

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ – ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π. – ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΜΕ ΘΕΜΑ :

ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ
ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ :
ΛΥΔΑΚΗΣ ΧΑΡΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ :
ΛΑΜΠΡΑΚΗΣ ΜΙΧΑΛΗΣ
ΓΙΑΚΟΥΜΑΚΗΣ ΚΩΣΤΑΣ
ΧΕΙΛΑΚΕΑ ΜΑΡΙΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2001

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α)ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ :

1)ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β:

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ
- ΤΥΠΟΙ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β
- ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β
- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

2)ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β :

- ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ
- ΦΟΡΕΙΣ
- ΟΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β
- ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ - ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΗΜΕΙΑ
- ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

3)ΑΞΙΑ ΕΜΒΟΛΙΟΥ :

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ
- ΤΥΠΟΙ ΕΜΒΟΛΙΟΥ
- ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
- ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ
- ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ Β
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ
- ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ
- ΓΕΝΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ Ή ΟΧΙ ;

Β)ΜΕΛΕΤΗ :

1)ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2)ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ –
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Γ)ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Δ)ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A ΜΕΡΟΣ

Α)ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ :

1)ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β :

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η Ηπατίτιδα Β εθεωρείτο μέχρι προ ολίγων χρόνων ως ο σοβαρότερος τύπος , λόγω της βαρύτερης κλινικής εικόνας και της χρονιότητας που εξελίσσεται σε χρόνια ιογενή ηπατίτιδα , κίρρωση και πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος . Σήμερα όμως ελπίζουμε στη μείωση της συχνότητας της και αργότερα στην εξαφάνισή της με τη χρησιμοποίηση του εμβολίου .Μέχρι τώρα όμως τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία αναδεικνύουν την Ηπατίτιδα Β ως σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας .Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας εκτιμά ότι περίπου στα πέντε δισεκατομμύρια του συνολικού πληθυσμού της γης , τα δυο έχουν ήδη προσβληθεί από τον ιό .Το σημαντικότερο όμως είναι ότι σήμερα εκτιμάται ότι υπάρχουν τριακόσια πενήντα εκατομμύρια χρόνια φορείς της Ηπατίτιδας Β , το ένα τρίτο εκ των οποίων θα πεθάνει από χρόνια ηπατοπάθεια ή πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος .Η Π.Ο.Υ. αναβιβάζει σε ένα εκατομμύριο το ετήσιο αριθμό θανάτων που οφείλονται στον ιό της Ηπατίτιδας Β .Η Ηπατίτιδα Β εξακολουθεί να είναι εξαιρετικά υψηλή κυρίως σε υπό ανάπτυξη περιοχές . Στην Ελλάδα η ηπατίτιδα Β είναι ακόμη συχνή .

• ΤΥΠΟΙ ΙΩΝ ΙΟΓΕΝΟΥΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β :

Σήμερα γνωρίζουμε τον ιό AIDS.GV. που προκαλεί ήπια κλινική εικόνα και χρονιότητα , τον ιό T.T.V.

και τον ιό SEN – 1. η σημασία του οποίου δεν έχει πλήρως καθοριστεί .Ιδιαίτερη σημασία έχουν οι τύποι Α και Ε που μεταδίδονται δια στόματος .Όλοι οι άλλοι τύποι μεταδίδονται παρεντερικώς και προκαλούν χρονιότητα .

Άλλοι τύποι ιών ιογενούς ηπατίτιδας ανάλογα με τα βασικά χαρακτηριστικά τους είναι :

	ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ :	ΓΕΝΩΜΑ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ :	ΜΕΓΕΘΟΣ :	ΤΡΟΠΟΣ :
HAV	Picornavirus	Ss RNA +	27 ΗΜΕΡΕΣ	ΣΤΟΜΑ
HBV	Hepadnavirus	Ds RNA	42 ΗΜΕΡΕΣ	ΠΑΡΕΝΤΕΡΙ ΚΩΣ
HCV	Flavivirus	Ss RNA	84 ΗΜΕΡΕΣ	ΠΑΡΕΝΤΕΡΙ ΚΩΣ
HDV	Viroid	Ss RNA	35 ΗΜΕΡΕΣ	ΠΑΡΕΝΤΕΡΙ ΚΩΣ
HEV	Calicivirus	Ss RNA +	2 – 43 ΗΜΕΡΕΣ	ΣΤΟΜΑ
HGV	Flavivirus	Ss RNA	;	ΠΑΡΕΝΤΕΡΙ ΚΩΣ

Οι ιογενείς ηπατίτιδες αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε όλες τις χώρες του κόσμου .Οι παρεντερικά μεταδιδόμενοι ιοί ηπατίτιδας Β (HBV) , δέλτα (HDV) και C (HCV) προκαλούν οξεία και χρόνια νόσο και αυξάνουν τον κίνδυνο ηπατοκυτταρικού καρκίνου .Ειδικότερα στον τόπο μας ο HBV ευθύνεται για τα 2/3 των οξέων ηπατιτίδων με αποτέλεσμα σημαντική συμβολή στην νοσηρότητα του πληθυσμού αλλά και στην θνητότητα , καθώς 1 – 2 % των περιπτώσεων καταλήγουν από κεραυνοβόλο ηπατίτιδα .Οι ασυμπτωματικοί χρόνιοι φορείς του HBV ανέρχονται 300.000 περίπου , αλλά μόνο 25 – 30 % από αυτούς αναπτύσσουν χρόνια ηπατίτιδα .Ο HCV ευθύνεται για λιγότερο από 10 % των οξέων ηπατιτίδων , αλλά χαρακτηρίζεται από υψηλή συχνότητα μετάπτωσης σε χρονιότητα .Υπολογίζεται ότι στη χώρα μας 100.000 – 150.000 φορείς του HCV , η πλειοψηφία των οποίων έχει χρόνια ηπατίτιδα , καθώς φυσιολογικό ήπαρ παρατηρείται στη μειονότητα των περιπτώσεων .Λοίμωξη με τον ιό HDV προϋποθέτει παρουσία HbsAg και εμφανίζεται είτε ως ταυτόχρονη λοίμωξη με τον HBV (συν-λοίμωξη) είτε ως επιλοίμωξη σε φορείς του HBV .Προκαλεί βαριές οξείες ηπατίτιδες που συχνά καταλήγουν σε κεραυνοβόλο ηπατική ανεπάρκεια , αλλά και συχνή μετάπτωση σε χρόνια ηπατίτιδα με συνήθως κακή πρόγνωση .

Οι δια της κοπρανοστοματικής οδού μεταδιδόμενοι ιοί ηπατίτιδας Α συχνά εμφανίζονται με την μορφή επιδημιών .

- ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β :

Η Ηπατίτιδα Β γνωστή επίσης και σαν ηπατίτιδα εξ' ομολόγου όρου μακράς επώασης , αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας περίπου τριακοσίων εκατομμυρίων χρόνιων φορέων του ιού ανά τον κόσμο .Η κατάσταση αυτή της χρόνιας ιοφορίας ευθύνεται για το μεγαλύτερο ποσοστό ηπατικής κίρρωσης παγκοσμίως και είναι δεύτερη μόνο μετά την καρκινογόνο κατάσταση του καπνού παγκοσμίως για τον άνθρωπο .Ενοχοποιούμενη για το 60 – 90 % των περιπτώσεων ηπατοκυτταρικού καρκινώματος (ΗΚ.Κ) σε περιοχές με μεγάλη επίπτωση ΗΚ.Κ . μολονότι βρίσκεται στην 25^η θέση μεταξύ των καρκίνων στις Η.Π.Α. ,το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί τη συχνότερη σπλαγγχική κακοήθεια παγκοσμίως , προκαλώντας 250.000 – 1 εκατομμύριο θανάτους ετησίως .

Ο αιτιολογικός παράγοντας που είναι υπεύθυνος , αποτελεί το πρωτότυπο μιας ξεχωριστής οικογένειας ιών ΗΕΡΑDΝΑ που περιλαμβάνει τον ανθρώπινο ιό της Ηπατίτιδας Β ,τον ιό της ηπατίτιδας του Αμερικάνου woodchuck , τον ιό της ηπατίτιδας του σκίουρου Beechy , τον ιό της ηπατίτιδας της πάπιας του Πεκίνου και τον ιό ηπατίτιδας του heron .

Ο ανθρώπιος ιός της ηπατίτιδας είναι ένας DNA-ιός διαμέτρου 42nm .Το εξωτερικό περίβλημα πρωτεΐνης αποτελείται από ένα λιποπρωτεϊνικό σύμπλοκο , το επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β (HBsAg) .

Περίσσεια πρωτεΐνης του περιβλήματος κυκλοφορεί στο πλάσμα σε σφαιρικές ή σωληνώδεις αθροίσεις διαμέτρου 22nm .Η τυχαία αυτή ανακάλυψη της περίσσειας HbsAg , το οποίο πρώτος ο Blumberg όρισε σαν Αυστραλιανό αντιγόνο το 1965 , αποτέλεσε τη βάση για σημαντική πρόοδο που επιτελέστηκε στην κατανόηση της ηπατίτιδας κατά τα τελευταία 30 χρόνια .Ο ιός περιέχει ένα κεντρικό εξάγωνο πυρήνα που αποτελείται από το πυρηνικό αντιγόνο (HbcAg) , το e αντιγόνο (HbeAg) , μια ειδική DNA πολυμεράση και ένα κυκλικό DNA (HBv-DNA) το οποίο κατά μέρη αποτελείται από διπλή έλικα .Το γονιδίωμα του ιού είναι μεταξύ των μικρότερων από τους γνωστούς ιούς .

- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β :

Η επίπτωση της Ηπατίτιδας ποικίλλει σημαντικά παγκοσμίως , από περιοχές χαμηλής ενδημικότητας όπου λιγότερο από το 1 % των ενηλίκων είναι χρόνιοι φορείς και λιγότερο από το 10 % παρουσιάζουν ενδείξεις προηγηθείσας έκθεσης στην Ηπατίτιδα Β , προς περιοχές υψηλής ενδημικότητας όπου 2 –15 % των ενηλίκων είναι χρόνιοι φορείς και 30 – 100 % των ενηλίκων φέρουν δείκτες προηγηθείσας λοίμωξης από ηπατίτιδα .

Περισσότερο από το 75 % του παγκόσμιου πληθυσμού ζει σε περιοχές μέσης και υψηλής ενδημικότητας .Οι Maynard και συν , υπολογίζουν ότι 13.000.000 από τα περίπου 122.000.000 μωρά που θα γεννηθούν στις περιοχές αυτές θα καταλήξουν από χρόνιες επιπλοκές της λοίμωξης από Ηπατίτιδα Β .Ο κίνδυνος ανάπτυξης κατάστασης χρόνιας ιοφορίας και βαρύτητας της νόσου σχετίζεται άμεσα με την ηλικία κατά την οποία αποκτάται η Ηπατίτιδα Β .Ο παράγοντας αυτός ερμηνεύει τα υψηλά ποσοστά φορέων σε περιοχές υψηλής ενδημικότητας .Στις χώρες αυτές η Ηπατίτιδα Β αποκτάται συνήθως κατά την πρώιμη παιδική ζωή με κάθετη μετάδοση από μητέρα φορέα ή οριζόντια μετάδοση συνέπεια επαφής με φορέα μέσου ανοικτού τραύματος ή αλλοίωση του δέρματος .Αντιθέτως ,σε περιοχές χαμηλής ενδημικότητας η μετάδοση επιτελείται κυρίως μέσω σεξουαλικής ή παρεντερικής έκθεσης και μόνο 6 – 10 % αυτών που αποκτούν την Ηπατίτιδα Β μετά την ηλικία των έξι ετών γίνονται χρόνιοι φορείς .Άτομα με τροποποιημένο ανοσολογικό σύστημα , περιλαμβανομένων ασθενών από χρόνια διύλιση , αυτών που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα και / ή χρηστών ναρκωτικών είναι πιθανότερο να καταστούν χρόνιοι φορείς .

Σε περιοχές με χαμηλά ποσοστά επίπτωσης , επιλεγμένοι πληθυσμοί παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από Ηπατίτιδα Β .Η παρεντερική και η σεξουαλική έκθεση αποτελούν τους κυριότερους τρόπους μετάδοσης στις Η.Π.Α. Οι ομάδες με υψηλότερο κίνδυνο περιλαμβάνουν : άρρενες , ομοφυλόφιλους και χρήστες ναρκωτικών .Άλλες ομάδες υψηλού κινδύνου είναι αυτές που είναι πιθανόν να εκτεθούν (υγειονομικό προσωπικό , παρασκευαστές εργαστηρίων και τραπεζών αίματος) .Ιδρυματοποιημένα άτομα συμπεριλαμβανομένων των διανοητικών καθυστερημένων , των φυλακισμένων και των εκδιδομένων ετεροφυλόφιλων .Αρκετά μεγάλα νοσοκομεία τα οποία υποβάλουν σε έλεγχο για HBsAg όλους τους εισαγόμενους ασθενείς διαπίστωσαν ότι 1 – 1.5 % ήταν θετικοί και το 80 – 90 % ήταν ανυποψίαστοι φορείς .

Η Ηπατίτιδα Β αποτελεί έναν εξαιρετικά μολυσματικό παράγοντα .Περίπου 10 % των ατόμων που υπέστησαν τυχαίο νυγμό με βελόνα από φορέα Ηπατίτιδας Β αναπτύσσουν ηπατίτιδα , ενώ 20 – 30 % του υγειονομικού προσωπικού έχουν ενδείξεις προηγηθείσας λοίμωξης από Ηπατίτιδα Β σε σύγκριση < 10 % του γενικού πληθυσμού .Παρά τον ενδελεχή έλεγχο όλων των προϊόντων αίματος για την παρουσία HBsAg , περίπου 5 % , μετά από μετάγγιση αίματος εξακολουθεί να προκαλείται από Ηπατίτιδα

B .Προφανώς επειδή οι ποσότητες αυτού του πολύ λοιμογόνου ιού ικανές για να προκαλέσουν λοίμωξη βρίσκονται κάτω από το επίπεδο ανίχνευσης των διαθέσιμων μεθόδων .

Το 50 % σχεδόν των ασθενών με οξεία Ηπατίτιδα Β δεν παρέχουν ιστορικό έκθεσής τους και δεν συγκαταλέγονται σε κάποια από τις ομάδες υψηλού κινδύνου .Ο τρόπος μετάδοσης δεν είναι σαφής αλλά πιθανότατα περιλαμβάνει στενή επαφή με ανυποψίαστο φορέα .Η από του στόματος μετάδοση είναι πιθανότατα εξαιρετικά σπάνια .Δεν έχει ανιχνευτεί καμία περίπτωση σε χειριστή τροφίμων , ενώ πολλές μελέτες έχουν αποτύχει να αποδείξουν μετάδοση μέσω μολυσμένων ενδοσκοπίων .Ο ιός ανευρίσκεται στα δάκρυα , τις κολπικές εκκρίσεις , το σπερματικό υγρό , το μητρικό γάλα , τον ιδρώτα και τα ούρα .Επίσης δεν απομονώνεται στα κόπρανα που είναι ελεύθερα αίματος και καταστρέφεται από το γαστρικό οξύ και τα παγκρεατικά ένζυμα .Εντούτοις είναι πιθανό ο ιός να εισέρχεται στο σώμα μέσω ρωγμών του στοματικού βλεννογόνου ιδιαιτέρως στην γραμμή των ούλων .Η εξ' αμελείας έκθεση μέσω εκτίναξης αίματος ή σωματικών εκκρίσεων εντός του βλεννογόνου του οφθαλμού ή μέσω μικρών κοψιμάτων , εκδορών , παρωνυχίδων αποτελεί συχνό τρόπο μετάδοσης σε υγειονομικό προσωπικό .

2)ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β

- ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ :

Η Ηπατίτιδα εξακολουθεί να αποτελεί για τη σημερινή κοινωνία ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα Δημόσιας Υγείας με πολλές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις , που καθιστούν τη νόσο πάντα επίκαιρη για όλους τους λειτουργούς της υγείας .Η Π.Ο.Υ εκτιμά ότι περίπου 2 δισεκατομμύρια άτομα έχουν προσβληθεί από τον ιό Β , ότι υπάρχουν περίπου 350 εκατομμύρια χρόνια φορείς του ιού Β , το 1 / 3 των οποίων θα οδηγηθεί σε χρόνια ηπατοπάθεια και σε πρωτοπαθή Ca του ήπατος .

