

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ:
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**



ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κ^α ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:ΚΑΒΡΟΧΑΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
ΜΑΚΑΡΑΤΖΗΣ ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ-ΑΝΑΡΓΥΡΟΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Εισαγωγή.....	12
1.2 Ιστορία εμβολίων.....	13
1.3 Ηθικές και νομικές διαστάσεις-νομοθεσία.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 Τι είναι ο εμβολιασμός.....	17
2.2 Τι κάνουν τα εμβόλια.....	17
2.3 Τρόποι ανοσοποίησης.....	17
2.4 Είδη εμβολίων.....	17
2.5 Προσθετικά εμβολίων.....	18
2.6 Συντήρηση εμβολίων.....	19
2.7 Θέση εμβολιασμών και οδός χορήγησης.....	19
2.8 Ηλικία έναρξης εμβολιασμών.....	20
2.9 Χορήγηση εμβολίων.....	21
2.10 Παρενέργειες των εμβολίων.....	21
2.11 Γενικές αντενδείξεις εμβολίων.....	22
2.12 Γενικές ενδείξεις εμβολίων.....	23
2.13 Ποιά είναι τα πλεονεκτήματα των εμβολίων.....	24
2.14 Αποτελεσματικότητα των εμβολίων.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Τεκμηρίωση του εμβολιασμού.....	26
3.2 Αποθήκευση, μεταφορά και διαχείριση των εμβολίων.....	26
3.3 Ασφάλεια των εμβολίων.....	27
3.4 Μείωση της νοσηρότητας και της αναπηρίας.....	27
3.5 Προστασία της κοινωνικής υγείας.....	28
3.6 Βασικοί κανόνες εμβολιασμών.....	28
3.7 Χαμένες ευκαιρίες για εμβολιασμό.....	29
3.8 Δυνατότητα δωρεάν χορήγησης εμβολίων.....	29
3.9 Συστάσεις για την αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού.....	29
3.10 Εμβόλια που διατίθενται σήμερα.....	30
3.11 Που γίνονται σήμερα τα εμβόλια.....	31
3.12 Διεθνείς συμβολισμοί εμβολίων.....	31
3.13 Αλήθειες και μύθοι για τους εμβολιασμούς.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 ΙΛΑΡΑ	
4.1.1 Τι είναι.....	34
4.1.2 Πότε μεταδίδεται.....	34

4.1.3	Πώς μεταδίδεται.....	34
4.1.4	Χρόνος επώασης.....	34
4.1.5	Κλινική εικόνα.....	34
4.1.6	Επιπλοκές.....	35
4.1.7	Θεραπεία.....	36
4.1.8	Πρόγνωση.....	36
4.1.9	Πρόληψη.....	36
4.1.10	Εμβόλιο.....	37
4.1.11	Προφυλάξεις και αντενδείξεις.....	37
4.2 ΕΡΥΘΡΑ-Εισαγωγή		
4.2.1.	Τι είναι.....	39
4.2.2.	Πως μεταδίδεται.....	39
4.2.3.	Χρόνος επώασης.....	39
4.2.4.	Κλινική εικόνα.....	39
4.2.5.	Επιπλοκές.....	40
4.2.6.	Θεραπεία.....	40
4.2.7.	Πρόγνωση.....	40
4.3 ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ		
4.3.1	Τι είναι.....	41
4.3.2	Πότε μεταδίδεται.....	41
4.3.3	Πως μεταδίδεται.....	41
4.3.4	Χρόνος επώασης.....	41
4.3.5	Κλινική εικόνα.....	41
4.3.6	Άλλες εκδηλώσεις της νόσου.....	41
4.3.7	Τι εξετάσεις χρειάζονται.....	42
4.3.8	Θεραπεία.....	42
4.3.9	Πρόγνωση.....	42
4.3.10	Πρόληψη.....	42
4.4 ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ		
4.4.1	Τι είναι.....	43
4.4.2	Πότε μεταδίδεται.....	43
4.4.3	Πως μεταδίδεται.....	43
4.4.4	Χρόνος επώασης.....	43
4.4.5	Κλινική εικόνα.....	43
4.4.6	Επιπλοκές.....	44
4.4.7	Τι εξετάσεις χρειάζονται.....	44
4.4.8	Θεραπεία.....	44
4.4.9	Πρόγνωση.....	45
4.4.10	Πρόληψη.....	45
4.4.11	Λόγοι αναβολής ή αποφυγής του εμβολίου.....	46
4.5 ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ 3 ΠΡΩΤΑ		
4.5.1	Εισαγωγή.....	46
4.5.2	Χρόνος εμβολιασμού.....	46
4.5.3	Προειδοποιήσεις σχετικά με τον εμβολιασμό.....	47
4.5.4	Κίνδυνοι.....	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑ

5.1.1	Τι είναι.....	49
5.1.2	Πως μεταδίδεται.....	49
5.1.3	Χρόνος επώασης.....	49
5.1.4	Επιπλοκές.....	49
5.1.5	Θεραπεία.....	49
5.1.6	Διάγνωση.....	49
5.1.7	Ευπαθείς ομάδες.....	49

5.2 ΤΕΤΑΝΟΣ

5.2.1	Τι είναι.....	50
5.2.2	Πως μεταδίδεται.....	50
5.2.3	Χρόνος επώασης.....	50
5.2.4	Θεραπεία.....	50
5.2.5	Διάγνωση.....	50
5.2.6	Τι προκαλεί.....	50

5.3 ΚΟΚΚΥΤΗΣ

5.3.1	Τι είναι.....	51
5.3.2	Πως μεταδίδεται.....	51
5.3.3	Για πόσο καιρό μεταδίδεται.....	51
5.3.4	Χρόνος επώασης.....	51
5.3.5	Κλινική εικόνα.....	51
5.3.6	Επιπλοκές.....	52
5.3.7	Εξετάσεις.....	53
5.3.8	Θεραπεία.....	53
5.3.9	Πρόγνωση.....	54
5.3.10	Πρόληψη.....	54
5.3.11	Διάγνωση.....	54

5.4 ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ

5.4.1	Εμβολιασμός.....	54
5.4.2	Κίνδυνοι.....	55
5.4.3	Χρόνος εμβολιασμού.....	56
5.4.4	Λόγοι αναβολής ή αποφυγής του εμβολίου.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ-Εισαγωγή.....58

6.2 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

6.2.1	Τι είναι.....	58
6.2.2	Πότε μεταδίδεται.....	58
6.2.3	Πως μεταδίδεται.....	58
6.2.4	Χρόνος επώασης.....	59
6.2.5	Κλινική εικόνα.....	59
6.2.6	Εξετάσεις.....	60
6.2.7	Θεραπεία.....	60
6.2.8	Πρόγνωση.....	60
6.2.9	Πρόληψη.....	60

6.2.10	Εμβολιασμός.....	61
6.2.11	Χρόνος εμβολιασμού.....	61
6.2.12	Ποιοί πρέπει να εμβολιαστούν.....	62
6.2.13	Ποιοί δεν πρέπει να εμβολιαστούν.....	62
6.2.14	Γενικά μέτρα πρόληψης.....	62

6.3 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

6.3.1	Τι είναι.....	63
6.3.2	Πως μεταδίδεται.....	64
6.3.3	Χρόνος επώασης.....	64
6.3.4	Κλινική εικόνα.....	64
6.3.5	Εξετάσεις.....	65
6.3.6	Θεραπεία-Πρόγνωση.....	65
6.3.7	Πρόληψη.....	66
6.3.8	Ενδείξεις.....	67
6.3.9	Αντενδείξεις.....	67
6.3.10	Ανεπιθύμητες ενέργειες.....	68
6.3.11	Εμβολιασμός.....	68
6.3.12	Χρόνος εμβολιασμού.....	68
6.3.13	Μέτρα πρωτοβάθμιας προφύλαξης.....	69

6.4 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

6.4.1	Τι είναι.....	70
6.4.2	Πως μεταδίδεται.....	70
6.4.3	Χρόνος επώασης και περίοδος μεταδοτικότητας.....	70
6.4.4	Κλινική εικόνα.....	70
6.4.5	Πρόληψη και η συμβολή της εκπαίδευσης σ' αυτήν.....	71
6.4.6	Θεραπεία και θεραπευτικοί στόχοι.....	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

7.1.1	Τι είναι.....	73
7.1.2	Εμφάνιση της νόσου.....	73
7.1.3	Πως μεταδίδεται.....	73
7.1.4	Χρόνος εκδήλωσης.....	73
7.1.5	Κλινική εικόνα.....	74
7.1.6	Εξετάσεις.....	74
7.1.7	Θεραπεία.....	74
7.1.8	Πρόγνωση.....	75
7.1.9	Πρόληψη.....	75
7.1.10	Είδη εμβολίων.....	76
7.1.11	Ενδείξεις.....	76
7.1.12	Αντενδείξεις.....	77
7.1.13	Ανεπιθύμητες ενέργειες.....	77
7.1.14	Αποτελεσματικότητα.....	77
7.1.15	Χρόνος εμβολιασμού.....	78
7.1.16	Περιοχές υψηλού κινδύνου.....	78
7.1.17	Βασικά μέτρα προφύλαξης.....	78

7.2 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ-Εισαγωγή.....	79
7.2.1 Τι είναι και που οφείλεται.....	79
7.2.2 Πως μεταδίδεται και τι χρόνο επώασης έχει.....	79
7.2.3 Πότε υπάρχει κίνδυνος νόσησης και πότε όχι.....	80
7.2.4 Κλινική εικόνα.....	80
7.2.5 Θεραπεία.....	80
7.2.6 Εμβόλιο.....	80
7.2.7 Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	80
7.2.8 Μέτρα προφύλαξης.....	80
7.2.9 Πρόληψη.....	81
7.2.10 ΤΒ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΜΑΝΤΟΥΧ.....	81
7.3 AIDS (ή HIV)	
7.3.1 Τι είναι.....	83
7.3.2 Πως μεταδίδεται.....	83
7.3.3 Κλινική εικόνα.....	84
7.3.4 Εξετάσεις.....	84
7.3.5 Άτομα υψηλού κινδύνου.....	84
7.3.6 Θεραπεία.....	85
7.3.7 Πρόληψη.....	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	
8.1 ΓΡΙΠΗ	
8.1.1 Τι είναι και πώς ορίζεται.....	87
8.1.2 Πότε και πώς εμφανίζεται.....	87
8.1.3 Πόσο σοβαρή είναι.....	87
8.1.4 Πως μεταδίδεται.....	88
8.1.5 Πότε και πώς μπορεί να μεταδοθεί από έναν άνθρωπο.....	88
8.1.6 Μέτρα προφύλαξης.....	88
8.1.7 Αποτελεσματικότητα.....	88
8.1.8 Ποιοί πρέπει να εμβολιάζονται.....	88
8.1.9 Αναγκαιότητα εμβολιασμού εργαζομένων.....	89
8.1.10 Προστασία αντιγριπικού εμβολίου από γρίπη πτηνών.....	89
8.1.11 Προστασία αντιγριπικού εμβολίου από πανδημία γρίπης.....	89
8.1.12 Αντενδείξεις.....	89
8.1.13 Παρενέργειες.....	90
8.1.14 Εμβολιασμός.....	90
8.1.15 Ανασταλτικοί παράγοντες για τον εμβολιασμό.....	90
8.1.16 Οι στρατηγικές αύξησης της εμβολιαστικής κάλυψης.....	91
8.1.17 Υπάρχει θεραπεία.....	92
8.1.18 ΓΡΙΠΗ ΤΩΝ ΧΟΙΡΩΝ.....	92
8.2 ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ	
8.2.1 Τι είναι.....	95
8.2.2 Πως μεταδίδεται.....	95
8.2.3 Χρόνος επώασης.....	95
8.2.4 Αναγκαιότητα εμβολιασμού.....	96
8.2.5 Χρόνος εμβολιασμού.....	96

8.2.6	Τύποι εμβολίων.....	96
8.2.7	Ανεπιθύμητες ενέργειες.....	97
8.2.8	Παρενέργειες.....	97
8.2.9	Αντενδείξεις.....	97
8.2.10	Αποτελεσματικότητα.....	98
8.2.11	Ποιοί πρέπει να εμβολιαστούν.....	98
8.2.12	Ποιοί δεν πρέπει να εμβολιαστούν.....	98
8.3 ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΣ (ή ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ)		
8.3.1	Τι είναι.....	99
8.3.2	Πως μεταδίδεται.....	99
8.3.3	Τι προκαλεί.....	99
8.3.4	Διάγνωση.....	100
8.3.5	Θεραπεία.....	100
8.3.6	Εμβόλιο.....	100
8.3.7	Αποτελεσματικότητα.....	100
8.3.8	Ανεπιθύμητες ενέργειες.....	101
8.3.9	Χρόνος εμβολιασμού.....	101
8.3.10	Ποιοί θα πρέπει να εμβολιαστούν.....	102

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1 ΚΙΤΡΙΝΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ

9.1.1	Τι είναι.....	104
9.1.2	Πως μεταδίδεται.....	104
9.1.3	Χρόνος επώασης.....	104
9.1.4	Κλινική εικόνα.....	104
9.1.5	Εμβολιασμός.....	104
9.1.6	Ενδείξεις.....	105
9.1.7	Αντενδείξεις.....	105
9.1.8	Ανεπιθύμητες ενέργειες.....	106
9.1.9	Αποτελεσματικότητα.....	106
9.1.10	Προληπτικά μέτρα.....	107

9.2 ΤΥΦΟΕΙΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ

9.2.1	Τι είναι και κλινική εικόνα.....	107
9.2.2	Πως μεταδίδεται.....	107
9.2.3	Χρόνος επώασης.....	108
9.2.4	Επιπλοκές.....	108
9.2.5	Διάγνωση.....	108
9.2.6	Εμβολιασμός.....	108
9.2.7	Αντενδείξεις.....	108
9.2.8	Παρενέργειες.....	109
9.2.9	Αποτελεσματικότητα.....	109
9.2.10	Προληπτικά μέτρα.....	109

9.3 ΛΥΣΣΑ

9.3.1	Τι είναι.....	110
9.3.2	Πως μεταδίδεται.....	110
9.3.3	Χρόνος επώασης.....	110

9.3.4	Κλινική εικόνα.....	110
9.3.5	Διάγνωση.....	111
9.3.6	Θεραπεία-Εμβολιασμός-Παρενέργειες.....	111
9.3.7	Άτομα υψηλού κινδύνου.....	111
9.3.8	Προληπτικά μέτρα.....	112
9.4 ΧΟΛΕΡΑ		
9.4.1	Τι είναι.....	112
9.4.2	Πως μεταδίδεται.....	112
9.4.3	Χρόνος επώασης.....	113
9.4.4	Επιπλοκές.....	113
9.4.5	Διάγνωση.....	113
9.4.6	Θεραπεία.....	113
9.4.7	Εμβολιασμός.....	113
9.4.8	Περιοχές υψηλού κινδύνου.....	114
9.4.9	Ποιοί πρέπει να εμβολιαστούν.....	114
9.4.10	Ποιοί δεν πρέπει να εμβολιαστούν.....	114
9.4.11	Κίνδυνοι και ανεπιθύμητες ενέργειες.....	115
9.4.12	Βασικά μέτρα προστασίας.....	115
9.5 ΠΑΝΩΛΗ		
9.5.1	Τι είναι.....	115
9.5.2	Πως μεταδίδεται.....	115
9.5.3	Χρόνος επώασης.....	116
9.5.4	Επιπλοκές.....	116
9.5.5	Άτομα υψηλού κινδύνου.....	116
9.5.6	Διάγνωση.....	116
9.5.7	Θεραπεία-Εμβόλιο-Παρενέργειες.....	116
9.5.8	Μέτρα πρόληψης και ελέγχου.....	117
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....		118
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....		119
A) Σκοπός.....		120
B) Υλικό-Μέθοδος.....		120
Γ) Αποτελέσματα.....		121
✚ 1.ΠΕΠΑΓΝΗ.....		122
✚ 2.BENIZELΕΙΟ.....		160
✚ 3.ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ.....		198
Δ) Συμπεράσματα- Συζήτηση-Προτάσεις.....		237
E) Επίλογος.....		239
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....		241
Πίνακας βασικών εμβολίων.....		242
Φωτογραφίες βασικών νοσημάτων.....		244
Βιβλιογραφία.....		255
Ερωματολόγιο σχετικά με τα εμβόλια.....		260

ΓΕΝΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, πραγματεύεται τις αλήθειες και τους μύθους για τα εμβόλια ενώ συνάμα παρέχει πληροφορίες για εργαζομένους στα νοσοκομεία και ειδικότερα το νοσηλευτικό προσωπικό.

Καλούμαστε επίσης να διερευνήσουμε εάν το νοσηλευτικό προσωπικό γνωρίζει τι εμβόλια πρέπει να κάνει, κατά πόσον είναι εμβολιασμένο, ποιά από αυτά έχει κάνει και ποιός έχει μεριμνήσει για τον εμβολιασμό του.

Θεωρητικά θα αναλυθούν όλες οι καταγεγραμμένες γνώσεις για καθένα εμβόλιο. Όσον αφορά τη χώρα μας, παρόλο που το θέμα είναι διαχρονικό και μας απασχολεί όλους η Ελληνική βιβλιογραφία ήταν περιορισμένη σε σχέση με την ξένη που έχει ασχοληθεί εκτενώς με το συγκεκριμένο θέμα.

Η εργασία περιλαμβάνει δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Στο γενικό μέρος περιλαμβάνονται θεματικές ενότητες που αναλύουν την ιστορία των εμβολίων, τις γενικές και ειδικές γνώσεις όσον αφορά αυτό το θέμα, τον εμβολιασμό για βασικά νοσήματα αλλά και κάποιους ειδικούς εμβολιασμούς.

Στο πρακτικό μέρος θα γίνει η παρουσίαση των στατιστικών στοιχείων που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε σε εργαζόμενους (νοσηλευτικό προσωπικό) των δύο νοσοκομείων του νομού Ηρακλείου Κρήτης τα οποία είναι το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και το Βενιζέλειο Πανάνειο. Τα αποτελέσματά του εκθέτονται αναλυτικά σε πίνακες και γραφήματα. Από τη μελέτη αυτών καταλήγουμε σε κάποια συμπεράσματα σχετικά με την ενημέρωση των εργαζομένων στα νοσοκομεία και ειδικότερα του νοσηλευτικού προσωπικού που έχουν με το θέμα των εμβολίων.

Μέσα στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συντέλεσαν για την ολοκλήρωσή της.

Ευχαριστούμε θερμά την καθηγήτριά μας και εισηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας Κα Χαραλαμπίκη Ελένη για την καθοδήγηση που μας έδωσε για τη διεκπεραίωση της εργασίας.

Θα θέλαμε ακόμη να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τις οικογένειες και τους φίλους μας για την αμέριστη συμπαράσταση, υπομονή και υποστήριξή τους και τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο δέχτηκε να συνεργαστεί μαζί μας στη διεξαγωγή της έρευνάς μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ



1.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια με την οργάνωση της σύγχρονης κοινωνίας (μεγαλουπόλεις, βιομηχανική παραγωγή τροφίμων, ταξίδια-τουρισμός, μεταναστευτική έκρηξη) αυξήθηκε ο κίνδυνος για την εκδήλωση μεγάλων επιδημιών. Παρά τις εκπληκτικές προόδους που σημειώθηκαν στη δημόσια υγεία και την υγειονομική περίθαλψη, στις αρχές της νέας χιλιετηρίδας ο έλεγχος των λοιμωδών νοσημάτων συνεχίζει να αποτελεί μείζον πρόβλημα των φορέων υγειονομικής περίθαλψης. Η ανάδυση νέων παθογόνων, η επανεμφάνιση παλαιών παθογόνων και η εμφάνιση ανθεκτικών μικροβιακών στελεχών, δημιουργούν φοβερές προκλήσεις παγκοσμίως για τους εργαζόμενους στον τομέα του ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων.

Παλαιά και ξεχασμένα νοσήματα, όπως η διφθερίτιδα και ο τέτανος επανεμφανίστηκαν τα τελευταία είκοσι χρόνια , καθώς και άλλα καινούρια όπως το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοεπάρκειας (AIDS) κ.ά. Ως απόρροια όλων αυτών προκύπτει η ανάγκη να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού και να οργανωθούν περισσότερο οι υπηρεσίες υγείας τόσο σε τοπικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

Η ιατρική στην ιστορία της, έχει πραγματοποιήσει πολλές και σημαντικές ανακαλύψεις. Μία από τις αναμφισβήτητα σημαντικότερες και μεγαλύτερες θεωρούνται τα εμβόλια.

Σε χώρες όπου εφαρμόστηκαν μαζικοί εμβολιασμοί αποτελεσματικά, όπως και στην Ελλάδα, η εμφάνιση και η μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων μειώθηκε σε μεγάλο βαθμό. Αυτό είχε και ένα μειονέκτημα: οδήγησε τις υπηρεσίες υγείας σε κάποιο εφησυχασμό, τουλάχιστον στην Ελλάδα. Παράλληλα το αυξημένο ρεύμα μεταναστών στη χώρα μας, τροποποίησε την εικόνα των νοσημάτων αυτών, διότι ο μαζικός εμβολιασμός των μεταναστών είναι πολύ δύσκολος, όπως και πληθυσμών που μετακινούνται στο εσωτερικό της χώρας μας (αθίγγανοι).

Ο εμβολιασμός είναι ένα απλό και αποτελεσματικό από άποψη κόστους μέτρο προληπτικής υγιεινής, που αποδείχτηκε ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία του 20ού αιώνα για την πρόληψη της νόσου και της θνητότητας. Πράγματι, ο ευρέως διαδεδομένος εμβολιασμός παρείχε προστασία σε μεγάλες ομάδες ανθρώπων έναντι πολλών νοσημάτων, ενώ ο 21^{ος} αιώνας αναμένεται να επιφέρει αλματώδεις προόδους στον έλεγχο αυτών. Παρ' όλα αυτά όμως τα προβλήματα παραμένουν. Η αύξηση του πληθυσμού υπερβαίνει τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών εξυγίανσης σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, θέτοντας τες σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης νοσημάτων.

Καθώς το ποσοστό των ανθρώπων που ζουν κάτω από το όριο της ένδειας αυξάνεται, οι ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη φαίνεται να αυξάνονται αναλογικά. Αυτή, μάλιστα, η έλλειψη πρόσβασης ευθύνεται εν μέρει για τις αυξήσεις που παρατηρούνται στα ποσοστά των μεταδοτικών νόσων που μπορούν να αποτραπούν. Επιπλέον οι κλιματολογικές μεταβολές, το φαινόμενο του θερμοκηπίου, η οικολογική αστάθεια, η βιομηχανική ανάπτυξη, οι φυσικές καταστροφές, οι πόλεμοι, το σύνδρομο των <<ανθυγιεινών κτιρίων>>, οι ανθρώπινες συμπεριφορές και οι πρόοδοι της ιατρικής σε πεδία όπως η μεταμόσχευση οργάνων και η γενετική μηχανική διαδραματίζουν ρόλο στις περιβαλλοντικές και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με τον ξενιστή οργανισμό, δημιουργώντας έτσι νέες ευκαιρίες για αναφαινόμενες εξάρσεις των παθογόνων οργανισμών.

1.2 Ιστορία εμβολίων

Μέχρι τον 19^ο αιώνα μεγάλες επιδημίες ταλαιπωρούσαν τον πλανήτη μας και οι γιατροί δεν μπορούσαν να κάνουν τίποτε για να τις αποτρέψουν, παρά μόνο να προσπαθούν να τις καταπολεμούν όταν ήταν ήδη αργά...30% αυτών που ασθενούσαν από ευλογιά για παράδειγμα πέθαιναν και οι υπόλοιποι ναί μεν επιβίωναν αλλά με ουλές σ' όλο το σώμα.

Αυτό όμως που παρατηρήθηκε σ' αυτές τις επιδημίες ήταν ότι κάποιος που είχε επιζήσει από μια τέτοια ασθένεια δεν μπορούσε να επανανοσήσει με την ίδια, γιατί ο οργανισμός του πια ήταν προετοιμασμένος ν' αμυνθεί.

Με βάση αυτή την παρατήρηση, ο Άγγλος γιατρός Edward Jenner, ο Louis Paster και άλλοι επιστήμονες από το 1796 και μετά ανακάλυψαν μέσω πειραματισμών τα εμβόλια που όπλιζαν τους ανθρώπους ενάντια στις μολυσματικές ασθένειες πριν ακόμη να μολυνθούν μ' αυτές.

Σήμερα πολλά από τα πρώτα εμβόλια που χρησιμοποιήθηκαν για να αποτρέψουν τις μεγάλες επιδημίες δεν χορηγούνται πια, γιατί πολύ απλά δεν υπάρχει ανάγκη. Πώς γίνεται αυτό;

Πολύ απλά: Όταν ο πληθυσμός εμβολιάζεται δεν μπορεί να μολυνθεί. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η ασθένεια να μην μπορεί να εξαπλωθεί αλλά να περιορίζεται σ' αυτούς που δεν πρόλαβαν να εμβολιαστούν. Όταν οι άρρωστοι αναρρώσουν δεν μπορούν να ξαναμολυνθούν με την ίδια, έτσι ώστε τελικά τα βακτήρια ή οι ιοί να μην έχουν που να πάνε και τελικά να εξαφανίζονται!

Ο παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) ανακοίνωσε για παράδειγμα πως από το 1980 δεν ξαναεμφανίστηκε παγκόσμια πούθενά ούτε ένα κρούσμα ευλογιάς οπότε δεν υπάρχει άμεσος κίνδυνος μόλυνσης από κανένα και επομένως το εμβόλιο δεν χρειάζεται.

Άλλες ασθένειες έχουν εξαλειφθεί με την βοήθεια των εμβολίων από συγκεκριμένες χώρες ή και ηπείρους (όπως η πολιομυελίτιδα από την Αμερική και την Ευρώπη) ενώ υπάρχουν ακόμη και σε άλλες (για παράδειγμα στην Αφρική και την Ασία), έτσι ώστε να χρειαζόμαστε το εμβόλιο μόνο όταν ταξιδεύουμε σε χώρα όπου υπάρχει ο κίνδυνος μόλυνσης.

1.3 Ηθικές και νομικές διαστάσεις-νομοθεσία

Ήδη συζητήσαμε για τη βασική πιθανή «διένεξη» μεταξύ συλλογικού συμφέροντος και προσωπικής ελευθερίας. Το ζήτημα είναι «ατομικό» αλλά ασφαλώς εμπεριέχει φιλοσοφικές και ηθικές παραμέτρους που αφορούν συνολικότερα κοινωνικά φαινόμενα και αξίες.

Ως «αρνητές» των εμβολιασμών συνήθως βρίσκουμε μερικές θρησκευτικές ομάδες, τους οπαδούς της Ομοιοπαθητικής και άλλους «σκεπτικιστές» επί της σύγχρονης ιατρικής, ή ομάδες που δεν είναι ακριβώς αρνητές αλλά κυρίως εκ των πραγμάτων περιθωριοποιημένοι με μικρή πρόσβαση στην ενημέρωση και τις υπηρεσίες (π.χ. αθίγγανοι).

1.2 βλ. www.iatrotek.online.gr

1.3 βλ. Ιβάν Ίλλιτς , Ιατρική Νέμεση , Εκδοτική Ομάδα

Ο φιλοσοφικός σκεπτικισμός για το θέμα της αντιμετώπισης των λοιμωδών νοσημάτων συνίσταται συνοπτικά στην άποψη ότι ο περιορισμός τους οφείλεται όχι στις ιατρικές παρεμβάσεις, αλλά κυρίως στη βελτίωση των συνθηκών ζωής ή και από την αλλαγή του χαρακτήρα των νοσημάτων και της σχέσης των μικροβίων με τον οργανισμό μας. Η Ομοιοπαθητική επίσης, αν και θα μπορούσε να υποθέσει κανείς ότι η φιλοσοφία της δεν απέχει από αυτήν του εμβολιασμού, τηρεί μια τακτική άρνησης με μικροπαραλλαγές, ανάλογα με τον θεράποντα. Στο οπλοστάσιο των επιχειρημάτων των αμφισβητιών βρίσκονται συχνά οι ανεπιθύμητες ενέργειες και κίνδυνοι διαφόρων εμβολίων, από τις οποίες άλλες έχουν επιβεβαιωθεί, άλλες χρεώθηκαν σε συγκεκριμένα τεχνικά προβλήματα του παρελθόντος και άλλες θεωρούνται παραπλανητικές διαδόσεις χωρίς επιστημονική απόδειξη (πχ περί αυξημένου κινδύνου αυτισμού μετά από εμβόλιο MMR ή σκλήρυνσης κατά πλάκας μετά από εμβόλιο ηπατίτιδας Β, και τα δύο επίσημα διαψευσμένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας).

Από την άλλη έχουμε τις νομοθετικές κάθε φορά ρυθμίσεις, από την πολιτεία που οφείλει εν πολλοίς παρά τον σεβασμό του ατόμου, να προασπίζεται το συμφέρον του συνόλου των μελών της, ακόμη και περιορίζοντας βραχυπρόθεσμα την παραπάνω ελευθερία (και όχι μόνο με τους εμβολιασμούς, αλλά και με άλλα μέτρα όπως π.χ. η υποχρεωτική ζώνη ασφαλείας ή το κράνος, η απαγόρευση κάποιων εξαρτησιογόνων ουσιών κλπ). Καταλήγουμε σε ένα σύστημα «διαβάθμισης» του σχετικού κινδύνου και οφέλους, τόσο ατομικά όσο και συλλογικά. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτή η σχετικότητα κάνει το νομικό πεδίο να είναι θολό.

Το κυρίαρχο πνεύμα είναι η αναγκαιότητα ενημέρωσης και συγκατάθεσης του ενδιαφερόμενου. Όταν πρόκειται για παιδί, ο συγκατατιθέμενος είναι ο γονέας και δεν δικαιολογείται παραβίαση της επιθυμίας του όταν ο κίνδυνος είναι σχετικά μικρός. Αν όμως είναι μεγάλος, όπως π.χ. σε περίπτωση κινδύνου λύσσας, ο νόμος μπορεί να δικαιολογήσει «βίαιη» παρέμβαση από υγειονομικούς παράγοντες, επεκτείνοντας ερμηνευτικά το νομοθέτημα που αφορά άλλες επείγουσες για τη ζωή καταστάσεις του παιδιού, όπου με διάταγμα εισαγγελικό παραβιάζεται η πιθανή άρνηση των γονέων.

Σήμερα στην Ελλάδα η υποχρεωτικότητα των εμβολιασμών παίρνει την μορφή της υποχρέωσης προσκόμισης «πλήρους» βιβλιαρίου εμβολίων του παιδιού για την εγγραφή του στο Δημοτικό Σχολείο ή σε δημόσιους Παιδικούς σταθμούς. Έτσι, κατά κανόνα διαφεύγουν τα παιδιά μικρότερων ηλικιών και τα παιδιά π.χ. των αθίγγανων που συχνά δεν πηγαίνουν σχολείο. Στην Αμερική, με μικροπαραλλαγές στις διάφορες Πολιτείες, προβλέπεται επίσης μη εγγραφή ή αποβολή των ανεμβολίαστων παιδιών από το σχολείο, με αποδεκτές εξαιρέσεις για ιατρικούς ή θρησκευτικούς ή φιλοσοφικούς λόγους. Τα παιδιά αυτά σε περιπτώσεις επιδημιών απομακρύνονται παροδικά από το σχολείο. Στην Αγγλία από το 1948 δεν υπάρχει υποχρεωτικότητα στους εμβολιασμούς, όμως το ποσοστό των εμβολιασμών παραμένει γενικά υψηλό, με κάποιες διαφοροποιήσεις ανάλογες με την αποδοχή κάθε συγκεκριμένου εμβολίου από την κοινή γνώμη.

Τα κατά καιρούς περιστατικά μαζικών παρενεργειών από εμβολιασμούς έκαναν διάφορα κράτη (με πρώτη την Γερμανία το 1961) να θεσπίσουν συστήματα εθνικής αποζημίωσης για βλάβη ή θάνατο από εμβόλιο, με τη λογική ότι υπάρχει κυβερνητική ευθύνη στις περιπτώσεις που δεν αποδεικνύεται ευθύνη του παρασκευαστή. Το 1986 η Αμερική νομοθέτησε επίσης Εθνικό Πρόγραμμα Αποζημίωσης κα ένα σύστημα υποχρεωτικής αναφοράς των παρενεργειών.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει τέτοιο σύστημα και η στοιχειοθέτηση πιθανής ευθύνης αφορά ατομικές μόνον πιθανές «αγωγές», και αυτή θα στηριχθεί στις διατάξεις του γενικού δικαίου. Αν υπήρξε συγκατάθεση του ενδιαφερομένου και ο γιατρός ενήργησε *lege artis*, δε στοιχειοθετείται ευθύνη. Οι ορισμοί της *lege artis* άσκησης του καθήκοντος του και της αμέλειας είναι σχετικοί και εν πολλοίς γενικόλογoi, βασισμένοι στις έννοιες του «παραδεδεγμένου», «συνετού» και «ευσυνείδητου». Αμέλεια στοιχειοθετεί και η μη ενημέρωση, καθώς και η μη επιμελής καθεαυτή ιατρική πράξη. Αν οι παρενέργειες φανούν ότι οφείλονται στην κατασκευάστρια εταιρεία, οφείλει αυτή να αποζημιώσει τον παθόντα σύμφωνα με τη νομοθεσία περί υποχρεώσεων ασφαλείας του καταναλωτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΓΕΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΕΜΒΟΛΙΩΝ



2.1 Τι είναι ο εμβολιασμός

Εμβολιασμό ονομάζουμε τη διαδικασία, κατά την οποία με την βοήθεια μιας λεπτής βελόνας εισάγεται στον οργανισμό μια ουσία. Η ουσία αυτή ενεργοποιεί την άμυνα του οργανισμού μας έτσι ώστε να μπορούμε να καταπολεμούμε μολυσματικές μεταδοτικές ασθένειες, όπως π.χ. τον τέτανο, την ευλογιά, τη λύσσα, τη χολέρα, τον κίτρινο πυρετό και άλλες πολλές.

2.2 Τι κάνουν τα εμβόλια

Με τα εμβόλια εισάγουμε στον οργανισμό τον ίδιο το μικροοργανισμό (ιό ή μικρόβιο) νεκρό ή εξασθενημένο ή αντιγόνο (<<κομμάτι>>) από το μικροοργανισμό. Με τον τρόπο αυτό διεγείρουμε τον οργανισμό να παράγει δικά του αντισώματα τα οποία κατευθύνονται εναντίον του συγκεκριμένου μικροοργανισμού. Έτσι εάν στο μέλλον προσπαθήσει να εισέλθει στον οργανισμό του ατόμου ο συγκεκριμένος μικροοργανισμός τα αντισώματα που ήδη υπάρχουν θα τον εξουδετερώσουν και το άτομο δεν θα νοσήσει.

2.3 Τρόποι ανοσοποίησης

Δύο είναι οι βασικοί τρόποι ανοσοποίησης:

- Η ενεργητική
- Η παθητική

Στην ενεργητική χορηγούμε σε έναν οργανισμό ζωντανούς εξασθενημένους παράγοντες ή πλήρως εξασθενημένους ιούς με σκοπό να διεγείρουμε το ανοσοποιητικό σύστημα να παράξει αντισώματα που θα προστατεύσουν τον οργανισμό αργότερα. Πιο απλά προσπαθούμε να ξεγελάσουμε το αμυντικό σύστημα του οργανισμού για να παράξει αντισώματα που θα τον προστατεύσουν όταν αντιμετωπίσει πραγματικούς ιούς.

Στην παθητική επιτυγχάνεται με την απευθείας χορήγηση αντισωμάτων (π.χ. με γ-σφαιρίνη) ή διαμέσου του πλακούντα, όπως συμβαίνει στο νεογνό.

2.4 Είδη εμβολίων

Τα εμβόλια παρασκευάζονται με διάφορους τρόπους. Για κάθε είδος ο στόχος είναι ο ίδιος –η ενεργοποίηση της ανοσολογικής απάντησης, χωρίς να προκληθεί η ίδια η νόσος.

2.1 βλ. www.iatrotek.online.gr

2.4 βλ. Scott C Litin M.D, Mayo Clinic: Οικογενειακός Οδηγός Υγείας, Τόμος I, σελ. 6, Εκδόσεις Αξιοτέλη, Αθήνα 2008

Ζωντανοί και εξασθενημένοι ιοί

Κάποια εμβόλια, όπως της ιλαράς, της παρωτίτιδας και της ανεμοβλογιάς (varicella), χρησιμοποιούν ζωντανούς ιούς, οι οποίοι είναι εξασθενημένοι (αδύναμοι).

Νεκροί ή αδρανοποιημένοι ιοί

Άλλα εμβόλια χρησιμοποιούν αδρανοποιημένα (νεκρά) βακτήρια ή ιούς. Το εμβόλιο της πολιομυελίτιδας (IPV) παρασκευάζεται με τον τρόπο αυτό.

Ανατοξίνες

Κάποιοι τύποι βακτηρίων προκαλούν την ασθένεια παράγοντας τοξίνες, οι οποίες εισβάλλουν στην κυκλοφορία του αίματος. Τα εμβόλια ανατοξίνης, όπως αυτό της διφθερίτιδας και του τετάνου, χρησιμοποιούν τοξίνες των βακτηρίων, οι οποίες έχουν καταστεί ακίνδυνες.

Ακυτταρικά και τμηματικά

Τα ακυτταρικά και τμηματικά εμβόλια παρασκευάζονται χρησιμοποιώντας μόνο ένα μέρος του ιού ή βακτηρίου. Τα εμβόλια της ηπατίτιδας και του αιμόφιλου της ινφλουέντσας τύπου β (Haemophilus Influenzae-Hib) παρασκευάζονται με τον τρόπο αυτό.

2.5 Προσθετικά εμβολίων

Παράλληλα με τους νεκρούς ή εξασθενημένους μικροοργανισμούς από τους οποίους αποτελούνται τα εμβόλια μπορεί να προστεθούν σ' αυτά μικρές ποσότητες κάποιων άλλων ουσιών για την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, την πρόληψη της μόλυνσης και τη σταθεροποίηση του εμβολίου κατά της μεταβλητότητας της θερμοκρασίας και άλλων παραγόντων. Τα εμβόλια μπορεί επίσης να περιέχουν μικρές ποσότητες υλικών που χρησιμοποιούνται στη βιομηχανική επεξεργασία, όπως είναι η ζελατίνη.

Ένα προσθετικό που πρόσφατα βρέθηκε στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος είναι ένα συντηρητικό που ονομάζεται θιμεροσάλη, ένα παράγωγο του υδραργύρου. Η θιμεροσάλη χρησιμοποιείται στα ιατρικά προϊόντα από τη δεκαετία του 1930 και σε μικρές ποσότητες σε κάποια εμβόλια για την πρόληψη της βακτηριακής μόλυνσης. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι τα παιδιά έχουν υποστεί βλάβες απ' αυτήν τη χρήση του υδραργύρου στα εμβόλια. Ωστόσο, τα εμβόλια της παιδικής ηλικίας πλέον παρασκευάζονται χωρίς θιμεροσάλη ή τουλάχιστον με πολύ μικρές ποσότητες.

2.5 βλ. Scott C Litin M.D , ό.π. σελ. 8

2.6 Συντήρηση εμβολίων

Τα εμβόλια από τη στιγμή της παραγωγής τους μέχρι να χρησιμοποιηθούν διατηρούνται σε χαμηλή θερμοκρασία μεταξύ 2 °C - 8 °C. Αυτό πρέπει να τηρείται και κατά τη μεταφορά τους. Έτσι διατηρείται η αντιγονικότητά τους για 2 περίπου χρόνια. Εμβόλια που έχουν καταψυχθεί ή παρουσιάζουν κατά την ανασύστασή τους αλλοίωση στο χρώμα ή όψη νεφελώδη είναι ακατάλληλα για χρήση.

2.7 Θέση εμβολιασμών και οδός χορήγησης

Εκτός του εμβολίου της πολιομυελίτιδας το οποίο μπορεί να χορηγηθεί και από το στόμα, τα υπόλοιπα εμβόλια χορηγούνται παρεντερικά, ενώ εξελίσσεται παρασκευή εμβολίων για ενδορρινική χορήγηση.

Γενικά τα χορηγούμενα παρεντερικά εμβόλια γίνονται υποδόρια ή ενδομυϊκά. Στα βρέφη και μικρά παιδιά γίνονται στην άνω έξω πλαγία επιφάνεια του μηρού και στα μεγαλύτερα παιδιά και τους ενήλικες στην περιοχή του δελτοειδούς μυός.

Ο γλουτός γενικά δεν συνιστάται για εμβολιασμό. Η βελόνα που χρησιμοποιείται για ενδομυϊκή χορήγηση πρέπει να έχει το κατάλληλο μήκος.

Γενικά για να έχουμε αποτελεσματική ενεργητική ανοσοποίηση πρέπει:

1. Να γίνεται ενημέρωση από το γιατρό για το είδος του εμβολίου, τη διάρκεια της ανοσίας που θα επιτευχθεί και τον ακριβή χρόνο για την επόμενη δόση.
2. Οι οδηγίες της παρασκευάστριας εταιρείας που συνοδεύουν το εμβόλιο πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν για τη συντήρηση και τον τρόπο χορήγησής του, καθώς και η ημερομηνία λήξης του εμβολίου.
3. Τα εμβόλια πρέπει να διατηρούνται σε χαμηλή θερμοκρασία. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για τα εμβόλια που περιέχουν ζωντανούς εξασθενημένους ιούς. Τα εμβόλια αυτά πρέπει να αποθηκεύονται σε σκοτεινό θάλαμο και σε θερμοκρασία 2-8 βαθμούς Κελσίου.
4. Ο εμβολιαζόμενος πρέπει να εξετάζεται κλινικά. Πλην των βασικών αντενδείξεων, ο εμβολιασμός πρέπει να αναβάλλεται και όταν κλινικώς διαγνωσθεί οξύ εμπύρετο νόσημα. Λίγος βήχας ή συνάχι ή πυρέτιο δεν αποτελεί λόγο αναβολής εμβολιασμού. Εργαστηριακές εξετάσεις π.χ. γενική αίματος ή ούρων, δερμοαντίδραση Mantoux κλπ. δεν χρειάζεται να προηγούνται του εμβολιασμού παρά μόνον επί υποψίας νόσησης κατά την κλινική εξέταση. Η δερμοαντίδραση Mantoux γίνεται σαν εξέταση ρουτίνας στην ηλικία των 12-15 μηνών, ως ένα από τα μέτρα του αντιφυματικού αγώνα. Μπορεί να γίνει ταυτόχρονα με οποιοδήποτε προγραμματισμένο εμβόλιο.
5. Κάθε εμβόλιο πρέπει να χορηγείται στην κατάλληλη ηλικία. Πρώτον για την ελάττωση της πιθανότητας έντονων αντιδράσεων και επιπλοκών και δεύτερον για την ταχύτερη και επιτυχέστερη ανοσοποίηση.
6. Τα εμβόλια που χορηγούνται παρεντερικά πρέπει να ενίενται βαθειά υποδόρια, εφ' όσον ο κατασκευαστής συνιστά την υποδόρια οδό ή καλύτερα ενδομυϊκά. Όταν συγχωρηγούνται πολλά εμβόλια την ίδια ημέρα αυτά πρέπει να γίνονται σε διαφορετικά σημεία και όσα εμβόλια χορηγούνται σε πολλές δόσεις κάθε φορά

- πρέπει να επιλέγεται διαφορετική θέση εμβολιασμού για την αποφυγή έντονων τοπικών αντιδράσεων.
7. Εάν η 1^η δόση του DTP προκαλέσει παρατεταμένο και ψηλό πυρετό, έντονη ανησυχία και κλάμα, δεν υπάρχει αντένδειξη εμβολιασμού. Εάν στα παραπάνω συμπτώματα προστεθούν σπασμοί, το εμβόλιο συνεχίζεται με DT και σε μικρότερη δόση. Σε παιδιά με εξελισσόμενη νευρολογική νόσο ή επιληψία, γίνεται εμβολιασμός με διπλό εμβόλιο (DT). Οι νευρολογικές επιπλοκές από το τριπλό εμβόλιο (DTP) είναι πολύ λιγότερες σε συχνότητα απ' ότι η νόσηση από κοκκύτη.
 8. Εάν καθυστερήσει η επόμενη δόση εμβολιασμού και μήνες ακόμη, δεν χρειάζεται να αρχίσει ο εμβολιασμός απ' την αρχή.
 9. Το μεσοδιάστημα μεταξύ δύο διαφορετικών εμβολιασμών πρέπει να είναι μεγαλύτερο των 4 εβδομάδων, όταν πρόκειται για εμβόλια με ζωντανά μικρόβια και ιδίως ιούς, για την αποφυγή του φαινομένου της παρεμβολής δηλαδή της αδρανοποίησης του ιού από την ιντερφερόνη, που παρήγαγε ο προηγούμενος εμβολιασμός. Το ίδιο ισχύει και για την απόσταση εμβολιασμού με ζωντανό εξασθενημένο ιό μετά από ιογενές νόσημα. Δεν υπάρχει όμως πρόβλημα να γίνεται ταυτοχρόνως εμβολιασμός με περισσότερους από ένα είδος ιών π.χ. Ιλαράς, Ερυθράς, Παρωτίτιδας.

2.8 Ηλικία έναρξης εμβολιασμών

Τα εμβόλια συνιστάται να γίνονται στη μικρότερη δυνατή ηλικία. Τα νεογνά μητέρων φορέων αυστραλιανού αντιγόνου, εμβολιάζονται **αμέσως μετά** τη γέννηση.

Τα υπόλοιπα παιδιά αρχίζουν τους εμβολιασμούς DTP ή DTaP, OPV, Hib, HepB, MCCV από την ηλικία των **δύο μηνών**.

Το αντικοκκυτικό εμβόλιο δεν χορηγείται μετά την ηλικία των 6 χρόνων. Μετά την ηλικία των 7 χρόνων πρέπει να γίνεται εμβόλιο διπλό τύπου ενήλικου (dT).

Για το εμβόλιο ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας (MMR) καταλληλότερη θεωρείται η ηλικία των **15 μηνών**.

Σε περίπτωση όμως επιδημίας ιλαράς, πρέπει να εμβολιάζονται και όλα τα βρέφη ηλικίας άνω των 6 μηνών με απλό εμβόλιο ιλαράς και να επανεμβολιάζονται στην ηλικία των 15 μηνών με το μικό εμβόλιο ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας.

Η έναρξη εμβολιασμού με εμβόλιο πολιομυελίτιδας από το στόμα (OPV) πρέπει να αποφεύγεται σε άτομα μεγαλύτερα των 18 ετών. Στις ηλικίες αυτές συνιστάται ο εμβολιασμός με αδρανοποιημένο ιό (IPV), παρεντερικά.

Η ηλικία εμβολιασμού δεν είναι απόλυτα σταθερή. Μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με το πώς εξυπηρετείται ο προγραμματισμός.

Η ταυτόχρονη χορήγηση εμβολίων επιτρέπεται, αυτή όμως πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα ή το αργότερο εντός 24 ωρών για τους γνωστούς λόγους.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις τα εμβόλια, ενίενται σε διαφορετικές θέσεις και δεν αναμειγνύονται φυσικά στην ίδια σύριγγα.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να αποφεύγονται εμβολιασμοί κατά το 1^ο τρίμηνο της κύησης και στο τελευταίο τρίμηνο, γιατί μερικά εμβόλια δεν είναι ασφαλή για το κύημα.

Ασφαλή εμβόλια κατά την εγκυμοσύνη είναι του τετάνου, το αδρανοποιημένο πολιομυελίτιδας (IPV), της γρίπης, της χολέρας και της λύσσας.

Αμφίβολης ασφάλειας είναι το εμβόλιο ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας και το εξασθενημένο πολιομυελίτιδας (OPV).

2.9 Χορήγηση εμβολίων

Τα εμβόλια προορίζονται για να καλύπτουν συγκεκριμένους τύπους αναγκών χορήγησης. Εάν οι οδοί χορήγησης και οι διαδικασίες δεν εφαρμόζονται, η αποτελεσματικότητα του εμβολίου μπορεί να μειωθεί. Απαιτείται η χρήση στείρων τεχνικών και βελόνων ασφαλείας για την προφύλαξη τόσο του εμβολιαστή όσο και του εμβολιαζόμενου απέναντι σ' επικείμενη λοίμωξη. Αμέσως μετά την εισαγωγή της βελόνας, το εμβόλιο πρέπει να ανασυρθεί για να ελεγχθεί η παρουσία αίματος, γεγονός που δείχνει την εισαγωγή της βελόνας σε αιμοφόρο αγγείο. Η έγχυση των εμβολίων δεν πρέπει να γίνεται σ' αιμοφόρα αγγεία. Συνεπώς, εάν υπάρχει αίμα, η βελόνα πρέπει ν' αποσυρθεί, να εφαρμοστεί ο μηχανισμός ασφαλείας και η μολυσμένη βελόνα ν' απορριφθεί σωστά. Χρησιμοποιώντας νέα σύριγγα και επιλέγοντας νέα θέση για τη χορήγηση του εμβολίου, πρέπει ν' ακολουθηθεί η ίδια διαδικασία.

Το μήκος και το μέγεθος της βελόνας είναι σημαντικά για τη σωστή χορήγηση των εμβολίων και πρέπει να επιλέγονται βάσει της θέσης χορήγησης (ενδομυϊκή ή υποδόρια) και το μέγεθος του ασθενούς. Εάν πρόκειται να χορηγηθούν ταυτόχρονα περισσότερα του ενός εμβόλια, πρέπει να χρησιμοποιηθούν διαφορετικές ανατομικές θέσεις.

2.10 Παρενέργειες των εμβολίων

Αν και τα εμβόλια θεωρούνται πολύ ασφαλή, όπως συμβαίνει μ' όλα τα φάρμακα υπάρχει και σ' αυτά μια πιθανότητα εμφάνισης παρενεργειών. Οι περισσότερες παρενέργειες είναι ήπιες και δεν έχουν χρονική διάρκεια, όπως το πρήξιμο του χεριού στο σημείο που έγινε το εμβόλιο ή ένας ελαφρύς πυρετός. Σοβαρές αντιδράσεις όπως μια επιληπτική κρίση ή πολύ υψηλός πυρετός, είναι εξαιρετικά σπάνιες. Σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμώξεων σοβαρές παρενέργειες εμφανίζονται σε ποσοστά 1 προς 1.000 έως 1 προς 1.000.000 των δόσεων. Ο κίνδυνος θανάτου από εμβόλιο είναι τόσο απίθανος, ώστε δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια. Όταν αναφέρονται σοβαρές αντιδράσεις, υπόκεινται σε αυστηρό και προσεκτικό έλεγχο από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμώξεων.

2.9 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, Κοινοτική Νοσηλευτική: Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών, Τόμος II, σελ. 590, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα 2001.

2.10 βλ. Scott C Litin M.D, ό.π. σελ. 10

Κάποια εμβόλια έχουν κατηγορηθεί για την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών, όπως ο αυτισμός και ο διαβήτης. Ωστόσο, η επί δεκαετίες χρήση των εμβολίων στις Η.Π.Α. δεν παρέχει αξιόπιστες αποδείξεις ότι τα εμβόλια προκαλούν χρόνιες ασθένειες. Όταν όμως άλλοι ερευνητές προσπάθησαν να επαναλάβουν αυτά τα αποτελέσματα εφαρμόζοντας έλεγχο της ορθής επιστημονικής έρευνας, δεν κατάφεραν να το επιτύχουν.

Η πεποίθηση ότι τα εμβόλια προκαλούν αυτισμό προέκυψε από ένα άρθρο που δημοσιεύτηκε το 1998 από μία ομάδα ερευνητών στη Μεγάλη Βρετανία, το οποίο ανέφερε ένα συσχετισμό ανάμεσα στον αυτισμό και στο τριπλό εμβόλιο για ιλαρά-παρωτίτιδα-ερυθρά (MMR). Έκτοτε πολλές μελέτες έχουν αντικρούσει αυτόν τον ισχυρισμό ελλείψει αποδείξεων ότι οποιοδήποτε εμβόλιο αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης αυτισμού ή οποιασδήποτε άλλης διαταραχής στη συμπεριφορά.

Παρομοίως έχουν εμφανιστεί εκθέσεις στα ΜΜΕ και στο διαδίκτυο που συσχετίζουν τα εμβόλια με το Σύνδρομο Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου (SIDS), το διαβήτη, τον καρκίνο και άλλες σοβαρές παθήσεις. Δεν υπάρχει αξιόπιστη επιστημονική απόδειξη, η οποία να τεκμηριώνει αυτούς τους ισχυρισμούς.

Αναλυτικότερα, για τα πιο σημαντικά εμβόλια είναι:

Πνευμονιόκοκκος: Συνήθως πόνος και τοπικό πρήξιμο. Πυρετός 38-39 σε ποσοστό πάνω από 10%.

Ανεμειυλογία: Πυρετός ή βλατιδοφουσαλιδώδες εξάνθημα σε ποσοστό 5% των εμβολιασθέντων. Εμφανίζονται τις πρώτες 6 εβδομάδες.

Τριπλό (Διφθερίτιδας, Τετάνου, Κοκκύτη): Συνήθως ελαφρές, όπως τοπικό πρήξιμο, πόνος, χαμηλός πυρετός. Με το νέο τριπλό (Infanrix) σχεδόν δεν έχουμε παρενέργειες

Πολιομυελίτιδα (Sabin): Συνήθως δεν έχει παρενέργειες.

Αιμόφιλου της ινφλουέντσας τύπου Β: Συνήθως ελαφρές, όπως τοπικό πρήξιμο, πόνος, κακουχία και σπάνια χαμηλός πυρετός.

Ηπατίτιδα Β και Ηπατίτιδα Α: Ήπιες αν υπάρξουν κι αυτές.

Ιλαράς, Ερυθράς, Παρωτίτιδας : Σε ποσοστό 15% εμφανίζεται υψηλός πυρετός, 5-12 ημέρες μετά τον εμβολιασμό.

Μηνιγγιτιδόκοκκου C (meningitec) : Σπάνια μπορεί να προκαλέσει χαμηλό πυρετό, κεφαλαλγία και πόνο στο σημείο της ένεσης.

Αντιφυματικό: Αρκετές τοπικές κυρίως αντιδράσεις, αλλά αρκετές φορές και σοβαρότερες όπως είναι η φυματιώδης μασχαλιαία λεμφαδενίτιδα.

2.11 Γενικές αντενδείξεις εμβολίων

Σχεδόν όλες οι αντενδείξεις είναι λόγος μόνο αναβολής του εμβολίου και ελάχιστες είναι που απαγορεύουν να γίνει ένα εμβόλιο.

Οι αντενδείξεις αυτές κατατάσσονται σε 3 κατηγορίες:

1. όσο διαρκεί ένα οξύ νόσημα ή λοίμωξη. Μετά όμως την ανάρρωση τα εμβόλια γίνονται ελεύθερα.
2. σε χρόνια νοσήματα που βρίσκονται σε ενεργό φάση.
 - Μεσογειακή αναιμία
 - Σακχαρώδης διαβήτης που δεν έχει ρυθμιστεί

- Αλλεργικά νοσήματα, αλλεργία στην πενικιλίνη και σε άλλα αντιβιοτικά, πρέπει να αποφεύγουν όσα εμβόλια περιέχουν τα αντιβιοτικά αυτά, συνήθως είναι εκείνα με ζωντανούς εξασθενημένους ιούς.
- Κακοήθη νοσήματα που λαμβάνουν θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ή ακτινοθεραπεία.
- Ανοσοποιητική ανεπάρκεια (μόνο για εμβόλια με ζωντανούς εξασθενημένους ιούς).
- Βαριές δερματοπάθειες π.χ. έκζεμα, ψωρίαση κλπ
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Νεφρική ανεπάρκεια
- Πρόωρα με σπασμούς δεν γίνεται τριπλό
- Στη διάρκεια επιδημιών δεν γίνεται το συνηθισμένο πρόγραμμα εμβολιασμών, αναβάλλεται, αλλά ο εμβολιασμός κατά της νόσου που προκαλεί την επιδημία.

2.12 Γενικές ενδείξεις εμβολίων

- Οικογενειακό ιστορικό αντίδρασης μετά από εμβολιασμό
- Ιστορικό του ασθενούς με κοκκύτη, ιλαρά, ερυθρά ή μαγουλάδες
- Προωρότητα. Στην περίπτωση αυτή οι εμβολιασμοί πρέπει να γίνουν χωρίς αναβολή ανάλογα με την ηλικία ζωής και όχι με την διορθωμένη ηλικία.
- Μη εξελικτικές νευρολογικές παθήσεις, όπως η τετραπληγία.
- Η επαφή με κάποια μολυσματική ασθένεια.
- Το άσθμα, το έκζεμα, η αλλεργική ρινίτιδα.
- Η εγκυμοσύνη της μητέρας του παιδιού που θα εμβολιαστεί
- Αν το νεογνό έχει ξεπεράσει το όριο ηλικίας σύμφωνα με το πρόγραμμα εμβολιασμού.

Το ιστορικό αλλεργίας στο αυγό δεν αποτελεί αντένδειξη σ' όλους τους εμβολιασμούς παρά μόνο στο εμβόλιο της γρίπης και του κίτρινου πυρετού που δεν εντάσσονται στα εμβόλια ρουτίνας.

Εκείνο που συστήνεται να γίνει είναι η εισαγωγή του παιδιού για μια μέρα στο νοσοκομείο ώστε πιθανή αλλεργική αντίδραση να μπορεί να αντιμετωπισθεί άμεσα.

Οικογενειακό ιστορικό πυρετικών σπασμών έχει αυξημένη πιθανότητα να προκαλέσει σπασμούς λόγω του πυρετού που μπορεί να παρουσιαστεί μετά από εμβόλιο. Στην περίπτωση αυτή ο εμβολιασμός μπορεί να γίνει εφόσον θα έχουν δοθεί οδηγίες έγκαιρης χορήγησης αντιπυρετικών.

Τέλος μια χειρουργική επέμβαση δεν αποτελεί αντένδειξη για τη χορήγηση ενός εμβολίου και αντιστρόφως ένας εμβολιασμός δεν αποτελεί αντένδειξη στη χορήγηση αναισθητικών φαρμάκων.

Ιδιαίτερη περίπτωση παρουσιάζουν ομάδες ασθενών που δεν μπορούν να δεχτούν εμβόλια με ζώντες μικροοργανισμούς όπως το εμβόλιο της ιλαράς, ερυθράς, μαγουλάδων και της πολιομυελίτιδας. Τέτοιες ομάδες ασθενών είναι αυτοί που παίρνουν χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και σ' αυτούς που έγινε μεταμόσχευση οργάνων και

παίρνουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Η χορήγηση των προαναφερθέντων εμβολίων πρέπει να γίνει τρεις μήνες μετά τη διακοπή της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας.

2.13 Ποιά είναι τα πλεονεκτήματα των εμβολίων

Επειδή πολλές ασθένειες προλαμβάνονται πλέον μέσω του εμβολιασμού δεν είναι συνηθείς, κάποιοι δε νιώθουν την αναγκαιότητα να εμβολιαστούν εκείνοι ή τα παιδιά τους. Ελάχιστοι άνθρωποι έχουν δει μία περίπτωση διφθερίτιδας, πολιομυελίτιδας ή τετάνου. Κάποιοι ακόμη πιστεύουν ότι η καθαριότητα και η υγιεινή είναι αρκετές για την πρόληψη ασθενειών.

Αν αναρωτιέστε εάν είναι αναγκαίο να συνεχίσετε να εμβολιάζεστε, η απάντηση είναι:ναι. Πολλά λοιμώδη νοσήματα που έχουν κυριολεκτικά εξαφανιστεί μπορεί γρήγορα να επανεμφανιστούν. Τα μικρόβια που προκαλούν τις ασθένειες υπάρχουν ακόμη και κάποιος που δεν έχει εμβολιαστεί μπορεί εύκολα να μολυνθεί. Καθώς οι ταξιδιώτες μεταφέρουν εν αγνοία τους ασθένειες από τη μία χώρα στην άλλη, μία νέα επιδημία μπορεί να απέχει όσο ένα ταξίδι.

Από ένα μόνο σημείο εισόδου μία μολυσματική ασθένεια μπορεί να μεταδοθεί εύκολα μεταξύ ατόμων που δεν έχουν εμβολιαστεί.

Η μόνιμη απειλή μίας ασθένειας είναι ένας μόνο από τους λόγους, για τους οποίους ο Οργανισμός Δημόσιας Υγείας συνιστά τον εμβολιασμό. Τα εμβόλια παρέχουν πολλά πλεονεκτήματα στους ανθρώπους, στις κοινότητες και στον παγκόσμιο πληθυσμό.

2.14 Αποτελεσματικότητα των εμβολίων

Τα εμβόλια έχουν υψηλό ποσοστό αποτελεσματικότητας. Τα περισσότερα εμβόλια που γίνονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας είναι αποτελεσματικά σε ένα ποσοστό 85 έως 99% των παιδιών που εμβολιάζονται. Για παράδειγμα, μία ολοκληρωμένη σειρά του εμβολίου της ιλαράς προστατεύει 99 από τα 100 παιδιά από τη νόσο και μία σειρά του εμβολίου κατά της πολιομυελίτιδας προστατεύει 99 από τα 100 παιδιά από τη νόσο αυτή.

Σε κάποιες περιπτώσεις ένα εμβόλιο παρέχει μόνο μερική ανοσία. Δεν προλαμβάνει την ασθένεια, αλλά συχνά μειώνει τη διάρκειά της καθώς και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

2.13 βλ. Scott C Litin M.D, ό.π. σελ. 6-7

2.14 βλ. Scott C Litin M.D, ό.π. σελ. 8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΙΔΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

ΕΜΒΟΛΙΩΝ



3.1 Τεκμηρίωση του εμβολιασμού

Η νομική τεκμηρίωση των εμβολιασμών είναι σημαντική τόσο για το άτομο όσο και για τον φορέα υγείας για μελλοντική χορήγηση και μακροχρόνια παρακολούθηση των αντιδράσεων υπερευαισθησίας. Πρέπει να τηρούνται μητρώα ανοσοποίησης για τον εμβολιαζόμενο και τον εμβολιαστή. Ο φορέας υγειονομικής περίθαλψης ευθύνεται για την τήρηση ενημερωμένων αρχείων που θα περιλαμβάνουν το όνομα του ασθενούς, τις ημερομηνίες εμβολιασμού, τον τύπο και τον κατασκευαστή και τον αριθμό παρτίδας του εμβολίου, την ημερομηνία Γνωστοποίησης του Εμβολιασμού (VIS) και το όνομα, τον τίτλο και τη διεύθυνση του ατόμου που χορήγησε το εμβόλιο. Τα ατομικά αρχεία πρέπει να φυλάσσονται από τον ασθενή και να περιλαμβάνουν τις ημερομηνίες εμβολιασμού, τον τύπο του εμβολίου, τις αλλεργίες ή τις αντιδράσεις υπερευαισθησίας, τις δόσεις και την ημερομηνία της επόμενης δόσης, τον κατασκευαστή του εμβολίου, τον αριθμό παρτίδας του εμβολίου, καθώς και το όνομα, τον τίτλο και τη διεύθυνση του ατόμου που χορήγησε το εμβόλιο.

3.2 Αποθήκευση, μεταφορά και διαχείριση των εμβολίων

Η αποθήκευση, η μεταφορά και η διαχείριση των εμβολίων πρέπει να είναι πάντα ασφαλείς. Οι παρεκκλίσεις από την πρότυπη πρακτική μπορεί να αποβούν βλαπτικές για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων. Η ενημέρωση για την αποθήκευση όλων των εμβολίων είναι σημαντική. Η **ψυχρή αλυσίδα** είναι ένα σύστημα διασφάλισης για τη διατήρηση των εμβολίων στην υποδεικνυόμενη θερμοκρασία από τη στιγμή της παρασκευής τους έως τη στιγμή που θα χρησιμοποιηθούν για εμβολιασμό. Πρέπει να δοθεί έμφαση στον σημαντικό ρόλο της ψυχρής αλυσίδας, διότι κάθε ακατάλληλη φύλαξη που επιτρέπει την έκθεση των εμβολίων σε υψηλότερες ή χαμηλότερες θερμοκρασίες από τις συνιστώμενες, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της ισχύος και την αποτυχία του εμβολιασμού.

Υπάρχουν πολλά επίπεδα ψυχρής αλυσίδας, περιλαμβανομένων των τοποθεσιών σε εθνικές, περιφερειακές και τοπικές περιοχές. Οι παράγοντες που εκτείνονται από τους άσχημους δρόμους και τις καιρικές συνθήκες μέχρι τις προμήθειες ανεπαρκούς ισχύος ή τις λανθασμένες θερμομετρικές ενδείξεις μπορεί να προκαλέσουν λάθη στην ψύξη σε οποιοδήποτε από τα επίπεδα αυτά. Η διατήρηση του συστήματος της ψυχρής αλυσίδας καθίσταται εξαιρετικά δυσχερής κατά τη διανομή των εμβολίων σε αγροτικές και αναπτυσσόμενες περιοχές που δεν διαθέτουν ηλεκτρικό ρεύμα ή ψυγεία γι' αποθήκευση, ή περιοχές όπου η διανομή του εμβολίου μπορεί να γίνει με το ποδήλατο ή με τα πόδια. Τα προβλήματα που υπάρχουν με την παροχή ηλεκτρικού ρεύματος σε πολλές περιοχές, απαίτησαν το σχεδιασμό και τη διανομή συστημάτων ψύξης που λειτουργούν με ηλιακή ενέργεια ή κηροζίνη.

3.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 591

3.2 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 589

Η σωστή λειτουργία και διατήρηση των συστημάτων αυτών είναι ουσιαστική. Υπάρχουν πολλές μέθοδοι που διασφαλίζουν τη διατήρηση σωστής θερμοκρασίας κατά τη διάρκεια της μεταφοράς και αποθήκευσης των εμβολίων, όπως τα θερμομέτρα υγρού κρυστάλλου, με πίνακα ενδείξεων, τα καταγραφικά (αυτογραφικά) και τα ψηφιακά, οι δείκτες πάγου και μεταφοράς (ή φόρτωσης) που αλλάζουν χρώμα όταν η θερμοκρασία είναι μεγαλύτερη ή μικρότερη από το συνιστώμενο επίπεδο, οι δείκτες παρακολούθησης της ψύξης, και οι συσκευές ψυχρής αλυσίδας.

