον ιό.

Ένα ποσοστό 20% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C, θα εμφανίσει κίρρωση του ήπατος, 20 χρόνια περίπου μετά τη μόλυνση. Αρκετοί από τους ασθενείς αυτούς, με ιστολογικά επιβεβαιωμένη κίρρωση, παραμένουν ασυμπτωματικοί και εμφανίζουν μεγάλο προσδόκιμο ζωής.

Η εξέλιξη της νόσου, δεν είναι ίδια για όλους τους ασθενείς. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες, που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά και η τροποποίησή τους μπορεί ίσως να μεταβάλλει την εξέλιξη αυτή. Οι παράγοντες αυτοί, διακρίνονται σε παράγοντες του ξενιστή, σε παράγοντες του ιού και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

- Οι παράγοντες του ιού είναι, το ιικό φορτίο, η στιγμή της λοίμωξης, ο γονότυπος του ιού.
- Οι παράγοντες του ξενιστή είναι, η ηλικία, το φύλο (αντρικό), η φυλή (νέγροι), και η παχυσαρκία, η οποία είναι συνδεδεμένη, με την παρουσία στεάτωσης του ηπατικού παρεγχύματος, που σχετίζεται με σοβαρή ηπατική ίνωση.

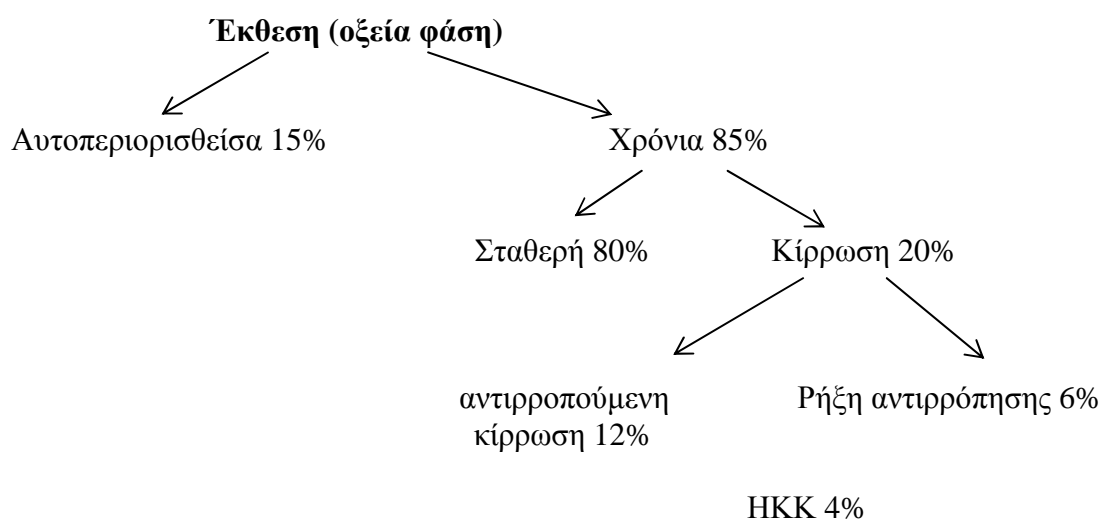
Από τους παράγοντες του ξενιστή, σημαντικό ρόλο παίζει η ηλικία κατά την λοίμωξη. Μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς, εμφανίζουν βαρύτερη νόσο από τους νεότερους, έπειτα από ίδια διάρκεια της νόσου.

- Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, περιλαμβάνουν τη συνλοίμωξη με άλλους ηπατοτρόπους ιούς (HBV), το κάπνισμα, την κατάχρηση αλκοόλ, την έκθεση σε τοξικούς ή άλλους παράγοντες (π.χ. λήψη κορτικοειδών) και τη συνλοίμωξη με HIV.

Η συνλοίμωξη με HBV, επιδεινώνει την κατάσταση και αυξάνει τον κίνδυνο, ανάπτυξης ηπατοκυτταρικού καρκίνου, ενώ η κατάχρηση αλκοόλ, δρα συνεργικά με τον ιό HCV και επιταχύνει την ηπατική ίνωση. Ταυτόχρονα εμποδίζει τη φαρμακευτική αγωγή να δράσει, έτσι ώστε να επέλθει η ίαση.

Η συνλοίμωξη με HIV σε ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C, προκαλεί ταχεία εξέλιξη της ηπατικής νόσου και μειωμένη επιβίωση. Αυτή η δυσμενής κατάσταση μπορεί να αμβλυνθεί λόγω της γενικευμένης πλέον χρήσης της αποτελεσματικής αντιρετροϊκής θεραπείας. Τα φάρμακα έναντι στο HIV, δεν φαίνεται βέβαια να επηρεάζουν τον HCV- RNA, αλλά υπάρχουν ενδείξεις, ότι καθυστερούν την εξέλιξη της ηπατικής ίνωσης κι έτσι βελτιώνουν την πρόγνωση της HCV λοίμωξης.

Πίνακας 3. Φυσική εξέλιξη της νόσου



4.4 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι συνέπειες της ηπατίτιδας C στο ήπαρ, αξιολογούνται με τον τρόπο που μεταβάλλεται το ήπαρ, καθώς αναπτύσσεται και εξελίσσεται η φλεγμονή πάνω σ αυτό.

Το πρώτο στάδιο της ηπατίτιδας C είναι η οξεία φάση. Αρχίζει από τη στιγμή που ο ιός εισβάλλει στα ηπατικά κύτταρα και διαρκεί περίπου έξι μήνες. Εάν το ανοσοποιητικό σύστημα δεν καταφέρει να καταπολεμήσει τον ιό σε αυτό το χρονικό διάστημα, η νόσος μεταπίπτει σε χρόνια φάση.

Η φλεγμονή διαρκώς εξελίσσεται, μολύνει και νεκρώνει περισσότερα ηπατοκύτταρα και από ένα σημείο και μετά δημιουργεί ουλοποίηση στο ήπαρ, δηλαδή ίνωση.

Σε όλο αυτό το διάστημα το ανοσοποιητικό σύστημα δρα με σκοπό να καταπολεμήσει τον ιό και να σταματήσει την εξάπλωση της λοίμωξης. Αν είναι επαρκές, τότε μπορεί να επέλθει κάθαρση από τον ιό (δυστυχώς σε ελάχιστες περιπτώσεις). Αν αποδειχθεί ανεπαρκές, τότε το ήπαρ οδηγείται σε πλήρη απώλεια της ελαστικότητας του δηλαδή κίρρωση. Στο στάδιο αυτό, παρατηρούνται ουλές στον ηπατικό ιστό και αλλαγές στην αρχιτεκτονική του ήπατος που εμποδίζουν το όργανο να εκτελέσει σωστά όλες τις λειτουργίες του.

Η απώλεια της λειτουργικότητας του ήπατος είναι σταδιακή. Σε κάποιες περιπτώσεις δημιουργούνται αντιρροπιστικοί μηχανισμοί και το ήπαρ εξακολουθεί να εκτελεί τις βασικές του λειτουργίες. Το στάδιο αυτό ονομάζεται αντιρροπούμενη κίρρωση. Στον εργαστηριακό έλεγχο οι ασθενείς με καλή αντιρροπούμενη κίρρωση εξακολουθούν να έχουν φυσιολογικές τιμές αλβουμίνης, χολερυθρίνης, τρανσαμινασών και παραγόντων πήξης αίματος. Παρόλα αυτά ο ασθενής θα εμφανίσει κάποια σημεία και συμπτώματα, όπως αραχνοειδή αιμαγγειώματα, παλαμιαίο ερύθημα, διαταραχές στη λίμπιντο, υπογοναδισμό, ανωμαλίες κατά την έμμηνο ρύση.

Με την πάροδο του χρόνου, τη συμβολή διαφόρων βλαπτικών παραγόντων (π.χ. λοιμώξεις, φάρμακα κλπ) και την απουσία φαρμακευτικής αγωγής έναντι του ιού, οι μηχανισμοί αντιρρόπησης σταματούν και το ήπαρ δεν μπορεί πλέον να εκτελέσει τις λειτουργίες του. Έτσι αναπόφευκτα ο ασθενής περνά στο στάδιο της μη αντιρροπούμενης κίρρωσης.

Από διάφορες μελέτες φαίνεται ότι το 18% περίπου των ασθενών με αντιρροπούμενη κίρρωση θα αναπτύξουν μη αντιρροπούμενη κίρρωση μετά από 5 χρόνια. Το ποσοστό ανέρχεται στο 29% μετά από δέκα χρόνια.

Αίτια μετάπτωσης είναι η πυλαία υπέρταση, οι λοιμώξεις, διάφοροι μεταβολικοί παράγοντες, χειρουργικές επεμβάσεις και γενική αναισθησία και το αλκοόλ.

4.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα συμπτώματα της ηπατίτιδας C, δεν είναι «θορυβώδη» τόσο στην οξεία όσο και στη χρόνια ηπατίτιδα C. Για το λόγο αυτό, η νόσος διαγιγνώσκεται τυχαία ή στη διάρκεια εθελοντικής αιμοδοσίας ή σε κάποιον έλεγχο υγείας. Μεγάλη ποικιλία υπάρχει στο εύρος και στον βαθμό των συμπτωμάτων.

Στην οξεία ηπατίτιδα C, οι ασθενείς είναι ασυμπτωματικοί, ενώ ένα μικρό ποσοστό ασθενών εκδηλώνει καταβολή, ναυτία, εμετούς, κατάθλιψη και ίκτερο.

Στη χρόνια ηπατίτιδα C, δεν παρατηρούνται ειδικά συμπτώματα για τη νόσο. Οι ασθενείς εμφανίζουν κόπωση και πόνο στο άνω δεξί τεταρτημόριο της κοιλιάς. Σπάνια παρατηρείται και κνησμός.

Όταν γίνει μετάπτωση σε κίρρωση, τότε εκδηλώνονται : σπληνομεγαλία, διαταραχές θρέψης, δερματικά σημεία (αστεροειδείς ευρυαγγείες).

Η ρήξη της αντιρρόπησης κίρρωτικού ασθενή προκαλεί ασκίτη, αιμορραγία κίρσων οισοφάγου κλπ.

Η HCV λοίμωξη, μπορεί να προκαλέσει και πλήθος εξωηπατικών εκδηλώσεων όπως η κρυοσφαιριναιμία τύπου II, η οποία έχει αποδειχτεί πλήρως, ότι συσχετίζεται με την HCV. Το γεγονός ότι ο HCV ιός έχει την ικανότητα, να πολλαπλασιάζεται στα λεμφοκύτταρα, δημιουργεί λεμφοπερπλαστικά σύνδρομα.

Η ηπατίτιδα C, είναι συχνό αίτιο δερματικών εκδηλώσεων. Τέτοια είναι η όψιμη δερματική πορφυρία, ο ομαλός λειχήνας και σπανιότερα το γαγγραινώδες πυόδερμα. Τέλος, συχνές είναι οι διαταραχές του θυρεοειδούς αδένος, με κυριότερη τη θυρεοειδίτιδα Hashimoto.

Εκτός από τις παραπάνω εξωηπατικές εκδηλώσεις, τα δεδομένα διαρκώς αυξάνονται, ότι οι ασθενείς με HCV λοίμωξη, έχουν περισσότερες συναισθηματικές διαταραχές από τους υπόλοιπους ηπατοπαθείς.

4.6 ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ

Ο ιός της ηπατίτιδας C, μεταδίδεται κατά κανόνα με μολυσμένο αίμα. Είναι πολύ μεταδοτικός κι εξαιρετικά ανθεκτικός ακόμα κι εκτός ανθρώπινου σώματος, όπου μπορεί να επιβιώσει μέσα σε σταγονίδια αίματος. Ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν, όπως η θερμοκρασία ή η υγρασία, μπορεί να παραμείνει μολυσματικός πάνω σε επιφάνειες, από 16 ώρες μέχρι 4 ημέρες, ενώ μέσα σε σύριγγα ή βελόνα, 63 ημέρες. Γι' αυτό το λόγο, ο ιατρικός εξοπλισμός πολλαπλών χρήσεων πρέπει ν' αποστειρώνεται σχολαστικά μετά από κάθε χρήση.

Οι τρόποι μετάδοσης του ιού είναι οι εξής:

1.Ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών: Είναι ο πιο συχνός τρόπος μετάδοσης του ιού. Σε μελέτες που έγιναν σε χρήστες ενδοφλέβιων τοξικών ουσιών, βρήκαν οροθετικότητα 64,1%, κάτι που μας δείχνει ότι η χρήση από κοινού συριγγών και άλλων συνέργων από τους χρήστες παίζει σημαντικό ρόλο στη μετάδοση του ιού. Αυξημένο κίνδυνο ηπατίτιδας C έχουν και οι χρήστες κοκαΐνης.

2.Μετάγγιση αίματος: Σε περασμένες δεκαετίες η μετάγγιση αίματος και των παραγώγων του, αποτελούσε τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης, αφού ένα ποσοστό 10% πάθαιναν μετά-μετάγγισης ηπατίτιδα. Σήμερα, η σωστή επιλογή αιμοδοτών και ο αυστηρός έλεγχος του αίματος, οδηγούν στη μείωση της μετά-μετάγγισης ηπατίτιδας, σε ποσοστό μικρότερο του 1%.Οι τεχνικές που έχουν αναπτυχθεί για τον έλεγχο των αιμοδοτών και οι οποίες ανιχνεύουν γενετικό υλικό του HCV, θα έχουν ως αποτέλεσμα, η μετάγγιση να μην αποτελεί στο μέλλον παράγοντα κινδύνου. Ακόμα και σε κάποιους ειδικούς πληθυσμούς, όπως ασθενείς με μεσογειακή αναιμία ή αιμορροφιλία, ο υψηλός επιπολασμός που παρατηρείται, οφείλεται σε έκθεση του παρελθόντος.

3.Αιμοκάθαρση: Τα τελευταία χρόνια, η επίπτωση κι ο επιπολασμός της ηπατίτιδας C στις μονάδες τεχνικού νεφρού, έχουν μειωθεί. Παράγοντες κινδύνου για μετάδοση

του ιού είναι η διάρκεια της αιμοκάθαρσης, ο τύπος της αιμοδιάλυσης (χαμηλότερος κίνδυνος στην περιτοναϊκή κάθαρση) και ο επιπολασμός της ηπατίτιδας C στη μονάδα. Άτομα με ηπατίτιδα, δεν χρησιμοποιούν ξεχωριστά μηχανήματα, ούτε απομονώνονται. Γι αυτό πρέπει να είναι αυστηρή η λήψη μέτρων προφύλαξης, αντισηψίας και υγιεινής

4.Μεταμοσχεύσεις: Είναι ένας σημαντικός τρόπος μετάδοσης της ηπατίτιδας C.Η συχνότητα HCV λοίμωξης, έπειτα από μεταμόσχευση, κυμαίνεται από 15-65%. Γι αυτό τα κέντρα μεταμοσχεύσεων, εφαρμόζουν αυστηρούς ελέγχους σε δότες και όργανα .

5.Ιατρογενής μετάδοση: Γίνεται μέσω διαφόρων επεμβατικών διαγνωστικών μεθόδων (π.χ. ενδοσκόπηση γαστρεντερικού). Επίσης μπορεί να γίνει και με χειρουργικές επεμβάσεις, αλλά και από τον ίδιο το χειρουργό αν είναι οροθετικός. Σε υποανάπτυκτες κυρίως χώρες, ο εμβολιασμός με όχι μιας χρήσης σύριγγας, είναι μια σημαντική πηγή διασποράς του ιού HCV.

6.Επαγγελματική έκθεση: Το προσωπικό που διατρέχει αυξημένο κίνδυνο, είναι το νοσηλευτικό προσωπικό κυρίως, που κάνει αιμοληψίες και το προσωπικό χειρουργικών και ψυχιατρικών τμημάτων. Ο κίνδυνος μετάδοσης της ηπατίτιδας C, σε εργαζόμενους στο χώρο της υγείας μετά από έκθεση σε αίμα anti HCV οροθετικού ασθενή, είναι γύρω στο 1,8%,αν και έχουν αναφερθεί ποσοστά μέχρι και 10%.Παρότι δε έχει συσχετιστεί ο κίνδυνος της ηπατίτιδας C με μετάδοση από τους βλεννογόνους ή το δέρμα, έχει αναφερθεί μια περίπτωση μετάδοσης του ιού HCV μέσω του επιπεφυκότα.

7.Άλλοι τρόποι μετάδοσης: Άλλοι πιθανοί τρόποι μετάδοσης της ηπατίτιδας C, είναι η κοινή χρήση ξυραφιών, τα τατουάζ, το τρύπημα των αυτιών, ο βελονισμός. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία έχουν συνδεθεί και αυτά, με την διασπορά του HCV.

8.Σεξουαλική μετάδοση: Υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα για το αν ανιχνεύεται ο HCV-RNA στο σπέρμα. Γι' αυτό η σεξουαλική επαφή, ως τρόπος μετάδοσης της ηπατίτιδας C, παραμένει αμφίβολη. Παρόλα αυτά, επιδημιολογικές μελέτες, έδειξαν επιπολασμό της HCV λοίμωξης, σε ποσοστό από 0-18% σε ομοφυλόφιλους και σε ετεροφυλόφιλους με πολλούς ερωτικούς συντρόφους ή με συντρόφους που πάσχουν από ηπατίτιδα C.

Οπωσδήποτε κάποιοι παράγοντες, επηρεάζουν τη δυνατότητα μετάδοσης από σεξουαλική επαφή, όπως: το χρονικό διάστημα της σεξουαλικής σχέσης, ο αριθμός των συντρόφων, η συχνότητα των επαφών, ο τρόπος που γίνεται η ερωτική πράξη, η σεξουαλική επαφή κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως, αν υπάρχει συνλοίμωξη με HIV κ.λπ.. Άτομα που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου, πρέπει να χρησιμοποιούν προφυλακτικό στις ερωτικές επαφές τους. Στοιχεία μετάδοσης μέσω των φιλιών δεν υπάρχουν.

9. Περιγεννητική μετάδοση: Η κάθετη μετάδοση υφίσταται, αλλά σε χαμηλό ποσοστό

(5-6% περίπου). Και πάλι οι γνώμες είναι αντικρουόμενες. Κάποιες μελέτες έδειξαν ότι κατά τον τοκετό, υπάρχει πολύ μεγαλύτερος κίνδυνος απ' ότι σε καισαρική τομή. Κάποιες άλλες μελέτες έδειξαν, ότι η μετάδοση θα μπορούσε να συμβεί ενδομήτρια. Την περιγεννητική μετάδοση την επηρεάζουν δύο παράγοντες: το ιικό φορτίο και η συνλοίμωξη με HIV.

Ιικό φορτίο >1.000.000 copies/ml, δίνει πιθανότητες κάθετης μετάδοσης σε ποσοστό 6%. Μητέρες με συνλοίμωξη HIV, έχουν πιθανότητες να μεταδώσουν ηπατίτιδα C στο νεογνό 35%.

10.Αλκοόλ:Ένας τελευταίος παράγοντας κινδύνου για μετάδοση ηπατίτιδας C, είναι και το αλκοόλ. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει, ότι σε ασθενείς με αλκοολική ηπατοπάθεια, ακόμα και αν απουσιάζουν άλλοι παράγοντες, υπάρχει υψηλή συχνότητα HCV λοίμωξης. Η κατάχρηση αλκοόλ και ο HCV ιός δρουν συνεργικά. Το αλκοόλ αυξάνει τον πολλαπλασιασμό του HCV και την ογκογόνο δράση του, με αποτέλεσμα, την αύξηση κινδύνου για δημιουργία ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Παράλληλα, εμποδίζει την θεραπευτική δράση της φαρμακευτικής αγωγής.

4.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της οξείας και της χρόνιας ηπατίτιδας C, βασίζεται στον προσδιορισμό αντισωμάτων έναντι πρωτεϊνών του ιού και στην απομόνωση των πυρηνικών τους οξέων στον ορό.

1.Ανοσοενζυμική τεχνική ELIZA: Η υποψία ότι το άτομο πάσχει από ηπατίτιδα C, οδηγεί τον γιατρό να κάνει σαν πρώτο τεστ ελέγχου το τεστ ELISA.

Τα τεστ ELISA 3^{ης} γενιάς, είναι πιο ευαίσθητα και πιο ειδικά για τον ιό, απ' ότι τα παλαιότερα. Παρόλα αυτά, μερικές φορές προκύπτουν κάποια ψευδώς θετικά αποτελέσματα με τη μέθοδο αυτή. Γι' αυτό επιπροσθέτως, γίνονται και κάποια άλλα όπως η ανοσοαποτύπωση ή η PCR για HCV-RNA, για να βοηθήσουν στην επιβεβαίωση. Να σημειώσουμε, ότι τα αντισώματα έναντι του HCV, εμφανίζονται σε όλους τους ασθενείς (εκτός των ανοσοκατεσταλμένων), ένα μήνα μετά την οξεία λοίμωξη.

2.Ανοσοαποτύπωση με ανασυνδυασμένες πρωτεΐνες του ιού: Η ανοσοποίηση (western blot), επιτρέπει την ανίχνευση anti-HCV αντισωμάτων, με υψηλή ειδικότητα. Γίνεται σε ταινίες νιτροκυτταρίνης, όπου έχουν μεταφερθεί 4 ικές πρωτεΐνες. Στην περιοχή κάθε πρωτεΐνης (έπειτα από επώαση με τον ορό του ασθενή) παρουσιάζονται αντισώματα έναντι της πρωτεΐνης αυτής.