- ΦΟΡΕΙΣ HBsAg :

Ποικίλοι παράγοντες έχουν βρεθεί ότι επηρεάζουν τον κίνδυνο μετάπτωσης σε χρόνια φορεία του HBV .Η ηλικία κατά τη λοίμωξη θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας , καθώς 90 % των νεογνών , 30 % των μεγαλύτερων παιδιών και μόνο 6 – 10 % των εφήβων και ενηλίκων που μολύνονται μεταπίπτουν σε χρόνια φορεία .

Η παρουσία του HbeAg στις μητέρες φορείς το HBV επηρεάζει τόσο τη μετάδοση της λοίμωξης στα νεογνά , όσο και τη συχνότητα μετάπτωσης σε χρονιότητα .Το 70 % των νεογνών HBeAg θετικών μητέρων μολύνονται με τον HBV κατά τον τοκετό σε αντίθεση με το 5 – 10 % των νεογνών HbeAg αρνητικών μητέρων .Η κλινική έκφραση της οξείας HBV λοίμωξης συνδέεται αντιστρόφως ανάλογα με την ηλικία .Η οξεία ηπατίτιδα B είναι συμπτωματική νόσος σε 33 – 50 % των προσβαλλόμενων εφήβων .Η συμπτωματική ή κλινική οξεία Ηπατίτιδα B στους ενήλικες είναι μια αυτοπεριοριζόμενη νόσος και σπάνια (< 1 %) καταλήγει σε χρονιότητα με εξαιρέσεις κυρίως τους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και τους ανοσοκατασταλαμένους , αλλά και τους ομοφυλόφιλους και τους ηλικιωμένους .

• ΟΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β :

Διατίθεται μια ποικιλία ορολογικών δοκιμασιών για την Ηπατίτιδα Β , εντούτοις μόνο δυο είναι απαραίτητες για την θεμελίωση της διάγνωσης και της χρονιότητας της HBV λοίμωξης : το HbsAg και το anti-HBc IgM .Το HbsAg αποτελεί την πρώτη ανιχνεύσιμη απόδειξη λοίμωξης από Ηπατίτιδα Β και εμφανίζεται στον ορό 3 – 4 εβδομάδες μετά την έκθεση και 1 – 2 μήνες πριν από την εκδήλωση κλινικής νόσου .Η παρουσία του είναι παθογνωμονική οξείας ή χρόνιας λοίμωξης από Ηπατίτιδα Β .Τα επίπεδα του αρχίζουν να πέφτουν με την εκδήλωση του ίκτερου και φθάνουν σε μη ανιχνεύσιμα επίπεδα κατά την διάρκεια υποχώρησης των κλινικών εκδηλώσεων και μερικές φορές εξαφανίζεται πριν από την ομαλοποίηση άλλων εργαστηριακών δοκιμασιών (χολερυθρίνη , τρανσαμινάσεις) , ενώ άλλες φορές όχι προτού παρέλθουν αρκετές εβδομάδες μετά την ομαλοποίηση των άλλων δοκιμασιών .Ένα ποσοστό ασθενών έχουν καθορίσει ήδη το HBsAg πριν από την παρουσιάσή τους στο γιατρό με κλινική ηπατίτιδα αλλά δεν έχουν αναπτύξει ακόμη ανιχνεύσιμα επίπεδα anti-HBs .Επειδή τα αντισώματα IgM έναντι του πυρηνικού αντιγόνου (anti-HBc IgM) αυξάνουν λίγο μετά την εκδήλωση 15 της νόσου και παραμένουν στη συνέχεια αυξημένα για αρκετούς μήνες .Τα anti-HBc IgM θα είναι θετικά στη μικρή αυτή υποομάδα επιτρέποντας έτσι την ανίχνευση της οξείας Ηπατίτιδας Β .Η παρουσία των anti-HBc IgM υποδηλώνει επίσης μια οξεία λοίμωξη από ηπατίτιδα Β και περιορίζει την πιθανότητα η οξεία ηπατίτιδα να αποτελεί επιλοίμωξη από έναν δεύτερο ιό σε ένα μη αναγνωρισθέντα από παλαιότερα χρόνια φορέα της Ηπατίτιδας Β .Η κάθαρση του HbsAg υποδηλώνει γενικώς την υποχώρηση της λοίμωξης .Η ανάπτυξη αντισωμάτων έναντι του HBsAg (anti-HBs) παρέχει ανοσία από μελλοντικές λοιμώξεις για Ηπατίτιδα Β .Η ανίχνευση του αντιγόνου e της ηπατίτιδας υποδηλώνει ενεργό αναδιπλασιασμό του ιού και την παρουσία μολυσματικού ιού στο αίμα .Εντούτοις λοίμωξη δυνατή να εμφανιστεί κι όταν υπάρχουν αντισώματα e κι ο καλύτερος δείκτης της σχετικής μολυσματικότητας του ασθενούς να αποτελεί η παρουσία κυκλοφορούντος DNA του ιού .

- ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ – ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΣΗΜΕΙΑ :

Τα κλινικά ευρήματα - πρόδρομα σημεία είναι ανορεξία , ναυτία , εμετός , αρθραλγία , κακουχία , κεφαλαλγία πριν από την εμφάνιση του ίκτερου .Πυρετός 39.5 – 40 °C συχνά σε HBV λοίμωξη μαζί με τα πρόδρομα συμπτώματα υπάρχει υπερχρέωση ούρων και αποχρωματισμός κοπράνων .Μπορεί να προηγηθεί 1 – 5 d του ίκτερου (λόγω χολύστασης) .Με την έναρξη του ίκτερου τα παραπάνω υποστρέφουν .Ήπια απώλεια βάρους ηπατομεγαλία , άλγος στο δεξιό υποχόνδριο και δυσφορία .

Ανάρρωση : ηπατομεγαλία , βιοχημικές ανωμαλίες .Μεθικτερική φάση 2 – 12 εβδομάδες .

Πλήρης ανάρρωση εντός 3 – 4 μηνών σε 75 % των ασθενών με HBV .Πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών δεν εμφανίζει ποτέ ίκτερο .

• ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ:

ΕΞΕΤΑΣΗ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ	ΣΧΟΛΙΑ
*Χρόνος Προθρομβίνης	12-15 sec	Ο χρόνος προθρομβίνης είναι η πιο σπουδαία εξέταση στην εκτίμηση της παθολογικής λειτουργίας του ήπατος. Σε ηπατική πάθηση ο χρόνος αυξάνει εξαιτίας μείωσης της προθρομβίνης, την οποία συνθέτει το ήπαρ χρησιμοποιώντας βιταμίνη Κ. Η αδυναμία του ήπατος να συνθέσει προθρομβίνη, όταν υπάρχει βιταμίνη Κ δείχνει σημαντική βλάβη του ηπατικού κυττάρου.
*Αιματοκρίτης	35-45%	Ελαττωμένος στην προχωρημένη κίρρωση.
*Λευκά Αιμοσφαίρια	5000-10000/mm ³	Φυσιολογικά στην αρχή της κίρρωσης και της ηπατίτιδας. Λευκοπενία με μεγάλο υπερδραστήριο σπλήνα στην κίρρωση. Λευκοπενία ακολουθεί το πυρετό στην κίρρωση.
Πράσινο της ινδοκυανίνης (ICG) Βρωμοσουλφοφθαλεΐνη (BSP)	Μένουν στον ορό λιγότερο από 5%, 45 min. Μετά την ένεση 5 mg/kg βάρους σώματος	Η δόση μειώνεται αν υπάρχουν ήδη κλινικά συμπτώματα. Οι χρωστικές κατακρατούνται σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων.
*SGPT-SGOT-LDH	5-35 U/ml - 5-40 U/ml - <400 U/ml (εξαρτάται από την μέθοδο)	Η βλάβη των ηπατικών κυττάρων προκαλεί απελευθέρωση αυτών των ενζύμων στο αίμα. Όμως τα υψηλά επίπεδα στον ορό δεν σχετίζονται άμεσα με το βαθμό της ηπατικής βλάβης.
*Αλκαλική φωσφατάση		Δείκτης χολικής απόφραξης
*γ-γλουταμινική		Ένζυμο που βρίσκεται

τρανσπεπτιδάση

*Αντιγόνο επιφάνειας
Ηπατίτιδας Β

*Σπινθηρογράφημα
ήπατος

*Βιοψία ήπατος

*Ηπατικές αιμοδυναμικές
μελέτες (σε αρρώστους με
υποψία κίρρωσης)

*Μεταβολισμός
λευκωματών:Λευκωματίν
η ορού - Ινωδογόνο ορού
- Σφαιρίνες ορού - Ολική
πρωτεΐνη

*Αμμωνία ορού 30-70 μg/dl

*Μεταβολισμός
υδατανθράκων:Δοκιμασία

Απέκκριση στα ούρα < 3
g

μέσα στην χοληφόρο
οδό.Αύξησή του στην
ηπατίτιδα.

Το HBsAg δεν υπάρχει
φυσιολογικά στον ορό και
η παρουσία του είναι
διαγνωστική για την
Ηπατίτιδα Β.Οι εξετάσεις
για την ανίχνευση του
είναι αντίθετη
ηλεκτροφόρηση,ανοσοεν
ζυμική και
ραδιοανοσοπροσδιορισμό
ς.

Για την διάγνωση
χωροκατακτητικών
εξεργασιών

Γίνεται για την
διαπίστωση της
παθολογοανατομικής
εικόνας της ηπατικής
βλάβης.

Σπληνοπυλαιογραφία:χρη
σιμεύει για διαπίστωση
επάρκειας της πυλαίας
αιματικής ροής (μειωμένη
στην
κίρρωση).Ενδοσκόπηση
για διαπίστωση ύπαρξης
και εκτίμηση βαθμού
κίρσων

οισοφάγου.Μέτρηση
πίεσης πυλαίας φλέβας.

Τα λευκώματα ορού
συνθέτονται στο ήπαρ.Η
λευκωματίνη μειώνεται
αξιοσημείωτα σε ηπατική
ανεπάρκεια.Οι γ-
σφαιρίνες συνήθως
αυξάνονται σε χρόνια
ενεργό ηπατική πάθηση.
Αύξησή της σε ηπατική
ανεπάρκεια,αφού δεν
μπορεί να μετατραπεί σε
ουρία.

Σε ηπατική
ανεπάρκεια,πάνω από 3 g

ανοχής γαλακτόζης		γαλακτόζης στα ούρα.
*Μεταβολισμός λιπιδίων:Χοληστερίνη ορού - Φωσφολιπίδια ορού - Τριγλυκερίδια ορού	150-250 mg/dl - 125-300 mg/dl - 30-135 mg/dl	Τα λιπίδια μειώνονται σε βλάβη των ηπατικών παρεγχυματικών κυττάρων.
*Μεταβολισμός χολερυθρίνης:Χολερυθρίνη ορού - Άμεση (συζευγμένη,διαλυτή) - Έμμεση (μη συζευγμένη,αδιάλυτη στο νερό)	2 mg/dl - 0,8 mg/dl - 1mg/dl	Η άμεση αυξάνεται σε απόφραξη των χοληφόρων οδών ή σε ελαττωμένη απέκκριση της συζευγμένης χολερυθρίνης από το ηπατικό κύτταρο.Η έμμεση αυξάνεται σε αιμολυτικές καταστάσεις,σε απουσία γλυκουρονυλο-τρανσφεράσης και σε βλάβη των ηπατικών κυττάρων.
*Χολερυθρίνη ούρων:	Δεν υπάρχει	Αύξηση της άμεσης χολερυθρίνης στα ούρα παρατηρείται σε απόφραξη των χοληφόρων οδών.
Ουροχολινογόνο ούρων-κοπράνων	0-4 mg/24 h - 40-200 mg/24 h	Το ουροχολινογόνο των ούρων αυξάνεται σε πάθηση του ηπατικού κυττάρου,ενώ μειώνεται αξιοσημείωτα σε πλήρη απόφραξη των χοληφόρων οδών.Το ουροχολινογόνο των κοπράνων μένει αμετάβλητο ή μειώνεται σε βλάβη του ηπατικού κυττάρου,ενώ μειώνεται σε απόφραξη των χοληφόρων.

3) ΑΞΙΑ ΕΜΒΟΛΙΟΥ :

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ :

Ο καλύτερος τρόπος πρόληψης των ηπατιτίδων είναι η βελτίωση του γενικότερου επιπέδου υγιεινής ενός τόπου .Είναι γεγονός ότι η φορεία της Ηπατίτιδας Β έπεσε στα ελάχιστα ποσοστά του 0.1 – 1.2 % στις προηγμένες

δυτικές χώρες πολύ προ της εμφάνισης των εμβολίων , αλλά και του ελέγχου του αίματος στις αιμοδοσίες για τον ιό Β .Πιθανότατα τα δυο κύρια μέτρα που συνέτειναν στον περιορισμό της φορέας Β στα προηγμένα κράτη , είναι πλην του ελέγχου του αίματος , η χρήση βελόνων μιας χρήσης και ο σχολαστικός καθαρισμός ιατρικών και οδοντιατρικών εργαλείων , μολονότι η επίπτωση μέτρων αυτών δεν μπορεί να μετρηθεί .Ακόμη η ενημέρωση των ομάδων υψηλού κινδύνου για την πιθανότητα μετάδοσης σε επαγγελματικές ομάδες ή ομάδες υψηλής έκθεσης στον ιό Β , συνέτεινε σημαντικά στην πρόληψη .

Ένα ουσιώδες μέτρο προφύλαξης τουλάχιστον για τον ιό Β παραμένει η προσεχτική σεξουαλική πρακτική λόγω του μεγάλου επιπολασμού του ιού μεταξύ των ομοφυλόφιλων όπου η φορεία αυξάνει αναλόγως του αριθμού των σεξουαλικών συντρόφων .Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και μεταξύ ετερόφυλων με πολλαπλούς συντρόφους , ενώ πρόσφατα και για πρώτη φορά η χρήση σπερμοκτόνων και κολπικών διαφραγμάτων δείχθηκε αποτελεσματική στη μείωση της φορέας .Η σχολαστική τήρηση των κανόνων υγιεινής , μεταξύ των οποίων η χρήση γαντιών σε όλους τους ασχολούμενους με το αίμα και τα παράγωγά του εξακολουθεί να έχει πρωτεύουσα θέση δεδομένων και των υπό διευκρίνιση ιών μη Α – Ε .

Η μείωση του αριθμού των χρόνιων φορέων HBsAg αποτελεί την κύρια στρατηγική προλήψεως με στόχο την μελλοντική εξάλειψη της ιογενούς Ηπατίτιδας Β .Σήμερα γνωρίζουμε ότι η ηλικία προσβολής παίζει καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία χρόνιων φορέων .Έχει διαπιστωθεί ότι η περιγεννητική λοίμωξη εξελίσσεται σε χρονιότητα στο 10 – 95 % των περιπτώσεων .Στο 90 % των περιπτώσεων αυτών η ασυμπτωματική ιοφορία εξελίσσεται σε χρόνια ηπατοπάθεια 25 % , δε σε θάνατο από χρόνια ενεργό ηπατίτιδα , κύρωση ή πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος .Αντίθετα μετά την ενηλικίωση σπανιότατα η λοίμωξη εξελίσσεται σε χρονιότητα και μόνο σε περιπτώσεις ατόμων με ανοσολογικό έλλειμμα (κυρίως μείωση της κυτταρικής ανοσίας) .