3.3 Ασφάλεια των εμβολίων

Πολλοί έχουν απορίες και ανησυχίες για την ασφάλεια των εμβολίων. Μία από τις πιο κοινές είναι ο φόβος ότι τα εμβόλια μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές παρενέργειες, ακόμη και νόσο. Οι γονείς ανησυχούν ακούγοντας για αναφορές σοβαρών <<αντιδράσεων>>, οι οποίες εμφανίζονται σύντομα μετά τον εμβολιασμό ενός παιδιού και αποδίδονται σε παρενέργεια ή επιπλοκή του εμβολίου. Τέτοιες ιστορίες, που αφορούν στο φόβο του εμβολιασμού, συχνά συναντώνται στο διαδίκτυο.

Στην πραγματικότητα τα εμβόλια είναι εξαιρετικά ασφαλή. Προτού χρησιμοποιηθούν, θα πρέπει να πληρούν αυστηρές προϋποθέσεις, τις οποίες ορίζει η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA). Για να πληρούν αυτές τις προϋποθέσεις, απαιτείται μία μακρά παραγωγική διαδικασία διάρκειας έως και δέκα ετών, που ακολουθείται από τρεις φάσεις κλινικών δοκιμών.

Μόλις τα εμβόλια πάρουν άδεια και διατεθούν στο κοινό, το FDA και τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Λοιμώξεων συνεχίζουν να παρακολουθούν την ασφάλειά τους. Επιπλέον, τα εμβόλια είναι αντικείμενα συνεχούς έρευνας, αξιολόγησης και βελτίωσης από γιατρούς, επιστήμονες και στελέχη δημόσιας υγείας.

Οι πιθανότητες να νοσήσετε από μία ασθένεια είναι σαφώς μεγαλύτερες απ' ό,τι να νοσήσετε από ένα εμβόλιο που χρησιμοποιείται για την πρόληψη μιας ασθένειας.

3.4 Μείωση της νοσηρότητας και της αναπηρίας

Εκτός από την πιθανότητα να είναι θανάσιμες οι λοιμώδεις ασθένειες, μπορούν να προκαλέσουν μόνιμες βλάβες. Η πολιομυελίτιδα μπορεί να προκαλέσει παράλυση. Η μηνιγγίτιδα μπορεί να προκαλέσει κώφωση. Η ιλαρά μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικές βλάβες και θάνατο. Η ηπατίτιδα μπορεί να προκαλέσει βλάβες του ήπατος. Τα εμβόλια προλαμβάνουν αυτές τις σοβαρές επιπλοκές.

3.3 βλ. Scott C Litin M.D, ό.π. σελ. 7

3.4 βλ. Scott C Litin M.D, ό.π. σελ. 8

3.5 Προστασία της κοινωνικής υγείας

Ο εμβολιασμός δεν προστατεύει μόνο τη δική σας υγεία ή την υγεία του παιδιού σας αλλά και την υγεία της κοινωνίας σας. Σε κάθε κοινωνικό σύνολο υπάρχει ένας μικρός αριθμός ανθρώπων που δεν πρέπει να εμβολιάζονται- για παράδειγμα, άτομα τα οποία είναι αλλεργικά σε ένα συστατικό του εμβολίου ή πάσχουν από μια ασθένεια που αποκλείει κάποια εμβόλια. Αυτά τα άτομα βασίζονται στους υπολοίπους, ώστε να μην τους μεταδώσουν την εκάστοτε ασθένεια.

3.6 Βασικοί κανόνες εμβολιασμών

Για να πετύχουμε μια αποτελεσματική τεχνητή ανοσοποίηση του πληθυσμού, πρέπει ν' ακολουθήσουμε μερικούς βασικούς κανόνες:

1. Ο εμβολιαζόμενος ή οι γονείς σε περίπτωση παιδιών πρέπει να ενημερώνονται αναλυτικά για το είδος του εμβολίου, τη διάρκεια της ανοσίας που θα πετύχουμε και τον ακριβή χρόνο για την επόμενη δόση. Συχνά πολλοί γονείς επιμένουν ότι έχει γίνει εμβόλιο τριπλό, απλά και μόνο επειδή στο παιδί έγιναν τρεις ενέσεις, που θα μπορούσαν να ήταν τρεις δόσεις του διπλού εμβολίου.
2. Το παιδί και ο ενήλικας, προκειμένου να εμβολιασθούν, πρέπει να εξετασθούν κλινικά από γιατρό και να πάρουμε υπ' όψιν μας τις περιπτώσεις που δεν επιτρέπεται ο εμβολιασμός (αντενδείξεις). Ο εμβολιασμός πρέπει ν' αναβάλλεται όταν κατά την κλινική εξέταση διαγνωσθεί οξύ εμπύρετο νόσημα. Δεν υπάρχει όμως λόγος ν' αναβάλλουμε τον εμβολιασμό σε περιπτώσεις ήπιου βήχα, ελαφράς καταρροής ή και μικρής δεκατικής πυρετικής κίνησης (37,1-37,3 °C). Την ημέρα του εμβολιασμού ή τις επόμενες δεν χρειάζεται δίαιτα ή αλλαγή στις συνήθειες π.χ. μάνιο.
3. Κάθε εμβόλιο πρέπει να γίνεται στην κατάλληλη ηλικία. Οι λόγοι είναι δύο:
α) ελαττώνεται η πιθανότητα έντονων αντιδράσεων και επιπλοκών.
β) έχουμε πιο γρήγορη και πιο καλή ανοσοποίηση.
4. Εάν η πρώτη δόση του τριπλού εμβολίου προκαλέσει ψηλό πυρετό που κρατάει πολύ, έντονη ανησυχία, κλάμα, πάνω από τρεις ώρες δεν υπάρχει λόγος να μην συνεχίσει το παιδί τις επόμενες δόσεις κανονικά. Σε περίπτωση που το παιδί παρουσιάσει σπασμούς, τότε γίνεται κάθε αντιγόνο του διπλού εμβολίου χωριστά και σε μικρότερη δόση.
5. Εάν για οποιοδήποτε λόγο καθυστερήσει η επόμενη δόση εμβολιασμού δεν χρειάζεται ν' αρχίσει ο εμβολιασμός από την αρχή, αλλά συνεχίζουμε κανονικά τον εμβολιασμό.
6. Το διάστημα μεταξύ δύο διαφορετικών εμβολιασμών πρέπει να είναι τουλάχιστον μεγαλύτερο των 4 εβδομάδων. Το ίδιο ισχύει και για το διάστημα ιογενούς νοσήματος και εμβολιασμού με ζωντανό εξασθενημένο ιό. Δεν υπάρχει όμως πρόβλημα όταν γίνεται συγχρόνως εμβολιασμός με περισσότερους από ένα είδος ιών π.χ. MMR.

3.5 βλ. Scott C Litin M.D, ό.π. σελ. 8

3.7 Χαμένες ευκαιρίες για εμβολιασμό

Θα αναφέρουμε μερικούς από τους λόγους για τους οποίους συχνά αναβάλλονται ή χάνονται οι ευκαιρίες για εμβολιασμό.

- Άρνηση από μέρους των γονέων, συνήθως από ελλιπή πληροφόρηση για τα οφέλη και τους κινδύνους των εμβολιασμών, είναι συχνό φαινόμενο και πιο σπάνιο είναι θρησκευτικές και άλλες αντιλήψεις.
- Αλλαγές τόπου κατοικίας.
- Μη δυνατότητα προμήθειας εμβολίου των ανασφάλιστων και όσων δεν χορηγούνται δωρεάν.
- Νοσήματα όπως λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, διάρροια χωρίς πυρετό κ.α.
- Αλλεργία, άσθμα.
- Λήψη αντιβιοτικού.
- Πρόσφατη έκθεση σε λοιμώδες νόσημα.
- Ιστορικό αλλεργίας σε πενικιλίνη.
- Χρόνια καρδιολογικά, πνευμονολογικά, ηπατικά νοσήματα.
- Σταθερές νευρολογικές παθήσεις π.χ. εγκεφαλική παράλυση ή σύνδρομο Down.
- Δερματώσεις.
- Υποσιτισμός.
- Ιστορικό προωρότητας, λιποβαρούς βρέφους, ή νεογνικού ικτέρου.
- Θηλασμός.
- Εγκυμοσύνη μητέρας ή άλλων υγιών συγγενών.
- Πυρετός μετά από προηγούμενο εμβολιασμό.

3.8 Δυνατότητα δωρεάν χορήγησης εμβολίων

Τα πιο επιτυχημένα προγράμματα εμβολιασμών έγιναν σε χώρες όπου τα εμβόλια χορηγούνται δωρεάν και όπου λειτουργεί σύστημα υπενθύμισης των δόσεων από τα κέντρα παρακολούθησης βρεφών προς τους γονείς.

Στην Ελλάδα δεν λειτουργεί τέτοιο σύστημα και την ευθύνη για την εφαρμογή των βασικών εμβολιασμών και των επαναληπτικών δόσεων έχουν οι γονείς.

Όλοι οι ασφαλιστικοί φορείς, παρέχουν δωρεάν όλα τα εμβόλια που προβλέπει το κρατικό πρόγραμμα εμβολιασμών.

3.9 Συστάσεις για την αύξηση των ποσοστών εμβολιασμού

1. Έναρξη εμβολιασμών το συντομότερο δυνατόν κατά το σχήμα τους.
2. Ίδια δικαιώματα προστασίας για όλα τα παιδιά το νωρίτερο δυνατόν.
3. Έγκαιρη και σωστή ενημέρωση γονέων, δασκάλων για τη μεγάλη αξία και σημασία των εμβολιασμών και για την πολύ χαμηλότερη συχνότητα

παρενεργειών των εμβολίων σε σύγκριση με τις συνέπειες των ασθενειών που προλαμβάνουν.

4. Πληροφόρηση γιατρών και γονέων για τις πραγματικές αντενδείξεις των εμβολίων που είναι πολύ λίγες.
5. Βελτίωση της στρατηγικής διενέργειας εμβολιασμών σε κάθε χώρα.
6. Τήρηση και έλεγχος δελτίου εμβολιασμού σε κάθε παιδί.
7. Δημιουργία συστήματος υπενθύμισης – πρόσκλησης των γονέων για τους εμβολιασμούς.

3.10 Εμβόλια που διατίθενται σήμερα

1. Εμβόλιο γρίπης (Agrimipul, Influvac, Vaxigrip).
2. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη προσροφημένο (Di-Te-Per anatoxal).
3. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη (Infunrix).
4. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου προσροφημένο (anatoxul Di-Te).
5. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου τύπου ενήλικα (DiT vax absorbe adult).
6. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη, αδρανοποιημένο πολιομυελίτιδας (Tetrivac).
7. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, αδρανοποιημένο πολιομυελίτιδας, τύπου ενήλικα (Revaxis).
8. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη, αδρανοποιημένο πολιομυελίτιδας και ινφλουέντζης τύπου B (Infanrix IPV Hib).
9. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη, αδρανοποιημένο πολιομυελίτιδας και Ηπατίτιδας B (Infanrix Penta).
10. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη, αδρανοποιημένο πολιομυελίτιδας, ινφλουέντζης τύπου B και Ηπατίτιδας B (Infanrix Hexa, Hexavac).
11. Εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη και Ηπατίτιδας B (Infunrix HepB).
12. Εμβόλιο τετάνου (anatoxal Te).
13. Εμβόλιο πολιομυελίτιδας από του στόματος (Sabin).
14. Εμβόλιο πολιομυελίτιδας αδρανοποιημένο τύπου SALK (Imovax).
15. Εμβόλιο ερυθράς (vaccin Rubeole).
16. Εμβόλιο παρωτίτιδας .
17. Εμβόλιο ιλαράς (Rouvax vaccin).
18. Εμβόλιο ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας (MMR vacc, Priorix vacc).
19. Εμβόλιο αιμοφίλου ινφλουέντζας τύπου B (Hiberix, Hibtiter, ActHib).
20. Εμβόλιο αιμοφίλου ινφλουέντζας τύπου B και Ηπατίτιδας B (Procomvax).
21. Εμβόλιο ηπατίτιδας A (Havrix, Vaqta).
22. Εμβόλιο ηπατίτιδας B (Engerix, Hbvax-Pro).
23. Εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου τύπου C συζευγμένο (meningitec, Neisvac C).
24. Εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου πολυσακχαρικό οροομάδων A και C και A, C, Y και W135. Διατίθεται στα υγειονομικά κέντρα.
25. Εμβόλιο πνευμονιόκοκκου.
26. Εμβόλιο κίτρινου πυρετού. Γίνεται στα υγειονομικά κέντρα.

27. Εμβόλιο λύσσας. Γίνεται στα υγειονομικά κέντρα.
28. Εμβόλιο τυφοειδούς πυρετού. Γίνεται στα υγειονομικά κέντρα.
29. Εμβόλιο φυματίωσης BCG. Γίνεται στα υγειονομικά κέντρα και από τη σχολιατρική υπηρεσία.
30. Εμβόλιο χολέρας. Γίνεται στα υγειονομικά κέντρα.

Φυσικά η προσπάθεια παρασκευής νέων εμβολίων και η βελτίωση των παλιών συνεχίζεται. Έτσι θα πρέπει να είμαστε πάντα έτοιμοι για ενδεχόμενες αλλαγές στο εμβολιαστικό πρόγραμμα.

3.11 Που γίνονται σήμερα τα εμβόλια

Στη χώρα μας οι εμβολιασμοί γίνονται:

- Στα Ιατροκοινωνικά Κέντρα του ΠΙΚΠΑ.
- Στους Σταθμούς Μητέρας – Παιδιού του ΙΚΑ.
- Στις Διευθύνσεις Υγιεινής.
- Στα Κέντρα Υγείας.
- Στα Αγροτικά Ιατρεία.
- Στα Πολυιατρεία ορισμένων Δήμων.
- Στους ιδιώτες παιδίατρος.

3.12 Διεθνείς συμβολισμοί εμβολίων

- **BDG:** (Bacille Calmette Guerin) εμβόλιο κατά της φυματίωσης
- **DT:** (Diphtheria Tetanus) εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου
- **DTP:** (Diphtheria Tetanus Pertussis) εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη
- **DtaP:** (Diphtheria Tetanus Acellular Pertussis) εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη
- **HepA:** (Hepatitis A) εμβόλιο ηπατίτιδας Α
- **HepB:** (Hepatitis B) εμβόλιο ηπατίτιδας Β
- **Hib:** (Haemophilus influenzae b) εμβόλιο αιμοφίλου τύπου b
- **IPV:** (Inactivated Polio Vaccin) εμβόλιο αδρανοποιημένων ιών πολιομυελίτιδας και των τριών οροτύπων, τύπου SALK
- **MCCV:** (Meningococcus conjugate Vaccin) εμβόλιο μηνιγγιτιδόκοκκου οροομάδας C
- **MMR:** (Measles, Mups, Rubella) εμβόλιο ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς
- **OPV:** (Oral Polio Vaccin) εμβόλιο πολιομυελίτιδας από του στόματος με εξασθενημένους ιούς πολιομυελίτιδας και των τριών οροτύπων
- **RVA:** (Rabies Vaccin Absorbed) εμβόλιο κατά της λύσσας
- **T:** (Tetanus) εμβόλιο τετάνου
- **Td:** εμβόλιο διφθερίτιδας, τετάνου τύπου ενήλικα

3.13 Αλήθειες και μύθοι για τους εμβολιασμούς

Οι εμβολιασμοί είναι ένα από τα πιο αποτελεσματικά και οικονομικά μέτρα που εφαρμόστηκαν για να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας τόσο των παιδιών όσο και των ενηλίκων.

Βοηθούν στην προστασία του ανθρώπινου οργανισμού από διάφορες μολυσματικές ασθένειες που προκαλούν σοβαρές επιπλοκές ακόμη και το θάνατο. Είναι δικαίωμα του κάθε παιδιού να προστατευτεί από τις μολυσματικές ασθένειες και κανένας δεν μπορεί να εξαιρέσει ένα παιδί από το σχήμα εμβολιασμών, αν δεν υπάρχουν σοβαρές αντενδείξεις.

Συχνοί είναι όμως και διάφοροι μύθοι που αφορούν τους εμβολιασμούς όπως:

- Η ομοιοπαθητική ιατρική είναι το ίδιο αποτελεσματική όπως και η ιατρική.
- Η καθαριότητα στο σπίτι και η υγιεινή σε όλους τους κοινόχρηστους χώρους όπως και η σωστή επιλογή των φαγητών είναι ικανοποιητικοί παράγοντες για να προστατεύσουν την υγεία ενός παιδιού.
- Το εμβόλιο MMR για ερυθρά, ιλαρά και μαγουλάδες μπορεί να προκαλέσει αυτισμό.

Η στάση των ομοιοπαθητικών εναντίον των εμβολίων είναι ανυπόστατη μια και η συμβατική ιατρική από τη στιγμή που εφάρμοσε τους εμβολιασμούς απέδειξε ότι μπορεί να εξαλείψει ασθένειες που κατά καιρούς απείλησαν την ανθρωπότητα όπως η πανώλη και η ευλογιά. Στη νεότερη ιστορία η συμβατική ιατρική παρασκεύασε εμβόλια για την καταπολέμηση του τετάνου, της διφθερίτιδας, του κοκκύτη, του αιμόφιλου της ινφλουέντζας, της πολιομυελίτιδας, της ηπατίτιδας Α, Β, της μηνιγγίτιδας Α+С, της ανεμεύλογιας, του πνευμονιοκόκκου, της ιλαράς, της ερυθράς, της παρωτίτιδας, του ροταϊού, και πρόσφατα κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (human papilloma virus). Με την βοήθεια των εμβολίων ο ανθρώπινος οργανισμός καθίσταται ικανός ν' αντιμετωπίσει τις ασθένειες αυτές ενώ τα άτομα που δεν έχουν εμβολιαστεί παραμένουν ευάλωτα στις διάφορες ασθένειες.

Ακόμη η αυστηρή καθαριότητα και υγιεινή μεταθέτουν τις μολυσματικές ασθένειες σε μεγαλύτερες ηλικίες με αποτέλεσμα παιδιά και ενήλικες να νοσούν με σοβαρότερα συμπτώματα.

Η χρήση του MMR απασχόλησε πολλές φορές την επιστημονική κοινότητα, γιατί κατά καιρούς ενοχοποιήθηκε ότι προκαλεί αυτισμό και προδιάθεση για την νόσο του Crohn. Ακολούθησε διακοπή του εμβολιασμού με καταστροφικές συνέπειες για ένα μεγάλο αριθμό παιδιών που νόσησαν. Οι μελέτες που ενοχοποίησαν το MMR θεωρήθηκαν ότι δε χρησιμοποιούσαν ορθή μεθοδολογία και επιπλέον το ισχυρότερο επιχείρημα υπέρ του εμβολίου είναι ότι ο αυτισμός περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1943 δηλαδή 20 χρόνια προτού παρασκευαστεί το MMR. Επιπλέον μια πρόσφατη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό LANCET (19/01/2007) επιβεβαιώνει την μείωση της παιδικής θνησιμότητας κατά 60% λόγω ιλαράς μετά από μια τεράστια παγκόσμια εκστρατεία εμβολιασμού που τέθηκε σε εφαρμογή το 1999 με σκοπό να μειώσει τους θανάτους από ιλαρά κατά 50%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΙΛΑΡΑ ΕΡΥΘΡΑ ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ (MMRV)



4.1 ΙΛΑΡΑ

4.1.1 Τι είναι

Η ιλαρά είναι οξεία ιογενής λοίμωξη που εκδηλώνεται με πυρετό 38,3 οC ή υψηλότερο, βήχα, κόρυζα (ρινίτιδα), επιπεφυκίτιδα, κηλίδες του Koplik (εξάνθημα) στο στοματικό βλεννογόνο και ερυθρό εξάνθημα που διαρκεί περισσότερες από τρεις ημέρες και τ' οποίο ξεκινά από την περιοχή του προσώπου και επεκτείνεται σε όλο το σώμα.

4.1.2 Πότε μεταδίδεται

Τις 4-5 τελευταίες μέρες του χρόνου επώασης μέχρι και τις πρώτες μέρες του εξανθηματικού σταδίου.

4.1.3 Πως μεταδίδεται

Με σταγονίδια ασθενών και με αντικείμενα που μολύνθηκαν πολύ πρόσφατα.

4.1.4 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 9-12 μέρες (σε σπάνιες περιπτώσεις η επώαση μπορεί να διαρκέσει ακόμη και 20 μέρες).

4.1.5 Κλινική εικόνα

Η ιλαρά εκδηλώνεται σε **3 στάδια**.

α) Καταρροϊκό (πρόδρομο) στάδιο. Η νόσος εισβάλλει με

- πυρετό,
 - έντονα καταρροϊκά συμπτώματα (δακρύρροια, ρινόρροια, πταρμός),
 - ξηρό βήχα,
 - επιπεφυκίτιδα και φωτοφοβία.
- Σημειώνεται ότι ο πυρετός μπορεί ν' απουσιάζει στα βρέφη. Το καταρροϊκό στάδιο συνήθως έχει διάρκεια 3-4 μέρες.

4.1.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 598

4.1.2 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

β) Εξανθηματικό στάδιο. Μετά από μικρή πτώση του πυρετού (λιγότερο από 24 ώρες), η θερμοκρασία ανεβαίνει και πάλι, τα καταρροϊκά συμπτώματα και ο βήχας γίνονται πιο έντονα και αρχίζει η εμφάνιση του εξανθήματος. Αρχικά τα εξανθήματα είναι αραιά, ροδαλά . Στη συνέχεια γίνονται έντονα ερυθρά και συρρέουν κατά τόπους, αλλά εξακολουθούν να ξεχωρίζουν μεταξύ τους , με υγιές δέρμα. Η εμφάνιση του εξανθήματος αρχίζει πίσω από τα αυτιά, γρήγορα εξαπλώνεται στο πρόσωπο και τον κορμό και την 3η-4η μέρα, και στα άκρα. Το εξανθηματικό στάδιο διαρκεί 3-5 μέρες

γ) Στάδιο αποδρομής (ανάρρωσης). Αφού ολοκληρωθεί η εμφάνιση του εξανθήματος, ο πυρετός πέφτει και η γενική κατάσταση του ασθενούς βελτιώνεται σημαντικά.

Το εξάνθημα εξαφανίζεται σταδιακά με τη σειρά που εμφανίστηκε, δηλαδή σβήνει πρώτα από το πρόσωπο. Αφήνει **υπέρχρωση** του δέρματος .Διαρκεί 10 περίπου μέρες. Σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται **λεπτή πιτυρώδης απολέπιση** που όμως δεν αφορά τις παλάμες και τα πέλματα.

4.1.6 Επιπλοκές

Σοβαρότερες επιπλοκές της ιλαράς είναι η πνευμονία και η εγκεφαλίτιδα ενώ αρκετά συχνή είναι και η οξεία μέση ωτίτιδα. Αναλυτικότερα διακρίνονται σε:

A. Επιπλοκές που οφείλονται στον ίδιο τον ιό της ιλαράς

1. Από το αναπνευστικό σύστημα. Παρουσιάζονται σε συχνότητα περίπου 5% και είναι:

α) Λαρυγγίτιδα. Προσβάλλει συνήθως παιδιά μικρότερα των 4 χρόνων.

β) Βρογχολίτιδα.

γ) Πρωτοπαθής πνευμονία. Έχει βαριά πρόγνωση, ιδιαίτερα σε παιδιά που βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή.

2. Από το Κ.Ν.Σ.

α) Οξεία μεθιλαρική εγκεφαλίτιδα. Είναι βαριά επιπλοκή (1/1000 περιπτώσεις). Απαντάται συχνότερα στα μεγαλύτερα παιδιά. Συνήθως εκδηλώνεται 3-10 μέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος και μόνο σπάνια πριν απ' αυτό. Εμφανίζεται με ψηλό πυρετό , ανησυχία, διέγερση, θόλωση της διάνοιας, σπασμούς και κώμα.

Η πρόγνωση της οξείας μεθιλαρικής εγκεφαλίτιδας είναι βαριά. Το 25% περίπου των πασχόντων θα πεθάνουν, ενώ απ' αυτούς που θα επιζήσουν το 35% περίπου θα έχουν μόνιμα κατάλοιπα όπως πνευματική καθυστέρηση, επιληψία, παραλύσεις νεύρων, διαταραχές της συμπεριφοράς.

4.1.6 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

β) Υποξεία σκληρυντική παρεγκεφαλίτιδα . Είναι σπάνια επιπλοκή της ιλαράς. Οφείλεται σε βλάβη των εγκεφαλικών κυττάρων από τον ιό της ιλαράς .Εκεί παραμένει και πολλαπλασιάζεται ο ιός και μετά την υποχώρηση της νόσου. Συνήθως περνάει ένα σημαντικό χρονικό διάστημα (περίπου 6 χρόνια) , μεταξύ της ιλαράς και της εκδήλωσης της επιπλοκής αυτής. : **Κατά το αρχικό στάδιο** εκδηλώνεται με μείωση της σχολικής επίδοσης και αλλαγή του χαρακτήρα.
Ακολουθούν μυοκλονίες, ατονικές κρίσεις, σπασμοί **και τέλος** βαριά πνευματική έκπτωση, κώμα και θάνατος σε 1-2 χρόνια μετά την έναρξη της επιπλοκής.

3. Από το αίμα

Θρομβοπενική πορφύρα που εκδηλώνεται 3-4 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος. Οφείλεται σε αυτοάνοσο μηχανισμό.

B. Επιπλοκές που οφείλονται σε δευτεροπαθείς λοιμώξεις

1. Δευτεροπαθής πνευμονία από πνευμονιόκοκκο, σταφυλόκοκκο, αιμόφιλο και άλλα μικρόβια

2. Μέση πυώδης ωτίτιδα

4.1.7 Θεραπεία

- 1) Χορηγούνται **αντιπυρετικά** φάρμακα.
- 2)Το **διαιτολόγιο** είναι ελεύθερο και προσαρμόζεται στην όρεξη του παιδιού.
- 3)**Συσκότιση του δωματίου** συνιστάται μόνο αν το φως ενοχλεί.
- 4)**Οι δευτεροπαθείς επιπλοκές της νόσου** όπως η βρογχοπνευμονία και η οξεία μέση ωτίτιδα αντιμετωπίζονται με αντιβιοτικά.

4.1.8 Πρόγνωση

Επηρεάζεται από το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο της κάθε χώρας .Θνητότητα 0,02%.

4.1.9 Πρόληψη

Με εμβολιασμό.

Η 1η δόση γίνεται σε ηλικία 15 μηνών .

Η 2η στην ηλικία των 6 ετών

4.1.7 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

4.1.8 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

4.1.9 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

Σε επιδημία ιλαράς πράττουμε ως εξής:

1)σε βρέφη 6-12 μην. = κάνουμε εμβολιασμό (μόνο ιλαράς) επανεμβολιασμός σε ηλικία 15 μην. με MMR

2)σε παιδιά >12μην. κάνουμε εμβολιασμό με MMR

Αν κάποιο μη εμβολιασμένο παιδί έλθει σε επαφή με άρρωστο.

1)Εμβολιάζουμε μέσα σε 72 ώρες από την επαφή,κι έτσι προλαμβάνεται η νόσος

2)Αν περάσουν οι 72ώρες και μέχρι την 6η μέρα από την επαφή δίνουμε MORUMAN (1amp=2ml)σε δόση 0,25ml /kg (max=15ml)

4.1.10 Εμβόλιο

Το εμβόλιο της ιλαράς περιέχει ζώντες εξασθενημένους ιούς. Μολονότι ο συγκεκριμένος εμβολιασμός δεν αποτελεί προϋπόθεση για τη χορήγηση άδειας εισόδου σε καμιά χώρα, τα άτομα που ταξιδεύουν ή ζουν στο εξωτερικό καλό θα είναι να έχουν ανοσία εναντίον της ιλαράς, της ερυθράς και της παρωτίτιδας. Σε γενικές γραμμές, τα άτομα θεωρούνται ότι έχουν αποκτήσει ανοσία, εάν υπάρχει είτε η βεβαίωση από γιατρό της νόσησης με αυτά τα νοσήματα είτε η εργαστηριακή απόδειξη της παρουσίας ανοσίας στα νοσήματα αυτά είτε, τέλος, η απόδειξη χορήγησης δύο δόσεων του εμβολίου. Η πρώτη δόση του εμβολίου κατά της ιλαράς, της ερυθράς και της παρωτίτιδας (MMR) θα πρέπει να γίνεται στην ηλικία των 12 έως 15 μηνών. Η δεύτερη δόση του εμβολίου έχει σκοπό να εξασφαλίσει ανοσία στα άτομα που δεν ανταποκρίθηκαν στην πρώτη δόση του και θα πρέπει να απέχει χρονικά από την πρώτη δόση 28 τουλάχιστον ημέρες.

Το MMR μπορεί να χορηγηθεί ταυτόχρονα (αλλά σε διαφορετική θέση) με οποιοδήποτε άλλο εμβόλιο που περιέχει ζώντες εξασθενημένους ή αδρανοποιημένους ιούς. Εντούτοις, το MMR και το εμβόλιο του κίτρινου πυρετού δεν χορηγούνται ταυτόχρονα, αλλά θα πρέπει να μεσολαβήσει μεταξύ των δύο αυτών εμβολίων ένα διάστημα 28 ημερών.

4.1.11 Προφυλάξεις και αντενδείξεις

Αλλεργία

Δεν θα πρέπει να εμβολιάζονται άτομα με σοβαρή αλλεργία (π.χ., κνίδωση, οίδημα στο πρόσωπο ή στο λαιμό, δυσκολία στην αναπνοή, υπόταση και καταπληξία) στη ζελατίνη ή στη νεομυκίνη, ή τ' άτομα εκείνα που είχαν εμφανίσει σοβαρή αλλεργική αντίδραση σε προηγούμενο εμβολιασμό τους με το MMR.

4.1.10 βλ. www.Health.in.gr

4.1.11 βλ. www.Health.in.gr

Εγκυμοσύνη

Οι έγκυες δεν θα πρέπει να εμβολιάζονται με το MMR. Η εγκυμοσύνη θα πρέπει ν' αποφεύγεται ένα μήνα μετά τη λήψη των απλών μονοδύναμων εμβολίων κατά της ιλαράς, της ερυθράς και της παρωτίτιδας και τρεις μήνες μετά τη λήψη του MMR ή άλλου εμβολίου που περιέχει στη σύνθεσή του και το εμβόλιο της ερυθράς. Η στενή επαφή του εμβολιαζόμενου μ' εγκύους δεν αποτελεί αντένδειξη για τον εμβολιασμό του.

Ανοσοκαταστολή

Δεν θα πρέπει να εμβολιάζονται άτομα που, για οποιοδήποτε λόγο, είναι σοβαρά ανοσοκατεσταλμένα. Σ' αυτά περιλαμβάνονται όσα λαμβάνουν μεγάλες ημερήσιες δόσεις κορτικοστεροειδών, όπως και εκείνα που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Τα άτομα που ακολουθούν τέτοιου είδους θεραπεία θα πρέπει, προτού εμβολιαστούν, να έχουν διακόψει τη θεραπεία τους για τρεις τουλάχιστον μήνες. Το MMR μπορεί να χορηγηθεί σε όλους τους ασυμπτωματικούς φορείς του HIV, καθώς και σε αυτούς που δεν παρουσιάζουν σοβαρή ανοσοκαταστολή (μεγάλη μείωση του αριθμού των CD4).

Οξεία νοσήματα

Ο εμβολιασμός ατόμων που ασθενούν από μέτρια ή σοβαρή οξεία νόσο θα πρέπει ν' αναβάλλεται μέχρις ότου βελτιωθεί η κατάστασή τους. Οι ελαφριές ασθένειες, όπως είναι οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού, με ή χωρίς χαμηλό πυρετό, δεν αποτελούν αντένδειξη για την εφαρμογή του εμβολιασμού.

Πρόσφατη χορήγηση υπεράνοσης σφαιρίνης (IG) ή άλλων προϊόντων του αίματος που περιέχουν αντισώματα

Το MMR θα πρέπει να γίνεται δεκατέσσερις τουλάχιστον ημέρες πριν από τη χορήγηση προϊόντων αίματος που περιέχουν αντισώματα, όπως η υπεράνοση σφαιρίνη (IG), και τρεις έως έντεκα μήνες μετά τη διακοπή της χορήγησης αυτών των προϊόντων.

Φυματίωση

Η φυματίωση μπορεί να επιδεινωθεί από την ιλαρά, ενώ το εμβόλιο της ιλαράς μπορεί να καταστείλει την αντίδραση της φυματινοαντίδρασης (mantoux) σε κάποιο άτομο μολυσμένο με το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων, η εκτέλεση της φυματινοαντίδρασης θα πρέπει ν' αναβάλλεται και να γίνεται τέσσερις έως έξι εβδομάδες μετά τον εμβολιασμό με το MMR. Εάν απαιτείται να γίνει φυματινοαντίδραση, αυτή θα πρέπει να γίνει πριν από τον εμβολιασμό ή ταυτόχρονα με αυτόν.

Θηλασμός

Ο θηλασμός δεν αποτελεί αντένδειξη για τον εμβολιασμό της γυναίκας ή του βρέφους της.

Επίσης, ο εμβολιασμός δεν επηρεάζει τη δράση των αντιβιοτικών ή ανθελονοσιακών φαρμάκων που πιθανόν να λαμβάνονται από το άτομο. Συνεπώς μπορούν να εμβολιαστούν και όσοι λαμβάνουν τέτοια φάρμακα.

4.2 ΕΡΥΘΡΑ

4.2 ΕΡΥΘΡΑ-Εισαγωγή

Συνήθως η ερυθρά είναι μία αθώα ασθένεια στα παιδιά. Ο σπουδαιότερος λόγος εμβολιασμού είναι η προφύλαξη της εγκύου από την ερυθρά. Αν η μητέρα νοσήσει, τα επακόλουθα για το έμβρυο μπορεί να είναι καταστρεπτικά, αφού υπάρχει πολύ μεγάλη πιθανότητα να πεθάνει στην κοιλιά της μητέρας του, ή να γεννηθεί με ανεπανόρθωτες βλάβες στην όραση, την καρδιά, τον εγκέφαλο κλπ.

Η ηλικία του εμβολιασμού είναι όπως και για το εμβόλιο της ιλαράς.

Αν το εμβόλιο γίνει σε νεαρές εφήβους ή ώριμες γυναίκες πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν:

1. να γίνει προ του εμβολιασμού αρνητικό test κυήσεως.
2. να γίνει αντισύλληψη για τουλάχιστον 2 μήνες μετά τον εμβολιασμό.

4.2.1 Τι είναι

Η ερυθρά είναι μια ελαφρά λοιμώδης εξανθηματική νόσος . Η νόσηση **κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης** μπορεί να γίνει επικίνδυνη γιατί τότε υπάρχει κίνδυνος πρόκλησης σοβαρών ανωμαλιών στο έμβρυο.

4.2.2 Πως μεταδίδεται

Μεταδίδεται με τα σταγονίδια από το αναπνευστικό. Δια μέσου του πλακούντα μπορεί να προκαλέσει συγγενή λοίμωξη στο έμβρυο. **Ο χρόνος μεταδοτικότητας** στην επίκτητη ερυθρά είναι μια εβδομάδα πριν από την εμφάνιση του εξανθήματος έως μία εβδομάδα μετά. Παιδιά με συγγενή ερυθρά αποβάλλουν τον ιό για μεγάλο χρονικό διάστημα και μπορεί να μεταδίδουν τη νόσο ακόμη και 12-18 μήνες μετά τη γέννηση.

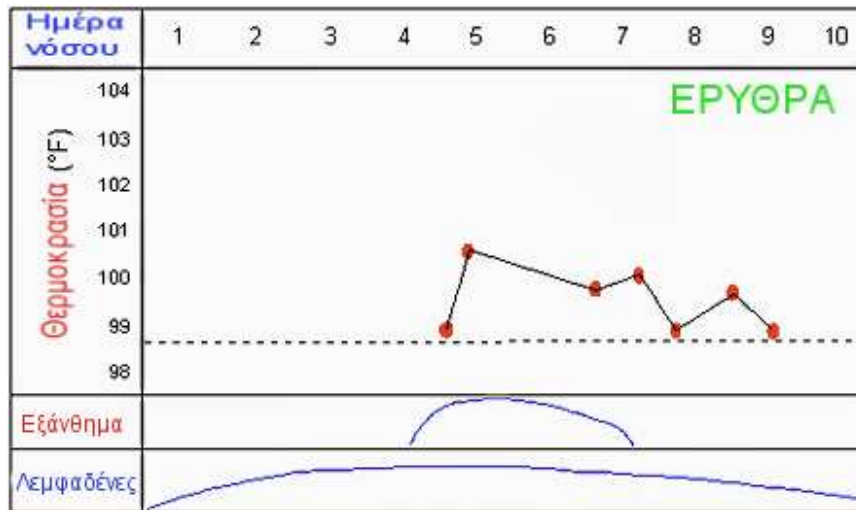
4.2.3 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 4-21 μέρες.

4.2.4 Κλινική εικόνα

Η νόσος εκδηλώνεται με

- **διόγκωση των λεμφαδένων**, η οποία παρατηρείται μία εβδομάδα μέχρι και 24 ώρες πριν από την εμφάνιση του εξανθήματος. Διογκώνονται κυρίως οι οπισθοωτιαίοι, οι υπινιακοί και οι οπίσθιοι τραχηλικοί λεμφαδένες .Είναι επώδυνοι κατά την πίεση. Η διόγκωση των αδένων παραμένει για μερικές ημέρες μετά την εξαφάνιση του εξανθήματος.



- Το **εξάνθημα** στην αρχή εμφανίζεται στο πρόσωπο και γρήγορα επεκτείνεται στον κορμό και τα άκρα. Μετά από 24 ώρες έχει συνήθως καλύψει ολόκληρο το σώμα .Εξαφανίζεται μετά από 2-4 ημέρες, με τη σειρά που εμφανίστηκε. Είναι ερυθρό, κηλιδοβλατιδώδες, παρόμοιο με εκείνο της **ιλαράς**.
- Ο **πυρετός**, εάν υπάρχει, είναι μέτριος και εμφανίζεται με την έναρξη του εξανθήματος και διαρκεί όσο αυτό.
- Κατά τη διάρκεια της νόσου, σε μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους, μπορεί να παρουσιαστεί **παροδική διόγκωση και πόνος των αρθρώσεων**, ιδία των πηχαιοκαρπικών.

4.2.5 Επιπλοκές

Σπάνια

- 1) εγκεφαλίτιδα, (συχνότητα 1:6.000)και ποικίλλει από πλευράς βαρύτητας.
- 2) αρθρίτιδα και
- 3) θρομβοκυττοπενική πορφύρα, η οποία εκδηλώνεται μετά την αποδρομή της νόσου.

4.2.6 Θεραπεία

Η θεραπεία είναι συμπτωματική.

4.2.7 Πρόγνωση

Η πρόγνωση της νόσου είναι καλή.

4.2 βλ. 3tee-Rodou.dod.sch.gr

4.3 ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ

4.3.1 Τι είναι

Η παρωτίτιδα είναι οξεία συστηματική ιογενής νόσος που προκαλεί πυρετό και επώδυνη εξοίδηση των σιελογόνων και παρωτιδικών αδένων.

4.3.2 Πότε μεταδίδεται

Την τελευταία εβδομάδα του σταδίου επώασης και για όσο διάστημα είναι διογκωμένες οι παρωτίδες.

4.3.3 Πως μεταδίδεται

Με τα σταγονίδια του ασθενούς και με τα αντικείμενα που μολύνθηκαν πρόσφατα.

4.3.4 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 14-21 μέρες (1-3 εβδομάδες).

4.3.5 Κλινική εικόνα

Συνήθως αρχίζει με διόγκωση της μιας παρωτίδας, που κατά κανόνα εξελίσσεται σε διόγκωση και των δύο, σε 3-4 μέρες. : Η διόγκωση της παρωτίδας αρχικά καταλαμβάνει το χώρο που είναι πίσω από το οπίσθιο άκρο της κάτω γνάθου . Στη συνέχεια το οίδημα (πρήξιμο) επεκτείνεται προς τα εμπρός, μετατοπίζει το λόβιο του αυτιού προς τα πάνω ενώ καλύπτεται και η γωνία της κάτω γνάθου.

Η οιδηματώδης περιοχή πονάει αρκετά. Ο πόνος γίνεται δυνατότερος αν το παιδί πει μια όξινη ουσία π.χ. χυμό λεμονιού. Συνήθως η διόγκωση συνοδεύεται και από πυρετό που μπορεί να είναι ψηλός. Αν η διόγκωση είναι μεγάλη, ο ασθενής παραπονείται για πόνο στο αυτί και πόνο κατά τη μάσηση. **Η διόγκωση υποχωρεί σε 4-7 μέρες.** Μερικές φορές διογκώνονται και οι υπογνάθιοι σιελογόνοι αδένες παράλληλα με τις παρωτίδες ή και μεμονωμένα.

4.3.6 Άλλες εκδηλώσεις της νόσου

1. Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα. Η μηνιγγοεγκεφαλίτιδα εμφανίζεται σε πάνω από το 10% των ασθενών.

4.3.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 599

4.3.2 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

Μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε φάση της νόσου, δηλαδή πριν την εκδήλωση της παρωτίτιδας , κατά τη διάρκεια της νόσου ή και μετά την υποχώρηση της διόγκωσης των παρωτίδων. Ακόμη δεν αποκλείεται η εμφάνιση της μηνιγγοεγκεφαλίτιδας χωρίς να υπάρχουν άλλες κλινικές εκδηλώσεις της παρωτίτιδας.

Τα συμπτώματά της είναι **πυρετός, κεφαλαλγία, εμετοί και δυσκαμψία.**

Η πρόγνωση της μηνιγγίτιδας είναι γενικά πολύ καλή. Συνήθως διαρκεί 3-10 μέρες και υποχωρεί χωρίς ν' αφήνει βλάβες.

2. Ορχίτιδα. Εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά στην εφηβεία ή στην ενήλικη ζωή και η συχνότητα της φτάνει το 15-35%. Χαρακτηρίζεται από **επώδυνη διόγκωση του όρχεως, συχνά και της επιδιδυμίδας και υψηλό πυρετό.** Σε 30% των περιπτώσεων η ορχίτιδα υπάρχει και στους 2 όρχεις . Ατροφία των όρχεων που έχουν προσβληθεί εμφανίζεται σε ποσοστό 30-40%. Στείρωση πολύ σπάνια αναπτύσσεται και αφορά μόνο τους ασθενείς με ορχίτιδα και στους 2 όρχεις , και με πλήρη ατροφία και των 2 όρχεων.

3. Ωοθηκίτιδα. Κυρίως προσβάλλει τις έφηβες και τις ενήλικες γυναίκες. Δεν προκαλεί στείρωση γιατί οι ωοθήκες δεν περιβάλλονται από κάψα και έτσι δεν δημιουργείται ατροφία από τη πίεση των ωοθηκών .

4. Παγκρεατίτιδα. Είναι μια βαριά προσβολή του παγκρέατος και σπάνια συμβαίνει στην παιδική ηλικία. Χαρακτηρίζεται από **οξύ κοιλιακό άλγος ιδίως στο επιγάστριο, εμετούς και πυρετό.**

4.3.7 Τι εξετάσεις χρειάζονται

Συνήθως δε χρειάζονται

4.3.8 Θεραπεία

Αντιπυρετικά και σίτιση με ρευστές τροφές.

Σε **ορχίτιδα** συνιστώνται ανάρτηση των όρχεων, θερμά επιθέματα και αναλγητικά.

4.3.9 Πρόγνωση

Η πρόγνωση της είναι πολύ καλή.

4.3.10 Πρόληψη

Με εμβολιασμό

4.3.7 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

4.4 ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ

4.4.1 Τι είναι

Η ανεμευλογιά είναι σε μεγάλο βαθμό μια μεταδοτική ιογενής νόσος με ποικίλη έναρξη.

4.4.2 Πότε μεταδίδεται

Τις 2 τελευταίες μέρες του χρόνου επώασης, και σ' όλη τη διάρκεια της ύπαρξης του εξανθήματος μέχρι την εφελκιδοποίηση του.

4.4.3 Πώς μεταδίδεται

Με τα σταγονίδια του στοματοφάρυγγα και με το υγρό των φυσαλίδων.

4.4.4 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται 10-21 μέρες (συνήθως 14-16).

4.4.5 Κλινική εικόνα

Σπάνια πριν από το εξάνθημα εμφανίζονται χαμηλός πυρετός, και ένα φευγαλέο οστρακιώδες εξάνθημα.

Κλασικά, όμως η νόσος εισβάλλει:

1) με μικροκηλιδώδες εξάνθημα. Μέσα σε λίγες ώρες οι κηλίδες εξελίσσονται σε **βλατίδες, φυσαλίδες, που τελικά εφελκιδοποιούνται.** Οι φυσαλίδες έχουν σφαιρικό ή ωοειδές σχήμα, περιέχουν διίδρωμα (διαφανές υγρό) και περιβάλλονται από ερυθρά περιφέρεια . Νέα εξανθήματα εμφανίζονται κάθε 10-20 ώρες με αποτέλεσμα να υπάρχουν όλες μαζί οι στοιχειώδεις βλάβες που αναφέρθηκαν . Το πολύμορφο αυτό εξάνθημα εντοπίζεται **κυρίως στον κορμό και λιγότερο στο πρόσωπο και τα άκρα.** Η παρουσία του εξανθήματος στο **τριχωτό της κεφαλής** αποτελεί εύρημα χαρακτηριστικό της νόσου. Φυσαλίδες είναι δυνατό να βρεθούν **και στους βλεννογόνους του στόματος, των γεννητικών οργάνων και τους επιπεφυκότες.** Το εξάνθημα προκαλεί φαγούρα και έτσι είναι δυνατό να επιμολυνθεί και να εγκαταλείψει ουλές.

4.4.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 602

4.4.5 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

Μερικές φορές συνοδεύεται από χαμηλό ή υψηλό **πυρετό**.

(Σε βαριά νόσο οι φυσαλίδες γίνονται αιμορραγικές (αιμορραγική ανεμευλογία) ή τα εξανθηματικά στοιχεία νεκρώνονται (γαγγραινώδης ανεμευλογία). Κεραυνοβόλος αιμορραγική ή γαγγραινώδης ανεμευλογία είναι δυνατό ν' αναπτυχθεί σε άτομα με συγγενή ή επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια (π.χ. λήψη κορτικοστεροειδών).)

4.4.6 Επιπλοκές

1. Μικροβιακή επιμόλυνση των δερματικών στοιχείων.

2. Δευτεροπαθής λοίμωξη από μικρόβια όπως πνευμονία και οξεία μέση πυώδης ωτίτιδα.

3. Μηνιγγοεγκεφαλίτιδα. Συνήθως εμφανίζεται στην έναρξη του εξανθήματος ή στο τέλος της πρώτης εβδομάδας της νόσου. Εμφανίζεται κυρίως σαν παρεγκεφαλιδική αταξία. Σπάνια μπορεί να εκδηλωθεί πριν από την εμφάνιση του εξανθήματος.

4. Πρωτοπαθής βρογχοπνευμονία. Οφείλεται στον ίδιο τον ιό και μπορεί να είναι βαριά. Εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ή άτομα που βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή.

(Σπάνιες επιπλοκές είναι η ηπατίτιδα, παγκρεατίτιδα, νεφρίτιδα, μυοκαρδίτιδα, αρθρίτιδα, θρομβοπενία και η συνδρομή Reye, ιδιαίτερα μετά από χορήγηση ασπιρίνης)

4.4.7 Τι εξετάσεις χρειάζονται

Συνήθως καμία, μια και η διάγνωση είναι εύκολη.

4.4.8 Θεραπεία

Κατά κανόνα είναι:

1) συμπτωματική (αντιπυρετικά, αντιισταμινικά). **Δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να χορηγηθεί ασπιρίνη**, γιατί αυτή ενοχοποιείται σαν αιτία ανάπτυξης του **συνδρόμου Reye**. (μια πολύ βαριά νόσος, και πολλές φορές θανατηφόρα)

2) Πρέπει να φροντίζεται η καθαριότητα με καθημερινό πλύσιμο του σώματος.

3) Η διατροφή είναι ελεύθερη. Αν αναπτυχθεί μια δευτεροπαθής μικροβιακή λοίμωξη χορηγείται αντιβίωση.

4.4.6 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

4.4.7 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

4.4.8 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

4) Ακυκλοβίρη από το στόμα (Zovirax)

συνιστάται να χορηγείται θεραπευτικά σε άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από βαριά ανεμευλογία. Αρχίζει να δίνεται μέσα στο 1ο 24ωρο από την εμφάνιση του εξανθήματος. Πρέπει να δίνεται λοιπόν σε:

- 1) Άτομα ηλικίας άνω των 13 ετών με εξαίρεση τις εγκύους.
- 2) Παιδιά μεγαλύτερα του 1 έτους με χρόνια δερματολογικό ή πνευμονικό νόσημα όπως και σ' εκείνα που βρίσκονται σε χρόνια θεραπεία με σαλικυλικά.
- 3) Παιδιά που παίρνουν κορτικοστεροειδή σε βραχύ σχήμα ή με τη μορφή εισπνοών.

Στις περιπτώσεις αυτές χορηγείται ακυκλοβίρη από το στόμα σε δόση 20 mg/kg β.σ./δόση (έως 800 mg/δόση), 4 φορές τη μέρα για 5 μέρες.

Αποτελεί υπερβολή η χορήγηση ακυκλοβίρης σε όλα γενικώς τα παιδιά με ανεμευλογία.

4.4.9 Πρόγνωση

Είναι γενικά μια καλοήθης νόσος. Όμως είναι βαρύ νόσημα στα νεογνά (θνητότητα 20-30%), και στα ανοσοκατασταλμένα άτομα.

4.4.10 Πρόληψη

1. Απομόνωση των ασθενών. Τα παιδιά μπορεί να επιστρέψουν στο σχολείο ή τον παιδικό σταθμό 7 μέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος εφόσον έχουν εφελκιστοποιηθεί όλα τα εξανθηματικά στοιχεία.

2. Ενεργητική ανοσοποίηση. Υπάρχει δραστικό εμβόλιο με περιορισμένες ενδείξεις

3. Παθητική ανοσοποίηση. Υπάρχει ειδική γ-σφαιρίνη για την ανεμευλογία και τον έρπητα ζωστήρα (Varicella Zoster Immune Globulin - VZIG, φιαλίδια των 125 U). Χορηγείται ενδομυϊκά σε δόση 12,5 U/kg β.σ. (μέγιστη δόση 625 U).

Παθητική ανοσοποίηση συνιστάται να γίνεται σε ορισμένα άτομα υψηλού κινδύνου αν έλθουν αυτά σ' επαφή με τον ασθενή. Αυτά είναι:

- 1) ανοσοκατεσταλμένα επίνουσα παιδιά,
- 2) νεογνά που οι μητέρες τους νόσησαν από ανεμευλογία 5 μέρες πριν έως και 2 μέρες μετά τον τοκετό,
- 3) πρόωρα νεογνά > 28 εβδομάδων κύησης που οι μητέρες τους δεν αναφέρουν νόσηση από ανεμευλογία και
- 4) πρόωρα νεογνά < 28 εβδομάδων κύησης, ανεξάρτητα από το ιστορικό νόσησης της μητέρας τους.

4.4.10 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

5)σε φυσιολογικά άτομα άνω των 15 ετών που έχουν έλθει σε επαφή με ασθενή αλλά μόνον αφού με ορολογικό έλεγχο αποδειχθεί ότι είναι επίνοσα.

6) στις επίνοσες έγκυες. Η χορήγηση της VZIG πρέπει να γίνεται μέσα σε 48 το πολύ 96 ώρες μετά την πρώτη επαφή με ασθενή.

4.4.11 Λόγοι αναβολής ή αποφυγής του εμβολίου

Οι λόγοι αναβολής είναι οι ακόλουθοι:

1. Πυρετός
2. Σε περιπτώσεις που λαμβάνονται συγκεκριμένα φάρμακα όπως η κορτιζόνη.
3. Αλλεργία στο αυγό ή στη νεομυκίνη.
4. Άτομα που έχουν διαταραχές στο αμυντικό τους σύστημα.

4.5 ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΤΡΙΑ ΠΡΩΤΑ

4.5.1 Εισαγωγή

Τα τρία πρώτα εμβόλια μπορούν να δοθούν μαζί σε μια απλή δόση με μία ένεση. Πρόκειται για το MMR. Οι παρενέργειες του είναι ακριβώς όμοιες με αυτές των ξεχωριστών εμβολίων. Η 2^η δόση (αναμνηστική) του εμβολίου δεν φαίνεται να προκαλεί παρενέργειες (πυρετός) όπως η πρώτη.

Το εμβόλιο αυτό περιέχει ζωντανούς εξασθενημένους ιούς της ιλαράς (εμφανίζεται με εξάνθημα και μπορεί να προσβάλλει τον εγκέφαλο), της ερυθράς (εμφανίζεται με εξάνθημα και σε περιπτώσεις προσβολής της εγκύου μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο έμβρυο), και της παρωτίτιδας (εμφανίζεται με διόγκωση της παρωτίδας, αδένας που βρίσκεται στη γωνία της κάτω σιαγόνας, και μπορεί να προκαλέσει βλάβες στους όρχεις και στις ωοθήκες).

4.5.2 Χρόνος εμβολιασμού

Στα παιδιά θα πρέπει να χορηγηθούν δύο δόσεις του εμβολίου.

Η πρώτη στην ηλικία των δώδεκα με δεκαπέντε μηνών και η δεύτερη στην ηλικία των τεσσάρων με έξι ετών.

Το παραπάνω δοσολογικό σχήμα εμβολιασμού είναι το προτεινόμενο, αλλά η δεύτερη δόση του εμβολίου μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε ηλικία, αρκεί να έχουν παρέλθει 28 τουλάχιστον μέρες από την πρώτη δόση. Το MMR μπορεί να χορηγηθεί ταυτόχρονα με άλλα εμβόλια.

4.5.2 βλ. www.Health.in.gr

4.5.3 Προειδοποιήσεις σχετικά με τον εμβολιασμό

- Δεν θα πρέπει να εμβολιαστούν τα άτομα που εμφάνισαν κάποτε επικίνδυνη αλλεργική αντίδραση στη ζελατίνη, στο αντιβιοτικό νεομυκίνη ή σε προηγούμενο εμβολιασμό τους με το MMR.
- Αν κατά το χρονικό διάστημα που έχει προγραμματιστεί να γίνει ο εμβολιασμός με το MMR τ' άτομα είναι λίγο ή σοβαρά άρρωστα, θα πρέπει ν' αναβάλλουν τον εμβολιασμό τους μέχρι ν' αναρρώσουν.
- Οι έγκυοι γυναίκες θα πρέπει ν' αναβάλλουν τον εμβολιασμό τους μέχρις ότου γεννήσουν. Επίσης, πρέπει να προσέξουν να μη μείνουν έγκυοι επί τρεις μήνες μετά τον εμβολιασμό τους.
- Μερικά άτομα καλό είναι να συνεννοηθούν με το γιατρό τους προτού εμβολιαστούν. Σε αυτά περιλαμβάνονται:
 - Τα άτομα με HIV/AIDS, ή άλλο νόσημα που επηρεάζει αρνητικά το ανοσοποιητικό τους σύστημα.
 - Όσοι λαμβάνουν φάρμακα που επιδρούν αρνητικά στο ανοσοποιητικό τους σύστημα, όπως η λήψη στεροειδών επί δύο εβδομάδες ή και περισσότερο.
 - Τα άτομα που πάσχουν από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου.
 - Όσοι υποβάλλονται σε αντικαρκινική θεραπεία με φάρμακα ή ακτινοβολία.
 - Τα άτομα που παρουσίασαν σε προγενέστερη γενική αίματος χαμηλό αριθμό αιμοπεταλίων.
 - Τα άτομα που έκαναν πρόσφατα μετάγγιση αίματος ή έλαβαν άλλα προϊόντα αίματος, θα πρέπει να συμβουλευτούν το γιατρό τους αν μπορούν να εμβολιαστούν.

4.5.4 Κίνδυνοι

Ήπιες ανεπιθύμητες δράσεις: πυρετός, ελαφρύ εξάνθημα, διόγκωση των αδένων του τραχήλου.

Μέτριας σοβαρότητας ανεπιθύμητες δράσεις: πυρετικοί σπασμοί, παροδικός πόνος και δυσκαμψία στις αρθρώσεις, ιδιαίτερα σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας και σε γυναίκες, παροδική μείωση του αριθμού των αιμοπεταλίων (θρομβοπενία), που μπορεί να προκαλέσει αιμορραγίες.

Σοβαρές ανεπιθύμητες δράσεις: σοβαρή αλλεργική αντίδραση. Μετά τον εμβολιασμό έχουν αναφερθεί επίσης και κάποιες άλλες παρενέργειες, αλλά λόγω της εξαιρετικά χαμηλής τους εμφάνισης δεν είναι βέβαιο αν οφείλονται ή όχι στο εμβόλιο. Σε αυτές περιλαμβάνονται η κώφωση, οι σπασμοί, το κώμα, η μείωση του επιπέδου συνείδησης, όπως επίσης και η μόνιμη εγκεφαλική βλάβη.

Στα άμεσα κλινικά συμπτώματα σοβαρής αντίδρασης του ατόμου στον εμβολιασμό συνυπολογίζονται η δυσκολία στην αναπνοή, το βράχνιασμα της φωνής, η ουρτικάρια (αλλεργικό εξάνθημα), η ωχρότητα και η ταχυκαρδία ή κάποιο αίσθημα ζάλης. Αυτές οι παρενέργειες εμφανίζονται εντός λίγων λεπτών ή ωρών μετά την ένεση του εμβολίου. Το πολύ σπάνιο ενδεχόμενο της εμφάνισης υψηλού πυρετού ή σπασμών λόγω εγκεφαλίτιδας θα συμβεί μία με δύο εβδομάδες μετά τον εμβολιασμό.

4.5.3 βλ. www.Health.in.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑ ΤΕΤΑΝΟΣ ΚΟΚΚΥΤΗΣ (DTP Ή DtaP)



5.1 ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑ

5.1.1 Τι είναι

Η διφθερίτιδα είναι οξεία μικροβιακή νόσος που συνήθως προσβάλλει το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα περιλαμβανομένων της μύτης, των αμυγδαλών, του λάρυγγα και του φάρυγγα.

5.1.2 Πως μεταδίδεται

Η νόσος μεταδίδεται μέσω άμεσης επαφής με το φορέα.

5.1.3 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης διαρκεί 2-5 ημέρες και ενίοτε περισσότερο.

5.1.4 Επιπλοκές

Οι βλάβες προκαλούνται από την απελευθέρωση της βακτηριακής εξωτοξίνης και εκδηλώνονται υπό μορφή ινιδώδους ψευδομεμβράνης ή κηλίδων που περιβάλλουν τη γκριζωπή μεμβράνη. Οι επιπλοκές μπορεί να επιφέρουν σοβαρό οίδημα του λαιμού, θρομβοπενία, νευρίτιδα και μυοκαρδίτιδα.

5.1.5 Θεραπεία

Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση μίας δόσης ήπιας διφθεριτικής αντιτοξίνης που ακολουθείται από ένα πλήρες σχήμα αντιμικροβιακής θεραπείας.

5.1.6 Διάγνωση

Η διάγνωση τίθεται μέσω βακτηριολογικής καλλιέργειας ρινικών και φαρυγγικών εκκρίσεων από τις βλάβες.

5.1.7 Ευπαθείς ομάδες

Γενική ευπάθεια παρατηρείται στα μη εμβολιασμένα άτομα, ενώ τα άτομα που έχουν εμβολιαστεί είναι προστατευμένα για 10 περίπου έτη μετά τον εμβολιασμό.

5.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 593

5.2 ΤΕΤΑΝΟΣ

5.2.1 Τι είναι

Ο τέτανος ή τρησμός (σπασμός των μασητήρων) είναι οξεία νευρολογική νόσος προκαλούμενη από έναν αναερόβιο βάκιλλο, ο οποίος παράγει μια εξωτοξίνη (τετανοσπασμίνη) στην πύλη εισόδου του ανθρώπου ξενιστή.

5.2.2 Πώς μεταδίδεται

Η μετάδοση της νόσου είναι έμμεση, από μολυσμένα τραύματα ή τους σπόρους του βάκιλλου που συνήθως βρίσκονται στο έδαφος ή σε μολυσμένα αντικείμενα.

5.2.3 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 1 έως 20 ημέρες.

5.2.4 Θεραπεία

Η θεραπεία περιλαμβάνει τη χορήγηση της τετανικής ανοσοσφαιρίνης (TIG), κατά προτίμηση του ανθρώπου. Η υποστηρικτική θεραπεία είναι ουσιαστική.

5.2.5 Διάγνωση

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται κλινικά, διότι το βακτήριο σπάνια ανευρίσκεται σε καλλιέργειες τραυμάτων.

5.2.6 Τι προκαλεί

Ο τέτανος προκαλεί βαθμιαία επιδείνωση των νευρολογικών συμπτωμάτων, όπως επώδυνοι τονικοί σπασμοί και συσπάσεις των μυών, συνήθως όλου του σώματος. Μπορεί επίσης να προκαλέσει σύσπαση του μασητήρα μύος της γνάθου, καθιστώντας το άτομο ανίκανο ν' ανοίξει το στόμα του ή να καταπιεί. Ο τέτανος μπορεί να οδηγήσει και σε θάνατο.

5.2 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 601

5.3 ΚΟΚΚΥΤΗΣ (Pertussis)

5.3.1 Τι είναι

Ο κοκκύτης είναι μία οξεία μικροβιακή λοίμωξη που ξεκινά με βήχα από το ανώτερο αναπνευστικό, ο οποίος γίνεται παροξυσμικός με αποτέλεσμα το άτομο να δυσκολεύεται να φάει, να πιεί ή ακόμη και ν' αναπνεύσει. Η λέξη <<Pertussis>> προέρχεται από τη λατινική λέξη για τον βήχα.

5.3.2 Πως μεταδίδεται

Μεταδίδεται με άμεση επαφή με τις αναπνευστικές εκκρίσεις του ασθενούς (με τα σταγονίδια).

5.3.3 Για πόσο καιρό μεταδίδεται

Για 6 εβδομάδες από την έναρξή της.

5.3.4 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 5 έως 21 μέρες (συνήθως 7-14 μέρες).

5.3.5 Κλινική εικόνα

Υπάρχουν 3 στάδια της νόσου, το πρόδρομο ή καταρροϊκό, το παροξυσμικό και το στάδιο της αποδρομής.

- **Το πρόδρομο ή καταρροϊκό στάδιο** διαρκεί περίπου **2 εβδομάδες** . Το παιδί έχει καταρροϊκά φαινόμενα και άτυπο, ερεθιστικό, ξερό βήχα, αρχικά νυχτερινό.

5.3.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 599

5.3.2 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 599

5.3.3 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

5.3.4 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

5.3.5 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

- **Το παροξυσμικό στάδιο** διαρκεί 2-6 εβδομάδες. Ο βήχας προοδευτικά γίνεται εντονότερος, έρχεται με παροξυσμούς και παίρνει σπασμωδικό (κοκκυτικό) χαρακτήρα. Οι παροξυσμοί του βήχα μπορεί να είναι, ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου, από 5 έως 40 το 24ωρο. Κατά τους παροξυσμούς, μετά από μια βαθιά εισπνοή, ακολουθούν κατά την ίδια εκπνοή πολλές βηχικές ώσεις. Αυτές τις ακολουθεί μια βαθιά, ηχηρή, συριγμώδης εισπνοή (ο εισπνευστικός συριγμός). Σε κάθε παροξυσμό υπάρχουν αρκετά επεισόδια τέτοιου τύπου βήχα, που διαδέχονται το ένα το άλλο, και που συχνά τελειώνουν μ' εμετό. Στο κορύφωμα των παροξυσμών του βήχα, προκαλείται κατά την εκπνοή σπασμός της γλωττίδας και των βρόγχων, που οδηγεί σε άπνοια. Η άπνοια προκαλεί κύανωση που περνάει μετά από τον εισπνευστικό συριγμό.

Από τον έντονο βήχα, το πρόσωπο και κυρίως τα βλέφαρα του παιδιού είναι πρησμένα, τα μάτια κόκκινα και υγρά και η έκφραση του προσώπου του ανήσυχη, ιδιαίτερα όταν αντιλαμβάνεται ότι πρόκειται να συμβεί παροξυσμός.

Στα νεογνά και στα βρέφη οι παροξυσμοί είναι άτυποι. Αντί του εισπνευστικού συριγμού είναι φανερές οι κρίσεις άπνοιας και κύανωσης και στο τέλος του παροξυσμού, οι εμετοί.

- **Το στάδιο της αποδρομής** διαρκεί 2-3 εβδομάδες. Οι παροξυσμοί γίνονται πιο ελαφρείς και πιο αραιοί και τελικά σταματούν. Σε μερικά παιδιά ο βήχας παρατείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, ιδιαίτερα κατά τους χειμερινούς μήνες.

Σημειώνεται ότι **κατά κανόνα ο κοκκύτης δεν συνοδεύεται από πυρετό. Η παρουσία του πυρετού φανερώνει ότι υπάρχει κάποια επιπλοκή.**

5.3.6 Επιπλοκές

Οι επιπλοκές είναι συχνότερες στα βρέφη και τα εξασθενημένα παιδιά. Εμφανίζονται κυρίως στο αναπνευστικό και το νευρικό σύστημα .

1) Συχνότερη επιπλοκή του κοκκύτη είναι η **πνευμονία** , κυρίως από επιμολύνσεις με άλλα μικρόβια (π.χ. αιμόφιλο της γρίπης, πνευμονιόκοκκο) αλλά και από τον ίδιο τον αιμόφιλο του κοκκύτη.

(Άλλες επιπλοκές της νόσου από το αναπνευστικό σύστημα είναι η **ατελεκτασία, η βρογχεκτασία, το μεσοπνευμόνιο και το υποδόριο εμφύσημα και ο πνευμοθώρακας**. Οι επιπλοκές αυτές είναι αποτέλεσμα απόφραξης των βρόγχων κυρίως

5.3.6 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

από την παχύρρευστη βλέννα, νέκρωσης των κυττάρων του αναπνευστικού επιθηλίου ή ρήξεως των κυψελίδων.)

2) Η κοκκυτική εγκεφαλοπάθεια είναι μια πολύ βαριά επιπλοκή. Προσβάλλει κυρίως τα βρέφη και εκδηλώνεται με **σπασμούς, αταξία, εστιακά νευρολογικά ευρήματα και κώμα**. Οφείλεται σε:

α. εγκεφαλική αιμορραγία, από την αύξηση της ενδοκράνιας φλεβικής πίεσης κατά τον παροξυσμό του βήχα,

β. εγκεφαλική ανοξία, αποτέλεσμα της άπνοιας του κοκκυτικού βήχα, και

γ. βλάβη του εγκεφάλου από την άμεση δράση της κοκκυτικής τοξίνης.