Η τεχνική αυτή, είναι πολύ χρήσιμη σε περίπτωση που υπάρχει θετική ELIZA και αρνητική PRC για HCV-RNA.

Αυτό μπορεί να συμβαίνει, είτε γιατί η ELIZA είναι ψευδώς θετική, είτε σε ανάρρωση από HCV, είτε σε συνεχιζόμενη λοίμωξη αλλά με πολύ μικρό ιικό φορτίο.

Όταν το western blot είναι θετικό, τότε αποκλείει την ψευδώς θετική ELIZA.

3.Άμεση ανίχνευση του ιικού RNA: Οι μοριακές τεχνικές PCR και TMA, μπορούν να ανιχνεύσουν μικρές ποσότητες ιικού RNA στον ορό. Οι τεχνικές αυτές είναι αξιόπιστες και ιδιαίτερα χρήσιμες σε περιπτώσεις α) με φυσιολογικά ή ελάχιστα αυξημένα επίπεδα τρανσαμινασών, β) όταν δεν υπάρχουν αντι-HCV αντισώματα και όταν απαιτείται διάκριση ανάμεσα σε πολλαπλές πιθανές αιτίες ηπατικής νόσου. Βοηθούν επίσης στη διάγνωση της νόσου σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς, σε πρόσφατα χειρουργημένους και σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

4.Ποσοτική μέτρηση του HCV-RNA στον ορό: Η μέτρηση του ιικού φορτίου στον ιό, γίνεται κυρίως με τεχνικές PCR και bDNA (branched DNA-test). Δυστυχώς οι τεχνικές αυτές, δεν είναι πάρα πολύ καλά τυποποιημένες κι έτσι πολύ συχνά, διαφορετικά εργαστήρια δίνουν διαφορετικές τιμές για το ίδιο δείγμα.

Οι περισσότεροι ασθενείς με ηπατίτιδα C, έχουν ιικό φορτίο μεταξύ 100.000–10.000.000 αντίγραφα του ιού/ ml. Το ιικό φορτίο δεν θα πρέπει να σχετίζεται με τη σοβαρότητα της νόσου ή την έκβασή της (όπως στην περίπτωση του HIV). Ωστόσο το χαμηλό ιικό φορτίο, σχετίζεται με την καλή ανταπόκριση στη θεραπεία με PEG-IFN + ριμπαβιρίνη.

5.Βιοχημικοί δείκτες: Οι αμινοτρανσφεράσες (ALT και AST) αυξάνονται, σε σχέση με τα ανώτερα φυσιολογικά τους επίπεδα στον ορό. Τα επίπεδα ALT είναι συνήθως υψηλότερα από τα επίπεδα AST, γεγονός που αντιστρέφεται σε περίπτωση κίρρωσης.

Τα αιμοπετάλια και τα ερυθρά αιμοσφαίρια, είναι συνήθως χαμηλά, ενώ οι γ-σφαιρίνες στον ορό είναι αυξημένες σε ασθενείς με κίρρωση. Τα επίπεδα αλβουμίνης, χολερυθρίνης και προθρομβίνης είναι φυσιολογικά, ως τη στιγμή που η νόσος θα φτάσει σε τελικό στάδιο. Ο σίδηρος και η φερίτινη, είναι ελαφρώς αυξημένα. Πρέπει να σημειωθεί ότι ένα ποσοστό, γύρω στο 40% των ασθενών με χρόνια ηπατίτιδα C, μπορεί να έχει φυσιολογικά επίπεδα ALT και στην περίπτωση αυτή, η διάγνωση της νόσου, γίνεται με ανεύρεση του HCV-RNA.

6. Βιοψία ήπατος: Η βιοψία ήπατος, δεν είναι απαραίτητη για τη διάγνωση της νόσου. Βοηθά όμως να σταδιοποιηθεί ο βαθμός ίνωσης και η βλάβη που υπάρχει στο ήπαρ. Επίσης, είναι χρήσιμη, για να αποκλειστούν άλλα αίτια ηπατικής βλάβης, όπως αλκοολισμός, υπερσιδήρωση και άλλα.

Η βιοψία ήπατος, είναι μία επεμβατική τεχνική που εγκυμονεί κινδύνους, όπως αιμορραγία και διάτρηση άλλου οργάνου και μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο (σπάνια περίπτωση 1/ 5000-10000).

4.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην οξεία ηπατίτιδα C, η ειδική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες μετάπτωσης σε χρόνιατητα.

Στη χρόνια ηπατίτιδα η ειδική θεραπεία έχει σαν στόχο την εκρίζωση του ιού και την πρόληψη της κίρρωσης και του ΗΚΚ.

Η συνηθέστερη θεραπευτική προσέγγιση της χρόνιας ηπατίτιδας C, είναι η πολύμηνη χορήγηση (PEG-INF) σε συνδυασμό με ριμπαβιρίνη. Η αγωγή αυτή, έχει υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης και μικρά ποσοστά υποτροπής, μετά το τέλος της θεραπείας. Η θεραπεία συνίσταται κυρίως σε κείνους τους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C, οι οποίοι έχουν αυξημένο κίνδυνο να μεταπέσουν σε κίρρωση ή σε όσους εμφανίζουν αντιρροπούμενη ηπατική νόσο.

Όπως συστήνει η ομόφωνη ανακοίνωση για τη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας C (Consensus conference), που έλαβε χώρα στο Παρίσι το Φεβρουάριο του 2004, τα **κριτήρια εισόδου** ενός ασθενή, στο σχήμα PEG-INF + ριμπαβιρίνη, είναι :

1. Ηλικία άνω των 18 ετών.
2. Ανιχνεύσιμα επίπεδα HCV-RNA στον ορό (>50IU/ml)
3. Βιοψία ήπατος με ιστολογική διάγνωση χρόνιας ηπατίτιδας.
4. Παρουσία αντιρροπούμενης ηπατικής νόσου.
5. Σε ασθενείς με κίρρωση, η θεραπεία αποσκοπεί στην αποτροπή δημιουργίας ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Σε ασθενείς με μη αντιρροπούμενη κίρρωση του ήπατος, δεν επιτρέπεται η χορήγηση θεραπείας.
6. ALT εκτός φυσιολογικών ορίων
7. Σε ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στη μονοθεραπεία με INF.
8. Σε άτομα που διαγνώστηκε η νόσος, λίγες εβδομάδες μετά την έκθεσή τους στον ιό, με σκοπό την αποφυγή μετάπτωσης σε χρόνιατητα.
9. Άτομα που συμμορφώνονται στη μείωση της λήψης αλκοόλ, διότι μεγάλες ποσότητες αλκοόλ μειώνουν τη δράση της θεραπευτικής αγωγής και αυξάνουν το ικό φορτίο.
10. Άτομα που συμμορφώθηκαν στην αποχή από τη χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών.
11. Τακτική ψυχολογική παρακολούθηση ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα, προκειμένου να δοθεί παράλληλα κατάλληλη αντιψυχωτική θεραπεία.

Σε ασθενείς με συνλοίμωξη από τον ιό HCV και τον HIV, συνίσταται να ξεκινούν με τη θεραπευτική αγωγή της χρόνιας ηπατίτιδας και στη συνέχεια να δίνεται αντιρετροϊκή θεραπεία. Σε ασθενείς που παίρνουν ήδη αντιρετροϊκή θεραπεία συστήνεται η αποφυγή θεραπείας έναντι του HCV, γιατί η ριμπαβιρίνη αλληλεπιδρά με τα νουκλεοσιδικά ανάλογα. Τέλος, σε ασθενείς με ανοσολογική ανεπάρκεια, δε συστήνεται η χορήγηση θεραπείας έναντι του HCV.

4.8.1 ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πριν από την έναρξη της θεραπείας, για την αντιμετώπιση της χρόνιας ηπατίτιδας, απαιτείται λεπτομερής κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος, για την εκτίμηση της ηπατικής λειτουργίας και του γενικού επιπέδου υγείας του ασθενή. Λαμβάνεται υπ' όψιν επίσης το οικογενειακό, κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον, ιδιαίτερα σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ή σε ψυχικά ασθενή άτομα.

Η κλινική εκτίμηση του ασθενή περιλαμβάνει:

1. Πλήρες ιστορικό υγείας. Αν υπάρχουν παράλληλες παθήσεις, μπορεί να αποτελούν αντενδείξεις για την έναρξη της θεραπείας, ιδιαίτερα εάν πρόκειται για παθήσεις του θυρεοειδούς αδένα, επιληψία, κατάθλιψη και αυτοάνοσα νοσήματα. Η λήψη του ιστορικού, πληροφορεί το γιατρό, για το χρόνο και τον τρόπο μετάδοσης, για το αν ο ασθενής είναι χρήστης ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ, για το αν ο ασθενής παίρνει φάρμακα και για το αν ο ασθενής έχει δεχτεί εμβολιασμό για HAV και για HBV.

2. Προσεκτική κλινική εξέταση για αναζήτηση σημείων ηπατικής κίρρωσης, π.χ. σπληνομεγαλία, ηπατομεγαλία, ασκίτης και άλλα.

3. Εργαστηριακές και άλλες παρακλινικές εξετάσεις που περιλαμβάνουν:

α) ηπατικό βιοχημικό έλεγχο: τρανσαμινάσες (ALT και AST). Υψηλές τιμές, δηλώνουν ηπατική βλάβη. (γGT, ALT, χολερυθρίνης, χρόνο προθρομβίνης)

β) γενική εξέταση αίματος

γ) γενική εξέταση ούρων

δ) γενικό βιοχημικό έλεγχο

ε) μέτρηση ιικού φορτίου (επίπεδα RNA στο αίμα) και του γονότυπου του ιού. Ο καθορισμός του ιικού φορτίου, θεωρείται προγνωστικός δείκτης ανταπόκρισης στη θεραπεία και μέτρο σύγκρισης κατά τη διάρκεια και στο τέλος της θεραπείας, για το αν και πόσο απομακρύνθηκε ο ιός.

Ο καθορισμός του γονότυπου είναι απαραίτητος επίσης, γιατί επηρεάζει την ανταπόκριση στη θεραπεία, καθώς και τη διάρκειά της. Για παράδειγμα, ασθενείς με γονότυπο 1 ή 4 χρειάζονται θεραπεία για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (12 μήνες) ώστε ν' απομακρυνθεί ο ιός σε σχέση με όσους έχουν τον γονότυπο 2 ή 3, οι οποίοι χρειάζονται λιγότερο χρόνο (6 μήνες).

στ) Ιολογικό έλεγχο για την ανίχνευση αντισωμάτων, έναντι των ιών HIV και HBV σε περίπτωση συνλοίμωξης.

ζ) Έλεγχος της λειτουργίας του θυρεοειδή αδένα, με ορολογικό έλεγχο (TSH, T3, T4) και υπερηχογράφημα του αδένα.

η) Ορολογικές εξετάσεις ανίχνευσης αντιπυρηνικών αντισωμάτων και αντισωμάτων έναντι των λείων μυϊκών ιών.

θ) Υπερηχογράφημα ήπατος και σπλήνα.

ι) Βιοψία ήπατος. Γίνεται εκτίμηση των ιστολογικών αλλοιώσεων στο ηπατικό παρέγχυμα. Το επίπεδο ίνωσης είναι δείκτης της πρόγνωσης της νόσου και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

Απαραίτητες είναι ακόμα και κάποιες άλλες εξετάσεις, που ίσως λειτουργήσουν σαν προσωρινές ή μόνιμες αντενδείξεις για τη χορήγηση της θεραπείας. Αυτές περιλαμβάνουν το τεστ κυήσεως σε γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία, ΗΚΓ σε ασθενείς άνω των πενήντα ετών ή σε ασθενείς με καρδιολογικές παθήσεις, οφθαλμολογική εξέταση σε ασθενείς με υπέρταση ή με σακχαρώδη διαβήτη, ψυχιατρική εξέταση σε ασθενείς με ψυχιατρικές νόσους π.χ. κατάθλιψη.

4.8.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΥΤΗΣ

Η φαρμακευτική αγωγή για τη χρόνια ηπατίτιδα C περιλαμβάνει:

- α) τη μονοθεραπεία με ιντερφερόνη άλφα (απλή ή πεγκυλιωμένη)
- β) το συνδυασμό ιντερφερόνης-α (απλής ή πεγκυλιωμένης) με ριμπαβιρίνη.

Η ιντερφερόνη είναι μια πρωτεΐνη με ισχυρές ανοσοτροποποιητικές και αντιϊκές ιδιότητες.

Η PEG-IFN είναι το μόριο που προκύπτει από τη σύνδεση του πρωτεϊνικού μορίου της απλής ιντερφερόνης άλφα, με ένα μόριο συνθετικού πολυμερούς, που ονομάζεται πολυαιθυλενική γλυκόλη. Το μόριο που δημιουργείται από την πεγκυλίωση της απλής ιντερφερόνης έχει:

- αυξημένο χρόνο ημίσειας ζωής
- καλύτερο προφίλ ασφάλειας και ανοχής
- μειωμένη τοξικότητα
- αυξημένη αντοχή, έναντι στις αλλοιώσεις από ένζυμα
- ενισχυμένη δραστηριότητα

Μονοθεραπεία με ιντερφερόνη –α (απλή ή πεγκυλιωμένη)

Είναι η πρώτη προσπάθεια αντιμετώπισης της χρόνιας ηπατίτιδας C. Η χορήγησή της ξεκινά από τη δεκαετία του 80, με δοσολογία 3-5 MU, τρεις φορές την εβδομάδα, για έξι έως δώδεκα μήνες.

Η θεραπευτική αυτή αγωγή προκαλούσε μόνιμη ιολογική ανταπόκριση και κάθαρση από τον ιό σε ποσοστό 10-15% (μόνιμη ιολογική ανταπόκριση και κάθαρση από τον ιό θεωρείται η μη ανίχνευση του HCV-RNA στο αίμα του ασθενή, έξι μήνες μετά από το τέλος της θεραπείας).

Τα ποσοστά μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης όμως ήταν μικρά κι έτσι δημιουργήθηκε η πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη. Οι ιδιότητες της οδήγησαν στην ευρεία χρήση της για την αντιμετώπιση της ηπατίτιδας C. Η PEG-IFN παρουσιάζει μεγαλύτερη μόνιμη ιολογική απόκριση, κατά δύο ή τρεις φορές από την απλή ιντερφερόνη και στις δύο μορφές της: IFN-α2α και IFN- α2β.

Η πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη πέτυχε υψηλά ποσοστά μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης, αλλά όχι ικανοποιητικά. Γι αυτό αντικαταστάθηκε με το σχήμα PEG-IFN μαζί με Ριμπαβιρίνη, το οποίο προκάλεσε πολύ καλύτερα αποτελέσματα.

Συνδυασμός IFN-α (απλή ή PEG) με ριμπαβιρίνη

Στα τέλη της δεκαετίας του 90, η μονοθεραπεία με ιντερφερόνη αντικαταστάθηκε από τον συνδυασμό αρχικά κλασσικής ιντερφερόνη με ριμπαβιρίνη και στη συνέχεια με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη άλφα και ριμπαβιρίνη.

Η ριμπαβιρίνη έχει αντι-ϊκή και ανοσοτροποποιητική δράση και ενισχύει τις αντι-ϊκές δράσεις της ιντερφερόνης έναντι του ιού HCV. Πιστεύεται ότι εμποδίζει τον πολλαπλασιασμό του ιού και παράλληλα παρουσιάζει ανοσοτροποποιητική δράση, καθώς αναστέλλει τη δράση των κιτοκινών που παράγονται από τα μακροφάγα. Η συνδυασμένη αυτή αγωγή, έχει πολύ καλά αποτελέσματα σύμφωνα με πρόσφατες κλινικές μελέτες, σε ποσοστά 29-67%.

Η αντικατάσταση της απλής IFN με πεγκυλιωμένη στη συνδυασμένη αγωγή, προκάλεσε ακόμα καλύτερα αποτελέσματα με ποσοστά 42-82% .

Η δόση της ριμπαβιρίνης και η χρονική διάρκεια της συνδυασμένης θεραπείας που απαιτούνται για καλύτερα αποτελέσματα, εξαρτάται από τον γονότυπο του HCV.

Για ασθενείς με γονότυπο 1 η διάρκεια θεραπείας είναι 48 εβδομάδες και η δόση ριμπαβιρίνης που χρειάζεται ημερησίως είναι η μέγιστη δυνατή (1000-1200 mg) ,ενώ σε ασθενείς με γονότυπο 2 ή 3, η διάρκεια της θεραπείας μπορεί να μειωθεί σε 24 εβδομάδες και η δόση της ριμπαβιρίνης να μειωθεί επίσης στα 800mg την ημέρα.

Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι η πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη άλφα προκαλεί μεγαλύτερη ιολογική ανταπόκριση είτε ως μονοθεραπεία ,είτε σε συνδυασμό με την ριμπαβιρίνη απ' ότι η κλασσική ιντερφερόνη. Επίσης και οι δύο μορφές της PEG-IFN είναι το ίδιο αποτελεσματικές.

Σε κάποιες περιπτώσεις δεν χρησιμοποιείται το σχήμα αυτό, αλλά αρκεί η μονοθεραπεία με ιντερφερόνη απλή ή πεγκυλιωμένη.

Οι περιπτώσεις αυτές είναι οι ακόλουθες:

- Σε παιδιά με χρόνια ηπατίτιδα C . Μελέτες έχουν δείξει ότι η πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη μπορεί να επιτύχει υψηλά ποσοστά μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης, χωρίς επικίνδυνες παρενέργειες σε παιδιά. (Η χρήση της IFN απαγορεύεται σε παιδιά κάτω των δυο ετών, λόγω νευροτοξικότητας).
- Σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Η ριμπαβιρίνη δεν χορηγείται σ αυτές τις περιπτώσεις λόγω του ότι μεταβολίζεται στους νεφρούς και δεν αποβάλλεται με την αιμοκάθαρση. Αποτέλεσμα είναι να συσσωρεύεται στον οργανισμό και να προκαλεί αιμόλυση. Η μονοθεραπεία με ιντερφερόνη σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια προκαλεί πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες και μικρή μόνιμη ιολογική απόκριση. Γι αυτό πρέπει να χορηγείται με πολλή προσοχή.
- Σε ασθενείς που πάσχουν από μείζονα θαλασσαιμία.
- Αντιμετώπιση οξείας ηπατίτιδας C. Στην περίπτωση αυτή εμφανίζεται υψηλό ποσοστό μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης.

4.8.3 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΑΙΡΝΕΙ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ C

Η παρακολούθηση του ασθενή στον οποίο χορηγείται αγωγή για την αντιμετώπιση της χρόνιας ηπατίτιδας C εστιάζει σε τρία σημεία:

Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας: Τα επίπεδα των τρανσαμινασών στο αίμα πρέπει να μετρούνται κάθε μήνα, κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Θα χαρακτηρίσουμε τη θεραπεία αποτελεσματική, αν παρατηρούμε προοδευτική μείωση των τιμών στις μετρήσεις και επιστροφή στις φυσιολογικές τιμές.

Έλεγχος της ιολογικής ανταπόκρισης στη θεραπεία: Γίνεται με εκτίμηση του HCV-RNA, έξι μήνες μετά το τέλος της θεραπείας. Η μη ανίχνευσή του δώδεκα μήνες μετά σε ασθενείς με γονότυπο 1, είναι ισχυρή ένδειξη για μόνιμη ιολογική ανταπόκριση. Για ασθενείς με γονότυπο 2 ή 3, δεν προτείνεται διερεύνηση ανίχνευσης του ιού πριν από το τέλος της θεραπείας(6 μήνες). Για ασθενείς με γονότυπο 4,5,6 προτείνεται εκτίμηση του ιικού φορτίου 6 μήνες μετά το πέρας της θεραπείας.

Βιοψία ήπατος: Προτείνεται σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία.

4.8.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΠΕΓΚΥΛΙΩΜΕΝΗ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ ΚΑΙ ΡΙΜΠΑΒΙΡΙΝΗ

Παρότι το θεραπευτικό σχήμα PEG-IFN με ριμπαβιρίνη έχει υψηλά ποσοστά μόνιμης ιολογικής ανταπόκρισης, ένας σημαντικός αριθμός ασθενών που ακολουθούν την αγωγή αυτή, δεν απαλλάσσεται από τον ιό.

Η αντιμετώπιση των περιπτώσεων αυτών βασίζεται στη μακροχρόνια χορήγηση PEG-IFN σαν αγωγή συντήρησης, με στόχο την αναστολή της παθογόνου δράσης του ιού στο ηπατικό παρέγχυμα.

Παράλληλα δοκιμάζεται η χορήγηση νέας γενιάς φαρμάκων (αναστολείς ιικού πολλαπλασιασμού, αναστολείς ιικών ενζύμων, ανοσοτροποποιητικά, αντινωτικά) είτε σαν μονοθεραπεία, είτε σε συνδυασμό με πεγκυλιωμένη ιντερφερόνη.

Το 2011 εγκρίθηκαν δύο νέα φάρμακα για ασθενείς με γονότυπο 1. Η τελαπρεβίρη και η μοσεπρεβίρη. Τα φάρμακα αυτά, τα οποία είναι αναστολείς της πρωτεάσης, δίνονται μαζί με το συνδυασμένο σχήμα ιντερφερόνης και ριμπαβιρίνης (triple therapy) με ποσοστά επιτυχίας 65-85%, αλλά με αρκετές και σ' αυτή την περίπτωση παρενέργειες.