Εκτός των γενικών μέτρων προλήψεως ο εμβολιασμός σήμερα θεωρείται ως κύριο μέτρο για την εξάλειψη της νόσου .Πρώτος ο Krugman έδειξε ότι ο βρασμός επί ένα λεπτό , πλάσματος φορέων δημιουργούσε αντιγονικός ισχυρό προστατευτικό εμβόλιο κατά της Ηπατίτιδας Β .Έτσι μετά την κάθαρση του HBsAg από τα υπόλοιπα στοιχεία του πλάσματος φορέων και την κατάλληλη αδρανοποίηση , δημιουργήθηκε το πρώτο εμβόλιο φορέων που

αποδείχθηκε ως ισχυρό προστατευτικό και χωρίς παρενέργειες εμβόλιο .Η εμφάνιση του HIV καθώς και η δυσχέρεια παραγωγής μεγάλων ποσοτήτων του εμβολίου παρεμπόδισε την ευρεία χρήση του εμβολίου αυτού .Η δημιουργία εμβολίου με τις τεχνικές ανασυνδιασμένου DNA κυρίως σε μύκητες εξασφάλισε τη δημιουργία σε μεγάλες ισχυρού προστατευτικού και χωρίς παρενέργειες εμβολίου .Αρχικά εφαρμόστηκε μόνο στις ομάδες υψηλού κινδύνου , σε ευρεία όμως έκταση μόνο στο ιατρικό προσωπικό .Έτσι διαπιστώθηκε ότι η χρησιμοποίηση του εμβολίου μόνο στις ομάδες υψηλού κινδύνου δε συνέβαλε στην ταχεία μείωση της Ηπατίτιδας Β .Γι' αυτό αποφασίστηκε η σταδιακή εφαρμογή μαζικού εμβολιασμού του πληθυσμού .Η

Π.Ο.Υ. έθεσε ως τελικό χρονικό όριο εφαρμογής εθνικού προγράμματος εμβολιασμού σε όλο τον κόσμο το 1997 .Σήμερα πάνω από 100 χώρες εφαρμόζουν τον μαζικό εμβολιασμό , στις περισσότερες από αυτές ο εμβολιασμός αρχίζει να εφαρμόζεται αμέσως μετά τη γέννηση .Ενώ σε αρκετές οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες έχει αρχίσει ο σύγχρονος εμβολιασμός παιδιών ηλικίας 11 ετών ώστε να επιταχυνθεί η μείωση της νόσου .Στην Ελλάδα από το 1997 άρχισε ο υποχρεωτικός μαζικός εμβολιασμός νεογέννητων ή βρεφών και ο εμβολιασμός παιδιών ηλικίας 11 ετών .

Συγχρόνως συνιστάται η συνέχιση του εμβολιασμού ενηλίκων που βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο λοιμώξεως .Επίσης καθιερώθηκε ο υποχρεωτικός έλεγχος των εγκύων και η χορήγηση υπατανόσου γ-σφαιρίνης της Ηπατίτιδας Β και έναρξη εμβολιασμού εντός του πρώτου 24-ώρου σε νεογέννητα μητέρων φορέων του HbsAg .

Το εμβόλιο δημιουργεί τίτλο αντισωμάτων σε < 95 % των εμβολιασθέντων , πιστεύεται ότι αυτή η ανοσία διαρκεί τουλάχιστον 15 χρόνια .Πολλοί άλλοι δεν θεωρούν αναγκαία την αναμνηστική χορήγηση εμβολίου για όλη τη ζωή , λόγω της παραμονής της ανοσολογικής μνήμης παρά την εξάλειψη των αντισωμάτων .Συνιστάται όμως ο επανεμβολιασμός ύστερα από έκθεση κυρίως του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά και άλλων ομάδων υψηλού κινδύνου σε βεβαιωμένους φορείς .

- ΤΥΠΟΙ ΕΜΒΟΛΙΟΥ :

Το εμβόλιο της Ηπατίτιδας Β από ανασυνδιασμένο DNA (Engerix – Recombinax) περιέχει το κεκαθαρισμένο αντιγόνο επιφάνειας του ιού , το οποίο παράγεται από την καλλιέργεια γενετικά παραχθέντων κυττάρων της ζύμης στον οποίο έχει ενσωματωθεί το σχετικό γονίδιο του αντιγόνου επιφάνειας του ιού της Ηπατίτιδας Β .Το τελικό προϊόν περιέχει λιγότερο από το 5 % της πρωτεΐνης του μύκητα και για την παρασκευή του δεν χρησιμοποιούνται ουσίες ανθρώπινης προέλευσης .Το εμβόλιο χορηγείται ενδομυϊκά σε τρεις

δόσεις 0.1 και 6 μήνες μετά την πρώτη δόση σε περιπτώσεις όπου απαιτείται .Πιο γρήγορη προστασία (π.χ. επαφές με φορείς , ανοσοποίηση ταξιδιωτών και νεογνών από μητέρες φορείς) μπορεί να υιοθετηθεί ένα πρόγραμμα βασικού εμβολιασμού με 4 δόσεις : 0.1 , 2 μήνες και τέταρτη δόση στους 12 μήνες μετά την πρώτη δόση εμβολίου .Συνιστάται αναμνηστική δόση μετά από 5 – 7 χρόνια , αν δεν ανιχνεύονται anti-HBs αντισώματα ή ο τίτλος τους στον ορό είναι χαμηλός .

- ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ :

Παρενέργειες του εμβολίου είναι το άλγος και η αλλεργική αντίδραση , αν υπάρχει υπερευαισθησία στους ζυμομύκητες .Δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εκδήλωσης Guillain – Barre .

- ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ :

Έχουν οι ομάδες υψηλού κινδύνου όπως : αιμορροφιλικοί λήπτες προϊόντων αίματος , χρήστες εναίσιμων ναρκωτικών , ετεροφυλοφιλικά άτομα με πολλούς συντρόφους , προσωπικό ιδρυμάτων νοητικά καθυστερημένων και η τρόφιμοι .Ασθενείς σε τεχνητό νεφρό , εργαζόμενοι σε νοσοκομεία , διεθνείς ταξιδιώτες σε χώρες όπου ενδημεί ο HBV .

Όλοι συμφωνούν ότι πρέπει να γίνει και αυτός ο εμβολιασμός υποχρεωτικός , διότι η Ηπατίτιδα Β είναι βαρύ νόσημα με πολλές μακροχρόνιες επιπλοκές , αν γίνει μετάπτωση σε χρόνια φορεία όπως κύρωση του ήπατος και ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα .Ιδιαίτερη σημασία έχει η αντιμετώπιση νεογνού μητέρας φορέως του επιφανειακού αντιγόνου όπου χορηγείται αμέσως μετά τη γέννηση και όχι αργότερα από 12 ώρες υπεράνοση γ-σφαιρίνη 0.5 ml

ενδομυϊκά και γίνεται εμβολιασμός με εμβόλιο ηπατίτιδας , σε άλλη θέση και με άλλη σύριγγα τις πρώτες 12 ώρες ή το αργότερο τις πρώτες 7 μέρες από τη γέννηση 0.5 ml ενδομυϊκά .

Το 90 % και των ενηλίκων αναπτύσσουν προστατευτικά αντισώματα μετά από τρεις δόσεις(20 mg σε 1 ml) εμβολίου .Το εμβόλιο προστατεύει από την νόσο για τουλάχιστον 3 χρόνια .

Το βασικό ερώτημα για την πρόληψη της ηπατίτιδας Β είναι κατά πόσο είναι οικονομικά εφικτός ο προληπτικός εμβολιασμός όλου του πληθυσμού .Έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες μελέτες αξιολόγησης της επίδρασης των εμβολιασμών στην καταπολέμηση της Ηπατίτιδας Β σε παγκόσμιο επίπεδο .Διαπιστώθηκε ότι σε ένα πρόγραμμα εμβολιασμού ρουτίνας είναι δυνατόν να προληφθούν έως και πάνω από ένα εκατομμύριο θάνατοι .Το κόστος που αποσβένεται για κάθε έτος επιβίωσης υπολογίζεται στα 100 \$, με μεγάλο εύρος ανάλογα με το οικονομικό επίπεδο κάθε χώρας .Συνεπώς ανάλογα με τις πραγματικές ανάγκες και τις υγειονομικές απαιτήσεις κάθε χώρας απαιτείται ένας παγκόσμιος σχεδιασμός και παράλληλη αντίστοιχη σχεδίαση σε εθνικό επίπεδο .

- ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΟΥ ΙΟΥ Β ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ :

Η πρώτη γενιά εμβολίων παρήχθη από ορό μολυσματικών ατόμων και διατέθηκε προς χρήση το 1981 .Παρά τους φόβους τυχόν μετάδοσης άλλων λοιμώξεων , οι οποίοι μάλιστα επιτάθηκαν μετά την εμφάνιση του AIDS , η εκτεταμένη χρήση τους έδειξε ότι είναι απολύτως ασφαλή .

Παρά ταύτα η πρόοδος της γενετικής μηχανικής και η ανάγκη διάθεσης μεγάλων ποσοτήτων εμβολίου έφερε στην κυκλοφορία το 1986 τη δεύτερη γενεά των γενετικώς ανασυνδιασμένων εμβολίων .Η αναζήτηση για τρίτη γενεά των συνθετικών εμβολίων δεν έχει αποδώσει ακόμη εκμεταλλεύσιμα εμβόλια .

Η αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού είναι πολύ μεγάλη αν και ποσοστά ανταπόκρισης 100 % πρέπει να αντιμετωπίζονται με σκεπτικισμό .

Προστατευτικός θεωρείται ο τίτλος αντισωμάτων άνω των 10mu / ml ενώ ακόμη συνεχίζεται η αξιολόγηση τόσο των άμεσων όσο και των

μακροχρόνιων αποτελεσμάτων. Έτσι από τις πρώτες ήδη μελέτες φάνηκε ότι το 35 % των ανταποκριθέντων στο εμβόλιο παρουσίαζαν τίτλο κάτω των 10 $\mu\text{g} / \text{ml}$ μετά τα 5 έτη, ενώ σε ομοφυλόφιλους που ανταποκρίθηκαν υπήρξε 1.8 %

ετήσια προσβολή από τον ιό B, όπου όμως οι περισσότερες περιπτώσεις ήταν απλές υποκλινικές ορομετατροπές. Έχουν όμως παρουσιαστεί και κλινικές μορφές νόσου επί ανταποκριθέντων και στην περίπτωση αυτή ενοχοποιούνται μεταλλάξεις του ιού B.

Αποτυχία του εμβολίου λόγω μεταλλαγής παρατηρείται ακόμη και επί υψηλών τίτλων αντί-5. Έτσι περιγράφεται πρόσφατα νεογνό που παρά τον επιτυχή εμβολιασμό και τον υψηλό τίτλο αντί-5 νόσησε και έγινε φορέας του ιού. Πιθανό αίτιο του φαινομένου αυτού ήταν η διαπίστωση μιας απλής μεταλλαγής, με αντικατάσταση ενός μορίου γλυκίνης από αργινίνη στη θέση 145 της δεύτερης αγκύλης του επιτόπιου α . Άλλοι παράγοντες μειωμένης αντίδρασης στο εμβόλιο, ο αλκοολισμός, η μόλυνση με τον ιό HIV, η ανοσοκαταστολή και η χρόνια νόσος π.χ. νεφρική ανεπάρκεια. Κάθε μια από τις ομάδες αυτές παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα εν όψει προτάσεων περί γενικευμένου εμβολιασμού των παιδιών και δεδομένου του υψηλού κόστους ενός τέτοιου βήματος. Το ερώτημα για το ποιο είναι το καλύτερο και οικονομικότερο σχήμα εμβολιασμού κι αν χρειάζεται ή όχι αναμνηστική δόση εξακολουθεί να παραμένει επίκαιρο. Έτσι πρόσφατα έγινε σύγκριση τριών σχημάτων με χορήγηση 20 μg Engerix B. Είτε σε 4 δόσεις κατά τους μήνες 3, 4, 5 και 11 ή τους μήνες 0.1, 2 και 11. Είτε 3 δόσεων κατά τους μήνες 0.1 και 6.

Όλα τα σχήματα έδωσαν ανταπόκριση 97 % περίπου με τίτλους άνω των 100 mIU / ml , αλλά το σχήμα των μηνών 3, 4, 5, 11 έδωσε υψηλότερους μέσους γεωμετρικούς τίτλους αντισωμάτων και κατά συνέπεια προτείνεται. Φυσικά τέτοιες συστάσεις δεν σημαίνει ότι αποτελούν υποχρεωτικό κανόνα.

Για λόγους οικονομικούς επίσης έχει δοκιμαστεί ενδοδερμική χορήγηση 2 μg ανασυνδιασμένου εμβολίου δυο διαφορετικών εταιριών σε 4 δόσεις, σε 706 φοιτητές της Ιατρικής. Η ανταπόκριση κυμάνθηκε από 82 – 94 % και το Engerix B αποδείχθηκε ελαφρά καλύτερο του H – B – Vax II. Παρόμοια αποτελέσματα έδωσε σε άλλη μελέτη η σύγκριση ενδομυϊκών και ενδοδερμικών ενέσεων. Στην εργασία αυτή το περιεχόμενο από πλάσμα εμβόλιο φαίνεται να πλεονεκτεί έναντι του ανασυνδιασμένου. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα αυτά, 2 μg χορήγησης ενδοδερμικώς ήταν κατώτερα από 20 μg χορηγούμενα ενδομυϊκώς σε όλες τις κατηγορίες των εμβολιασθέντων, εκτός από τις γυναίκες και τους μη καπνιστές.

Εάν παραστεί ανάγκη αναμνηστικής δόσης σε άτομα που έχουν εμβολιασθεί με εμβόλιο από πλάσμα είναι καλύτερο να χορηγηθεί εμβόλιο της ίδιας προέλευσης, δεδομένου ότι η χρήση ανασυνδιασμένου ως αναμνηστικού προκάλεσε την εμφάνιση μικρότερου τίτλου αντισωμάτων.

Σημειωτέον ότι τελευταία αναφέρθηκε η εξάρτηση της ανταπόκρισης στο εμβόλιο από το μείζον σύστημα ιστοσυμβατότητας σε υγιή άτομα, ειδικότερα ο ομόζυγος απλότατος ALA B8, SCO1, DR₃ παρουσιάζει αυξημένες πιθανότητες μη ανταπόκρισης. Η μη ανταπόκριση κληρονομείται κατά τον

επικρατούντα χαρακτήρα , ενώ πιθανότατα υφίστανται και άλλη απλότυποι μη ανταπόκρισης που δεν έχουν ακόμα διευκρινισθεί .

Οι επιπλοκές του εμβολίου πέραν των συνθηκών πόνου και ανταγωνισμού στο σημείο της ένεσης και μικρού πυρετίου , είναι λίγες .Έχουν όμως αναφερθεί και σοβαρές επιπλοκές όπως πολυνευροπάθεια , οζώδες ερύθημα , πολυαρθρίτιδα , χοριοειδίτιδα και οξεία ανατρέψιμη σπειραματονεφρίτιδα .Σε δυο άτομα από τα οποία το ένα είχε κατά πλάκας σκλήρυνση και το άλλο ήταν υγιές αλλά με το συμβατό με τη νόσο απλότυπο TR₁ , B₇ παρουσιάστηκε απομυελίνωση του Κ.Ν.Σ. μετά τον εμβολιασμό .η ανταπόκριση ορισμένων ειδικών ομάδων πληθυσμού εμφανίζει διαφορετική εικόνα από τα προαναφερθέντα .

Έτσι η μακροχρόνια παρακολούθηση διανοητικώς καθυστερημένων παιδιών έδειξε ότι το 30 % του συνόλου δεν είχαν ανιχνεύσιμα αντισώματα για 9 έτη .Το 35 % από αυτά δεν αντέδρασαν καθόλου

Όταν τους χορηγήθηκαν 20 μg Engerix B ως αναμνηστική δόση .Σε αιμορροφιλικούς δοκιμάστηκε σχήμα 5 μg σε 0.2 και 6 εβδομάδες (διότι συχνά χρειάζονται ταχεία ανοσοποίηση) με αποτέλεσμα το 93 % να έχουν αντισώματα στις 10 εβδομάδες .Αναμνηστική δόση στις 24 εβδομάδες διατήρησε τα αντισώματα στο 96 % των ανταποκριθέντων , έναντι του 91 % όπου δεν έλαβαν αναμνηστική δόση .