5.3.7 Εξετάσεις

1) Γενική αίματος

Η λευκοκυττάρωση (20.000-50.000 λευκά/mm³) με αύξηση των λεμφοκυττάρων, απαντάται στο τέλος του καταρροϊκού και σ' όλο το παροξυσμικό στάδιο.

2) Καλλιέργεια ρινοφαρυγγικών εκκρινμάτων. Μπορεί να επιτευχθεί απομόνωση του αιμόφιλου του κοκκύτη.

3) Προσδιορισμός στον ορό του αίματος των IgM, IgG και IgA αντισωμάτων έναντι της κοκκυτικής τοξίνης και της νηματοειδούς αιμοσυγκολλητίνης κατά την οξεία φάση της νόσου και κατά την ανάρρωση. Οι ορολογικές μέθοδοι μειονεκτούν. Αυτό γιατί γίνονται θετικές συνήθως μετά την 6η εβδομάδα της νόσου. Ακόμη στερούνται ικανοποιητικού βαθμού ειδικότητας.

4) Τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται μέθοδοι ανίχνευσης του γονιδιώματος του αιμόφιλου του κοκκύτη.

5.3.8 Θεραπεία

1) Η ερυθρομυκίνη (Erythrocine) αποτελεί το φάρμακο εκλογής για την αποστείρωση του ρινοφάρυγγα από τον αιμόφιλο του κοκκύτη. Δίνεται σε δόση 50 mg/kg β.σ./24ωρο για 14 μέρες. Η χορήγηση ερυθρομυκίνης, αν δοθεί στο καταρροϊκό στάδιο, ελαττώνει το χρόνο μετάδοσης της νόσου σε 3-4 μέρες και βελτιώνει την πορεία της .

2) Η σαλβουταμόλη (Aerolin) ελαττώνει τη συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια των παροξυσμών του βήχα. Δίνεται σε δόση 0,3-0,5 mg/kg/24/ωρο. (Η δράση της σαλβουταμόλης αποδίδεται σε αναστολή της καταστολής του συμπαθητικού νευρικού συστήματος που προκαλεί ο κοκκύτης. Η αναστολή επιτυγχάνεται με τη διέγερση των β₂ υποδοχέων της τραχείας και των μεγαλύτερων βρόγχων, που αποτελούν τις κύριες θέσεις δράσεως των τοξινών του αιμόφιλου.)

3) Τα κορτικοειδή μπορεί να δοθούν σε βαριές περιπτώσεις κοκκύτη, ιδιαίτερα σε βρέφη.

5.3.7 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

5.3.8 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

4) Τα νεογνά και τα βρέφη πρέπει να νοσηλεύονται σε νοσοκομείο όπου εξασφαλίζεται η κάλυψη των θρεπτικών τους αναγκών, ρυθμίζεται το ισοζύγιο ύδατος και των ηλεκτρολυτών, απομακρύνονται με αναρρόφηση τα εκκρίματα και χορηγείται οξυγόνο. Τονίζεται ότι τα παιδιά, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, πρέπει να τρέφονται με πολλά, και μικρά γεύματα.

Αφήνει ανοσία η νόσος;

Η νόσος αφήνει ανοσία που **πρακτικά διαρκεί για όλη τη ζωή**. Ο κοκκύτης προσβάλλει ακόμη και τα νεογνά των άνοσων μητέρων, γιατί τα αντισώματα του κοκκύτη δεν μεταφέρονται σε σημαντική ποσότητα μέσω πλακούντα, στο έμβρυο.

5.3.9 Πρόγνωση

Η θνητότητα της νόσου έχει πέσει σε χαμηλά επίπεδα τα τελευταία χρόνια. Είναι όμως υψηλή σε βρέφη ηλικίας μικρότερης των 5 μηνών. Η πνευμονία αποτελεί την κύρια θανατηφόρο επιπλοκή της νόσου.

5.3.10 Πρόληψη

Μπορούμε να προλάβουμε τη νόσο μ' εμβολιασμό.

Σε αντίθεση με τη φυσική νόσηση, το εμβόλιο προκαλεί ανοσία που μετά από 3 χρόνια αρχίζει να ελαττώνεται και μετά από 12 χρόνια ουσιαστικά παύει να υπάρχει.

5.3.11 Διάγνωση

Η διάγνωση του κοκκύτη επιβεβαιώνεται με θετική καλλιέργεια των ρινοφαρυγγικών εκκρίσεων.

5.4 ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΑΝΑΦΕΡΘΕΝΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ

5.4.1 Εμβολιασμός

Προστατεύει από τη διφθερίτιδα (προσβάλλει φάρυγγα και αμυγδαλές και προκαλεί μεγάλα προβλήματα στην αναπνοή), από τον τέτανο (προσβάλλει τα νεύρα και μπορεί να σταματήσει την αναπνοή) και από τον κοκκύτη (προσβάλλει τους πνεύμονες και προκαλεί έντονο βήχα).

5.3.9 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

5.3.11 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 599

5.4.1 βλ. www.Health.in.gr

Υπάρχουν δύο ειδών εμβόλια, το ολοκυτταρικό (DTP) και το ακυταρρικό (DTaP). Με το DTaP εισάγουμε στον οργανισμό “κομμάτια” από τον μικροοργανισμό του κοκκύτη αντί ολόκληρο τον μικροοργανισμό και με τον τρόπο αυτό λιγοστεύουν οι πιθανότητες επιπλοκών (πυρετός, προσβολή του εγκεφάλου). Είναι όμως αρκετά πιο ακριβό.

Αναλυτικότερα για τα δύο είδη εμβολίων έχουμε:

Εμβόλιο DTP: χρησιμοποιείται εδώ και πολλά χρόνια για την προφύλαξη από τη διφθερίτιδα, τον τέτανο και τον κοκκύτη.

Εμβόλιο DtaP: προσφέρει την ίδια προστασία με το DTP, αλλά διαφέρει απ’ αυτό στο ότι το αντικοκκυτικό εμβόλιο δεν είναι ολοκυτταρικό, αλλά ακυτταρικό, που αποτελείται δηλαδή από ειδικά αντιγόνα κοκκύτη υψηλής καθαρότητας. Η σύνθεσή του αυτή το καθιστά λιγότερο αντιδρασιογόνο από το ολοκυτταρικό DTP. Το εμβόλιο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

1. Για τον αρχικό εμβολιασμό του ατόμου και, κυρίως, σε περιπτώσεις στις οποίες αντενδείκνυται ο εμβολιασμός με το ολοκυτταρικό εμβόλιο (ιστορικό σπασμών ή εγκεφαλίτιδας).

2. Για τη δεύτερη ή την τρίτη δόση του αρχικού εμβολιασμού στις περιπτώσεις υπερβολικής αντίδρασης μετά τη χορήγηση της πρώτης ή της δεύτερης δόσης, αντίστοιχα με το ολοκυτταρικό εμβόλιο (DTP).

•Για τον περιορισμό των ενέσεων του εμβολιασμού, τα παραπάνω εμβόλια μπορούν να συνδυαστούν και με άλλα. (Στην Ελλάδα υπάρχουν δύο συνδυαστικά εμβόλια: το ένα είναι DTP μαζί με IPV και Hib και το άλλο συνδυάζει το DTP με το εμβόλιο της ηπατίτιδας B).

•Το εμβόλιο DT προφυλάσσει τα άτομα από τη διφθερίτιδα και τον τέτανο, αλλά όχι από τον κοκκύτη. Η χορήγησή του ενδείκνυται μόνο για τα παιδιά στα οποία υπάρχει αντένδειξη εμβολιασμού με το εμβόλιο του κοκκύτη.

Για την ανοσοποίηση έναντι της διφθερίτιδας και του τετάνου, τα άτομα ηλικίας άνω των επτά ετών προτείνεται να κάνουν, είτε ως αρχικό εμβολιασμό είτε ως αναμνηστική δόση, το διπλό, τύπου ενηλίκων, εμβόλιο κατά της διφθερίτιδας και του τετάνου (Td). Αν το άτομο δεν έχει εμβολιαστεί μέχρι την ηλικία των επτά ετών, το εμβόλιο χρησιμοποιείται σε τρεις ενδομυϊκές δόσεις των 0,5ml με μεσοδιαστήματα τεσσάρων με οκτώ εβδομάδων μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης δόσης και έξι με δώδεκα μηνών μεταξύ της δεύτερης και της τρίτης δόσης. Ο αναμνηστικός εμβολιασμός γίνεται με μία δόση των 0,5ml κάθε δέκα χρόνια.

5.4.2 Κίνδυνοι

- Όπως ισχύει για κάθε φάρμακο, έτσι και για τα εμβόλια υπάρχει ένας μικρός κίνδυνος πρόκλησης σοβαρής βλάβης, όπως μια σοβαρή αλλεργική αντίδραση ή ακόμα και ο θάνατος.

- Εάν εμφανιστούν κάποιες επιπλοκές από τον εμβολιασμό, αυτές συμβαίνουν συνήθως εντός τριών ημερών από τον εμβολιασμό και δεν διαρκούν πολύ.
- Τα περισσότερα άτομα που εμβολιάζονται με τα εμβόλια DTP και DT δεν εμφανίζουν σοβαρές αντιδράσεις από αυτά.

Ελαφριές ανεπιθύμητες ενέργειες (συχνές): πόνος στο σημείο εμβολιασμού στο χέρι ή στο πόδι, ανησυχία, αίσθημα αδυναμίας, πυρετός, απώλεια της όρεξης, εμετός. Οι αντιδράσεις αυτές παρατηρούνται σπανιότερα με το DtaP(ακυτταρικό αντικοκκυτικό εμβόλιο) παρά με το DTP (ολοκυτταρικό εμβόλιο).

Ελαφριές έως σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες: συνεχές κλάμα (επί τρεις ή και περισσότερες ώρες), πυρετό μεγαλύτερο των 39 °C , σπασμοί (τινάγματα ή βολβοστροφή των ματιών), ατονία, ωχρότητα και υπνηλία.

Σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες: σοβαρή αλλεργική αντίδραση (δυσκολία στην αναπνοή, καταπληξία), σοβαρή παρενέργεια από τον εγκέφαλο (παρατεταμένοι σπασμοί, κώμα ή μειωμένο επίπεδο συνείδησης).

5.4.3 Χρόνος εμβολιασμού

Οι δόσεις του εμβολιασμού θα πρέπει να γίνουν στους δύο, τέσσερις, έξι, δώδεκα έως δεκαοκτώ μήνες και στα τέσσερα με έξι χρόνια.

5.4.4 Λόγοι αναβολής ή αποφυγής του εμβολίου

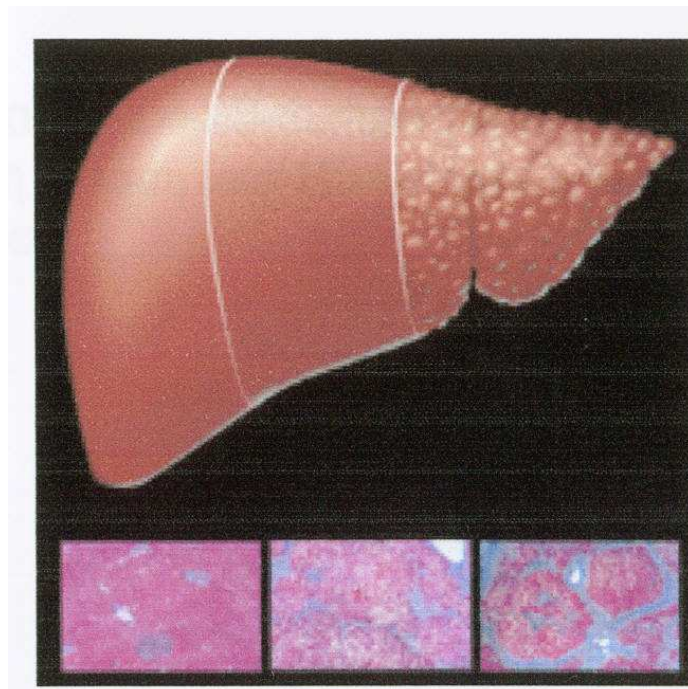
1. Πυρετός.
2. Το παιδί πάσχει από νευρολογικό νόσημα που επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου.
3. Αν σε προηγούμενη δόση παρουσίασε ένα από τα πιο κάτω:
 - A. Σπασμούς.
 - B. Πυρετό >41°C.
 - Γ. Αλλεργία.
 - Δ. Shock.

5.4.2 βλ. www.Health.in.gr

5.4.3 βλ. www.Health.in.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C



6.1 ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ – ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιογενής ηπατίτιδα έχει πολλές διαφορετικές μορφές και περιλαμβάνει:

1. Την ηπατίτιδα Α (λοιμώδης)
2. Την ηπατίτιδα Β (από ορό)
3. Την ηπατίτιδα C (παρεντερική μετάδοση)
4. Την ηπατίτιδα D (παράγοντας δέλτα) και
5. Την ηπατίτιδα E (εντερική μετάδοση)

Εμβόλια υπάρχουν για την ηπατίτιδα Α και την ηπατίτιδα Β στις οποίες θ' αναφερθούμε αναλυτικότερα σ' αυτό το κεφάλαιο ενώ αναφορικά με τις υπόλοιπες θα περιοριστούμε λόγω βιβλιογραφίας ν' αναφερθούμε περιληπτικά μόνο στην ηπατίτιδα C.

6.2 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

6.2.1 Τι είναι

Η ηπατίτιδα Α είναι μία οξεία αυτοπεριοριζόμενη νόσος του ήπατος που προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας Α (HAV).

6.2.2 Πότε μεταδίδεται

Τις 2 τελευταίες εβδομάδες του χρόνου επώσεως και τη 1η εβδομάδα της νόσου.

6.2.3 Πώς μεταδίδεται

Ο ιός της ηπατίτιδας Α αποβάλλεται σε μεγάλες ποσότητες στα κόπρανα των ατόμων που έχουν προσβληθεί από ηπατίτιδα Α που μολύνουν νερό και τρόφιμα ή μεταδίδουν τον ιό σε άλλα άτομα. Σε μικρότερες όμως συγκεντρώσεις ανευρίσκεται στο αίμα και στο σάλιο των ατόμων αυτών. Το κύριο χαρακτηριστικό του ιού είναι το γεγονός ότι είναι πολύ ανθεκτικός. Μπορεί να επιβιώσει έως και μήνες στο περιβάλλον (νερό, χόμα, όστρακα), δεν καταστρέφεται εύκολα ούτε στις υψηλές (μη επαρκώς βρασμένα τρόφιμα) ούτε στις χαμηλές θερμοκρασίες (παγάκια, κατεψυγμένα τρόφιμα), ενώ μπορεί να επιβιώσει και στις μη επαρκώς χλωριωμένες πισίνες.

6.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 594

6.2.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 594

6.2.2 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

6.2.3 βλ. www.keel.org.gr

Η ασθένεια μεταδίδεται:

1. Από άτομο σε άτομο μέσω της κοπρανο-στοματικής οδού. Τα μολυσμένα άτομα που αποβάλλουν τον ιό στα κόπρανά τους μπορεί να μην έχουν συμπτώματα, ενώ στα συμπτωματικά άτομα ο ιός εξακολουθεί να αποβάλλεται έως και 8 ημέρες μετά την υποχώρηση του ίκτερου. Αυτός ο τρόπος μετάδοσης παρατηρείται κυρίως μέσα σε οικογένειες, όπου η μετάδοση μπορεί ν' αρχίζει από παιδιά που δεν έχουν συνήθως συμπτώματα. Σπανιότερα ο ιός μπορεί να μεταδοθεί από πισίνες με μη επαρκώς χλωριωμένο νερό.
2. Από κατανάλωση μολυσμένου νερού ή μολυσμένων τροφών. Τα τρόφιμα μπορεί να μολυνθούν είτε άμεσα είτε κατά το στάδιο της επεξεργασίας τους. Τέτοιο είδος μετάδοσης μπορεί να συμβεί είτε σε περιοχές με κακό σύστημα ύδρευσης και διαχείρισης των λυμάτων, είτε από την κατανάλωση ωμών ή μη καλά μαγειρευμένων τροφών.
 - Κατανάλωση φρούτων, λαχανικών ή άλλων τροφίμων που έχουν μολυνθεί κατά τη συγκομιδή τους ή σε κάποιο στάδιο της επεξεργασίας τους.
 - Οστρακοειδών ή ψαριών που συλλέγονται από μολυσμένα ύδατα.
 - Ποτών τα οποία περιέχουν παγάκια που παρασκευάστηκαν από νερό μολυσμένο από τον ιό της ηπατίτιδας Α.
3. Με τη σεξουαλική επαφή κυρίως σε ομοφυλόφιλους άνδρες.
4. Μέσω μολυσμένης σύριγγας στους χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών.
5. Από τη μητέρα στο έμβρυο.
6. Με μετάγγιση μολυσμένου αίματος.

6.2.4 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 15-50 μέρες (συνήθως 4 εβδομάδες)

6.2.5 Κλινική εικόνα

Η νόσος γενικά είναι ήπια.

Αρχίζει με : ανορεξία, ναυτία, υπνηλία, πυρετό, μυαλγίες, άλγη επιγαστρικά ή κατά το δεξιό υποχόνδριο, εμετούς και διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

Μετά από αρκετές μέρες μπορεί να εμφανισθούν (>75% σε παιδιά μεγαλύτερα των 6 ετών) ίκτερος και τα ούρα παίρνουν το χρώμα του κονιάκ. Στη διάρκεια του ίκτερου τα κόπρανα μπορεί να αποχρωματισθούν. Συχνά υπάρχει διόγκωση του ήπατος και του σπληνός. Σπάνια η νόσος μπορεί να συνοδεύεται από αρθρίτιδα ή και εξάνθημα.

Η νόσος μπορεί να διαρκέσει λίγες εβδομάδες έως μήνες. Πολύ σπάνια και κυρίως σε ενήλικες μπορεί να εκδηλωθεί σαν κεραινοβόλος ηπατίτιδα.

6.2.4 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

6.2.5 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

6.2.6 Εξετάσεις

- 1)Ειδικά IgM αντισώματα
- 2)Χολερυθρίνη
- 3)Τρανσαμινάσες

6.2.7 Θεραπεία

Η νόσος αυτοιάται.

- 1) Η αξία **δίαιτας** που περιορίζει το λίπος είναι αμφίβολη.
- 2) Η **σωματική ανάπαυση**, είναι απαραίτητη μόνο για μικρό χρονικό διάστημα και συγκεκριμένα μέχρι η τιμή των τρανσαμινασών να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα
- 3) **Εισαγωγή του παιδιού σε νοσοκομείο είναι απαραίτητη μόνο** όταν υπάρχουν : διαταραχή παραγόντων της πήξεως, ακατάσχετοι εμετοί ή κεραυνοβόλος ηπατίτιδα.

6.2.8 Πρόγνωση

Κατά κανόνα είναι καλοήθης και υποχωρεί τελείως, το πολύ μέσα σε 12 μήνες. Δεν συνοδεύεται από χρόνια φορεία του ιού και δεν εξελίσσεται σε χρόνια ηπατίτιδα. Η θνητότητα της ανέρχεται σε 0,02-0,03%.

6.2.9 Πρόληψη

Η πρόληψη γίνεται με εμβόλιο.

Η πρόληψη, εκτός από τον εμβολιασμό, περιλαμβάνει γενικά μέτρα και την παθητική ανοσοποίηση.

1) Πρέπει να τηρούνται σχολαστικά οι κανόνες της ατομικής καθαριότητας και κυρίως συχνό και επιμελημένο πλύσιμο των χεριών, πριν από κάθε γεύμα και μετά την αφόδευση. Τα πάσχοντα βρέφη και νήπια που δεν έχουν αποκτήσει έλεγχο των κενώσεων πρέπει να απομονώνονται στο σπίτι για δύο εβδομάδες ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά μια εβδομάδα.

2)Η κοινή **γ-σφαιρίνη** προλαβαίνει τη νόσο. Πρέπει όμως να χορηγηθεί πριν από την έκθεση στον ιό ή κατά το στάδιο επώασης της νόσου.

Παθητική ανοσοποίηση πριν από την έκθεση στον ιό πρέπει να γίνεται κυρίως σε **άτομα που ταξιδεύουν σε χώρες που ενδημεί η ηπατίτιδα Α**. Στην περίπτωση που το ταξίδι διαρκεί λιγότερο από δύο μήνες χρειάζεται μια δόση 0,02 ml/kg β.σ. ενδομυϊκά ενώ σε ταξίδι μεγαλύτερης διάρκειας δόση 0,06 ml/kg β.σ. που πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά πεντάμηνο.

6.2.9 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

Προληπτική χορήγηση κοινής γ-σφαιρίνης (0,02 ml/kg β.σ. για μια φορά) είναι απαραίτητο να γίνεται **στα μέλη του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς**. Η γ-σφαιρίνη πρέπει να χορηγείται στις πρώτες 48 ώρες ή το αργότερο μέχρι το τέλος της πρώτης εβδομάδας από την επαφή με τον ασθενή.

Στα παιδιά του σχολείου που έχουν τη συνήθη επαφή με τον ασθενή δεν χρειάζεται να χορηγείται γ-σφαιρίνη.

Αντίθετα πρέπει να λαμβάνονται ιδιαίτερα μέτρα για την πρόληψη επιδημιών ηπατίτιδας Α **στους βρεφονηπιακούς σταθμούς**. Η ατομική καθαριότητα και η καθαριότητα του χώρου πρέπει να φροντίζονται ιδιαίτερα. Το τραπέζι του φαγητού δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σαν τόπος για σπαργάνωμα των βρεφών. Άλλα άτομα να φροντίζουν για το φαγητό και άλλα για την καθαριότητα των βρεφών. Επειδή ο ιός ζει στο περιβάλλον για πολλές μέρες (τουλάχιστον 15) χρειάζεται περιοδική απολύμανση των επιφανειών του χώρου, των παιχνιδιών και των άλλων αντικειμένων με διάλυμα χλωρίνης ($1/4$ κούπας τσαγιού σε 4 λίτρα νερό).

Αν σε ένα από τα παιδιά ή το προσωπικό βρεφονηπιακού σταθμού σημειωθεί ηπατίτιδα Α, τα μέτρα που θα ληφθούν θα εξαρτηθούν από το αν στο σταθμό υπάρχουν παιδιά που δεν ελέγχουν τις κενώσεις τους. Αν όλα τα παιδιά ελέγχουν τις κενώσεις χορηγείται γ-σφαιρίνη μόνο στα παιδιά της τάξεως που σημειώθηκε περίπτωση ηπατίτιδας Α. Αν όμως υπάρχουν παιδιά που δεν ελέγχουν τις κενώσεις χορηγείται γ-σφαιρίνη σ' όλα ανεξαιρέτως τα παιδιά και το προσωπικό του σταθμού.

6.2.10 Εμβολιασμός

Το εμβόλιο της ηπατίτιδας Α είναι διαθέσιμο από το 1995 και κλινικές μελέτες απέδειξαν τη μεγάλη αποτελεσματικότητά του. Η ειδική υπεράνοση σφαιρίνη (IG) προσφέρει προσωρινή προστασία έναντι της ηπατίτιδας Α και θεωρείται πολύ ασφαλής.

6.2.11 Χρόνος εμβολιασμού

Γίνεται μία πρώτη δόση του εμβολίου τρεις μήνες πριν από το προβλεπόμενο ταξίδι σας και ακολουθεί μία δεύτερη δόση 6 έως 18 μήνες αργότερα.

6.2.10 βλ. www.Health.in.gr

6.2.11 βλ. www.Health.in.gr

6.2.12 Ποιοί πρέπει να εμβολιαστούν

- Όλοι οι ευπαθείς ταξιδιώτες με προορισμό περιοχές ενδιάμεσου ή υψηλού κινδύνου και ιδιαίτερα αυτοί που ταξιδεύουν συχνά.
- Τα παιδιά τα οποία κινδυνεύουν περισσότερο από τη νόσο.
- Στις ΗΠΑ προτείνεται ο εμβολιασμός σε παιδιά κάτω των δύο ετών, τα οποία ζουν σε πολιτείες όπου η συχνότητα εμφάνισης της ηπατίτιδας Α είναι υψηλή.

6.2.13 Ποιοί δεν πρέπει να εμβολιαστούν

- Εάν έχετε ιστορικό λοίμωξης από ηπατίτιδα Α και/ή εάν είστε μεγαλύτεροι από 50 ετών, πρέπει να κάνετε έλεγχο για την παρουσία αντισωμάτων εναντίον της νόσου. Μπορεί να έχετε ήδη αναπτύξει ανοσία και να μη χρειάζεστε πρόσθετο εμβολιασμό.
- Άτομα με υπερευαισθησία σε κάποιο από τα συστατικά του εμβολίου
- Δεν έχει αξιολογηθεί η ασφάλεια εφαρμογής του εμβολίου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Σε άτομα με μέτρια ή σοβαρή λοίμωξη είναι καλό να αναβληθεί ο εμβολιασμός.
- Δεν πρέπει να εφαρμόζεται σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των δύο ετών.

6.2.14 Γενικά μέτρα πρόληψης

Η ηπατίτιδα Α, αν και δεν μεταπίπτει σε χρονιότητα, αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας λόγω της δυνατότητας πρόκλησης επιδημιών, της μακράς νοσηρότητας και των σοβαρών, αν και σπάνιων, επιπλοκών που προκαλεί στους ενήλικες.

Τα μέτρα κατά της ηπατίτιδας Α διακρίνονται σε γενικά μέτρα υγιεινής και στην ανοσοποίηση.

Γενικά μέτρα υγιεινής

- Πολύ καλό πλύσιμο των χεριών κάθε φορά που γίνεται χρήση της τουαλέτας.
- Πλύσιμο των χεριών πριν από κάθε χειρισμό τροφίμων.
- Χρήση γαντιών στην αλλαγή πάνας σε βρέφη ή σε άλλα άτομα με ειδικές ανάγκες.
- Κατανάλωση νερού μόνο από γνωστή και εγκεκριμένη πηγή.
- Προσοχή στην κατανάλωση νωπών τροφών ή οστρακοειδών.
- Χρήση γαντιών από τους παρασκευαστές τροφίμων.
- Βελτίωση των δικτύων ύδρευσης και αποχέτευσης, αποκομιδή των σκουπιδιών λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα προφύλαξης.

6.2.12 βλ. www.Health.in.gr

6.2.13 βλ. www.Health.in.gr

6.2.14 βλ. Ιατρική 92, 2007,σελ. 20-21

Παθητική και ενεργητική ανοσοποίηση

- **Παθητική ανοσοποίηση.**

Η χορήγηση γ-σφαιρίνης ήταν το πρώτο μέτρο προφύλαξης που χρησιμοποιήθηκε μέχρι πρόσφατα. Χορηγείται ενδομυϊκά και είναι στο 90% αποτελεσματική στην πρόληψη της κλινικής μορφής της νόσου, εφόσον δοθεί εντός δύο εβδομάδων από την έκθεση και το προτιμότερο μέσα σε 72 ώρες. Η προστασία που προσδίδει αρχίζει 3-5 ημέρες μετά τη χορήγηση και διαρκεί 5-6 μήνες. Η γ-σφαιρίνη στις περιπτώσεις που χρησιμοποιήθηκε για τη διακοπή της μετάδοσης σε επιδημίες δεν είχε μεγάλη αποτελεσματικότητα.

Η χρήση της έχει ορισμένα μειονεκτήματα:

A. Βραχυχρόνια προφύλαξη.

B. Δυνητικός κίνδυνος μετάδοσης άλλων παθογόνων.

Γ. Υψηλό κόστος.

Δ. Η περιεκτικότητα σε anti-HAV στην κυκλοφορούσα γ-σφαιρίνη έχει μειωθεί λόγω μείωσης της κυκλοφορίας του ιού.

E. Δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα από 10ετίας.

- **Ενεργητική ανοσοποίηση**

Ενεργητική ανοσοποίηση με εμβόλιο. Το 1992 κυκλοφόρησε το πρώτο εμβόλιο, ενώ σήμερα στη χώρα μας κυκλοφορούν δύο είδη εμβολίων ηπατίτιδας A (Havrix και Vaqta) τα οποία είναι ασφαλή, ανοσογόνα και αποτελεσματικά. Είναι εμβόλια από αδρανοποιημένο με φορμαλδεΰδη ιό (στέλεχος HM175). Χορηγούνται ενδομυϊκά και ο εμβολιασμός ολοκληρώνεται σε δύο δόσεις, με ελάχιστο μεσοδιάστημα τους 6 μήνες. Η προστασία από τον εμβολιασμό αρχίζει 14-21 ημέρες (2-3 εβδομάδες) μετά την πρώτη δόση και όπως δείχνουν σχετικά δεδομένα, τα προστατευτικά αντισώματα υπάρχουν για τουλάχιστον 10 έτη. Η ανοσιακή μνήμη προσφέρει μακροχρόνια προστασία (τουλάχιστον 20 έτη). Για το λόγο αυτό δεν συνιστώνται επαναληπτικές δόσεις επί του παρόντος.

6.3 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

6.3.1 Τι είναι

Η ηπατίτιδα Β αποτελεί μία λοίμωξη του ήπατος, η οποία προκαλείται από έναν ιό, τον HBV.

6.3.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 595

6.3.2 Πως μεταδίδεται

Ο ιός μεταδίδεται συνήθως με το **αίμα**, ή με τις εκκρίσεις των ατόμων που έχουν οξεία ή χρόνια λοίμωξη. Η μετάδοση γίνεται με 2 τρόπους.

1. Από τη μητέρα που νοσεί κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης ή είναι χρόνιος φορέας HBsAg. (αυστραλιανού αντιγόνου) :Το παιδί μολύνεται σπάνια κατά την ενδομήτρια ζωή. Συνήθως μολύνεται κατά τη διάρκεια του τοκετού ή και μετά τον τοκετό. Ο ιός της ηπατίτιδας **B περνάει και στο μητρικό γάλα**. Άρα ο μητρικός θηλασμός επιτρέπεται εφόσον στο νεογνό έχουν γίνει έγκαιρα **HBIG (υπεράνοση γ-σφαιρίνη)** και εμβόλιο.

2. Με στενή επαφή με τους πάσχοντες ή τους φορείς όπως για παράδειγμα συμβαίνει με τα μέλη της οικογένειας τους και ακόμη περισσότερο με τους ερωτικούς συντρόφους τους. Σημειώνεται ότι ο ερωτικός σύντροφος ενός ατόμου με οξεία ηπατίτιδα B, έχει πιθανότητα 30% να μολυνθεί. Επειδή ο ιός βρίσκεται σε σημαντική ποσότητα στο σάλιο μπορεί να γίνει η μετάδοση του **και με το δάγκωμα**. Η επαφή με αντικείμενα του ασθενούς όπως π.χ. με τα παιχνίδια δεν προκαλεί μόλυνση. Εξαιρούνται μόνον ορισμένα αντικείμενα προσωπικής χρήσης όπως π.χ. η οδοντόβουρτσα.

6.3.3 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 50-180 μέρες (συνήθως 60-110 μέρες).

6.3.4 Κλινική εικόνα

Στα παιδιά η λοίμωξη συχνά περνάει χωρίς συμπτώματα ή με ελαφρά κλινικά συμπτώματα (περίπου 90%).

Η κλινική εικόνα δεν διαφέρει από τις άλλες ιογενείς ηπατίτιδες.

Αρχίζει με : ανορεξία, ναυτία, υπνηλία, πυρετό, μυαλγίες, άλγη στο επιγάστριο ή κατά το δεξιό υποχόνδριο, εμετούς και διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

Ίκτερος είναι δυνατό να εμφανισθεί 1-2 εβδομάδες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Διαρκεί 1 -2 εβδομάδες. Μόλις εμφανισθεί ο ίκτερος τα συμπτώματα αρχίζουν να υποχωρούν. Η παραμονή κλινικών ή και βιοχημικών ευρημάτων ηπατικής δυσλειτουργίας πάνω από 6 μήνες χαρακτηρίζεται σαν χρόνια λοίμωξη.

Στις κύριες διαφορές με τις άλλες ηπατίτιδες περιλαμβάνονται :

1) η μακρύτερη διάρκεια και

2) οι συχνότερες εκδηλώσεις από το δέρμα και τις αρθρώσεις.

Αυτές μάλιστα μπορεί ν' αποτελούν τα αρχικά συμπτώματα της νόσου. Στο δέρμα μπορεί να υπάρχει κνίδωση, ή αγγειίτιδα . Οι αρθραλγίες ή η αρθρίτιδα μπορεί ν' αφορούν μεγάλες ή και μικρές αρθρώσεις.

Η οξεία λοίμωξη σπάνια (1 %) αρχίζει σαν κεραυνοβόλος ηπατίτιδα.

6.3.2 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

6.3.3 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

6.3.4 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

6.3.5 Εξετάσεις

Η διάγνωση της οξείας ηπατίτιδας Β κατά κανόνα γίνεται με την ανίχνευση του **HBsAg(αυστραλιανού αντιγόνου)** και του **αντι-HBe IgM αντισώματος**.

1. Το HBsAg ανιχνεύεται τις 2-8 τελευταίες εβδομάδες του σταδίου επώασης και συνήθως μέχρι την 4η εβδομάδα μετά την έναρξη της νόσου.

2. Στον ορό του αίματος ανιχνεύονται επίσης το **HBeAg** και το **DNA του ιού**, συνήθως όμως για μικρότερο χρονικό διάστημα.

3. Σε οξεία ηπατίτιδα Β οι τιμές των **τρανσαμινασών** του ορού αυξάνονται από την έναρξη της νόσου. Φτάνουν στα ανώτερα επίπεδα δύο εβδομάδες μετά την εμφάνιση του ίκτερου και παραμένουν αυξημένες για 4-8 εβδομάδες. Ο χρόνος προθρομβίνης είναι παρατεταμένος.

4. Ο ίκτερος αρχικά οφείλεται σε άμεση και βραδύτερα άμεση και έμμεση **υπερχολερρυθραιμία**. Στα ούρα μπορεί να υπάρχουν χολοχρωστικές και αυξημένο ουροχολινογόνο.

6.3.6 Θεραπεία-πρόγνωση

Χρειάζεται ένας σχετικός περιορισμός της δραστηριότητας του παιδιού στην αρχική περίοδο της νόσου. Η διατροφή πρέπει να είναι ελεύθερη και μόνο στην περίπτωση που το παιδί είναι ανόρεκτο να καλύπτονται τουλάχιστον οι ανάγκες του σε υγρά.

Εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο πρέπει να γίνει μόνον αν υπάρχουν αιμορραγική διάθεση, επανειλημμένοι εμετοί ή κλινική υποψία κεραυνοβόλου ηπατίτιδας.

Στη χρόνια ηπατίτιδα Β που ανιχνεύονται τα HBsAg, HBeAg ή και HBV-DNA χορηγείται ιντερφερόνη με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Με τη χορήγηση της παύουν ν' ανιχνεύονται τα αντιγόνα αυτά στο $\frac{1}{3}$ των ασθενών. Παράλληλα μειώνεται και η τιμή των τρανσαμινασών και βελτιώνεται σημαντικά και η ιστολογική εικόνα του ήπατος.

Πρόγνωση

Η κεραυνοβόλος ηπατίτιδα Β έχει πολύ βαριά πρόγνωση. Η θνητότητα της φτάνει στο 40-80%.

Η μετάπτωση της οξείας λοίμωξης σε χρόνια εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς, και την ποικιλία του υπεύθυνου ιού. Η λοίμωξη γίνεται χρόνια σε 90% των νεογνών και βρεφών που μολύνονται, σε 25% των παιδιών κάτω των 5 ετών και σε 5% των ενηλίκων.

Η χρόνια ηπατίτιδα στα παιδιά έχει καλύτερη πρόγνωση απ' ότι στους ενήλικες. Μπορεί όμως και αυτή να προκαλέσει **κίρρωση του ήπατος**. Η χρόνια λοίμωξη μόνο σε 10% των περιπτώσεων τελικά υποχωρεί.

6.3.5 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

6.3.6 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

Οι φορείς του HBsAg ανεξάρτητα αν έχουν ή όχι συμπτώματα , έχουν διακόσιες φορές μεγαλύτερη πιθανότητα, σε σύγκριση με όσους δεν είναι φορείς, να εμφανίσουν **ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα**. Περισσότερες από το 80% των περιπτώσεων ηπατοκυτταρικού καρκινώματος συμβαίνουν σε φορείς του HBsAg. Γενικά η χρόνια λοίμωξη είναι βαριά πάθηση και το 40% των ατόμων αυτών πεθαίνουν από κάποιο αίτιο που έχει σχέση με τη λοίμωξη από HBV.

6.3.7 Πρόληψη

Η πρόληψη της ηπατίτιδας B έχει τεθεί ως προτεραιότητα στην παγκόσμια κοινότητα.

Ο εμβολιασμός έναντι της ηπατίτιδας B είναι **ο μόνος αποτελεσματικός τρόπος για την πρόληψη της νόσου και των επιπλοκών της και θα πρέπει να ξεκινά από την πρώτη βρεφική ηλικία**. Άλλα μέτρα που παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη είναι:

- Περιορισμός της περιγεννητικής μόλυνσης μ' έγκαιρη ανίχνευση των μητέρων με ηπατίτιδα B και άμεση χορήγηση υπεράνοσης γ-σφαιρίνης και εμβολιασμό των νεογνών.
- Ενημέρωση για τους τρόπους μετάδοσης της ηπατίτιδας B, εφαρμογή των μέτρων υγιεινής, ατομική χρήση οδοντόβουρτσας, ξυριστικών λεπίδων και χρήση προφυλακτικών κατά τη σεξουαλική επαφή.

Πρέπει να τηρούνται οι κανόνες της ατομικής καθαριότητας και να μη χρησιμοποιούνται τ' αντικείμενα προσωπικής χρήσης άλλων (π.χ. οδοντόβουρτσα, πετσέτα). Η οποιαδήποτε δερματική βλάβη πρέπει να καλύπτεται.

Πρέπει ακόμη να εμβολιάζονται όλα τα παιδιά, οι έφηβοι και τουλάχιστον οι ενήλικες που ανήκουν στις ομάδες αυξημένου κινδύνου. Όταν αποκαλύπτεται ένας φορέας πρέπει να ελέγχονται όλοι στο άμεσο οικογενειακό του περιβάλλον και να εμβολιάζονται αυτοί που μπορεί να νοσήσουν.

1. Η εμφάνιση μιας περίπτωσης ηπατίτιδας B σε ένα βρεφονηπιακό σταθμό ή σχολείο δεν απαιτεί τη λήψη κάποιων ειδικών μέτρων πρόληψης. Το ίδιο ισχύει και για την περίπτωση ενός παιδιού που είναι φορέας εκτός κι αν έχει ιδιαίτερα επιθετικό χαρακτήρα και υπάρχει το ενδεχόμενο να μεταδώσει τον ιό με δάγκωμα ή με την πρόκληση αμυχών.

2. Στον ερωτικό σύντροφο του ασθενούς, ο οποίος δεν έχει αντισώματα, και μπορεί να μολυνθεί από τον ιό πρέπει να γίνεται αμέσως μια δόση υπεράνοσης γ-σφαιρίνης (HBIG, 0,06 ml/kg β.σ. - μέγιστη δόση 5 ml) και να επαναλαμβάνεται μετά ένα μήνα. Τα παιδιά της οικογένειας του ασθενούς πρέπει να εμβολιάζονται. Αν ένα παιδί τσιμπηθεί με πιθανά μολυσμένα από τον ιό βελόνα ή ο βλεννογόνος του στόματος του έλθει τυχαία σε επαφή με αίμα φορέα ή ασθενούς, γίνεται μια δόση υπεράνοσης γ-σφαιρίνης (0,06 ml/kg β.σ.)

3. Αν κάποιος εμβολιασμένος έλθει σε επαφή με ασθενή , τότε κάνουμε προσδιορισμό αντισωμάτων anti-HbSAg. Αν είναι <10mlU/ml, τότε

1) δίνουμε υπεράνοσης γ-σφαιρίνης (HBIG, 0,06 ml/kg β.σ. - μέγιστη δόση 5 ml) μέσα σε 24h και

2) δίνουμε 1 δόση ENGERIX

6.3.8 Ενδείξεις

Στην Ελλάδα ο εμβολιασμός έναντι της ηπατίτιδας Β εντάχθηκε στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών από 1/1/1998, με τη διάταξη 4543/10-9-97. Σύμφωνα με τη διάταξη αυτή ο εμβολιασμός είναι υποχρεωτικός σε βρέφη και παιδιά με το στόχο όλα τα παιδιά να έχουν ολοκληρώσει τον εμβολιασμό πριν από την εφηβεία. Ένδειξη εμβολιασμού έχουν επίσης άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου που είναι οι εξής:

- Εργαζόμενοι σε νοσηλευτικά ιδρύματα (ιατροί, νοσηλευτές, προσωπικό εργαστηρίων, φοιτητές ιατρικών επαγγελματιών).
- Οδοντίατροι και βοηθητικό προσωπικό σε άμεση επαφή με ασθενείς.
- Προσωπικό και τρόφιμοι ιδρυμάτων για άτομα με νοητική υστέρηση.
- Προσωπικό Κέντρων υποδοχής προσφύγων και μεταναστών, φυλακισμένοι και προσωπικό φυλακών σε στενή επαφή με άτομα υψηλού κινδύνου (π.χ. χρήστες ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών).
- Ασθενείς σε αιμοκάθαρση ή πολυμεταγγιζόμενοι και γενικά προεγχειρητικά, αν η επέμβαση απαιτεί μεγάλο αριθμό μεταγγίσεων.
- Άτομα σε στενή επαφή (σεξουαλική ή ενδοοικογενειακή) με φορείς του ιού.
- Νεογνά HbsAg (+) μητέρων (σε συνδυασμό με υπεράνοση γ-σφαιρίνη).
- Ομοφυλόφιλοι, εκδιδόμενα άτομα, χρήστες ενδοφλέβιων εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους ιδιαίτερα αν έχουν άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα.
- Ταξιδιώτες σε χώρες υψηλής ενδημικότητας.
- Χρόνιοι ηπατοπαθείς (εκτός ηπατίτιδας Β).
- Ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε μεταμόσχευση οργάνων ή ιστών.

6.3.9 Αντενδείξεις

- Σοβαρή αλλεργία σε ένα από τα συστατικά του εμβολίου ή αλλεργική αντίδραση μετά από προηγούμενη δόση.
- Οξύ εμπύρετο νόσημα.

6.3.8 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

6.3.9 βλ. Levy M, Koren G. Hepatitis B vaccine in pregnancy: maternal and fetal safety. Am J Perinatol 1991;8:227-32

Με βάση την περιορισμένη εμπειρία, δεν φαίνεται να υπάρχουν δυσμενείς επιδράσεις του εμβολιασμού στο αναπτυσσόμενο έμβρυο, αν χορηγηθεί το εμβόλιο στην έγκυο. Γενικά, ούτε η κύηση ούτε η γαλουχία θεωρούνται αντενδείξεις για τον εμβολιασμό.

6.3.10 Ανεπιθύμητες ενέργειες

- Πόνος στο σημείο της ένεσης (3-29%)
- Κεφαλαλγία, καταβολή (0-20%)
- Πυρετός (0,4-6%)
- Σπανιότατα αλλεργικές αντιδράσεις

6.3.11 Εμβολιασμός

Υπάρχουν διαθέσιμα δύο εμβόλια, τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την προστασία από την ηπατίτιδα Β. Και για τα δύο απαιτείται η χορήγηση τριών ενέσεων. Τα εμβόλια αυτά είναι περίπου 80-95% αποτελεσματικά και προσφέρουν μακροπρόθεσμη προστασία εναντίον της ηπατίτιδας Β. Επίσης, έχουν παρασκευαστεί με την τεχνική της γενετικής μηχανικής και συνεπώς δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος μετάδοσης του ιού από τη χορήγησή τους. Υπάρχουν επίσης διαθέσιμοι και δύο τύποι συνδυαστικών εμβολίων. Το ένα προσφέρει ανοσία στην ηπατίτιδα Β και στον αιμόφιλο της γρίπης και το άλλο στην ηπατίτιδα Β, στον αιμόφιλο της γρίπης, στη διφθερίτιδα, στον τέτανο, στον κοκκύτη και στην πολιομυελίτιδα. Τα εμβόλια αυτά χορηγούνται κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις σε παιδιά ηλικίας έξι εβδομάδων μέχρι έξι έως επτά ετών.

Εάν στο παρελθόν είχατε ζήσει ή ταξιδέψει σε περιοχές υψηλού κινδύνου, θα πρέπει να κάνετε έλεγχο για την παρουσία αντισωμάτων εναντίον της ηπατίτιδας Β, αφού υπάρχει το ενδεχόμενο να έχετε ήδη αναπτύξει ανοσία και να μην απαιτείται να κάνετε εμβολιασμό.

6.3.12 Χρόνος εμβολιασμού

Για να επιτευχθούν τα καλύτερα αποτελέσματα, ο εμβολιασμός σας για την ηπατίτιδα Β θα πρέπει να γίνει έξι τουλάχιστον μήνες πριν από την αναχώρησή σας, ώστε να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος για να ολοκληρωθεί η σειρά των τριών δόσεων (η πρώτη και η δεύτερη δόση πρέπει να απέχουν μεταξύ τους ένα μήνα, και η δεύτερη από την τρίτη, τέσσερις μήνες τουλάχιστον). Εφόσον όμως δεν υπάρχει αρκετό χρονικό περιθώριο για ν' ακολουθηθεί αυτό το πρόγραμμα εμβολιασμού σας, το μεσοδιάστημα μεταξύ της δεύτερης και της τρίτης δόσης μπορεί να περιοριστεί στους δύο μήνες.

6.3.10 βλ. CDC. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) MMWR 2005.54 (No RR 16)

& βλ. Bohlke K, Davis RL, Marcy SM, et al. Risk of anaphylaxis after vaccination of children and adolescents. Pediatrics 2003. 112:815-20

6.3.11 βλ. www.Health.in.gr

6.3.12 βλ. www.Health.in.gr

- Εναλλακτικά, το εμβόλιο κατά της ηπατίτιδας Β μπορεί να χορηγηθεί πριν από το ταξίδι σε τρεις δόσεις που θ' απέχουν μεταξύ τους ένα μήνα, και στη συνέχεια μια τέταρτη δόση έπειτα από δέκα μήνες, ώστε να διασφαλιστεί ιδανική προστασία του εμβολιαζόμενου. Εάν ακόμα και αυτό το συμπυκνόμενο πρόγραμμα εμβολιασμού δεν είναι δυνατόν να γίνει πριν από την αναχώρησή σας, μπορείτε να προχωρήσετε στην έναρξη αυτού του σχήματος εμβολιασμού, αφού ακόμα και η μία ή οι δύο δόσεις που θα κάνετε θα σας προσφέρουν τουλάχιστον κάποιο βαθμό προστασίας.
- Το εμβόλιο μπορεί επίσης να χορηγηθεί ακολουθώντας ένα πρόγραμμα δύο δόσεων για παιδιά ηλικίας 11-15 ετών, με τις δόσεις ν' απέχουν μεταξύ τους τέσσερις έως έξι μήνες.

Το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β δεν εμφανίζει ασυμβατότητα με άλλα εμβόλια ή φάρμακα, συμπεριλαμβανομένης και της υπεράνοσης σφαιρίνης, και μπορεί να δοθεί ταυτόχρονα μ' άλλα εμβόλια.

Εάν ανήκετε σε κάποια ομάδα υψηλού κινδύνου νόσησης από ηπατίτιδα Β, θα πρέπει να ελέγξετε τον τίτλο των αντισωμάτων που έχετε αναπτύξει μετά τη συμπλήρωση της βασικής σειράς του εμβολιασμού. Θα πρέπει επίσης να επανελέγξετε τον τίτλο των αντισωμάτων κατά της ηπατίτιδας Β επτά χρόνια μετά τον εμβολιασμό σας, ώστε να επιβεβαιωθεί ότι συνεχίζονται η ανοσία και η προστασία σας από την ηπατίτιδα Β. Στην περίπτωση που οι εξετάσεις δείξουν ότι δεν έχετε ανταποκριθεί ικανοποιητικά στη βασική σειρά (τρεις δόσεις) του εμβολιασμού ή ότι η προστασία μειώνεται, θα πρέπει να επανεμβολιαστείτε με μία έως τρεις δόσεις και τρεις μήνες αργότερα να κάνετε τον απαραίτητο έλεγχο για την ύπαρξη αντισωμάτων κατά του Αυστραλιανού αντιγόνου.

6.3.13 Μέτρα πρωτοβάθμιας προφύλαξης

Ο εμβολιασμός αποτελεί τον πιο αξιόπιστο τρόπο προστασίας από την ηπατίτιδα Β. Εντούτοις, ως γενικά μέτρα προφύλαξης θα πρέπει να θεωρηθούν η καλή ατομική υγιεινή που περιλαμβάνει τη χρήση συρίγγων μιας χρήσης για ενέσεις και τη χρήση προφυλακτικών κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

6.4 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

6.4.1 Τι είναι

Η ηπατίτιδα C είναι μία αιματογενής λοίμωξη που προκαλείται από έναν ιό, τον HCV, ο οποίος έχει ύπουλη έναρξη.

Πριν την ανακάλυψη του αιτιολογικού οργανισμού την δεκαετία του 1970 αναφερόταν ως ηπατίτιδα μη A, μη B.

6.4.2 Πως μεταδίδεται

Η μετάδοση γίνεται μέσω της μετάγγισης μολυσμένου αίματος, της μεταμόσχευσης οργάνων πριν το 1992, της ενδοφλέβιας χορήγησης ναρκωτικών, της έκθεσης σε μολυσμένα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος ή σεξουαλικούς συντρόφους, των μολυσμένων βελόνων και της περιγεννητικής μετάδοσης στα βρέφη από τις μολυσμένες μητέρες με υψηλά επίπεδα του ιού στο αίμα τους.

6.4.3 Χρόνος επώασης και περίοδος μεταδοτικότητας

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 2 εβδομάδες έως 6 μήνες (14-180 ημέρες) και η περίοδος μεταδοτικότητας μπορεί να είναι από μία εβδομάδα ή περισσότερο πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων και μπορεί να εμμένει επ' αόριστον.

6.4.4 Κλινική εικόνα

Οι φορείς μπορεί να εμφανίζουν ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων που εκτείνεται από την εντελώς ασυμπτωματική (υποκλινική) νόσο έως την κεραυνοβόλο, θανατηφόρο νόσο σε σπάνιες περιπτώσεις.

Από τα λοιμώδη κρούσματα της οξείας ηπατίτιδας C, το 70% περίπου των ατόμων είναι ασυμπτωματικοί και το 30% αυτών έχουν ήπια νόσο (π.χ. ενοχλήματα όπως μη ειδική ανορεξία, ακαθόριστη κοιλιακή δυσφορία, ναυτία και εμετό). Από τ' άτομα με οξεία νόσο, το 75% αναπτύσσουν χρόνια ηπατίτιδα και στο 25% η λοίμωξη αυτοπεριορίζεται χωρίς επακόλουθα.

6.4.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 595

6.4.2 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 596

6.4.3 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 596

6.4.4 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 596

6.4.5 Πρόληψη και η συμβολή της εκπαίδευσης σ' αυτήν

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών και του κοινού θα διαδραματίσει ένα ρόλο κλειδί στον έλεγχο και την πρόληψη της λοίμωξης από τον HCV. Η γνώση του επιπολασμού της λοίμωξης, η διαθεσιμότητα διαγνωστικών δοκιμασιών και θεραπευτικών αγωγών και η παροχή συμβουλευτικής στους ασθενείς, θα επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα των μέτρων πρόληψης. Η έρευνα για νέους αντικούς παράγοντες, η επιτήρηση και η παρακολούθηση των τάσεων της νόσου αποτελούν άλλα σημαντικά μέτρα ελέγχου.

6.4.6 Θεραπεία και θεραπευτικοί στόχοι

Συνίσταται η θεραπεία με ιντερφερόνη άλφα, η οποία έχει αποδειχτεί ευεργετική σε ορισμένους ασθενείς με χρόνια ηπατίτιδα C. Ένα νέο αντικό φάρμακο από το στόμα, η Ribavirin (ριμπαβιρίνη), είναι πολλά υποσχόμενο φάρμακο σε συνδυασμό με την ιντερφερόνη άλφα. Ο θεραπευτικός συνδυασμός των δύο αυτών φαρμάκων επιφέρει παρατεταμένη βιοχημική ανταπόκριση, αναστέλλοντας τον ιικό πολλαπλασιασμό και επιβραδύνοντας την εξέλιξη της ηπατικής νόσου.

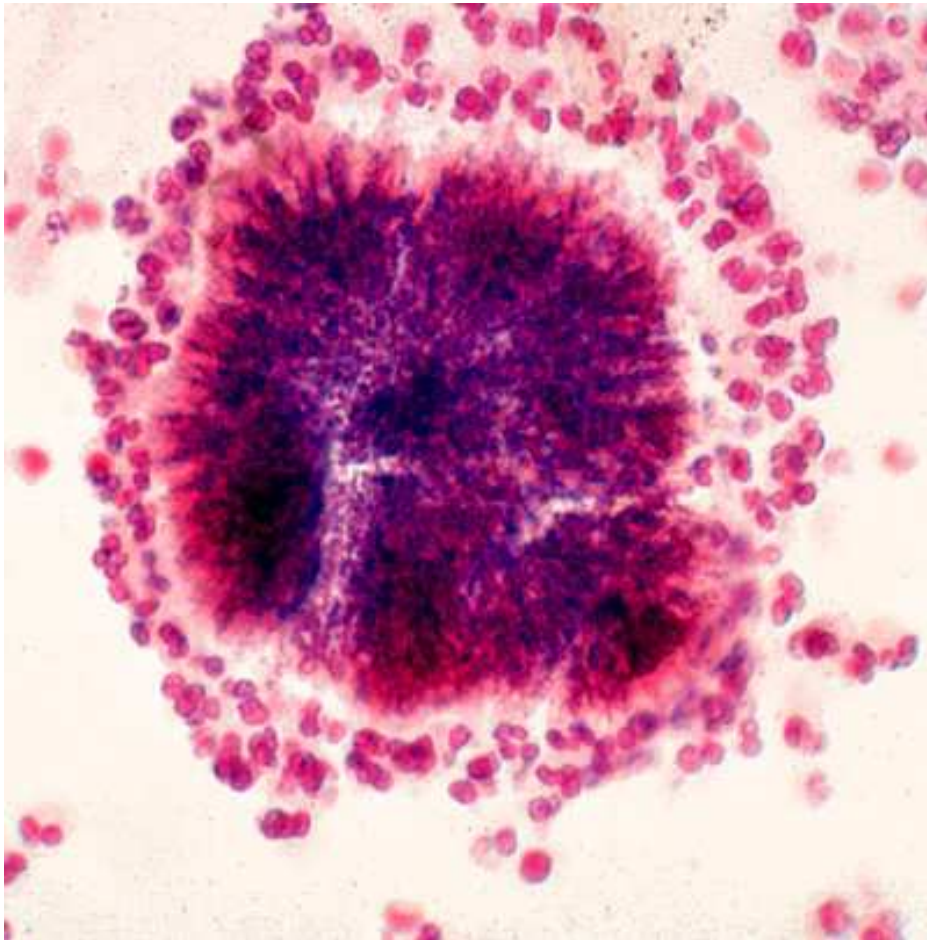
Οι θεραπευτικοί στόχοι είναι η εκρίζωση του HCV και η μείωση του αναδιπλασιασμού του, η μείωση της ηπατικής νέκρωσης και η βελτίωση της ιστολογίας, η αναστολή της εξέλιξης της κίρρωσης και του καρκίνου και η μείωση της μετάδοσης της νόσου.

6.4.5 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 596

6.4.6 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 596

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ AIDS (ή HIV)



7.1 ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ

7.1.1 Τι είναι

Μηνιγγίτιδα είναι η μόλυνση των μηνίγγων (μεμβράνη που καλύπτει τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό) και του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (υγρό που κυκλοφορεί γύρω από τον εγκέφαλο και νωτιαίο μυελό) από κάποιο μικροοργανισμό. Ανάλογα με τον μικροοργανισμό που ευθύνεται για την μόλυνση, η μηνιγγίτιδα χωρίζεται στις δύο ακόλουθες μορφές.

1. Ιογενής μηνιγγίτιδα που οφείλεται σε κάποιο ιό.
2. Μικροβιακή μηνιγγίτιδα που οφείλεται σε κάποιο μικρόβιο. Τα συνηθέστερα μικρόβια είναι ο μηνιγγιτιδόκοκκος, ο πνευμονιόκοκκος και ο αιμόφιλος της ινφλουέντζας.

7.1.2 Εμφάνιση της νόσου

Η μηνιγγίτιδα εμφανίζεται συχνότερα την άνοιξη και το φθινόπωρο.

Για να εκδηλωθεί επιδημία πρέπει:

- 1) να είναι μικρό το ποσοστό του άνοσου πληθυσμού,
- 2) να είναι αυξημένο το ποσοστό των φορέων και
- 3) να υπάρχουν οι κατάλληλες κλιματολογικές συνθήκες. Στη διάρκεια επιδημίας η μηνιγγιτιδοκοκκική νοσηρότητα συνήθως υπερδεκαπλασιάζεται.

7.1.3 Πως μεταδίδεται

Ο μηνιγγιτιδόκοκκος μεταδίδεται μόνο από άτομο σε άτομο **με τα σταγονίδια των αναπνευστικών εκκρίσεων.**

Η μετάδοση έχει σαν επακόλουθο **συνήθως τη φορεία**. Σπάνια τη νόσο. Η φορεία στον παιδικό πληθυσμό φτάνει το 2-5% και αυξάνει μετά από ιώσεις. Όταν έλθει το παιδί σ' επαφή με ασθενή, ο κίνδυνος μετάδοσης της νόσου είναι έξι φορές μεγαλύτερος από εκείνον που υπάρχει μετά από επαφή με κάποιον φορέα του μηνιγγιτιδόκοκκου.

7.1.4 Χρόνος εκδήλωσης

Ο χρόνος εκδήλωσης της νόσου κυμαίνεται σε 1-10 μέρες.

7.1.2 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

7.1.3 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

7.1.4 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

7.1.5 Κλινική εικόνα

Η λοίμωξη προβάλλει συνήθως σαν μηνιγγίτιδα ή και σαν σηψαιμία.

Η μηνιγγιτιδοκοκκική μηνιγγίτιδα, εμφανίζεται ξαφνικά με:

- υψηλό πυρετό, ρίγη,
- σύγχυση
- κεφαλαλγία, εμέτους και
- αυχενική δυσκαμψία
- Στο βρέφος τα συμπτώματα μπορεί να είναι ελάχιστα όπως ευερεθιστότητα, νοθρότητα και άρνηση για τη λήψη τροφής, χωρίς ο πυρετός ν' αποτελεί πάντα απαραίτητο σύμπτωμα. Η προπέτεια της πρόσθιας πηγής είναι ένα ακόμη σημείο της νόσου.

Η μηνιγγιτιδοκοκκική σηψαιμία εμφανίζεται ξαφνικά με **πυρετό, ρίγη, αδιαθεσία, κεφαλαλγία, μυαλγίες, αρθραλγίες, εμέτους και εξάνθημα**. Το εξάνθημα είναι και η εκδήλωση που χαρακτηρίζει τη μηνιγγιτιδοκοκκική λοίμωξη, εμφανίζεται μέσα σε ώρες ή μέρες και μπορεί να είναι σε τυπικές περιπτώσεις πετεχειώδες ή πορφυρικό. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι σε μη επιδημική περίοδο εξάνθημα ανευρίσκεται σε ποσοστό μόνο 10-20%.

Σε κεραυνοβόλες περιπτώσεις μπορεί να προκληθούν διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, καταπληξία, οξεία νεφρική ανεπάρκεια και κόμα. Ο θάνατος μπορεί να έλθει σε λίγες ώρες.

7.1.6 Εξετάσεις

Απομόνωση του μηνιγγιτιδοκόκκου σε **καλλιέργεια αίματος, ENY(Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού)**, και υλικού από **παρακέντηση πετεχειών**. Η απομόνωση του μηνιγγιτιδοκόκκου στο **φαρυγγικό έκκριμα** είναι εύρημα ενδεικτικό της διάγνωσης.

7.1.7 Θεραπεία

Χορηγείται **πενικιλίνη** ενδοφλέβια σε δόση 400.000 ID/kg β.σ./24ωρο (διαίρειται σε 4-6 δόσεις) για 10 μέρες. Άλλα φάρμακα που μπορεί να χορηγηθούν είναι η κεφοταξίμη, η κεφτριαξόνη, η αμπικιλίνη και η χλωραμφαινικόλη.

Τονίζεται ότι η θεραπεία πρέπει ν' αρχίζει ακόμη και με την απλή υπόνοια της νόσου έστω και αν υπάρχει κίνδυνος να δημιουργηθούν αμφιβολίες για τη διάγνωση.

7.1.5 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

7.1.6 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

7.1.7 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

7.1.8 Πρόγνωση

Η θνητότητα της μηνιγγιτιδοκοκκικής σηψαιμίας φτάνει μέχρι και 20%, ενώ της μηνιγγιτιδαίης γύρω στο 1%.

Ιδιαίτερα επιβαρυντικοί παράγοντες είναι:

- η διαταραχή του επιπέδου της συνείδησης (λήθαργος, κώμα),
- η υπόταση (συστολική πίεση < των 75 mm Hg σε παιδιά μικρότερα των 4 ετών),
- η μεγάλη διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ δέρματος και ορθού (> των 3 βαθμών C),
- η κεραυνοβόλος πορφύρα και
- η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη

7.1.9 Πρόληψη

Με την απομόνωση του ασθενούς, τη χημειοπροφύλαξη και το αντιμηνιγγιτιδοκοκκικό εμβόλιο (meningitec).

Η απομόνωση του ασθενούς στο νοσοκομείο πρέπει να διαρκεί 24 ώρες μετά την έναρξη της θεραπείας.

Χημειοπροφύλαξη πρέπει να χορηγείται σε:

α) Όλα τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς. Ο κίνδυνος να νοσήσει εν' άλλο μέλος στην οικογένεια φτάνει το 0,4-1% που είναι 500-1000 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο που έχει ο γενικός πληθυσμός σε περίοδο που δεν υπάρχει επιδημία.

β) Όλο το προσωπικό και τα παιδιά βρεφονηπιακών σταθμών ή κλειστών ιδρυμάτων αν νοσήσει ένα απ' αυτά.

γ) Όλα τα παιδιά στο σχολείο, αν δύο τουλάχιστον απ' αυτά εκδηλώσουν τη νόσο. Στην περίπτωση που ένα μόνο παιδί εκδηλώσει τη νόσο, χημειοπροφύλαξη πρέπει να δοθεί στα παιδιά που έχουν στενή επαφή μαζί του (π.χ. κάθονται στο ίδιο θρανίο),

δ) Γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό μόνον αν έλθουν σ' επαφή στόμα με στόμα με ασθενή.

Η χημειοπροφύλαξη πρέπει να αρχίζει αμέσως, πριν ακόμη επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Χορηγείται **ριφαμπικίνη (Rifadin)** σε 4 συνολικά δόσεις των 10 mg/kg β.σ./12ωρο (σύνολο 40 mg/kg β.σ.).

Στα βρέφη χορηγούνται 4 δόσεις των 5 mg/kg β.σ.

7.1.8 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

7.1.9 βλ. www.geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm

Σε **ενηλίκους** δίδονται 600 mg ριφαμπικίνης/12ωρο για 2 μέρες. Μία με δύο εβδομάδες μετά τη χημειοπροφύλαξη κάνουμε καλλιέργεια του φαρυγγικού εκκρίματος, το αποτέλεσμα της οποίας καθορίζει την αντιμετώπιση από εκεί και πέρα. (Σημειώνεται ότι 20% των ατόμων που υποβάλλονται σε χημειοπροφύλαξη συνεχίζουν να είναι φορείς του μηνιγγιτιδοκόκκου.) Αν η καλλιέργεια είναι θετική για μηνιγγιτιδοκόκκο μπορεί να χορηγηθούν κεφτριαξόνη (ROCEPHIN I.M. 50-100mg/kg/24h σε 2 δόσεις), μινοκυκλίνη και σε ενηλίκους κιπροφλοξασίνη.

Είναι προφανές ότι εφόσον ο μηνιγγιτιδοκόκκος δεν ζει έξω από τον ανθρώπινο οργανισμό, η απολύμανση αντικειμένων ή χώρων (π.χ. σχολείων) είναι άσκοπη και αντιεπιστημονική.

7.1.10 Είδη εμβολίων

Διακρίνουμε δύο είδη εμβολίων:

1. τα μη συζευγμένα πολυσακχαρικά εμβόλια:

- το διδύναμο για τους ορότυπους A και C, και
- το τετραδύναμο εμβόλιο για τους ορότυπους A, C, Y, και W135.

Τα εμβόλια αυτά περιέχουν πολυσακχαρίτες της κάψας του μηνιγγιτιδοκόκκου.

2. το συζευγμένο εμβόλιο:

- εμβόλιο για τον ορότυπο C (Meningococcal C Conjugated, MCC): το εμβόλιο περιέχει ολιγοσακχαρίτη της κάψας του μηνιγγιτιδοκόκκου C συζευγμένο με την πρωτεΐνη CRM 197 της τοξίνης του *Corynebacterium diphtheriae* ή με τετανική ανατοξίνη.

Το πλεονέκτημα του συζευγμένου εμβολίου είναι ότι η σύζευξη του επιτρέπει να είναι αποτελεσματικό ακόμη και αν χορηγηθεί σε πολύ μικρή ηλικία.

7.1.11 Ενδείξεις

Ο αντιμηνιγγιτιδοκοκκικός εμβολιασμός συνιστάται σε:

- Άτομα που θα ταξιδέψουν σε περιοχές της Αφρικής κάτω από τη Σαχάρα, κυρίως κατά την εποχή της ξηρασίας (Δεκέμβριος μέχρι Ιούνιος), όπως επίσης και σε άλλες περιοχές του κόσμου με πρόσφατη επιδημική δραστηριότητα.
- Άτομα στα οποία έχει αφαιρεθεί/υπολειπεται ο σπλήνας τους ή έχουν συγκεκριμένο ανοσολογικό νόσημα του αίματος (έλλειψη του συμπληρώματος).

Η ΑΑΠ (Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής) συνιστά τον εμβολιασμό σε παιδιά δύο χρόνων και άνω που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου, δηλαδή όσα παρουσιάζουν ανοσολογική ανεπάρκεια (έλλειψη του συμπληρώματος, ανεπάρκεια στο σύστημα της προπερδίνης) ή ασπληνία.