Τα τελευταία χρόνια η ιατρική και φαρμακευτική κοινότητα παρουσιάζει ραγδαίες εξελίξεις, παράγοντας νέα φάρμακα μεγάλης αποτελεσματικότητας και ασφάλειας, χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες. Τον Ιανουάριο του 2014, ο ΕΟΦ έδωσε έγκριση σε πέντε καινούρια φάρμακα

“Τα νέα αυτά φάρμακα”, σύμφωνα με τον αναπληρωτή καθηγητή Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κύριο *Γ. Παπαθεοδωρίδη*, “είναι επαναστατικά και αλλάζουν ριζικά τον τρόπο αντιμετώπισης της ηπατίτιδας C. Εκριζώνουν τον ιό σχεδόν σε όλους τους ασθενείς που θα τα λάβουν και μπορούν να δοθούν σε ασθενείς που μέχρι τώρα δεν μπορούσαν να λάβουν καμιά άλλη θεραπεία. Ιδιαίτερα σε ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση, στους οποίους η μόνη ελπίδα είναι η μεταμόσχευση. Τα φάρμακα αυτά, είναι απλά δισκία από το στόμα χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες, με πολύ καλό προφίλ ασφαλείας και το κυριότερο μπορούν να δοθούν σε όλους τους ασθενείς. Η δοσολογία εξαρτάται από τον γονότυπο και το στάδιο της νόσου. Τα φάρμακα αυτά ονομάζονται αντι-ικικά αμέσου δράσεως (DAA's) και έχουν την ικανότητα να θεραπεύσουν τη λοίμωξη, σώζοντας εκατομμύρια ζωές. Σε συνδυασμό με τα παλαιότερα, επιτυγχάνουν εκτός από έλεγχο της νόσου, εκρίζωση του ιού σε υψηλά ποσοστά.

Τα δεδομένα αυτά προσφέρουν μεγάλες ελπίδες στον πληθυσμό και κυρίως στις ομάδες υψηλού κινδύνου, με την προϋπόθεση ότι οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε αυτά, άσχετα με την οικονομική τους κατάσταση.

Η ανάγκη της άμεσης πρόσβασης των ασθενών με ηπατίτιδα C στις νέες διαθέσιμες θεραπείες, οι οποίες κυκλοφορούν και στην Ελλάδα κι έχουν τη δυνατότητα να εκριζώνουν τον ιό σε ποσοστό 97% είναι μεγάλη.

Ωστόσο το υψηλό κόστος των νέων φαρμάκων, βάζει φραγμούς στην εισαγωγή των νοσούντων στη θεραπεία”.

Σύμφωνα με τον *Thierry Brigaud*, πρόεδρο των Mdm, “Ενώ η ηπατίτιδα C σκοτώνει 350.000 άτομα το χρόνο, οι επιχειρηματικές στρατηγικές των φαρμακευτικών εταιρειών θα καταστήσουν αυτές τις θεραπείες-αν και πολλά υποσχόμενες-απρόσιτες για τη συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων που ζουν με τον ιό σε όλο τον κόσμο. Μπορεί λοιπόν ο καθένας να καταλάβει τα αδιέξοδα που

δημιουργούνται, αν σκεφτεί ότι το 85% των χρονίων ασθενών από ηπατίτιδα C, ζει σε χώρες με χαμηλό και μέσο εισόδημα.

Για παράδειγμα το σκεύασμα sofosbuvir της εταιρείας Gilead, είχε εγκριθεί και είχε βγει στις αγορές πλούσιων χωρών με τεράστιο κόστος, που έφτανε τα 80.000-90.000\$”.

Σύμφωνα με τους *Mdm*, “αυτές οι θεραπείες δεν χρειάζεται να κοστίζουν τόσο πολύ. Υπάρχουν άλλες πολύ πιο αποτελεσματικές στρατηγικές που πρέπει να εφαρμοστούν, όπως εκείνες που εφαρμόστηκαν με επιτυχία στην καταπολέμηση του ιού HIV. Ο ανταγωνισμός των γενόσημων οδήγησε σε ριζική μείωση των τιμών των φαρμάκων του HIV. Το ίδιο ισχύει και με τις θεραπείες της ηπατίτιδας C. Μπορούν να παράγονται γενόσημα με ελάχιστο κόστος. Για παράδειγμα μια θεραπεία 12 εβδομάδων με sofosbuvir παραγόμενο από γενόσημα μπορεί να κοστίσει από 68-136\$ Στη χώρα μας, θεραπεία δίνεται σε ασθενείς που βρίσκονται στο 4^ο στάδιο της νόσου δηλαδή στο στάδιο της κίρρωσης και στο 5^ο ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση”.

Τα τελευταία χρόνια, έπειτα από μεγάλες πιέσεις των ιατρών, των επιστημονικών εταιρειών και των διαφόρων συλλόγων ασθενών, άρχισαν να εγκρίνονται και οι προκίρρωτικοί ασθενείς δηλαδή αυτοί που βρίσκονται στο 3^ο στάδιο της νόσου. Αρκετές χώρες θέτουν σε εφαρμογή νέες κατευθυντήριες γραμμές, λόγω των αλλαγών στην πρακτική. Στην Αμερική χορηγείται θεραπεία από το 2^ο στάδιο και κυρίως στις ομάδες υψηλού κινδύνου ως μέτρο προφύλαξης”.

Τέλος σύμφωνα με την *Jenny Heathcote* καθηγήτριας Ιατρικής και Ηπατολογίας του Πανεπιστημίου του Τορόντο, “όλοι όσοι πάσχουν από ηπατίτιδα C πρέπει όλοι να τυγχάνουν θεραπείας, εκτός αν υπάρχουν αντενδείξεις”.

-Μια ελπιδοφόρα είδηση-

Το 2016 σε μια ιστορική συμφωνία προέβησαν 194 μέλη του ΠΟΥ, στόχος της οποίας είναι η εξάλειψη της ιογενούς ηπατίτιδας μέχρι το 2030..Στην 69^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας που έλαβε χώρα στην Γενεύη της Ελβετίας, οι κυβερνήσεις ψήφισαν ομόφωνα την υιοθέτηση της Παγκόσμιας Στρατηγικής για την ιογενή ηπατίτιδα, δίνοντας μ’ αυτό τον τρόπο το έναυσμα για τη μεγαλύτερη παγκόσμια κυβερνητική δέσμευση στα χρονικά, όσον αφορά στις ηπατίτιδες B και C.

Η νέα στρατηγική περιλαμβάνει την εφαρμογή μιας σειράς από σχεδιασμούς πρόληψης και θεραπείας, οι οποίοι θα μειώσουν τους ετήσιους θανάτους κατά 65% και θα αυξήσουν τη θεραπεία κατά 80%, σώζοντας 7,1 εκατομμύρια ζωές παγκοσμίως.

Όπως έχει αναφερθεί η χρόνια ηπατίτιδα, είναι από τις βασικότερες αιτίες κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου και προκαλεί μεγάλη θνησιμότητα. Ωστόσο με τον εμβολιασμό και την αποτελεσματική θεραπεία κατά της ηπατίτιδας B και την ολοκληρωτική θεραπεία της ηπατίτιδας C, οι στόχοι της νέας στρατηγικής φαντάζουν απόλυτα εφικτοί.

Και από μέρος της Ελλάδας υιοθετήθηκε το σχέδιο του ΠΟΥ για την εξάλειψη της νόσου. Μέσα από πολιτικές πρόληψης, αγωγής υγείας, διάγνωσης, διασφάλισης της πρόσβασης των ασθενών στις νέες αποτελεσματικές θεραπείες, διαπραγματεύσεων για τις τιμές των νέων φαρμάκων με τις φαρμακοβιομηχανίες και οδηγιών προτεραιότητας, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση, τον ΠΟΥ και τους άλλους εταίρους, η ελληνική κυβέρνηση έθεσε κι αυτή σαν στόχο, τον τερματισμό της νόσου. (<http://www.eleftherostypos.gr/ygeia-epistimi/8118-pshfisthke-h-pagosmia-strathgikh-gia-tis-iogeneis-hpatitides/>)

4.8.5 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών είναι διαφορετική σε κάθε ασθενή. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι δοσοεξαρτώμενες κυρίως και αναστρέψιμες. Η εμφάνισή τους και το αν και πόσο ο ασθενής μπορεί να τις ανεχθεί, καθορίζουν τη μείωση της δόσης ή την προσωρινή ή μόνιμη διακοπή της θεραπείας.

Πίνακας 4. Παρενέργειες της θεραπείας με ιντερφερόνη και ριμπαβιρίνη

Συχνότητα	IFN	RIB
> 50%	γριπώδες σύνδρομο	αιμόλυση
Πολύ συχνές	κεφαλαλγία	τερατογόνος δράση
	πυρετός	αδυναμία
	ρίγη	
	μυαλγίες	
	θρομβοπενία	
	λευκοπενία	
	ναυτία	
20-30% συχνές	ανορεξία	αναιμία
	αϋπνία	κνησμός
	ερύθημα στην περιοχή της ένεσης	ρινική συμφόρηση
	ευερεθιστικότητα	
	αδυναμία συγκέντρωσης	
	συναισθ/κή αστάθεια	
	κατάθλιψη	
	πρόκληση αυτοάνοσων νόσων	
επιδείνωση προϋπαρχόντων νοσημάτων (π.χ. διαβήτης)		
>1% σπάνιες	πολυνευροπάθεια	ουρική αρθρίτιδα
	παράνοια	
	οπτική νεύρωση	
	εξασθένηση ακοής	
	επιληψία	
	καρδιοτοξικότητα	

Οι παρενέργειες της συνδυασμένης θεραπείας (α-IFN +RBV), αφορούν τις παρενέργειες της α-IFN και της ριμπαβιρίνης.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ιντερφερόνης, χωρίζονται σε πρώιμες και όψιμες.

Η κυριότερη πρόωμη είναι το γριπώδες σύνδρομο, με πυρετό, κεφαλαλγία, αρθραλγίες, κακουχία. Εμφανίζεται 4-8 ώρες μετά την λήψη του φαρμάκου και διαρκεί 4-12 ώρες. Περιορισμός των συμπτωμάτων του γριπώδους συνδρόμου γίνεται με τη λήψη περακεταμόλης, μία ώρα πριν την ένεση.

Οι πιο συνηθισμένες όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες, είναι η κόπωση και οι μυαλγίες.

Ένα ποσοστό 15% των ασθενών, θα εμφανίσει νευροψυχιατρικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, άγχος, ψυχώσεις και αυτοκτονικές τάσεις. Δυνητικά θανατηφόρα παρενέργεια της ιντερφερόνης είναι, η καταστολή του μυελού των οστών, η οποία συνοδεύεται από θρομβοπενία και λευκοπενία. Τέλος μπορεί να προκαλέσει αυτοάνοσα νοσήματα ή να επιδεινώσει άλλα προϋπάρχοντα.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ριμπαβιρίνης είναι πιο ήπιες και αναστρέψιμες. Η κυριότερη είναι η δοσοεξαρτώμενη αναιμία, που σε μεγάλο ποσοστό είναι ήπια. Σε ασθενείς με προϋπάρχουσα αναιμία, πρέπει πρώτα ν' αποκατασταθεί το πρόβλημα κι έπειτα να δοθεί θεραπεία με ριμπαβιρίνη.

Έχει αποδειχθεί, ότι η ριμπαβιρίνη έχει τερατογόνο δράση. Για το λόγο αυτό άνδρες και γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική φάση, πρέπει πριν την έναρξη της θεραπείας, κατά τη διάρκεια και κάποιους μήνες μετά το τέλος της, να παίρνουν αυστηρά μέτρα αντισύλληψης. Δεν πρέπει επίσης να χορηγείται σε έγκυες και θηλάζουσες μητέρες.

Σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο ή νεφρική ανεπάρκεια, μπορεί να προκαλέσει αιμόλυση, γι' αυτό συστήνεται η μονοθεραπεία με ιντερφερόνη.

Οι παρενέργειες είναι πιο σοβαρές, όταν ο ασθενής ακολουθεί συνδυασμένη θεραπεία. Το 20% των ασθενών που έπαιρναν συνδυασμένη θεραπεία, αναγκάστηκε να την διακόψει σε σύγκριση με το 8% των ασθενών που έπαιρναν μονοθεραπεία.

4.9 ΠΡΟΛΗΨΗ

Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει εμβόλιο για την ηπατίτιδα C. Προληπτικά μέτρα που θα πρέπει να λαμβάνονται από τους ασθενείς για να μη μεταδίδουν τη νόσο είναι τα εξής:

1. Ατομική χρήση ειδών προσωπικής υγιεινής
2. Χρήση προφυλακτικού
3. Απολύμανση με χλωρίνη σκευών και αντικειμένων, τα οποία έχουν έρθει σε επαφή με μολυσμένο αίμα
4. Ο θηλασμός, δεν μεταδίδει τον ιό.
5. Η καισαρική τομή υποστηρίζεται, αν και δεν έχει αποδειχθεί πλήρως ότι προστατεύει τα νεογνά από τη μόλυνση, αν η μητέρα πάσχει από ηπατίτιδα C. Συνίσταται ο έλεγχος των νεογνών για HCV-RNA μεταξύ 2^{ου} και 6^{ου} μήνα ή ο έλεγχος αντισωμάτων τον 15^ο μήνα.
6. Σε περίπτωση τρυπήματος με βελόνα, συνίσταται άμεσος προσδιορισμός αντισωμάτων anti-HCV, και 2-8 εβδομάδες αργότερα, επανέλεγχος αντισωμάτων και έλεγχος τρανσαμινασών. Σε περίπτωση λοίμωξης, πρέπει να χορηγείται άμεσως θεραπεία.

ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ
ΕΜΒΟΛΙΑΖΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ B ΚΑΙ A.

4.10 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΗΣ Β ΑΠΟ ΤΗ C

Οι ηπατίτιδες Β και C αναπτύσσονται εξ' αιτίας ηπατοτρόπων ιών. Σε μεγάλο ποσοστό, μεταπίπτουν σε χρονιότητα και συνοδεύονται από πλήθος επιπλοκών, δυνητικά επικίνδυνων για τη ζωή του ασθενή. Παρόλα αυτά, αν θελήσει κάποιος να τις συγκρίνει, θα παρατηρήσει ορισμένες ενδιαφέρουσες διαφορές:

- ✓ Η ηπατίτιδα Β είναι πολύ πιο λοιμογόνος από την ηπατίτιδα C. Ο ΗΒV ιός βρίσκεται στο αίμα, αλλά και σε όλα τα υγρά του σώματος. Αυτό εξηγεί τον μεγάλο βαθμό μεταδοτικότητας. Η ηπατίτιδα C είναι λιγότερο μεταδοτική, διότι ο ιός περιορίζεται στο αίμα.
- ✓ Το ιικό φορτίο στην ηπατίτιδα Β, είναι σημαντικά υψηλότερο από αυτό της ηπατίτιδας C.
- ✓ Η ηπατίτιδα C, θεραπεύεται πιο αποτελεσματικά από την ηπατίτιδα Β. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να εκριζώσει τον ιό της C, ενώ απλά να καταστείλει τον ιό της Β.
- ✓ Για όσους μολύνονται με τον ιό της ηπατίτιδας Β ως νεογνά ή νήπια, η συχνότητα μετάβασης σε χρονιότητα, είναι πολύ υψηλή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αγγίζει το 90%. Αυτό δεν συμβαίνει στην ηπατίτιδα C. Όσο πιο νέος είναι αυτός που προσβάλλεται από τη λοίμωξη, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να θεραπευτεί.
- ✓ Για την Β υπάρχει εμβόλιο, ενώ για την C το εμβόλιο είναι ακόμα σε φάση κλινικών μελετών.
- ✓ Ο μοριακός μηχανισμός καρκινογένεσης, διαφέρει ανάμεσα στους ιούς Β και C.
- ✓ Στην χρόνια ΗΒV λοίμωξη, μπορεί να αναπτυχθεί ηπατοκυτταρικός καρκίνος, άσχετα από την ύπαρξη ή όχι κίρρωσης. Αντίθετα στην ΗCV λοίμωξη, η καρκινογένεση, είναι αποτέλεσμα της κίρρωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ

5.1 ΚΙΡΡΩΣΗ

Είναι η χρόνια διάχυτη διεργασία, η οποία χαρακτηρίζεται από ίνωση, σχηματισμό όζων, και διαταραχή της αρχιτεκτονικής δομής του ηπατικού παρεγχύματος (εικόνα 3). Θεωρείται η κατάληξη της χρόνιας ηπατίτιδας, εφ' όσον ο ασθενής δεν εισαχθεί σε φαρμακευτική θεραπεία. Ανακαλύπτεται συνήθως τυχαία, με τη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων, ή κατά τη διάρκεια κάποιας χειρουργικής επέμβασης.



Εικόνα 3: Κίρρωση του ήπατος.

Η βαρύτητα της κίρρωσης, μπορεί να καθοριστεί και να σταδιοποιηθεί, με το κατά CHILD – PUGH score.

Πίνακας 5. Κατά Child- Pugh			
ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΙΡΡΩΣΗΣ			
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	ΒΑΘΜΟΙ		
	1	2	3
Ασκίτης	Δεν υπάρχει	ήπιος	μέτριος
Χολερυθρίνη mg/DL	<2	2-3	>3
Χρόνος προθρομβίνης	<4	4-6	>6
INR	<1,7	1,7- 2,3	>2,3
Εγκεφαλοπάθεια	Δεν υπάρχει	1-2	3-4

Σύνολο μονάδων: 5-6 Στάδιο Α
7-9 Στάδιο Β
10-12 Στάδιο Γ

Η χορήγηση θεραπείας για την ηπατίτιδα, η διακοπή του αλκοόλ και διαφόρων ηπατοτοξικών φαρμάκων, συνίστανται σαν πρόληψη.

Η κίρρωση του ήπατος, χαρακτηρίζεται από δύο πολύ σοβαρές επιπτώσεις, την ηπατική ανεπάρκεια και την πυλαία υπέρταση.

5.1.1 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

- Εύκολη κόπωση, εξ' αιτίας της αδυναμίας του ήπατος να συνθέσει ιστικές πρωτεΐνες.
- Ίκτερος, εξ' αιτίας της αδυναμίας των ηπατοκυττάρων να μεταβολίσουν τη χολερυθρίνη.
- Αγγειοδιαστολή και υπερδυναμική κυκλοφορία, με πτώση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία, υπεραιμικά άκρα κ.λπ.
- Αιμορραγική διάθεση.
- Πυρετός, διότι ο ασθενής είναι επιρρεπής σε λοιμώξεις.
- Παλαμιαίο ερύθημα.
- Διαταραχές επιπέδου συνείδησης.
- Διάφορες ενδοκρινικές διαταραχές

5.1.2 ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Το πυλαίο σύστημα, σχηματίζεται από τις φλέβες που μεταφέρουν αίμα από το κοιλιακό σύστημα του πεπτικού, τον σπλήνα, το πάγκρεας και τη χοληδόχο κύστη. Η πυλαία φλέβα δημιουργείται, από την ένωση της σπληνικής με την άνω μεσεντέρια φλέβα.

Η φυσιολογική πίεση της πυλαίας φλέβας είναι 1,5 mm/Hg. Πίεση > από 5mm/Hg θεωρείται πυλαία υπέρταση.

Η αύξηση αυτή της πίεσης, οφείλεται σε δομικές και λειτουργικές διαταραχές και προκαλεί δυσκολία στην ενδοηπατική κυκλοφορία του αίματος.

Οι διαταραχές αυτές είναι:

- ανάπτυξη συνδετικού ιστού και όζων, που συμπιέζουν τα αγγεία
- διόγκωση των ηπατοκυττάρων
- τριχοειδοποίηση των ηπατικών κολποειδών

Όσο αυξάνεται η πίεση, δημιουργούνται αναστομώσεις, δηλαδή παθολογικές επικοινωνίες ανάμεσα στους κλάδους της πυλαίας και της συστηματικής κυκλοφορίας. Οι αναστομώσεις αυτές προκαλούν αρχικά μια αποσυμφόρηση, αλλά στη συνέχεια δημιουργούν επιπλοκές.

Αναστομώσεις δημιουργούνται:

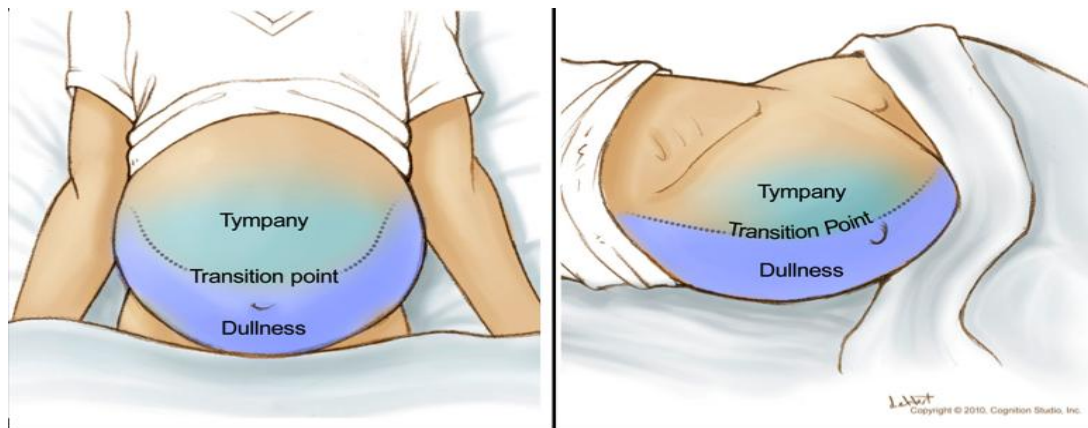
- Στην περιοχή του οισοφάγου και του θόλου του στομάχου. Το αποτέλεσμα είναι η δημιουργία κισμών, οι οποίοι μπορεί να αιμορραγήσουν.
- Στην περιοχή του ομφαλού. Οι επιπολής φλέβες της κοιλιάς διογκώνονται από την αύξηση της αιματικής ροής στο δίκτυό τους, γίνονται ορατές ακτινωτά γύρω από τον ομφαλό και σχηματίζουν ένα επίφλεβο στο δέρμα, που μοιάζει με κεφαλή μέδουσας.
- Στην περιοχή του ορθού. Σχηματίζονται διογκωμένες φλέβες, που μοιάζουν με αιμορροΐδες και μπορεί να αιμορραγήσουν.