Αντιθέτως τα αποτελέσματα δεν είναι τόσο ευνοϊκά στον ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη , όπου το ποσοστό των μη ανταποκριθέντων φθάνει στο 25 % , ενώ και ο τίτλος του αντί-S είναι σημαντικότερο μικρότερος .Οι διαβητικοί αυτοί έχουν μειωμένο αριθμό IgG B λεμφοκυττάρων όπου παράγουν αντί-S .Ακόμη χειρότερα είναι τα πράγματα σε HIV θετικούς ασθενείς , όπου μόνο το 25 % ανταποκρίνεται στο εμβόλιο .Σημειωτέον ότι παρά το συνεχιζόμενο θόρυβο για τον ιό HIV οι πιθανότητες θανάτου από επαγγελματική μετάδοση του HBV είναι 17 φορές μεγαλύτερη εκείνης του HIV .Οι αριθμοί αυτοί πρέπει να είναι πολύ μεγαλύτεροι υπέρ του HBV στη χώρα μας .Η πρόοδος των μεταμοσχεύσεων ήπατος και καρδιάς και η συνακόλουθη μεγάλη ανάγκη μεταγγίσεων αίματος στους ασθενείς αυτούς , έφερε στο προσκήνιο τη συμπεριφορά των ασθενών αυτών στον εμβολιασμό .Εδώ σημειώνονται τα χειρότερα αναφερόμενα ποσοστά ανταποκρίσεων 96 % των 86 ασθενών που υπέστησαν μια μόσχευση καρδιάς και ήταν σε ανοσοκαταστολή δεν παρήγαγαν αντισώματα μετά από 3 δόσεις ανασυνδιασμένου εμβολίου .

Σε προχωρημένες ηπατοπάθειες οι οποίες μελετούνταν για μεταμόσχευση , μόνο το 47 % των ασθενών αντέδρασε στο εμβόλιο .Να σημειωθεί ότι αντίθετα με ότι συμβαίνει στα φυσιολογικά άτομα , στους ασθενείς αυτούς δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ ανταποκριθέντων και μη ανταποκριθέντων ως προς τους απλότυπους είτε των HLA I είτε των HLA II .

Ελαφρά καλύτερα είναι τα πράγματα σε παιδιά με χολοστατική κύρωση λόγω ατρησίας χοληφόρων που οδηγούνται σε μεταμόσχευση .Το 73 % ανταποκρίνεται στο εμβόλιο αλλά το ποσοστό αυτό πέφτει στο 54 % μετά τη μεταμόσχευση και την συνακόλουθη ανοσοκαταστολή .

Το πρόβλημα με τους νεφροπαθείς παραμένει οξύ .Στο ανασυνδιασμένο εμβόλιο ανταποκρίνεται 75 – 80 % από αυτούς , ποσοστό ελαφρά καλύτερα

απ' ότι με το εμβόλιο από πλάσμα .Επιπλέον μετά πάροδο τριετίας το 41 % των ανταποκριθέντων είναι συνήθως αρνητικό στα συχνά κρούσματα HBV ηπατίτιδας .Η αποτυχία στο εμβόλιο συσχετίζεται με τη διατροφική κατάσταση των ασθενών αυτών ή με τα μειωμένα CD₄ λεμφοκυττάρων .Βελτίωση στην ανταπόκριση των νεφροπαθών αναφέρεται όταν μαζί με τι εμβόλιο χορηγείται ανοσοτροποποιητικό φάρμακο θυμοπεντίνη .Πρόσφατα ένα εξαντλητικό σχήμα εμβολιασμού των ασθενών αναφέρει ποσοστά επιτυχίας κοντά στο 100 % , αλλά το εύρημα αυτό δεν έχει επιβεβαιωθεί .Κατά το σχήμα αυτό χορηγούνται 40 μg εμβολίου για 4 μήνες ακολουθούμενα από 40 μg στους μήνες 12 και 18 και στη συνέχεια 5 μg ενδοδερμικώς ανά 2 εβδομάδες μέχρι να εμφανιστούν τίτλοι αντί-S άνω των 10 mln / ml ενώ μετά συνεχίζεται η χορήγηση 5 μg ενδοδερμικώς ανά μήνα , ανά 6 μήνες .

Τέλος, πρέπει να αναφερθούν δυο ακόμη ενδιαφέρουσες ομάδες ατόμων .Στην πρώτη περιλαμβάνονται με μόνο θετικό ορολογικό εύρημα την παρουσία αντί-S αντισωμάτων , που έχει διαπιστωθεί ότι αυτά αντιπροσωπεύουν πραγματικά εξουδετερωτικά αντισώματα μόνο στο ήμισυ των περιπτώσεων και ότι αυτά μπορούν να εντοπισθούν με τη χορήγηση μιας δόσης εμβολίου , οπότε επέρχεται δευτερογενής ανταπόκριση , το 6.8 % θα εμφανίσει δευτερογενή ανταπόκριση , το 80 % θα εμφανίσει πρωτογενή ανταπόκριση (άνω των 10 mln / ml) και το υπόλοιπο δε θα αντιδράσει .Σε ποντικούς αποδείχθηκε πειραματικώς δυνατή η μεταβίβαση αντί σωματικής αντίδρασης σε ανοσοκατασταλμένους δέκτες μοσχεύματος μυελού από δότες ποντικούς που προηγουμένως έχουν εμβολιασθεί με εμβόλιο B .Δεδομένου ότι η ενεργητική ανοσοποίηση σε ανθρώπους δέκτες μυελού αποτυγχάνουν , ίσως η λύση να είναι η ενεργητική ανοσοποίηση των δοτών πριν από τη μεταμόσχευση .

- ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ :

Σήμερα υπάρχει γενική ομοφωνία ότι όλα τα παιδιά που γεννιούνται από HbsAg θετικές μητέρες πρέπει να εμβολιάζονται αμέσως μετά την γέννηση , ανεξαρτήτως εάν η μητέρα είναι HbeAg θετική ή αρνητική .Παραδοσιακά έχει επικρατήσει να χορηγείται μαζί με την πρώτη δόση του εμβολίου και υπεράνοση β-σφαιρίνη πλούσια σε αντισώματα S (HBIG), η ανάγκη για τη σφαιρίνη δεδομένου ότι η ωφέλειά της δεν έχει ενοχοποιηθεί .

Η αποτελεσματικότητα του εμβολίου είναι μεγάλη , σε μελέτη από την Κίνα κανένα παιδί που γεννήθηκε με HBsAg αρνητικό δεν θετικοποιήθηκε αργότερα , ενώ το 60 % των παιδιών γεννήθηκαν θετικά αλλά το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 20 % μετά τον ένατο μήνα .Σε άλλη εργασία το 25 % των παιδιών που εμβολιάσθηκαν παρουσίασαν λοίμωξη που αποδόθηκε είτε σε αποτυχία του εμβολίου , είτε σε ενδομήτρια μόλυνση .Στην ίδια εργασία εμβολιασθέντα παιδιά HBeAg αρνητικών μητέρων δεν εμφάνισαν την αναμενόμενη σε αυτές τις περιπτώσεις και σε ποσοστό 10 % υποκλινική λοίμωξη .Η σύγκριση μεταξύ ανασυνδιασμένου και εμβολίου από πλάσμα δε φαίνεται να παρουσιάζει πλεονεκτήματα υπέρ του ενός ή του άλλου εμβολίου .Τέλος , σε μακροχρόνια (9 έτη) μελέτη νεογνών μολυσματικών ή μη μολυσματικών , θετικών στο HBsAg μητέρων στην Ταίwan το εμβόλιο βρέθηκε αποτελεσματικό δεδομένου ότι μετά από 9 έτη κανένα από τα ανταποκριθέντα παιδιά δεν έγινε HBsAg θετικό .Το 6 % όμως έγινε IgG αντί-C θετικό .

- ΓΕΝΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ Ή ΟΧΙ :

Το θέμα του παιδικού πληθυσμού προέκυψε από τις πρώτες ενδείξεις στις Η.Π.Α. όπου παρά τον εκτεταμένο εμβολιασμό των ομάδων υψηλού κινδύνου ο επιπολασμός της Ηπατίτιδας Β αυξήθηκε κατά 37 % την τελευταία 10-ετία με 300.000 νέες λοιμώξεις και 5.000 συσχετιζόμενους θανάτους ετησίως. Έτσι το Νοέμβριο του 1991 το κέντρο ελέγχου των λοιμώξεων και το Φεβρουάριο του 1992 η αμερικάνικη ακαδημία παιδιατρικής πηστούν το γενικό εμβολιασμό των παιδιών. Όμως το 1/3 των ερωτιθέντων παιδίατρων θεωρούν ότι ο γενικός αυτός εμβολιασμός δε χρειάζεται να γίνεται .

Μάλλον αρνητική προς το γενικό εμβολιασμό είναι η εκτεταμένη μελέτη των κλινικών και οικονομικών παραμέτρων τριών στρατηγικών εμβολιασμού. Μη εμβολιασμός, γενικευμένος εμβολιασμός και έλεγχος πρώτα των δεκτών και μετά εμβολιασμός. Η μελέτη έγινε σε 4 ομάδες πληθυσμού: νεογνά, 10-χρονα παιδιά, ενήλικες υψηλού κινδύνου και ολόκληρος ο πληθυσμός των Η.Π.Α. Πλην της γνωστής ωφελειμότητας εμβολιασμού των ομάδων υψηλού κινδύνου και της επίσης γνωστής χορήγησης εμβολίου στα νεογνά μετά έλεγχο των μητέρων, η μόνη άλλη ωφελιμότητα προέκυψε από τον εμβολιασμό των 10-ετών παιδιών με μια αναμνηστική δόση μετά επιστημόνων, οι οποίοι αντίκεινται γενικότερα στην εφαρμογή εμβολιασμών. Οι αντιρρήσεις αυτές δε στηρίχτηκαν σε επιστημονικά δεδομένα .

Πρόσφατα οι ίδιες ομάδες δημιούργησαν προβλήματα που σχετίζονται με την ανάπτυξη από μυελινωτικών νόσων του Κ.Ν.Σ. (σκλήρυνση κατά πλάκας κ.λ.π.) ύστερα από εμβολιασμό. Και αυτές οι αντιρρήσεις κατερρίφθησαν από επιδημιολογικά στοιχεία που τεκμηρίωσαν το αβάσιμο των υποθέσεων αυτών .

Τέλος, οι ίδιες ομάδες ισχυρίστηκαν ότι το συντηρητικό θειομεραζόλη που περιέχεται στο εμβόλιο θα ήταν δυνατό να δημιουργήσει εγκεφαλοπάθειες που σχετίζονται με τη βλαπτική δράση του υδράργυρου. Και οι αντιρρήσεις αυτές αποδείχθηκαν χωρίς επιστημονική αξία .

Β ΜΕΡΟΣ

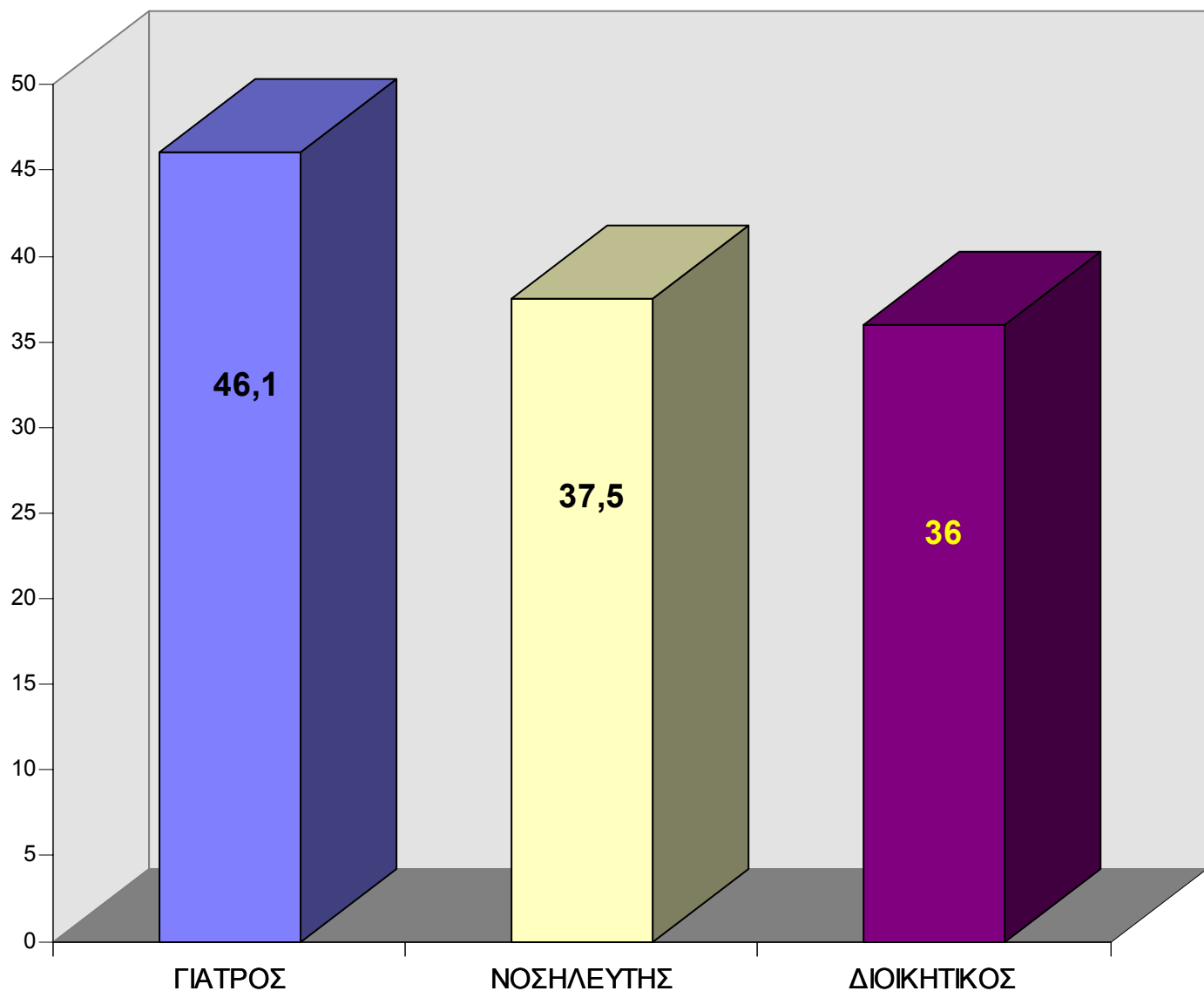
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έρευνα αυτή έγινε γιατί η Ηπατίτιδα Β αποτελεί μία σοβαρή ασθένεια που αφορά το γενικό πληθυσμό μίας χώρας και ιδιαίτερα τον πληθυσμό των Δυτικών χωρών. Η μετάδοσή της μέσα στους νοσοκομειακούς χώρους αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για τους εργαζόμενους, γι' αυτό και κρίνεται απαραίτητη η σωστή και ολοκληρωμένη ενημέρωση τους πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.

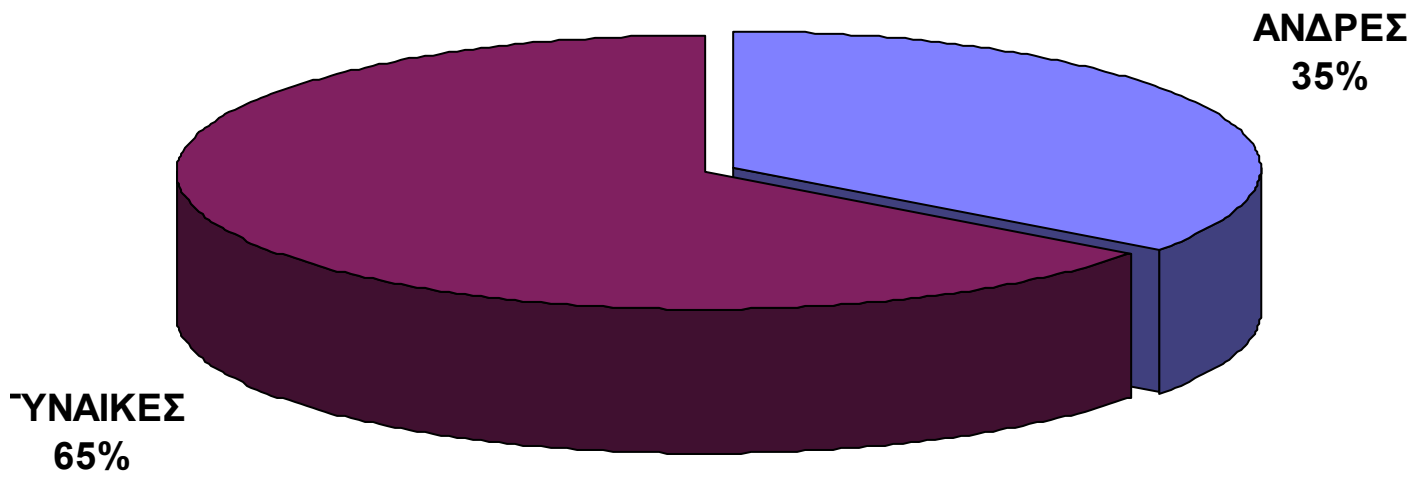
ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ

Για την διεκπεραίωση της έρευνας μας επισκεφτήκαμε το Νοσοκομείο Ηρακλείου ΠΕΠΙΑΓΝΗ και το Γενικό Κρατικό Αθηνών, όπου ζητήσαμε από τους εργαζόμενους (Ιατρούς, Νοσηλευτές και Διοικητικούς Υπαλλήλους) να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια των οποίων έγινε Στατιστική ανάλυση. Στην Στατιστική αυτή επεξεργασία χρησιμοποιήθηκαν η δοκιμασία t-test για σύγκριση μέσων τιμών των ομάδων και η δοκιμασία χ^2 για την σύγκριση των ποσοστών.