7.1.10 βλ. www.keel.org.gr

7.1.11 βλ. www.Health.in.gr

Το ενδεχόμενο εμβολιασμού θα πρέπει να συζητηθεί και για:

- Άτομα που έχουν εκπατριστεί ή ταξιδιώτες που επισκέπτονται χώρες μ' επιδημία μηνιγγιτιδοκοκκικής λοίμωξης -ειδικά αν έχουν παρατεταμένης διάρκειας ή στενή επαφή με τον ντόπιο πληθυσμό.
- Τους φοιτητές κολεγίων, ιδιαίτερα τους πρωτοετείς, οι οποίοι θα μείνουν σε εσωτερικούς κοιτώνες ή κτίρια πανεπιστημίων.
- Άτομα που εργάζονται σ' ερευνητικά, βιομηχανικά ή κλινικά εργαστήρια και εκτίθενται καθημερινά σε βακτηρίδια της *N. Meningitidis*.

7.1.12 Αντενδείξεις

- Δεν θα πρέπει να εμβολιαστείτε, εάν είχατε εμφανίσει κάποια σοβαρή παρενέργεια από την προηγούμενη χορήγηση του εμβολίου ή εάν ασθενείτε από κάποια σοβαρή ή μέτρια νόσο.
- Το παραπάνω ισχύει και εάν είστε έγκυος, εκτός αν είναι εμφανής ο κίνδυνος να ασθενήσετε από μηνιγγίτιδα (π.χ., όταν πρόκειται να επισκεφθείτε μια γνωστή επιδημική περιοχή).

7.1.13 Ανεπιθύμητες ενέργειες

Ο τοπικός ερεθισμός στο σημείο της ένεσης, με πόνο και ερυθρότητα, είναι αρκετά συχνός (40%) και διαρκεί 1-2 ημέρες. Σπανιότερα (5%) μπορεί να παρατηρηθεί μέτριος πυρετός διάρκειας 24 ωρών, ή (<1%) υψηλός πυρετός. Σπάνια παρατηρούνται: μυαλγίες, αρθραλγίες, αλλεργικές αντιδράσεις (1:1.000.000 δόσεις), γαστρεντερικές διαταραχές και συμπτώματα από το νευρικό (νυγμοί, μηνιγγισμός, σπασμοί).

7.1.14 Αποτελεσματικότητα

Τα πολυσακχαριδικά εμβόλια έχουν κλινική αποτελεσματικότητα >89% για τον ορότυπο A και >83% για τον ορότυπο C. Η αποτελεσματικότητα του τετραδύναμου εμβολίου για τον ορότυπο C, είναι μειωμένη στα παιδιά κάτω των 4 ετών. Σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα παρατηρείται επίσης ταχύτερη πτώση του τίτλου των αντισωμάτων με αποτέλεσμα η προστασία να είναι βραχυχρόνια.

Η κλινική αποτελεσματικότητα του **συζευγμένου εμβολίου C** όπως υπολογίστηκε μετά τον μαζικό εμβολιασμό στην Αγγλία είναι >90%. Η αποτελεσματικότητα του εμβολίου στα βρέφη κάτω των 12 μηνών δεν έχει ακόμα εκτιμηθεί. Σε αντίθεση με τα πολυσακχαριδικά εμβόλια, το συζευγμένο εμβόλιο C μειώνει και το ποσοστό φαρυγγικής φορέας του μηνιγγιτιδοκόκκου.

7.1.12 βλ. www.Health.in.gr

7.1.13 βλ. www.keel.org.gr

7.1.14 βλ. www.keel.org.gr

7.1.15 Χρόνος εμβολιασμού

Το αντιμηνιγγιτιδοκοκκικό εμβόλιο χορηγείται συνήθως σε μία μόνο δόση και δεν εμφανίζει παρενέργειες όταν χορηγηθεί συγχρόνως με κάποιο άλλο εμβόλιο. Επειδή, για να επιτευχθεί η πλήρης προστασία, απαιτείται να περάσουν δύο περίπου εβδομάδες μετά τη δόση, ο εμβολιασμός πρέπει να γίνει δύο τουλάχιστον εβδομάδες πριν από την αναχώρηση του ταξιδιώτη.

Σύμφωνα με ορισμένες υγειονομικές αρχές, τα παιδιά που έχουν εμβολιαστεί πριν από τα τέταρτα γενέθλιά τους, θα πρέπει να κάνουν μια αναμνηστική δόση έπειτα από ένα έως τρία χρόνια, εάν συνεχίζει να υπάρχει ο παλιός ή παρουσιαστεί νέος κίνδυνος μόλυνσής τους. Τα παιδιά που εμβολιάστηκαν στην ηλικία των τεσσάρων ετών ή και αργότερα, θα πρέπει να κάνουν μια αναμνηστική δόση ύστερα από τρία έως πέντε χρόνια, εφόσον συνεχίζουν να κινδυνεύουν ή εμφανιστεί νέος κίνδυνος πιθανής μόλυνσης τους. Είναι προφανές ότι για τους ίδιους λόγους θα πρέπει και οι ενήλικοι να κάνουν μια αναμνηστική δόση έπειτα από τρία έως πέντε χρόνια από προηγούμενο εμβολιασμό τους.

7.1.16 Περιοχές υψηλού κινδύνου

Η νόσος απαντάται συχνότερα σε φτωχές περιοχές του κόσμου, καθώς και σε χώρους με μεγάλο συνωστισμό. Φαίνεται να παρουσιάζει εποχική έξαρση το χειμώνα και την άνοιξη. Μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι συχνότερη σε παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε ετών. Κατά τη διάρκεια επιδημιών οι μισές περιπτώσεις μηνιγγιτιδας αφορούν σε άτομα ηλικίας δύο ετών και άνω.

Οι επιδημίες μηνιγγιτιδας συμβαίνουν συχνά στην υποσαχάρια Αφρική "μηνιγγιτιδική ζώνη" και περιοδικά στις άλλες χώρες του κόσμου.

Οι ταξιδιώτες που επισκέπτονται επιδημικές περιοχές διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται όταν πρόκειται να έχουν παρατεταμένης διάρκειας ή στενή επαφή με τον ντόπιο πληθυσμό. Επίσης, κινδυνεύουν περισσότερο τα άτομα με λειτουργική ανεπάρκεια του σπλήνα, τα άτομα που παρουσιάζουν μια συγκεκριμένη ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού τους συστήματος, καθώς και τα βρέφη και τα παιδιά που πάσχουν από διαβήτη.

7.1.17 Βασικά μέτρα προφύλαξης

Εκτός από τον εμβολιασμό, οι ταξιδιώτες μπορούν να πάρουν τις εξής προφυλάξεις: να αποφεύγουν τους χώρους όπου παρατηρείται μεγάλος συνωστισμός από ντόπιους, ν' αποφεύγουν κάθε είδους στενή σωματική επαφή και να πλένουν καλά τα χέρια τους όταν πιάνουν αντικείμενα που πιθανώς έχουν μολυνθεί από ρινικές εκκρίσεις.

7.1.15 βλ. www.Health.in.gr

7.1.16 βλ. www.Health.in.gr

7.1.17 βλ. www.Health.in.gr

7.2 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Εισαγωγή

Η φυματίωση σήμερα δεν αποτελεί την μάστιγα της κοινωνίας μας όπως παλιότερα αλλά εξακολουθεί να υπάρχει και παρουσιάζει αυξητική τάση που οφείλεται:

- A) Στην χαλάρωση των μέτρων ελέγχου της φυματίωσης.
- B) Στην μετακίνηση πληθυσμών από τον τρίτο κόσμο.
- Γ) Στο AIDS.
- Δ) Στη φτώχεια ορισμένων κοινωνικών ομάδων.
- E) Και στην πολυανθεκτική φυματίωση.

Για τους λόγους αυτούς είναι αναγκαίος ο σχεδιασμός του αντιφυματικού αγώνα σε εθνικό επίπεδο με βάση τα νέα δεδομένα και τη σωστή ενημέρωση της κοινωνίας μας στο πρόβλημα <<ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ>>.

7.2.1 Τι είναι και που οφείλεται

Λοίμωξη από μυκοβακτηρίδια που προκαλεί φυματιώδεις βλάβες (φυμάτια) στους πνεύμονες και σ' άλλα όργανα. Οι βλάβες αυτές μπορεί να είναι λανθάνουσες καθόλη τη διάρκεια της ζωής, ή μπορεί ν' αναζωπυρωθούν σε οποιαδήποτε στιγμή και να εξελιχθούν σ' ενεργό πνευμονική φυματίωση (TB).

Η φυματίωση δεν είναι κληρονομική νόσος, αλλά οφείλεται σε μικρόβιο που λέγεται μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης ή αλλιώς βάκιλλος του Koch. Είναι ένας μικροοργανισμός που πολλαπλασιάζεται πολύ αργά, γι' αυτό και η αρρώστια δεν εκδηλώνεται αμέσως μετά τη μόλυνση, όπως γίνεται μ' άλλα μικρόβια, αλλά πολύ αργότερα. Η μόλυνση γίνεται κατά 98% από τους πνεύμονες με την αναπνοή σταγονιδίων που αποβάλλει ο ενήλικος άρρωστος.

7.2.2 Πώς μεταδίδεται και τι χρόνο επώασης έχει

Οι τρόποι μετάδοσης είναι:

- A) Ο βήχας
- B) Το πτέρνισμα
- Γ) Η δυνατή ομιλία

Η περίοδος επώασης διαρκεί 2-12 εβδομάδες από την ανάπτυξη της λοίμωξης μέχρι τη θετική δερματική δοκιμασία φυματίνης.

7.2.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 606

7.2.2 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 606

7.2.3 Πότε υπάρχει κίνδυνος νόσησης και πότε όχι

Κίνδυνος υπάρχει όταν έρχεται σε στενή επαφή κάποιος με φυματικό ασθενή που έχει θετικά πτύελα, (δηλαδή το μικρόβιο βρίσκεται ζωντανό σ' αυτά) και δεν κάνει θεραπεία.

Δεν κινδυνεύει όταν:

- A) Έχει αρχίσει θεραπεία και έχει περάσει ένας μήνας.
- B) Όταν είναι καλά ενημερωμένος για τη φυματίωση.
- Γ) Όταν η άμυνα του σώματός του είναι καλή και κάνει υγιεινή ζωή.

7.2.4 Κλινική εικόνα

Όταν παρουσιάζει:

- A) Συνεχή βήχα
- B) Πόνο στο στήθος
- Γ) Αίμα στα πτύελα
- Δ) Ανορεξία
- E) Πυρετό
- Z) Εφιδρώσεις
- H) Καταβολή δυνάμεων
- Θ) Τυχαίο εύρημα στην ακτινογραφία θώρακα

7.2.5 Θεραπεία

Υπάρχει εφ' όσον καθοριστεί από ειδικό γιατρό.

7.2.6 Εμβόλιο

Υπάρχει και η ονομασία του είναι B.C.G.

7.2.7 Ομάδες υψηλού κινδύνου

Τα μικρά παιδιά, εξασθενημένα άτομα, διαβητικοί, αλκοολικοί, ναρκομανείς, ασθενείς με AIDS, νοσηλευτικό προσωπικό, οδοντίατροι, ιατροί και άτομα που συχνάζουν σε μπαρ, καφενεία κλπ. καθώς και άτομα που ζουν σε μικρούς χώρους που υπάρχουν άσχημες συνθήκες διαβίωσης.

7.2.8 Μέτρα προφύλαξης

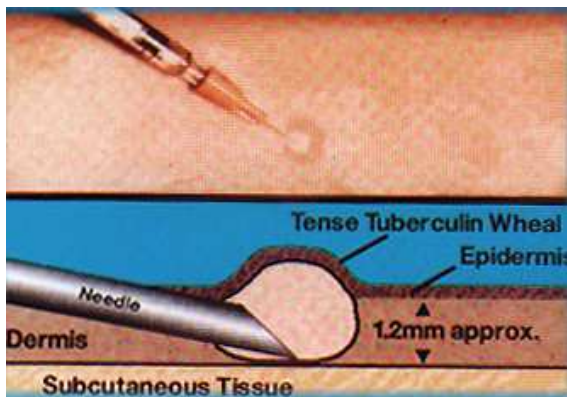
Δεν υπάρχουν ειδικά προφυλακτικά μέτρα εκτός από εκείνα της πρόληψης.

7.2.9 Πρόληψη

Η πρόληψη περιλαμβάνει:

1. Υγιεινή ζωή και καλές συνθήκες διαβίωσης
2. TEST Mantoux (μαντού)
3. B.C.G. εμβόλιο της φυματίωσης
4. Ro Θώρακα (ακτινογραφία)
5. Εξέταση από τον ειδικό γιατρό

7.2.10 TB ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ΜΑΝΤΟΥΧ



Είναι σε όλους γνωστό, ότι σ' ένα ανεμβολίαστο παιδί η φυματινοαντίδραση θεωρείται:

1. αρνητική, όταν η διήθηση είναι 0-4 mm,
2. αμφίβολη και διερευνάται περαιτέρω το παιδί, που θα εμφανίσει διήθηση 5-9 mm,
3. ενώ θεωρείται σαφώς παθολογική και επομένως θετικό για μόλυνση από μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης **κάθε παιδί** με διήθηση >10 mm (και τα εμβολιασθέντα με BCG παιδιά > 18mm) (πηγή: Νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού)

Πότε πρέπει να γίνεται η Φυματινοαντίδραση Mantoux.

1. Στο τέλος του 1^{ου} έτους ή πριν από τον εμβολιασμό με εμβόλιο ιλαράς ή ιλαράς - ερυθράς - παρωτίτιδας (MMR).
2. Στην ηλικία των 6-7 ετών πριν από τον εμβολιασμό του με BCG.

Παιδιά ηλικίας >2μηνών

3. Σ' όλα τα παιδιά με λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού συστήματος.
4. Σ' όλα τα παιδιά μ' επίμονο εμπύρετο, κλινικά αδιάγνωστο.
5. Σ' όλα τα παιδιά με οξεία ή χρόνια τραχηλική λεμφαδενίτιδα (ένας ή περισσότεροι λεμφαδένες διαμέτρου >10 mm).

7.2.10 βλ. Παιδιατρικά Χρονικά 2007

6. Σε κάθε παιδί, που στο περιβάλλον του (σπίτι, παιδικός σταθμός, σχολείο κ.λπ.), βρεθεί άτομο με φυματίωση ή άλλο παιδί με θετική φυματινοαντίδραση.
7. Σε κάθε παιδί ή έφηβο με ύποπτη εξωπνευμονική Tb (μήνιγγες, οστά, άρθρωση, νεφροί κ.λπ.).
8. Σε κάθε παιδί ή έφηβο, που στο περιβάλλον του (γονείς, φίλοι, παρέα) υπάρχει άτομο με HIV/AIDS λοίμωξη.
9. Σε παιδιά και έφηβους ύποπτων ειδικών πληθυσμών.

Παιδιά ηλικίας <2 μηνών

10. Σε περίπτωση που διαγνώστηκε Tb μητέρα κατά την εγκυμοσύνη ή είναι ύποπτη για φυματίωση ή HIV λοίμωξη.

Εκτίμηση της φυματινοαντίδρασης Mantoux με βάση τα 5, 10 και 15 mm διήθησης.

1. Διήθηση >5 mm θεωρείται θετική στις παρακάτω περιπτώσεις:

- α. Παιδιά και έφηβοι που βρίσκονται σε στενή επαφή με γνωστή ή ύποπτη περίπτωση με Tb λοίμωξη (ασθενής με ενεργό Tb).
- β. Παιδιά και έφηβοι με ύποπτη Tb νόσο, δηλαδή με κλινικά ή/και ακτινολογικά ευρήματα, που συνηγορούν για ενεργό ή παλαιά Tb νόσο (επασβεστώσεις).
- γ. Παιδιά ή έφηβοι, που είναι ανοσοκατεσταλμένοι (παίρνουν ανοσοκατασταλτική θεραπεία ή βρίσκονται σε κατάσταση ανοσοκαταστολής: HIV λοίμωξη).

2. Διήθηση >10 mm θεωρείται θετική στις παρακάτω περιπτώσεις:

- α. Παιδιά και έφηβοι, που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο λόγω διασποράς της νόσου (όπου ενδημεί η Tb ή έχουμε έξαρση του νοσήματος): α1. παιδιά <4 ετών, α2. παιδιά ανεξαρτήτου ηλικίας και έφηβοι, που πάσχουν από άλλα νοσήματα, όπως Hodgkin ή Non-Hodgkin λέμφωμα, σακχαρώδη διαβήτης, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, καθώς και παιδιά με σοβαρά υπολειπόμενη θρέψη.
- β. Παιδιά και έφηβοι με υψηλό κίνδυνο έκθεσης σε περιβάλλον με Tb νόσο (ομάδες υψηλού κινδύνου: αθίγγανοι, οικονομικοί μετανάστες, Ασιάτες): β1. παιδιά και έφηβοι, που έχουν γεννηθεί σε χώρες με υψηλά ποσοστά Tb, β2. παιδιά και έφηβοι, που ταξιδεύουν σε χώρες με υψηλά ποσοστά Tb, β3. παιδιά και έφηβοι, που οι γονείς τους γεννήθηκαν σε χώρα με υψηλά ποσοστά Tb, β4. παιδιά και έφηβοι, που συχνά έρχονται σ' επαφή με ενήλικες, που έχουν παράγοντες κινδύνου για Tb νόσο (προσβεβλημένοι από HIV, άστεγοι, χρήστες ναρκωτικών, εγκλεισμένοι σε φυλακές, μετανάστες από χώρες υψηλών ποσοστών Tb).

3. Διήθηση >15 mm θεωρείται θετική για Tb σε κάθε παιδί μεγαλύτερο των 4 ετών, ανεξαρτήτως αν υπάρχει παράγοντας κινδύνου ή όχι.

Καταστάσεις με ψευδώς αρνητική Mantoux.

1. Μη καλή συντήρηση ή λήξη ισχύος της φυματίνης.
2. Κακή τεχνική διενέργειας (μικρή ποσότητα, όχι ενδοδερμική ένεση κ.λπ.).
3. Προηγούμενα σοβαρή λοίμωξη (ιλαρά, ανεμευλογιά πριν 10-30 Η, σαλμονέλα, βρουκέλα, μυκητίαση).
4. Μετά από εμβολιασμό με ζώντες ιούς (MMR, ανεμευλογιάς, γρίπης).

5. Σε ανοσοανεπάρκειες -ανεπάρκεια της κυτταρικής ανοσίας.
6. Σε κακή θρέψη -μεταβολικά νοσήματα.
7. Μικρή ηλικία (νεογνά, βρέφη). Σε βαριά μορφή Tb (Tb μηνιγγίτιδα, κεχροειδής διασπορά).
8. Λήψη στεροειδών (>15 mg πρεδνιζόνης) για >7 ημέρες.
9. Σε λανθασμένη αξιολόγηση (απειρία).

Καταστάσεις με ψευδώς θετική Mantoux.

1. Έκθεση σ' άτυπα μυκοβακτηρίδια (διασταυρούμενη αντίδραση).
2. Εμβολιασμός μ' εμβόλιο BCG.
3. Μετάγγιση ολικού αίματος από δότες με φυματίωση.
4. Προκατάληψη του εκτιμητή, απειρία, αναφορά σε ++ και όχι σε mm, όπως διεθνώς συστήνεται.
5. Μέτρηση της ερυθρότητας και όχι της διήθησης της αντίδρασης.

7.3 AIDS (ή HIV)

7.3.1 Τι είναι

Το AIDS (ή HIV), ένας ρετροϊός, είναι ένας οργανισμός που προκαλεί τη νόσο που είναι γνωστή ως Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοεπάρκειας (AIDS). Μετά την πρωτογενή λοίμωξη, ο HIV παραμένει ασυμπτωματικός (αφανής) για μήνες ή χρόνια.

7.3.2 Πως μεταδίδεται

Η μετάδοση γίνεται με:

1. Τη σεξουαλική επαφή και την ανταλλαγή βιολογικών υγρών (π.χ. κολπικών εκκρίσεων και σπέρματος) με το μολυσμένο άτομο.
2. Τη μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή παραγώγων αυτού.
3. Την έκθεση σε μολυσμένο αίμα ή ιστούς μολυσμένου ατόμου.
4. Την περιγεννητική μετάδοση από τη μολυσμένη μητέρα στο έμβρυο κατά τη διάρκεια της κύησης ή του τοκετού.
5. Το θηλασμό.
6. Την κοινή χρήση βελόνων και συρίγγων με το μολυσμένο άτομο.

Η μετάδοση από άνδρα σε γυναίκα είναι δωδεκαπλάσια της μετάδοσης από γυναίκα σε άνδρα.

7.3.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 609-610

7.3.2 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 609-610

7.3.3 Κλινική εικόνα

Η λοίμωξη εκδηλώνεται , συνήθως , προοδευτικά με καταστάσεις που επάγονται από την ανεπαρκή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς ο ιός προσβάλλει βραδέως το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού.

Υπάρχουν ασαφή (αόριστα) συμπτώματα όπως:

1. Η κόπωση
2. Η λεμφαδενοπάθεια
3. Η ανορεξία
4. Ο πυρετός
5. Η χρόνια διάρροια και
6. Η απώλεια βάρους

Με την πάροδο του χρόνου ο οργανισμός χάνει την ικανότητά του να καταπολεμά τη νόσο και εμφανίζονται ευκαιριακές λοιμώξεις που υποτροπιάζουν.

7.3.4 Εξετάσεις

Η λοίμωξη HIV προσδιορίζεται , συνήθως , με τη δοκιμασία αντισωμάτων HIV και τη συχνότερα χρησιμοποιούμενη ανοσοενζυμική μέθοδο ELISA. Επειδή μπορεί να υπάρξουν ψευδώς – θετικά ευρήματα, χρησιμοποιείται η τεχνική Western blot για την επικύρωση των ευρημάτων.

Δοκιμασίες ανίχνευσης HIV λοίμωξης διενεργούνται:

1. Σε υγειονομικά τμήματα
2. Σε κλινικές οικογενειακού προγραμματισμού και
3. Από φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης

7.3.5 Άτομα υψηλού κινδύνου

Οι πληθυσμοί υψηλού κινδύνου για AIDS είναι:

1. Οι έφηβοι .
2. Οι νεαροί ενήλικοι και άλλα άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους .
3. Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών και οι ερωτικοί τους σύντροφοι .
4. Οι ετεροφυλοφιλικοί άνδρες και οι γυναίκες σύντροφοί τους .
5. Οι γυναίκες με ερωτικούς συντρόφους που έχουν συμπεριφορά υψηλού κινδύνου (π.χ. ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ή παράλληλες ερωτικές σχέσεις) .
6. Τα άτομα που εμπλέκονται σε επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές όπως πρωκτικός έρωτας και
7. Τα άτομα που κάνουν αγοραίο έρωτα για ναρκωτικά ή χρήματα .

7.3.3 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 609-610

7.3.4 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 609-610

7.3.5 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 609-610

7.3.6 Θεραπεία

Η θεραπεία του HIV και του AIDS είναι σύνθετη και μεταβάλλεται συχνά. Ο FDA έχει εγκρίνει πολλά φάρμακα για την HIV λοίμωξη και τις σχετικές με το AIDS παθήσεις.

7.3.7 Πρόληψη

Οι προσπάθειες πρόληψης στοχεύουν στην

A) ενημέρωση των πληθυσμών υψηλού κινδύνου σχετικά με τις συμπεριφορές κινδύνου και μείωσης του κινδύνου και

B) την πρόληψη της μετάδοσης της HIV λοίμωξης από άτομα που έχουν μολυνθεί.

Η εξάλειψη του AIDS εξαρτάται:

A) από την ανάπτυξη εμβολίου και

B) την υποδομή που είναι απαραίτητη για τον εμβολιασμό των πληθυσμών υψηλού κινδύνου παγκοσμίως.

Καμία πιθανότητα δεν προβλέπεται στο άμεσο μέλλον αν και έχουν αρχίσει οι δοκιμές του εμβολίου στον άνθρωπο.

7.3.6 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 609-610

7.3.7 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 609-610

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΓΡΙΠΗ ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΣ



8.1 ΓΡΙΠΗ

8.1.1 Τι είναι και πώς ορίζεται

Η γρίπη είναι μία οξεία νόσος του αναπνευστικού συστήματος που προκαλείται από τους ιούς της γρίπης Α και Β.

Ορισμός κρούσματος εποχικής γρίπης

🚩 Ενδεχόμενο κρούσμα :

Στην κατηγορία του ενδεχόμενου κρούσματος εμπίπτουν οι περιπτώσεις που εμφανίζουν κλινική εικόνα που είναι συμβατή με γρίπη (π.χ. αιφνίδια έναρξη της νόσου, βήχας, πυρετός $>38^{\circ}\text{C}$, μυαλγία και/ή κεφαλαλγία) και έχουν επιδημιολογική σύνδεση με κρούσμα που έχει επιβεβαιωθεί εργαστηριακά

🚩 Επιβεβαιωμένο κρούσμα :

Στην κατηγορία αυτή εμπίπτουν τα περιστατικά που συμφωνούν με την παραπάνω κλινική περιγραφή και έχουν επιβεβαιωθεί εργαστηριακά με μία από τις παραπάνω μεθόδους:

- Ανίχνευση αντιγόνου του ιού της γρίπης
- Ανίχνευση νουκλεϊνικού οξέος (RNA) του ιού της γρίπης
- Απομόνωση του ιού της γρίπης
- Αύξηση του τίτλου ειδικών αντισωμάτων έναντι του ιού γρίπης Α και Β

8.1.2 Πότε και πώς εμφανίζεται

Η γρίπη εμφανίζεται μ' εποχικές εξάρσεις. Στη χώρα μας η περίοδος της γρίπης είναι από τον Οκτώβριο μέχρι τον Απρίλιο, μ' έξαρση μεταξύ Δεκεμβρίου και Φεβρουαρίου. Η γρίπη τυπικά εκδηλώνεται με απότομη έναρξη πυρετού, μυαλγίες, κεφαλαλγία, βήχα, φαρυγγαλγία και ρινική καταρροή. Τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν και συμπτώματα από το γαστρεντερικό όπως ναυτία, εμέτους και διάρροια. Τα συμπτώματα αρχίζουν 1-3 ημέρες μετά την προσβολή από τον ιό και διαρκούν 2-7 ημέρες, ο βήχας όμως μπορεί να επιμένει για αρκετό χρονικό διάστημα.

8.1.3 Πόσο σοβαρή είναι

Η γρίπη μπορεί να προσβάλλει οποιονδήποτε. Τα περισσότερα άτομα εμφανίζουν συμπτώματα για λίγες ημέρες, όμως μερικά άτομα, κυρίως παιδιά, ηλικιωμένοι και άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, μπορεί να εμφανίσουν επιπλοκές. Οι κυριότερες επιπλοκές είναι η μικροβιακή πνευμονία κυρίως από πνευμονιόκοκκο και η επιδείνωση χρόνιων νοσημάτων (π.χ. άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα, καρδιακή ανεπάρκεια, σακχαρώδης διαβήτης).

8.1.4 Πώς μεταδίδεται

Η γρίπη μεταδίδεται εύκολα από άνθρωπο σε άνθρωπο κυρίως μέσω σταγονιδίων του αναπνευστικού (μέσω του βήχα και του φτερνίσματος) ή με άμεση επαφή με μολυσμένα άτομα ή μολυσμένες επιφάνειες.

8.1.5 Πότε και πώς μπορεί να μεταδοθεί από έναν άνθρωπο

Οι άνθρωποι εμφανίζουν συμπτώματα 1-4 ημέρες μετά τη μόλυνσή τους. Οι ενήλικες μεταδίδουν τη γρίπη μία μέρα πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων μέχρι 5-7 ημέρες μετά. Τα παιδιά μπορεί να μεταδώσουν τη λοίμωξη για 7 ή και περισσότερες ημέρες μετά.

8.1.6 Μέτρα προφύλαξης

Ο εμβολιασμός είναι ο κύριος τρόπος για να μειώσει κάποιος την πιθανότητα να νοσήσει από γρίπη ή να μεταδώσει τη νόσο στους ασθενείς και στο υπόλοιπο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Η αυστηρή τήρηση των κανόνων υγιεινής των χεριών καθώς και των άλλων μέτρων για τις αναπνευστικές λοιμώξεις επίσης μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης της γρίπης.

8.1.7 Αποτελεσματικότητα

Το εμβόλιο είναι αποτελεσματικό κατά 70-90% στο να προλαμβάνει τη νόσηση από γρίπη σε υγιή άτομα κάτω των 65 ετών. Επίσης, σε περίπτωση νόσησης, το εμβόλιο προστατεύει από τις επιπλοκές και μειώνει τη θνητότητα. Αντισώματα εμφανίζονται περίπου 2 εβδομάδες μετά τον εμβολιασμό ενώ η ανοσία διαρκεί περίπου ένα χρόνο.

8.1.8 Ποιοί πρέπει να εμβολιάζονται

Σύμφωνα με οδηγίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, πρέπει να εμβολιάζονται:

- Τα άτομα άνω των 60 ετών
- Οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα του αναπνευστικού και του καρδιαγγειακού συστήματος
- Οι πάσχοντες από μεταβολικά νοσήματα, συμπεριλαμβανομένου του σακχαρώδη διαβήτη, από νεφρική ανεπάρκεια και από αιμοσφαιρινοπάθειες
- Οι ανοσοκατεσταλμένοι συμπεριλαμβανομένων των πασχόντων από το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας

8.1 βλ. www.keel.org.gr

- Όσοι έρχονται σε συχνή / καθημερινή επαφή με τις παραπάνω κατηγορίες, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που προσφέρουν συνεχώς ή περιστασιακά υπηρεσίες σ' αυτά τ' άτομα και ειδικότερα οι επαγγελματίες υγείας. Επίσης, άτομα που εργάζονται σε υπηρεσίες όπως: Στρατός, Οργανισμοί Κοινής Ωφέλειας, κ.ά. με δεδομένο ότι ενδεχόμενη προσβολή μεγάλου αριθμού υπαλλήλων θα διατάρασσε σοβαρά τη λειτουργία των υπηρεσιών αυτών.
- Οι απασχολούμενοι στην πτηνοτροφία, βάσει οδηγιών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με στόχο την αποφυγή ταυτόχρονης λοίμωξης από το στέλεχος H5N1 της γρίπης των πτηνών και από τα στελέχη της εποχικής γρίπης που κυκλοφορούν κάθε χρόνο, που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τον ανασυνδυασμό του ιού και την εμφάνιση κάποιου νέου πανδημικού στελέχους γρίπης.

8.1.9 Αναγκαιότητα εμβολιασμού εργαζομένων

Όλο το προσωπικό που εργάζεται σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να εμβολιάζεται ώστε να μην προσβληθεί από γρίπη και να μη μεταδώσει τη λοίμωξη στους ασθενείς που νοσηλεύονται και στο υπόλοιπο προσωπικό.

8.1.10 Προστασία αντιγριπικού εμβολίου από γρίπη πτηνών

Το αντιγριπικό εμβόλιο δεν προστατεύει από τη γρίπη των πτηνών. Παρόλ' αυτά, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στα πλαίσια του Σχεδίου Προετοιμασίας για το Ενδεχόμενο Πανδημίας Γρίπης, συστήνει τον εντατικό, ετήσιο εμβολιασμό των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, με στόχο τη μείωση της πιθανότητας ταυτόχρονης λοίμωξης με στελέχη της εποχικής γρίπης και στελέχους της γρίπης των πτηνών, γεγονός που πιθανόν να οδηγήσει στην εμφάνιση κάποιου νέου στελέχους πανδημίας γρίπης.

8.1.11 Προστασία αντιγριπικού εμβολίου από πανδημία γρίπης

Δεν προστατεύει. Για να παρασκευαστεί εμβόλιο κατά στελέχους πανδημίας γρίπης πρέπει να εμφανιστεί και να απομονωθεί στέλεχος γρίπης με δυνατότητα να προκαλέσει πανδημία. Τέτοιο στέλεχος δεν έχει ανιχνευθεί μέχρι σήμερα. Από τη στιγμή που θα απομονωθεί πανδημικό στέλεχος θα χρειαστεί διάστημα περίπου 6-12 μηνών για να παρασκευαστεί και να διατεθεί κατάλληλο εμβόλιο.

8.1.12 Αντενδείξεις

Αντενδείξεις για το αντιγριπικό εμβόλιο είναι:

- Ιστορικό αλλεργίας στα αυγά ή στην ουσία thimerosal (συντηρητικό του εμβολίου)

- Ιστορικό αλλεργικής αντίδρασης στο εμβόλιο της γρίπης
- Ιστορικό συνδρόμου Guillain-Barre
- Άτομα με πυρετό πρέπει να περιμένουν να υποχωρήσει ο πυρετός πριν κάνουν το εμβόλιο. Άτομα με ήπια αναπνευστική νόσο μπορούν να κάνουν το εμβόλιο.

8.1.13 Παρενέργειες

Η πιο συχνή παρενέργεια είναι η ήπια αντίδραση στο σημείο που έγινε το εμβόλιο (άλγος, ερυθρότητα και οίδημα). Άλλες παρενέργειες όπως αλλεργικές αντιδράσεις είναι πολύ σπάνιες και αφορούν άτομα με αλλεργία στα αυγά ή στην ουσία thimerosal.

8.1.14 Εμβολιασμός

Καλύτερη περίοδος για τη χώρα μας είναι ο Οκτώβριος και ο Νοέμβριος. Εμβολιασμός μπορεί επίσης να γίνει καθ' όλη τη διάρκεια που παρουσιάζονται κρούσματα γρίπης στην κοινότητα.

Δεν πρέπει να γίνεται επαναληπτική δόση εμβολίου κατά τη διάρκεια μιας περιόδου. Στους ενήλικες συνιστάται μία μόνο δόση του εμβολίου κάθε χρόνο. Σε παιδιά κάτω των 9 ετών που εμβολιάζονται για πρώτη φορά, απαιτούνται δύο δόσεις με μεσοδιάστημα ενός μήνα.

Το εμβόλιο πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο αφού ο εμβολιασμός που έγινε τον περασμένο χρόνο δεν προστατεύει από τη γρίπη τον επόμενο χρόνο επειδή η ανοσία έναντι των ιών της γρίπης μειώνεται κατά τη διάρκεια του χρόνου. Επιπρόσθετα, οι ιοί της γρίπης που κυκλοφορούν μπορεί να αλλάζουν από χρόνο σε χρόνο, με αποτέλεσμα το αντιγριπικό εμβόλιο που κυκλοφόρησε τον προηγούμενο χρόνο να μην προστατεύει πλήρως κατά των στελεχών που κυκλοφορούν αυτό το χρόνο.

8.1.15 Ανασταλτικοί παράγοντες για τον εμβολιασμό

Ανασταλτικοί παράγοντες για τον εμβολιασμό κατά της γρίπης των εργαζομένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν:

- Άγνοια για τη σοβαρότητα της γρίπης, και κυρίως για τη σημασία της νοσοκομειακής μετάδοσης της γρίπης
- Άγνοια για το ότι οι εργαζόμενοι σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου
- Άγνοια για την προστασία που παρέχει το εμβόλιο
- Άγνοια για την ασφάλεια του εμβολίου
- Φόβος λόγω εγκυμοσύνης ή θηλασμού
- Δύσκολη πρόσβαση στον εμβολιασμό
- Κόστος εμβολίου

8.1 βλ. www.keel.org.gr

8.1.16 Οι στρατηγικές αύξησης της εμβολιαστικής κάλυψης

Οι στρατηγικές αύξησης της εμβολιαστικής κάλυψης του προσωπικού ενδεικτικά περιλαμβάνουν:

- Θερμή υποστήριξη του προγράμματος αντιγριπικού εμβολιασμού των εργαζομένων από την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων και τη Διοίκηση του νοσοκομείου
- Ενημέρωση των διευθυντών των διαφόρων κλινικών και τμημάτων του νοσοκομείου για την ανάγκη αντιγριπικού εμβολιασμού των εργαζομένων
- Ενημέρωση του προσωπικού για τις συστάσεις του ΥΥΚΑ (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης) για εμβολιασμό
- Επιλογή ενός ατόμου ή ομάδας που θα είναι υπεύθυνα για την οργάνωση και υλοποίηση του προγράμματος εμβολιασμού
- Σχετική εκπαίδευση του Νοσηλεύτη / Νοσηλεύτριας Επιτήρησης Λοιμώξεων
- Χρησιμοποίηση ποικίλων μέσων για τη διακίνηση μηνυμάτων ενίσχυσης του εμβολιασμού (π.χ. αφίσες, έντυπο υλικό, ομιλία, προβολή ταινίας, ανακοινώσεις στο προσωπικό κατά τη διάρκεια τακτικών συναντήσεων)
- Εύκολη πρόσβαση στο εμβόλιο. Ενδεικτικά αναφέρονται: εμβολιασμός σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο με εύκολη πρόσβαση ή εμβολιασμός ανά κλινική από περιφερόμενο συνεργείο εμβολιασμού κ.α.
- Εξουδετέρωση φραγμού κόστους για το εμβόλιο π.χ. δωρεάν και άμεση παροχή των εμβολίων στο χώρο εργασίας, ύστερα από προμήθειά τους από τις κατά τόπους Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων όπως αποφασίστηκε από το ΥΥΚΑ για την περίοδο 2008-2009 ή μαζική συνταγογράφηση στο βιβλιάριο του εργαζόμενου. (Το αντιγριπικό εμβόλιο μπορεί να συνταγογραφηθεί στα βιβλιάρια υγείας των εργαζομένων υπό την ένδειξη <<ομάδα υψηλού κινδύνου: εργαζόμενος σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας>>.)
- Καταγραφή των αποτελεσμάτων των στρατηγικών που εφαρμόστηκαν για την αύξηση της εμβολιαστικής κάλυψης κατά της γρίπης και σχετική ενημέρωση των εργαζομένων
- Επανάληψη του προγράμματος αντιγριπικού εμβολιασμού σε ετήσια βάση

Η εκπαίδευση του προσωπικού για τη σημασία της νοσοκομειακής γρίπης και την προστασία που παρέχει το αντιγριπικό εμβόλιο στους ασθενείς, τους εργαζόμενους και τις οικογένειες τους επιτυγχάνει αυξημένη συμμόρφωση του προσωπικού στις συστάσεις για εμβολιασμό. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι ο εμβολιασμός των εργαζομένων στην κλινική ή το τμήμα όπου εργάζονται από κινητό συνεργείο εμβολιασμού επιτυγχάνει υψηλότερα ποσοστά.

8.1.17 Υπάρχει θεραπεία

Ναι, υπάρχουν αντιϊικά φάρμακα [αμανταδίνη, ριμανταδίνη (δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα), ζαναμιβίρη και οζελταμιβίρη] που είναι δραστικά κατά του ιού της γρίπης. Προκειμένου να είναι αποτελεσματικά, η χορήγηση των φαρμάκων αυτών πρέπει ν' αρχίζει μέσα στις πρώτες 2 ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Υπάρχουν δεδομένα ότι τα φάρμακα αυτά μπορούν να μειώσουν τη διάρκεια, τη βαρύτητα, τις επιπλοκές και τη θνητότητα της γρίπης. Για τη χορήγηση των φαρμάκων αυτών συμβουλευτείτε τον ιατρό σας.

8.1.18 Η γρίπη των χοίρων: Τα βασικά σημεία που πρέπει να γνωρίζουμε

Η γρίπη των χοίρων είναι ασθένεια του αναπνευστικού συστήματος που προσβάλλει του χοίρους. Προκαλείται από ένα ιό της γρίπης τύπου A, H1N1. Η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί σ' όλες τις εποχές του χρόνου αλλά είναι συχνότερη το φθινόπωρο και το χειμώνα.

Κανονικά ο ιός της γρίπης των χοίρων δεν προσβάλλει τους ανθρώπους. Ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις που η νόσος εκδηλώνεται σε ανθρώπους που έχουν στενή επαφή με χοίρους. Η γρίπη των χοίρων εκδηλώνεται στους ανθρώπους πολύ σπάνια. Τα τελευταία χρόνια η συχνότητα έχει αυξηθεί ανησυχητικά.

Η μετάδοση του ιού της γρίπης τύπου A είναι δυνατόν να γίνει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις μετάδοσης ασθενών που μετέδωσαν τον ιό της γρίπης των χοίρων σ' άλλους ανθρώπους.

Δεν υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι όταν οι άνθρωποι τρώνε κρέας του χοίρου κινδυνεύουν από τη γρίπη των χοίρων. Η κατανάλωση κρέατος από μολυσμένους χοίρους δεν έχει βρεθεί ότι είναι τρόπος μετάδοσης του ιού στους ανθρώπους.

Ωστόσο είναι σημαντικό να τηρείται η γενική οδηγία που δίνεται για το ψήσιμο του κρέατος στους 70 βαθμούς. Στη θερμοκρασία αυτή ο ιός της γρίπης των χοίρων όπως και άλλοι ιοί ή βακτηρίδια σκοτώνονται.

Η μετάδοση της νόσου γίνεται με τον ίδιο τρόπο όπως η γρίπη. Σταγονίδια από το αναπνευστικό σύστημα του ασθενούς μεταφέρονται σ' άλλους ανθρώπους με το φτάρνισμα ή το βήχα. Η άμεση (φιλιά, χειραψία) ή έμμεση επαφή μεταξύ των ανθρώπων είναι τρόπος μετάδοσης του ιού της γρίπης.

8.1.17 βλ. www.keel.org.gr

8.1.18 βλ. www.Medlook.net

Τα σημεία και συμπτώματα που προκαλεί η γρίπη των χοίρων είναι ανάλογα με αυτά που προκαλεί η εποχιακή γρίπη των ανθρώπων:

1. Πυρετός, ρίγος
2. Ληθαργία, κούραση
3. Βήχας
4. Μυϊκοί πόνοι, πονοκέφαλος
5. Ανορεξία
6. Πόνος στο λαιμό
7. Ρινόρροια
8. Ναυτία, εμετοί, διάρροια
9. Πνευμονία, αναπνευστική ανεπάρκεια
10. Επιδείνωση χρόνιων παθήσεων που προϋπάρχουν στον ασθενή

Η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι ασθενείς που προσβάλλονται από γρίπη των χοίρων μπορεί ν' ακολουθήσει διάφορες πορείες, από την ήπια έως τη χειρίστη με κατάληξη του ασθενούς. Είναι σημαντικό να υπάρχει εγρήγορση για τα σημεία που δείχνουν επιδείνωση και ανάγκη γι' άμεση ιατρική αντιμετώπιση.

Τα ακόλουθα σημεία στα παιδιά δείχνουν ότι υπάρχει επείγουσα ανάγκη ιατρικής περίθαλψης:

1. Δυσκολίες αναπνοής ή μεγάλη συχνότητα αναπνοών (ταχύπνοια)
2. Ανωμαλίες του χρώματος του δέρματος όπως μελάνιασμα ή έντονη ωχρότητα
3. Δυσκολία ξυπνήματος, επικοινωνίας, αλληλεπίδρασης
4. Δυσκολία πρόσληψης υγρών από το στόμα
5. Σύγχυση μ' έντονη ερεθιστικότητα του παιδιού
6. Συμπτώματα γρίπης που ενώ φαίνεται να υποχωρούν επανέρχονται με χειρότερο πυρετό και βήχα
7. Πυρετός που συνοδεύεται από εξάνθημα

Στους ενήλικες τα προειδοποιητικά σημεία που δείχνουν ότι υπάρχει ανάγκη επείγουσας ιατρικής περίθαλψης είναι:

1. Δυσκολίες αναπνοής, δύσπνοια
2. Πόνος ή αίσθημα έντονης πίεσης στο θώρακα ή στην κοιλιά
3. Ξαφνική ζαλάδα
4. Σύγχυση
5. Σοβαροί ή επίμονοι εμετοί

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στο ιστορικό και σε συμπληρωματικές εξετάσεις που τεκμηριώνουν την ύπαρξη του ιού σε υγρά ή φλέγματα που λαμβάνονται από το αναπνευστικό σύστημα του ασθενούς. Οι ασθενείς αποβάλλουν τους ιούς για διάστημα 4 έως 5 ημερών από τη μέρα έναρξης των συμπτωμάτων της νόσου.

Ωστόσο μερικοί ασθενείς και ιδιαίτερα τα παιδιά μπορεί ν' αποβάλλουν ιούς για μέχρι 10 μέρες μετά από την έναρξη της ασθένειας και έτσι είναι σε θέση να μεταδίδουν τον ιό. Η ταυτοποίηση του ιού της γρίπης τύπου A, H1N1 της γρίπης των χοίρων γίνεται σε εξειδικευμένα εργαστήρια.

Η θεραπεία βασίζεται σε αντιικά φάρμακα όπως η αμανταδίνη, η ριμανταδίνη, η οσελταμιβίρη και η ζαναμιβίρη. Ο πλέον πρόσφατος τύπος του ιού της γρίπης των χοίρων παρουσιάζει ανθεκτικότητα στην αμανταδίνη και στη ριμανταδίνη. Για το λόγο αυτό συστήνεται η οσελταμιβίρη και η ζαναμιβίρη για την πρόληψη και τη θεραπεία της μόλυνσης με τον ιό της γρίπης των χοίρων που επικρατεί επί του παρόντος. Για τη θεραπεία της νόσου, τα φάρμακα πρέπει να δίνονται όσο το δυνατό πιο γρήγορα μετά από την εκδήλωση της νόσου. Τ' αποτελέσματα είναι καλύτερα εάν τα φάρμακα δίνονται στις πρώτες δύο μέρες από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Ο ιός H1N1 της γρίπης των χοίρων παρουσιάζει συχνές μεταλλάξεις. Για το λόγο αυτό υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι όπως συμβαίνει με τον ιό H1N1 της γρίπης των ανθρώπων γεγονός που καθιστά πιο δύσκολη την αντιμετώπιση και πρόληψη του. Στο Μεξικό και στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν αναφερθεί περιστατικά μόλυνσης με νέο τύπο του ιού H1N1. Ο ιός H1N1 είναι τύπος του ιού της γρίπης τύπου A που προκαλεί τη γρίπη στους ανθρώπους.

Η νέα μεταλλαγμένη μορφή του ιού αυτού της γρίπης των χοίρων που προσβάλλει τους ανθρώπους είναι διαφορετική από τις προηγούμενες. Περιέχει γενετικό υλικό τ' οποίο συνήθως υπάρχει στους τύπους του ιού αυτού που προσβάλλει τους ανθρώπους, τα πουλιά και τους χοίρους.

Έχουν αναφερθεί περισσότεροι από 80 θάνατοι στο Μεξικό λόγω του ιού της γρίπης των χοίρων. Επίσης περιστατικά γρίπης με τον ίδιο τύπο του ιού έχουν αναφερθεί και στις Ηνωμένες Πολιτείες, στο Κάνσας, στο Τέξας και στην Καλιφόρνια. Τα εν λόγω περιστατικά που αναφέρθηκαν έως τώρα ήταν ήπιες μορφής.

Στο Μεξικό μεγάλος αριθμός των περιπτώσεων ανθρώπων που παρουσίασαν γρίπη των χοίρων κατέληξαν σε θάνατο. Στη χώρα αυτή εκείνο που παρουσιάζει ιδιαίτερη ανησυχία είναι ότι οι περισσότεροι ασθενείς είναι νέοι σε ηλικία.

Οι νέοι ενήλικες φαίνεται ότι είναι πιο ευάλωτοι στον ιό της γρίπης των χοίρων. Συνήθως από τις εποχιακές εξάρσεις στον αριθμό των περιπτώσεων εποχιακής γρίπης, επηρεάζονται κυρίως οι ηλικιωμένοι και τα παιδιά. Το γεγονός ότι τα περισσότερα θύματα τώρα ήταν νέοι σε ηλικία άνθρωποι (νέοι ενήλικες) προκαλεί επιπρόσθετες ανησυχίες σχετικά με τον κίνδυνο διεθνούς ή παγκόσμιας εξάπλωσης της νόσου.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας παρακολουθεί με μεγάλη προσοχή την ανησυχητική αυτή εξέλιξη. Ο κίνδυνος για πανδημία γρίπης είναι μεγάλος. Ο γενετικός συνδυασμός που παρουσιάζει ο ιός που προκαλεί τώρα τη γρίπη των χοίρων στους ανθρώπους δημιουργεί σοβαρά ερωτήματα για τη δυναμική διάδοσης που θα έχει ανά το παγκόσμιο. Για το νέο τύπο του ιού H1N1 που περιέχει γενετικό υλικό του ιού της γρίπης των χοίρων δεν υπάρχει αποτελεσματικό εμβόλιο. Για τους χοίρους υπάρχει εμβόλιο για την πρόληψη της νόσου.

Τα βασικά μέτρα πρόληψης μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών προσφέρουν αποτελεσματική προστασία από τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού της γρίπης των χοίρων:

1. Τακτικό πλύσιμο των χεριών. Πλένετε τα χέρια σας μετά από φτάρνισμα ή βήχα. Χρησιμοποιείτε κατά προτίμηση νερό και σαπούνι. Τα σκεύασματά για καθαρισμό των χεριών που περιέχουν αλκοόλη είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά.

2. Κάλυψη του στόματος και της μύτης κατά το βήχα και το φτάρνισμα. Πετάτε τα χαρτομάντιλα μετά από τη χρήση τους.
3. Αποφεύγετε να αγγίζετε τα μάτια, τη μύτη και το στόμα σας. Οι μολυσματικοί παράγοντες (ιοί, βακτηρίδια, παράσιτα, μύκητες) συχνά μεταδίδονται όταν ένα άτομο αγγίζει κάτι που έχει επιμολυνθεί από αυτούς και μετά αγγίζει το στόμα, τη μύτη ή τα μάτια του.
4. Τακτικός καθαρισμός των επιφανειών με τις οποίες ερχόμαστε σ' επαφή όταν εργαζόμαστε ή που χρησιμοποιούνται από πολλούς ανθρώπους.
5. Αποφυγή στενής επαφής με ανθρώπους που ασθενούν από γρίπη. Εάν εσείς οι ίδιοι ασθενείτε με γρίπη, κρατείτε απόσταση από άλλους για να τους προστατεύετε.
6. Εάν έχετε γρίπη είναι προτιμότερο εάν μπορείτε, να μείνετε σπίτι παρά να είστε άρρωστοι στη δουλειά σας. Αυτό θα σας βοηθήσει να γιατρευτείτε γρηγορότερα και ν' αποτρέψετε τη μετάδοση της νόσου σ' άλλους.
7. Προστατεύετε και φροντίζετε τον εαυτό σας με το να κοιμάστε αρκετά, να είστε σωματικά δραστήριοι κάνοντας τακτικά άσκηση, να διαχειρίζεστε σωστά το στρες, να πίνετε άφθονα υγρά και να επιλέγετε για τη διατροφή σας, θρεπτικά και ενισχυτικά για την υγεία τρόφιμα και φαγητά.

8.2 ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ

8.2.1 Τι είναι

Η πολιομυελίτιδα είναι μία λοιμώδης νόσος που οφείλεται στον ιό της πολιομυελίτιδας. Ο ιός ανευρίσκεται στον φάρυγγα και στον εντερικό αυλό. Η νόσος προσβάλλει κυρίως παιδιά κάτω των 5 ετών. Συνήθως είναι ασυμπτωματική, αλλά σ' ένα μικρό ποσοστό εκδηλώνεται με μη αναστρέψιμη παράλυση για την οποία δεν υπάρχει ειδική θεραπεία.

8.2.2 Πώς μεταδίδεται

Η πολιομυελίτιδα μεταδίδεται:

- A) με στενή επαφή από άτομο σε άτομο
- B) μέσω επαφής με κόπρανα μολυσμένου ατόμου (π.χ. αλλαγή πάνας) και
- Γ) με στοματικές εκκρίσεις (π.χ. σάλιο)

8.2.3 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης της πολιομυελίτιδας διαρκεί 7-21 ημέρες (1 έως 3 εβδομάδες)

8.2.1 βλ. www.keel.org.gr

8.2.2 βλ. www.keel.org.gr

8.2.3 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 600

8.2.4 Αναγκαιότητα εμβολιασμού

Το ταξίδι προς χώρες του τρίτου κόσμου και γενικά προς χώρες με χαμηλές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, αυξάνει τον κίνδυνο να έρθετε σε επαφή με τον ιό της πολιομυελίτιδας. Ο κίνδυνος είναι ιδιαίτερα αυξημένος όταν πρόκειται για ταξίδι σε **χώρα όπου έχουν πρόσφατα αναφερθεί κρούσματα πολιομυελίτιδας**. Επίσης η **Σαουδική Αραβία απαιτεί πλέον (από τον Αύγουστο του 2005) πιστοποιητικό εμβολιασμού** από τους ταξιδιώτες που προέρχονται από χώρες που αναφέρουν κρούσματα και είναι κάτω των 15 ετών.

Αν έχετε εμβολιαστεί κατά την παιδική ηλικία, συνιστάται να κάνετε μόνο μία αναμνηστική δόση του εμβολίου **αν δεν έχετε ποτέ λάβει έστω και μία αναμνηστική δόση του εμβολίου**. Αν δεν έχετε εμβολιαστεί καθόλου κατά την παιδική ηλικία, καλό θα ήταν να εμβολιαστείτε προτού ταξιδέψετε, αν το ταξίδι σας πρόκειται να διαρκέσει >1 μήνα ή αν πρόκειται να έρθετε σε στενή επαφή με τους κατοίκους των ενδημικών περιοχών, ή ταξιδεύετε συχνά προς αυτές τις περιοχές ή πρόκειται να επισκεφθείτε περιοχές που αναφέρουν πρόσφατα (κατά το τελευταίο έτος) κρούσματα πολιομυελίτιδας.

8.2.5 Χρόνος εμβολιασμού

Οι περισσότεροι από αυτούς που ταξιδεύουν σε χώρες που η πολιομυελίτιδα εξακολουθεί να αποτελεί υγειονομικό πρόβλημα είναι πιθανότατα εμβολιασμένοι. Ακόμα όμως και αυτοί που έχουν εμβολιαστεί ήδη, εφόσον πρόκειται να επισκεφθούν επικίνδυνες για τη μετάδοση του ιού περιοχές, θα χρειαστεί να κάνουν μία πρόσθετη αναμνηστική δόση του IPV. Οι ταξιδιώτες οι οποίοι δεν έχουν εμβολιαστεί θα πρέπει να περιμένουν μέχρι και επτά μήνες, ώστε να ολοκληρωθεί πλήρως η σειρά του εμβολιασμού τους. Αυτός ο χρόνος αναμονής θα εξαρτηθεί και από την ανάγκη του εμβολιασμού τους μ' άλλα εμβόλια που πιθανόν να κριθούν απαραίτητα.

8.2.6 Τύποι εμβολίων

Υπάρχουν δύο τύποι εμβολίου:

A) το εμβόλιο με ζωντανούς εξασθενημένους ιούς πολιομυελίτιδας που χορηγείται από το στόμα, το OPV (Oral Polio Vaccine) και το Sabin (δεν κυκλοφορούν στην αγορά. Διατίθενται από τις Υγειονομικές Διευθύνσεις των Νομαρχιών) και

B) το αδρανποιημένο (ενέσιμο) εμβόλιο, το IPV (Inactivated Polio Vaccine) και το Salk (δεν κυκλοφορούν στην αγορά. Διατίθενται από τις Υγειονομικές Διευθύνσεις των Νομαρχιών).

8.2.4 βλ. www.keel.org.gr

8.2.5 βλ. www.Health.in.gr

8.2.6 βλ. www.Health.in.gr

Εκτός και αν υπάρχει αντένδειξη, το IPV θεωρείται το εμβόλιο εκλογής για τα άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω, τα οποία πρόκειται να πρωτοεμβολιαστούν, και για εκείνα που αδυνατούν λόγω συγκεκριμένων προβλημάτων υγείας να εμβολιαστούν με το OPV. Επίσης, το IPV μπορεί να χορηγηθεί και σε παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών σε τρεις ενδομυϊκές δόσεις (2, 4, και 6-18 μήνες) και ακολουθεί μια αναμνηστική δόση στην ηλικία των τεσσάρων μ' έξι ετών .

Το OPV, μ' εξαίρεση την Ελλάδα όπου εξακολουθεί να θεωρείται ο συνηθέστερος τύπος εμβολίου και δίνεται με το ίδιο δοσολογικό σχήμα με το IPV, χρησιμοποιείται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις. Το 90% τουλάχιστον απ' αυτούς που θα εμβολιαστούν με τρεις ή περισσότερες δόσεις θα εξασφαλίσουν επαρκή προφύλαξη από την πολιομυελίτιδα.

8.2.7 Ανεπιθύμητες ενέργειες

Πολύ σπάνια, με το από του στόματος χορηγούμενο εμβόλιο, είναι δυνατόν να εκδηλωθεί παράλυση στον εμβολιαζόμενο ή στα άτομα που συμβιών μ' αυτόν αν είναι ανοσοκατεσταλμένα ή ανεμβολίαστα. Η πολιομυελίτιδα που προκαλείται από τον ιό που περιέχεται στο εμβόλιο είναι εξαιρετικά σπάνια: κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας έχουν χορηγηθεί πάνω από 10 εκ. δόσεις του εμβολίου, ενώ πολιομυελίτιδα από τον ιό του εμβολίου εμφανίστηκε μόνο σε 50 άτομα.

Το ενέσιμο εμβόλιο μπορεί να προκαλέσει τοπικό ερεθισμό στο σημείο της ένεσης.

8.2.8 Παρενέργειες

Η συχνότερη **παρενέργεια** του Salk είναι η τοπική φλεγμονώδης αντίδραση στο σημείο της ένεσης, ενώ πιο σπάνια εμφανίζεται μέτριος πυρετός.

Η σοβαρότερη παρενέργεια του Sabin είναι η εκδήλωση παράλυσης στον εμβολιασμένο (ως και 30 ημέρες μετά τον εμβολιασμό) ή στο περιβάλλον του (ως και 60 ημέρες μετά). Ο κίνδυνος παράλυσης έχει υπολογιστεί ότι αναλογεί σε 1 περίπτωση / 7,8 εκ. δόσεις εμβολίου για τα άτομα που εμβολιάζονται, και σε 1 περίπτωση / 5,5 εκ. δόσεις εμβολίου για τα άτομα του περιβάλλοντος του εμβολιασμένου ατόμου.

8.2.9 Αντενδείξεις

Το εμβόλιο Sabin **αντενδείκνυται** σε άτομα με ανοσοκαταστολή και στις εγκύους, ενώ αποφεύγεται σε άτομα που συγκατοικούν μ' αυτά. Τα άτομα αυτά, αν χρειαστεί, μπορούν να εμβολιαστούν με το εμβόλιο Salk. Ο εμβολιασμός με Sabin πρέπει ν' αναβάλλεται κατά τη διαδρομή οξέων νοσημάτων του γαστρεντερικού. Επειδή το

8.2.7 βλ. www.keel.org.gr

8.2.8 βλ. www.keel.org.gr

8.2.9 βλ. www.keel.org.gr

εμβόλιο Salk περιέχει ίχνη αντιβιοτικών (νεομυκίνη, πολυμυξίνη-B και στρεπτομυκίνη) αντενδείκνυται σ' άτομα με ιστορικό αναφυλακτικής αντίδρασης σ' αυτά. Και τα δύο εμβόλια αντενδείκνυται σε άτομα με ιστορικό βαριάς αλλεργικής αντίδρασης σε προηγούμενη δόση, ενώ ο εμβολιασμός πρέπει ν' αναβάλλεται κατά τη διαδρομή οξέων εμπύρετων νοσημάτων.

8.2.10 Αποτελεσματικότητα

Η **αποτελεσματικότητα** του εμβολίου Salk υπολογίζεται σε 80-90%. Προστατευτικά αντισώματα εμφανίζονται στον ορό μετά τη δεύτερη δόση και διατηρούνται σε ικανοποιητικό επίπεδο για τουλάχιστον 5 έτη μετά την αναμνηστική δόση. Το εμβόλιο Sabin είναι πιο αποτελεσματικό. Προστατευτικά αντισώματα εμφανίζονται στον εντερικό αυλό και στον ορό των εμβολιασθέντων μετά από την πρώτη κιόλας δόση.

8.2.11 Ποιοί πρέπει να εμβολιαστούν

Όσοι είναι κάτω των 18 ετών, όπως και αυτοί που σχεδιάζουν να ταξιδέψουν σε περιοχές με μεγάλη συχνότητα της νόσου, θα πρέπει να υποβληθούν σε μια πλήρη σειρά του αντιπολιομυελιτικού εμβολιασμού.

8.2.12 Ποιοί δεν πρέπει να εμβολιαστούν

Ο αντιπολιομυελιτικός εμβολιασμός (IPV, OPV) θα πρέπει ν' αναβληθεί για τ' άτομα που ασθενούν από κάποιο νόσημα, σοβαρότερο από ένα απλό κρυολόγημα, ώσπου να βελτιωθεί η κατάστασή τους.

Το IPV θα πρέπει να χορηγηθεί αντί του OPV σε κάποιο άτομο που:

- Πάσχει από συγγενές ή επίκτητο νόσημα τ' οποίο επηρεάζει αρνητικά την ανοσολογική-αμυντική κατάσταση του οργανισμού.
- Πάσχει από AIDS ή έχει μολυνθεί με τον HIV.
- Πάσχει από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου.
- Υποβάλλεται σ' αντικαρκινική αγωγή με φάρμακα ή ακτινοβολία.
- Λαμβάνει άλλα φάρμακα, όπως είναι η πρεδνιζόνη ή τα παρατεταμένης δράσης στεροειδή, τα οποία περιορίζουν την ικανότητα του οργανισμού να καταπολεμά τις λοιμώξεις.

8.2.10 βλ. www.keel.org.gr

8.2.11 βλ. www.Health.in.gr

8.2.12 βλ. www.Health.in.gr

Οι συνθήκες στενής επαφής που επικρατούν μέσα σ' ένα σπίτι καθιστούν πολύ πιθανή τη μετάδοση του ιού που περιέχεται στο εμβόλιο OPV σε κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας. Εάν υπάρχει μέσα στο σπίτι κάποιο άτομο που πάσχει απ' οποιαδήποτε από τις ιατρικές καταστάσεις που προαναφέρθηκαν, οι γιατροί θα συστήσουν να χρησιμοποιηθεί το εμβόλιο IPV αντί του OPV.

Το IPV δεν θα πρέπει να χορηγείται σε κάποιο άτομο που:

- Είχε κάποτε εκδηλώσει αλλεργία στα αντιβιοτικά νεομυκίνη, στρεπτομυκίνη ή πολυμυξίνη Β.

8.4 ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΟΣ **(ή ΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ)**

8.3.1 Τι είναι

Οι πνευμονιοκοκκικές λοιμώξεις προκαλούνται από τον *Streptococcus pneumoniae*. Η δεξιαμενή του πνευμονιόκοκκου είναι ο ρινοφάρυγγας ασυμπτωματικών ανθρώπων-φορέων.

8.3.2 Πώς μεταδίδεται

Η μετάδοσή του γίνεται:

- A) μέσω σταγονιδίων και
- B) από αυτοενοφθαλμισμό στους φορείς

8.3.3 Τι προκαλεί

Τα νοσήματα που προκαλούνται από τον πνευμονιόκοκκο είναι συχνά πολύ σοβαρά και μερικές φορές μπορεί να οδηγήσουν και στο θάνατο. Από πνευμονιόκοκκο μπορεί να νοσήσει οποιοδήποτε άτομο, ωστόσο κάποιες κατηγορίες πληθυσμού θεωρούνται περισσότερο ευπαθείς στις οποίες θ' αναφερθούμε παρακάτω.

Η πνευμονιοκοκκική νόσος μπορεί να προκαλέσει σοβαρές λοιμώξεις των πνευμόνων (πνευμονία), του αίματος (μικροβαιμία και σηψαιμία) και των μηνίγγων του εγκεφάλου (μηνιγγίτιδα).

8.3.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 600

8.3.2 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 600

8.3.3 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 600

8.3.4 Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στην απομόνωση του μικροοργανισμού, από το αίμα, ή από άλλη στείρα περιοχή του σώματος.

8.3.5 Θεραπεία

Η πενικιλίνη είναι το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία των λοιμώξεων αυτών. Σε ασθενείς αλλεργικούς στην πενικιλίνη μπορεί να χορηγηθούν κεφαλοσπορίνες ή ερυθρομυκίνη για την πνευμονία και χλωραμφενικόλη για τη μηνιγγίτιδα.

Όμως ορισμένα φάρμακα, όπως η πενικιλίνη, κάποτε ήταν πολύ αποτελεσματικά για τη θεραπεία αυτών των λοιμώξεων. Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου τα νοσήματα αυτά έγιναν περισσότερο ανθεκτικά στα συγκεκριμένα φάρμακα, κάνοντας τη θεραπεία τους ιδιαίτερα δύσκολη. Το γεγονός αυτό καθιστά επιτακτική την ανάγκη του αντιπνευμονιοκοκκικού εμβολιασμού.

8.3.6 Εμβόλιο

Το εμβόλιο για την πνευμονιοκοκκική πνευμονία εγκρίθηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ το 1977 και αντικαταστάθηκε από ένα αποτελεσματικότερο εμβόλιο το 1983. Κυκλοφορούν δύο πολυδύναμα εξασθενημένα πολυσακχαριδικά εμβόλια έναντι 23 ορότυπων για τη χρήση σε άτομα ηλικίας >2 ετών. Ένα επταδύναμο συζευγμένο εμβόλιο έχει εγκριθεί για χρήση ρουτίνας σε παιδιά μικρότερα των 2 ετών, που αντιπροσωπεύουν το 80% των παιδικών πνευμονιοκοκκικών λοιμώξεων. Αυτό το παιδιατρικό εμβόλιο είναι μια σειρά 4 δόσεων που χορηγείται στην ηλικία των 2, 4, 6, 12 και 15 μηνών με 100% αποτελεσματικότητα έναντι των 7 στελεχών του εμβολίου και του 90% όλων των άλλων υπότυπων.

8.3.7 Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα του εμβολίου για ενήλικους είναι 60%-70% και συνιστάται για όλα τα υγιή άτομα άνω των 65 ετών. Η ηλικία αυτή μπορεί να κατέλθει στα 50 έτη ή σε κάθε ανοσοκατεσταλμένο άτομο ή χρονίως πάσχοντα.

8.3.4 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 600

8.3.5 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 600

8.3.6 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 600

8.3.7 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 600

8.3.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου περιλαμβάνουν:

- A) πόνο και ερυθρότητα στο σημείο της ένεσης
- B) περιστασιακά πυρετό και μυαλγία, αλλά σπάνια προκαλούνται σοβαρές παρενέργειες

8.3.9 Χρόνος εμβολιασμού

Συνήθως αρκεί να χορηγηθεί μία μόνο δόση του εμβολίου. Ωστόσο, σ' ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθεί και δεύτερη δόση.