5.1.3 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

- Σπληνομεγαλία
- Ασκίτης
- Ίκτερος
- Ηπατονεφρικό σύνδρομο
- Ηπατοπνευμονικό σύνδρομο
- Ηπατική εγκεφαλοπάθεια
- Ρήξη κισμών οισοφάγου (η πιο σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρα απ' όλες τις επιπλοκές της κίρρωσης).
- Κνησμός. Παρουσία χολικών αλάτων υποδόρια
- Αναιμία λόγω αιμορραγιών
- Μεταβολικά προβλήματα

Σπληνομεγαλία: Οδηγεί σε μειωμένη παραγωγή κυττάρων αίματος. Στις εργαστηριακές εξετάσεις θα βρεθεί λευκοπενία, θρομβοπενία, ουδετεροπενία κ.λπ.

Ασκίτης: Συλλογή υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Δημιουργείται λόγω της πυλαίας υπέρτασης και της μειωμένης παραγωγής λευκοματίνης (αλβουμίνης). Το ήπαρ του κίρρωτικού ασθενή, σταματά να παράγει λευκοματίνη, η οποία ρυθμίζει την ποσότητα του εισερχόμενου κι εξερχόμενου υγρού προς και από τα κύτταρα. Στην περίπτωση αυτή μεγάλη ποσότητα υγρού, εξέρχεται από τα κύτταρα και συσσωρεύεται στον διάμεσο χώρο, προκαλώντας οιδήματα (εικόνα 4).



Εικόνα 4: Ασκίτης

Συγκέντρωση υγρού ίδιας σύνθεσης με του ασκίτη, μπορεί να εμφανιστεί επίσης στην υπεζωκοτική κοιλότητα και στα κάτω άκρα.

Σε περίπτωση ασκίτη υπό τάση, ή ανθεκτικού ασκίτη, γίνονται εκκενωτικές παρακεντήσεις ή χειρουργικές πυλαιοσυστηματικές παρεμβάσεις – TIPS.

Αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα: Είναι η μόλυνση του ασκιτικού υγρού. Έχει επίπτωση σε νοσηλεύομενους ασθενείς 10-30% και ποσοστό θνησιμότητας 20%. Η κύρια πηγή βακτηρίων, που προκαλεί αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα, είναι ο γαστρεντερικός σωλήνας, και η μεταφορά τους από το έντερο στην περιτοναϊκή κοιλότητα, γίνεται κυρίως με τους μεσεντέριους λεμφαδένες αλλά κι αιματογενώς. Τα πιο συχνά παθογόνα είναι, η *Escherichia coli* και *Klebsiella*. Οι εργαστηριακές εξετάσεις θα δείξουν ουδετερόφιλα $>250 \text{ mm}^3$. Αν συνυπάρχει πρόβλημα και στη νεφρική λειτουργία, τότε η πρόγνωση είναι κακή.

Κλινικές εκδηλώσεις της επιπλοκής αυτής είναι, ο πυρετός, ο έμετος, ο κοιλιακός πόνος και η επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας. Στον ασθενή πρέπει να χορηγηθεί κεφοταξίμη και αλβουμίνη. Σε κίρρωτικούς ασθενείς με εκδηλώσεις αιμορραγίας του πεπτικού, χορηγείται επιπλέον αντιβίωση, διότι έχουν προδιάθεση για αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα.

Ίκτερος: Η κίτρινη όψη του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού, που προκαλείται από μια χρωστική της χολής τη χολερυθρίνη. Αν το ήπαρ χάσει την ικανότητα του ν' αφαιρεί αυτή τη χρωστική από τη χολή, τότε αυτή συγκεντρώνεται στο αίμα και στο δέρμα.

Ηπατονεφρικό σύνδρομο: Σύνδρομο το οποίο έχει ως αποτέλεσμα οξεία νεφρική ανεπάρκεια και μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο πάνω από το 50% των ασθενών. Παρατηρείται αγγειοσύσπασση σε επίπεδο νεφρικής λειτουργίας. Το πιο συχνό αίτιο που προκαλεί ηπατονεφρικό σύνδρομο, είναι η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα.

Ηπατοπνευμονικό σύνδρομο: Χαρακτηρίζεται από υποξαιμία και σχετίζεται με την εμφάνιση ενδοπνευμονικής αγγειοδιαστολής. Δραματικό ρόλο παίζει η πυλαία υπέρταση. Η συχνότητα του συνδρόμου σε ασθενείς με προχωρημένη κίρρωση είναι 4-29% κι έχει κακή πρόγνωση. Χορηγείται οξυγόνο, ενώ η φαρμακευτική θεραπεία θεωρείται αναποτελεσματική. Μόνο η μεταμόσχευση ήπατος μπορεί να αναστρέψει την κατάσταση.

Ηπατική εγκεφαλοπάθεια: Ορίζεται, ως η διαταραχή της λειτουργίας του ΚΝΣ, η οποία οφείλεται σε ηπατική δυσλειτουργία ή σε πυλαίοσυστηματική αναστόμωση. Περιλαμβάνει μεγάλο φάσμα νευροψυχιατρικών διαταραχών, οι οποίες είναι δυνητικά αναστρέψιμες.

Διάφορες νευροτοξικές ουσίες, με κυριότερη την αμμωνία που προέρχονται από τον μεταβολισμό των τροφών φτάνουν στο ήπαρ με σκοπό να μεταβολιστούν ή ν' αδρανοποιηθούν. Σε βαριά ηπατική βλάβη όμως, το ήπαρ αδυνατεί να επιτελέσει τη λειτουργία αυτή και λόγω της πυλαίας υπέρτασης, οι ουσίες παρακάμπτουν το ήπαρ και περνούν στη συστηματική κυκλοφορία μέσω των αναστομών. Με τον τρόπο αυτό φτάνουν στον εγκέφαλο και δημιουργούν εγκεφαλοπάθεια.

Άλλες αιτίες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την δημιουργία ηπατικής εγκεφαλοπάθειας είναι:

- η παραγωγή ψευδών διαβιβαστών
- η παραγωγή γ-αμινοβουτυρικού οξέος(GABA), ο οποίος είναι αναστολέας νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, στο αίμα και στο έντερο.
- διάφορες ουσίες, οι οποίες συνδέονται με υποδοχείς βενζοδιαζεπίνων
- συγκέντρωση μαγγανίου στα βασικά γάγγλια του εγκεφάλου
- μεταβολές εγκεφαλικού μεταβολισμού

Η αντιμετώπιση των προδιαθεσικών παραγόντων και η μείωση παραγωγής αμμωνίας, θα λειτουργήσουν ως πρόληψη.

Η παλαιότερη άποψη, ότι πρέπει να διακόπτεται η λήψη πρωτεϊνών και να αντικαθίστανται από υδατάνθρακες, αποδείχθηκε λανθασμένη. Οι πρωτεΐνες δεν επιδεινώνουν την κατάσταση του ασθενή. Συνίσταται σαφώς ο περιορισμός τους και η προτίμηση σε φυτικές πρωτεΐνες στη διατροφή του ασθενή λόγω της καθαρτικής τους δράσης. Επίσης χορηγούνται αντιβιοτικά εναντίον των μικροοργανισμών, οι οποίοι βρίσκονται στο έντερο και παράγουν ουρεάση.

Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει, διαταραχές στο επίπεδο συνείδησης, αντίληψης, κρίσης, προσωπικότητας, σύγχυση, λήθαργο, κώμα.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα, τις εργαστηριακές εξετάσεις και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει, καθαρτικά φάρμακα, αντιβίωση (νεομυκίνη) με σκοπό τη μείωση των αμμωνιογόνων βακτηριδίων στο έντερο, χορήγηση ψευδαργύρου.

Σε κωματώδεις καταστάσεις, ο ασθενής πρέπει να διασωληνωθεί στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Κιρσοί οισοφάγου: Μια πολύ σοβαρή και δυνητικά επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενή επιπλοκή. Σε κίρρωτικούς ασθενείς, κιρσοί οισοφάγου βρίσκονται σε ποσοστό 30% σε αντιρροπούμενη κίρρωση και 60% σε ρήξη αντιρρόπησης. Όσοι επιβίωσαν από το πρώτο αιμορραγικό επεισόδιο, έχουν 70% πιθανότητες να επαναιμορραγήσουν εντός έξι εβδομάδων. Οι κιρσοί του οισοφάγου (εικόνα 5) σχηματίζονται, όταν η πίεση στα πυλαία ξεπεράσει τα 10-12 mm/Hg. Σε ασθενείς με βαθμό A στο CHILD-PUGH σκορ, πρέπει να γίνεται ενδοσκοπηση, μόνο αν υπάρχουν σημεία πυλαίας υπέρτασης, ενώ με βαθμό B και C αμέσως μετά τη διάγνωση. Ασθενείς χωρίς κιρσούς, πρέπει να ενδοσκοπούνται κάθε δύο χρόνια, αν έχουν σταθερή ηπατική λειτουργία. Αν όμως διαταραχθεί η λειτουργία του ήπατος, τότε πρέπει να ενδοσκοπούνται κάθε χρόνο.



Εικόνα 5: Κιρσοί οισοφάγου

Παράγοντες κινδύνου αποτελούν:

- Ο μεγάλος βαθμός ηπατικής ανεπάρκειας, σύμφωνα με το σκορ CHILD-PUGH.
- Το μεγάλο μέγεθος των κιρσών.
- Η παρουσία ερυθρών στιγμάτων πάνω στους κιρσούς.
- Διάφοροι αιμοδυναμικοί παράγοντες (π.χ. η πυλαία υπέρταση να είναι >10).
- Η αυξημένη πίεση στο εσωτερικό των κιρσών.
- Η ύπαρξη ΗΚΚ.
- Η λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών.
- Η λήψη αλκοόλ.
- Η πυλαία υπέρταση.

Τα τελευταία χρόνια, διάφοροι μελετητές υποστηρίζουν, ότι ένας βασικός παράγοντας κινδύνου είναι και η βακτηριδιακή λοίμωξη. Η λοίμωξη απελευθερώνει ενδοτοξίνη στη συστηματική κυκλοφορία, η οποία αυξάνει τη δράση ενδογενών αγγειοσυσπαστικών παραγόντων (π.χ. αγγειοτενσίνη), οι οποίοι με τη σειρά τους οδηγούν σε αύξηση της πυλαίας υπέρτασης. Η ενδοτοξίνη επίσης βοηθά στη σύνθεση ουσιών, οι οποίες διαταράσσουν την αιμοστατική διαδικασία μέσα στους κιρσούς (αναστέλλουν τη συσσώρευση αιμοπεταλίων).

Όλες αυτές οι μεταβολές, γίνονται αιτία της έναρξης αιμορραγίας.

Ο ασθενής με κιρσορραγία, έχει συνήθως αιμοδυναμική αστάθεια. Αρχικά πρέπει να υποστηριχθεί αιμοδυναμικά, με χορήγηση αίματος και κρυσταλλοειδών. Αν υπάρχει παράταση στο χρόνο προθρομβίνης, χορηγείται πλάσμα.

Στη συνέχεια εφαρμόζεται ενδοσκοπική θεραπεία.

Σκληροθεραπεία: έγχυση σκληρυντικού φαρμάκου (σε διάστημα πέντε ημερών –δύο εγχύσεις). Αν δεν έχει επιτευχθεί έλεγχος της αιμορραγίας σε δύο συνεδρίες, θεωρείται ότι η μέθοδος έχει αποτύχει. Στην περίπτωση αυτή και μέχρι να βρεθεί κάποια άλλη λύση, χρησιμοποιείται ο σωλήνας Sengstake-Blakemore.

Απολίνωση: αναρρόφηση και τοποθέτηση δακτυλίων. Η μέθοδος αυτή έχει το πλεονέκτημα, ότι δεν εμποδίζει την κινητικότητα του οισοφάγου και είναι πιο αποτελεσματική διότι μειώνει την επανεμφάνιση κιρσορραγίας έναντι της σκληροθεραπείας. Όμως και στις δυο περιπτώσεις, δεν παρατηρείται διαφορά στα ποσοστά επιβίωσης.

TIPS: οι ενδείξεις για την τοποθέτησή τους είναι:

- προχωρημένο στάδιο κίρρωσης (B ή C)
- μη ανταπόκριση στην ενδοσκοπική θεραπεία
- υποτροπή αιμορραγίας
- υποψήφιοι ασθενείς για μεταμόσχευση

Χειρουργική επέμβαση: Προτιμάται, όταν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στην ενδοσκοπική και φαρμακευτική θεραπεία, έχει συχνά αιμορραγικά επεισόδια ή σε αποτυχία των TIPS λόγω απόφραξης.

Σήμερα ο καλύτερος τρόπος για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας των κισμών του οισοφάγου, είναι ο συνδυασμός ενδοσκοπικής (σκληροθεραπεία ή απολίνωση) και φαρμακευτικής θεραπείας (μη εκλεκτικοί β- αδρενεργικοί αναστολείς).

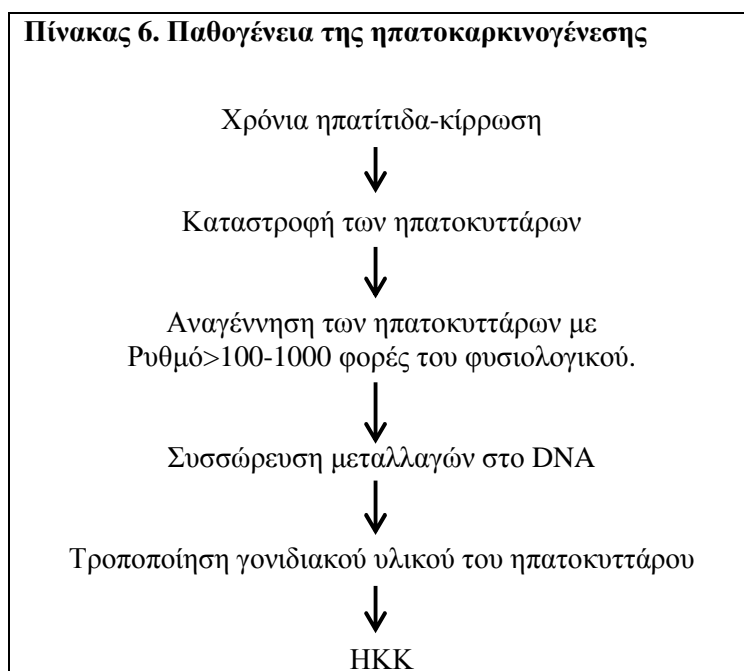
5.2 ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Πρόκειται για πρωτοπαθή όγκο του ήπατος, ο οποίος σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις αναπτύσσεται σε παθολογικό ήπαρ. Είναι ο 5^{ος} σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνου παγκοσμίως και ο 3^{ος} σε συχνότητα αιτίας θανάτου.

Η επίπτωσή του, έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής.

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι: η ηπατίτιδα Β, η ηπατίτιδα C, η λήψη αλκοόλ , διάφορα μεταβολικά αίτια, αφλατοξίνες κ.λπ. Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων ηπατοκυτταρικού καρκίνου , παρατηρείται σε ασθενείς με κίρρωση του ήπατος.

Ο μηχανισμός δημιουργίας του όγκου, είναι συνδεδεμένος με την ενσωμάτωση του DNA του ιού, στο DNA του ξενιστή. Προκαρκινώδη σημεία στο ηπατικό παρέγχυμα είναι η ηπατοκυτταρική δυσπλασία και οι δυσπλαστικοί όζοι . Η εξέλιξη της ανάπτυξης του όγκου επιταχύνεται με την κατάχρηση αλκοόλ.



Κλινική εικόνα: Εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου και από τη βαρύτητα της νόσου. Στο 1/3 των ασθενών, μπορεί να εμφανιστούν κάποια γενικά συμπτώματα όπως ανορεξία, αδυνατίσμα, καταβολή, πυρετός, πόνος στο δεξί υποχόνδριο. Σε αντιρροπούμενη κίρρωση, ο ΗΚΚ μπορεί να προκαλέσει ρήξη αντιρρόπησης και εμφάνιση επιπλοκών.

Εργαστηριακά ευρήματα: Στα 2/3 των περιπτώσεων, θα υπάρχει αύξηση της α-εμβρυικής σφαιρίνης.

Συχνό εύρημα το οποίο παραπέμπει σε ΗΚΚ, είναι η αύξηση των χολοστατικών ενζύμων. Χολερυθρίνη δεν παρατηρείται αυξημένη σε όλες τις περιπτώσεις. Σε κάποια μικρά ποσοστά θα εκδηλωθεί αναίμια.

Διάγνωση: Η διάγνωση της νόσου γίνεται με

- Αξονική τομογραφία τριών φάσεων- αξονική αγγειογραφία ήπατος.
- Δυναμική μαγνητική τομογραφία, με γαδολίνιο.
- Χρήση υπερηχογραφίας, με έγχυση σκιαγραφικών μέσων με μικροφουσαλλίδες αέρα.

Θεραπεία: Εξαρτάται από:

- Το μέγεθος, την έκταση και την ιστολογία του όγκου
- Το βαθμό της ανεπάρκειας του οργάνου
- Τη γενική κατάσταση του ασθενή

Για να θεωρηθεί ένας όγκος χειρουργήσιμος πρέπει να έχει μικρή διάμετρο, να υπάρχει απουσία μεταστάσεων και διήθησης μεγάλων αγγείων και η κατάσταση του ασθενή να επιτρέπει να γίνει μια τέτοιου είδους επέμβαση.

Ασθενείς σε στάδιο Α ή Β κατά CHILD-PUGH μπορεί έπειτα από την χειρουργική επέμβαση να κερδίσουν 5ετή επιβίωση από 50-75%.

Σε ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε στάδιο C, ενδείκνυται η ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος. Στην περίπτωση αυτή, αφαιρείται ο όγκος και παράλληλα αντιμετωπίζεται και η υπαίτια ηπατική νόσος.

Ασθενείς που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να χειρουργηθούν, αλλά έχουν σχετικά καλή ηπατική λειτουργία και μικρούς όγκους με σαφή όρια, εφαρμόζονται άλλες τεχνικές, οι οποίες βελτιώνουν την κατάσταση. Τέτοιες τεχνικές είναι, η καυτηρίαση με χρήση ραδιοσυχνότητας, η κρυοθεραπεία (με υγρό άζωτο), ο αρτηριακός χημειοεμβολισμός, η διαδερμική έγχυση αιθανόλης.

Η χημειοθεραπεία στις περισσότερες περιπτώσεις έχει αποδειχθεί αναποτελεσματική.

Πρόληψη: Οι αιτιολογικοί παράγοντες για την ανάπτυξη ΗΚΚ είναι πολλοί. Για το λόγο αυτό υπάρχουν προληπτικά μέτρα, με σκοπό την προστασία του πληθυσμού.

Πρωτογενής πρόληψη (αποφυγή έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου)

- Εμβολιασμός
- Ενημέρωση σχετικά με τα αίτια που προκαλούν ΗΚΚ

Δευτερογενής πρόληψη (μετά την έκθεση σε κάποιον από τους παράγοντες κινδύνου)

- Μεγάλο ρόλο παίζει η έγκαιρη διάγνωση, έτσι ώστε ο ασθενής να έχει περισσότερες επιλογές στην αντιμετώπιση και στη θεραπεία.
- Παθητική ανοσοποίηση
- Φαρμακευτική αγωγή

Τριτογενής πρόληψη (από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση του ΗΚΚ)

- Χειρουργική εκτομή
- Μεταμόσχευση

Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν ενδείξεις, ότι η καφεΐνη αποτελεί αρνητικό παράγοντα κινδύνου, ο οποίος φαίνεται να ωφελεί τους ασθενείς με ηπατικές νόσους, αλλά και να δρα προληπτικά έναντι αυτών. Οι αντιοξειδωτικές ουσίες που περιέχει ο καφές, πιστεύεται ότι καταστέλλουν τον κίνδυνο ανάπτυξης κίρρωσης και ΗΚΚ.

5.3 ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ

Θεραπευτική πρακτική κατά την οποία υγιές ήπαρ από υγιή κατά τα άλλα, όμως εγκεφαλικά νεκρό δότη, ή ιστοί ή κύτταρα από ζώντα δότη, μεταφέρονται σε χρονίως πάσχοντα ασθενή, για αποκατάσταση της ηπατικής λειτουργίας.

Όταν οι επιπλοκές της κίρρωσης είναι μη αναστρέψιμες και υπάρχει σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια, η μόνη σωτήρια λύση είναι η μεταμόσχευση ήπατος. Στόχος η αύξηση του χρόνου επιβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του κίρρωτικού ασθενή.

Κριτήρια εισαγωγής στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση

- Τουλάχιστον 7 βαθμοί score CHILD –PUGH
- Επιπλοκές που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο θανάτου

Σήμερα προτεραιότητα στη μεταμόσχευση δεν δίνεται με βάση το χρόνο που παραμένει κάποιος ασθενής στη λίστα, αλλά με το βαθμό ιατρικής ανάγκης για μεταμόσχευση.