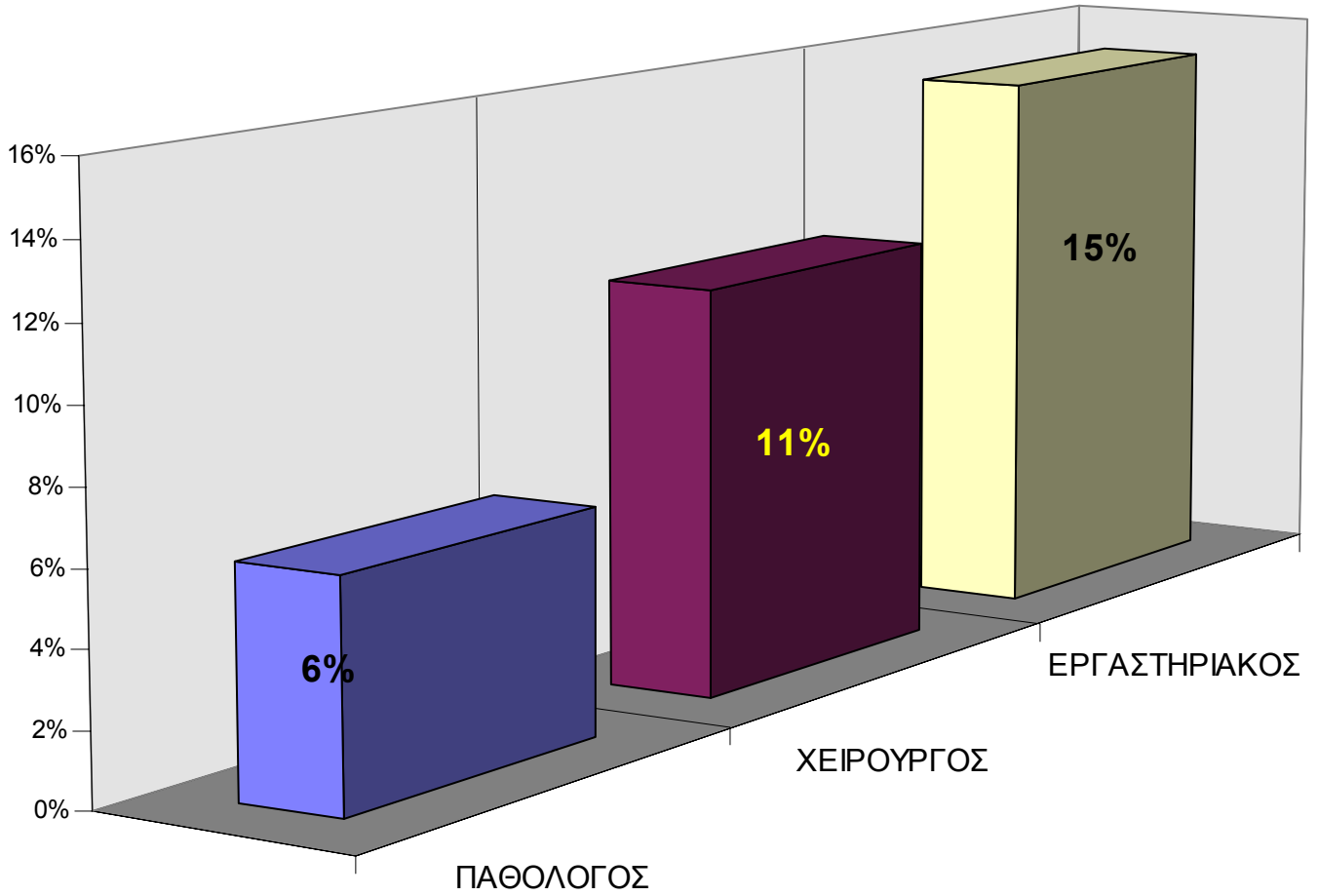
ΗΛΙΚΙΑ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ



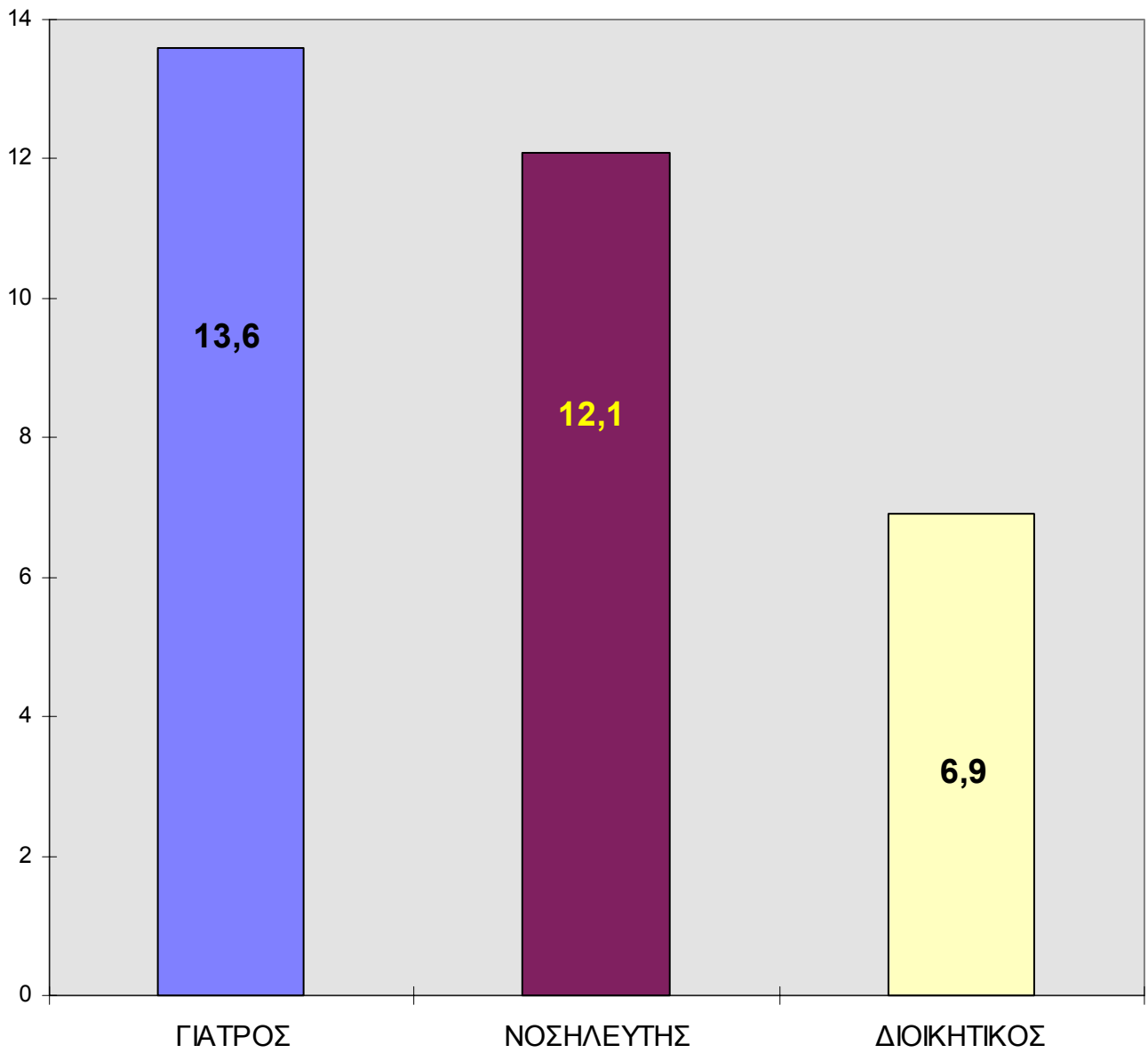
ΦΥΛΟ



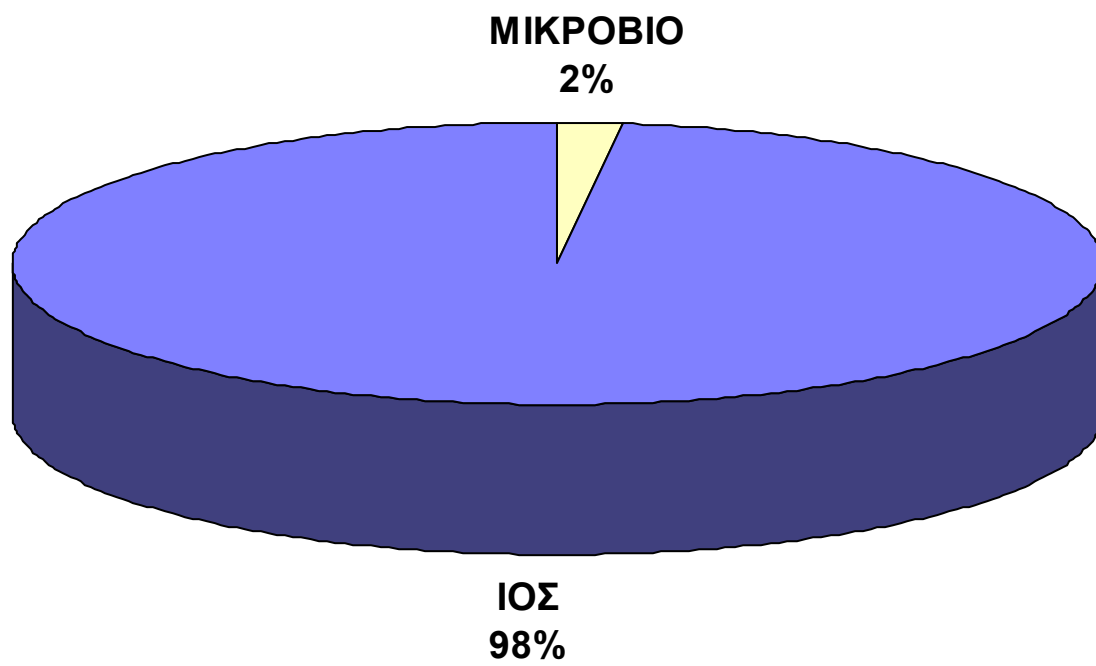
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΓΙΑΤΡΩΝ



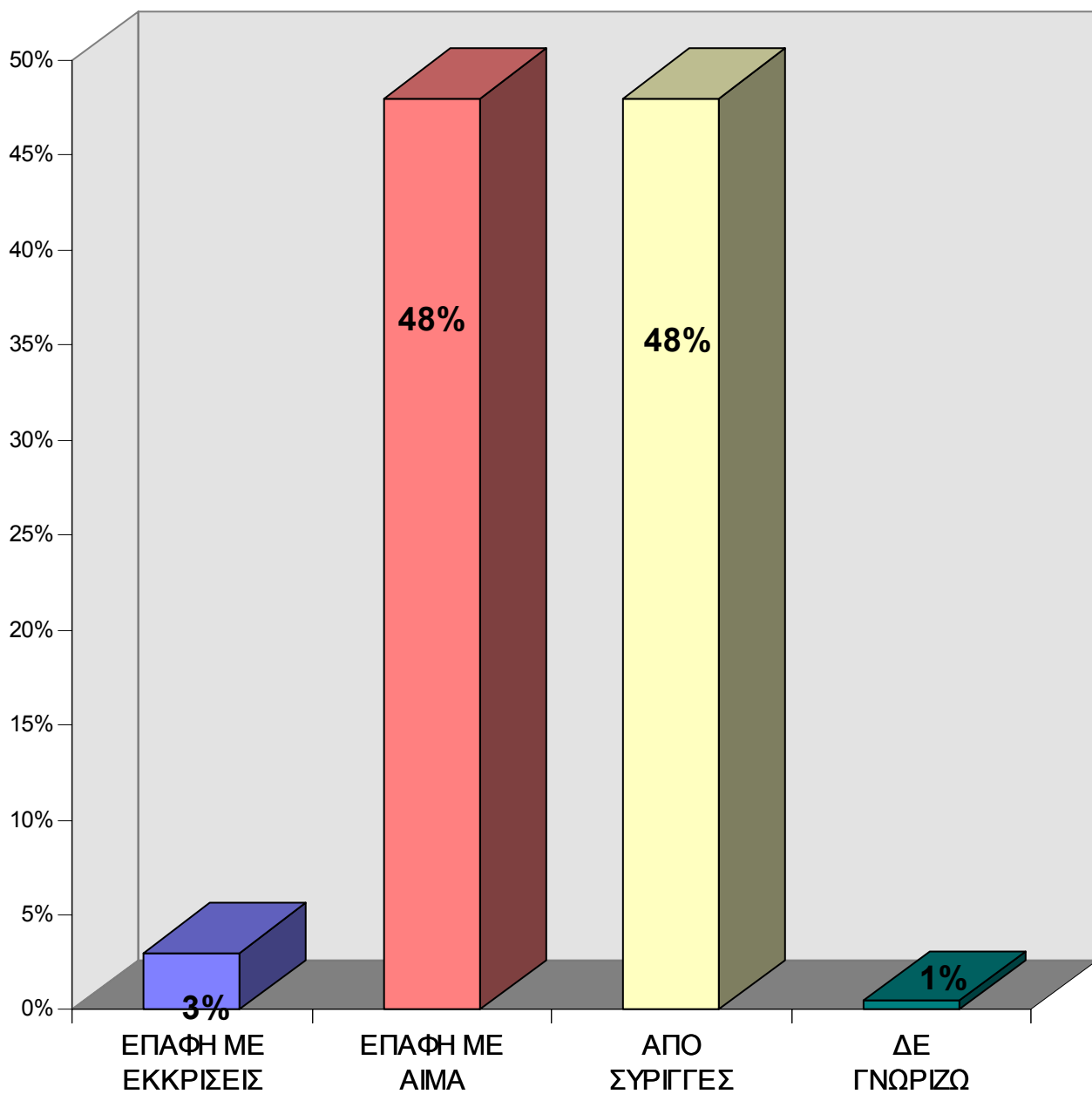
ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ



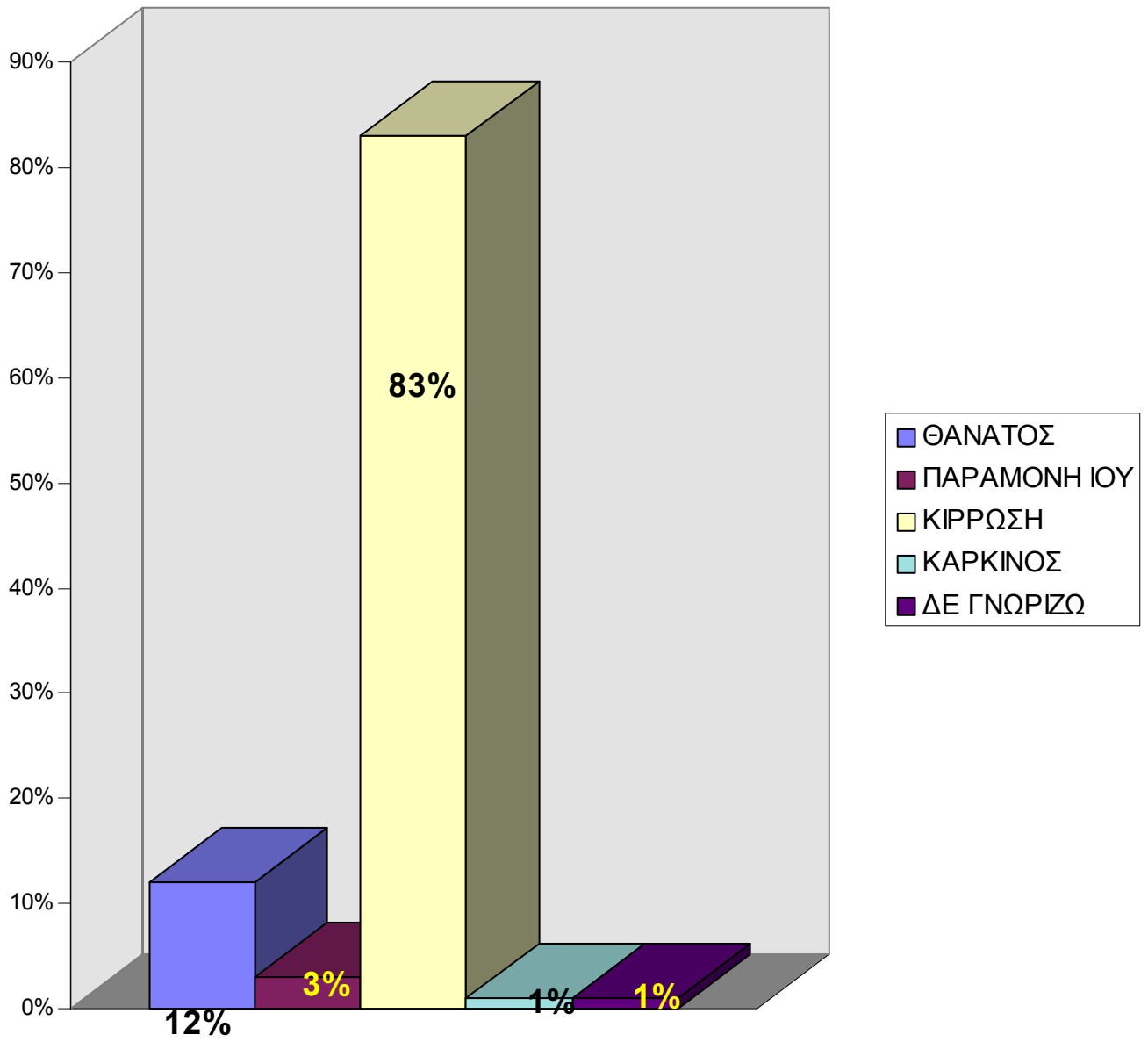
ΑΙΤΙΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ



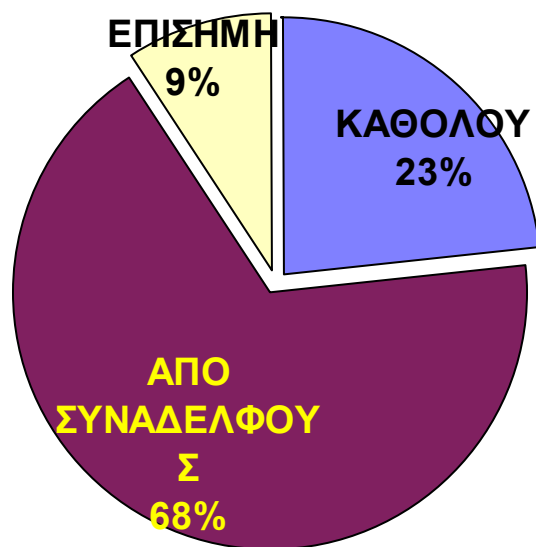
ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ



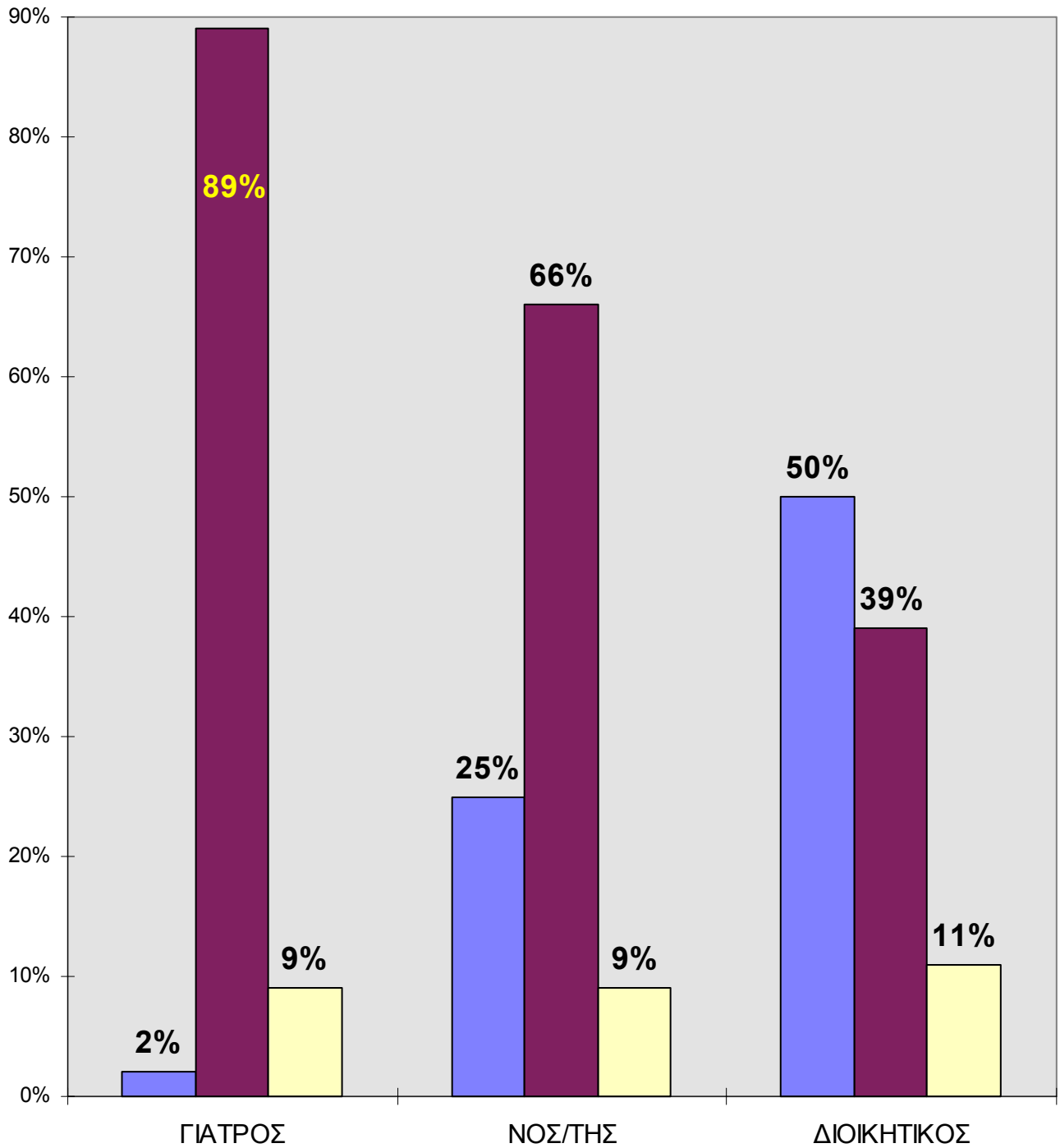
ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ



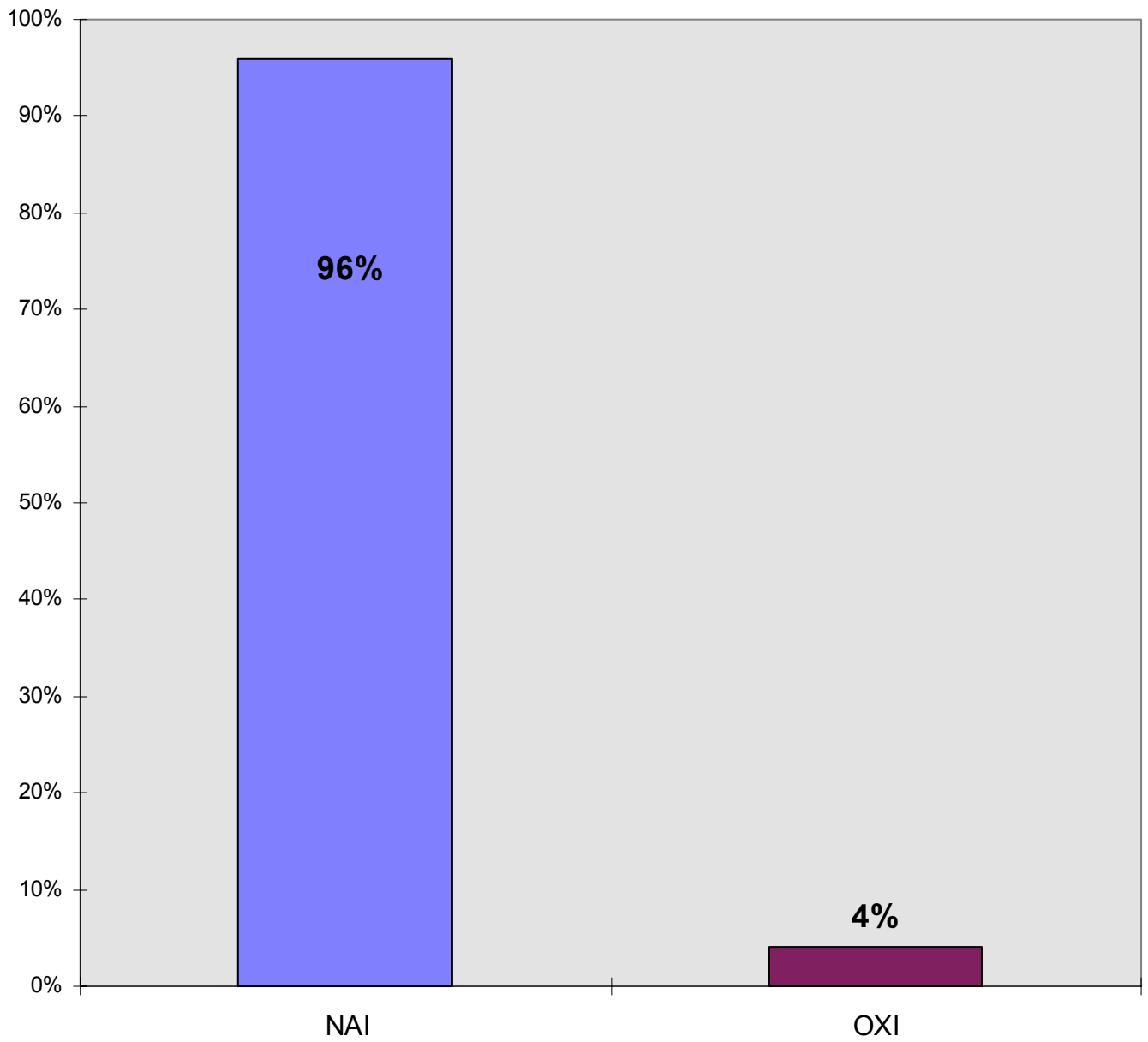
**ΕΙΧΑΤΕ ΜΕΧΡΙ ΤΩΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ
ΤΡΥΠΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΒΕΛΟΝΕΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΗΣ
ΜΟΛΥΝΣΗΣ;**



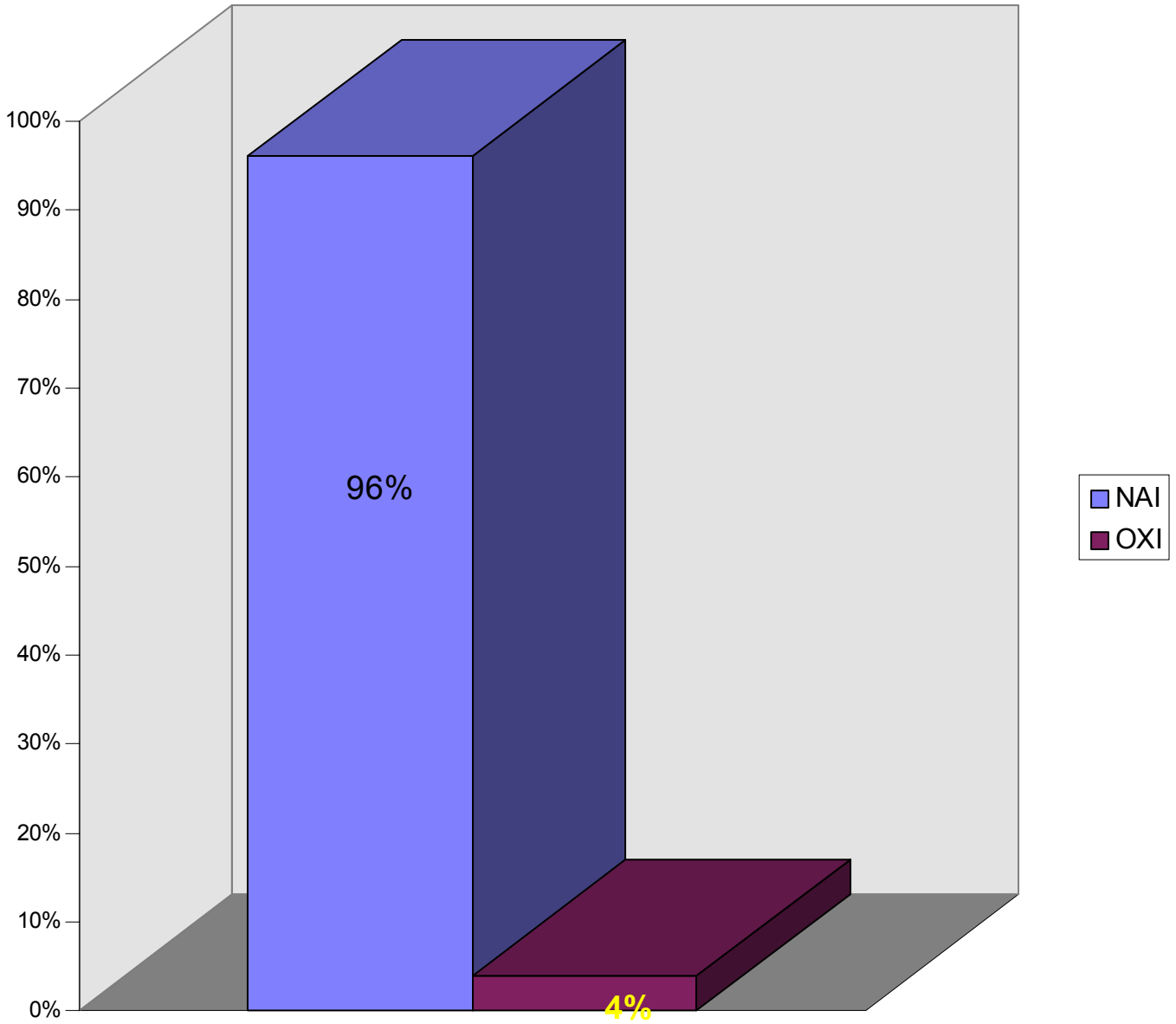
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΑΠΟΦΥΓΗ ΜΟΛΥΝΣΕΩΣ



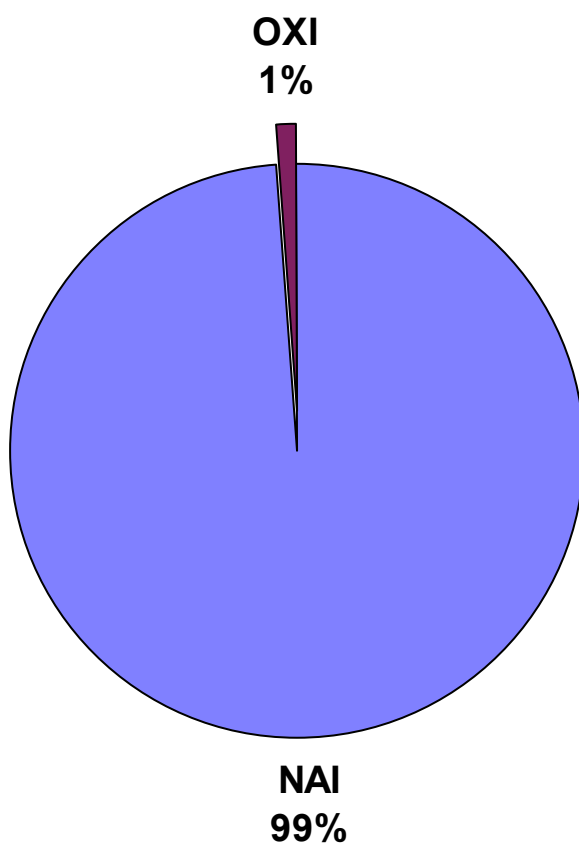
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΝΤΑ ΓΑΝΤΙΩΝ