- Η χορήγηση δεύτερης δόσης συνιστάται για τ' άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, τα οποία έλαβαν την πρώτη δόση σε ηλικία μικρότερη των 65 ετών και εφόσον έχουν παρέλθει πέντε ή και περισσότερα χρόνια από τότε.
- Δεύτερη δόση χορηγείται επίσης και στα άτομα που έχουν:
 1. κατεστραμμένο σπλήνα ή έλλειψή του (ασπληνία),
 2. δρεπανοκυτταρική νόσο,
 3. λοίμωξη από τον HIV (AIDS),
 4. καρκίνο, λευχαιμία, λέμφωμα, πολλαπλό μυέλωμα,
 5. νεφρική ανεπάρκεια,
 6. νεφρωσικό σύνδρομο,
 7. λαμβάνουν φάρμακα τα οποία εξασθενίζουν το ανοσοποιητικό σύστημα (όπως είναι τα χημειοθεραπευτικά ή στεροειδή που λαμβάνονται για χρόνια νοσήματα).

Τα παιδιά ηλικίας δέκα ετών και κάτω μπορεί να κάνουν τη δεύτερη δόση τρία χρόνια μετά τη χορήγηση της πρώτης. Τα άνω των δέκα ετών θα πρέπει να επανεμβολιαστούν έπειτα από πέντε χρόνια από τη χορήγηση της πρώτης δόσης.

8.3.8 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 600

8.3.9 βλ. www.Health.in.gr

8.3.10 Ποιοί θα πρέπει να εμβολιαστούν

- Όλοι οι ενήλικοι ηλικίας 65 ετών και άνω.
- Οποιοδήποτε άτομο ηλικίας άνω των δύο ετών πάσχει από κάποιο χρόνιο πρόβλημα, όπως:
 1. καρδιακό νόσημα,
 2. δρεπανοκυτταρική νόσος,
 3. αλκοολισμός,
 4. πνευμονικό νόσημα,
 5. κίρρωση του ήπατος.
- Οποιοδήποτε άτομο ηλικίας άνω των δύο ετών πάσχει από νόσημα τ' οποίο μειώνει την άμυνα του οργανισμού απέναντι στις λοιμώξεις, όπως:
 1. η νόσος του Hodgkin,
 2. η νεφρική ανεπάρκεια,
 3. η λευχαιμία, το λέμφωμα,
 4. το πολλαπλό μυέλωμα,
 5. το νεφρωσικό σύνδρομο,
 6. η λοίμωξη HIV (AIDS),
 7. κατεστραμμένος σπλήνας ή η έλλειψή του (ασπληνία),
 8. η μεταμόσχευση οργάνου.
- Οποιοδήποτε άτομο ηλικίας άνω των δύο ετών υποβάλλεται σε θεραπεία που καταστέλλει το ανοσοποιητικό του σύστημα, όπως:
 1. η μακροχρόνια λήψη στεροειδών,
 2. η λήψη αντικαρκινικών φαρμάκων,
 3. η ακτινοθεραπεία.

Το αντιπνευμονιοκοκκικό εμβόλιο θεωρείται πολύ ασφαλές και προκαλεί ελαφρές μόνο τοπικές αντιδράσεις (ερυθρότητα και πόνο) και σε σπάνιες περιπτώσεις αλλεργικά συμπτώματα.

Σύντομα αναμένεται να κυκλοφορήσει και στη χώρα μας ο βελτιωμένος τύπος συζευγμένου αντιπνευμονιοκοκκικού εμβολίου που θα μπορεί να χορηγηθεί και από την ηλικία των δύο μηνών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΕΙΔΙΚΟΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΙ

**ΚΙΤΡΙΝΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ
ΤΥΦΟΕΙΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ
ΛΥΣΣΑ
ΧΟΛΕΡΑ
ΠΑΝΩΛΗ**



9.1 ΚΙΤΡΙΝΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ

9.1.1 Τι είναι

Είναι οξεία λοίμωξη από αρβιοϊό που μπορεί να είναι αφανής ή μ' αιφνίδια έναρξη, πυρετό, ρίγη (φρίκια), ναυτία, εμετό, ίκτερο και αιμορραγικές διαταραχές.

9.1.2 Πώς μεταδίδεται

Η μετάδοση γίνεται με δήγμα μολυσμένου κουνουπιού.

9.1.3 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης διαρκεί 3-6 ημέρες.

9.1.4 Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα του κίτρινου πυρετού εμφανίζεται ξαφνικά με ρίγη και πυρετό, ενώ ακολουθούν κεφαλαλγία, πόνος στην πλάτη, γενικευμένοι πόνοι, ναυτία, εμετός και ερυθρότητα των επιπεφυκώτων (κοκκίνισμα των ματιών). Μεσολαμβάνουν τρεις ημέρες ύφεσης των κλινικών συμπτωμάτων και ακολούθως, κατά τη δεύτερη φάση, επανεμφανίζονται πυρετός, ίκτερος (κιτρίνισμα του δέρματος και των ματιών), αιμορραγίες, κυρίως αιματέμεση, ολιγουρία και βραδυκαρδία. Ακολουθούν παραλήρημα, διεγέρσεις, καταπληξία, κώμα, τα οποία συχνά οδηγούν στο θάνατο.

Όσοι πρόκειται να επισκεφθούν αγροτικές περιοχές χωρών με υψηλό κίνδυνο μετάδοσης της νόσου, πρέπει να γνωρίζουν ότι ο κίνδυνος μόλυνσης είναι αυξημένος, ακόμα και αν η χώρα προορισμού δεν έχει κάνει επίσημη αναφορά για την παρουσία της νόσου σ' αυτήν και δεν απαιτεί από τους επισκέπτες να είναι εφοδιασμένοι με πιστοποιητικό εμβολιασμού κατά του κίτρινου πυρετού.

9.1.5 Εμβολιασμός

Το εμβόλιο του κίτρινου πυρετού ανήκει στην κατηγορία των εμβολίων που περιέχουν ζώντες, εξασθενημένους ιούς. Περιέχει ζώντα αδρανοποιημένο ιό (στέλεχος Rockefeller 17D). Το εμβόλιο χορηγείται υποδορίως σε μία δόση των 0,5 ml. Προστατευτικά αντισώματα αναπτύσσονται μετά από 10 ημέρες και διατηρούνται ως και 30-35 έτη μετά τον εμβολιασμό.

9.1.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 606

9.1.2 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 606

9.1.3 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 606

9.1.4 βλ. www.Health.in.gr

9.1.5 βλ. www.keel.org.gr

Παρόλ' αυτά, ο Διεθνής Κανονισμός Υγείας απαιτεί τη χορήγηση μιας αναμνηστικής δόσης κάθε 10 έτη. Για την είσοδό μας σε κάποια χώρα με κρούσματα κίτρινου πυρετού, είναι απαραίτητο ο εμβολιασμός να γίνει το αργότερο 10 ημέρες πριν από την αναχώρησή σας και να μην έχουν περάσει περισσότερα από 10 χρόνια από προηγούμενο εμβολιασμό μας.

9.1.6 Ενδείξεις

Το εμβόλιο ενδείκνυται σ' όλα τ' άτομα άνω των 9 μηνών που ταξιδεύουν προς ενδημικές περιοχές.

9.1.7 Αντενδείξεις

- **Βρέφη:** Το εμβόλιο αντενδείκνυται σε βρέφη μικρότερα των 4 μηνών, ενώ πρέπει να αποφεύγεται σε βρέφη 4-9 μηνών, εκτός και αν υπάρχει σημαντικός κίνδυνος λοίμωξης.
- **Ανοσολογική ανεπάρκεια:** Οι ασθενείς με συγγενή ή επίκτητη ανεπάρκεια της κυτταρικής ανοσίας (λευχαιμία, λέμφωμα, γενικευμένη κακοήθεια, μακροχρόνια θεραπεία με κορτικοειδή, θεραπεία με αλκυλιούντες παράγοντες, αντιμεταβολίτες, ακτινοθεραπεία) θεωρητικά μπορεί να προσβληθούν από τον ιό του εμβολίου, γι' αυτό και το εμβόλιο σ' αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει ν' αποφεύγεται. Τα άτομα που λαμβάνουν κορτικοειδή για μικρό χρονικό διάστημα (<2 εβδομάδες) ή σε μικρή δόση (10 mg πρεδνιζόνης ή ισοδύναμη δόση άλλου κορτικοειδούς) ή έχουν λάβει κορτικοειδή με ενδαρθρική έγχυση, μπορούν να εμβολιαστούν χωρίς κίνδυνο. Στους φορείς της HIV λοίμωξης που δεν έχουν εκδηλώσει AIDS, το εμβόλιο μπορεί να χορηγηθεί, αλλά η ανοσολογική απάντηση ενδέχεται να είναι μειωμένη (μόνο το 77% των ασυμπτωματικών ενηλίκων και το 17% των παιδιών φορέων της HIV λοίμωξης, αναπτύσσουν αντισώματα). Γι' αυτό, μετά τον εμβολιασμό τους συνιστάται έλεγχος του τίτλου των προστατευτικών αντισωμάτων. Τ' άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενούς με ανοσοεπάρκεια μπορούν να εμβολιαστούν χωρίς να υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης του ιού προς τους ανοσοεπαρκείς.
- **Υπερευαισθησία:** Ο εμβολιασμός των ατόμων με γνωστή αντίδραση υπερευαισθησίας ή ιστορικό αναφυλακτικής αντίδρασης στο αυγό ή στην πρωτεΐνη του αυγού αντενδείκνυται. Πρακτικά το εμβόλιο μπορεί να χορηγηθεί σ' όλα τ' άτομα που καταναλώνουν αυγά. Μικρής βαρύτητας αλλεργικές αντιδράσεις στο αυγό δεν αποτελούν αντένδειξη. Επίσης το εμβόλιο αντενδείκνυται επί υπάρξεως γνωστού ιστορικού υπερευαισθησίας σ' οποιοδήποτε από τα συστατικά του (βλέπε οδηγίες κατασκευαστή).
- **Πυρετός:** Ο εμβολιασμός θα πρέπει ν' αναβάλλεται κατά τη διαδρομή οξέων εμπύρετων νοσημάτων.

9.1.6 βλ. www.keel.org.gr

9.1.7 βλ. www.keel.org.gr

9.1.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες

Γενικά το εμβόλιο θεωρείται εξαιρετικά ασφαλές.

Σπάνια (2-5%), την 4^η με 15^η ημέρα μετά τον εμβολιασμό μπορεί να παρατηρηθεί τοπικός ερεθισμός στο σημείο της ένεσης ή συστηματικά συμπτώματα όπως πυρετός, κεφαλαλγία, κακουχία, αδυναμία και μυαλγίες.

Αντιδράσεις υπερευαισθησίας τύπου I αναφέρονται σπάνια (1/1.000.000 δόσεις) και αφορούν κυρίως άτομα με ιστορικό υπερευαισθησίας στο αυγό.

Πολύ σπάνια (1/8.000.000 άτομα) έχει αναφερθεί νευροτρόπος νόσος που σχετίζεται με το εμβόλιο του κίτρινου πυρετού (Yellow fever vaccine Associated Neurotropic Disease-YEL-AND) παλαιότερα γνωστή ως εγκεφαλίτιδα μετά-εμβολιασμό. Αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια αρχικά παρατηρήθηκε σε βρέφη <4 μηνών, αλλά μπορεί να συμβεί σ' οποιαδήποτε ηλικία. Εκδηλώνεται 7-21 ημέρες μετά τον εμβολιασμό με νευρολογικά σημεία, πλειοκύτωση του ΕΝΥ και πρωτεϊνοραχία. Έχει βραχεία διαδρομή και τυπικά ακολουθεί πλήρης ίαση.

Εξαιρετικά σπάνια επίσης (από το 1996 έως το 2004, 28 περιπτώσεις σε περισσότερες από 100 εκ. δόσεις παγκοσμίως), έχει αναφερθεί σπλαγνοτρόπος νόσος που σχετίζεται με το εμβόλιο του κίτρινου πυρετού με στέλεχος 17D (Yellow fever vaccine Associated Viscerotropic Disease-YEL-AVD) παλαιότερα γνωστή ως πολυοργανική ανεπάρκεια μετά τον εμβολιασμό. Το σύνδρομο φαίνεται να είναι συχνότερο σ' άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών και σ' άτομα με ιστορικό νόσου του θύμου αδένου. Εκδηλώνεται 2-5 ημέρες μετά τον εμβολιασμό και κλινικά μοιάζει με κίτρινο πυρετό βαριάς μορφής. Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός του συνδρόμου παραμένει άγνωστος.

9.1.9 Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα του εμβολίου είναι πολύ υψηλή. Αντισώματα αναπτύσσονται 7-10 ημέρες μετά τον εμβολιασμό. Η ανοσολογική αποτελεσματικότητα εκτιμάται ότι είναι της τάξης του 90% ενώ η κλινική αποτελεσματικότητα υπερβαίνει το 94%. Η διάρκεια της προστασίας από τον κίτρινο πυρετό φαίνεται να ξεπερνά τ' όριο ισχύος του πιστοποιητικού εμβολιασμού (10 έτη). Προστατευτικά αντισώματα ανιχνεύονται στο 92-97% των εμβολιασθέντων ως και 16-19 έτη μετά τον εμβολιασμό και στο 80% των εμβολιασθέντων ως και 30 έτη μετά τον εμβολιασμό.

9.1.8 βλ. www.keel.org.gr

9.1.9 βλ. www.keel.org.gr

9.1.10 Προληπτικά μέτρα

Πρώτη γραμμή άμυνας των ταξιδιωτών κατά του κίτρινου πυρετού θεωρείται η λήψη των απαραίτητων ατομικών μέτρων προστασίας από τα τσιμπήματα των κουνουπιών. Ακόμα και εάν αποφασίσετε να εμβολιαστείτε, θα πρέπει να γνωρίζετε ότι το εμβόλιο του κίτρινου πυρετού δεν είναι αποτελεσματικό σε ποσοστό 100%. Επιπροσθέτως, ανάλογα με τον τόπο προορισμού, υπάρχει πιθανότητα να μολυνθείτε και από άλλα νοσήματα που μεταδίδονται με τα κουνούπια.

Επίσης, θα πρέπει να φοράτε ενδύματα ψεκασμένα μ' ένα εντομοαπωθητικό που περιέχει DEET (συγκέντρωση του φαρμάκου 30% είναι συνήθως επαρκής) και να διαμένετε σε δωμάτια εφοδιασμένα με κλιματισμό και προστατευτικές σήτες. Όταν κυκλοφορείτε σ' εξωτερικούς χώρους καλό είναι να περιορίζετε την έκθεση του ακάλυπτου δέρματός σας στα τσιμπήματα των κουνουπιών φορώντας κάλτσες, μακριά παντελόνια και πουκάμισα με μακριά μανίκια. Εάν σκοπεύετε να χρησιμοποιήσετε ένα εντομοαπωθητικό με DEET στα παιδιά, θα πρέπει να το κάνετε με ιδιαίτερη προσοχή, επειδή σε περίπτωση υπερδοσολογίας υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες από το νευρικό σύστημα.

Εφόσον ταξιδεύετε σ' αγροτικές περιοχές, θα πρέπει να προμηθευτείτε μια φορητή κουνουπιέρα και εντομοκτόνα σε μορφή σπρέι, για να εξουδετερώσετε τα κουνούπια των εσωτερικών χώρων. Μπορείτε επίσης να επιθέσετε περμεθρίνη (ένα εντομοαπωθητικό/εντομοκτόνο) στα ρούχα σας και στις κουνουπιέρες.

9.2 ΤΥΦΟΕΙΔΗΣ ΠΥΡΕΤΟΣ

9.2.1 Τι είναι και κλινική εικόνα

Ο τυφοειδής πυρετός είναι σοβαρή συστηματική λοιμώδης νόσος που μπορεί να είναι υποκλινική ή κλινική μ' εμφάνιση πυρετού, κεφαλαλγίας, κακουχίας, δυσκοιλιότητας, ανορεξίας, ροδόχρωων κηλίδων στον κορμό και ενίοτε λεμφαδενοπάθειες.

9.2.2 Πώς μεταδίδεται

Ο τυφοειδής πυρετός μεταδίδεται με πρόσληψη μολυσμένης τροφής και νερού από σούρα και κόπρανα ασθενών και φορέων.

9.1.10 βλ. www.Health.in.gr

9.2.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605-606

9.2.2 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605-606

9.2.3 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από 3-30 ημέρες με μέση κύμανση 8-14 ημέρες.

9.2.4 Επιπλοκές

Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν την εμφάνιση παύρειων πλακών στον ειλέο, που μπορεί να οδηγήσουν σε διάτρηση, αιμορραγία και συμφύσεις του λεπτού εντέρου, αμβλύνοια, κώφωση και θάνατο.

9.2.5 Διάγνωση

Η διάγνωση του τυφοειδή πυρετού τίθεται με καλλιέργειες αίματος, ούρων, κοπράνων ή μυελού των οστών.

9.2.6 Εμβολιασμός

Σήμερα διατίθενται τρία ακόλουθα εμβόλια κατά του τυφοειδούς πυρετού:
Α) Το εμβόλιο από ζώντα εξασθενημένα βακτήρια για χορήγηση από το στόμα
Β) Το νεκρωμένο με φαινόλη και θερμότητα παρεντερικό εμβόλιο
Γ) Το παρεντερικό εμβόλιο καψικού πολυσακχαρίτη (ViCPs)

9.2.7 Αντενδείξεις

Το εμβόλιο από ζώντα βακτήρια για χορήγηση από το στόμα αντενδείκνυται:
Α) Σε παιδιά μικρότερα των 6 ετών
Β) Σε ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς
Και το ViCPs αντενδείκνυται:
Α) Σε παιδιά μικρότερα των 2 ετών

9.2.3 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605-606

9.2.4 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605-606

9.2.5 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605-606

9.2.6 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605-606

9.2.7 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605-606

9.2.8 Παρενέργειες

Οι παρενέργειες των ενέσιμων είναι άλγος και οίδημα στο σημείο της ένεσης και πιθανόν ελαφρώς πυρετός και κεφαλαλγία για μία με δύο ημέρες.

9.2.9 Αποτελεσματικότητα

Και τα τρία εμβόλια έχουν παρεμφερή αποτελεσματικότητα που κυμαίνεται από 46-80%.

9.2.10 Προληπτικά μέτρα

Η αποτελεσματική πρόληψη του τυφοειδούς πυρετού επιτυγχάνεται με την εξασφάλιση της παροχής καθαρού νερού και την πιστή εφαρμογή των κανόνων υγιεινής των τροφίμων (σωστές συνθήκες επεξεργασίας και παρασκευής τους).

Στα κλασικά μέτρα πρόληψης περιλαμβάνονται:

- Η κατανάλωση εμφιαλωμένου νερού ή ροφημάτων που έχουν παρασκευαστεί με βρασμένο νερό. Επίσης, θα πρέπει ν' αποφεύγονται τα παγάκια.
- Το βράσιμο του νερού και η χρησιμοποίησή του για το βούρτσισμα των δοντιών.
- Εάν δεν υπάρχει διαθέσιμο εμφιαλωμένο νερό και είναι αδύνατον το βράσιμο του νερού, θα πρέπει να επεξεργαστείτε το νερό με ιώδιο -θυμηθείτε να φιλτράρετε το θλωμένο νερό μ' ένα καθαρό κομμάτι υφάσματος ή ακόμα και φίλτρο καφέ, προτού το επεξεργαστείτε χημικά με την προσθήκη του ιωδίου.
- Η αποφυγή κατανάλωσης ωμών λαχανικών και σαλατών. Τα φρούτα, οι ξηροί καρποί και τα λαχανικά θεωρούνται ασφαλή εφόσον πλυθούν καλά και δεν έχει αφαιρεθεί το περίβλημά τους, τ' οποίο θα πρέπει ν' απομακρύνετε οι ίδιοι προσέχοντας να μη μολύνετε το εσωτερικό τους.
- Η παραγγελία και η κατανάλωση στα εστιατόρια κρεατικών, ψαριών και άλλων θαλασσινών που είναι καλά μαγειρεμένα και σερβίρονται πολύ ζεστά. Το ψωμί θεωρείται ασφαλέστερο όταν καταναλώνεται φρέσκο από το φούρνο.
- Η κατανάλωση μόνο των παστεριωμένων γαλακτοκομικών προϊόντων.
- Η αποφυγή κολύμβησης ή ψαρέματος σε μολυσμένα νερά. Επίσης, η αποφυγή κατανάλωσης ψαριών που έχουν αλιευθεί σε τέτοια νερά.

Εάν πρόκειται να ταξιδέψετε σε χώρες όπου ενδημεί ο τυφοειδής πυρετός, θα πρέπει να εμβολιαστείτε με το αντιτυφικό εμβόλιο, παρά το γεγονός ότι η αποτελεσματικότητά του δεν είναι ικανοποιητική (μόνο το 60% των εμβολιασθέντων ατόμων θα δημιουργήσουν προστατευτικά αντισώματα). Παράλληλα, θα πρέπει να λαμβάνετε και όλα τα προστατευτικά μέτρα που σχετίζονται με την πρόληψη της διάρροιας των ταξιδιωτών.

9.2.8 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605-606

9.2.9 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605-606

9.2.10 βλ. www.Health.in.gr

9.3 ΛΥΣΣΑ

9.3.1 Τι είναι

Η λύσσα είναι ιογενής λοίμωξη μεταδιδόμενη από τα ζώα (ζωνόσος), που συνήθως εκδηλώνεται με προοδευτική εμπλοκή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) , ανησυχία, δυσφαγία και σπασμούς που καταλήγουν σε θάνατο.

9.3.2 Πώς μεταδίδεται

Η λύσσα μεταδίδεται στον άνθρωπο-ξενιστή από το σίελο των ζώων που πάσχουν από λύσσα, με δήγμα ή μ' έκθεση του βλεννογόνου ή ανοικτού τραύματος σε μολυσμένο σίελο.

9.3.3 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης κυμαίνεται από λίγες ημέρες μέχρι ένα και πλέον έτος. Η μεγάλη αυτή περίοδος επώασης της λύσσας καθιστά συχνά δυσχερή την αρχική διάγνωση, διότι μεσολαβεί κάποιο διάστημα μεταξύ μετάδοσης και έναρξης των κλινικών συμπτωμάτων.

9.3.4 Κλινική εικόνα

Η νόσος αρχίζει με πυρετό, κακουχία, ανορεξία, γαστρεντερικά ενοχλήματα και κλινικά συμπτώματα από το αναπνευστικό. Το πρώτο κλινικό σύμπτωμα που μπορεί να δημιουργήσει την υποψία της παρουσίας της νόσου είναι ένα περίεργο αίσθημα σαν πόνος ή μούδιασμα στην περιοχή του δήγματος. Στο στάδιο αυτό εμφανίζονται επίσης και διάφορα νευρολογικά συμπτώματα, όπως είναι η ανησυχία, η ευερεθιστότητα, η αϋπνία, η επιθετικότητα, οι ψευδαισθήσεις και η κατάθλιψη. Η κύρια κλινική μορφή της νόσου εκδηλώνεται με την εικόνα της μανίας ή της λύσσας ή της υδροφοβίας. Συγκεκριμένα, όταν προσφερθεί στον ασθενή νερό, τότε αυτός πανικοβάλλεται και κάνει ανεξέλεγκτες κινήσεις των χεριών στην προσπάθεια ν' απομακρυνθεί από το δοχείο με το νερό. Το τελικό στάδιο της λύσσας περιλαμβάνει το κώμα, την καρδιακή ή αναπνευστική ανεπάρκεια και σχεδόν πάντοτε το θάνατο.

9.3.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605

9.3.2 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605

9.3.3 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605

9.3.4 βλ. www.Health.in.gr

9.3.5 Διάγνωση

Οριστική διάγνωση μπορεί να τεθεί με απομόνωση του ιού στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) ή τον σίελο και την ανίχνευση αντισωμάτων στον ορό και το ENY μη ανοσοποιημένων ατόμων. Εντούτοις, η έγκαιρη διάγνωση δεν μεταβάλλει συνήθως τη θεραπεία ή την πρόγνωση της λύσσας.

9.3.6 Θεραπεία-Εμβολιασμός-Παρενέργειες

Η θεραπεία της λύσσας ξεκινά μ' άμεσο και προσεκτικό καθαρισμό του τραύματος ή των βλεννογόνων που έχουν πιθανόν επιμολυνθεί με σίελο μολυσμένου ζώου.

Πρέπει αμέσως να χορηγηθεί ανοσοσφαιρίνη της λύσσας (RIG) για παθητική ανοσοποίηση, ακολουθούμενη από το εμβόλιο ανθρώπινων διπλοειδικών κυττάρων (HDCV), το προσροφημένο εμβόλιο της λύσσας (RVA) ή το εμβόλιο πρωτογενούς καλλιέργειας εμβρύου όρνιθας (PCEC) για ενεργητική ανοσοποίηση.

Τα προγράμματα αντιλυσσικού εμβολιασμού είναι ειδικά για προφύλαξη πριν και μετά την έκθεση, και περιλαμβάνουν μια σειρά ενέσεων για μια περίοδο διάρκειας 4 εβδομάδων.

Ο πόνος και η εξοίδηση στην περιοχή της ένεσης αποτελούν συνήθεις παρενέργειες.

Το 6% περίπου των εμβολιαζόμενων εμφανίζει υπερευαισθησία στις αναμνηστικές δόσεις και πρέπει να υπάρχει υποστηρικτική θεραπεία όταν απαιτούνται και συνιστώνται αναμνηστικές δόσεις για τα άτομα αυτά. Σ' άτομα που είχαν εκδηλώσει σοβαρές συστηματικές και αναφυλακτικές αντιδράσεις μετά τη χορήγηση του αντιλυσσικού εμβολίου, ο κίνδυνος ανάπτυξης λύσσας πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν πριν από τη διακοπή του εμβολιασμού. Βοήθεια για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων αυτών παρέχεται από τις πολιτειακές υγειονομικές υπηρεσίες και τα Κέντρα Ελέγχου Νοσημάτων.

Η κύηση δεν αποτελεί αντένδειξη σε περίπτωση που απαιτείται εμβολιασμός μετά από έκθεση.

9.3.7 Άτομα υψηλού κινδύνου

Όλα τ' άτομα είναι επιρρεπή στη νόσηση από λύσσα. Εντούτοις, εκείνοι που ζουν ή εργάζονται σε περιοχές με υψηλό κίνδυνο έκθεσης, όπως οι σπηλαιολόγοι, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης.

9.3.5 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605

9.3.6 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605

9.3.7 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 605

9.3.8 Προληπτικά μέτρα

Αν κάποιος δαγκωθεί από σκύλο ή γάτα χωρίς να έχει προκαλέσει το ζώο, το πρώτο μέλημα είναι να συλληφθεί το ζώο και να τεθεί σε περιορισμό χωρίς να σκοτωθεί. Αμέσως μετά θα πρέπει να ζητηθεί η συμβουλή των κατά τόπους υγειονομικών αρχών για την πιθανή ανάγκη της εφαρμογής αντιλυσσικής θεραπείας και ταυτόχρονα να γίνει καλός καθαρισμός του τραύματος με σαπούνι και νερό.

Αν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος μετάδοσης λύσσας, τρία είναι τα απαιτούμενα μέτρα: Πρώτον η περιποίηση του τραύματος όπως ήδη περιγράφηκε. Δεύτερον η χορήγηση αντιλυσσικής ανοσοσφαιρίνης από άνθρωπο σ' εφάπαξ δόση 20 μονάδες ανά kg βάρους, (η μισή να ενεθεί τοπικά στην περιοχή του δήγματος ή των δηγμάτων και η άλλη μισή ενδομυϊκά). Τρίτον ο αντιλυσσικός εμβολιασμός. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται αντιλυσσικά εμβόλια τα οποία έχουν άριστη αποτελεσματικότητα. Οι παρενέργειες του εμβολιασμού είναι μικρές και παροδικές και περιλαμβάνουν την κεφαλαλγία, την καταβολή, τον πυρετό, την λεμφαδενοπάθεια και την τοπική αντίδραση. Δεν σημειώθηκε κανένας θάνατος από τον εμβολιασμό σε σύνολο πέντε εκατομμυρίων ανθρώπων. Το συνιστώμενο δοσολογικό σχήμα του αντιλυσσικού εμβολιασμού είναι πέντε δόσεις του 1ml. Η πρώτη δόση του εμβολίου γίνεται μόλις ληφθεί η σχετική απόφαση και οι επόμενες την 3η, 7η, 14η και 28η μέρα. Οι δόσεις γίνονται ενδομυϊκά στην περιοχή του δελτοειδούς μυός.

9.4 ΧΟΛΕΡΑ

9.4.1 Τι είναι

Η χολέρα αποτελεί οξεία εντερική μικροβιακή λοίμωξη, χαρακτηριζόμενη από την παραγωγή τοξινών, η οποία μπορεί να είναι υποκλινική ή εξαιρετικά σοβαρή. Προκαλεί άφθονη υδαρή διάρροια, εμετό και αφυδάτωση.

9.4.2 Πώς μεταδίδεται

Η νόσος μεταδίδεται δια της κοπρανοστοματικής οδού, συνήθως με την πρόσληψη ύδατος ή τροφής που έχει μολυνθεί από κόπρανα.

9.3.8 βλ. www.Health.in.gr

9.4.1 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 603

9.4.2 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 603

9.4.3 Χρόνος επώασης

Η χολέρα έχει περίοδο επώασης που διαρκεί από λίγες ώρες έως πέντε ημέρες.

9.4.4 Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της χολέρας περιλαμβάνουν σοβαρή αφυδάτωση που οδηγεί σε μεταβολική οξέωση, κυκλοφορική καταπληξία, σπασμούς, κώμα και θάνατο.

9.4.5 Διάγνωση

Η διάγνωση της χολέρας τίθεται με τις καλλιέργειες κοπράνων.

9.4.6 Θεραπεία

Η θεραπεία περιλαμβάνει την άμεση θεραπεία επανυδάτωσης με τη χορήγηση διαλύματος επανυδάτωσης από το στόμα. Παρεντερική χορήγηση συνιστάται σε ασθενείς με shock. Η αντιμικροβιακή θεραπεία μειώνει τη διάρκεια και ένταση της νόσου και συνιστάται γι' άτομα με μέτρια έως σοβαρή νόσο.

9.4.7 Εμβολιασμός

Κυκλοφορεί ένα μόνο εμβόλιο χολέρας στις ΗΠΑ. Πρόκειται για αδρανοποιημένο κυτταρικό εμβόλιο που παρέχει 50% προστασία στη μείωση της κλινικής νόσου για 3-6 μήνες μετά τον εμβολιασμό.

Εμβόλια της χολέρας από το στόμα που παρέχουν μεγαλύτερη προστασία, διατίθενται σε αρκετές χώρες αλλά δεν έχουν άδεια κυκλοφορίας για χρήση στις ΗΠΑ. Το ενέσιμο εμβόλιο της χολέρας μπορεί να προκαλέσει άλγος στο σημείο της ένεσης, πυρετό, κεφαλαλγία και κακουχία.

Το εμβόλιο της χολέρας δεν πρέπει να χορηγείται ταυτόχρονα με το εμβόλιο του κίτρινου πυρετού και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των επιδημιών ή για τις επαφές με τους ασθενείς. Η μόνη αντένδειξη είναι η αναφυλακτική αντίδραση σε προηγούμενο εμβόλιο ή συστατικό του εμβολίου.

Τα νεοεμφανιζόμενα στελέχη του δονακίου της χολέρας και η περιορισμένη αποτελεσματικότητα των υπαρχόντων εμβολίων, καθιστούν τη χολέρα μία νόσο που δεν μπορεί προς το παρόν να εκριζωθεί.

9.4.3 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 603

9.4.4 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 603

9.4.5 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 603

9.4.6 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 603

9.4.7 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 603

9.4.8 Περιοχές υψηλού κινδύνου

Η νόσος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες όλου του κόσμου, ιδιαίτερα στην Αφρική, τη νότια Ασία και τη Λατινική Αμερική.

9.4.9 Ποιοί πρέπει να εμβολιαστούν

Επειδή το εμβόλιο κατά της χολέρας είναι περιορισμένης αποτελεσματικότητας (50%), μόνο οι ακόλουθες ομάδες πρέπει να σκεφτούν τον εμβολιασμό, όταν επισκέπτονται περιοχές με ανεπαρκείς συνθήκες υγιεινής, όπου ενδημεί η νόσος:

- Άτομα που θα ζήσουν σε ενδημικές περιοχές για μεγάλο χρονικό διάστημα και δεν θα έχουν τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.
- Όσοι έχουν εξασθενημένους αμυντικούς μηχανισμούς του στομάχου, εξαιτίας μεγάλης χρήσης αντιόξινων φαρμάκων, αχλωρυδρίας ή προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης στο στομάχι.
- Οι ταξιδιώτες για τους οποίους ο αντιχολερικός εμβολιασμός αποτελεί μια "ανεπίσημη" προϋπόθεση για την είσοδό τους στη χώρα που πρόκειται να επισκεφθούν.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει σταματήσει να συνιστά αυτό το εμβόλιο για τ' άτομα που πρόκειται να ταξιδέψουν από και προς τις περιοχές που εμφανίζεται η νόσος. Εφόσον όμως οι τοπικές Αρχές απαιτούν την έγγραφη βεβαίωση ότι έγινε εμβολιασμός κατά της χολέρας, αρκεί μία μόνο δόση του αντιχολερικού εμβολίου.

9.4.10 Ποιοί δεν πρέπει να εμβολιαστούν

Ως γενικός κανόνας, ο κίνδυνος νόσησης από χολέρα για τους περισσότερους ταξιδιώτες απ' αναπτυγμένες χώρες είναι τόσο μικρός, ώστε το αντιχολερικό εμβόλιο θεωρείται αμφίβολης ωφέλειας για οποιοδήποτε άτομο.

Εάν είχατε εμφανίσει παλαιότερα μια σοβαρή αντίδραση στο εμβόλιο της χολέρας, δεν πρέπει να το επαναλάβετε. Τα βρέφη ηλικίας μικρότερης των έξι μηνών δεν θα πρέπει επίσης να εμβολιαστούν. Εάν είστε έγκυος, είναι φρόνιμο ν' αποφύγετε τον αντιχολερικό εμβολιασμό.

9.4.8 βλ. www.Health.in.gr

9.4.9 βλ. www.Health.in.gr

9.4.10 βλ. www.Health.in.gr

9.4.11 Κίνδυνοι και ανεπιθύμητες ενέργειες

Στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστούν στο σημείο της ένεσης πόνος, ερυθρότητα και οίδημα που διαρκούν μία με δύο μέρες περίπου. Αυτές οι τοπικές αντιδράσεις ενδέχεται να συνοδεύονται από πυρετό, αίσθημα κόπωσης και κεφαλαλγία. Οι σοβαρές όμως αντιδράσεις εξαιτίας του εμβολίου θεωρούνται σπάνιες.

Όπως ισχύει για όλα τα σοβαρά ιατρικά προβλήματα, εάν παρουσιάσετε κάποιο σοβαρό ή ασυνήθιστο πρόβλημα μετά τη λήψη του εμβολίου, θα πρέπει ν' απευθυνθείτε αμέσως σε γιατρό ή να εισαχθείτε επείγοντως σε νοσοκομείο.

9.4.12 Βασικά μέτρα προστασίας

Σε χώρες όπου επικρατούν κακές συνθήκες αποχέτευσης και υγιεινής θα πρέπει να καταναλώνετε μόνο εμφιαλωμένο νερό και αναψυκτικά, μπίρα, κρασί και άλλα ροφήματα, τα οποία παρασκευάζονται με βρασμένο νερό. Αποφύγετε τα παγάκια και καταναλώστε τ' αναψυκτικά απευθείας από τις εμπορικές τους συσκευασίες, χρησιμοποιώντας καθαρό καλαμάκι. Αποφύγετε επίσης τα ωμά λαχανικά και τις σαλάτες και προτιμήστε τα κρέατα, τα ψάρια και τα θαλασσινά που έχουν μαγειρευτεί καλά και σερβίρονται ζεστά. Καλό είναι να μην κολυμπάτε σ' ακάθαρτα νερά και να μην καταναλώνετε ψάρια που έχουν αλιευθεί σε τέτοια νερά.

9.5 ΠΑΝΩΛΗ

9.5.1 Τι είναι

Η πανώλη είναι σοβαρή μικροβιακή λοίμωξη μεταδιδόμενη από τα ζώα (ζωοανθρωπονόσος) , που μπορεί να είναι υποκλινική ή κλινική με την μορφή βουβωνικής πανώλης , πυρεξία και διόγκωση λεμφαδένων .

9.5.2 Πώς μεταδίδεται

Η βουβωνική πανώλη μεταδίδεται με δήγμα μολυσμένου ψύλλου που έχει απομυζήσει μολυσμένο τρωκτικό , συχνά αρουραίο , ή μ' άμεση επιμόλυνση από μολυσμένες παροχετεύσεις φλεγμονόντων βουβώνων.

9.4.11 βλ. www.Health.in.gr

9.4.12 βλ. www.Health.in.gr

9.5 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 604-605

Η μετάδοση της φαρυγγικής ή πνευμονικής πανώλης γίνεται με αερογενή σταγονίδια από τον ασθενή .

(Η δευτερογενής πνευμονική πανώλη είναι σημαντική λόγω της άμεσης μετάδοσης στον άνθρωπο και του δείκτη θνητότητας 50 % σε περιστατικά που παραμένουν χωρίς θεραπεία .)

9.5.3 Χρόνος επώασης

Η περίοδος επώασης διαρκεί συνήθως 2-6 ημέρες.

9.5.4 Επιπλοκές

Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν καθολική διασπορά , περιλαμβανομένων και των μηνίγγων.

9.5.5 Άτομα υψηλού κινδύνου

Όλα τ' άτομα είναι επιρρεπή , αλλά εκείνα που διαβιούν σε συνθήκες συνωστισμού και κακής υγιεινής , καθώς και εκείνα που εργάζονται σε περιοχές στις οποίες ενδημεί η πανώλη αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο .

9.5.6 Διάγνωση

Η διάγνωση της βουβωνικής πανώλης τίθεται με καλλιέργεια του ΕΝΥ (Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό) , αίματος και προϊόντων παρακέντησης μολυσμένων βουβώνων (λεμφαδένων) , καθώς και πτυέλων για την πνευμονική πανώλη.

9.5.7 Θεραπεία-Εμβόλιο-Παρενέργειες

Η θεραπεία περιλαμβάνει την άμεση εφαρμογή αντιμικροβιακής αγωγής.

Υπάρχουν ζωντανά και νεκρά εμβόλια. Το εμβόλιο που χρησιμοποιείται στις ΗΠΑ είναι ένα αδρανές κυτταρικό βακτηριδιακό παρασκεύασμα που συνιστάται μόνο για ενηλίκους 18-61 ετών με υψηλό κίνδυνο έκθεσης. Το εμβόλιο μπορεί να μην παράσχει πλήρη προστασία , συνεπώς οι εμβολιασθέντες πρέπει να λαμβάνουν τις ίδιες προφυλάξεις με τα μη ανοσοποιημένα άτομα.

9.5 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 604-605

Οι παρενέργειες μπορεί να περιλαμβάνουν άλγος στο σημείο της ένεσης . Η αναφυλακτική αντίδραση σε προηγούμενη δόση του εμβολίου ή σε συστατικό αυτού είναι η μόνη αντένδειξη για το εμβόλιο αυτό.

Εάν είναι εφικτό , το εμβόλιο της πανώλης δεν πρέπει να συγχωρηγείται μ' άλλα εμβόλια , διότι δεν υπάρχουν στοιχεία για τις αλληλεπιδράσεις μ' άλλα βιολογικά προϊόντα .

9.5.8 Μέτρα πρόληψης και ελέγχου

Τα μέτρα πρόληψης περιλαμβάνουν την βραχεία χημειοπροφύλαξη με τετρακυκλίνη ή δοξυκυκλίνη κατά τις περιόδους έκθεσης . Η τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη είναι αποδεκτό εναλλακτικό φάρμακο για παιδιατρική χρήση.

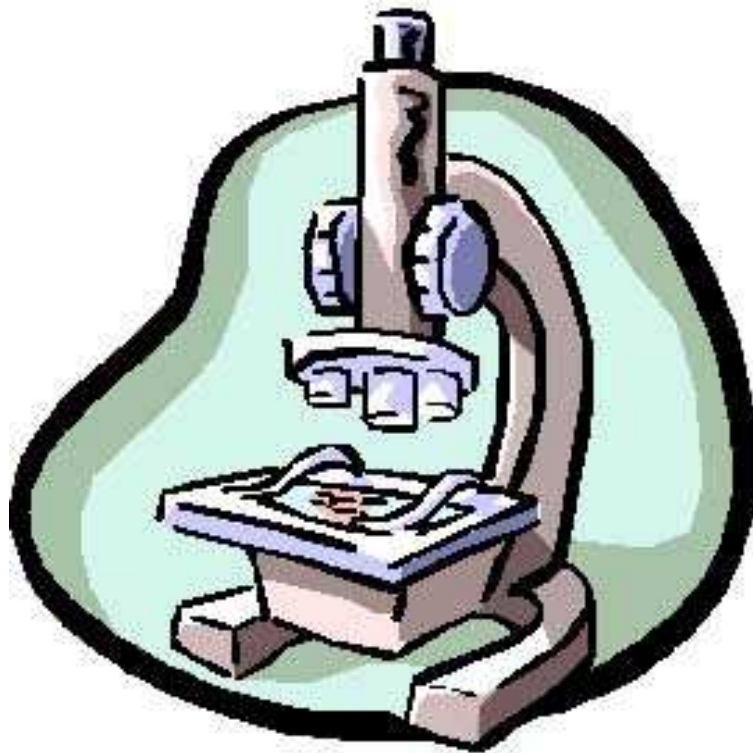
Το 1998 , τα Κέντρα Ελέγχου Νοσημάτων πληροφορήθηκαν ότι η φαρμακευτική εταιρεία που παράγει το εμβόλιο στις ΗΠΑ , σταμάτησε την παραγωγή του. Η πράξη αυτή οδήγησε τελικά στη μη διάθεση του εμβολίου της πανώλης στις ΗΠΑ.

Τα μέτρα ελέγχου πρέπει να στοχεύουν στον έλεγχο των άγριων τρωκτικών και των ψύλλων , κυρίως σε αστικές και περιαστικές πυκνοκατοικημένες περιοχές.

9.5 βλ. Mary A. Nies-Melanie McEwen, ό.π. σελ. 604-605

ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνάς μας , επισκεφθήκαμε τα δύο νοσοκομεία του Νομού Ηρακλείου Κρήτης τα οποία ήταν το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΕΠΑΓΝΗ) και το Βενιζέλειο Πανάνειο Νοσοκομείο Ηρακλείου. Από τα 324 ερωτηματολόγια που μοιράσαμε παραλάβαμε ως ομάδα συνολικά 200 ερωτηματολόγια από τα οποία αντιστοιχούν σε 100 ερωτηματολόγια από το ΠΕΠΑΓΝΗ και 100 ερωτηματολόγια από το ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ.

Κατά την διεξαγωγή της έρευνάς μας στα δύο νοσοκομεία του Νομού Ηρακλείου Κρήτης παραδώσαμε ερωτηματολόγια σε όλες τις κλινικές των δύο νοσοκομείων, όμως δεν κατέστη εφικτό να τα παραλάβουμε από κάποιες κλινικές των νοσοκομείων.

Όσον αφορά το ΠΕΠΑΓΝΗ δεν μας παραδόθηκαν ερωτηματολόγια από τις εξής κλινικές:

1. Γυναικολογική
2. Παιδοαιματολογική
3. Ακτινοθεραπείας
4. Παθολογική Ογκολογική
5. ΜΕΘ
6. Ουρολογική

Όσον αφορά το ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ δεν μας παραδόθηκαν ερωτηματολόγια από τις εξής κλινικές:

1. Ογκολογική
2. Καρδιολογική
3. Νευροχειρουργική
4. Ορθοπαιδική
5. Χειρουργείο
6. Ανάνηψη

A) Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να γίνει η καταγραφή του αριθμού των νοσηλευτών που είναι επαρκώς εμβολιασμένοι και σε ποιές ασθένειες και να δούμε σε ποιο από τα δύο νοσοκομεία υπάρχει μεγαλύτερη εμβολιαστική κάλυψη. Ακόμα, να αναφερθεί αν οι νοσηλευτές έχουν επαρκείς γνώσεις για το θέμα του εμβολιασμού και τέλος η παρουσίαση μύθων-αληθειών σχετικά με τα εμβόλια, όπως π.χ. της Ηπατίτιδας Α, της ηπατίτιδας Β, της πολιομυελίτιδας, του μινιγγιτιδόκοκου, του κίτρινου πυρετού, της γρίπης, του AIDS, της φυματίωσης, του τετάνου, της ιλαράς, της ερυθράς, της παρωτίτιδας και διάφορα άλλα.

B) Υλικό-Μέθοδος

Το υλικό της εργασίας μας αποτέλεσαν 200 άτομα (άνδρες και γυναίκες) που εργάζονται στο ΠΕΠΙΑΓΝΗ και στο ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ τα δύο νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου. Η έρευνα διεξήχθη κατά τη χρονική περίοδο Μάρτιος 2009 με Μάιο 2009. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη γραπτή μέθοδο συμπλήρωσης τους. Η ανάλυσή τους έγινε με τη βοήθεια του ηλεκτρονικού υπολογιστή και με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS V12.0.

Το δείγμα μας προσεγγίστηκε από την ομάδα μας στα νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου το οποίο και επισυνάπτεται στο τέλος του παραρτήματος της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Ακόμη ανέτρεξε και σε ιστότοπους με σημαντικές και συνάμα πρόσφατες πληροφορίες για το πολύπλευρο ζήτημα των εμβολίων.

Η ερευνητική μας ομάδα επέλεξε τη δειγματοληψία πιθανότητας αφού με αυτόν τον τρόπο δίνεται ίση ευκαιρία να συμπεριληφθεί στο δείγμα κάθε στοιχείο του πληθυσμού. Ο τρόπος δειγματοληψίας που ακολουθήσαμε ήταν η απλή τυχαία δειγματοληψία αφού όλα τα μέλη ή στοιχεία του πληθυσμού έχουν ίση και ανεξάρτητη ευκαιρία για επιλογή.

Γ) ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

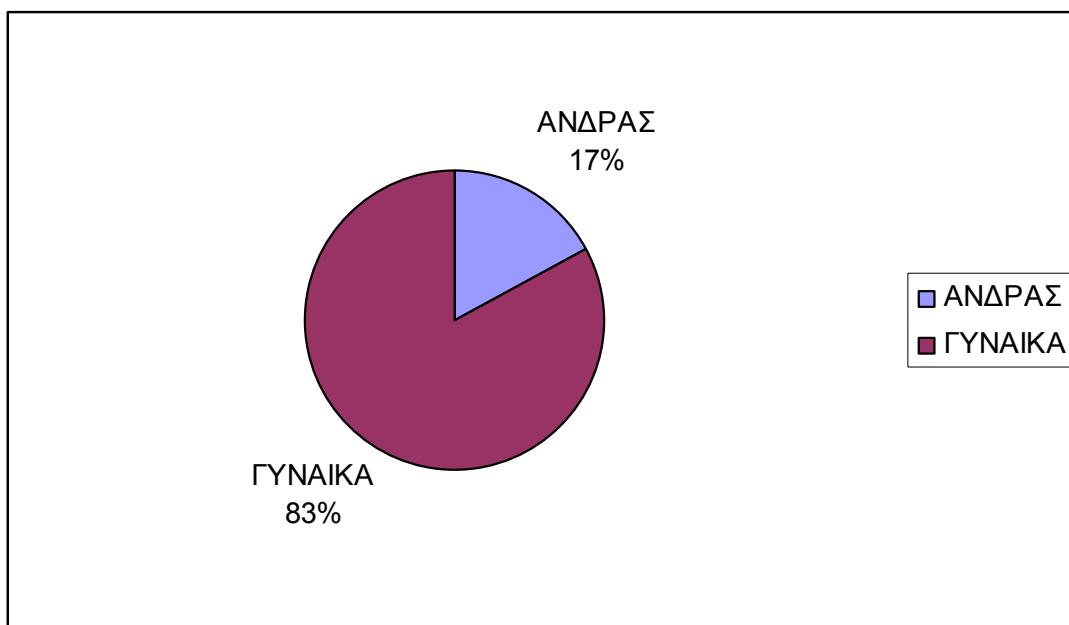
1.ΠΕΠΑΓΓΝΗ

ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ

1. ΦΥΛΟ

Από τους 100 συμμετέχοντες, το 83% ήταν γυναίκες και το 17% ήταν άνδρες (Πίνακας 1, Γράφημα 1).

Γράφημα 1



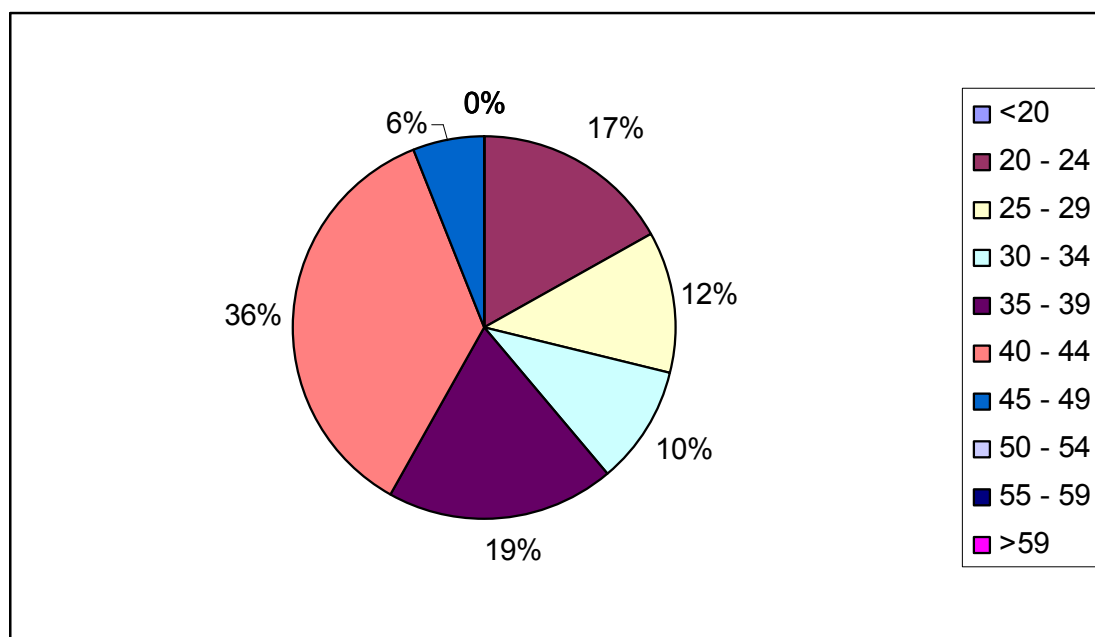
Πίνακας 1

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Γυναίκες	83	83
Άνδρες	17	17
Σύνολο	100	100

2.ΗΛΙΚΙΑ

Το μεγαλύτερο ποσοστό δείγματος ανάλογα με την ηλικία των ατόμων που μελετήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν 36% άτομα ηλικίας 40-44 , 19% άτομα ηλικίας 35-39 ετών , 17% άτομα ηλικίας 20-24 ετών , 12% άτομα ηλικίας 25-29 ετών , 10% άτομα ηλικίας 30-34 ετών και με μικρότερα ποσοστά άτομα άλλων ηλικιών όπως φαίνεται στον πίνακα. (Πίνακας 2, Γράφημα 2)

Γράφημα 2



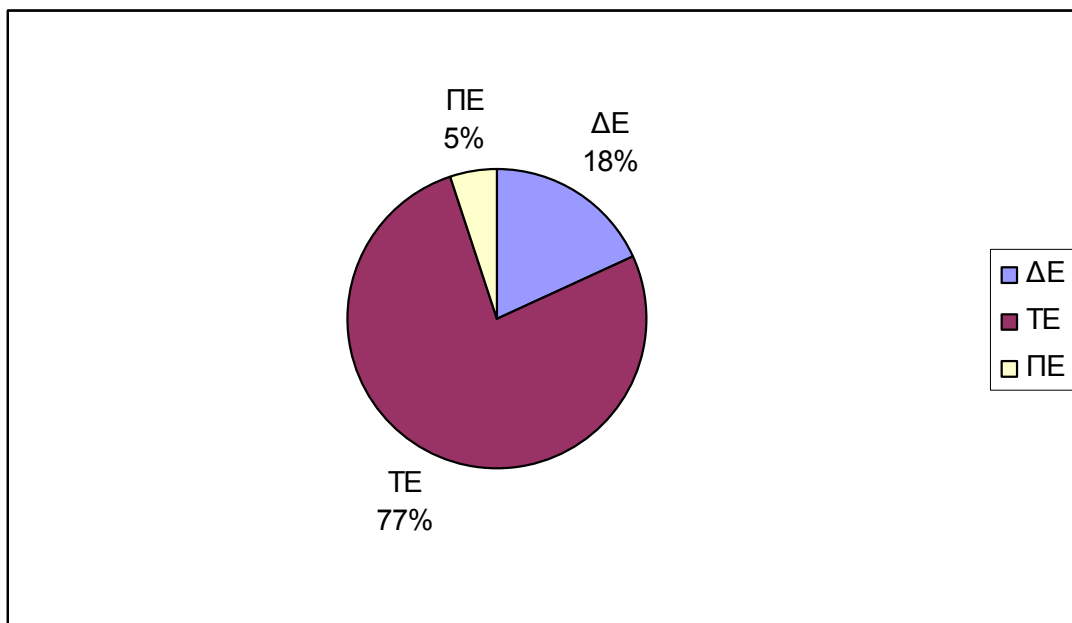
Πίνακας 2

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
<20	0	0
20-24	17	17
25-29	12	12
30-34	10	10
35-39	19	19
40-44	36	36
45-49	6	6
50-54	0	0
55-59	0	0
>59	0	0
Σύνολο	100	100

3. ΜΟΡΦΩΣΗ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 77% ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 18% ήταν διειτούς εκπαίδευσης και το 5% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 3, Γράφημα 3).

Γράφημα 3



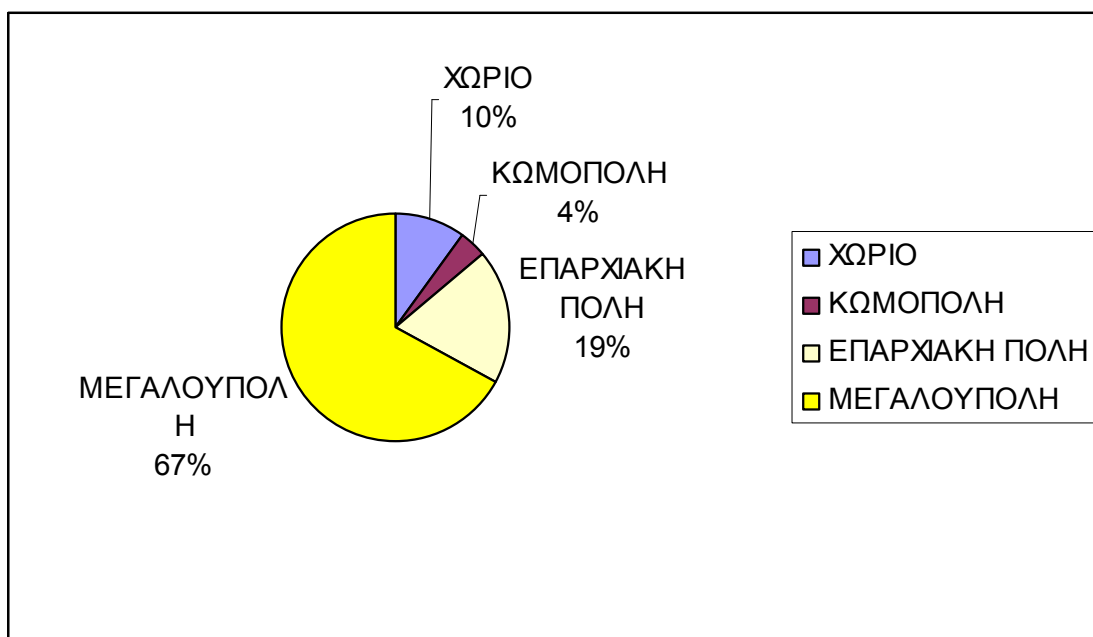
Πίνακας 3

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Τεχνολογικής εκπαίδευσης (TE)	77	77
Διειτούς εκπαίδευσης (ΔΕ)	18	18
Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ)	5	5
Σύνολο	100	100

4. ΔΙΑΜΟΝΗ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 67% απάντησαν ότι διέμεναν σε μεγαλούπολη, το 19% απάντησαν ότι διέμεναν σε επαρχιακή πόλη, το 10% διέμεναν σε χωριό και το 4% διέμεναν σε κωμόπολη (Πίνακας 4, Γράφημα 4).

Γράφημα 4



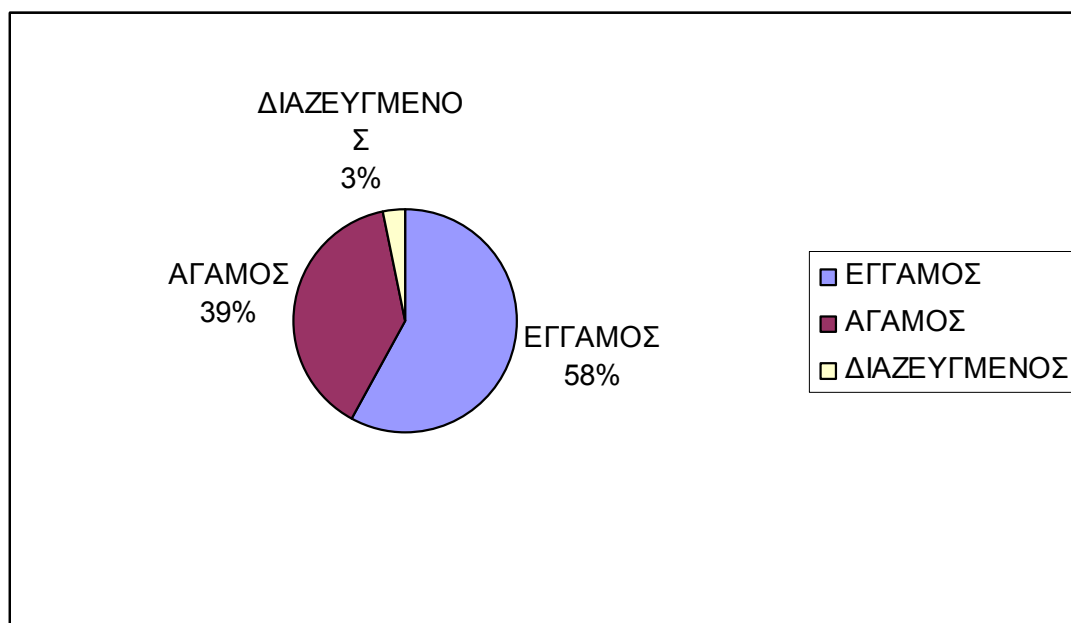
Πίνακας 4

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Μεγαλούπολη	67	67
Επαρχιακή πόλη	19	19
Χωριό	10	10
Κωμόπολη	4	4
Σύνολο	100	100

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 58% απάντησαν ότι είναι έγγαμοι, το 39% απάντησαν ότι είναι άγαμοι και το 3% απάντησαν ότι είναι διαζευγμένοι (Πίνακας 5, Γράφημα 5).

Γράφημα 5



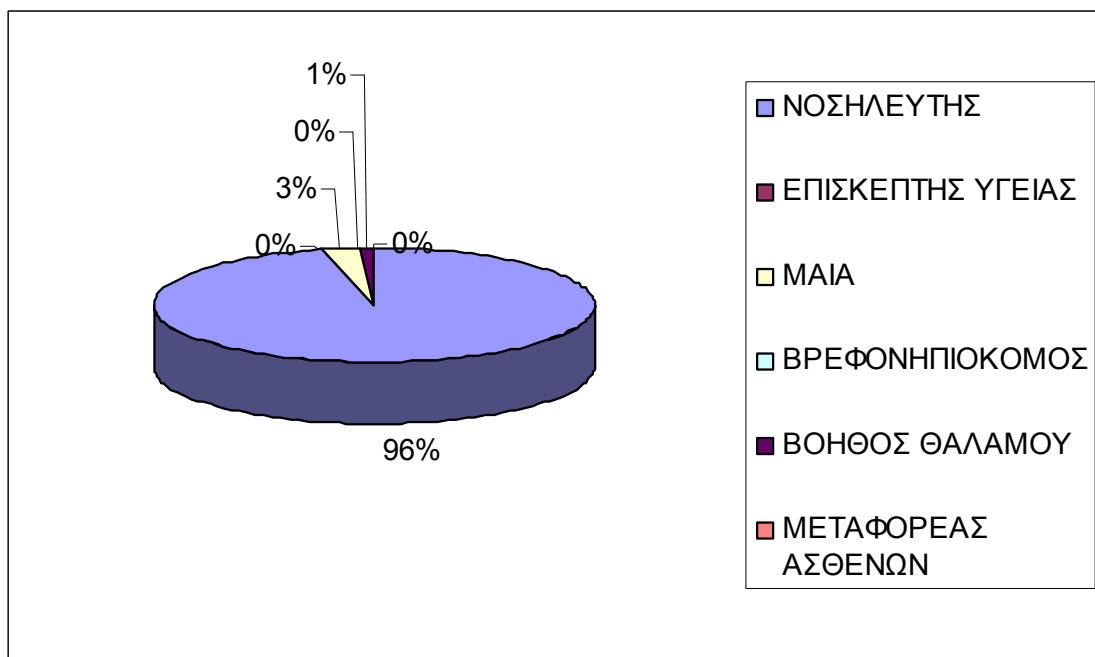
Πίνακας 5

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Έγγαμος	58	58
Άγαμος	39	39
Διαζευγμένος	3	3
Σύνολο	100	100

6. ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Από τους 100 ερωτηθέντες απάντησαν ότι ήταν το 96% ήταν νοσηλευτές, το 3% ήταν μαίες και το 1% απάντησε ότι ήταν βοηθός θαλάμου (Πίνακας 6, Γράφημα 6).

Γράφημα 6



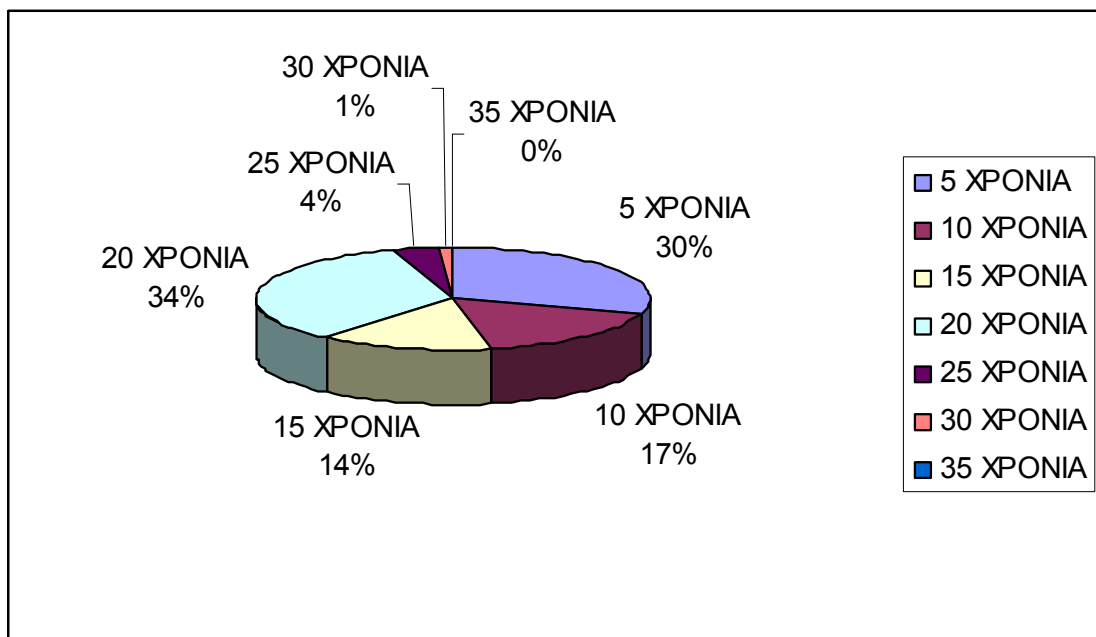
Πίνακας 6

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Νοσηλευτής	96	96
Μαία	3	3
Βοηθός θαλάμου	1	1
Επισκέπτρια υγείας	0	0
Βρεφονηπιοκόμος	0	0
Μεταφορέας ασθενών	0	0
Σύνολο	100	100

7. ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΥΪΠΗΡΕΣΙΑΣ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 30% απάντησαν ότι έχουν 5 χρόνια, το 17% απάντησαν ότι έχουν 10 χρόνια, το 14% απάντησαν ότι έχουν 15 χρόνια, το 34% έχουν 20 χρόνια και ένα μικρότερο ποσοστό άτομων με πάνω από 20 χρόνια προϋπηρεσίας όπως φαίνεται και στον πίνακα . (Πίνακας 7, Γράφημα 7).

Γράφημα 7



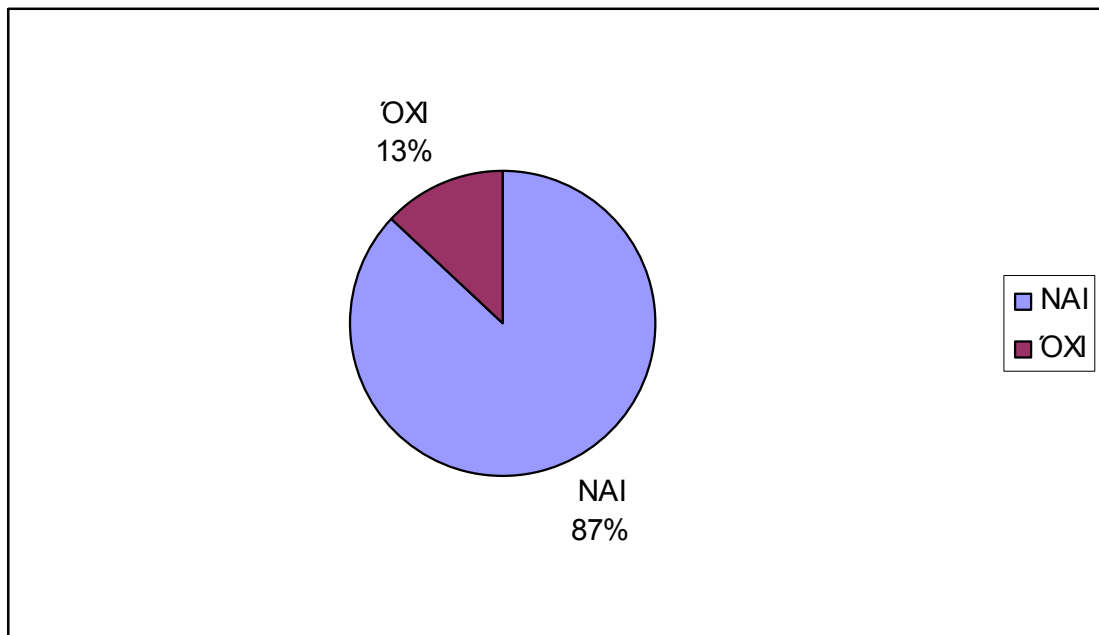
Πίνακας 7

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
5 χρόνια	30	30
10 χρόνια	17	17
15 χρόνια	14	14
20 χρόνια	34	34
25 χρόνια	4	4
30 χρόνια	1	1
35 χρόνια	0	0
Σύνολο	100	100

9. ΈΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 87% απάντησαν ναι και το 13% απάντησαν όχι (Πίνακας 9, Γράφημα 9).