Ενδείξεις

- Χρόνος προθρομβίνης > 5sec
- Λευκωματίνη < 30g/dL
- Ανθεκτικός ασκίτης
- Κιρσορραγία η οποία δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική και ενδοσκοπική θεραπεία

Αντενδείξεις

Ø απόλυτες

- Ενεργός σήψη
- Χολαγγειοκαρκίνωμα
- Βαριά καρδιοαναπνευστική νόσος
- AIDS

Ø σχετικές

- Προχωρημένη ηλικία
- Προηγηθείσα πυλαιο-κοιλιακή αναστόμωση
- Θρόμβωση πυλαίας
- Προηγηθείσα επιπλεγμένη εγχείρηση ήπατος –χοληφόρων
- Νεφρική ανεπάρκεια

Η μεταμόσχευση ήπατος είναι μια αποτελεσματική και σωτήρια πολλές φορές πρακτική, αλλά έχει έναν πολύ σημαντικό περιορισμό, τη μεγάλη ανεπάρκεια μοσχευμάτων παγκοσμίως. Ιδιαίτερα η έλλειψη παιδιατρικών μοσχευμάτων από νεκρούς δότες, είχε σαν αποτέλεσμα τη μεγάλη θνησιμότητα των παιδιών –ασθενών που περίμεναν στις λίστες .Αυτό αποτέλεσε το κίνητρο, ώστε να εφαρμοστεί η τμηματική τεχνική, δηλαδή άρχισαν να μεταμοσχεύονται κάποια τμήματα ήπατος, στην αρχή από νεκρό δότη και στη συνέχεια από ζώντα.

Η μεταμόσχευση ήπατος δημιουργεί την ανάγκη ανοσοκαταστολής εφ' όρου ζωής, κατάσταση η οποία προκαλεί πολλές επιπλοκές (βλάβες στους νεφρούς, λοιμώξεις, ΗΚΚ κ.λπ.)

Διάφορες μελέτες δημιουργούν την αισιόδοξη προοπτική, ότι οι ασθενείς που έλαβαν μόσχευμα από ζώντα συγγενή τους, μπορούν να μείνουν εκτός ανοσοκατασταλτικής αγωγής και το μόσχευμα να λειτουργεί φυσιολογικά.

Εκτός από το πρόβλημα έλλειψης μοσχευμάτων, υπάρχουν και άλλοι περιοριστικοί παράγοντες, οι οποίοι αποκλείουν πολλούς ασθενείς από τη μεταμόσχευση.

- Συχνή ύπαρξη αντενδείξεων
- Υψηλό κόστος
- Η ηπατική εγκεφαλοπάθεια, η οποία καθιστά τη μεταμόσχευση ανώφελη λόγω σοβαρών και μη αναστρέψιμων βλαβών του ΚΝΣ.
- Μη κατάλληλα μοσχεύματα, τα οποία χρησιμοποιούνται σε ανάγκη διάσωσης του ασθενή από σίγουρο θάνατο, με αποτέλεσμα η μεταμόσχευση να έχει κακή έκβαση.

Εξαιτίας όλων αυτών των προβλημάτων τα τελευταία χρόνια άρχισαν προσπάθειες να δημιουργηθούν άλλες μέθοδοι, προκειμένου ν' αποκαθίσταται η ηπατική λειτουργία. Οι σύγχρονες αυτές μέθοδοι είναι:

- Η βοηθητική μεταμόσχευση τμηματικού ήπατος. Στην περίπτωση αυτή, αφαιρείται μόνο ο ένας λοβός και στη θέση του εισάγεται το μόσχευμα. Έτσι διατηρείται ο φυσικός ηπατικός ιστός, ο οποίος αν ανανήψει από τη νόσο και με τη διαδικασία της ηπατικής αναγέννησης, μπορεί να διεκπεραιώσει τις ηπατικές λειτουργίες. Το πλεονέκτημα είναι, ότι ο ασθενής απαλλάσσεται από την ανοσοκαταστολή. Το μόσχευμα ατροφεί σιγά σιγά και ο οργανισμός λειτουργεί με το φυσικό ήπαρ.
- Το βιοτεχνικό ήπαρ. Είναι μια εξωσωματική μέθοδος υποστήριξης της ηπατικής λειτουργίας, η οποία βρίσκεται ακόμα σε κλινικές δοκιμές (III,IV). Είναι μια πολλά υποσχόμενη μέθοδος, για την αντιμετώπιση οξέων καταστάσεων ή μη λειτουργίας του ηπατικού μοσχεύματος, έπειτα από μεταμόσχευση.
- Η μεταμόσχευση ηπατοκυττάρων. Είναι μια μέθοδος, η οποία μπορεί να προσφέρει προσωρινή υποστήριξη στην ηπατική λειτουργία. Μεταμοσχεύονται ηπατοκύτταρα που μπορεί να προέρχονται από περισσότερους από έναν δότες, δεν χρειάζεται χειρουργική επέμβαση, άρα είναι πιο απλή τεχνικά, μπορούν να γίνουν επαναληπτικές προσπάθειες και τέλος δεν χρειάζεται ισόβια ανοσοκαταστολή.
- Η αιμοδιήθηση μέσα από απομονωμένο ήπαρ. Παρουσιάζει προβλήματα κι έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα.
- Η ξενομεταμόσχευση. Λήψη μοσχευμάτων από διαφορετικό ζωικό είδος (χοίρος), λόγω της μεγάλης έλλειψης ανθρώπινων μοσχευμάτων προσωρινά

μέχρι να βρεθεί ανθρώπινο μόσχευμα. Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει προβλήματα για ανοσολογικούς λόγους

Δυνητικές επιπλοκές μετά τη μεταμόσχευση

- Μετεγχειρητικές επιπλοκές (θρόμβωση αγγείων, λειτουργικά προβλήματα μοσχεύματος κ.λπ.)
- Απόρριψη μοσχεύματος
- Υποτροπή της πρωτοπαθούς νόσου (HBV <5%, HCV 100%)
- Αλκοολική κίρρωση 30%
- Διαταραχές από ανοσοκαταστολή

Η διαρκής εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας υπόσχεται, ότι σε λίγα χρόνια οι σύγχρονες μέθοδοι ηπατικής υποστήριξης, θα έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και τα προβλήματα θα μειωθούν στο ελάχιστο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

6.1 ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΣ

Η χρόνια νόσος έχει σύνθετη φύση. Για το λόγο αυτό, οι επιστήμονες δυσκολεύτηκαν να δώσουν έναν ορισμό, που να καλύπτει όλες τις περιπτώσεις των χρόνιων ασθενών.

Η Εθνική Επιτροπή Χρόνιων Νοσημάτων των ΗΠΑ, ορίζει ως χρόνια νόσο την οποιαδήποτε απόκλιση από τη φυσιολογική κατάσταση, με ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά: η νόσος να είναι μόνιμη, να αφήνει υπολείμματα αναπηρίας και να προκαλείται από μη αναστρέψιμες παθολογικές μεταβολές, κάτι που απαιτεί μακροχρόνια φροντίδα και παρακολούθηση.

Το κέντρο χρόνιων νοσημάτων του Καναδά (CCDPC), ορίζει τη χρόνια νόσο, ως κατάσταση της υγείας με συμπτώματα που διαρκούν περισσότερο από τρεις μήνες, με περιόδους έξαρσης και ύφεσης, αλλά με παρατεταμένη κλινική πορεία, η οποία εμφανίζει σταδιακές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου. Επειδή δεν έχει ριζική θεραπεία, χρειάζεται συνεχή διαχείριση για μεγάλο χρονικό διάστημα ετών ή δεκαετιών.

Οι χρόνιες ασθένειες με την πολυπλοκότητα που τις διακρίνει ως προς τη φύση τους, τον τρόπο που προκαλούνται και την επίδραση που έχουν στην κοινότητα, οδηγούν ή σε μόνιμη αναπηρία ή στο θάνατο.

Παρότι οι έννοιες χρόνια νόσος, χρόνια ασθένεια και χρόνια αρρώστια χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, στην ουσία αφορούν διαφορετικά επίπεδα.

Η χρόνια νόσος αφορά στη διαταραχή σε οργανικό επίπεδο. Οι βλάβες εδώ εμφανίζονται με σημεία και συμπτώματα και εκτιμούνται με εργαστηριακό έλεγχο.

Η χρόνια ασθένεια αφορά στο κοινωνικό επίπεδο. Εξ αιτίας αυτής διαταράσσονται οι επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου, το οποίο χαρακτηρίζεται ως ασθενής.

Η χρόνια αρρώστια αφορά στη διαταραχή του λειτουργικού επιπέδου, δηλαδή στη βιωμένη υποκειμενική εμπειρία του ατόμου σύμφωνα με την οποία νοιώθει αδύναμο και δυσλειτουργικό.

Κατά συνέπεια οι μόνιμες διαταραχές του ατόμου, ταξινομούνται στα τρία αυτά επίπεδα. Στο οργανικό προκαλούν μια κατάσταση μειονεκτικότητας, στο κοινωνικό μια κατάσταση αναπηρίας και στο λειτουργικό μια κατάσταση ανικανότητας.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της χρόνιας νόσου είναι:

- Πολύπλοκα αίτια εμφάνισης.
- Μεγάλο χρονικό διάστημα ανάπτυξης ,πολλές φορές ασυμπτωματικό.
- Μεγάλο χρονικό διάστημα εξέλιξης της νόσου με διάφορες επιπλοκές.
- Πρόκληση λειτουργικής ανικανότητας ή και αναπηρίας.

Σύμφωνα με μετρήσεις της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, ένας στους δύο ανθρώπους άνω των 15 ετών δηλώνει ότι πάσχει από χρόνια νόσημα. Όσον αφορά το φύλο, 5 στις 10 γυναίκες και 4 στους 10 άντρες δηλώνουν χρονίως πάσχοντες. Από το 2009 έως το 2015 οι χρόνιοι ασθενείς στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί κατά 24,2%. Οι χρονίως πάσχοντες, καλούνται ν' αντιμετωπίσουν ένα πλήθος προβλημάτων, τόσο

σωματικών, όσο και κοινωνικών και ψυχολογικών. Ο τρόπος με τον οποίο ο κάθε ασθενής θα διαχειριστεί αυτά τα προβλήματα, θα παίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία της νόσου.

Η ποιότητα ζωής στους χρόνιους ασθενείς, χρησιμοποιείται σήμερα σαν δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ο βαθμός που η χρόνια νόσος επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ασθενή, εξαρτάται από τον τύπο της ασθένειας, το στάδιο που θα γίνει η διάγνωση, τη θεραπεία που θα δοθεί, το πώς εξελίσσεται η νόσος και το πώς προσαρμόζεται ο ασθενής στην ασθένειά του.

Η ποιοτική πληροφόρηση και ενημέρωση από το γιατρό του, παίζει σπουδαίο ρόλο για τον ασθενή που πάσχει από χρόνια νόσημα, διότι συνειδητοποιεί τη φύση της ασθένειας, υπακούει στη θεραπεία, έχει αντίληψη του τι του συμβαίνει και οργανώνεται καλύτερα στο πως θα το αντιμετωπίσει.

6.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής των ασθενών, άρχισε να απασχολεί τους επαγγελματίες υγείας από τη στιγμή που παραμερίστηκε το βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο πρέσβευε τον δεισμό της ψυχής και του σώματος και τη θέση του πήρε το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Σύμφωνα με αυτό, ο ασθενής εκτιμάται και αντιμετωπίζεται ολιστικά και όχι εντοπισμένα, στην περιοχή που χρειάζεται ανακούφιση από το σύμπτωμα. Από τη δεκαετία του 80 άρχισαν να δίνονται οι πρώτοι ορισμοί, για το τι είναι ποιότητα ζωής.

Το 1983 ο Lehman υποστήριξε ότι η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις α) τι είναι ικανό το άτομο να κάνει β) την πρόσβαση σε πόρους κι ευκαιρίες, ώστε να μπορεί να τις χρησιμοποιήσει για την επίτευξη των ενδιαφερόντων και των αναγκών του και γ) το αίσθημα ψυχικής ευεξίας, που το άτομο βιώνει.

Αργότερα το 1987 αναπτύχθηκε από τον Naess η έννοια της εσωτερικής ποιότητας ζωής σύμφωνα με την οποία, η ποιότητα ζωής θεωρείται καλή, όταν το άτομο είναι δραστήριο και ασχολείται με εξωτερικές δραστηριότητες που δίνουν νόημα στη ζωή του, έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις, που του εξασφαλίζουν την αίσθηση ότι ανήκει κάπου, νοιώθει αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση αφού γνωρίζει τις δυνατότητες του και ικανοποιείται από τις επιτυχίες του και τέλος νοιώθει ασφάλεια, χαρά κι ευτυχία.

Ο Π.Ο.Υ. δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην υποκειμενική διάσταση του θέματος. Ορίζει ως ποιότητα ζωής, την υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι, για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα κοινωνικοπολιτισμικά πλαίσια και στο σύστημα αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν, σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, προσδοκίες πρότυπα και ανησυχίες τους.

Στον τομέα της κλινικής ιατρικής, έχει αναπτυχθεί ο όρος σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής και αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους.

Εξ αιτίας της πολυπαραγωγικότητας του φαινομένου, η μελέτη της ποιότητας ζωής, αποτελεί συνάρτηση και των δυο διαστάσεων (της υποκειμενικής και της αντικειμενικής). Δηλαδή εξαρτάται τόσο από την εμπειρία του ατόμου για τη ζωή του, όσο κι από την εκτίμηση κάποιων εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν τη ζωή του. Γι αυτό οι μελέτες που ασχολούνται με την εκτίμηση της ποιότητας ζωής,

μελετούν και τις δύο αυτές διαστάσεις, χρησιμοποιώντας συνδυασμό διαφορετικών εργαλείων.

Κατά τη διάρκεια των ερευνών, εμφανίζονται πολλές δυσκολίες όπως η προσωπικότητα του ασθενή, οι αλλαγές στην αυτοαντίληψη της ποιότητας ζωής του και διάφορες αλληλεπιδράσεις που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.

Η μέτρηση της λοιπόν, είναι μια δύσκολη και άλλοτε άλλη υπόθεση για τον κάθε ασθενή. Είναι ένα φαινόμενο πολυδιάστατο, με διαστάσεις που αλληλεπιδρούν.

6.3 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Οι χρόνιες παθήσεις του ήπατος, επιδρούν αρνητικά στην ζωή των ασθενών. Όσο επιδεινώνεται η πάθηση τόσο επηρεάζεται το επίπεδο ποιότητας ζωής τους.

Οι μεταβολές αυτές συμβαίνουν κυρίως στο χρόνο που χρειάζεται ο ασθενής για να προσαρμοστεί αφού γίνει η διάγνωση και κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Στα στάδια αυτά, ο ασθενής βιώνει πλήθος σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Στη φάση της διάγνωσης αρχικά κεραυνοβολείται και αισθάνεται έξω από κάθε πραγματικότητα. Το άγχος που βιώνει με την ανακοίνωση της διάγνωσης, τον εμποδίζει να αφομοιώσει την πληροφόρηση που δέχεται, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η κατανόησή της.

Το σοκ αυτό που μπορεί να διαρκέσει αρκετές μέρες ή εβδομάδες, δίνει τη θέση του στην άρνηση. Ο ασθενής αρνείται το γεγονός ότι πάσχει από τη νόσο, για να προφυλάξει τον εαυτό του από το άγχος των επιπλοκών και του θανάτου.

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, να καθυστερεί να ζητήσει ιατρική βοήθεια. Αν η άρνηση παραταθεί, μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ατόμου, αφού αυτό θα αργήσει να εισαχθεί σε θεραπευτική αγωγή. Η άρνηση είναι μια αντίδραση φυσιολογική και παρατηρείται όταν η πραγματικότητα που πρέπει να αντιμετωπίσει ο ασθενής είναι οδυνηρή.

Ακολουθεί το στάδιο του θυμού, ο οποίος πηγάζει από βαθιά απογοήτευση, απελπισία κι αίσθημα αδικίας ειδικά αν η μετάδοση της νόσου στο άτομο, έγινε χωρίς δική του ευθύνη (π.χ. μία μετάγγιση).

Ο θυμός εκτοξεύεται προς διάφορες κατευθύνσεις προς το οικογενειακό περιβάλλον, προς τον Θεό, που επέτρεψε να συμβεί κάτι τέτοιο, προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Ορισμένοι ασθενείς στρέφουν το θυμό τους προς τον ίδιο τους τον εαυτό, αν θεωρήσουν ότι ο τρόπος ζωής που είχαν πριν νοσήσουν, έχει παίξει ρόλο στην ανάπτυξη της πάθησης (π.χ. αλκοόλ) και αισθάνονται ενοχές. Έτσι δημιουργούνται εντάσεις, που απομακρύνουν τον ασθενή από το περιβάλλον του και τον αποκόβουν από τα υποστηρικτικά δίκτυα, που την δεδομένη στιγμή του είναι τόσο απαραίτητα.

Σταδιακά το άτομο, αρχίζει να συνειδητοποιεί τι του συμβαίνει. Είναι η στιγμή που πρέπει να πάρει κάποιες σημαντικές αποφάσεις.

Είναι μεγάλο το ποσοστό ασθενών, το οποίο θα αναζητήσει δεύτερη και τρίτη γνώμη σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία. Τα άτομα αυτά προσπαθούν να διερευνήσουν περισσότερο την κατάσταση, με την ελπίδα ότι θα δεχτούν πιο αισιόδοξη διάγνωση από αυτή που ήδη γνωρίζουν, ή πιο αποτελεσματική θεραπεία

για πλήρη ίαση. Ουσιαστικά προσπαθούν να δώσουν χρόνο στον εαυτό τους, να αφομοιώσει την πραγματικότητα.

Υπάρχουν ασθενείς, οι οποίοι αναρωτιούνται, αν θα πρέπει να ανακοινώσουν στο περιβάλλον τους την ύπαρξη της ασθένειας ή να την αποκρύψουν. Αρκετοί από αυτούς, αποκρύπτουν την ασθένειά τους για πολλούς λόγους. Είτε γιατί χρειάζονται οι ίδιοι χρόνο να την αποδεχτούν, είτε για να προστατεύσουν τους δικούς τους ανθρώπους από δυσάρεστα συναισθήματα, είτε γιατί θέλουν να αποφύγουν τον κοινωνικό στιγματισμό.

Είναι γνωστό ότι η ηπατίτιδα Β και C μεταδίδονται κυρίως από ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών. Αυτό έχει δημιουργήσει μία αρνητική εντύπωση γύρω από την πάθηση (κάτι ανάλογο συμβαίνει και με το AIDS). Οι ασθενείς με ηπατίτιδα φοβούνται ότι η κοινωνία τους θα τους αντιμετωπίσει με προκατάληψη και κάποιοι από αυτούς, αποφασίζουν να αποκρύψουν την πάθησή τους.

Αποφάσεις καλείται να πάρει ο ασθενής και για τις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Κάποιοι ασθενείς διατηρούν τον ίδιο ρυθμό ζωής που είχαν πριν νοσήσουν, παραβλέποντας τα δεδομένα και τους στόχους που επιβάλλει η νέα πραγματικότητα. Άλλοι συμβιβάζονται με την ιδέα της νόσου, με την οποία είναι αναγκασμένοι να ζουν και αλλάζουν τρόπο ζωής και συνήθειες προσαρμόζοντάς τον στις νέες απαιτήσεις.

Από μελέτες που έχουν γίνει σε ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο, όσοι δεν γνώριζαν την πάθησή τους, είχαν πολύ καλύτερη ποιότητα ζωής από αυτούς που την γνώριζαν.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Οι διάφορες μορφές θεραπείας για τη χρόνια ηπατίτιδα, μπορεί να προσφέρουν βελτίωση και ίαση σε πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών, προκαλούν όμως μια σειρά προβλημάτων, που δυσκολεύουν τον ασθενή βιολογικά και ψυχολογικά κι επιδρούν αρνητικά στο επίπεδο ποιότητας της ζωής του.

Αρχικά, η ανησυχία του ατόμου, είναι αν πληροί τα κριτήρια για εισαγωγή στη θεραπευτική αγωγή, ή αν υπάρχουν αντενδείξεις, οι οποίες θα τον αναγκάσουν να μείνει ακάλυπτος έναντι της δραστηριότητας του ιού.

Αν ο ασθενής επιθυμεί να τεκνοποιήσει, πρέπει να συστήνεται αναβολή της θεραπείας μέχρι την τεκνοποίηση, διαφορετικά πρέπει να λαμβάνει αυστηρά μέτρα αντισύλληψης, είτε είναι άνδρας είτε είναι γυναίκα, καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας, αρκετούς μήνες πριν και κάποιους μήνες μετά το τέλος αυτής.

Για να εισαχθεί ο πάσχων σε θεραπεία, πρέπει να συμμορφωθεί με κάποιους συγκεκριμένους κανόνες, που αφορούν στην αλλαγή του μέχρι τώρα τρόπου ζωής του π.χ. διακοπή του αλκοόλ, ηπατοτοξικών ουσιών κλπ.

Οι πολύ συχνές επισκέψεις σε κλινικές, νοσοκομεία, μικροβιολογικά εργαστήρια και η αναμονή των αποτελεσμάτων των διαγνώσεων και των εργαστηριακών εξετάσεων, είναι αναμενόμενα για κάποιον που έχει αρχίσει θεραπεία.