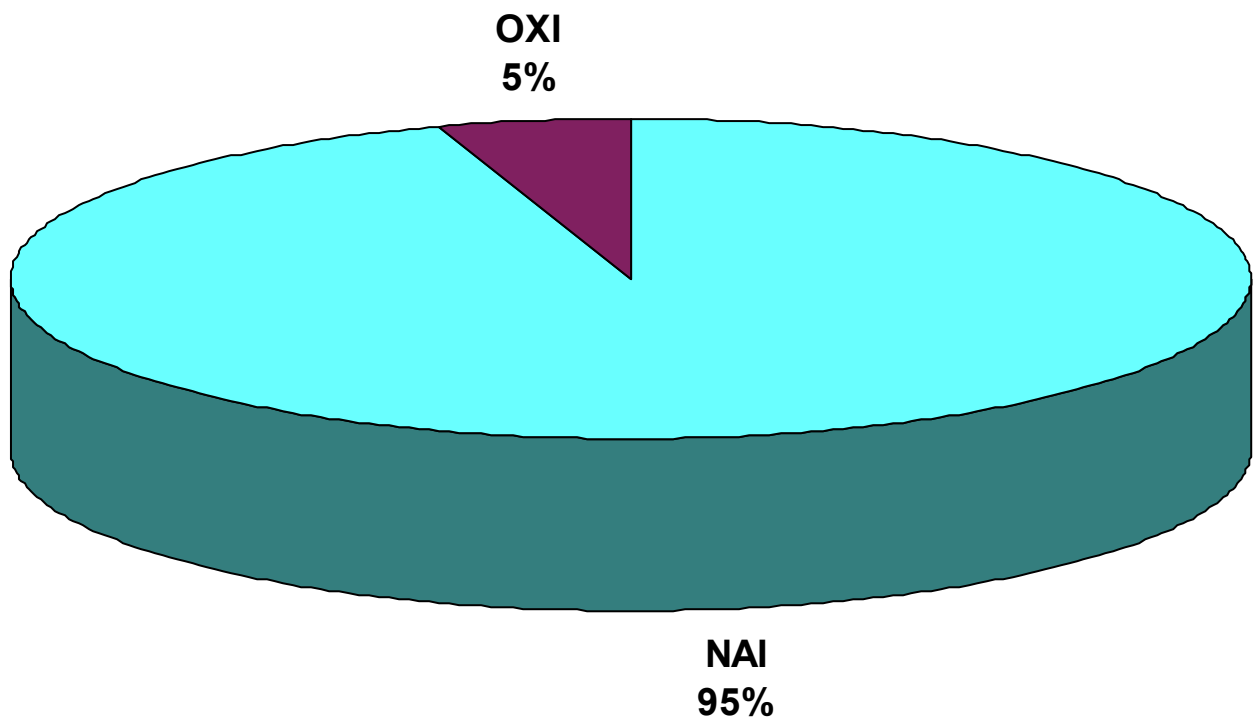
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΓΑΝΤΙΩΝ



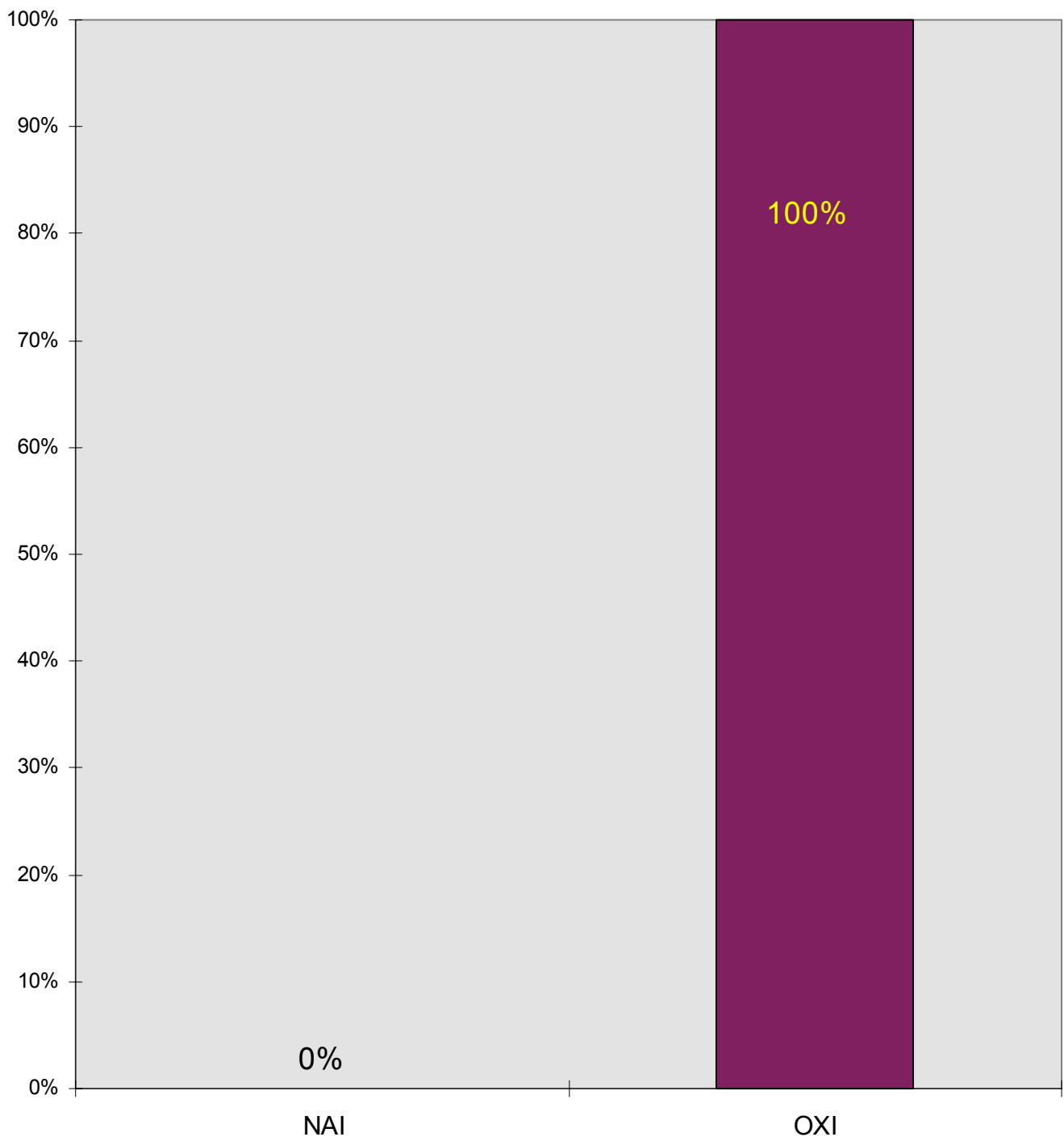
ΔΕΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΓΑΝΤΙΑ



ΠΕΤΑΩ ΤΙΣ ΒΕΛΟΝΕΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ ΔΟΧΕΙΟ

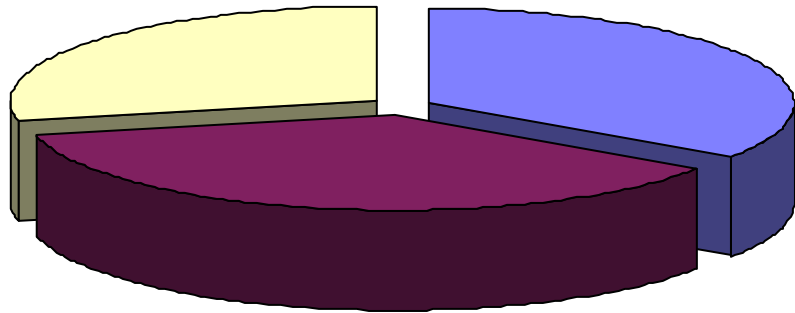


ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΙΔΙΚΟ ΔΟΧΕΙΟ



ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΕΛΕΓΧΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΜΕΧΡΙ ΤΩΡΑ;

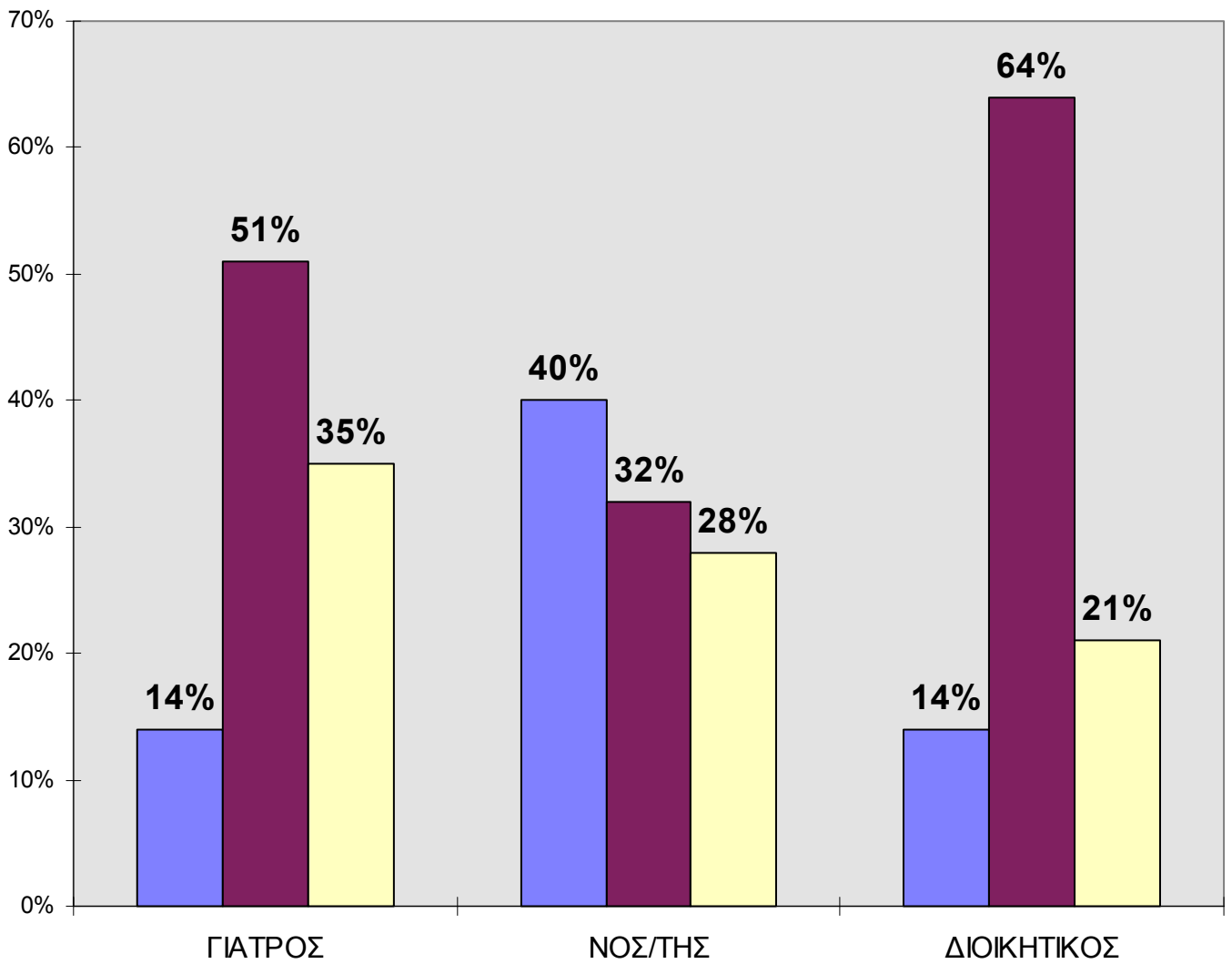
**ΝΑΙ ΠΡΙΝ ΤΑ
ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 5
ΧΡΟΝΙΑ
28%**



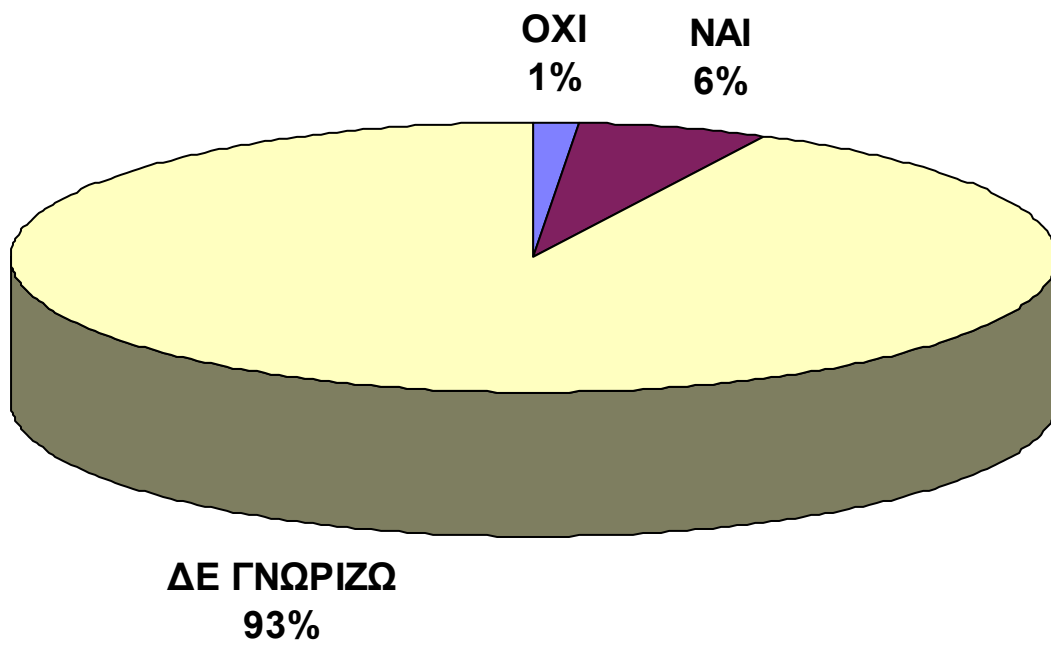
**ΟΧΙ
34%**

**ΝΑΙ ΣΤΑ
ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 5
ΧΡΟΝΙΑ
38%**

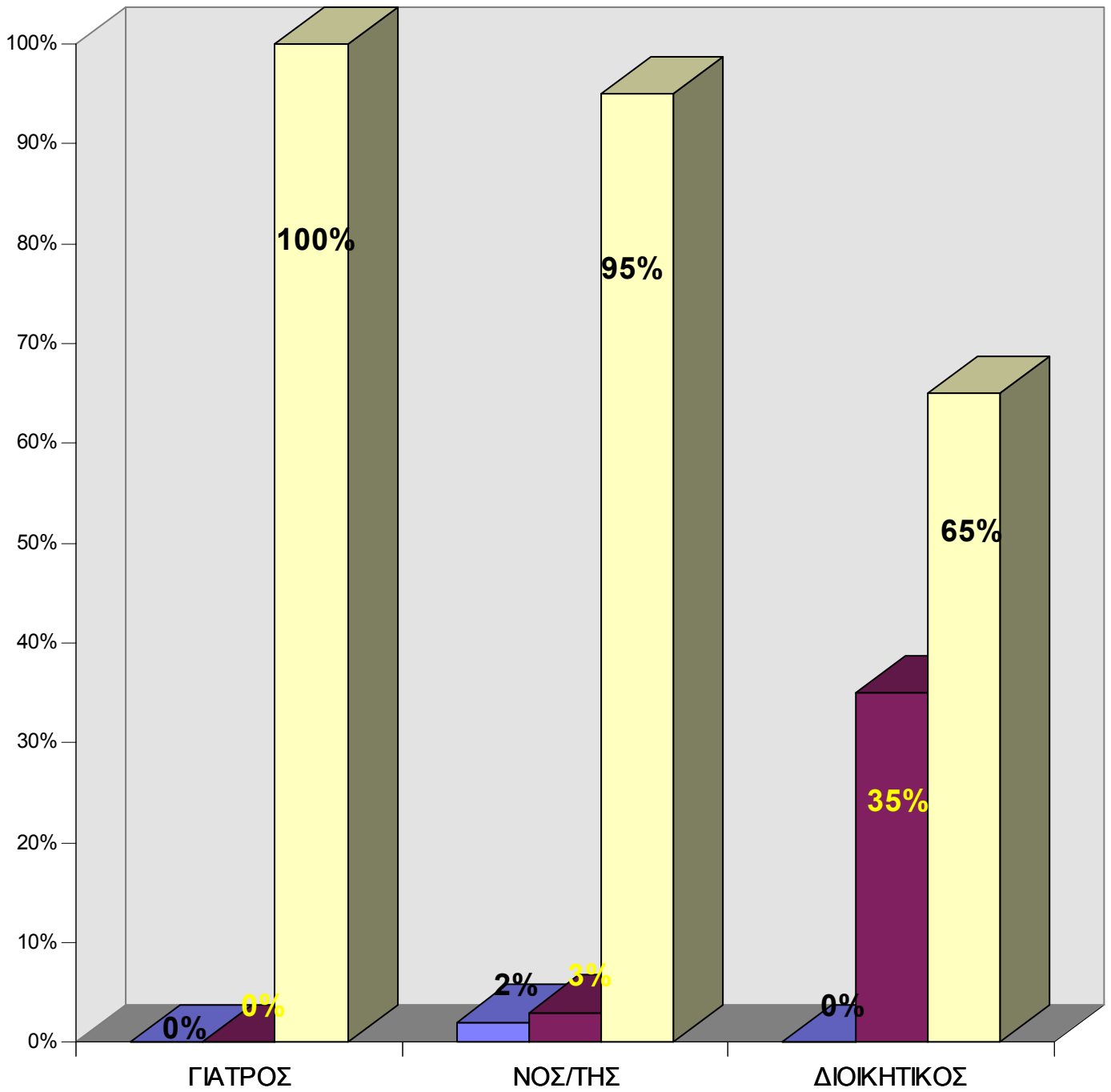
ΕΛΕΓΧΟΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ



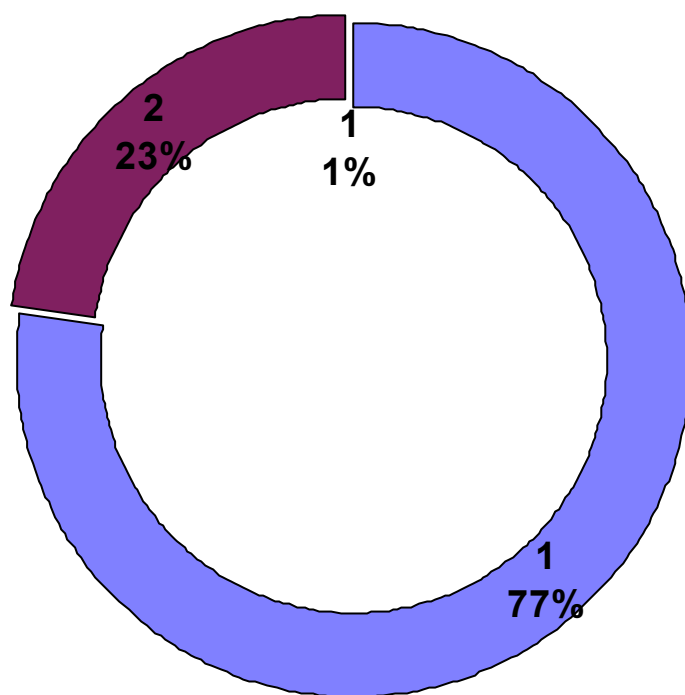
ΕΑΝ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ;



ΑΠΟΨΗ ΑΝΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ



ΣΑΣ ΣΥΝΕΣΤΗΣΑΝ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΟ;



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

*Στο γράφημα 1 παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία των γιατρών είναι 46,1 έτη με μικρότερη ηλικία 32 έτη και μεγαλύτερη 60 έτη. Αντίστοιχα η μέση ηλικία των νοσηλευτών είναι 37,5 έτη με μικρότερη ηλικία 22 έτη και μεγαλύτερη ηλικία 60 έτη. Τέλος, η μέση ηλικία των διοικητικών υπαλλήλων είναι 36 έτη με μικρότερη ηλικία 27 έτη και μεγαλύτερη ηλικία 60 έτη.

*Όπως φαίνεται από το γράφημα 2 το 35% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες και το 65% αφορούσε γυναίκες ανεξάρτητα από το αντικείμενο εργασίας τους μέσα στο νοσοκομείο.

*Στο γράφημα 3 παρατηρούμε ότι οι γιατροί αποτελούν το 32% του συνόλου των ερωτηθέντων. Το 15% αφορά Εργαστηριακούς Ιατρούς, το 11% Χειρουργούς, ενώ το 6% Παθολόγους.

*Στο γράφημα 5 συμπεραίνουμε ότι ο μέσος όρος χρόνων υπηρεσίας στο νοσοκομείο των ατόμων που ερωτήθηκαν είναι 12 έτη με μικρότερο χρόνο υπηρεσίας το 1 έτος και μεγαλύτερο χρόνο υπηρεσίας τα 33 έτη. Συγκεκριμένα, ανάλογα με το αντικείμενο εργασίας μέσα στο νοσοκομείο, ο χρόνος υπηρεσίας των γιατρών είναι 13,6 έτη, των νοσηλευτών 12,1 έτη και των διοικητικών υπαλλήλων 6 έτη.

*Σύμφωνα με το γράφημα 6 στην ερώτηση «Ποιο είναι το αίτιο της Ηπατίτιδας Β», το 2% των ερωτηθέντων απήντησε ότι οφείλεται σε μικρόβιο ενώ το 97,7% των ερωτηθέντων απήντησε ότι οφείλεται σε ιό. Έτσι καταδεικνύεται ότι το συντριπτικό ποσοστό των ατόμων που ερωτήθηκαν είναι επαρκώς ενημερωμένο σχετικά με την αιτιολογία της Ηπατίτιδας Β.

*Στο γράφημα 7 σχετικά με την ερώτηση «Ποιος είναι ο τρόπος μεταδόσεως της Ηπατίτιδας Β», το 48% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι μεταδίδεται δια του αίματος. Ανάλογο ποσοστό από τα άτομα που ερωτήθηκαν πιστεύει ότι ο ιός της Ηπατίτιδας Β μεταδίδεται από την χρησιμοποίηση συρίγγων. Μόλις το 3% πιστεύει ότι μεταδίδεται μέσω εκκρίσεων, ενώ το 1% αγνοεί τον τρόπο μεταδόσεως της Ηπατίτιδας Β.

*Εν συνεχεία, στο γράφημα 8 το οποίο αφορά τους κινδύνους που προκύπτουν σε άτομα που έχουν προσβληθεί από τον ιό της Ηπατίτιδας Β, το 83% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ο σημαντικότερος κίνδυνος είναι κίρρωση. Το 12% θεωρεί ως κίνδυνο τον θάνατο, το 3% πιστεύει ότι ο ιός παραμένει στο συκώτι για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τέλος, το 1% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι προκαλείται καρκίνος και ένα ανάλογο ποσοστό δεν γνώριζε.

*Σύμφωνα με το γράφημα 9 στην ερώτηση «Είχατε μέχρι τώρα επίσημη εκπαίδευση για την αποφυγή τρυπημάτων από βελόνες και γενικά αποφυγή μόλυνσης», το 68% του συνολικού ποσοστού των ερωτηθέντων

είχε περιστασιακές συμβουλές από συναδέλφους, το 23% δεν είχε καθόλου εκπαίδευση ενώ μόλις το 9% είχε επίσημη εκπαίδευση.

Πιο συγκεκριμένα, στο γράφημα 9^A ανάλογα με την ειδικότητα των ερωτηθέντων παρατηρούμε ότι το 89% των γιατρών είχε περιστασιακές συμβουλές από συναδέλφους. Το αντίστοιχο ποσοστό των νοσηλευτών ανέρχεται στο 66%, ενώ των διοικητικών υπαλλήλων στο 39%.

Το 2% των γιατρών δεν είχε καθόλου εκπαίδευση. Αντίστοιχα το 25% των νοσηλευτών και το 50% των διοικητικών υπαλλήλων δεν είχαν εκπαιδευτεί καθόλου σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα.

Τέλος, το 9% των γιατρών και των νοσηλευτών είχε επίσημη εκπαίδευση, ενώ το ποσοστό των διοικητικών υπαλλήλων ανέρχεται στο 11%.

*Στην ερώτηση «Τι μέτρα λαμβάνετε για την πρόληψη τρυπημάτων και γενικά αποφυγή μόλυνσης» έχουμε τα εξής αποτελέσματα:

Το 96% των ατόμων που απήντησαν χρησιμοποιεί πάντα γάντια, ενώ το 4% όχι.

Το 96% χρησιμοποιεί μερικές φορές γάντια, ενώ το 4% όχι.

Το 99% απήντησε ότι δεν χρησιμοποιεί γάντια με τους ασθενείς, ενώ το 1% απήντησε αρνητικά.

Το 95% απήντησε ότι πετάει τις βελόνες σε ειδικό δοχείο, ενώ το 5% όχι. Τέλος, όλοι οι ερωτηθέντες γνωρίζουν την ύπαρξη ειδικού δοχείου για τις χρησιμοποιημένες βελόνες.

*Σύμφωνα με το γράφημα 11 στην ερώτηση «Έχετε κάνει έλεγχο Ηπατίτιδας Β μέχρι τώρα», το 38% των ερωτηθέντων απήντησαν ότι έχουν κάνει έλεγχο μέσα στα τελευταία 5 χρόνια. Το 34% δεν έχει κάνει έλεγχο μέχρι τώρα, ενώ το 28% έχει κάνει έλεγχο πριν τα τελευταία 5 χρόνια.

Συγκεκριμένα, στο γράφημα 11^A ανάλογα με την ειδικότητα των ερωτηθέντων παρατηρούμε ότι το 51% των γιατρών έχει κάνει έλεγχο τα τελευταία 5 χρόνια. Αντίστοιχα, το 32% των νοσηλευτών και το 64% των διοικητικών υπαλλήλων.

Το 14% των γιατρών καθώς και των διοικητικών υπαλλήλων, όσο και το 40% των νοσηλευτών δεν έχουν κάνει καθόλου έλεγχο.

Το 35% των γιατρών έχουν κάνει έλεγχο πριν την τελευταία πενταετία. Το αντίστοιχο ποσοστό των νοσηλευτών είναι 28% και των διοικητικών υπαλλήλων 21%.

*Σύμφωνα με το γράφημα 12 το 93% των ερωτηθέντων δεν γνωρίζει τα αποτελέσματα των εξετάσεων για τον ιό της Ηπατίτιδας, ενώ μόλις το 6% έχει γνώση των αποτελεσμάτων.

Συγκεκριμένα, στο γράφημα 12^A παρατηρούμε ότι το 100% των γιατρών, το 95% των νοσηλευτών και το 65% των διοικητικών υπαλλήλων δεν γνωρίζει τα αποτελέσματα.

Το 3% των νοσηλευτών και το 35% των διοικητικών υπαλλήλων γνωρίζει τα αποτελέσματα των εξετάσεων.

Τέλος,μόλις το 2% των νοσηλευτών δεν γνωρίζει τα αποτελέσματα λόγω μη κατανόησης τους.

*Τέλος,στο γράφημα 13 το 77% των ερωτηθέντων απήντησαν ότι τους συνέστησαν να κάνουν εμβόλιο πριν την τελευταία πενταετία,ενώ το 23% δέχθηκε υπόδειξη να εμβολιαστεί μέσα στην τελευταία πενταετία.

Γ ΜΕΡΟΣ

- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- ✘ Προσοχή σε κάθε πύλη εισόδου, γαστρεντερική ή παρεντερική, για αποφυγή εξάπλωσης της νόσου.
- ✘ Πλύση χεριών, απομόνωση λευχημάτων, ξεχωριστή τουαλέτα, ξεχωριστά ή μίας χρήσης σκεύη φαγητού και χρησιμοποίηση συριγγών μιας χρήσης είναι μερικά από τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται.
- ✘ Συμμετοχή της οικογένειας σε όλες τις συζητήσεις όσο είναι δυνατόν.
- ✘ Έγκαιρη θεραπεία με καθημερινές υποδόριες ενέσεις 5000 units άλφα-ιντερφερόνης για 4 μήνες επιφέρει ύφεση της Ηπατίτιδας Β σε πάνω από το 1/3 των αρρώστων και εξαλείφει το αντιγόνο επιφάνειας Ηπατίτιδας Β, (δείχνει κατάσταση φορέα) στο 10% των αρρώστων. Αν κι αυτά τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά πρέπει να σημειωθεί ότι η ιντερφερόνη είναι αποτελεσματική σε ένα μεγάλο αριθμό αρρώστων. Πρέπει να χορηγείται με καθημερινή ένεση και προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες. Εξάλλου είναι απαραίτητη η μακροχρόνια παρακολούθηση των αρρώστων για να διαπιστωθεί αν αυτή η θεραπεία μειώνει τελικά την επίπτωση ηπατοκυτταρικού καρκινώματος σε αρρώστους με Ηπατίτιδα Β.
- ✘ Επαρκώς ανάπαυση και αποφυγή κάθε είδους στρες.
- ✘ Επαρκώς θρέψη για επούλωση και αναγέννηση του ήπατος. Δίαιτα συνήθως υπερθερμική (3000 θερμίδες). Γεύματα μικρά και συχνά. Αποφεύγεται η λήψη αλκοόλ τουλάχιστον για 6 μήνες από την εκδήλωση της Ηπατίτιδας Β.
- ✘ Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει την χρήση κορτικοστεροειδών για μείωση των φλεγμονόδων διεργασιών σε βαριές περιπτώσεις. Κατευναστικά και αναλγητικά χρησιμοποιούνται με πολύ προσοχή.
- ✘ Η μετέπειτα φροντίδα επικεντρώνεται στη σταθερή ανάρρωση του αρρώστου. Αν υπάρχει κάποια ένδειξη υποτροπής λαμβάνονται αμέσως μέτρα.
- ✘ Αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών γιατί δεν μπορεί να μεταβολίσει το ήπαρ.



•ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

- ✦ Εξέταση δοντιών, αίματος για αποκλεισμό φορέων, χρήση γαντιών στις ενδοφλέβιες εγχύσεις ή στο χειρισμό αντικειμένων μολυσμένων με αίμα αρρώστων με Ηπατίτιδα Β.
- ✦ Προτείνεται εμβόλιο Ηπατίτιδας Β για άτομα υψηλού κινδύνου για Ηπατίτιδα Β.
- ✦ Ανοσοσφαιρίνη Ηπατίτιδας Β πρέπει να χορηγείται μέσα σε 72 ώρες από την άμεση έκθεση σε ιό Ηπατίτιδας Β.
- ✦ Μετάγγιση αίματος μόνο όταν δικαιολογείται.
- ✦ Χρήση υποκατάστατων αίματος όταν είναι δυνατόν.
- ✦ Χρήση βελόνων και συριγγών μιας χρήσης-προσεκτική απόρριψής τους.
- ✦ Διδασκαλία των αρρώστων και του προσωπικού.



Δ)ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) <<ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Β>>
Τ.ΚΟΥΡΕΑ – ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ , ΑΘΗΝΑ ,
26_ο ΕΤΗΣΙΟ Π.Ι.Σ.2000
- 2) <<ΑΡΧΕΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ>>
ΜΑΙΡΗ ΣΤΑΥΡΙΔΟΥ
- 3) <<ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ>>
ΜΑΙΡΗ ΣΤΑΥΡΙΔΟΥ
- 4) <<ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ &
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ>>
BARBARA ENGRAM
- 5) <<ΥΓΙΕΙΝΗ – ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ>>
Π.Χ. ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΣ , Ν.Γ. ΚΑΡΑΓΚΑΣΙΔΗΣ
- 6) <<ΙΑΤΡΙΚΗ ΙΟΛΟΓΙΑ>>
ΑΘΑΝ. ΤΣΟΤΣΟΣ
- 7) <<Α CECIL ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ>>
ANDREOLI , BENNETT ,CARPENTER SMITH
- 8) <<ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ>>
ΓΙΑΓΚΟΣ ΚΑΡΑΒΗΣ
- 9) <<ΙΟΓΕΝΕΙΣΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ.ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ>>
Γ.ΚΑΡΒΟΥΝΤΖΗΣ – ΑΘΗΝΑ , 20_ο ΕΤΗΣΙΟ Π.Ι.Σ. 1994