Γράφημα 9



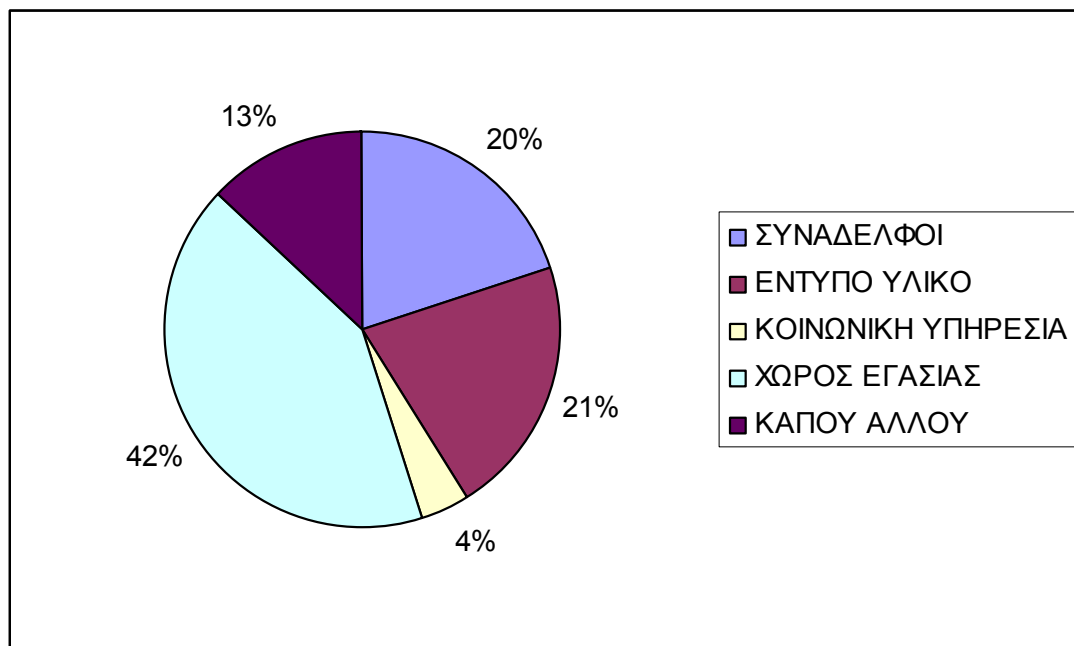
Πίνακας 9

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	87	87
ΌΧΙ	13	13
Σύνολο	100	100

10. ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 42% απάντησαν από το χώρο εργασίας, το 21% απάντησαν από έντυπο υλικό, το 20% από συναδέλφους, το 13% από κάπου αλλού και το 4% από την κοινωνική υπηρεσία (Πίνακας 10, Γράφημα 10).

Γράφημα 10



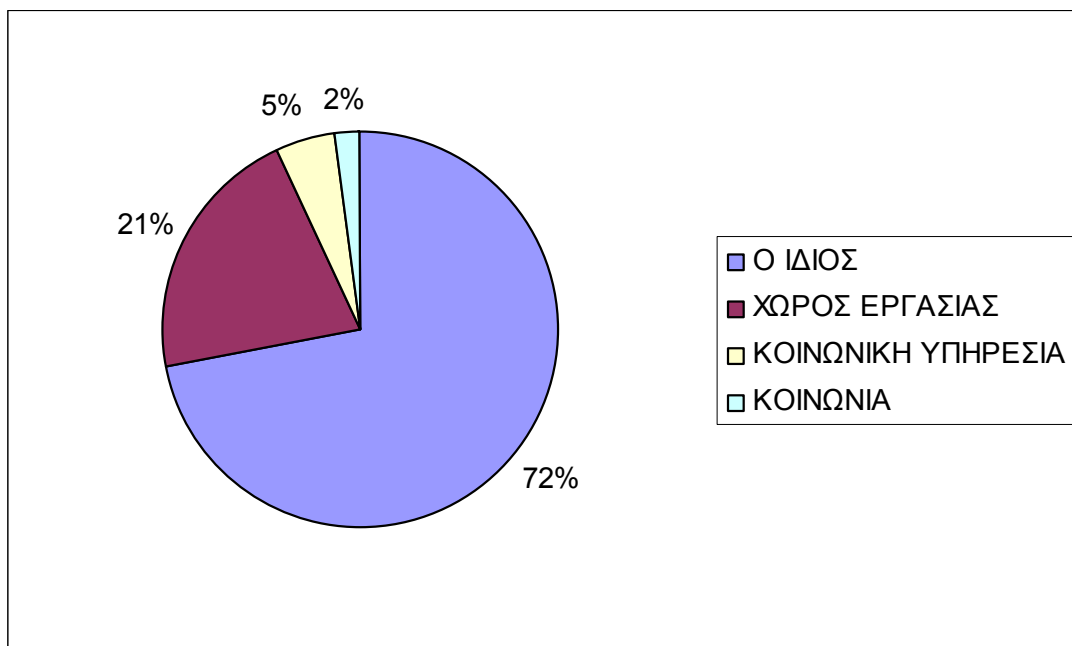
Πίνακας 10

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Από το χώρο εργασίας	42	42
Από έντυπο υλικό	21	21
Από συναδέλφους	20	20
Από κάπου αλλού	13	13
Από την κοινωνική υπηρεσία	4	4
Σύνολο	100	100

11. ΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΕΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΣΑΣ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 72% απάντησαν οι ίδιοι, το 21% απάντησαν από το χώρο εργασίας τους, το 5% απάντησαν από την κοινωνική υπηρεσία και το 2% απάντησαν από την κοινωνία (Πίνακας 11, Γράφημα 11).

Γράφημα 11



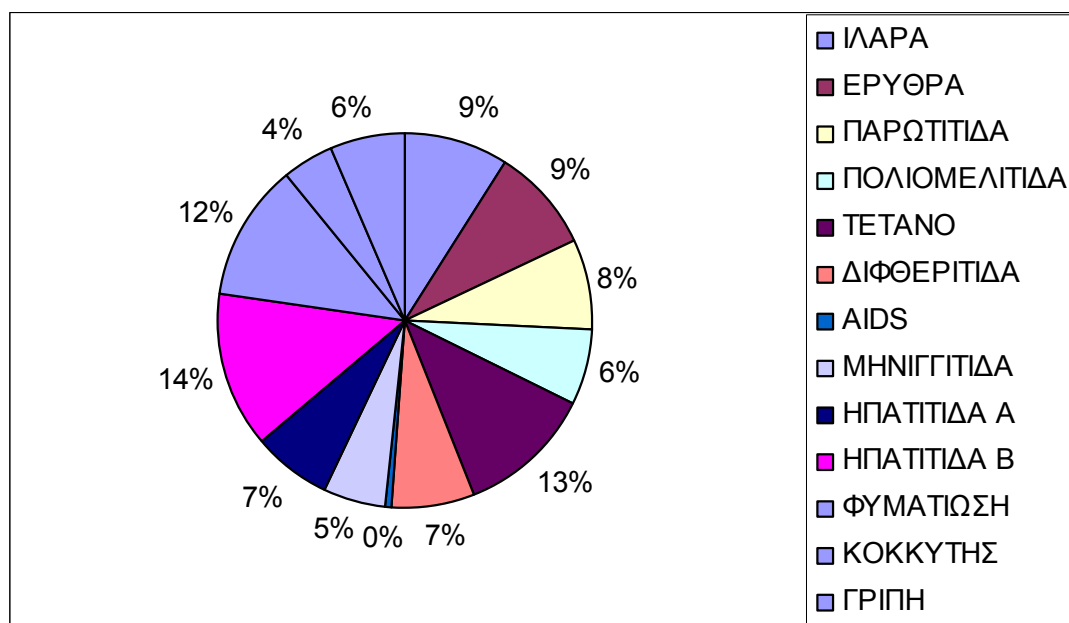
Πίνακας 11

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ο ίδιος	72	72
Ο χώρος εργασίας σας	21	21
Η κοινωνική υπηρεσία	5	5
Η κοινωνία	2	2
Σύνολο	100	100

12. ΠΟΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΈΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ

Οι απαντήσεις που λάβαμε στην συγκεκριμένη ερώτηση ήταν: 57 άτομα είχαν εμβολιαστεί για ιλαρά, 57 άτομα είχαν εμβολιαστεί για ερυθρά, 49 άτομα για παρωτίτιδα, 41 άτομα για πολιομυελίτιδα, 74 άτομα για τέτανο, 46 άτομα για διφθερίτιδα, 3 άτομα για AIDS, 33 άτομα για μηνιγγίτιδα, 45 άτομα για ηπατίτιδα Α, 84 άτομα για ηπατίτιδα Β, 76 άτομα για φυματίωση, 28 άτομα για κοκκύτη και 40 άτομα για γρίπη (Πίνακας 12, Γράφημα 12).

Γράφημα 12



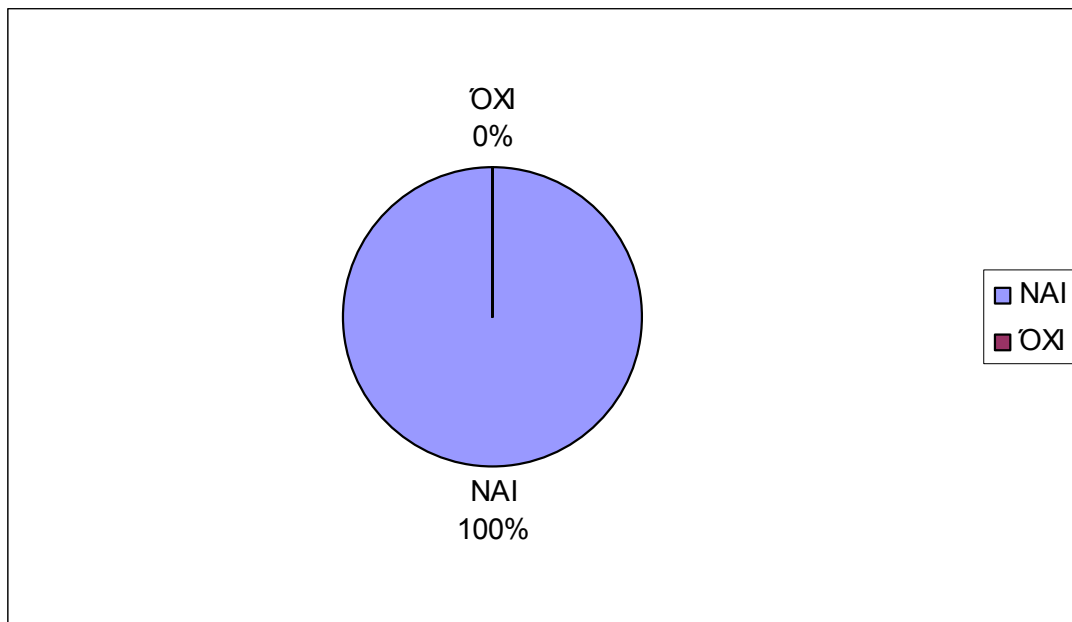
Πίνακας 12

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ηπατίτιδα Β	84	14
Φυματίωση	76	13
Τέτανος	74	12
Ιλαρά	57	9
Ερυθρά	57	9
Παρωτίτιδα	49	8
Διφθερίτιδα	46	7
Ηπατίτιδα Α	45	7
Πολιομυελίτιδα	41	6
Γρίπη	40	6
Μηνιγγίτιδα	33	5
Κοκκύτης	28	4
AIDS	3	0

13. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Και οι 100 ερωτηθέντες απάντησαν ναι (Πίνακας 13, Γράφημα 13).

Γράφημα 13



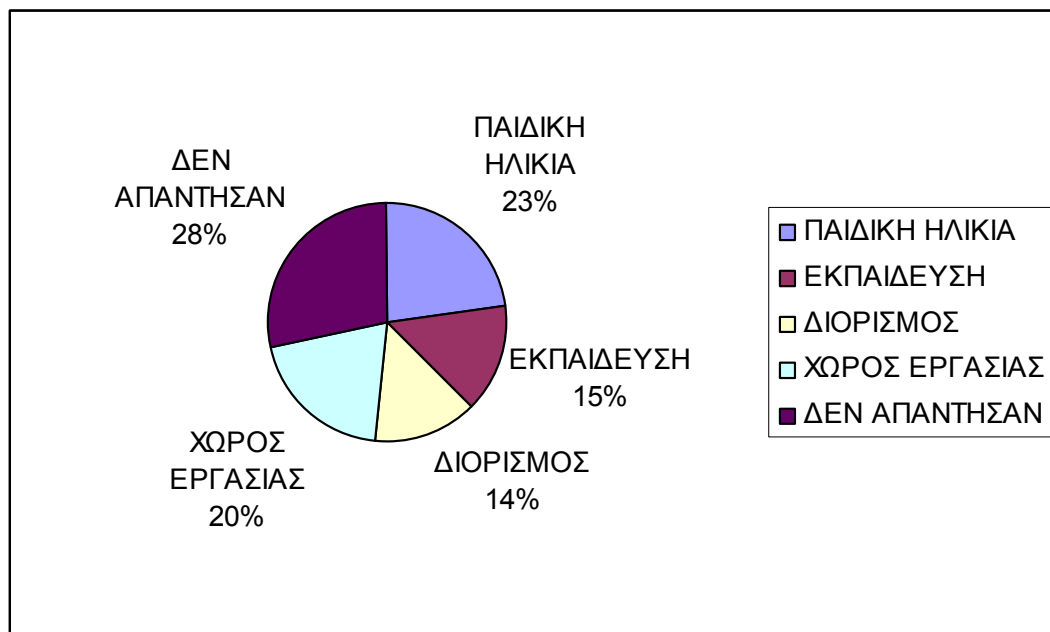
Πίνακας 13

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	100	100
ΌΧΙ	0	0
Σύνολο	100	100

14.ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΤΕ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 34% δεν απάντησαν, το 21% απάντησαν κατά το διορισμό, το 20% κατά την παιδική ηλικία, το 15% κατά την εκπαίδευση και το 10% στο χώρο εργασίας τους (Πίνακας 14, Γράφημα 14).

Γράφημα 14



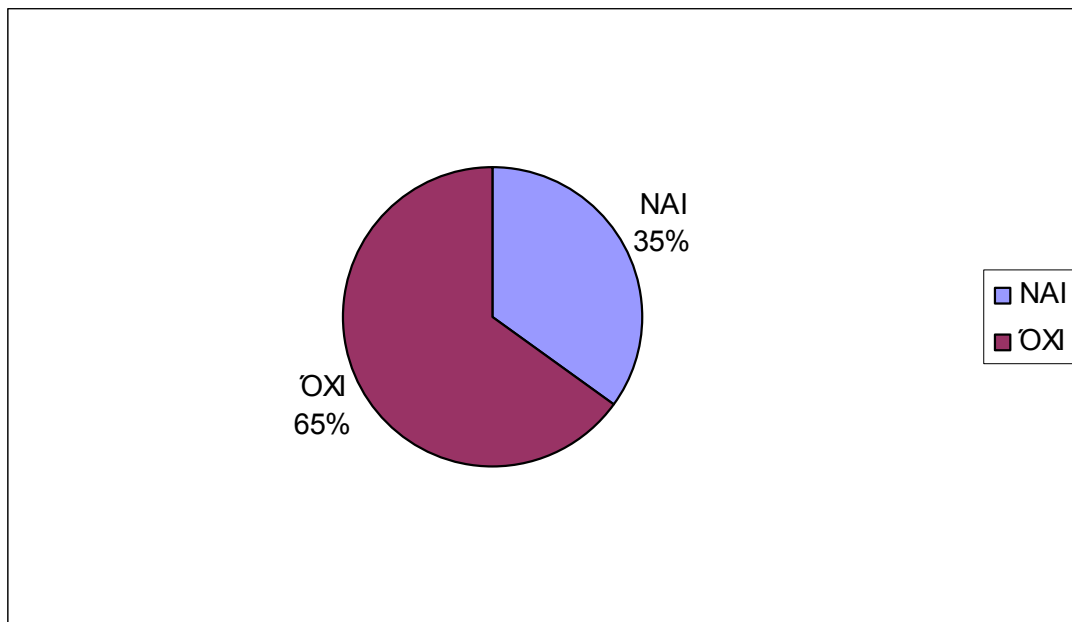
Πίνακας 14

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Δεν απάντησαν	34	34
Διορισμός	21	21
Παιδική ηλικία	20	20
Εκπαίδευση	15	15
Χώρος εργασίας	10	10
Σύνολο	100	100

15.ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2008-2009

Από τους 100 ερωτηθέντες το 35% απάντησαν ναι και το 65% απάντησαν όχι (Πίνακας 15, Γράφημα 15).

Γράφημα 15



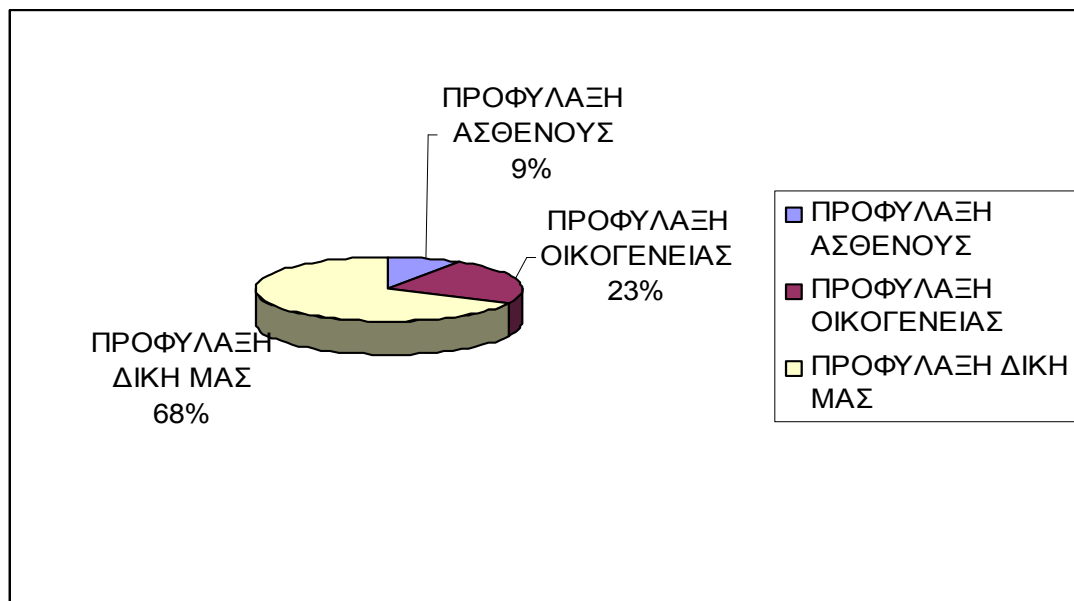
Πίνακας 15

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	35	35
ΟΧΙ	65	65
Σύνολο	100	100

16. ΓΙΑΤΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΗΚΑΤΕ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 68% απάντησαν για να προφυλάξουν τον εαυτό τους, το 23% απάντησαν για να προφυλάξουν την οικογένειά τους και το 9% για να προφυλάξουν τους ασθενείς (Πίνακας 16, Γράφημα 16).

Γράφημα 16



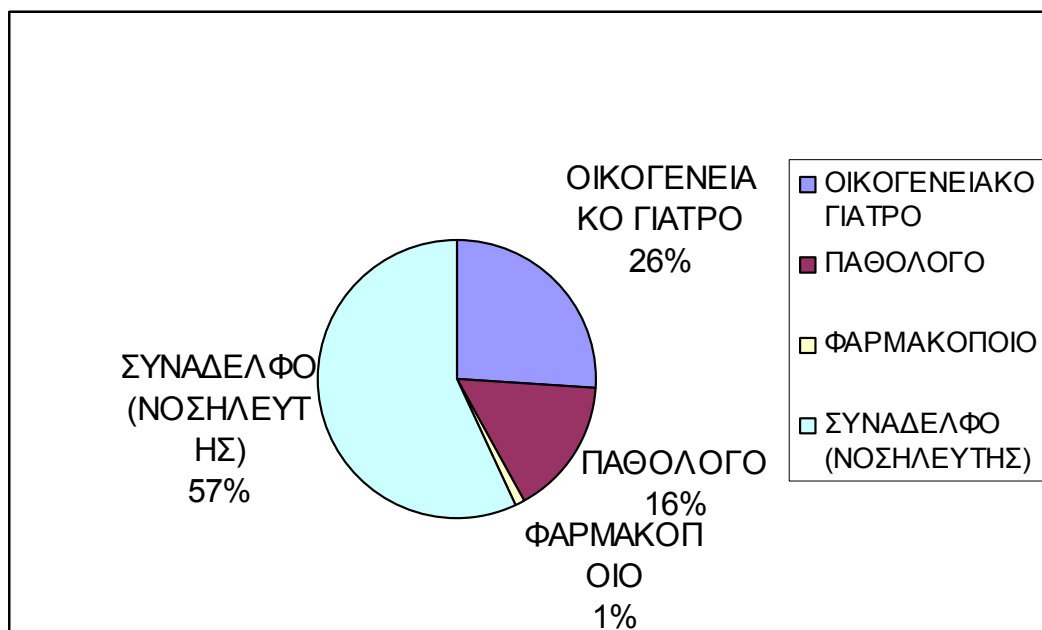
Πίνακας 16

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Για να προφυλάξετε τον εαυτό σας	68	68
Για να προφυλάξετε την οικογένειά σας	23	23
Για να προφυλάξετε τους ασθενείς	9	9
Σύνολο	100	100

17. ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 57% απάντησαν σ'έναν συνάδελφο (νοσηλεύτη), το 26% απάντησαν στον οικογενειακό τους γιατρό, το 16% απάντησαν στον παθολόγο και μόλις το 1% απάντησε στο φαρμακοποιό (Πίνακας 17, Γράφημα 17).

Γράφημα 17



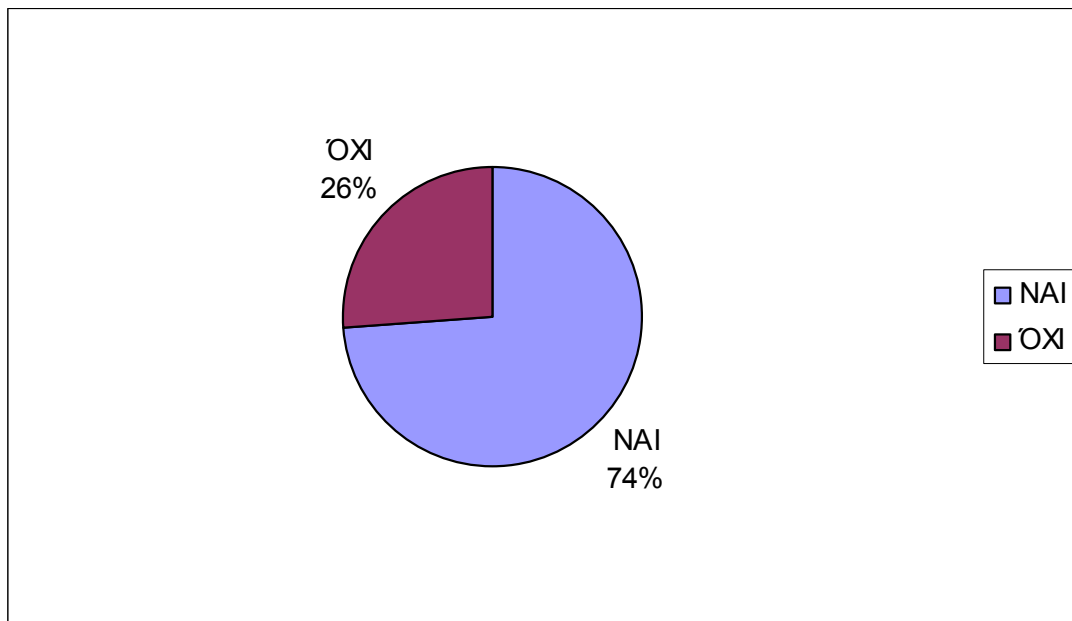
Πίνακας 17

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Σ'έναν συνάδελφο(νοσηλεύτη)	57	57
Στον οικογενειακό σας γιατρό	26	26
Στον παθολόγο	16	16
Στο φαρμακοποιό	1	1
Σύνολο	100	100

18. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ 1)ΤΕΤΑΝΟ , 2)ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑ , 3)ΚΟΚΚΥΤΗ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 74% απάντησαν ναι και το 26% απάντησαν όχι (Πίνακας 18, Γράφημα 18).

Γράφημα 18



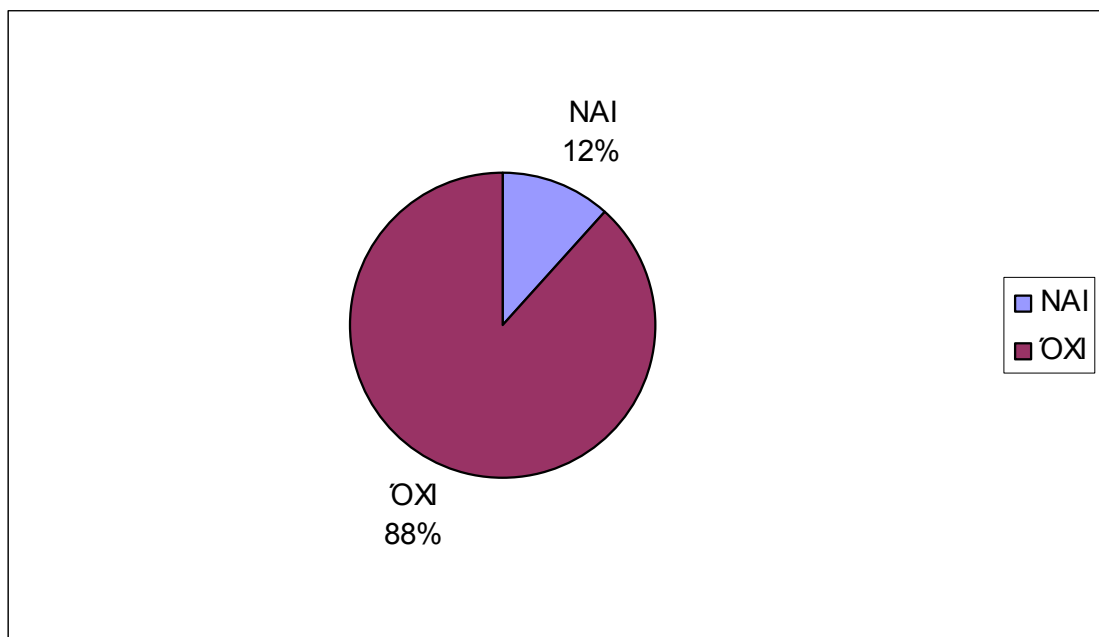
Πίνακας 18

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	74	74
ΟΧΙ	26	26
Σύνολο	100	100

19. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Από τους 26 ερωτηθέντες που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 12% απάντησαν ναι και το 88% απάντησαν όχι (Πίνακας 19, Γράφημα 19).

Γράφημα 19



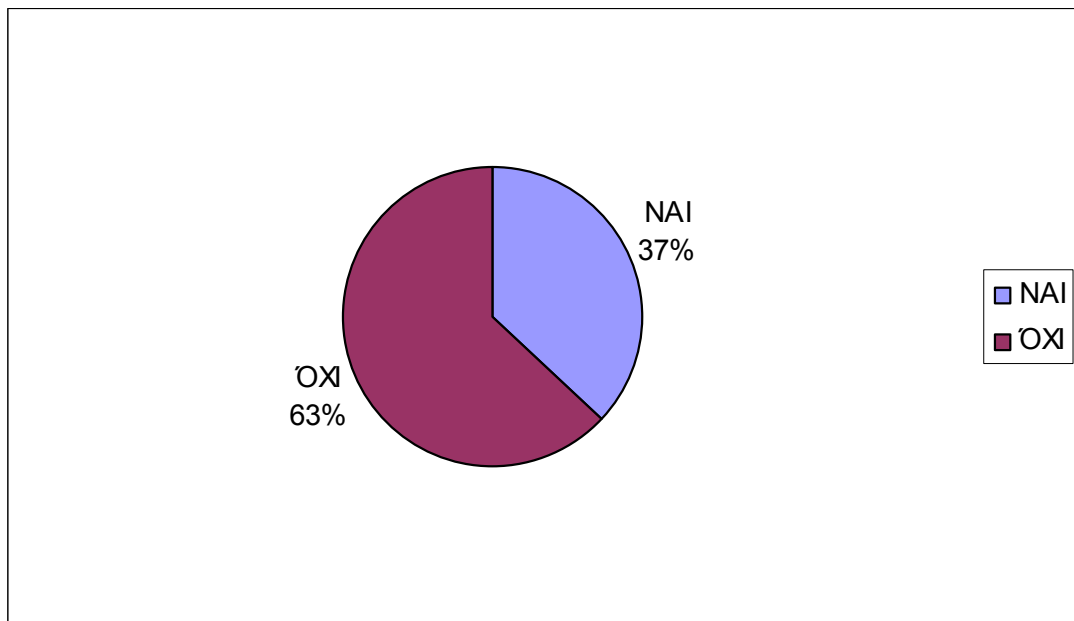
Πίνακας 19

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	3	12
ΌΧΙ	23	88
Σύνολο	26	100

20. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 37% απάντησαν ναι και το 63% απάντησαν όχι (Πίνακας 20, Γράφημα 20).

Γράφημα 20



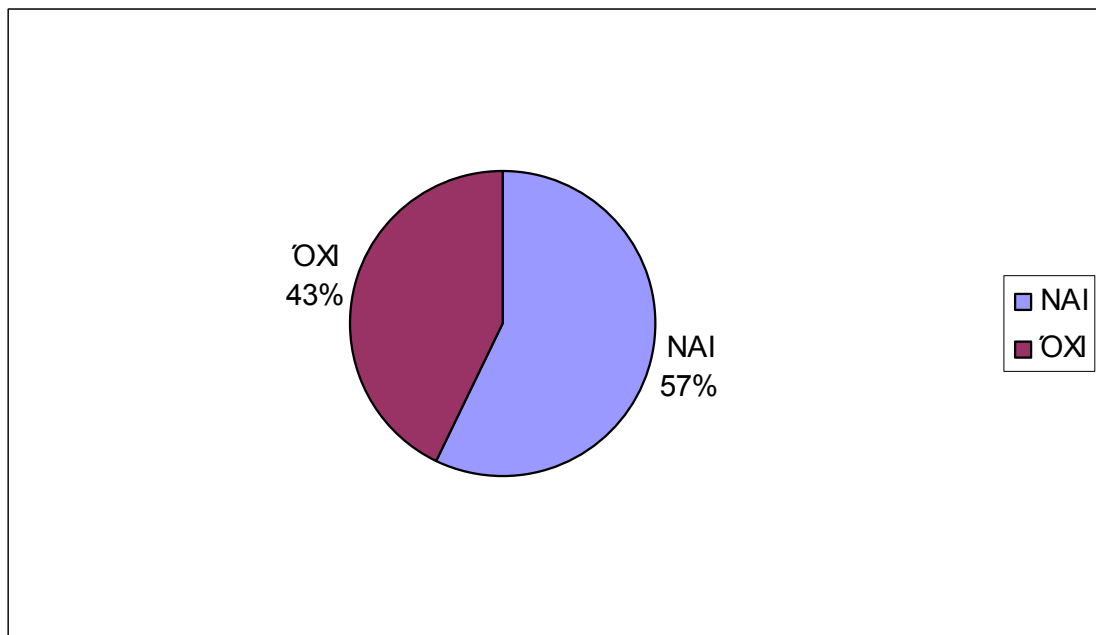
Πίνακας 20

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	37	37
ΟΧΙ	63	63
Σύνολο	100	100

21. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 63 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 57% απάντησαν ναι και το 43% απάντησαν όχι (Πίνακας 21, Γράφημα 21).

Γράφημα 21



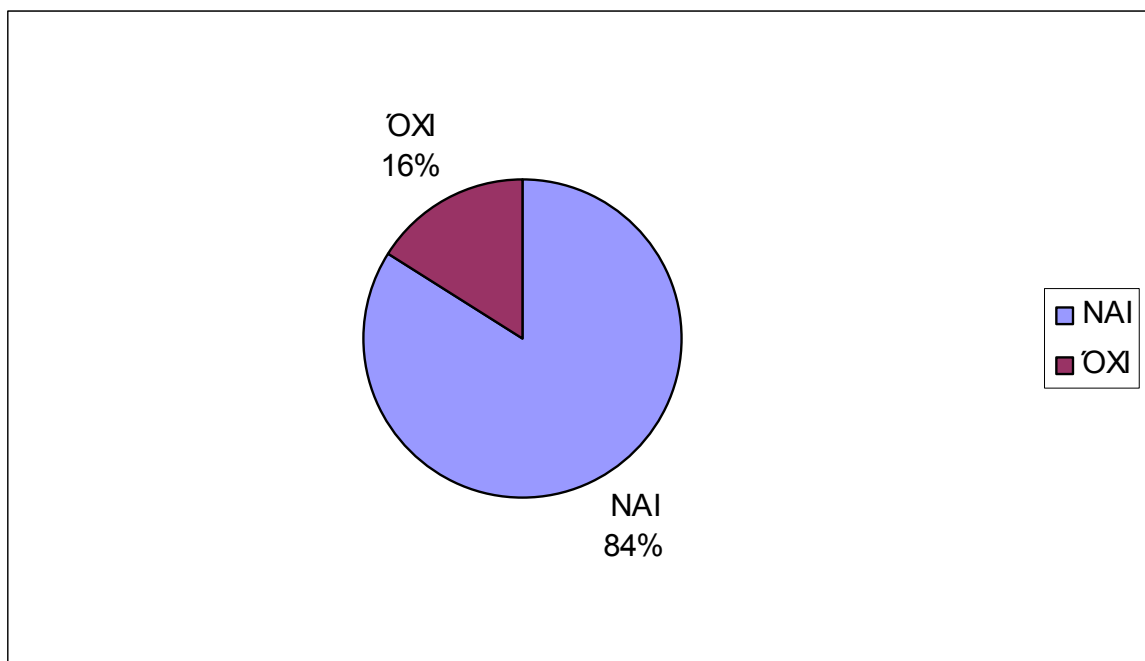
Πίνακας 21

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	36	57
ΌΧΙ	27	43
Σύνολο	63	100

22. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Από τους 100 ερωτηθέντες το 84% απάντησαν ναι και το 16% απάντησαν όχι (Πίνακας 22, Γράφημα 22).

Γράφημα 22



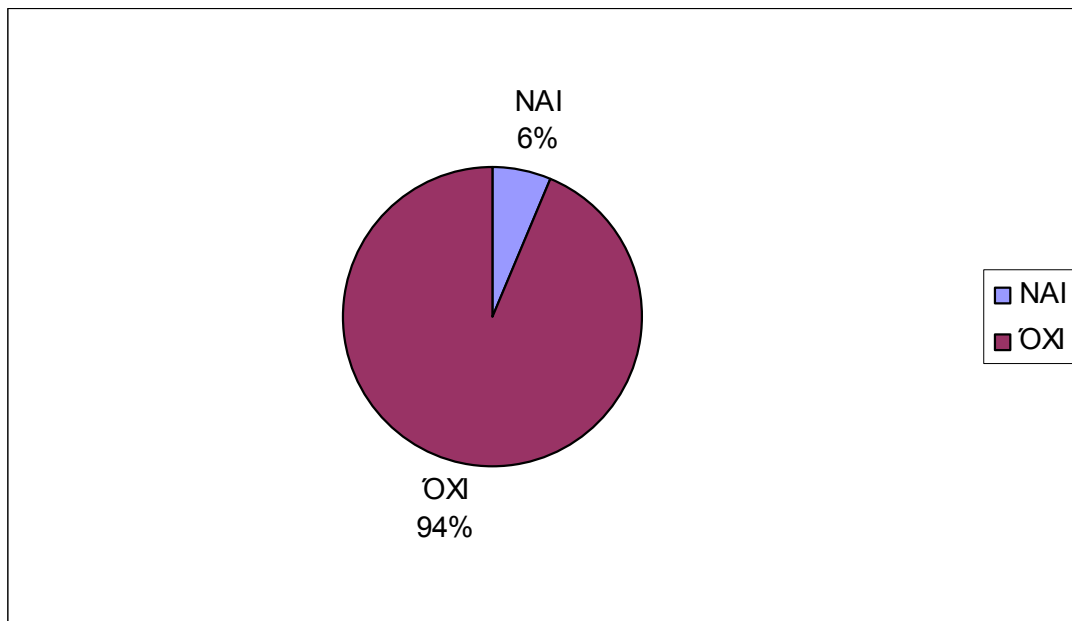
Πίνακας 22

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	84	84
ΌΧΙ	16	16
Σύνολο	100	100

23. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 16 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 6% απάντησε ναι και το 94% απάντησαν όχι (Πίνακας 23, Γράφημα 23).

Γράφημα 23



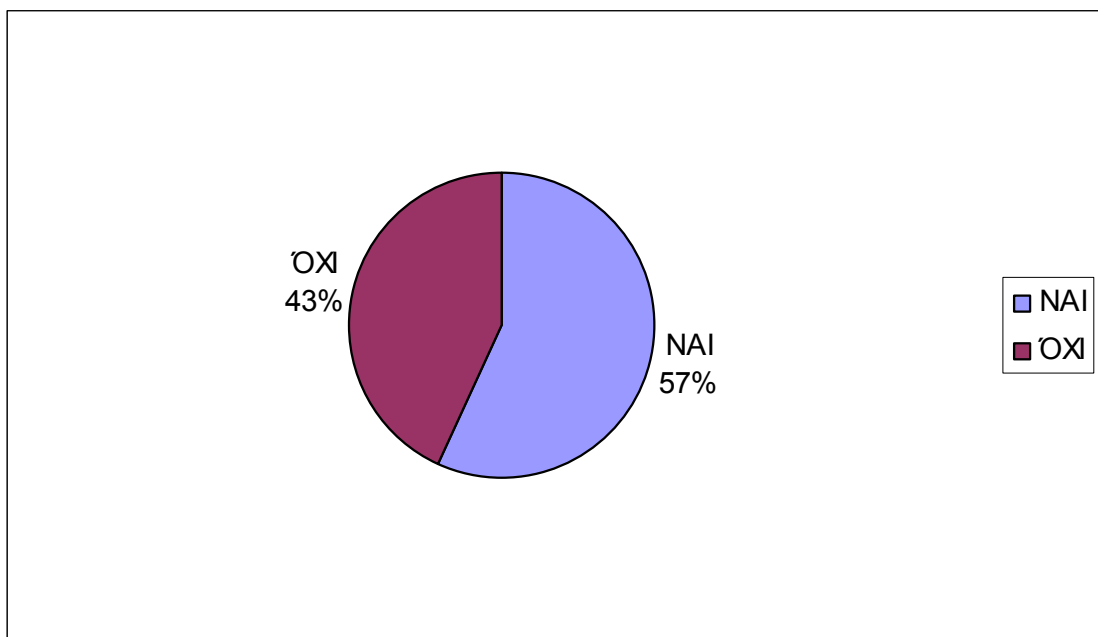
Πίνακας 23

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	1	6
ΌΧΙ	15	94
Σύνολο	16	100

24. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΙΛΑΡΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 57% απάντησαν ναι και το 43% απάντησαν όχι (Πίνακας 24, Γράφημα 24).

Γράφημα 24



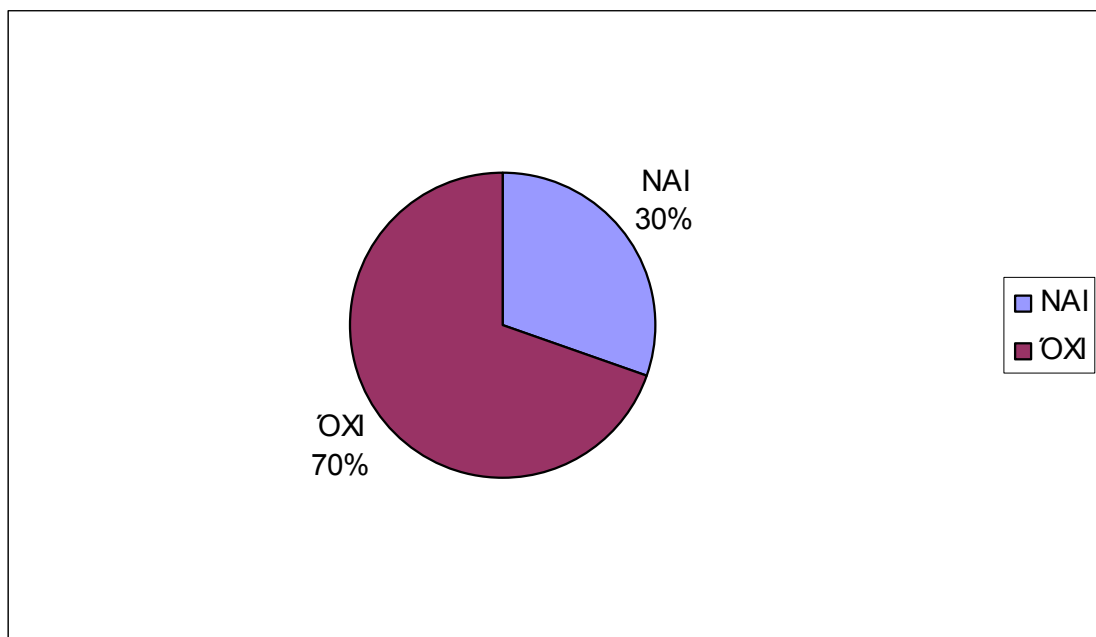
Πίνακας 24

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	57	57
ΌΧΙ	43	43
Σύνολο	100	100

25. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 43 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 30% απάντησαν ναι και το 70% απάντησαν όχι (Πίνακας 25, Γράφημα 25).

Γράφημα 25



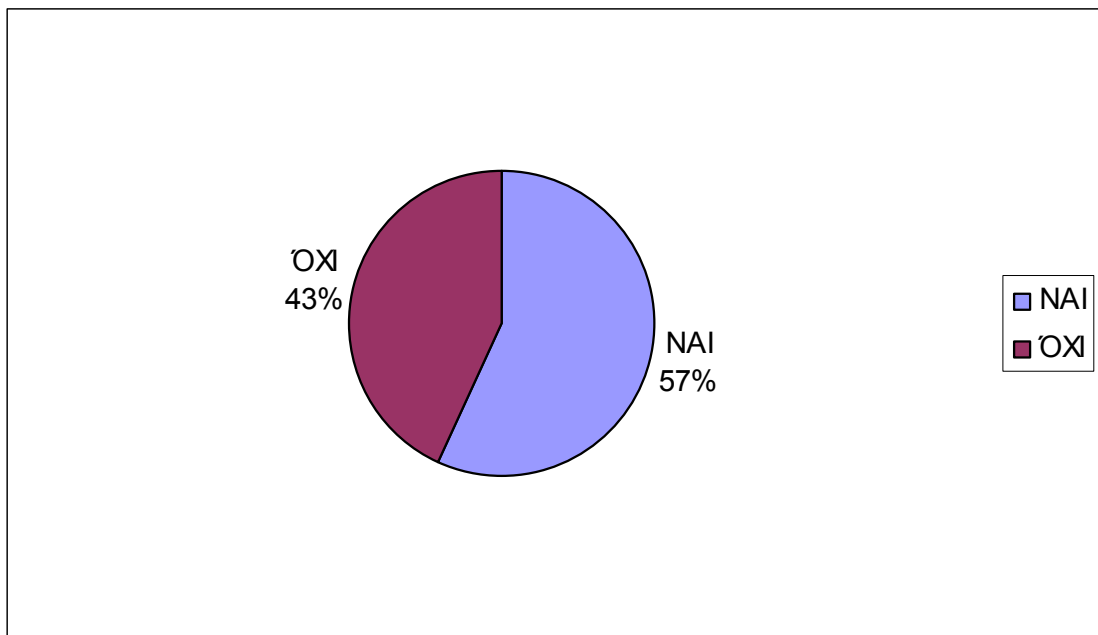
Πίνακας 25

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	13	30
ΌΧΙ	30	70
Σύνολο	43	100

26. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΕΡΥΘΡΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 57% απάντησαν ναι και το 43% απάντησαν όχι (Πίνακας 26, Γράφημα 26).

Γράφημα 26



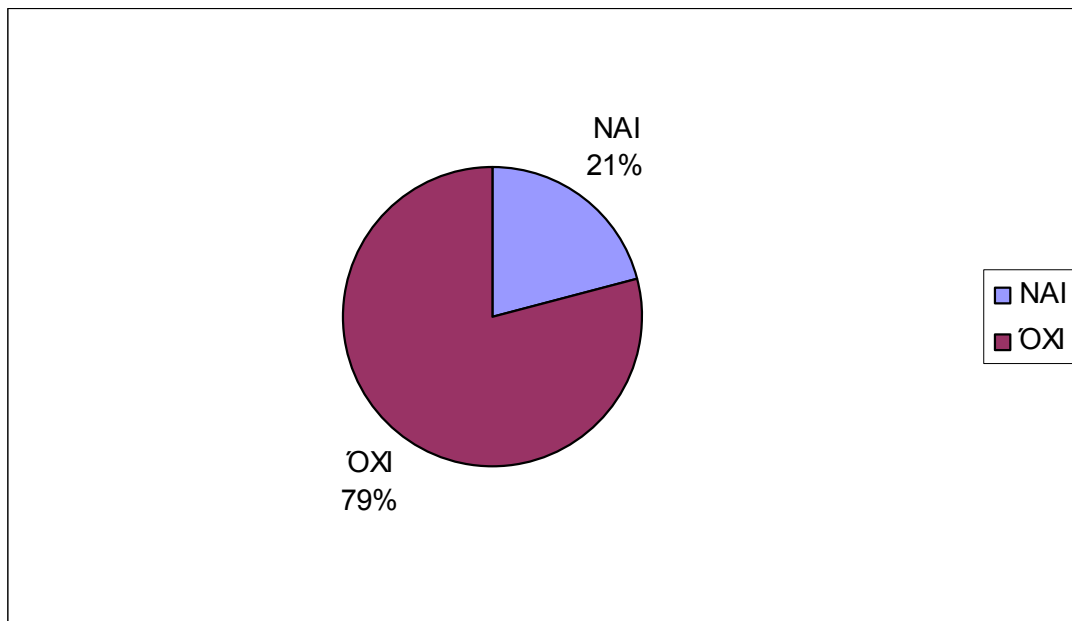
Πίνακας 26

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	57	57
ΌΧΙ	43	43
Σύνολο	100	100

27. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 43 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 21% απάντησαν ναι και το 79% απάντησαν όχι (Πίνακας 27, Γράφημα 27).

Γράφημα 27



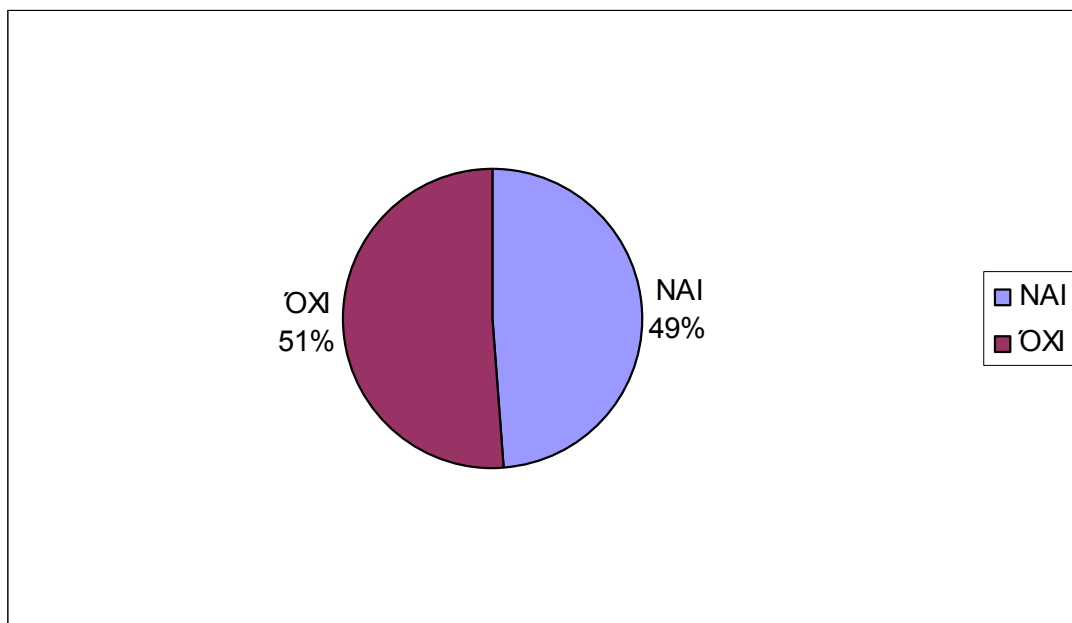
Πίνακας 27

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	9	21
ΌΧΙ	34	79
Σύνολο	43	100

28. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 49% απάντησαν ναι και το 51% απάντησαν όχι (Πίνακας 28, Γράφημα 28).

Γράφημα 28



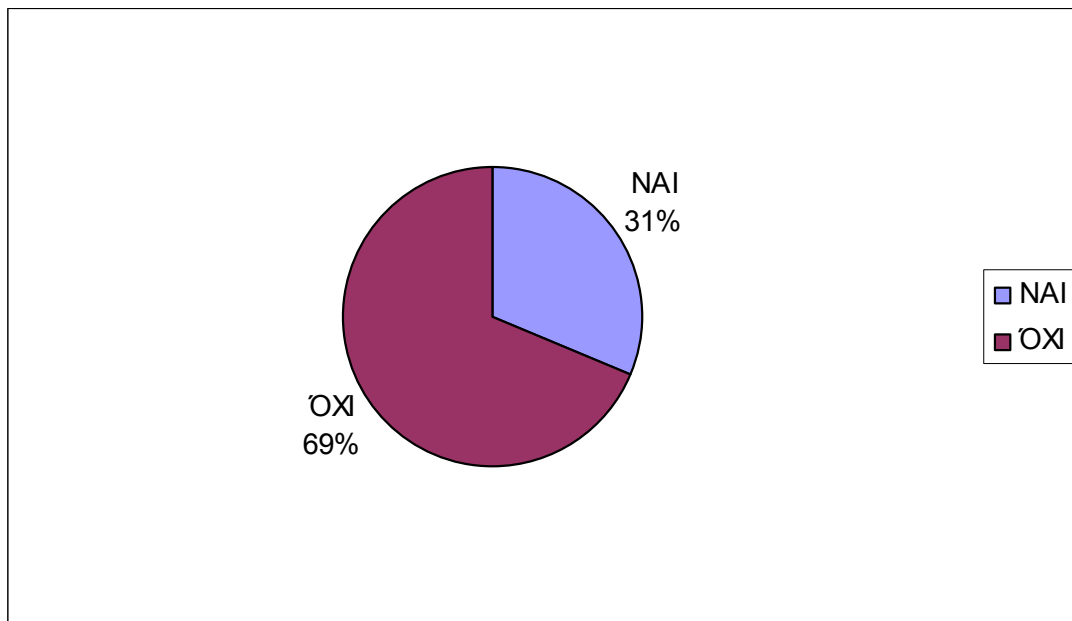
Πίνακας 28

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	49	49
ΟΧΙ	51	51
Σύνολο	100	100

29. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 51 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 31% απάντησαν ναι και το 69% απάντησαν όχι (Πίνακας 29, Γράφημα 29).

Γράφημα 29



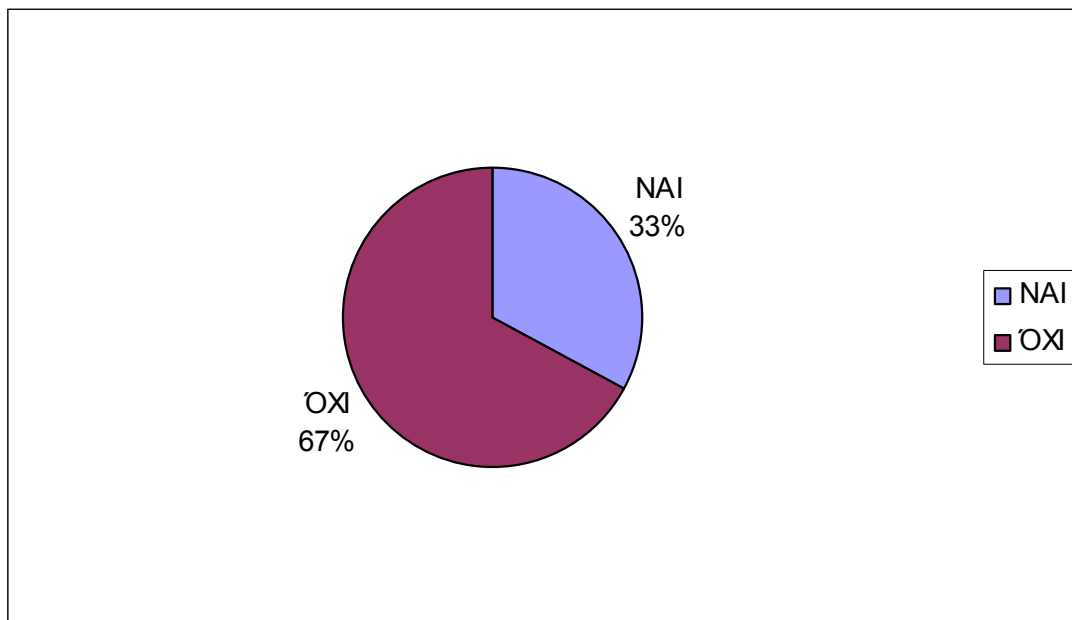
Πίνακας 29

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	16	31
ΌΧΙ	35	69
Σύνολο	51	100

30. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 33% απάντησαν ναι και το 67% απάντησαν όχι (Πίνακας 30, Γράφημα 30).

Γράφημα 30



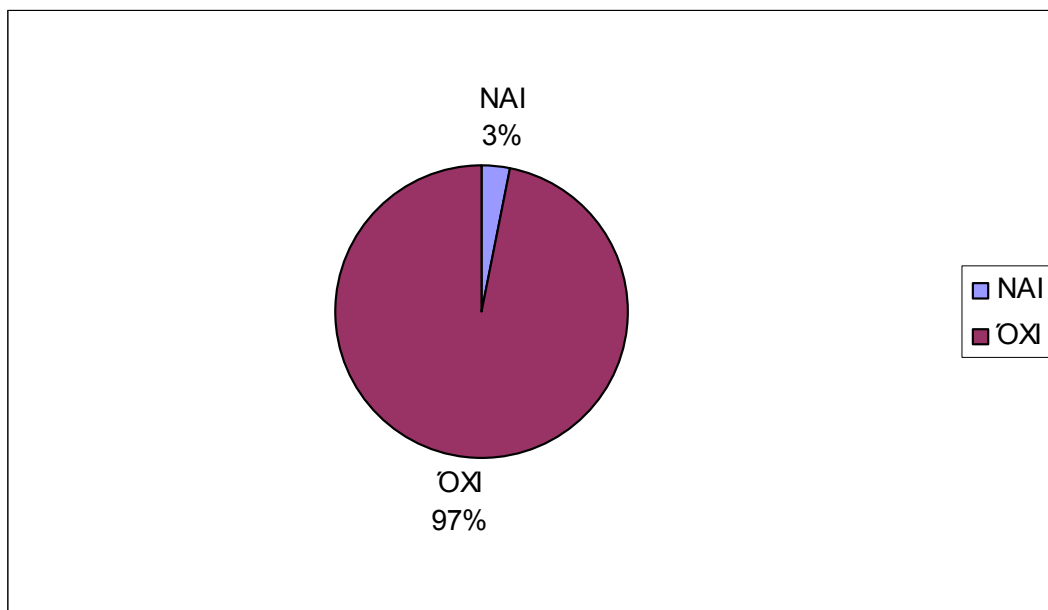
Πίνακας 30

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	33	33
ΌΧΙ	67	67
Σύνολο	100	100

31. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 67 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 3% απάντησαν ναι και το 97% απάντησαν όχι (Πίνακας 31, Γράφημα 31).

Γράφημα 31



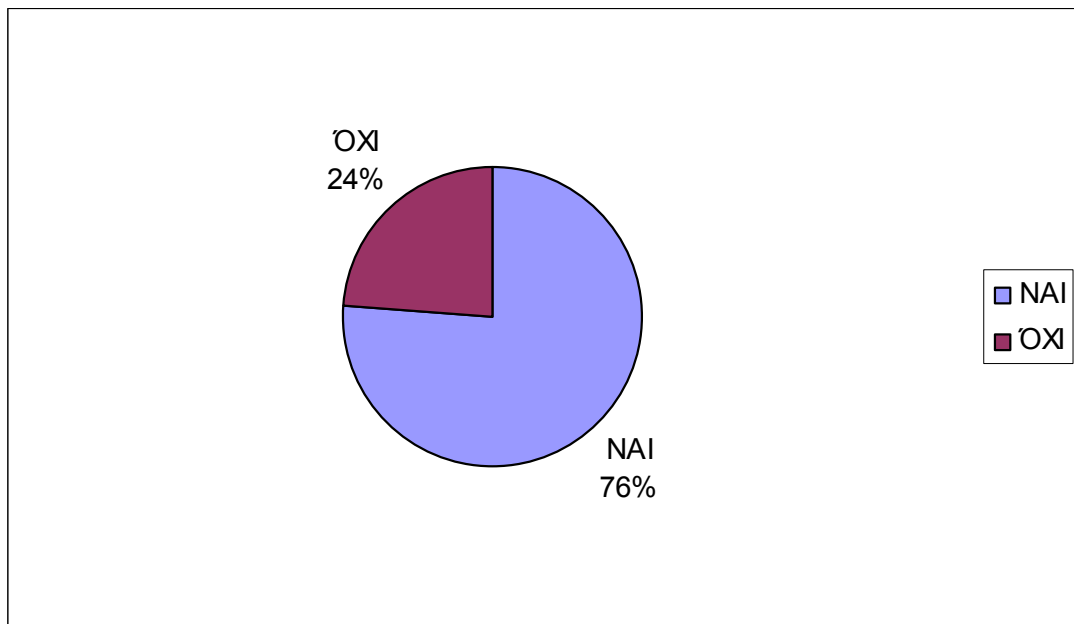
Πίνακας 31

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	2	3
ΌΧΙ	65	97
Σύνολο	67	100

32. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 76% απάντησαν ναι και το 24% απάντησαν όχι (Πίνακας 32, Γράφημα 32).

Γράφημα 32



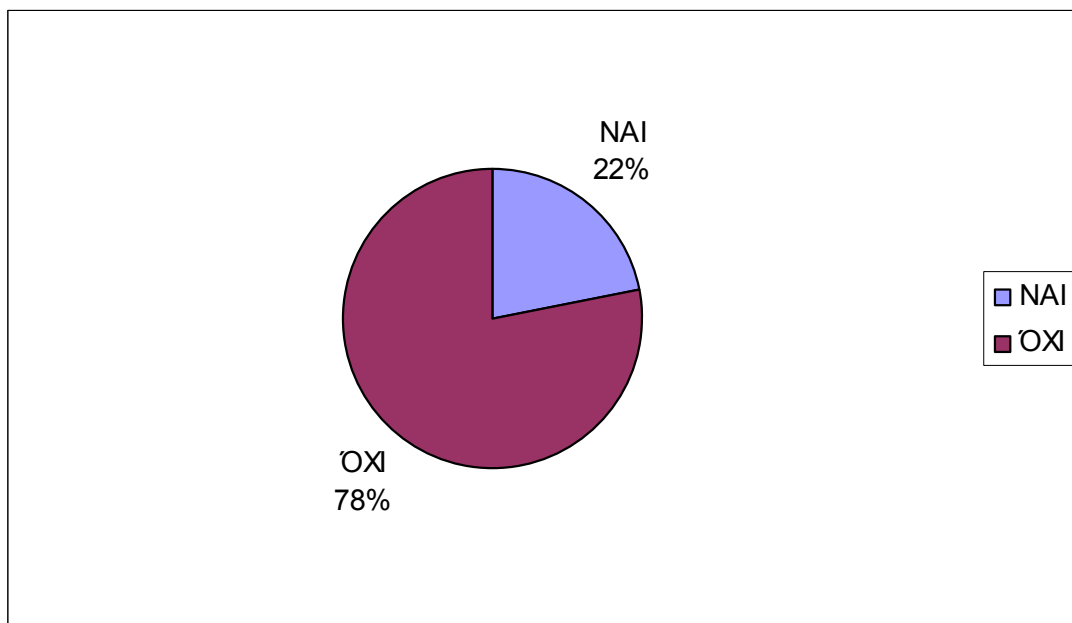
Πίνακας 32

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	76	76
ΌΧΙ	24	24
Σύνολο	100	100

33. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΘΕΤΙΚΗ ΜΑΝΤΟΥΧ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 22% απάντησαν ναι και το 78% απάντησαν όχι (Πίνακας 33, Γράφημα 33).

Γράφημα 33



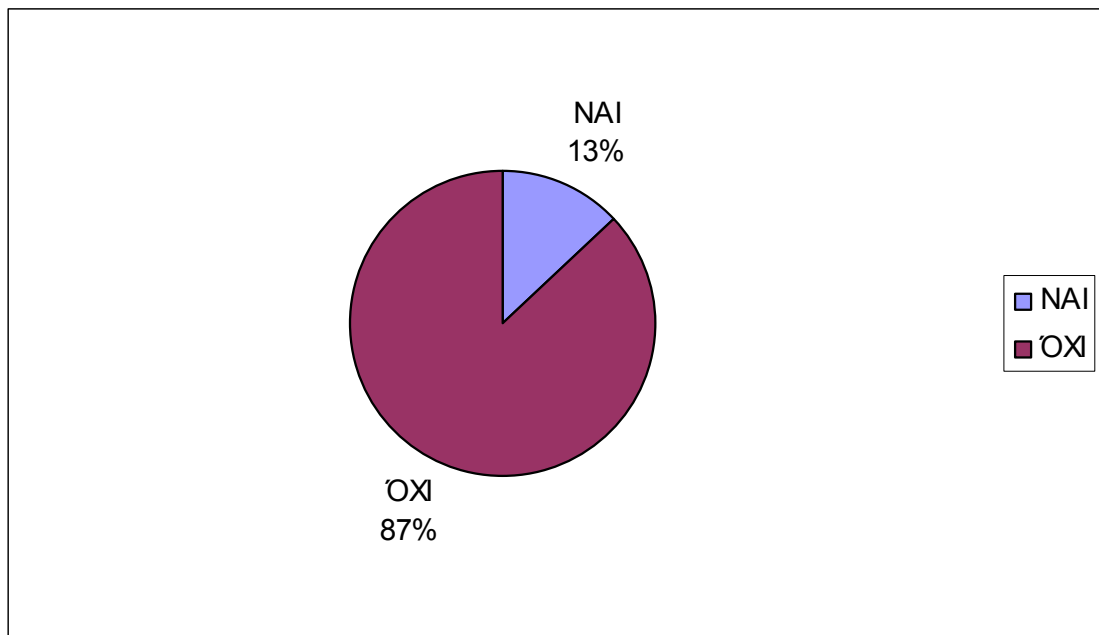
Πίνακας 33

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	22	22
ΌΧΙ	78	78
Σύνολο	100	100

34. ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 13% απάντησαν ναι και το 87% απάντησαν όχι (Πίνακας 34, Γράφημα 34).

Γράφημα 34



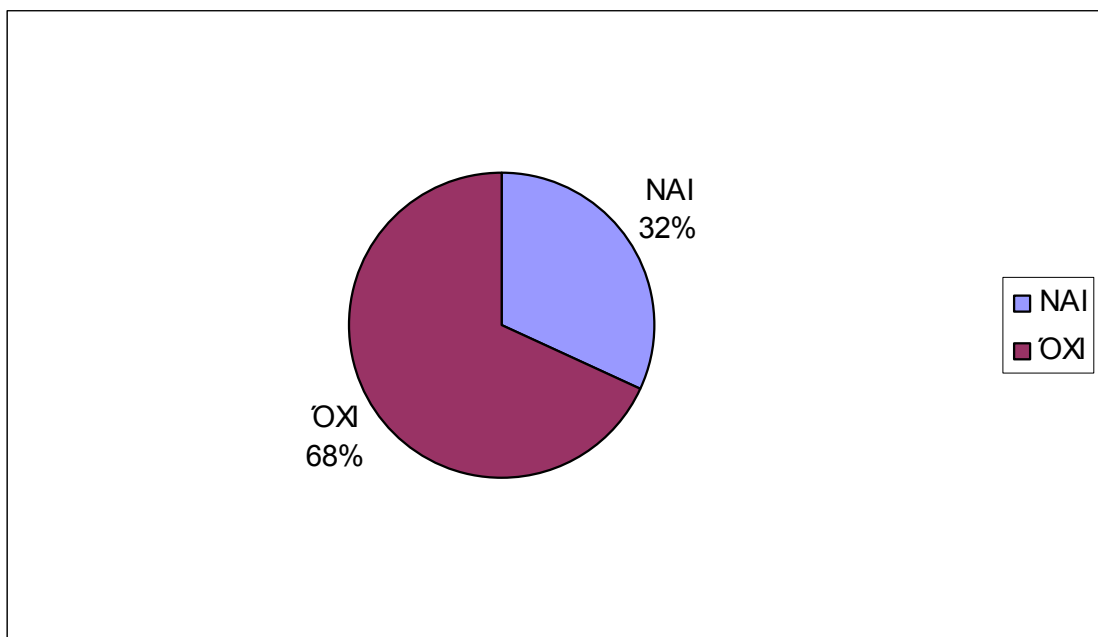
Πίνακας 34

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	13	13
ΌΧΙ	87	87
Σύνολο	100	100

35. ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 32% απάντησαν ναι και το 68% απάντησαν όχι (Πίνακας 35, Γράφημα 35).