Η βασικότερη όμως αιτία η οποία δημιουργεί προβληματισμό και άγχος, είναι οι παρενέργειες των φαρμάκων. Ένα ποσοστό ασθενών, καταφέρνει να τις μειώσει χρησιμοποιώντας κάποιες πρακτικές ή άλλα φάρμακα. Αρκετοί ασθενείς όμως αναγκάζονται να διακόψουν τη θεραπεία, γιατί οι παρενέργειες που βιώνουν είναι ανυπόφορες.

Ειδικά όταν στο σχήμα ιντερφερόνης- ριμπαβιρίνης προστέθηκαν και οι αναστολείς της πρωτεάσης (τριπλό σχήμα), τότε οι παρενέργειες έγιναν περισσότερες. Η θεραπεία αυτή επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής του ασθενή, όπως την εργασία, τις σχέσεις του, την κοινωνικότητα του.

Η αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών, είναι δύσκολη αλλά σημαντική και απαραίτητη. Ο ασθενής πρέπει να κάνει προσπάθειες να συνεχίσει τη θεραπεία του, που αποσκοπεί στην ίαση από τη νόσο. Μεγάλο ρόλο παίζει η ενημέρωση του αρρώστου, η βοήθεια που θα λάβει από τους ειδικούς, καθώς επίσης και η στήριξη και φροντίδα από τους οικείους του.

Ένας άλλος κίνδυνος που εγκυμονεί, είναι ότι μετά το πέρας της θεραπείας κι εξαιτίας αυτής, υπάρχει πιθανότητα να αναπτυχθεί κάποιο αυτοάνοσο νόσημα π.χ. διαβήτης, θυρεοειδίτιδα κλπ.

Τέλος, η περίπτωση να μην έχει αποτέλεσμα η θεραπευτική αγωγή ή να αναγκαστεί ο πάσχων να διακόψει την θεραπεία λόγω παρενεργειών, δημιουργεί επιπλέον άγχος, διότι αισθάνεται ότι υποβλήθηκε άσκοπα σε όλη αυτή τη σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση και αν θα πρέπει να αρχίσει νέο κύκλο θεραπείας μελλοντικά, τα φάρμακα θα είναι περισσότερα.

Ο ασθενής έχει ασταθή ψυχολογία σε όλες τις φάσεις της νόσου, με εξάρσεις και υφέσεις. Το οικογενειακό του περιβάλλον γίνεται αποδέκτης όλων αυτών των αντιδράσεων και αναστατώνεται. Αν υπάρχουν σταθεροί δεσμοί μέσα στην οικογένεια, αυτό θα λειτουργήσει θετικά. Η κατανόηση είναι απαραίτητη.

Η ενημέρωση και η συμβουλευτική όλης της οικογένειας σχετικά με τη νόσο είναι απαραίτητη, για να κατανοεί τις αντιδράσεις του ασθενή. Σε συνεργασία θα ανακαλύψουν τρόπους προσαρμογής και στρατηγικές, ώστε ο δικός τους άνθρωπος που νοσεί, να προσαρμοστεί καλύτερα και να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που θα του προκύψουν. Ασθενείς που δεν έχουν υποστηρικτικά δίκτυα και επωμίζονται οι ίδιοι όλο το βάρος της νόσου, δυσκολεύονται πάρα πολύ να ανταπεξέλθουν.

Η χρόνια ηπατίτιδα δημιουργεί κατάθλιψη στον ασθενή και φόβο ότι το οικείο περιβάλλον του θα τον εγκαταλείψει. Λόγω του ότι η πάθηση αυτή συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα, προκαλεί στον ασθενή την πεποίθηση ότι θα περιθωριοποιηθεί. Έτσι απομονώνεται και δυσκολεύεται να επικοινωνήσει με τους άλλους ανθρώπους. Είναι σαφές λοιπόν, πόσο σημαντική είναι η υποστήριξη από το περιβάλλον του, το οποίο θα τον στηρίζει ώστε να διατηρήσει δραστηριότητες ψυχαγωγίας, συνοχή της οικογένειας, σεξουαλικότητας κ.λπ..

Η συνοχή της οικογένειας θα προσφέρει στο άρρωστο την ισορροπία που χρειάζεται, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τη χρόνια νόσο με τον καλύτερο τρόπο και να εστιάσει προς την ίαση.

Από το 2014, οι ανακοινώσεις σχετικά με τα φάρμακα για τη θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας, δίνουν ελπίδα στους ασθενείς και αναπτερώνουν το ηθικό τους. Τα νέα φάρμακα, τα οποία έχουν λάβει έγκριση, καθώς και αυτά τα οποία βρίσκονται σε φάση μελέτης, είναι πιο εύχρηστα, πιο αποτελεσματικά, με ελάχιστες έως καθόλου παρενέργειες και υπόσχονται εκρίζωση του ιού και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Η προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια όπως η ηπατίτιδα σύμφωνα με τους Stewart, Ross και Hartley (2004) αφορά 4 περιοχές:

- Τη βιολογική, σε θέματα όπως η απομόνωση, ο στιγματισμός, οι διαπροσωπικές σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους, το προσωπικό υγείας.
- Τη συναισθηματική, σε θέματα αυτοεικόνας, μειωμένες αντοχές, κόπωση, περιορισμένες μετακινήσεις.
- Τη συμπεριφορική, σε θέματα ελέγχου υγείας, τήρηση ιατρικών οδηγιών, διαχείρισης της εξέλιξης της νόσου.

- Την επαγγελματική, σε θέματα επαγγελματικού αποπροσανατολισμού, απειλής απόλυσης λόγω μειωμένων ικανοτήτων, υποχρεωτικής συνταξιοδότησης. Οι παραπάνω περιοχές είναι αλληλένδετες. Η αλλαγή σε μια περιοχή, επηρεάζει τις άλλες.

Η προσαρμογή του χρόνιου ασθενή στη χρόνια πάθηση εξαρτάται από τρεις ομάδες παραγόντων: τους παράγοντες που αφορούν την ασθένεια, τους προσωπικούς παράγοντες και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια είναι: η φύση της ασθένειας, το στάδιο κατά το οποίο έγινε η διάγνωση, οι επιπτώσεις που έχει η νόσος στον οργανισμό του ασθενή, πόσο έχει επηρεάσει τη λειτουργικότητά του και τι επιλογές έχει στη θεραπεία. Ο ασθενής αρχίζει να ενημερώνεται και να πληροφορείται για τη φύση της ασθένειας.

Σαν πηγές πληροφόρησης χρησιμοποιεί τον γιατρό του, το νοσηλευτικό προσωπικό, διάφορα βιβλία και το διαδίκτυο. Κατανοεί την νόσο, μαθαίνει τρόπους διαχείρισης του εαυτού του και πώς να αποφύγει να μεταδώσει τον ιό στους οικείους του. Αν το στάδιο της νόσου είναι αρχικό, ο ασθενής προσαρμόζεται καλύτερα απ' ό,τι αν η διάγνωση γίνει σε προχωρημένο στάδιο.

Με το πέρασμα του χρόνου, ο ασθενής νοιώθει ότι καταβάλλεται από τη νόσο. Συγκρίνει τον εαυτό του στο παρελθόν και στο τώρα και αισθάνεται κατάθλιψη από τις αλλαγές που αντιλαμβάνεται και αφορούν στην εικόνα και στη λειτουργικότητά του.

Οι προσωπικοί παράγοντες αφορούν στο φύλο, στην ηλικία του ασθενή όταν έγινε η διάγνωση, στην ωριμότητά του, στα προϋπάρχοντα προβλήματα ψυχικής υγείας στο αν είναι χρήστης ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ. Το φύλο του ασθενή, παίζει μεγάλο ρόλο στην ψυχολογική κατάσταση σε όλες τις φάσεις της ασθένειας. Οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη συναισθηματική επιβάρυνση από τις γυναίκες, διότι γίνονται λιγότερο λειτουργικοί και αυξάνεται η εξάρτησή τους από τους άλλους. Η ηλικία κατά την οποία θα γίνει η διάγνωση, διαμορφώνει την αντίδραση του ασθενή στη νόσο.

Για τους έφηβους αποτελεί μεγάλο πλήγμα, λόγω του ότι δεν έχουν ακόμα σταθεροποιήσει την εικόνα του εγώ τους. Στους ενήλικες δημιουργεί μεγάλο άγχος, διότι έχουν δημιουργήσει οικογένεια, εργάζονται κι έχουν υποχρεώσεις και στους ηλικιωμένους αναπτύσσεται ο φόβος ενός γρηγορότερου και πιο οδυνηρού θανάτου.

Η προσωπικότητα του ασθενή επίσης, παίζει σημαντικό ρόλο στο κατά πόσο ο χρόνιος ασθενής θα προσαρμοστεί στη νέα αυτή κατάσταση. Όσο πιο ανεξάρτητο και δυναμικό είναι το άτομο, τόσο δυσκολότερα προσαρμόζεται στις ιατρικές εντολές και στην αλλαγή τρόπου ζωής σύμφωνα με τις επιταγές της νόσου. Αν προϋπάρχουν και ψυχικές νόσοι στον ασθενή, τότε αυτός δεν μπορεί να προσαρμοστεί στη νόσο με αποτέλεσμα να μην συνεργάζεται, να απομονώνεται ή να γίνεται αντιδραστικός, οξύθυμος και επιθετικός.

Η κοινωνικοοικονομική θέση του ασθενή τέλος, επηρεάζει την προσαρμογή του. Άτομα με καλό κοινωνικό επίπεδο και μορφωμένα, αντιλαμβάνονται καλύτερα την ασθένεια τους και συνεργάζονται πιο συνειδητά με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, απ' ό,τι τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο.

Τέλος οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που αφορούν τα υποστηρικτικά δίκτυα και το οικογενειακό περιβάλλον.

Η διάγνωση μιας χρόνιας νόσου όπως η ηπατίτιδα δοκιμάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις του και πολλές φορές τις αλλάζει. Η προσαρμογή είναι μια εξαιρετικά περίπλοκη υπόθεση.

Τα άτομα αντιμετωπίζουν μια σειρά από έντονες στρεσογόνες καταστάσεις, όπως, η θεραπεία, ο κίνδυνος επιπλοκών, η έκβαση της νόσου, ο φόβος για έναν οδυνηρό θάνατο, καταστάσεις που μπορούν να καταβάλλουν ακόμα και τα πιο σθεναρά άτομα.

Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών βιώνει διάφορα συμπτώματα, τα οποία οι γιατροί τα χαρακτηρίζουν ελάσσονα, αλλά οι ασθενείς τα αντιλαμβάνονται πολύ έντονα και ανυπόφορα, παρουσιάζοντας δυσκολία να ανταποκριθούν στις καθημερινές τους δραστηριότητες και κάποιοι να είναι ανίκανοι να εργαστούν.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν ενδείξεις, ότι η ηπατίτιδα C, έχει επίδραση στην εγκεφαλική λειτουργία, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι νοητικές λειτουργίες των ασθενών αυτών, ειδικά η ικανότητα συγκέντρωσης και η ταχύτητα μνήμης, γεγονός το οποίο δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στην καθημερινότητα του ασθενή. Έρευνες έδειξαν, ότι υπάρχει βιολογική εξήγηση, αφού στα βασικά γάγγλια των ασθενών και στη λευκή ουσία υπήρχε υψηλότερη συγκέντρωση χολίνης και κρεατίνης από την αναλογία που υπάρχει σε υγιή άτομα. Όσο αυξάνεται η ίνωση του ήπατος, τόσο αυξάνει και η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών.

Επιβαρυντικό ρόλο μπορεί να παίξουν και κάποιοι παράγοντες, όπως η χρήση ουσιών ή αλκοόλ, η πιθανή κατάθλιψη, η πιθανή εγκεφαλοπάθεια αν ο ασθενής είναι κιρρωτικός.

Η εμπλοκή του κεντρικού νευρικού συστήματος προκύπτει από μαγνητική στερεοσκοπική τομογραφία και από ιστολογική εξέταση εγκεφαλικού ιστού μετά το θάνατο.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί σε κάποιους ασθενείς, οι οποίοι είναι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, αλκοολικοί, άστεγοι, μετανάστες, οι οποίοι εκτός από την πάθηση έχουν να αντιμετωπίσουν κοινωνικά προβλήματα, ανεργία, οικογενειακά προβλήματα.

Είναι λοιπόν σαφές, ότι η προσπάθεια προσαρμογής σε μια τόσο σοβαρή, χρόνια και μεταδοτική νόσο, έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής του ασθενή. Μόνο η περίπτωση της μεταμόσχευσης ήπατος επηρεάζει θετικά και μπορεί να βελτιώσει το επίπεδο ζωής των ασθενών, αφού υπόσχεται μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και απαλλαγή από τις οδυνηρές φαρμακευτικές αγωγές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΚΑΙ C

Η ποιότητα και ο χρόνος της νοσηλευτικής φροντίδας, παίζουν σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας του ασθενή, με την εφαρμογή θεραπευτικών μέσων έναντι της ασθένειας, στην προστασία του από σοβαρές επιπλοκές, στην αποκατάστασή του, στη μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και στη μείωση της θνησιμότητας. Εκτός από επιστημονική κατάρτιση και κρίση να την εφαρμόσει, ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί και την προσωπική του άποψη, σχετικά με τη φροντίδα και ανάλογα να σχεδιάζει τις στρατηγικές του.

Συστατικά φροντίδας

- Αγάπη για το επάγγελμα, το οποίο ο ίδιος έχει επιλέξει, αλλά κυρίως για τον συνάνθρωπο που πάσχει.
- Κατανόηση και κάλυψη των αναγκών του ατόμου, που χρήζει βοήθειας, ειδικά σε ασθενείς οι οποίοι δεν είναι σε θέση να εκφράσουν τις ανάγκες τους, όπως μικρά παιδιά ή ασθενείς σε κώμα.
- Πρόληψη .Η ελαχιστοποίηση των κινδύνων που μπορούν να βάλουν σε δοκιμασία τον άνθρωπο και η λήψη μέτρων για την προαγωγή της υγείας του ατόμου, καθιστά τη φροντίδα ως μέσο προστασίας.
- Επαφή - άγγιγμα. Εφαρμόζεται όπου κι όταν πρέπει. Δημιουργεί οικειότητα ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον άρρωστο, τον χαλαρώνει και του δίνει το αίσθημα της ασφάλειας .Ο νοσηλευτής οφείλει να χρησιμοποιεί σωστά αυτό το συστατικό φροντίδας, σεβόμενος πάντα την αξιοπρέπεια του ασθενή.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη της ηπατίτιδας

Ο ρόλος του νοσηλευτή στο επίπεδο πρόληψης, δεν είναι μόνο να ενημερώσει τον πληθυσμό για τους τρόπους μετάδοσης της νόσου, αλλά και να προτείνει αλλαγές στον τρόπο ζωής, ειδικά σε άτομα που έχουν επικίνδυνες συμπεριφορές. Πρέπει ο ίδιος να διαθέτει γνώσεις σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και τα προληπτικά μέτρα, έτσι ώστε να οργανώσει προγράμματα ενημέρωσης των πληθυσμών που κινδυνεύουν, προστατεύοντας έτσι τη δημόσια υγεία. Μπορεί ακόμα να συμβάλει, αναγνωρίζοντας άτομα υψηλού κινδύνου από το ιστορικό τους και να τα παραπέμψει στα ειδικά κέντρα αντιμετώπισης της ηπατίτιδας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο

Στόχος του νοσηλευτή πρέπει να είναι, η δημιουργία ενός ζεστού και φιλικού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο ο ασθενής θα χαλαρώσει και θα εμπιστευτεί τον νοσηλευτή.

Στη συνέχεια συλλέγει από τον ασθενή κάποια σημαντικά δεδομένα όπως:

- Ιστορικό της νόσου.
- Επιπτώσεις της νόσου στον τρόπο ζωής.
- Τρέχοντα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα.
Υποστηρικτικά δίκτυα
- Στρατηγικές τις οποίες εφαρμόζει ο ασθενής, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο

Έχοντας να αντιμετωπίσει ασθενείς με ηπατίτιδα Β ή C, ο νοσηλευτής θα σχεδιάσει και θα εφαρμόσει νοσηλευτική φροντίδα, με σκοπό να επιτύχει άμεσα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Σε οξεία ηπατίτιδα, η νοσηλευτική παρέμβαση θα γίνει με υποστηρικτικά μέτρα και με εκπαίδευση. Το βασικό πλάνο φροντίδας περιλαμβάνει διδασκαλία για την αποφυγή μετάδοσης της νόσου, προαγωγή της ανάπαυσης και της διατροφής, ανακούφιση από τον κνησμό, και παρακολούθηση του ασθενή. Ο ασθενής δεν χρειάζεται νοσηλεία στο νοσοκομείο. Μόνο σε περιστατικά κεραυνοβόλου ηπατίτιδας, ηπατικής ανεπάρκειας, κίρρωσης και καρκίνου του ήπατος χρειάζεται εισαγωγή σε νοσοκομείο. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις δέχονται φροντίδα στο σπίτι.

Σε χρόνια ηπατίτιδα, η νοσηλευτική διάγνωση περιλαμβάνει, αξιολόγηση των κλινικών εκδηλώσεων, που αναφέρει ο ασθενής στο ιστορικό του, όπως ναυτία, εμετό, κόπωση, πόνο στις αρθρώσεις και στους μύες, κοιλιακό πόνο, σκουρόχρωμα ούρα, ανοιχτόχρωμα έως λευκά κόπρανα.

Σημαντική είναι η εκτίμηση της έναρξης και της διάρκειας των εκδηλώσεων αυτών και ο προσδιορισμός της αιτίας. Για τη σωστή παροχή βοήθειας κατά τη λήψη του ιστορικού, πρέπει να γίνουν ερωτήσεις σχετικά με τυχόν χρήση ουσιών, σεξουαλικές πρακτικές, έκθεση σε τοξικές ουσίες, τυχόν ταξίδια, και λήψη φαρμάκων.

Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει τη λήψη ζωτικών σημείων, την εξέταση της χρώσης του δέρματος, του σκληρού χιτώνα των οφθαλμών και των βλεννογόνων, των κοπράνων και των ούρων. Η αύξηση της χολερυθρίνης συνήθως συνοδεύεται από κνησμό, γι αυτό πρέπει να αξιολογηθούν βλάβες στο δέρμα από ξύσιμο.

Οι διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας προκαλούν προβλήματα στους παράγοντες πήξης του αίματος. Για το λόγο αυτό, οι ασθενείς πρέπει να ελέγχονται για σημάδια αιμορραγίας (π.χ. πετέχειες).

Πρώτη μέριμνα πρέπει να είναι, η αποφυγή μετάδοσης της νόσου.

Μεγάλη προσοχή χρειάζεται σε κάθε πύλη εισόδου και εξόδου, γαστρεντερική ή παρεντερική, έτσι ώστε να αποφευχθεί η μετάδοση του ιού. Συνίσταται καλό πλύσιμο των χεριών, χρήση γαντιών, επιμελής καθαρισμός των επιφανειών με χλωρίνη.

Στη συνέχεια, πρέπει να γίνει έλεγχος στην ενυδάτωση, στη θρεπτική κατάσταση, στο βάρος και στην περίμετρο της κοιλιάς, καθώς και στα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων. Όλα αυτά μαζί με το ιστορικό, θα βοηθήσουν να προσδιοριστεί το στάδιο της νόσου, για να δοθεί η κατάλληλη θεραπεία και φροντίδα. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται η ρύθμιση του ανισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, ειδικά όταν το άτομο έχει ανορεξία κι εμετούς

Η θρέψη πρέπει να είναι επαρκής και σωστή. Βέβαια μια καλή διατροφή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως, το βάρος, η ηλικία, ο βαθμός ηπατικής βλάβης. Μια υπερθερμιδική διαίτα (3000 θερμίδες την ημέρα), πλούσια σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες θα βοηθήσει το ήπαρ να επουλωθεί και να αναπλαστεί. Η ιδανική ποσότητα και το είδος των πρωτεϊνών στη διατροφή ατόμων που πάσχουν από ηπατίτιδα, είναι ένα πολυσυζητημένο θέμα .

Οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ηπατίτιδα, πρέπει να διατηρούν φυσιολογικό βάρος. Όσοι είναι υπέρβαροι, ταλαιπωρούν περισσότερο το ήπαρ τους. Τα αυξημένα αποθέματα λίπους (λιπώδης διήθηση του ήπατος), μπορεί να οδηγήσουν σε επιπρόσθετη φλεγμονή του οργάνου (στεατοηπατίτιδα) και ακόμα πιο γρήγορα στην κίρρωση και στον ηπατοκυτταρικό καρκίνο.

Τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά και συχνά και να λαμβάνεται υπ' όψιν, η προτίμηση του ασθενή σε τροφές. Έχει τεράστια σημασία η έγκαιρη επέμβαση για την υποστήριξη του ασθενή, όταν στην ήδη υπάρχουσα κατάσταση εμπλέκεται και η υποθρεψία. Τόσο η πρωτοπαθής νόσος, όσο και οι επιπλοκές της (ασκίτης, πυλαία υπέρταση, ηπατική εγκεφαλοπάθεια κ.λπ.), αυξάνουν τις θερμιδικές ανάγκες του ασθενή, επιδεινώνοντας την υποθρεψία στην οποία βρίσκεται. Ο μεταβολισμός και η σύνθεση πρωτεϊνών, αποτελούν σημαντικές λειτουργίες του ήπατος. Η μειωμένη ικανότητα του πάσχοντος ήπατος να εκτελέσει τις λειτουργίες αυτές, κάνει τον ηπατοπαθή καταβολικό και σε προχωρημένα στάδια υπερκαταβολικό.