Γράφημα 35



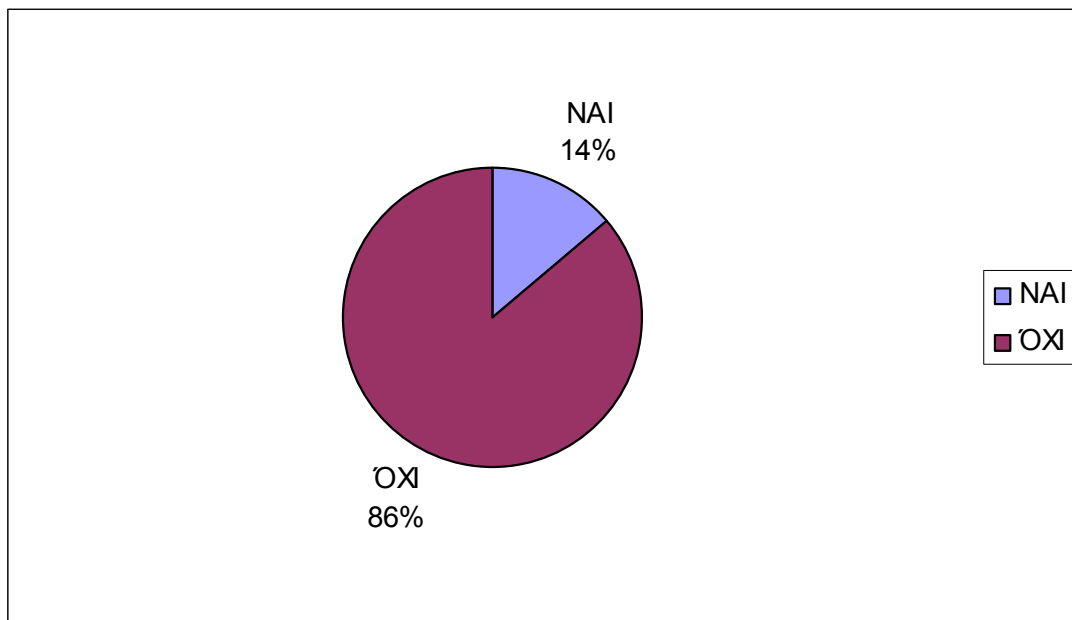
Πίνακας 35

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	32	32
ΌΧΙ	68	68
Σύνολο	100	100

36. ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ (ΑΥΓΑ, ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ-ΝΕΟΜΥΚΙΝΗ, ΑΛΛΟ ΦΑΡΜΑΚΟ)

Από τους 100 ερωτηθέντες το 14% απάντησαν ναι και το 86% απάντησαν όχι (Πίνακας 36, Γράφημα 36).

Γράφημα 36



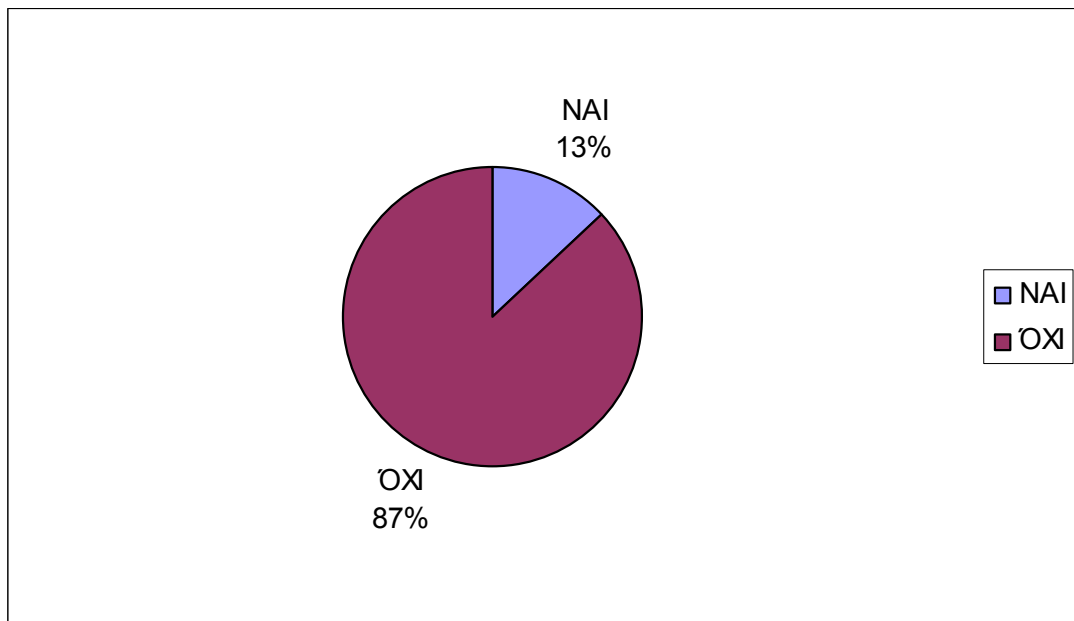
Πίνακας 36

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	14	14
ΌΧΙ	86	86
Σύνολο	100	100

37. ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΣΕΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΠΡΟΣΦΑΤΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 13% απάντησαν ναι και το 87% απάντησαν όχι (Πίνακας 37, Γράφημα 37).

Γράφημα 37



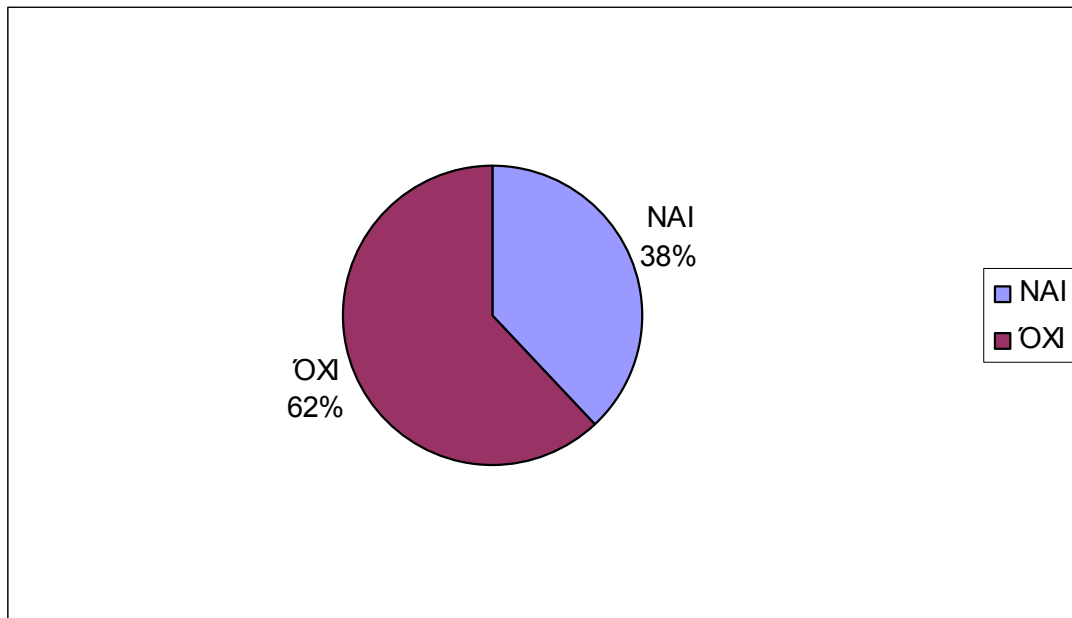
Πίνακας 37

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	13	13
ΌΧΙ	87	87
Σύνολο	100	100

38. ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ Π.Χ ΤΡΥΠΗΘΗΚΑΤΕ ΜΕ ΒΕΛΟΝΑ Η ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΔΙΧΜΗΡΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΩΣΤΕ ΝΑ ΚΙΝΔΥΝΕΥΤΕ) ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 38% απάντησαν ναι και το 62% απάντησαν όχι (Πίνακας 38, Γράφημα 38).

Γράφημα 38



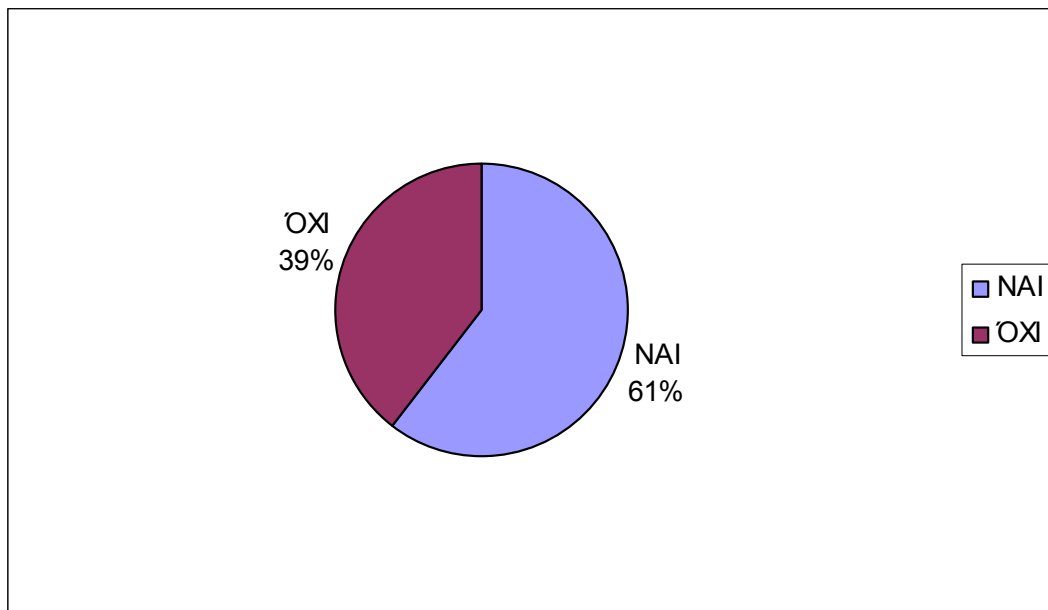
Πίνακας 38

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	38	38
ΌΧΙ	62	62
Σύνολο	100	100

39. ΑΝ ΝΑΙ ΤΟ ΔΗΛΩΣΑΤΕ

Από τους 38 που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση το 61% απάντησαν ναι και το 39% απάντησαν όχι (Πίνακας 39, Γράφημα 39).

Γράφημα 39



Πίνακας 39

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	23	61
ΟΧΙ	15	39
Σύνολο	38	100

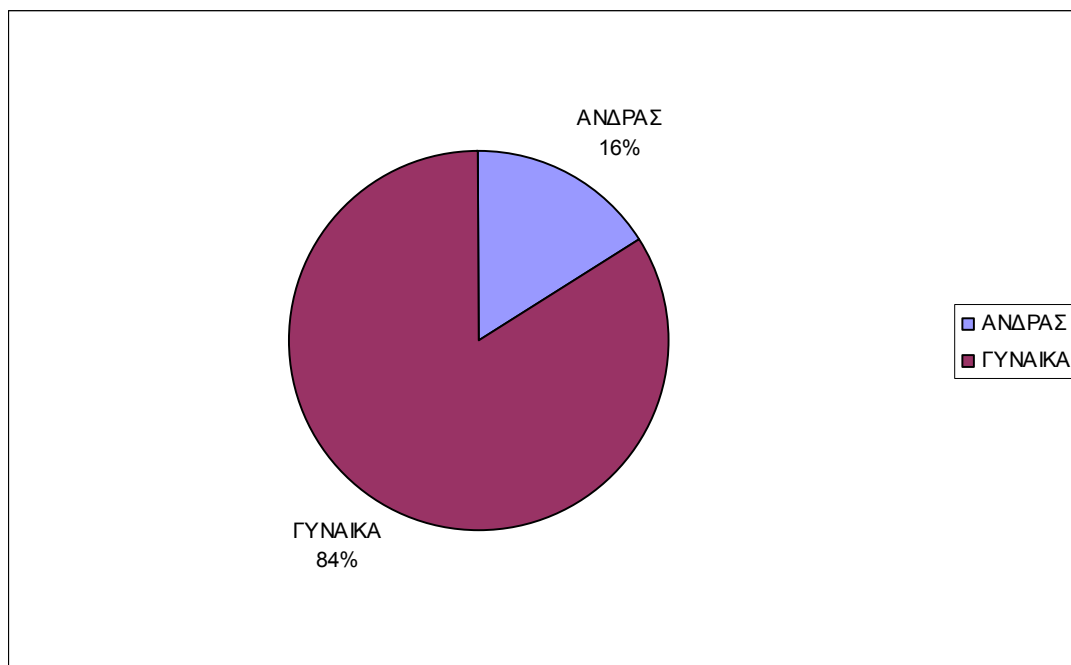
2.ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ

ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ

1. ΦΥΛΟ

Από τους 100 συμμετέχοντες, το 84% ήταν γυναίκες και το 16% ήταν άνδρες (Πίνακας 1α, Γράφημα 1α).

Γράφημα 1α



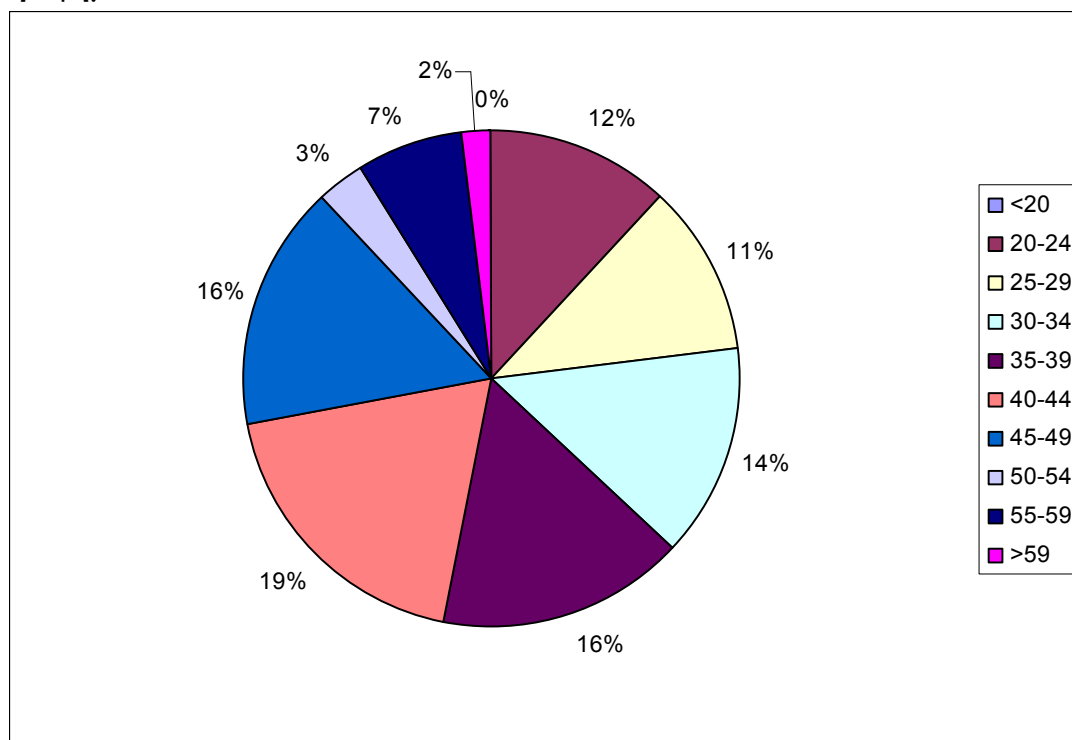
Πίνακας 1α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Γυναίκες	84	84
Άνδρες	16	16
Σύνολο	100	100

2.ΗΛΙΚΙΑ

Το μεγαλύτερο ποσοστό δείγματος ανάλογα με την ηλικία των ατόμων που μελετήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν 19% άτομα ηλικίας 40-44,16% άτομα ηλικίας 35-39 και 45-49,14% άτομα ηλικίας 30-34, 12% άτομα ηλικίας 20-24, 11% άτομα ηλικίας 25-29 και με μικρότερα ποσοστά άτομα άλλων ηλικιών όπως φαίνεται στον πίνακα (Πίνακας 2α, Γράφημα 2α).

Γράφημα 2α



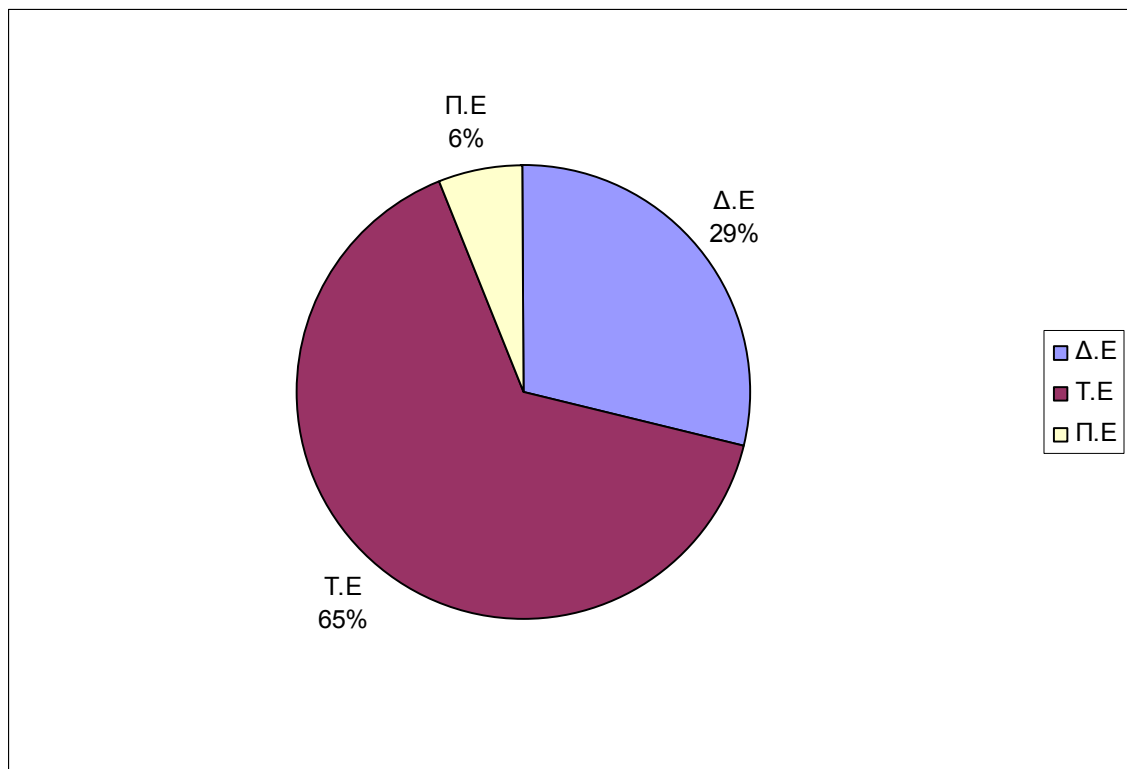
Πίνακας 2α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
<20	0	0
20-24	12	12
25-29	11	11
30-34	14	14
35-39	16	16
40-44	19	19
45-49	16	16
50-54	3	3
55-59	7	7
>59	2	2
Σύνολο	100	100

3. ΜΟΡΦΩΣΗ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 65% ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης, το 29% ήταν διευτούς εκπαίδευσης και το 6% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (**Πίνακας 3α, Γράφημα 3α**).

Γράφημα 3α



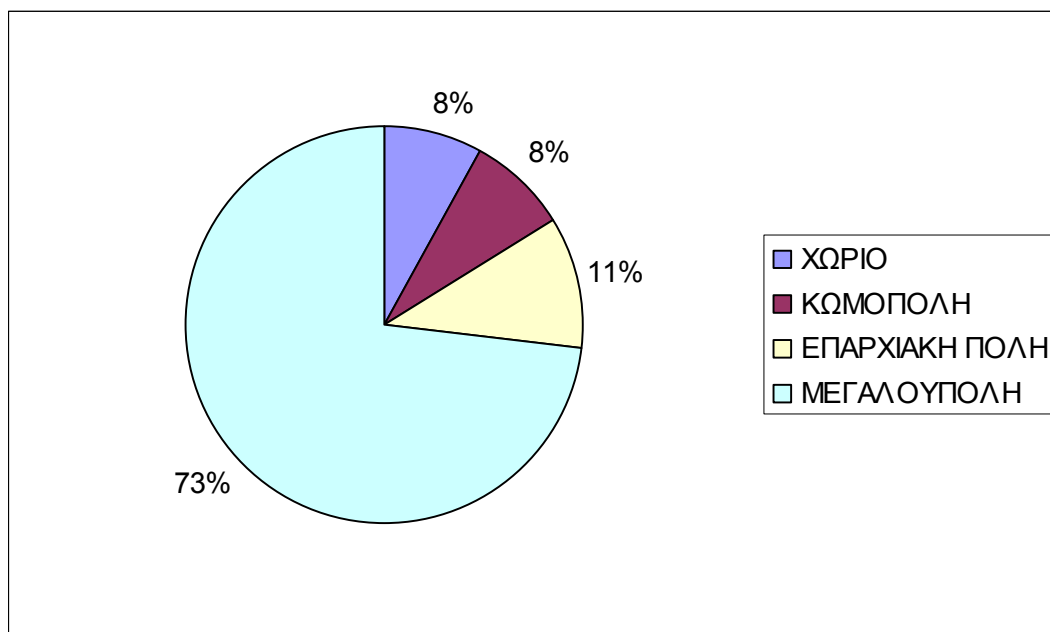
Πίνακας 3α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Τεχνολογικής εκπαίδευσης (Τ.Ε)	65	65
Διευτούς εκπαίδευσης (Δ.Ε)	29	29
Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Π.Ε)	6	6
Σύνολο	100	100

4. ΔΙΑΜΟΝΗ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 73% απάντησαν ότι διέμεναν σε μεγαλούπολη, το 11% απάντησαν ότι διέμεναν σε επαρχιακή πόλη, το 8% διέμεναν σε χωριό και το 8% διέμεναν σε κωμόπολη (Πίνακας 4α, Γράφημα 4α).

Γράφημα 4α



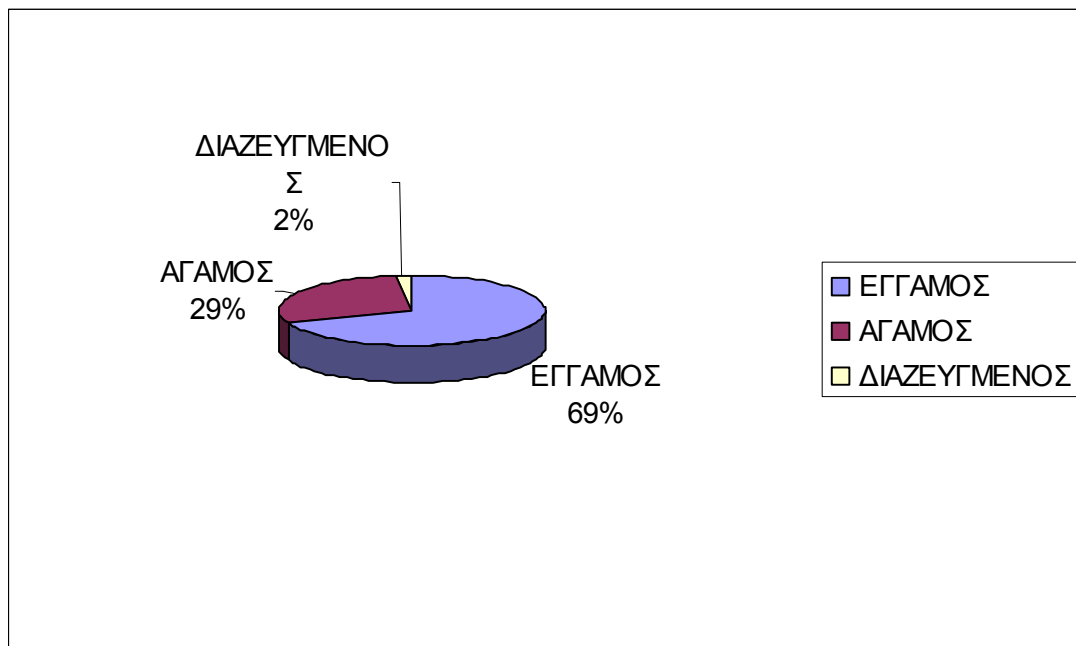
Πίνακας 4α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Μεγαλούπολη	73	73
Επαρχιακή πόλη	11	11
Χωριό	8	8
Κωμόπολη	8	8
Σύνολο	100	100

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 69% απάντησαν ότι είναι έγγαμοι, το 29% απάντησαν ότι είναι άγαμοι και το 2% απάντησαν ότι είναι διαζευγμένοι (Πίνακας 5α, Γράφημα 5α).

Γράφημα 5α



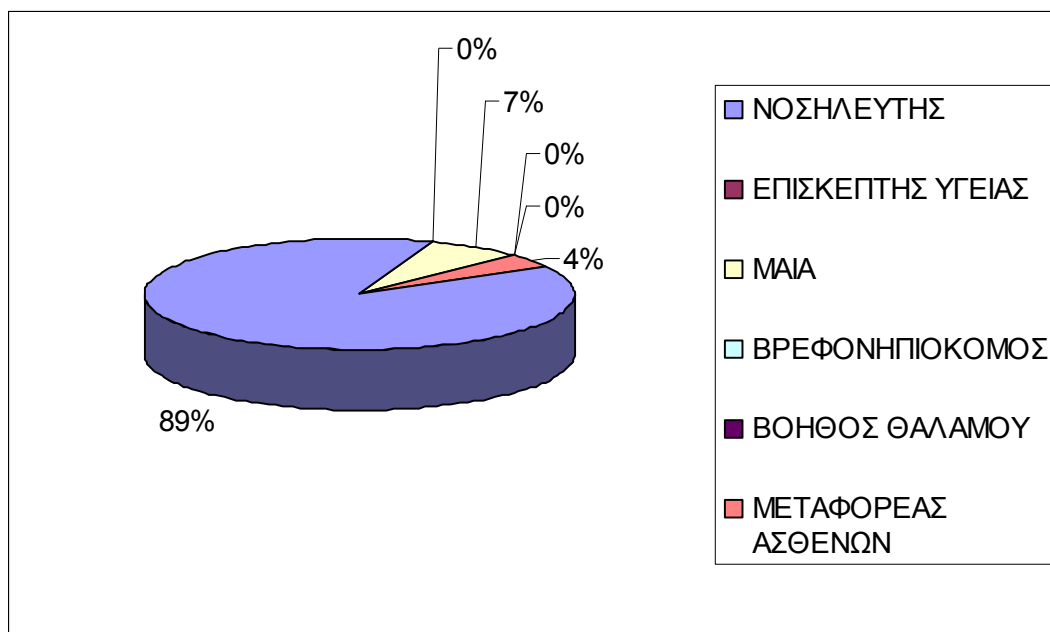
Πίνακας 5α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Έγγαμος	69	69
Άγαμος	29	29
Διαζευγμένος	2	2
Σύνολο	100	100

6. ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Από τους 100 ερωτηθέντες απάντησαν ότι το 89% ήταν νοσηλευτές, το 7% ήταν μαίες και το 4% απάντησαν ότι ήταν μεταφορείς ασθενών (Πίνακας 6α, Γράφημα 6α).

Γράφημα 6α



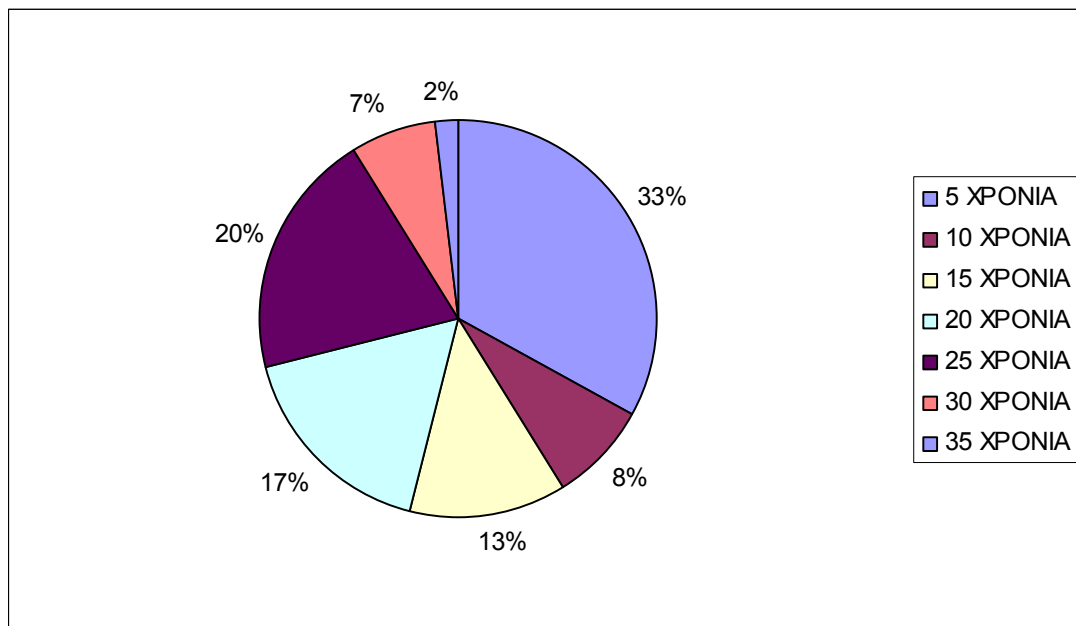
Πίνακας 6α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Νοσηλευτής	89	89
Μαία	7	7
Βοηθός θαλάμου	0	0
Επισκέπτρια υγείας	0	0
Βρεφονηπιοκόμος	0	0
Μεταφορέας ασθενών	4	4
Σύνολο	100	100

7. ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 33% απάντησαν ότι έχουν 5 χρόνια, το 8% απάντησαν ότι έχουν 10 χρόνια, το 13% απάντησαν ότι έχουν 15 χρόνια, το 17% έχουν 20 χρόνια, το 20% έχουν 25 χρόνια και ένα μικρότερο ποσοστό ατόμων με πάνω από 25 χρόνια προϋπηρεσίας όπως φαίνεται και στον πίνακα (Πίνακας 7α, Γράφημα 7α).

Γράφημα 7α



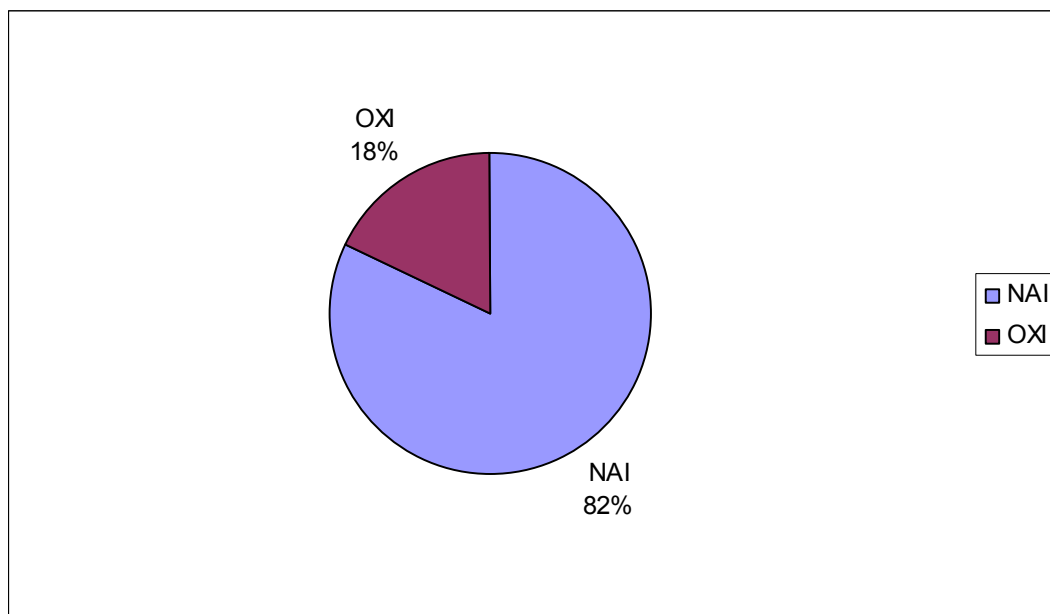
Πίνακας 7α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
5 χρόνια	33	33
10 χρόνια	8	8
15 χρόνια	13	13
20 χρόνια	17	17
25 χρόνια	20	20
30 χρόνια	7	7
35 χρόνια	2	2
Σύνολο	100	100

9. ΈΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 82% απάντησαν ναι και το 18% απάντησαν όχι (Πίνακας 9α, Γράφημα 9α).

Γράφημα 9α



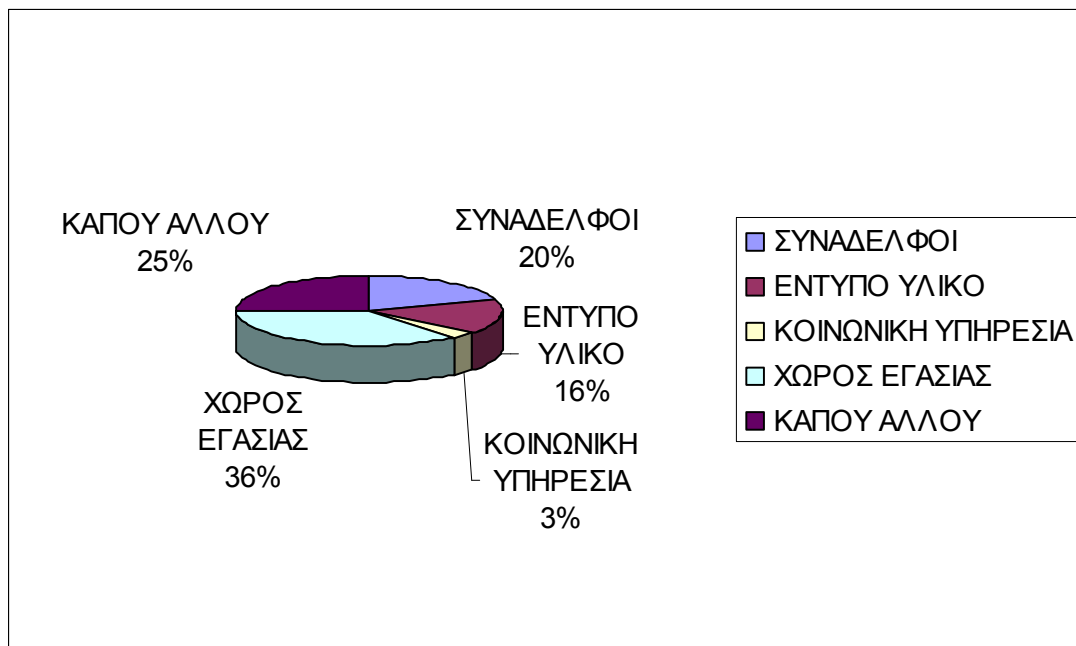
Πίνακας 9α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	82	82
ΟΧΙ	18	18
Σύνολο	100	100

10. ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 36% απάντησαν από το χώρο εργασίας, το 16% απάντησαν από έντυπο υλικό, το 20% από συναδέλφους, το 25% από κάπου αλλού και το 3% από την κοινωνική υπηρεσία (Πίνακας 10α, Γράφημα 10α).

Γράφημα 10α



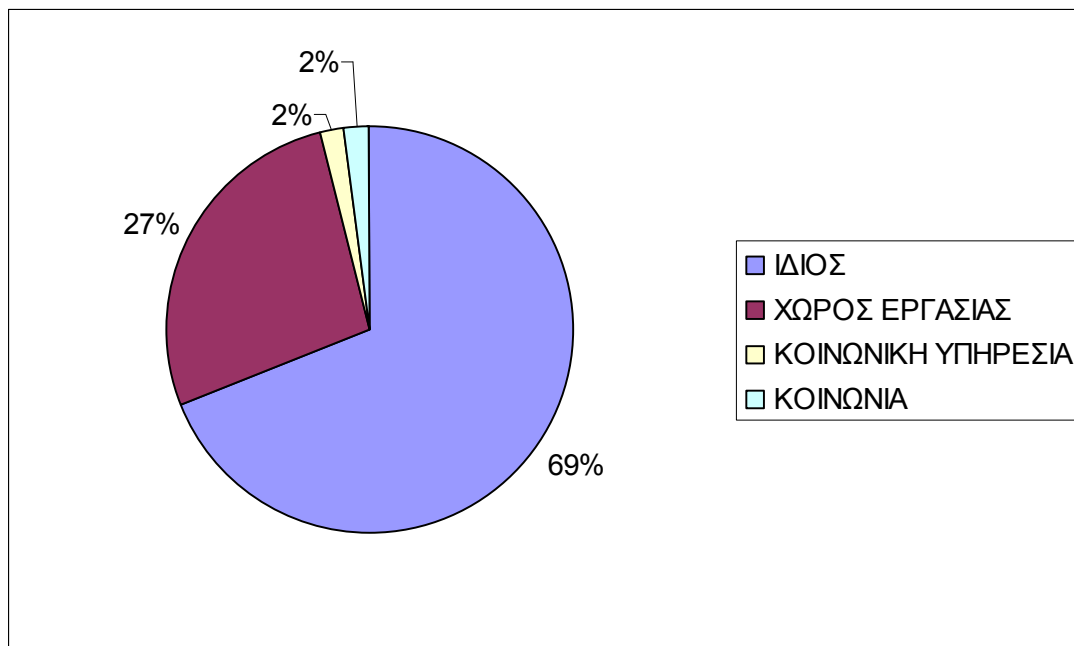
Πίνακας 10α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Από το χώρο εργασίας	36	36
Από έντυπο υλικό	16	16
Από συναδέλφους	20	20
Από κάπου αλλού	25	25
Από την κοινωνική υπηρεσία	3	3
Σύνολο	100	100

11. ΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΕΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΣΑΣ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 69% απάντησαν οι ίδιοι, το 27% απάντησαν από το χώρο εργασίας τους, το 2% απάντησαν από την κοινωνική υπηρεσία και το 2% απάντησαν από την κοινωνία (Πίνακας 11α, Γράφημα 11α).

Γράφημα 11α



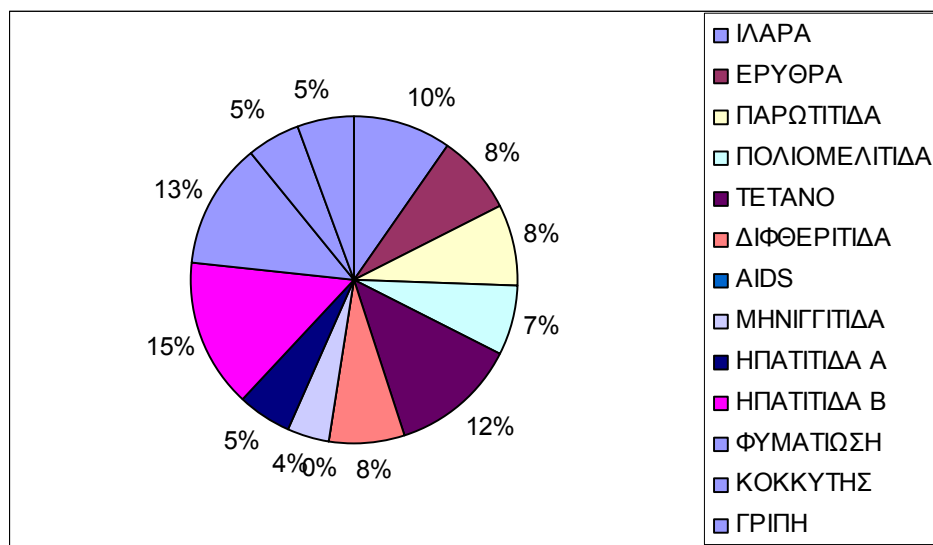
Πίνακας 11α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ο ίδιος	69	69
Ο χώρος εργασίας σας	27	27
Η κοινωνική υπηρεσία	2	2
Η κοινωνία	2	2
Σύνολο	100	100

12. ΠΟΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ

Οι απαντήσεις που λάβαμε στη συγκεκριμένη ερώτηση ήταν: 55 άτομα είχαν εμβολιαστεί για ιλαρά, 45 άτομα είχαν εμβολιαστεί για ερυθρά, 45 άτομα για παρωτίτιδα, 40 άτομα για πολιομυελίτιδα, 70 άτομα για τέτανο, 43 άτομα για διφθερίτιδα, κανένας για AIDS, 24 άτομα για μηνιγγίτιδα, 29 άτομα για ηπατίτιδα Α, 84 άτομα για ηπατίτιδα Β, 71 άτομα για φυματίωση, 30 άτομα για κοκκύτη και 31 άτομα για γρίπη (Πίνακας 12α, Γράφημα 12α).

Γράφημα 12α



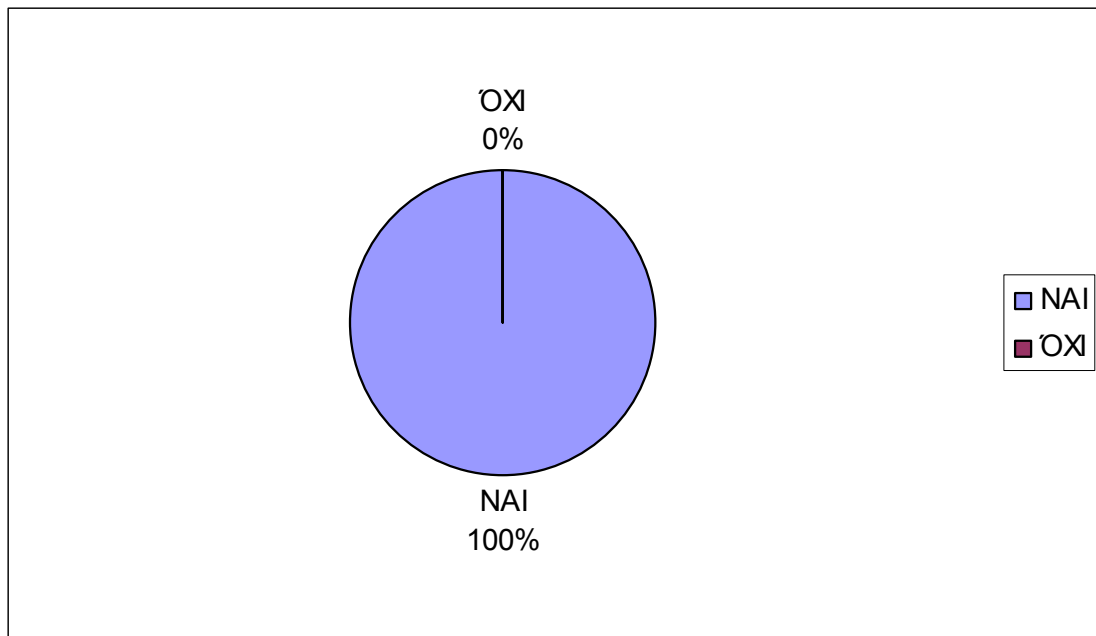
Πίνακας 12α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ηπατίτιδα Β	84	15
Φυματίωση	71	13
Τέτανος	70	12
Ιλαρά	55	10
Ερυθρά	45	8
Παρωτίτιδα	45	8
Διφθερίτιδα	43	8
Ηπατίτιδα Α	29	5
Πολιομυελίτιδα	40	7
Γρίπη	31	5
Μηνιγγίτιδα	24	4
Κοκκύτης	30	5
AIDS	0	0

13. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Και οι 100 ερωτηθέντες απάντησαν ναι(Πίνακας 13α, Γράφημα 13α).

Γράφημα 13α



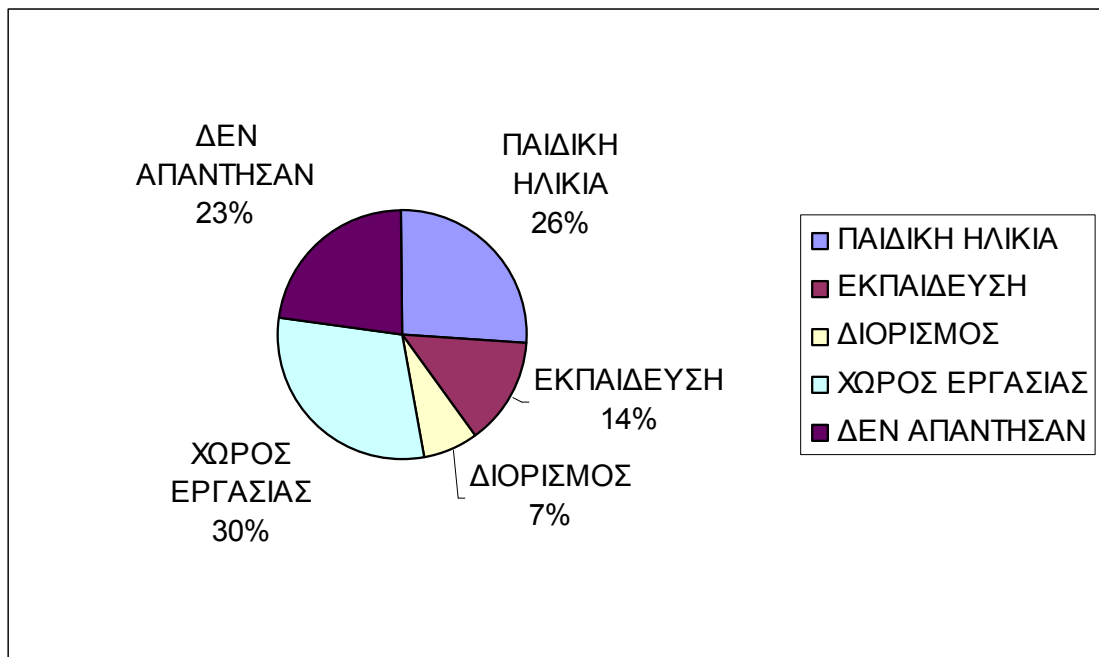
Πίνακας 13α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	100	100
ΌΧΙ	0	0
Σύνολο	100	100

14.ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΤΕ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 23% δεν απάντησαν, το 7% απάντησαν κατά το διορισμό, το 26% κατά την παιδική ηλικία, το 14% κατά την εκπαίδευση και το 30% στο χώρο εργασίας τους (Πίνακας 14α, Γράφημα 14α).

Γράφημα 14α



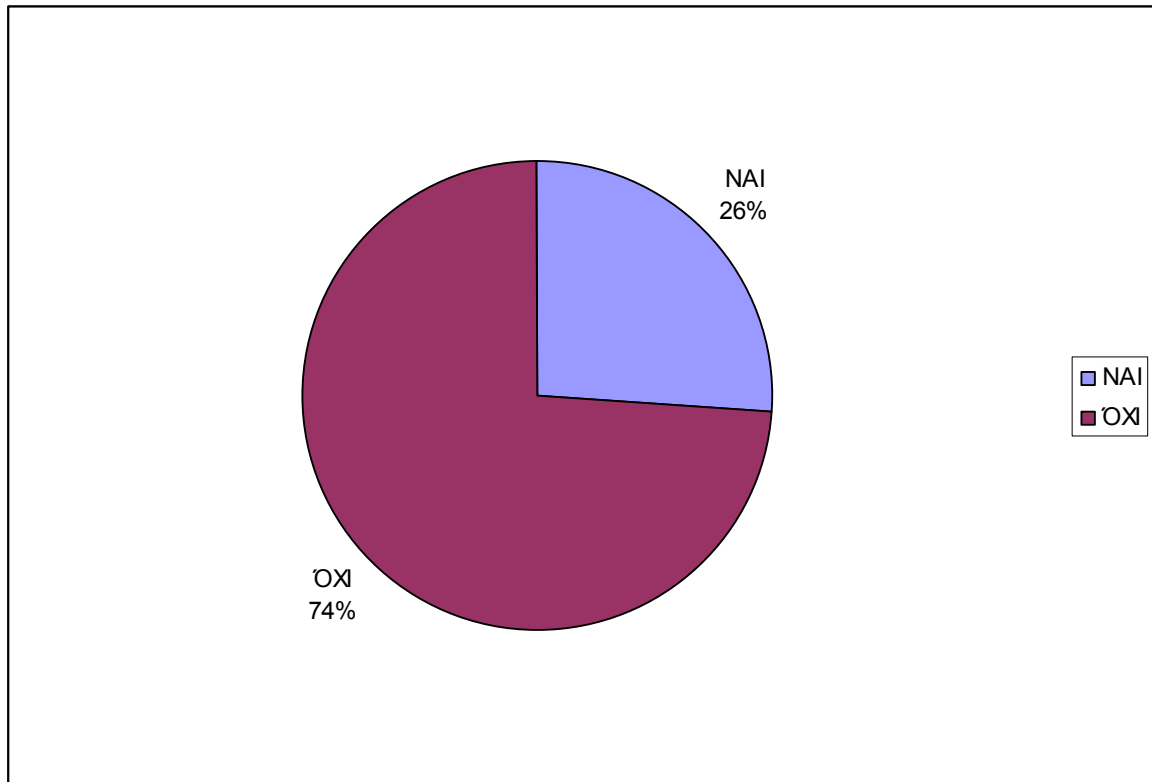
Πίνακας 14α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Δεν απάντησαν	23	23
Διορισμός	7	7
Παιδική ηλικία	26	26
Εκπαίδευση	14	14
Χώρος εργασίας	30	30
Σύνολο	100	100

15.ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2008-2009

Από τους 100 ερωτηθέντες το 26% απάντησαν ναι και το 74% απάντησαν όχι (Πίνακας 15α, Γράφημα 15α).

Γράφημα 15α



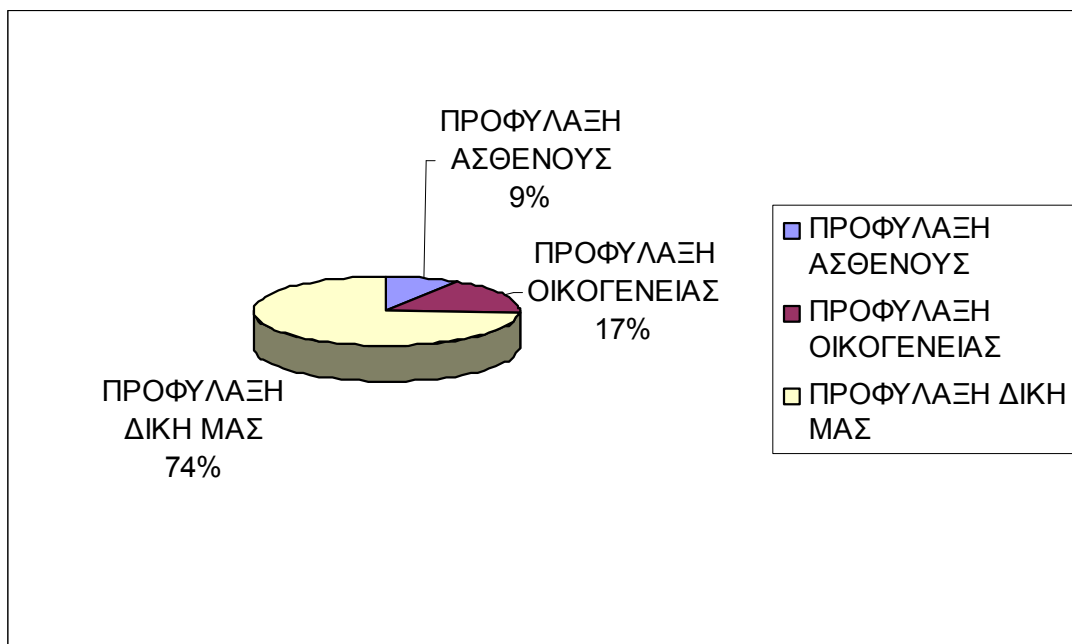
Πίνακας 15α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	26	26
ΟΧΙ	74	74
Σύνολο	100	100

16. ΓΙΑΤΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΗΚΑΤΕ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 74% απάντησαν για να προφυλάξουν τον εαυτό τους, το 17% απάντησαν για να προφυλάξουν την οικογένειά τους και το 9% για να προφυλάξουν τους ασθενείς (Πίνακας 16α, Γράφημα 16α).

Γράφημα 16α



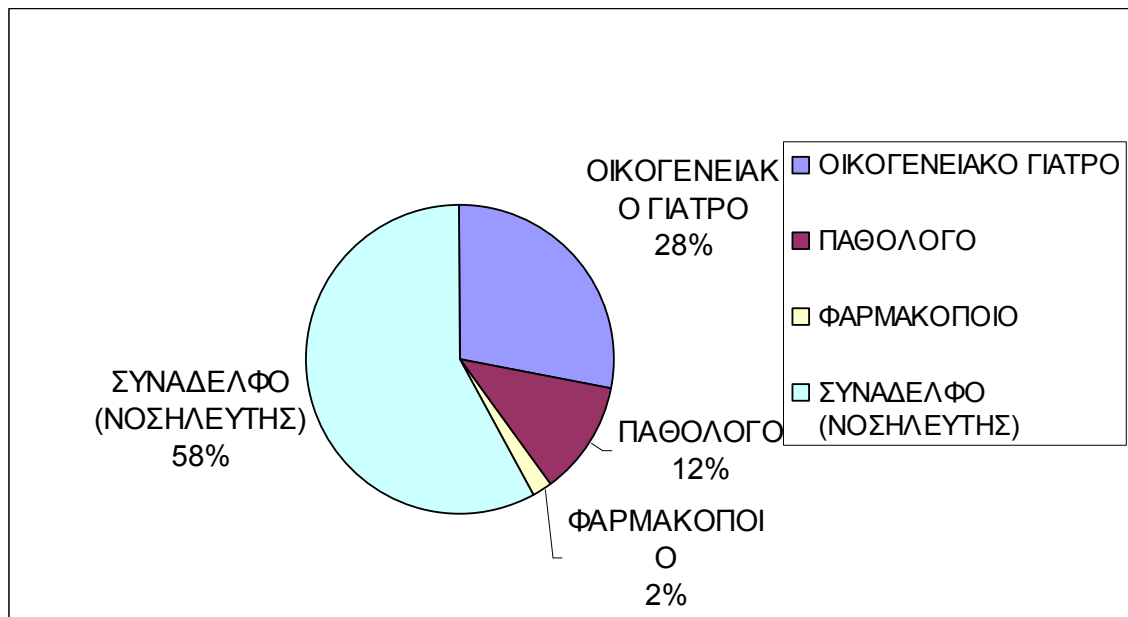
Πίνακας 16α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Για να προφυλάξετε τον εαυτό σας	74	74
Για να προφυλάξετε την οικογένειά σας	17	17
Για να προφυλάξετε τους ασθενείς	9	9
Σύνολο	100	100

17. ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 58% απάντησαν σ'έναν συνάδελφο(νοσηλεύτη), το 28% απάντησαν στον οικογενειακό τους γιατρό, το 12% απάντησαν στον παθολόγο και μόλις το 2% απάντησαν στο φαρμακοποιό (Πίνακας 17α, Γράφημα 17α).

Γράφημα 17α



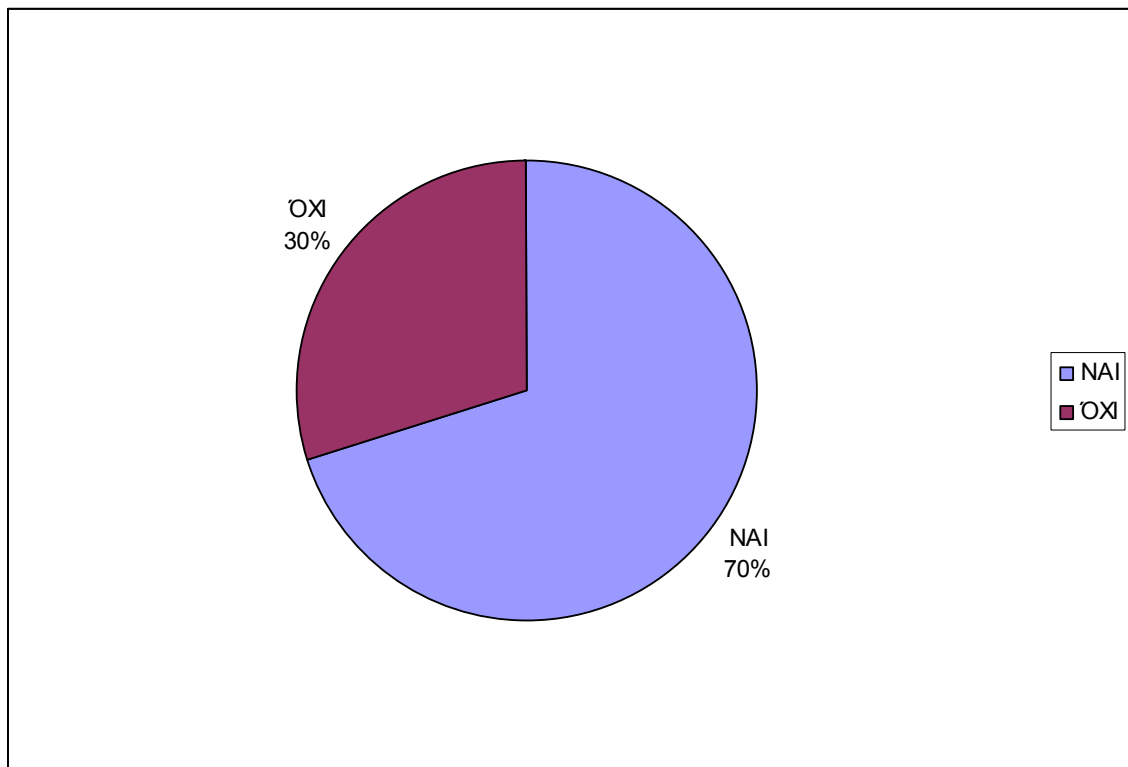
Πίνακας 17α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Σ'έναν συνάδελφο (νοσηλεύτη)	58	58
Στον οικογενειακό σας γιατρό	28	28
Στον παθολόγο	12	12
Στο φαρμακοποιό	2	2
Σύνολο	100	100

18. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ 1)ΤΕΤΑΝΟ , 2)ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑ , 3)ΚΟΚΚΥΤΗ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 70% απάντησαν ναι και το 30% απάντησαν όχι (Πίνακας 18α, Γράφημα 18α).

Γράφημα 18α



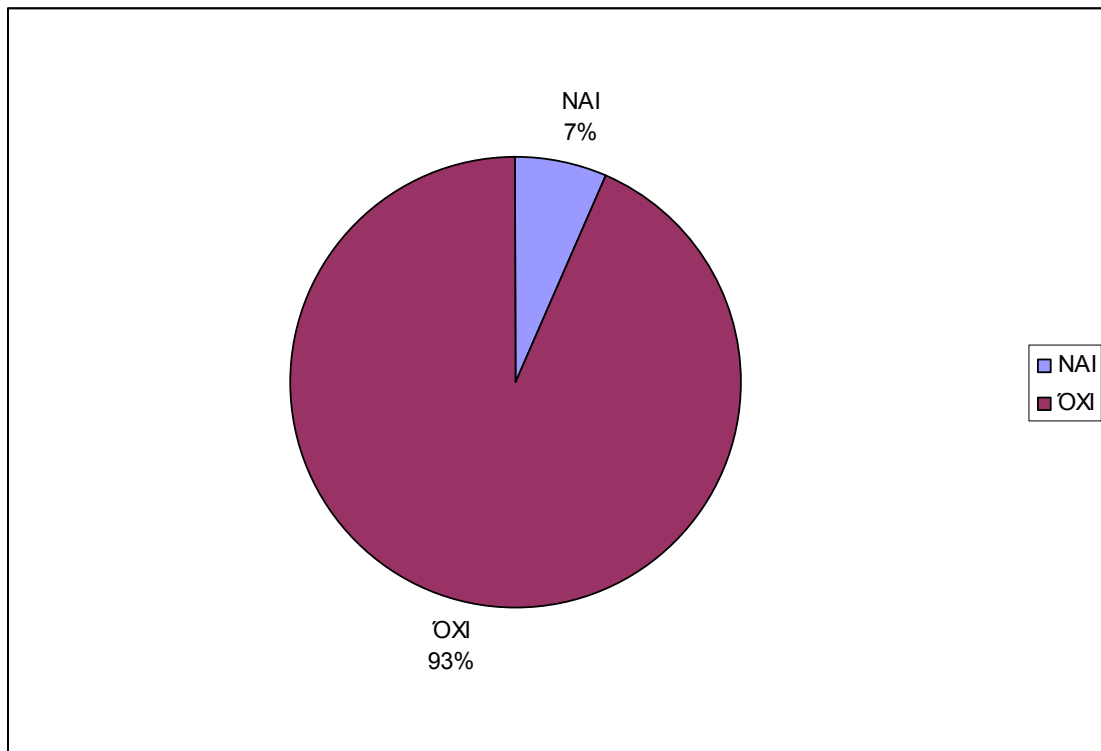
Πίνακας 18α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	70	70
ΟΧΙ	30	30
Σύνολο	100	100

19. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Από τους 30 ερωτηθέντες που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 7% απάντησαν ναι και το 93% απάντησαν όχι (Πίνακας 19α, Γράφημα 19α).

Γράφημα 19α



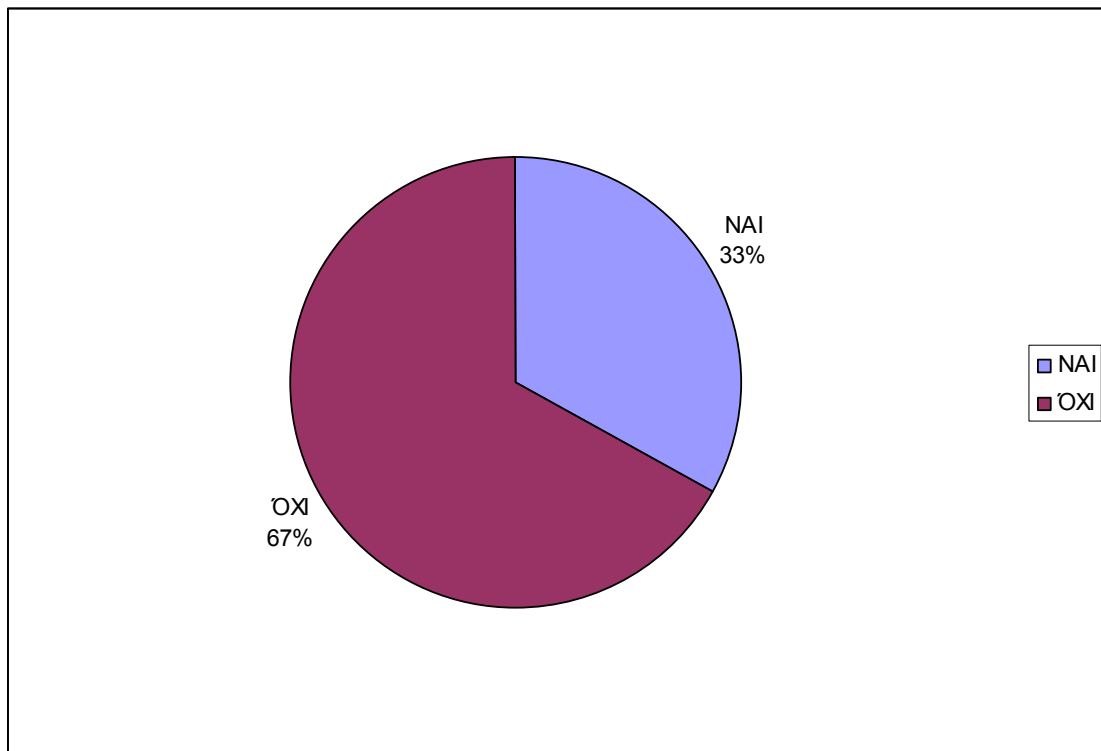
Πίνακας 19α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	2	7
ΟΧΙ	28	93
Σύνολο	30	100

20. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 33% απάντησαν ναι και το 67% απάντησαν όχι (Πίνακας 20α, Γράφημα 20α).

Γράφημα 20α



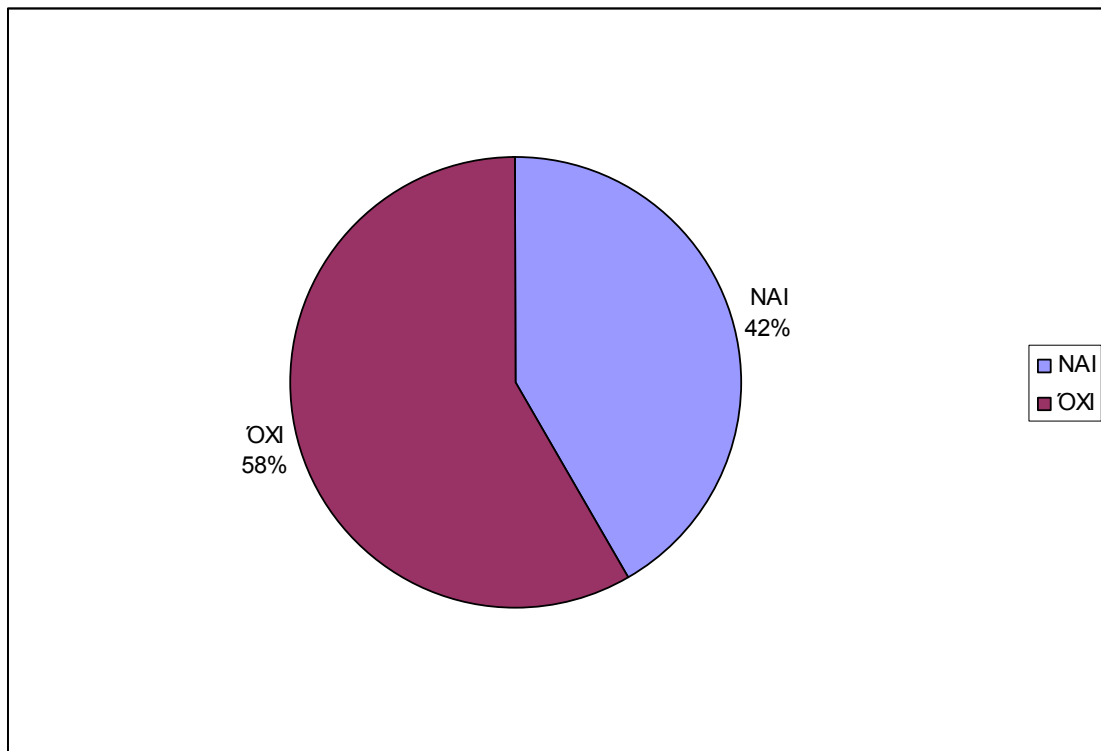
Πίνακας 20α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	33	33
ΌΧΙ	67	67
Σύνολο	100	100

21. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 67 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 42% απάντησαν ναι και το 58% απάντησαν όχι (Πίνακας 21α, Γράφημα 21α).