Περιορισμός του νατρίου συνίσταται, όταν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις κατακράτησης υγρών (ασκίτης, οιδήματα κάτω άκρων). Ο υγιεινότερος τρόπος πρόσληψης αλατιού, είναι η διακοπή του .

Σκευάσματα βιταμινών είναι απαραίτητα, όπως η βιταμίνη Κ, C και όλο το σύμπλεγμα της βιταμίνης Β, διότι προάγουν την καλή θρεπτική κατάσταση .

Το αλκοόλ πρέπει να διακόπτεται. Αυτό είναι σαφώς το πιο αποτελεσματικό μέτρο που μπορεί να συστήσει ο νοσηλευτής στον ασθενή, ο οποίος πάσχει από ηπατίτιδα, για να επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου. Έρευνες έχουν δείξει, ότι η βαρύτητα της ηπατικής νόσου σε πάσχοντες από ηπατίτιδα C , είναι εξαιρετικά υψηλότερη ανάμεσα σε εκείνους που καταναλώνουν αλκοόλ. Ακόμα και η κατανάλωση αλκοόλ σε μικρές ποσότητες δεν είναι βέβαιο αν είναι ασφαλής. Μια έκθεση η οποία εμφανίζεται στο Alcohol Clinical Expert, παρατήρησε μια ταχύτατη ανάπτυξη κίρρωσης και ηπατοκυτταρικού καρκίνου σε αλκοολικούς ασθενείς με ηπατίτιδα C,σε ποσοστό 8,3%, σε σχέση με τους μη αλκοολικούς ασθενείς.

Η ανάπαυση του ασθενή πρέπει να είναι επαρκής και να αποφεύγεται κάθε είδους στρεσογόνο παράγοντας. Αυτό θα βοηθήσει τον ασθενή στην μείωση του συμπτώματος της κόπωσης ,θα βελτιώσει την ψυχολογική του κατάσταση και αν βρίσκεται σε στάδιο που χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή ,η ανάπαυση θα βοηθήσει στην καλύτερη ανοχή του οργανισμού στα φάρμακα.

Ο πάσχων σε όλο το χρονικό διάστημα που θα παραμείνει στο νοσοκομείο, πρέπει να μετακινείται για να αποφεύγονται οι κατακλίσεις και να λαμβάνονται μέτρα για την κένωση του εντέρου.

Η φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να περιλαμβάνει κορτικοστεροειδή για τη μείωση των φλεγμονών, καθώς και σχήμα φαρμάκων έναντι του ιού.

Ευθύνη του νοσηλευτή είναι, να φροντίζει να χορηγείται η αγωγή στις σωστές δόσεις και στο σωστό χρόνο, ενημερώνοντας ταυτόχρονα τον ασθενή για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων .Σε περίπτωση εμφάνισης τους, να ειδοποιηθεί ο θεράπων ιατρός, για να επαναρυθμιστεί η δόση. Προσεκτική χορήγηση σε αναλγητικά και ηρεμιστικά φάρμακα, διότι το ήπαρ δυσκολεύεται να τα μεταβολίσει.

Ο νοσηλευτής πρέπει να εκπαιδεύει τον ασθενή να αναγνωρίζει τυχόν υποτροπές ή επιπλοκές της νόσου και να απευθύνεται άμεσα στον γιατρό του.

Σε περίπτωση κίρρωσης, οι στόχοι του νοσηλευτή είναι ο έλεγχος της αιτίας , των συμπτωμάτων και των επιπλοκών. Η κίρρωση είναι μια κατάσταση σοβαρή και μη αναστρέψιμη, κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Ο ασθενής πρέπει να μεταφερθεί σε μοναχική κλίνη και ήσυχο περιβάλλον και να γίνει ολοκληρωμένη φυσική εξέταση, για ν' αξιολογούνται οι τυχόν μεταβολές κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο

Αρχικά γίνεται χορήγηση φαρμάκων κατά του πρωτοπαθούς αιτίου της κίρρωσης, τα οποία είναι η ιντερφερόνη κι ένα αντι-ικό φάρμακο για την θεραπεία της ηπατίτιδας, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες που έχουν δοθεί.

Στη συνέχεια αντιμετωπίζεται η υποθρεψία του ασθενή, με επαρκή θρέψη και προτίμηση σε υδατάνθρακες και λιγότερες πρωτεΐνες. Το κτίσιμο των μυών και η επισκευή και επούλωση του σώματος, εξαρτάται κατά πολύ από τις πρωτεΐνες. Μεγάλες όμως ποσότητες πρωτεϊνών στη διατροφή, μπορεί να προκαλέσουν συσσώρευση των προϊόντων διάσπασης των στο αίμα. Αν τα επίπεδα αυξηθούν, υπάρχει πιθανότητα να εκδηλωθεί ηπατική εγκεφαλοπάθεια. Η κατάσταση αυτή, επηρεάζει την ψυχική υγεία και γίνεται αιτία απώλειας της πνευματικής διαύγειας, με εξέλιξη το ηπατικό κώμα. Αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει, ότι μια χορτοφαγική δίαιτα που περιορίζει ή εξαλείφει τις ζωικές πρωτεΐνες, μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα εγκεφαλοπάθειας.

Από την άλλη όμως, μια δίαιτα χαμηλή σε πρωτεΐνες, μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε αδυναμία και υποσιτισμό. Συνεπώς οι ηπατοπαθείς, πρέπει να καταναλώνουν επαρκείς ποσότητες πρωτεΐνης, αλλά μια μορφή πρωτεΐνης σε κάθε γεύμα. Αν ο ασθενής κάνει συχνούς εμετούς, χρειάζεται καλός καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας και προτιμάται η τεχνητή διατροφή.

Η υποθρεψία συμβάλλει στη διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος κι έτσι ο ασθενής γίνεται επιρρεπής σε λοιμώξεις. Όλες οι παρεμβάσεις προς τον ασθενή πρέπει να γίνουν με άσηπτες τεχνικές, να δοθούν αντιβιοτικά και αντιγριπικός εμβολιασμός του αρρώστου.

Αν το στάδιο της κίρρωσης είναι προχωρημένο, ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται για πρώιμη αναγνώριση επιπλοκών, όπως η ηπατική εγκεφαλοπάθεια και η αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα.

Σε περίπτωση κάποιας επιπλοκής της κίρρωσης η νοσηλευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου για τον ασθενή, το αίτιο που την προκάλεσε και τέλος την εκτίμηση των εκδηλώσεων της επιπλοκής.

Το ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό του πάσχοντα (π.χ. χρήση αλκοόλ ή ουσιών), λήψη άλλων φαρμάκων παράλληλα με την φαρμακευτική αγωγή έναντι του ιού της ηπατίτιδας (π.χ. βαρβιτουρικά, αντικαταθλιπτικά κ.λπ., πρόσφατες λοιμώξεις κ). Όλα αυτά θα προσφέρουν πληροφορίες οι οποίες χρειάζονται για να γίνει η νοσηλευτική διάγνωση.

Στην κλινική αξιολόγηση θα βοηθήσουν, η λήψη ζωτικών σημείων, η κατάσταση και το χρώμα του δέρματος, το επίπεδο συνείδησης. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρατηρήσουν την κεφαλή μέδουσας (ορατά αιμοφόρα αγγεία ακτινωτά γύρω από τον ομφαλό), τις ερυθρηματώδεις παλάμες και τα αραχνοειδή αιμαγγειώματα. Επίσης πρέπει να αξιολογηθεί η περίμετρος, το σχήμα της κοιλιάς του ασθενή και με ψηλάφηση η ευαισθησία και ο κυματισμός του υγρού.

Αν ο ασθενής έχει ίκτερο, πρέπει να παρακολουθείται και να καταγράφεται ο βαθμός ίκτερου στο δέρμα και στον σκληρό χιτώνα του οφθαλμού. Επίσης ελέγχεται το χρώμα των ούρων και των κοπράνων.

Αν υπάρχει οίδημα κάτω άκρων, δίνονται διουρητικά φάρμακα με ιατρική οδηγία και αποφυγή του νατρίου από την διατροφή. Παρακολουθείται το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών και ρυθμίζεται η ταχύτητα ροής στη χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών και φαρμάκων, για την αποφυγή υπερφόρτωσης. Ανακουφιστικές για τον ασθενή, είναι οι παθητικές κινήσεις και η άρση των κάτω άκρων.

Αν έχει δημιουργηθεί ασκίτης, ο ασθενής αφού ουρήσει, πρέπει να τοποθετηθεί σε σωστή θέση, λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι μπορεί να έχει και δύσπνοια, για να του γίνει εκκενωτική παρακέντηση.

Ο νοσηλευτής θα του χορηγήσει διουρητικά και αλβουμίνη αν χρειαστεί, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, θα παρακολουθεί το ισοζύγιο υγρών για τυχόν διαταραχές, και θα σημειώνει την ποσότητα και τον χαρακτήρα του υγρού έπειτα από κάθε παρακέντηση.

Σε περίπτωση εκδήλωσης ηπατικής εγκεφαλοπάθειας, πρέπει να μειωθούν οι ζωικές πρωτεΐνες από τη διατροφή, και να αντικατασταθούν με φυτικές οι οποίες βοηθούν στην καλύτερη λειτουργία του εντέρου. Συχνή παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, συχνή λήψη ζωτικών σημείων. Μείωση των επισκέψεων διότι ο ασθενής έχει μεγάλη ανάγκη από ησυχία, πρόληψη των κατακλίσεων, τεχνητή διατροφή.

Παράλληλα με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει στον ασθενή και ψυχολογική υποστήριξη. Να τον βοηθήσει να ξεπεράσει το άγχος της νόσου και να οργανώσουν μαζί στρατηγικές αντιμετώπισης.

Πρώτο βήμα είναι, να δημιουργήσει ένα οικείο περιβάλλον, μέσα στο οποίο ο ασθενής θα νοιώσει ασφάλεια και θα εκφράσει τις απορίες και τα συναισθήματά του. Ο νοσηλευτής οφείλει να τον ενθαρρύνει και να απαντά στις ερωτήσεις του. Φροντίζει να παροτρύνει τον ασθενή να εκτελεί τις δραστηριότητες που αφορούν στην ατομική του υγιεινή και άλλες δραστηριότητες, αν η νόσος βρίσκεται σε περίοδο ύφεσης. Του εξηγεί, ότι όλες οι παρεμβάσεις γίνονται με σκοπό την ίαση του, έτσι ώστε να αποφεύγεται η κατάθλιψη και η παραίτηση του ασθενή.

Τέλος, τροφοδοτεί την αισιοδοξία και την ελπίδα του πάσχοντα, ενημερώνοντας τον συνεχώς για κάθε νέα θεραπεία και μέθοδο, σχετικά με την πάθησή του.

Ο ρόλος του νοσηλευτή πριν από την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο

Πριν δοθεί εξιτήριο από το νοσοκομείο, ο νοσηλευτής πρέπει να προετοιμάσει τον ίδιο τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του, να διαχειριστούν τη νόσο στο σπίτι. Λόγω του ότι, τα άτομα δεν είναι εξοικειωμένα, κάποιες πληροφορίες πρέπει να δοθούν γραπτώς.

Πρέπει να γίνουν κατανοητές οι οδηγίες σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, δηλαδή το είδος των φαρμάκων, οι δοσολογίες, ο τρόπος και ο χρόνος λήψης.

Να δοθεί σωστή ενημέρωση για τα μέτρα που πρέπει να παίρνει ο ασθενής, έτσι ώστε να μη διασπείρει τον ιό στο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Να τηρεί τους κανόνες ατομικής υγιεινής, επαρκούς ανάπαυσης, σωστής διατροφής και καλής ενυδάτωσης.

Να είναι σε θέση ο ίδιος, να αναγνωρίζει τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές, να διενεργεί σε τακτά χρονικά διαστήματα ηπατικό έλεγχο και να επισκέπτεται συχνά τον ηπατολόγο του.

Τέλος να δοθούν οδηγίες στον ασθενή, για αλλαγή τρόπου ζωής, διακοπή βλαβερών συνηθειών και τρόπους προσαρμογής, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του και να αποκτήσει καλύτερο δυναμικό, ώστε ν' αντιμετωπίσει τη νόσο του.

Ο ρόλος της οικογένειας κυρίως, αλλά και του φιλικού περιβάλλοντος, είναι πολύ σημαντικός. Παρέχει ασφάλεια και βοηθά τον ασθενή να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει τη μάχη του με τη χρόνια ασθένεια, γεγονός το οποίο έχει θεραπευτική αξία.

Η εξασφάλιση ενός ήρεμου περιβάλλοντος, διευκολύνει τον ασθενή να ξεπεράσει το στρες και να στρέψει την προσοχή του και το ενδιαφέρον του προς την ίαση. Η

κατανόηση και η διακριτικότητα, θα συμβάλει θετικά στην ψυχολογία του ασθενή, ο οποίος δεν θα αισθάνεται τη μοναξιά της περιθωριοποίησης και θα αποφύγει την κατάθλιψη.

Καθήκον της οικογένειας είναι επίσης, να βοηθήσει τον πάσχοντα να προσαρμόσει την καθημερινότητά του στα νέα δεδομένα και αλλαγές, χωρίς όμως να χάσει τα ενδιαφέροντα και την επικοινωνία με το φιλικό του περιβάλλον. Σημαντικό μέλημα πάντα, να τηρούνται τα μέτρα προφύλαξης μετάδοσης της νόσου.

Η οικογένεια του οροθετικού ασθενή, πρέπει να ενημερωθεί σχετικά με τη μετάδοση της νόσου και να εμβολιαστούν όλα της τα μέλη έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β.

Μεγάλη είναι η συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος σε ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια και οι οποίοι εκτός από στήριξη, χρειάζονται και ιδιαίτερη φροντίδα και περιποίηση.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Ευρεία ενημέρωση του πληθυσμού, για την επιδημιολογία και τους τρόπους μετάδοσης της ηπατίτιδας.
- Ενημέρωση, σχετικά με την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Εκπαίδευση ατόμων που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, για το πώς θα προστατέψουν τον εαυτό τους και τους άλλους, αν είναι φορείς.
- Προγράμματα ανίχνευσης του HBV ΚΑΙ HCV σε όλο τον ελληνικό πληθυσμό και στους μετακινούμενους πληθυσμούς, έτσι ώστε οι οροθετικοί να ξεκινούν γρήγορα θεραπεία.
- Έλεγχος HBsAg στα σχολεία.
- Εμβολιασμός οικογενειών, των φορέων του ιού HBV.
- Εμβολιασμός ατόμων, που πρόκειται να ταξιδέψουν σε χώρες με μεγάλη ενδημικότητα του ιού.
- Αυστηρός έλεγχος των αιμοδοτών και των δωρητών οργάνων προς μεταμόσχευση.
- Παθητική ανοσοπροφύλαξη, για όσους έχουν εκτεθεί στον ιό, με χορήγηση ειδικής ανοσοσφαιρίνης για τον HBV ιό.
- Έλεγχος HBsAg σε όλο το Ιατρονοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.
- Εμβολιασμός μέσα σ' ένα μήνα από την πρόσληψή τους όλων των αρνητικών HBsAg.
- Έλεγχος όλων των ασθενών που εισάγονται στο νοσοκομείο για αυστραλιανό αντιγόνο.
- Χρησιμοποίηση συσκευών μιας χρήσης σε χειρουργεία, αιμοδοσία, μονάδα τεχνικού νεφρού.
- Συνεχής εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Το κράτος να επιχορηγεί έρευνες, έτσι ώστε να δοκιμάζονται νέες θεραπείες και τεχνικές με στόχο, την ίαση των ασθενών.
- Διαπραγματεύσεις με τις φαρμακοβιομηχανίες για εξασφάλιση καλύτερης τιμής στα φάρμακα για την νόσο , έτσι ώστε να εισάγονται στη θεραπεία όλοι οι ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ηπατίτιδες Β και C, εξακολουθούν να αποτελούν μάλιστα για εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, με τεράστιο αντίκτυπο στη δημόσια υγεία.

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρήθηκαν μεγάλες αλλαγές στο επιδημιολογικό τοπίο, αφ' ενός, με τον εμβολιασμό και τους αυστηρούς ελέγχους αίματος προς μετάγγιση κι αφ' ετέρου, με την μεγάλη μεταναστευτική κίνηση πληθυσμών από χώρες που ενδημεί ο ιός.

Παρότι οι τεχνικές και οι θεραπευτικές μέθοδοι έχουν βελτιωθεί θεαματικά, κάποια σημαντικά προβλήματα εμποδίζουν την καλή έκβαση των νόσων αυτών.

- Οι διαδικασίες ελέγχου της ιογενούς ηπατίτιδας είναι ανεπαρκείς και η διάγνωση γίνεται σε περιορισμένη έκταση. Υπάρχουν άτομα, τα οποία ενώ διατρέχουν κίνδυνο δεν το γνωρίζουν και άλλα άτομα, τα οποία έχουν ήδη μολυνθεί και το αγνοούν. Χρειάζεται επομένως μεταφορά γνώσης, σε όσους δεν έχουν το πλεονέκτημα εκπαίδευσης, καθώς και καθολικός έλεγχος για τον εντοπισμό οροθετικών.
- Τα κριτήρια εισαγωγής στη θεραπεία, είναι πολύ συγκεκριμένα και αφορούν σε ασθενείς, οι οποίοι βρίσκονται σε πολύ προχωρημένα στάδια. Σαφώς θα ήταν προτιμότερο, η θεραπευτική παρέμβαση να γίνεται σε πρώιμα στάδια, για να αποτραπεί η κίρρωση και ο ΗΚΚ.
- Το κόστος των νέων φαρμάκων είναι τεράστιο. Παλαιότερα οι ασθενείς απέφευγαν τη θεραπεία λόγω παρενεργειών. Μετά το 2014 την αποφεύγουν λόγω κόστους.

Τα δεδομένα αυτά αποτελούν μια μεγάλη πρόκληση για το κάθε κράτος, το οποίο πρέπει να δράσει δυναμικά, προκειμένου να ξεπεραστούν τα εμπόδια και να εξαλειφθούν αυτές οι νόσοι τα επόμενα χρόνια.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1^η

Άνδρας ηλικίας 62 ετών, προσήλθε στα ΤΕΠ με κοιλιακή διάταση και δύσπνοια. Ανέφερε ότι το τελευταίο διάστημα παρουσίαζε αδυναμία, έντονη κόπωση, ανορεξία και κνησμό. Δεν ανέφερε πυρετό, κοιλιακό πόνο, μαύρα κόπρανα και δυσουρικά ενοχλήματα. Ήταν μέτριος καπνιστής και κατανάλωνε δυο με τρία ποτήρια αλκοόλ την ημέρα. Δεν έκανε χρήση ναρκωτικών ουσιών. Από το παρελθόν ιστορικό ανέφερε υπέρταση, για την οποία λάμβανε περιστασιακά φαρμακευτική αγωγή. Προ 25ετίας, σε τυχαίο έλεγχο είχε διαπιστωθεί ηπατίτιδα C, για την οποία δεν έλαβε ποτέ αγωγή.

Στην κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε ικτερική χροιά των σκληρών των οφθαλμών, αραχνοειδή αιμαγγειώματα, ερυθρότητα των παλαμών και οιδήματα στα σφυρά. Επίσης παρατηρήθηκε μετακινούμενη αμβλύτητα με υγρό κυματισμό στην κοιλιακή χώρα. Το ήπαρ και ο σπλήνας διογκωμένα, χωρίς ευαισθησία και τα ζωτικά σημεία του ασθενούς φυσιολογικά.

Έγιναν αιματολογικές, βιοχημικές εξετάσεις, έλεγχος πηκτικότητας, ακτινογραφία θώρακα και υπερηχογράφημα κοιλιάς. Από τις εξετάσεις διαπιστώθηκαν ήπια αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία, παράταση χρόνου προθρομβίνης, ήπια αύξηση τρανσαμινασών (SGOT>SGPT), και σημαντική υποαλβουμιναιμία. Στους υπέρηχους διαπιστώθηκε ηπατοσπληνομεγαλία και ικανή ποσότητα ασκτικού υγρού.

Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην παθολογική κλινική για περεταίρω διερεύνηση και αντιμετώπιση, με αιτία εισαγωγής κιρρωτικός ασκίτης λόγω ηπατίτιδας C.

Στον ασθενή τοποθετήθηκε φλεβοκαθετήρας και ουροκαθετήρας. Συνεστήθη κατάκλιση και άναλος δίαιτα, έλεγχος ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, βωρη παρακολούθηση ζωτικών σημείων. Δεν χορηγήθηκαν υγρά ενδοφλεβίως. Για τη διερεύνηση του ασκίτη έγινε διαγνωστική παρακέντηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν κιρρωτικό ασκίτη λόγω πυλαίας υπέρτασης.

Στη συνέχεια έγινε γαστροσκόπηση, όπου διαπιστώθηκαν οισοφαγικοί κίρσοι χωρίς όμως στοιχεία αιμορραγίας.

Λόγω της μεγάλης ποσότητας ασκτικού υγρού, κρίθηκε αναγκαία η παρακέντηση και παροχέτευση του ασκτικού υγρού, με ταυτόχρονη χορήγηση αλβουμίνης. Ο ασθενής έλαβε επίσης διουρητική αγωγή (σπειρολακτόνη και φουροσεμίδη), με καθημερινή μέτρηση ποσότητας ούρων 24ωρου και του σωματικού του βάρους.

Τις επόμενες ημέρες ο ασθενής παρουσίασε σημαντική βελτίωση της δύσπνοιας, εξαφάνιση των οιδημάτων και της κοιλιακής διάτασης. Παραπονέθηκε μόνο για αδυναμία και μυϊκές κράμπες κάτω άκρων, που αντιμετωπίστηκαν με μαγνήσιο.

Ο ασθενής μετά από μια εβδομάδα εξήλθε από το νοσοκομείο, με οδηγίες άναλο δίαιτα, μέτρηση σωματικού βάρους την εβδομάδα, λήψη διουρητικών. Συνεστήθη επανέλεγχος για την πιθανή χορήγηση αντιικών φαρμάκων, έναντι του ιού HCV.

Ανάγκες-προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
Ανησυχία-Κόπωση	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση φυσιολογικών ζωτικών σημείων. Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων. Μείωση θορύβων. Μείωση επισκεπτών. Κλινοστατισμός. Ενημέρωση του ασθενή και εξασφάλιση της συνεργασίας του. 	<ul style="list-style-type: none"> Μετρήθηκαν τα ζωτικά σημεία. Εξασφαλίστηκε μοναχική κλίνη και εφαρμόστηκε κλινοστατισμός. Μειώθηκε το επισκεπτήριο. Ενημερώθηκε ο ασθενής και δέχτηκε να συνεργαστεί. 	<ul style="list-style-type: none"> Τα ζωτικά σημεία φυσιολογικά. Ο ασθενής σταδιακά άρχισε να ηρεμεί. Αποδείχτηκε συνεργάσιμος.

Ανάγκες-Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
Ανορεξία Αδυναμία	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση της ανορεξίας. Αύξηση διάθεσης για φαγητό. Εξασφάλιση σωστού σωματικού βάρους. Ενίσχυση του οργανισμού. 	<ul style="list-style-type: none"> Να χορηγηθούν τροφές πλούσιες σε θερμίδες και σε θρεπτικά συστατικά. Να προτιμηθούν μικρά και συχνά γεύματα. Να ληφθούν υπ' όψη οι διατροφικές προτιμήσεις του ασθενή, 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκαν τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες. Δόθηκε προσοχή στη χορήγηση πρωτεϊνών. Χορηγήθηκαν βιταμίνες και θρεπτικά συστατικά. Τα γεύματα που χορηγήθηκαν ήταν μικρά και συχνά. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής αποδείχτηκε συνεργάσιμος. Η σίτισή του χαρακτηρίζεται ισορροπημένη. Η όρεξή του έχει αποκατασταθεί αρκετά. Μπορεί και ανέχεται τα συχνά και μικρά γεύματα. Το βάρος του αποκαθίσταται σταδιακά.

Ανάγκες- Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
Κατακράτηση υγρών	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτίμηση ζωτικών σημείων. • Ανακούφιση του ασθενή από τα οίδηματα. • Ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. • Έγκαιρη παρατήρηση πιθανού ηπατονεφρικού συνδρόμου ή άλλων επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων. • Να χορηγηθεί διουρητική θεραπεία. • Να χορηγηθεί άναλος δίαιτα. • Να μειωθούν τα προσλαμβανόμενα υγρά. • Καθημερινό ζύγισμα του ασθενή . • Να γίνει μέτρηση προσλαμβανόμενων - αποβαλλόμενων υγρών. • Παρακολούθηση εργαστηριακών εξετάσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετρήθηκαν τα ζωτικά σημεία. • Χορηγήθηκαν διουρητικά (φουροσεμίδη 40mg- σπιρολακτόνη 100 mg) peros. • Μειώθηκε το διατροφικό νάτριο(<2gr ημερησίως). • Δεν χορηγήθηκαν ενδοφλέβια υγρά • Ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά, στην ίδια ζυγαριά, την ίδια ώρα. • Παρακολουθείται το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών και τα αποβαλλόμενα ούρα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Το οίδημα των σφυρών εξαφανίστηκε. • Διαπιστώθηκε μικρή πτώση ηλεκτρολυτών, η οποία αντιμετωπίστηκε με χορήγηση μαγνησίου.

Ανάγκες- Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισ- μός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
Ασκίτης- Δύσπνοια	<ul style="list-style-type: none"> • Να ελαττωθεί ο όγκος του ασκιτικού υγρού . • Να μειωθεί η δύσπνοια. • Να αντιμετωπιστεί η υποαλβουμιναιμία. • Να δοθεί πληροφόρηση στον ασθενή σχετικά με την κατάσταση του και ψυχολογική υποστήριξη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή εκκενωτικής παρακέντησης. • Αποστολή δείγματος υγρού για εργαστηριακή διερεύνηση της αιτίας. • Χορήγηση αλβουμίνης. • Συνομιλία με ασθενή, ώστε να εκφράσει τους φόβους του και να του δοθεί πληροφόρηση . 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε παρακέντηση και αφαίρεση του ασκιτικού υγρού με άσηπτες τεχνικές. • Εστάλη δείγμα για εργαστηριακή ανάλυση. • Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση για προαγωγή της αναπνοής. • Χορηγήθηκε αλβουμίνη. • Για την παρακολούθηση της εξέλιξης του ασκίτη διενεργήθη μέτρηση της περιμέτρου της κοιλιάς ανά οχτάωρο. • Ο ασθενής εξέφρασε το άγχος για την κατάστασή του και δέχτηκε διδασκαλία και τρόπους αντιμετώπισης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επετεύχθη ανακούφιση του ασθενή, η περίμετρος της κοιλιάς μειώθηκε και η αναπνευστική λειτουργία αποκαταστάθηκε. • Το ισοζύγιο ηλεκτρολυτών μετρήθηκε ισορροπημένο. • Ο ασθενής αναφέρει ότι αισθάνεται πολύ καλύτερα.

Ανάγκες-Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
Κιρσοί οισοφάγου	<ul style="list-style-type: none"> Αποφυγή αιμορραγίας. 	<ul style="list-style-type: none"> Να χορηγηθούν φάρμακα για πρόληψη της αιμορραγίας. Να δοθεί ενημέρωση στον ίδιο και στην οικογένειά του. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκαν Β-αδρενεργικοί αναστολείς. Ενημερώθηκε ο ασθενής για το είδος των τροφών που πρέπει να αποφεύγει (σκληρές-ακατέργαστες τροφές). Αποφυγή αλκοόλ. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής απέφυγε την αιμορραγία των κιρσών καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο. Η διδασκαλία και η φαρμακευτική αγωγή θα υποστηρίξουν τον ασθενή και στην κατ' οίκον νοσηλεία.

Ανάγκες-Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
Κνησμός	<ul style="list-style-type: none"> Ανακούφιση από κνησμό. Διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος. 	<ul style="list-style-type: none"> Να ενημερωθεί ο ασθενής για τους τρόπους ανακούφισης από τον κνησμό. Να προταθούν πρακτικές για αποφυγή δερματικών βλαβών. Να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή. 	<ul style="list-style-type: none"> Το δωμάτιο του ασθενή διατηρείται δροσερό. Προτιμούνται ρούχα άνετα και υφάσματα δροσερά. Συχνά μπάνια με δροσερό νερό. Δόθηκε αντισταμινική αγωγή. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής ανέφερε μειωμένο κνησμό. Δεν εμφανίζει δερματικές βλάβες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2^η

Ασθενής 62 ετών είχε νοσηλευτεί στην Παθολογική κλινική του Πανεπ/κού Νοσοκομείου, με αιτία εισαγωγής κίρρωτικό ασκίτη λόγω ηπατίτιδας C. Αφού έλαβε ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, πήρε εξιτήριο και οδηγίες για τη διαχείριση της νόσου κατ' οίκον.

Δύο μήνες μετά, προσήλθε στα ΤΕΠ με τη σύζυγό του, με εμφανή καταβολή υποθρεψία, διανοητική σύγχυση και ζάλη. Η σύζυγος ανέφερε ότι ο ασθενής τον τελευταίο καιρό υπέφερε από δυσκοιλιότητα.

Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε πτερυγοειδής τρόμος. Δεν παρατηρήθηκε κάποια διαταραχή στα ζωτικά σημεία.

Έγιναν αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις, έλεγχος πηκτικότητας, λήψη αερίων αίματος, νευρολογικός έλεγχος, οσφυνοωτιαία παρακέντηση και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.

Από τις εξετάσεις διαπιστώθηκαν αυξημένα επίπεδα αμμωνίας στο αίμα και στο ENY, διανοητικές διαταραχές και ευρήματα στην MRI.

Ο ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική για περεταίρω έλεγχο και φροντίδα, με αιτία εισαγωγής επεισοδιακή ηπατική εγκεφαλοπάθεια λόγω δυσκοιλιότητας.

Εξασφαλίστηκε μοναχική κλίνη και τοποθετήθηκαν στον ασθενή ουροκαθετήρας και φλεβική γραμμή στην υποκλείδιο φλέβα.

Χορηγήθηκε οξυγόνο με μάσκα για καλύτερη οξυγόνωση.

Στη συνέχεια άρχισε καθαρτικός υποκλυσμός με λακτουλόζη, επαναλαμβανόμενος κάθε 2-3 ώρες, με στόχο τον καθαρισμό του εντέρου.

Επίσης χορηγήθηκαν υγρά ενδοφλεβίως καθώς και αντιβίωση (νεομυκίνη).

Η σίτιση τις πρώτες δύο ημέρες ήταν παρεντερική, στη συνέχεια per os. Η διαίτα ήταν υπερθερμιδική, για την αντιμετώπιση της υποθρεψίας, με έμφαση στους υδατάνθρακες. Προτιμήθηκαν οι φυτικές πρωτεΐνες, αλλά δεν αποκλείστηκαν και οι ζωικές. Στόχος αρκετές και μαλακές κενώσεις.

Τις επόμενες ημέρες ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση. Το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών μετρήθηκε ισορροπημένο και η διανοητική του κατάσταση επανήλθε. Ενημερώθηκε για το αίτιο που του προκάλεσε την εγκεφαλοπάθεια και του δόθηκαν οδηγίες για τη διατροφή και τα φάρμακα που έπρεπε να λαμβάνει, αφού πάρει εξιτήριο.

Ανάγκες- Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
Καταβολή	<ul style="list-style-type: none">Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντοςΠροαγωγή της ανάπαυσης	<ul style="list-style-type: none">Να μειωθούν οι θόρυβοιΝα περιοριστεί το επισκεπτήριοΚλινοστατισμός	<ul style="list-style-type: none">Εξασφαλίστηκε μοναχική κλίνηΤο επισκεπτήριο μειώθηκεΕπιβολή κλινοστατισμού	Την δεύτερη ημέρα της νοσηλείας, η όψη του ασθενή έχει βελτιωθεί και δηλώνει διάθεση για έγερση από την κλίνη του

Ανάγκες- Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
Σύγχυση- Ζάλη	<ul style="list-style-type: none"> Προστασία του ασθενή από πτώσεις και τραυματισμούς Βελτίωση της εγκεφαλικής λειτουργίας του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> Να εξασφαλιστούν συνθήκες ασφαλείας Να γίνει έλεγχος ζωτικών σημείων 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθετήθηκαν προφυλακτήρες στην κλίνη του ασθενή Απαγορεύτηκε η έγερση από την κλίνη του, χωρίς βοήθεια Χορηγήθηκε οξυγόνο με μάσκα για υποστήριξη της αναπνοής 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής αναπαύεται ασφαλώς. Τα ζωτικά του σημεία μετρούνται φυσιολογικά

Ανάγκες- Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
δυσκοιλιότητα	<ul style="list-style-type: none"> Ανακούφιση του ασθενή από το δυσάρεστο σύμπτωμα Προστασία του εντέρου από νευροτοξικές ουσίες και μικρόβια Διατήρηση της ισορροπίας του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών 	<ul style="list-style-type: none"> Να προγραμματιστούν καθημερινοί καθαρισμοί υποκλυσμοί Να χορηγηθεί αντιβίωση Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε Λακτουλόζη ανά τρίωρο Χορηγήθηκε Νεομυκίνη Χορηγήθηκε ορός D/W και ηλεκτρολύτες 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τη δυσκοιλιότητα Το ισοζύγιό του είναι ισορροπημένο

Ανάγκες- Προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
υποθρεψία	<ul style="list-style-type: none"> Υποστήριξη της θρεπτικής κατάστασης του ασθενή 	<ul style="list-style-type: none"> Να χορηγηθεί υπερθερμιδική διαίτα Να χορηγηθεί διατροφή η οποία θα συντελέσει στην καλύτερη λειτουργία του εντέρου Να χορηγηθούν βιταμίνες 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκαν μικρά και συχνά γεύματα Προτιμήθηκαν τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και φυτικές κυρίως πρωτεΐνες Χορηγήθηκαν βιταμίνες 	<ul style="list-style-type: none"> Η θρέψη του ασθενή είναι επαρκής Το βάρος του άρχισε να βελτιώνεται

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ:

- Harrison T. R. *Εσωτερική Παθολογία*. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος .Αθήνα (1988)
- Τριχοπούλου Α. & Τριχόπουλος Δ. *Προληπτική Ιατρική*. Εκδόσεις Παρισιάνος . Αθήνα (1986)
- Μουτσόπουλος Μ.& Εμμανουήλ Σ. *Βασικές αρχές Παθοφυσιολογίας*. Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα (1991)
- Κονδάκης Ξ. *Στοιχεία υγιεινής κι επιδημιολογίας*. Αυτοέκδοση. Πάτρα (1992)
- Κούτης Χ. *Ηπατίτιδα Β και πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος*. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ (1998)
- Αλεξοπούλου Α. *Μονοθεραπεία με ιντερφερόνη. Αποτελεσματικότητα και ενδείξεις*. Στο :Στέφανος Χατζηγιάννης. Ηπατίτιδα Β και C.Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα (2003)
- Καραγιάννης Π. *Ο ιός της ηπατίτιδας Β Γονότυποι, γονιδίωμα, λειτουργικοί τομείς και πολλαπλασιασμός* .Στο :Σ. Ι. Χατζηγιάννη. Ηπατίτιδα Β και C. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα (2003)
- Καραδήμας Ε. *Ψυχολογία της υγείας .Θεωρία και κλινική πράξη*. Εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ Αθήνα (2005)
- Ντουράκης Σ. *Κλινική ηπατολογία*. Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα (2005)
- Κωστάκης Α. *Σύγχρονη Χειρουργική. Διαγνωστική και θεραπευτική Τόμος ΙΙ* Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα (2005)
- Taylor C.-Lillis C.-Le Mone P. *Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας*. Εκδόσεις Πασχαλίδη . Αθήνα (2006)
- Davey P. (επιμέλεια Μπούμπας Δ. & Γώγος Χ.). *Παθολογία με μια ματιά*. Εκδόσεις Παρισιάνος .Αθήνα (2006)
- Χατζηγιάννης Σ. *Ηπατίτιδα Β και C*.Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα (2007)
- Δετοράκης Ι. *Βασικές αρχές υγιεινής* Εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα (2007)

- Ακριβιάδης Ε.& Σινάκος Ε. *Μεταβολές στην επιδημιολογία των Ηπατιτίδων Β και C, Κλινική σημασία*. Από Σ. Ι. Χατζηγιάννη. Ηπατίτιδα Β και C. Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα(2007)
- Καραγιάννης Π. *Πρόοδος στην Κατανόηση των Στόχων των Εγκεκριμένων Θεραπευτικών Ουσιών στους Κύκλους Αναπαραγωγής του HBV και του HCV και οι Προοπτικές για το Μέλλον*. Από Σ. Ι. Χατζηγιάννη. Ηπατίτιδα Β και C .Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα(2007)
- Fried M. *Ταχεία ιολογική ανταπόκριση στην κλινική πράξη*. Από Σ. Ι. Χατζηγιάννη . Ηπατίτιδα Β και C Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα(2007)
- Heathcote J. *Θεραπεία της Χρόνιας Ιογενούς Ηπατίτιδας Σήμερα και μια Ματιά στο Μέλλον*. Από Σ. Ι. Χατζηγιάννη. Ηπατίτιδα Β και C. Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα (2007)
- Βλαχογιαννάκος Ι. *Η Ιντερφερόνη θα παραμείνει Κεντρικό Φάρμακο στη Θεραπεία της Χρόνιας Ηπατίτιδας C:Αλήθεια ή Όχι*. Από Σ. Ι. Χατζηγιάννη. Ηπατίτιδα Β και C. Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα (2007)
- Μαυρογιάννης Χ. *Ενδοσκοπήσεις Πεπτικού Συστήματος. Βασικές αρχές. Περιενδοσκοπική φροντίδα*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα (2008)
- Damjanov I. *Παθοφυσιολογία*. Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Μουτσόπουλος Χ. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα (2009)
- Sleisenger S. *Γαστρεντερολογία και Ηπατολογία*. Τόμος II. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδη. Αθήνα (2009)
- Γιωτάκη Ε. *Σύγχρονη εσωτερική παθολογία*. Εκδόσεις Σιώκης. Αθήνα (2010)
- Kathleen S. Osborn & Cheryl E.Wraa & Annita Watson.*Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική*. Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα .(2012)

ΑΡΘΡΑ

- Νταλμπαντίδης Γ.& Ταλουμτζής Χ. & Ηλίας Α. *Παράγοντες κινδύνου ηπατοκυτταρικού καρκίνου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2011. 28(3).
- Δημητροπούλου Δ. & Κυριακοπούλου Ο. & Γώγος Χ. *Ηπατοκυτταρικός καρκίνος: παράγοντες κινδύνου, νεώτερα δεδομένα ,θεραπευτικές προσεγγίσεις*. Αχαϊκή Ιατρική. 2012. 30(1)
- Ρούτσιας Ι. Γ. *Χρόνια λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδας C*. Ε.ΕΛ.Ι.Α. 2009. τεύχος 27.

- Σαρίδη Μ. *Μετανάστες και συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα*. Journal- ene .2013. 5(3).
- Δοκουτσίδου Ε. & Καντιάνης Α. *Πυλαία υπέρταση παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί- Διαγνωστική προσέγγιση*. Ιατρικά Χρονικά. 2008 Τόμος ΚΒ (3)
- Ποντσιδής Γ.& Μπελλάλη Θ. *Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης και η επίδρασή της στη διαχείριση των χρόνιων νόσων*. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης (2015) 8(4)
- Φουσέκη Ε.& Μπασκόζος Γ.: *Στόχος της κυβέρνησης ο τερματισμός της ιογενούς ηπατίτιδας στην Ελλάδα* . Πρακτορείο υγείας .Αθήνα (2016)
- Πανταζής & Μπροκαλάκη *Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη μετάδοσης της ηπατίτιδας C* Hyratia (2008) 47(4)
- Γιαβασόπουλος & Γουρνή *Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς*. Το βήμα του Ασκληπιού 7(1)(2008)
- Φώτος Β. Ν. *Θεραπευτική προσέγγιση της ηπατίτιδας C*. Το βήμα του Ασκληπιού τεύχος 1 (2007)
- Ντουράκης Σ. *Μεταμόσχευση ήπατος σε Ηπατοκυτταρικό καρκίνο*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής: 26(1) (2009)
- Κοτσαγιώργη Ι.& Γκέκα Κ. *Ικανοποίηση ασθενών από τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας*. Το βήμα του Ασκληπιού.2010 9(4)

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- www.helipa-prometheus.gr/θετικά-και-αρνητικά-της-θεραπείας-2/
- Mdmgreece.gr/nees-therapies-gia-tin-ipatitida-c-mia-megali-elpida-gia-ta-atoma-pou-echoun-prosvlithi-apo-hcv-alla-prosites-se-posous.
- www.katsogridaki.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=159:1iver&catid=20:diatrofi-pathiseis&Itemid=1378
- www.livemedia.gr/video/209338
- www.iator.gr/2011/04/09/ipatitida-B/

- <http://www.qualityinhealth.gr/arthra/katigories-arthrwn/item/57-metamosxfesi-ipatos-apo-zontes-syggeneis-dotes-ioannis-foyzas.html>
- <http://www.life2day.gr/2015/02/nea-epochi-gia-tin-therapeia-tis-ipatitidas-c/>
- hrolipsis.gr
- http://www.helpa-prometheus.gr/wp-content/uploads/2015/10/Συμπεράσματα-ημερίδας_-17062015.pdf
- www.moh.gov.gr/articles/news/1808-pagosmia-hmera-kata-tis-hpatitidas
- <http://www.helpa-prometheus.gr/%CF%84%CE%B1-%CE%BD%CE%AD%CE%B1-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%AF%CE%B4%CE%B1-%CE%BC%CE%B5-%CE%B8%CE%AD%CE%BC%CE%B1-%CE%B7%CF%80%CE%B1%CF%84%CE%AF/>
- <http://digilib.teiemt.gr/jspui/bitstream/123456789/4011/1/DIDZ01Z0119.pdf>
- <http://www.hygeia.gr/media/files/688-publications.pdf>
- <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=6&ct=&let=26&subID=220>
- http://www.keelpno.gr/Portals/0/%CE%91%CF%81%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/%CE%97%CF%80%CE%B1%CF%84%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B5%CF%82/%CE%97%CF%80%CE%B1%CF%84%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1%20%CE%92/HBV_%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%B5%CF%85%CE%B8%CF%85%CE%BD%CF%84%CE%AE%CF%81%CE%B9%CE%B5%CF%82%20%CE%9F%CE%B4%CE%B7%CE%B3%CE%AF%CE%B5%CF%82_%CE%A6%CE%B5%CE%B2-2013.pdf
- http://www.iatrikionline.gr/IB_103/03-IATRIKO%208EMA_KORD.pdf