Γράφημα 21α



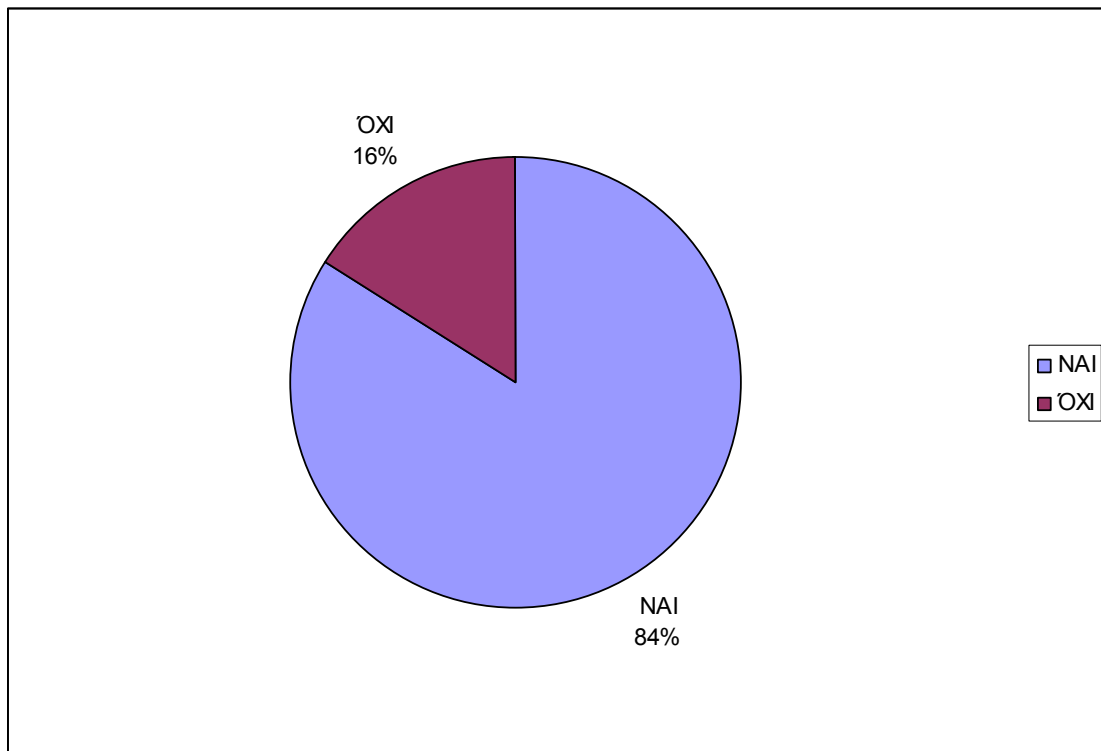
Πίνακας 21α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	28	42
ΌΧΙ	39	58
Σύνολο	67	100

22. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Από τους 100 ερωτηθέντες το 84% απάντησαν ναι και το 16% απάντησαν όχι (Πίνακας 22α, Γράφημα 22α).

Γράφημα 22α



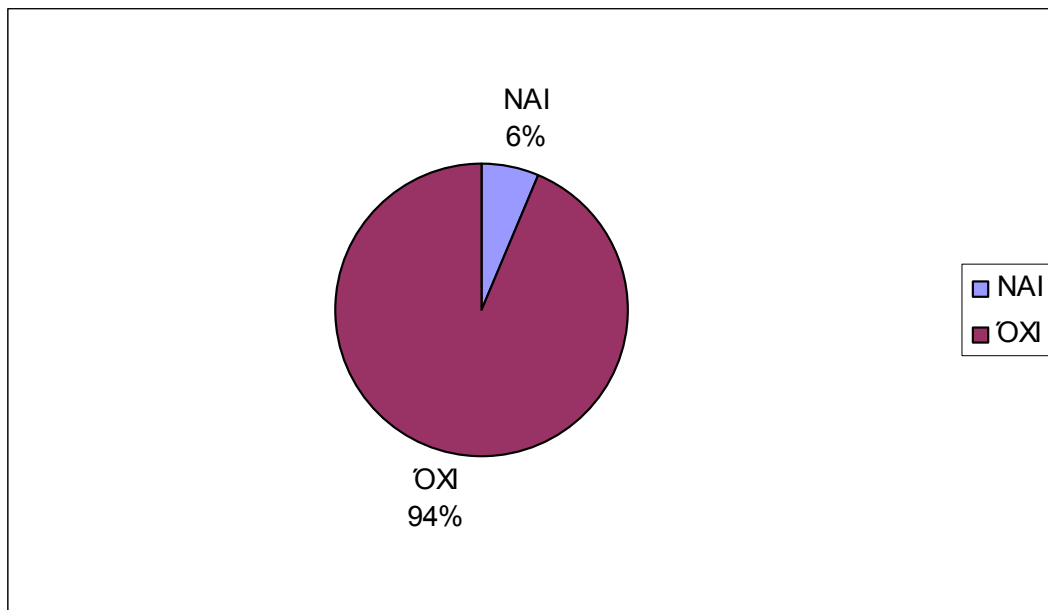
Πίνακας 22α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	84	84
ΌΧΙ	16	16
Σύνολο	100	100

23. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 16 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 6% απάντησε ναι και το 94% απάντησαν όχι (Πίνακας 23α, Γράφημα 23α).

Γράφημα 23α



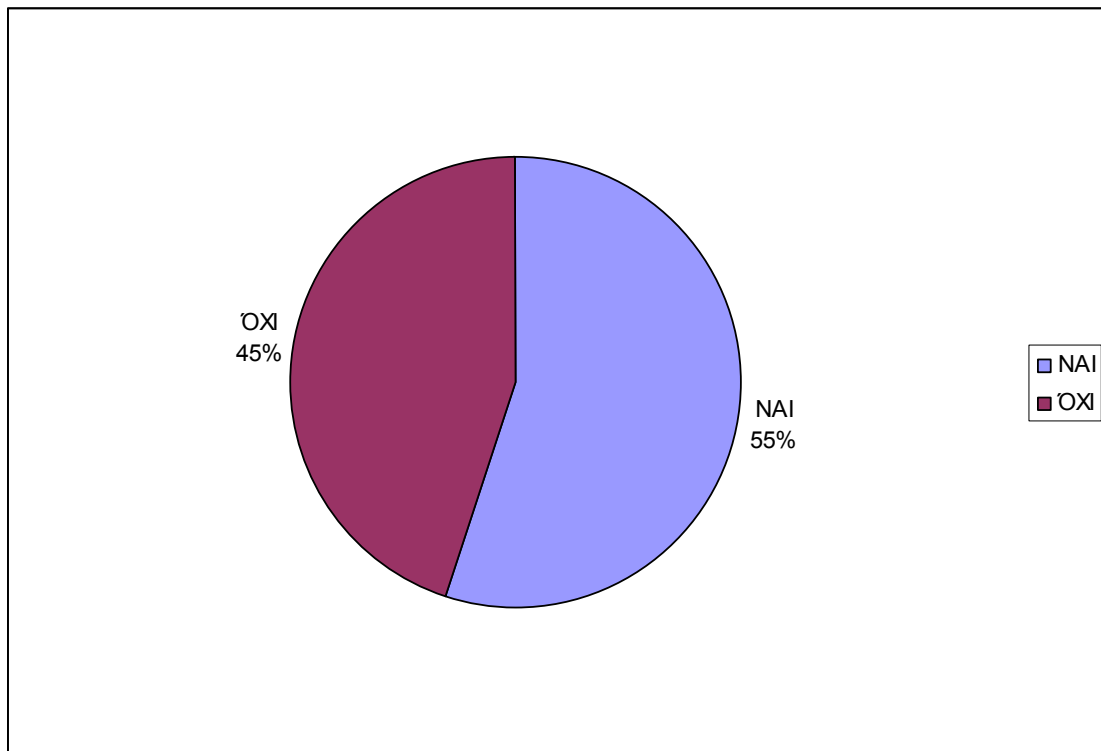
Πίνακας 23α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	1	6
ΟΧΙ	15	94
Σύνολο	16	100

24. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΙΛΑΡΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 55% απάντησαν ναι και το 45% απάντησαν όχι (Πίνακας 24α, Γράφημα 24α).

Γράφημα 24α



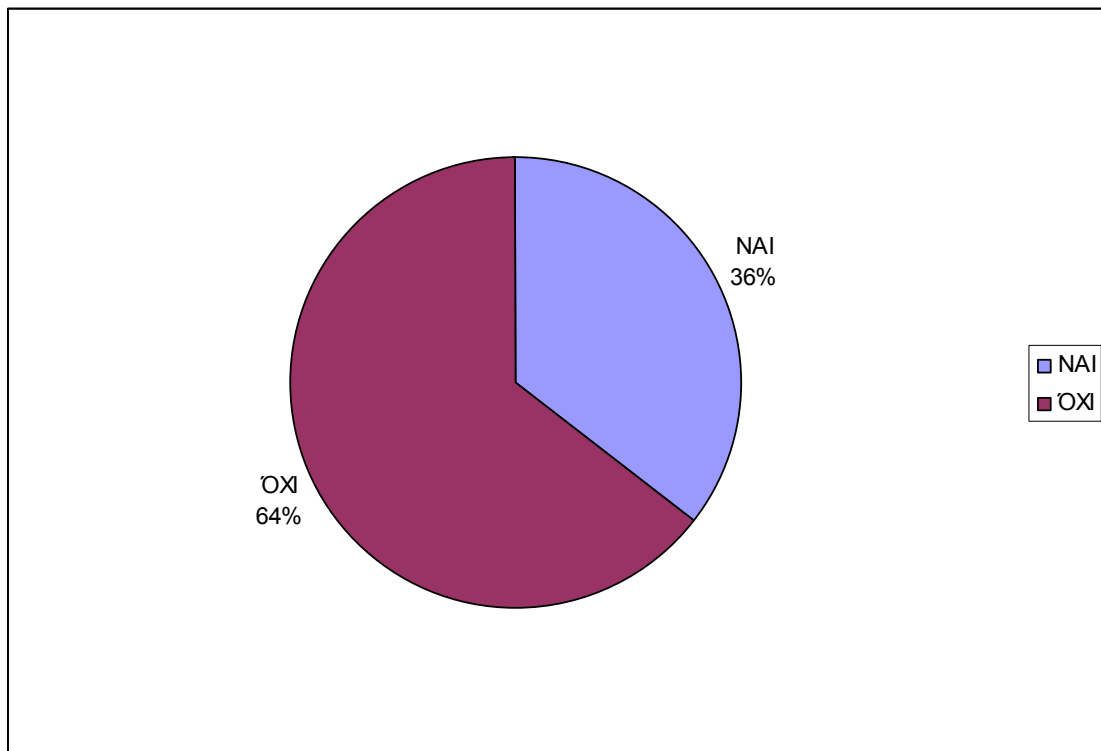
Πίνακας 24α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	55	55
ΌΧΙ	45	45
Σύνολο	100	100

25. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 45 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 36% απάντησαν ναι και το 64% απάντησαν όχι (Πίνακας 25α, Γράφημα 25α).

Γράφημα 25α



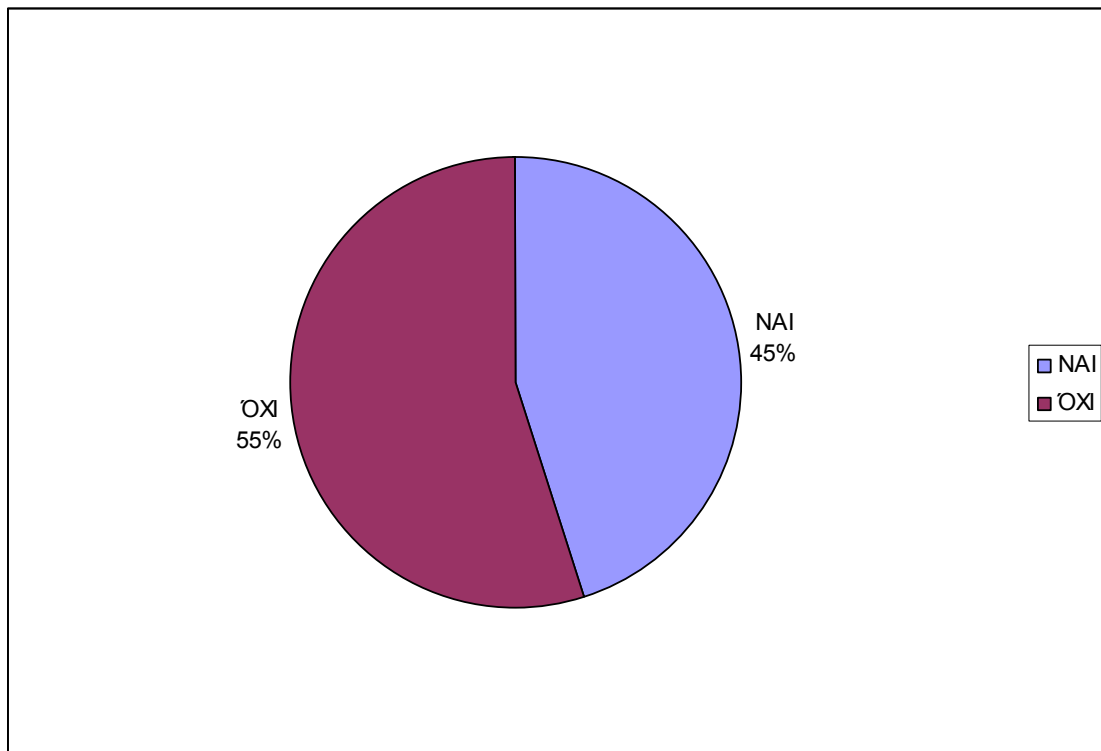
Πίνακας 25α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	16	36
ΌΧΙ	29	64
Σύνολο	45	100

26. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΕΡΥΘΡΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 45% απάντησαν ναι και το 55% απάντησαν όχι (Πίνακας 26α, Γράφημα 26α).

Γράφημα 26α



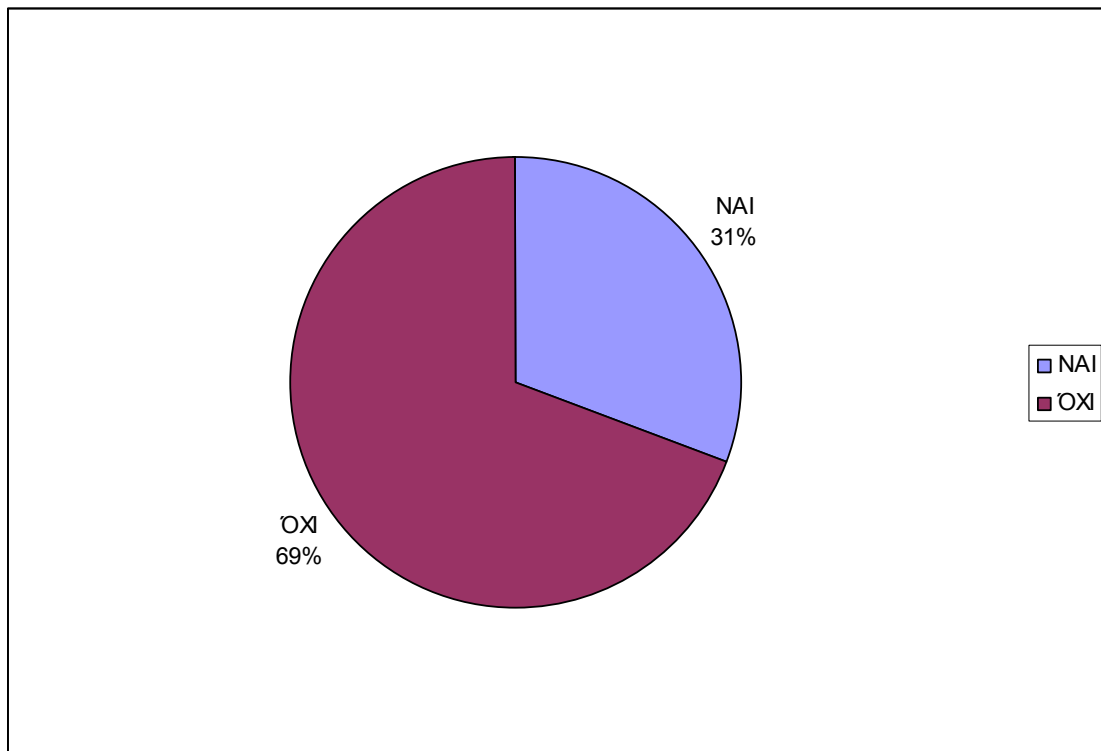
Πίνακας 26α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	45	45
ΌΧΙ	55	55
Σύνολο	100	100

27. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 55 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 31% απάντησαν ναι και το 69% απάντησαν όχι (Πίνακας 27α, Γράφημα 27α).

Γράφημα 27α



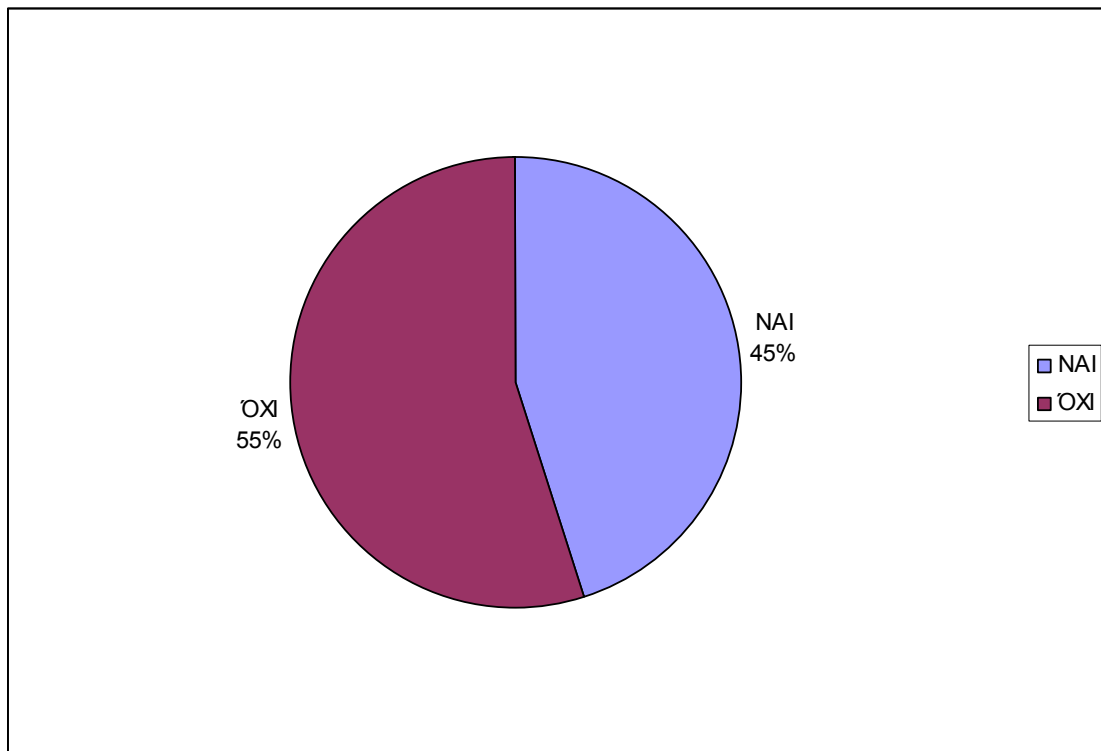
Πίνακας 27α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	17	31
ΌΧΙ	38	69
Σύνολο	55	100

28. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 45% απάντησαν ναι και το 55% απάντησαν όχι (Πίνακας 28α, Γράφημα 28α).

Γράφημα 28α



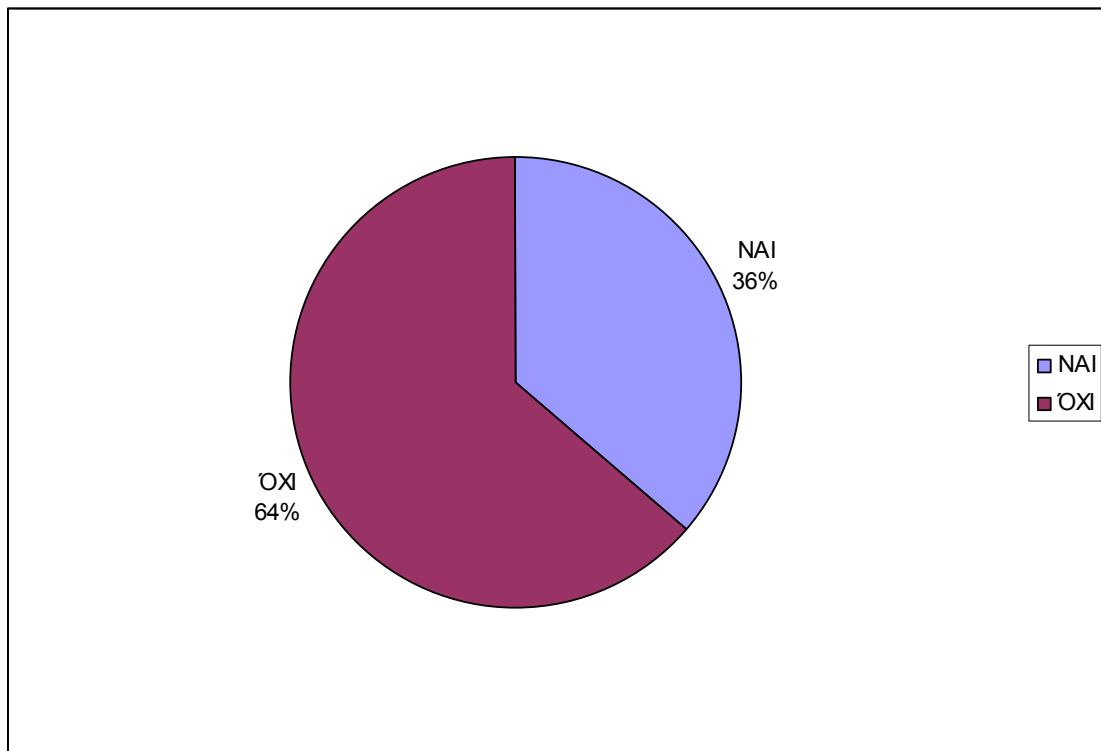
Πίνακας 28α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	45	45
ΌΧΙ	55	55
Σύνολο	100	100

29. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 55 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 36% απάντησαν ναι και το 64% απάντησαν όχι (Πίνακας 29α, Γράφημα 29α).

Γράφημα 29α



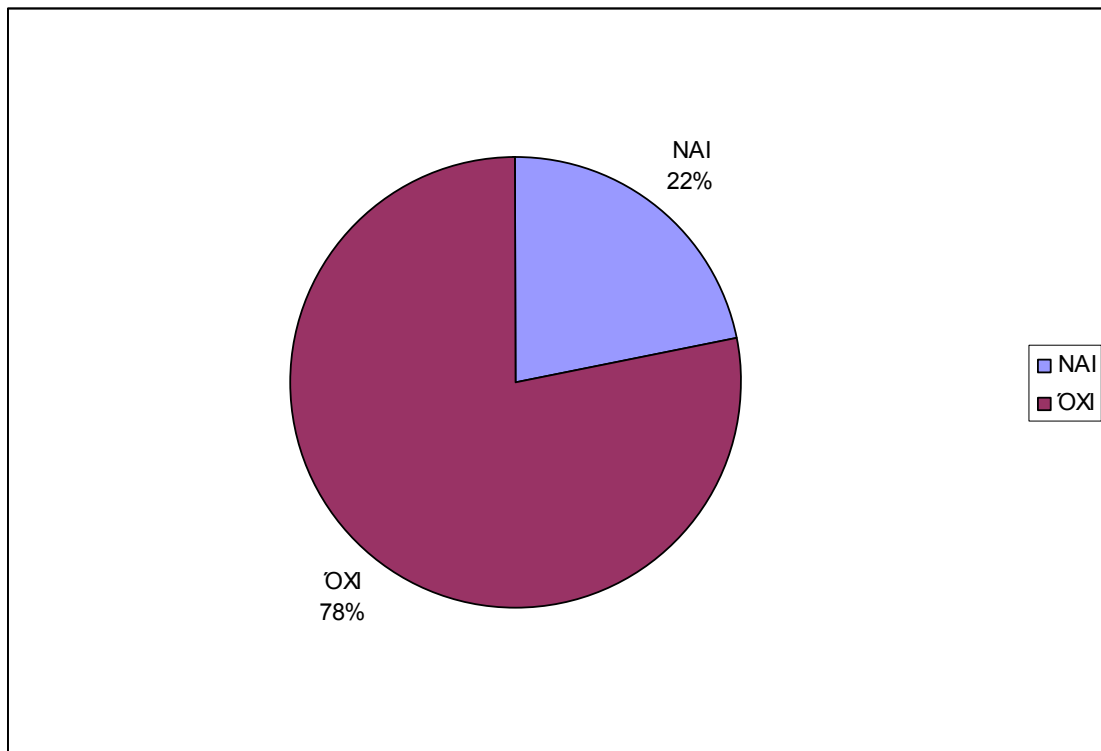
Πίνακας 29α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	20	36
ΌΧΙ	35	64
Σύνολο	55	100

30. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 22% απάντησαν ναι και το 78% απάντησαν όχι (Πίνακας 30α, Γράφημα 30α).

Γράφημα 30α



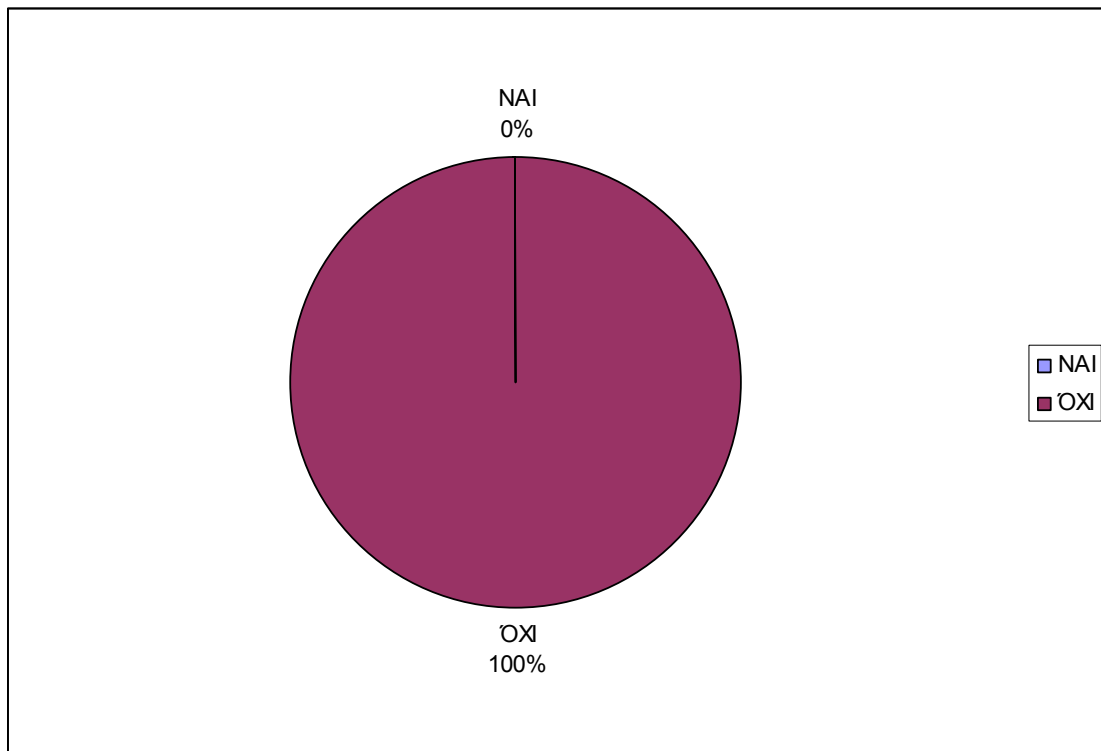
Πίνακας 30α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	22	22
ΌΧΙ	78	78
Σύνολο	100	100

31. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 78 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 100% απάντησε ότι δεν είχε ιστορικό νόσησης (Πίνακας 31α, Γράφημα 31α).

Γράφημα 31α



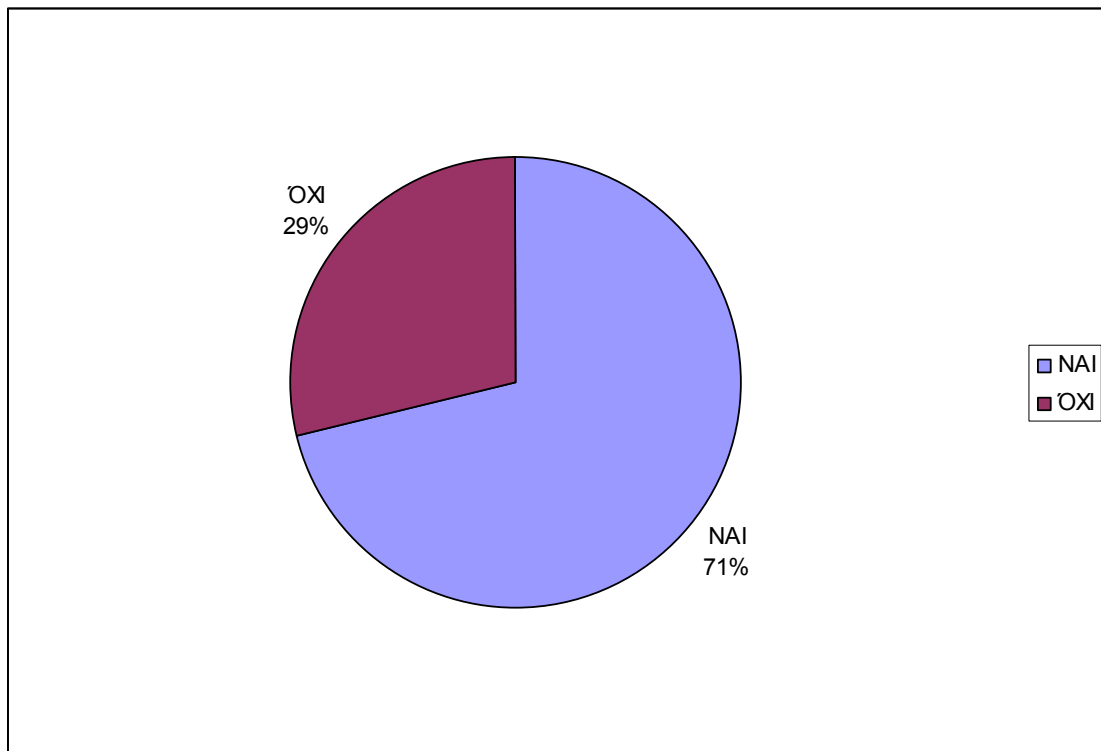
Πίνακας 31α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	0	0
ΟΧΙ	78	100
Σύνολο	78	100

32. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 71% απάντησαν ναι και το 29% απάντησαν όχι (Πίνακας 32α, Γράφημα 32α).

Γράφημα 32α



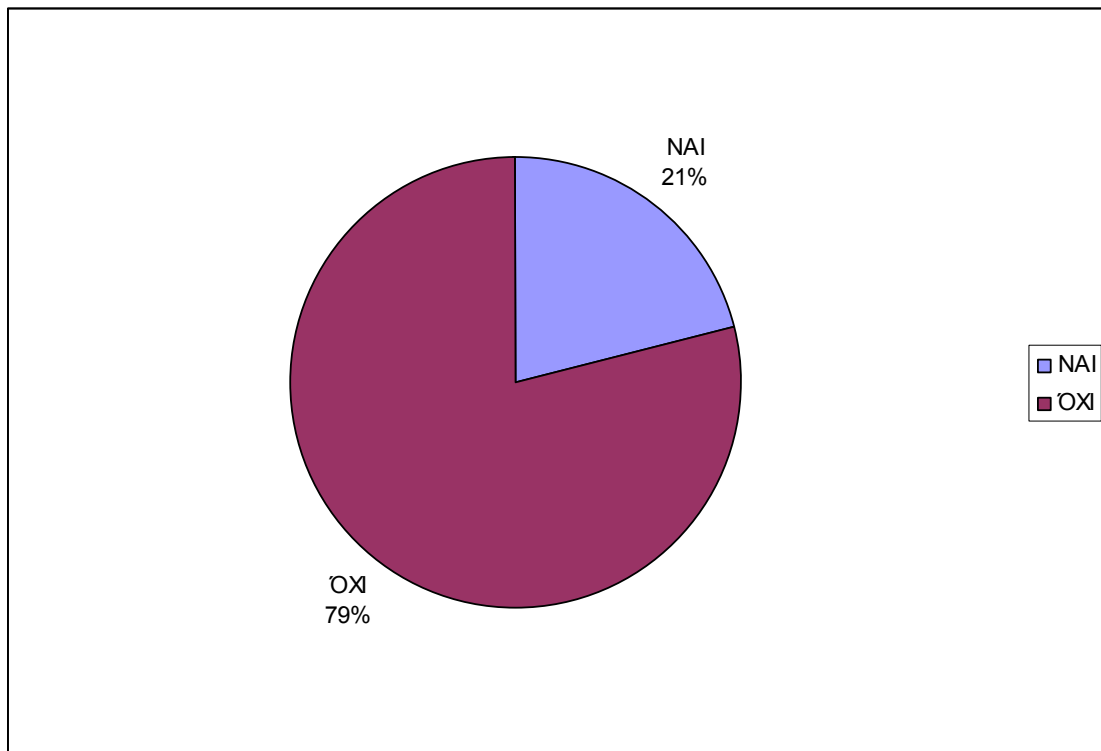
Πίνακας 32α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	71	71
ΌΧΙ	29	29
Σύνολο	100	100

33. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΘΕΤΙΚΗ ΜΑΝΤΟΥΧ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 21% απάντησαν ναι και το 79% απάντησαν όχι (Πίνακας 33α, Γράφημα 33α).

Γράφημα 33α



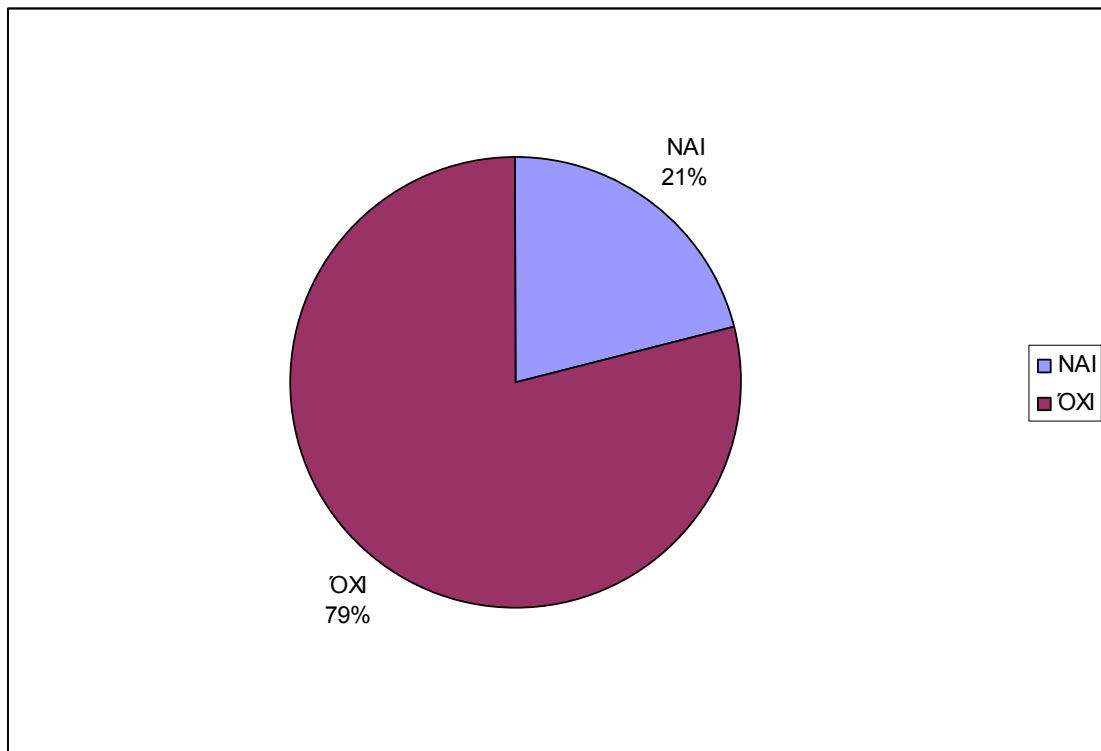
Πίνακας 33α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	21	21
ΌΧΙ	79	79
Σύνολο	100	100

34. ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 21% απάντησαν ναι και το 79% απάντησαν όχι (Πίνακας 34α, Γράφημα 34α).

Γράφημα 34α



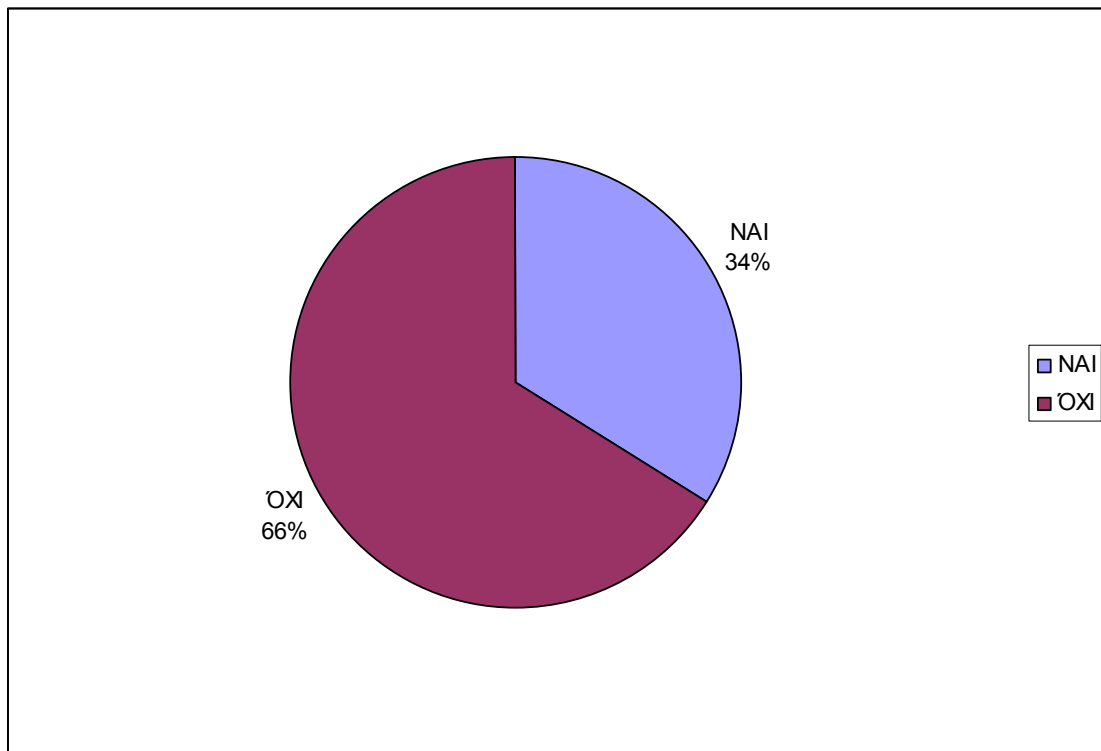
Πίνακας 34α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	21	21
ΌΧΙ	79	79
Σύνολο	100	100

35. ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 34% απάντησαν ναι και το 66% απάντησαν όχι (Πίνακας 35α, Γράφημα 35α).

Γράφημα 35α



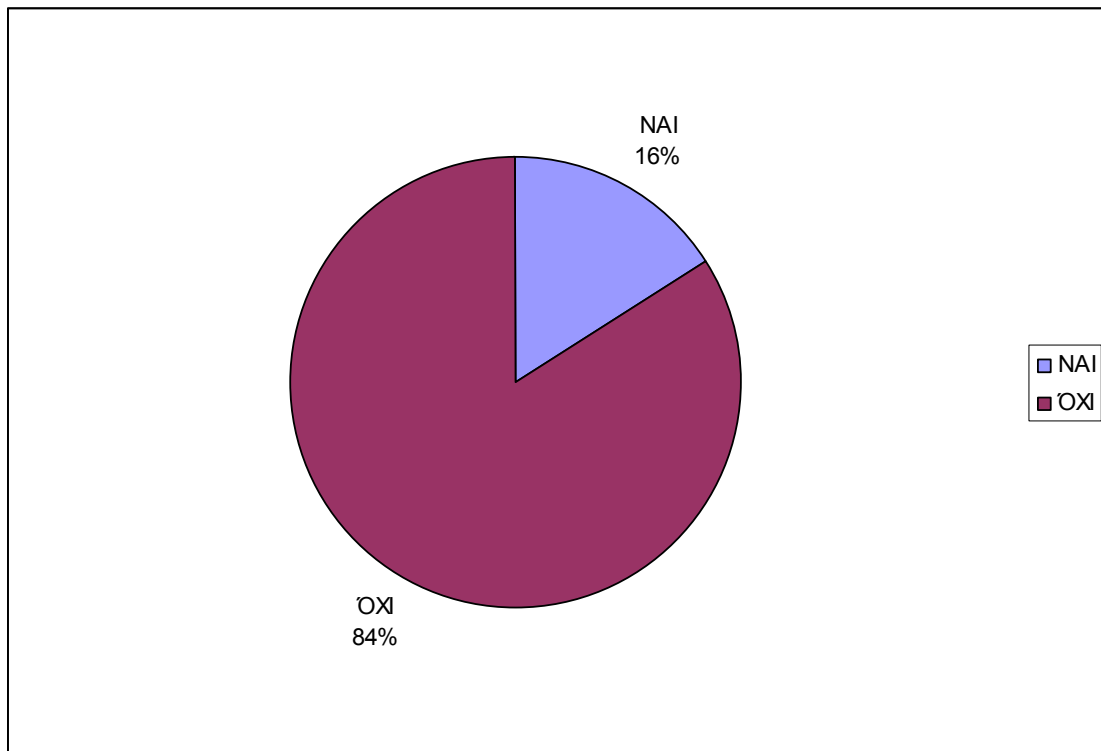
Πίνακας 35α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	34	34
ΌΧΙ	66	66
Σύνολο	100	100

36. ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ (ΑΥΓΑ, ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ-ΝΕΟΜΥΚΙΝΗ, ΑΛΛΟ ΦΑΡΜΑΚΟ)

Από τους 100 ερωτηθέντες το 16% απάντησαν ναι και το 84% απάντησαν όχι (Πίνακας 36α, Γράφημα 36α).

Γράφημα 36α



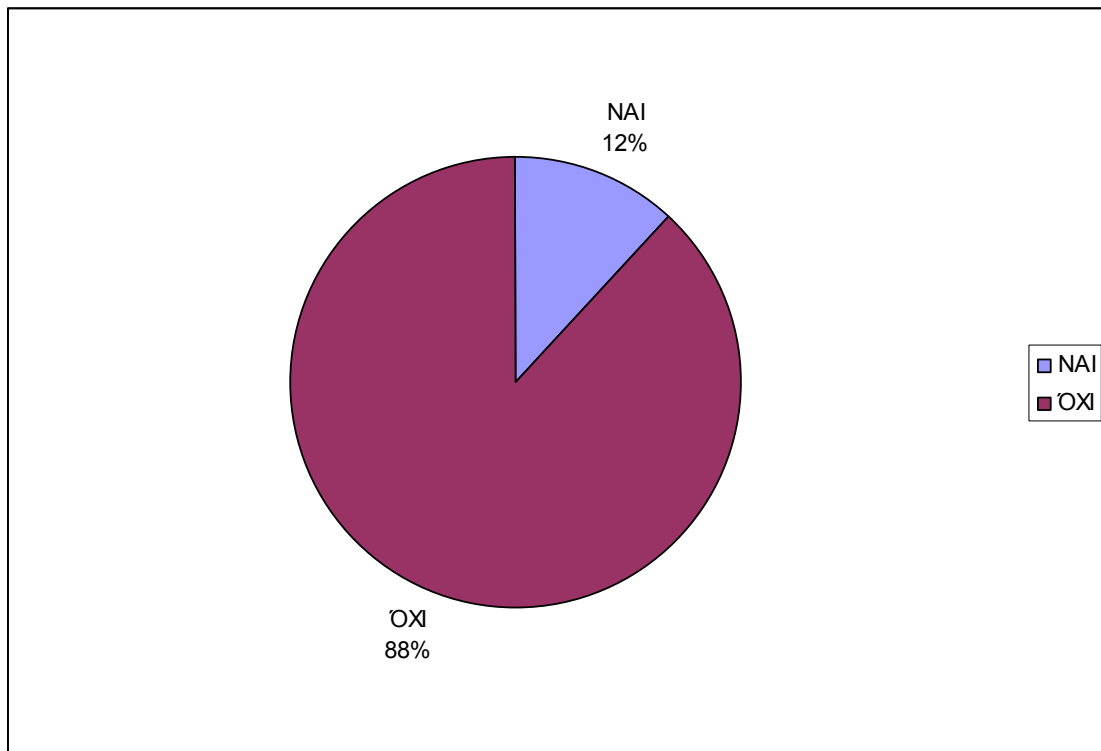
Πίνακας 36α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	16	16
ΌΧΙ	84	84
Σύνολο	100	100

37. ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΣΕΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΠΡΟΣΦΑΤΑ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 12% απάντησαν ναι και το 88% απάντησαν όχι (Πίνακας 37α, Γράφημα 37α).

Γράφημα 37α



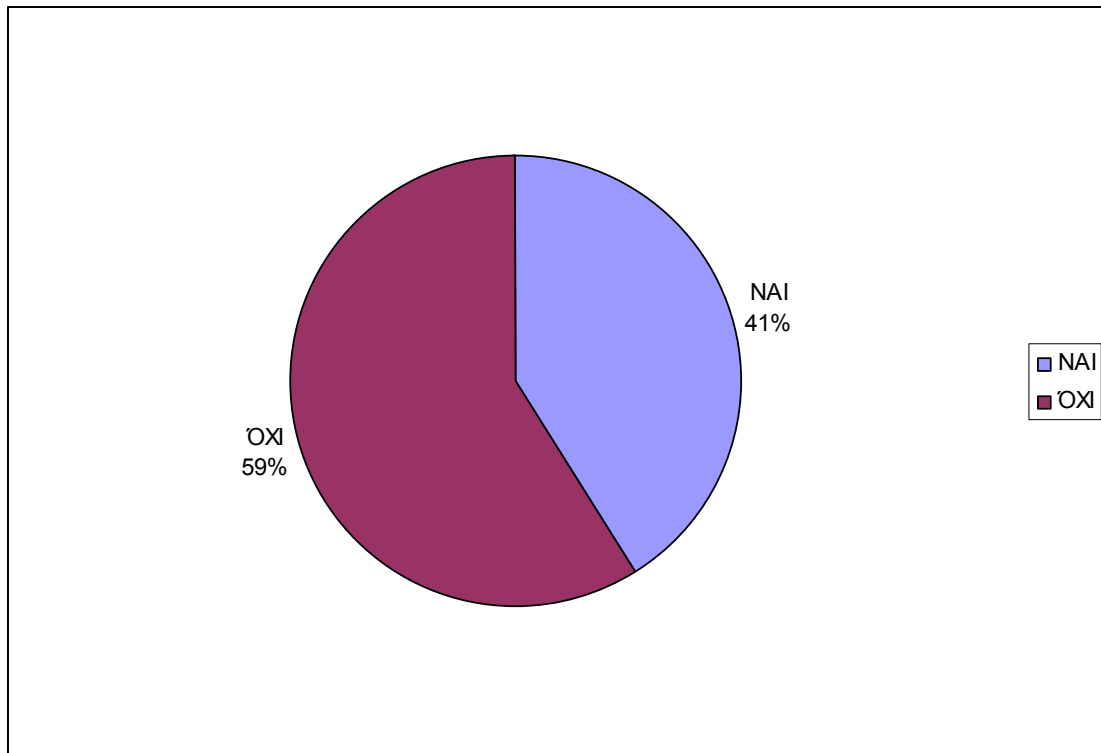
Πίνακας 37α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	12	12
ΌΧΙ	88	88
Σύνολο	100	100

38. ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ Π.Χ ΤΡΥΠΗΘΗΚΑΤΕ ΜΕ ΒΕΛΟΝΑ Η ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΔΙΧΜΗΡΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΩΣΤΕ ΝΑ ΚΙΝΔΥΝΕΥΤΕ) ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ

Από τους 100 ερωτηθέντες το 41% απάντησαν ναι και το 59% απάντησαν όχι (Πίνακας 38α, Γράφημα 38α).

Γράφημα 38α



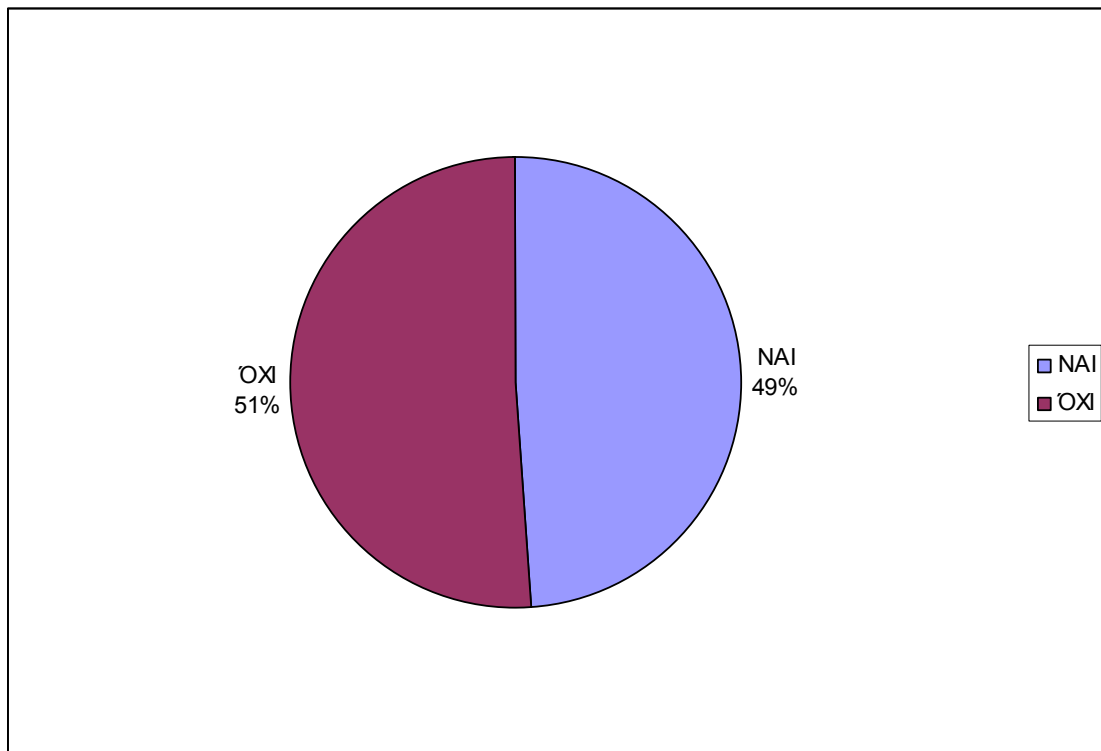
Πίνακας 38α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	41	41
ΌΧΙ	59	59
Σύνολο	100	100

39. ΑΝ ΝΑΙ ΤΟ ΔΗΛΩΣΑΤΕ

Από τους 41 που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση το 49% απάντησαν ναι και το 51% απάντησαν όχι (Πίνακας 39α, Γράφημα 39α).

Γράφημα 39α



Πίνακας 39α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	20	49
ΌΧΙ	21	51
Σύνολο	41	100

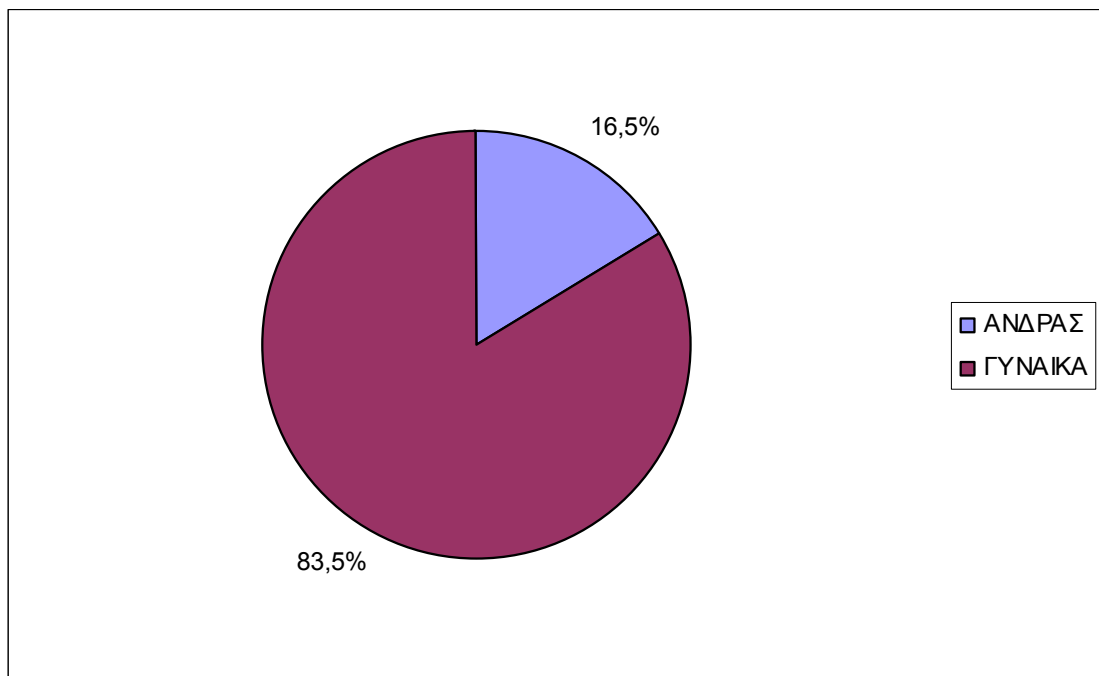
3.ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΥΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ

1. ΦΥΛΟ

Από τους 200 συμμετέχοντες, το 83,5% ήταν γυναίκες και το 16,5% ήταν άνδρες (Πίνακας 1β, Γράφημα 1β).

Γράφημα 1β



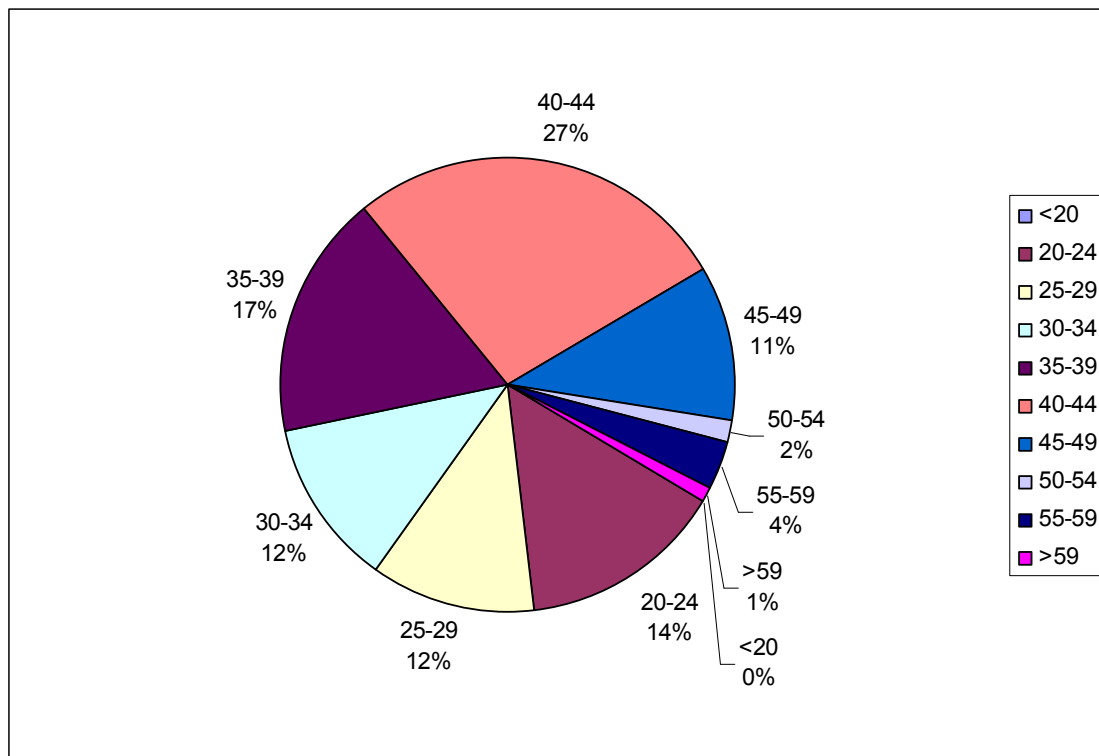
Πίνακας 1β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Γυναίκες	167	83,5
Ανδρες	33	16,5
Σύνολο	200	100,0

2.ΗΛΙΚΙΑ

Το μεγαλύτερο ποσοστό δείγματος ανάλογα με την ηλικία των ατόμων που μελετήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν 27,5% άτομα ηλικίας 40-44,17,5% άτομα ηλικίας 35-39,14,5% άτομα ηλικίας 20-24,12% άτομα ηλικίας 30-34 ετών και με μικρότερα ποσοστά άτομα άλλων ηλικιών όπως φαίνεται στον πίνακα (**Πίνακας 2β, Γράφημα 2β**).

Γράφημα 2β



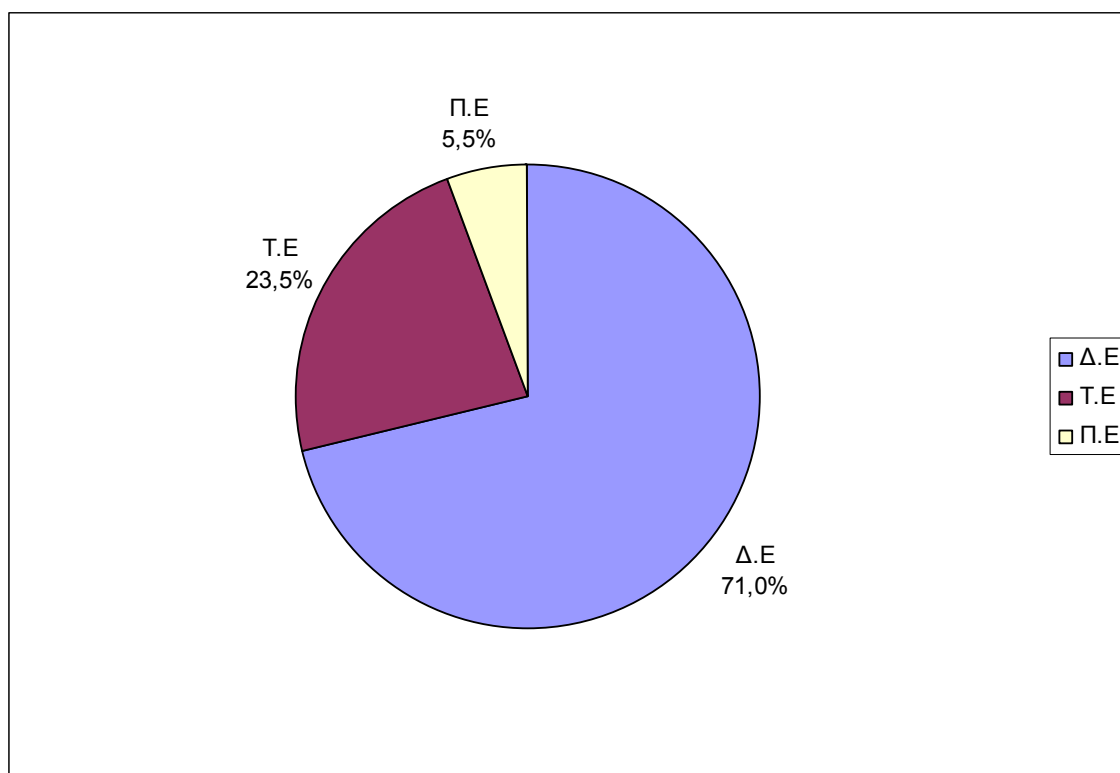
Πίνακας 2β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
<20	0	0
20-24	29	14,5
25-29	23	11,5
30-34	24	12,0
35-39	35	17,5
40-44	55	27,5
45-49	22	11,0
50-54	3	1,5
55-59	7	3,5
>59	2	1
Σύνολο	200	100,0

3. ΜΟΡΦΩΣΗ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 71% ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης, 23,5% ήταν διετούς εκπαίδευσης και το 5,5% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Πίνακας 3β, Γράφημα 3β).

Γράφημα 3β



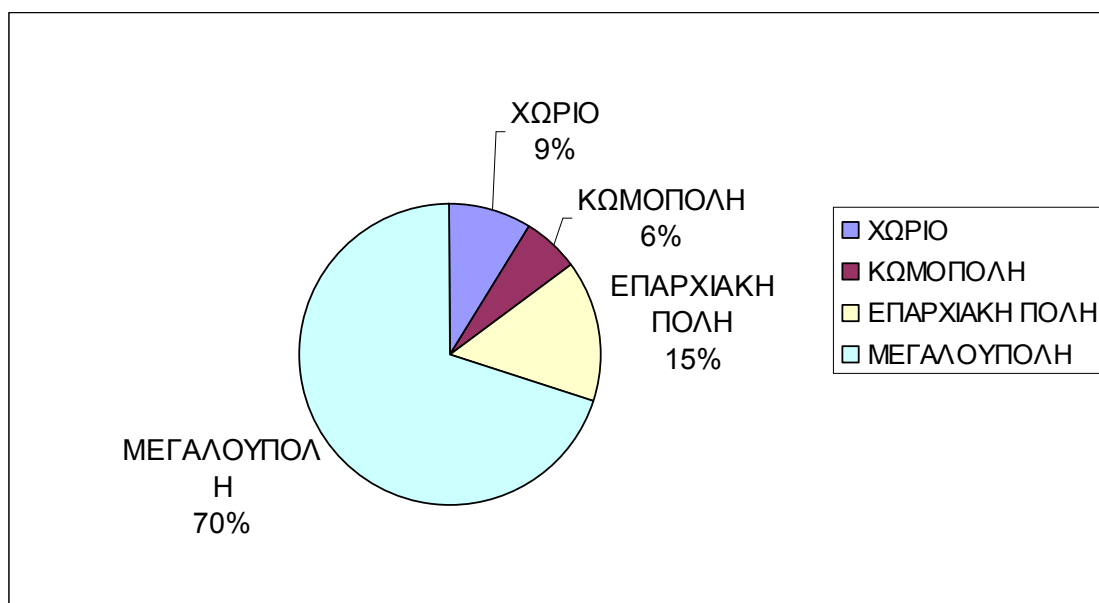
Πίνακας 3β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Τεχνολογικής εκπαίδευσης (Τ.Ε)	142	71,0
Διετούς εκπαίδευσης (Δ.Ε)	47	23,5
Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης(Π.Ε)	11	5,5
Σύνολο	200	100,0

4. ΔΙΑΜΟΝΗ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 70% απάντησαν ότι διέμεναν σε μεγαλούπολη, το 15% απάντησαν ότι διέμεναν σε επαρχιακή πόλη, το 9% διέμεναν σε χωριό και το 6% διέμεναν σε κωμόπολη (Πίνακας 4β, Γράφημα 4β).

Γράφημα 4β



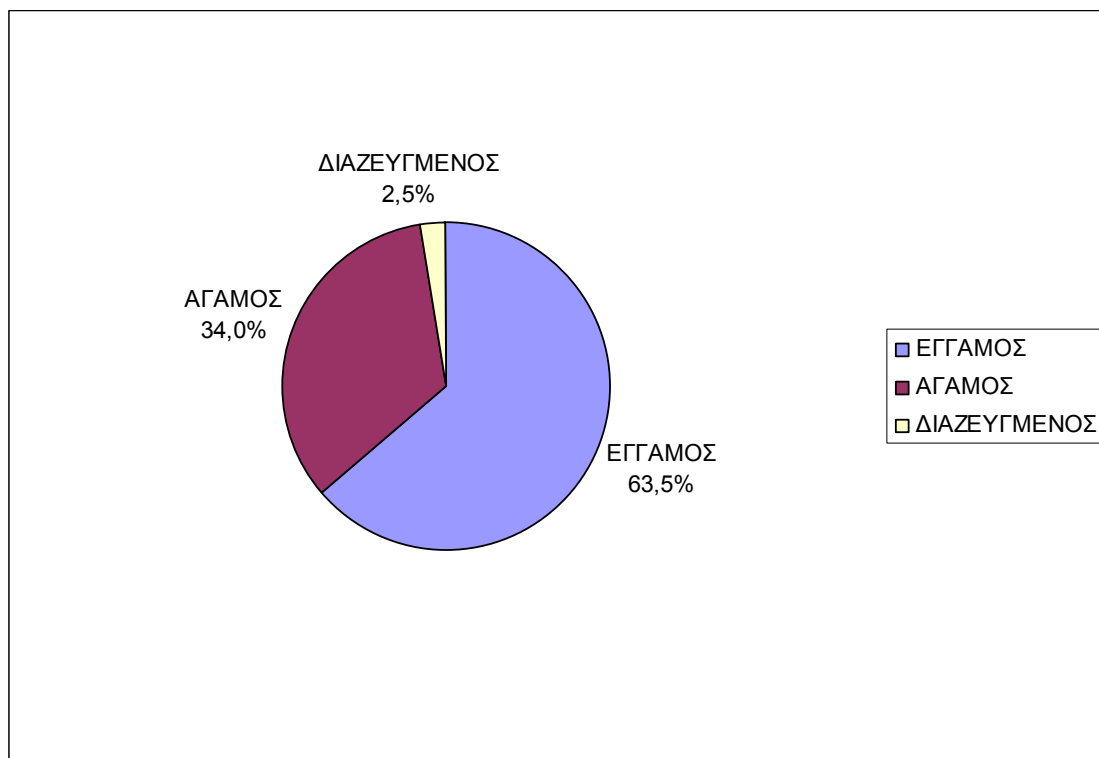
Πίνακας 4β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Μεγαλούπολη	140	70
Επαρχιακή πόλη	30	15
Χωριό	18	9
Κωμόπολη	12	6
Σύνολο	200	100

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Από τους 200 ερωτηθέντες ΤΟ 63,5% απάντησαν ότι είναι έγγαμοι, το 34% απάντησαν ότι είναι άγαμοι και το 2,5% απάντησαν ότι είναι διαζευγμένοι (Πίνακας 5β, Γράφημα 5β).

Γράφημα 5β



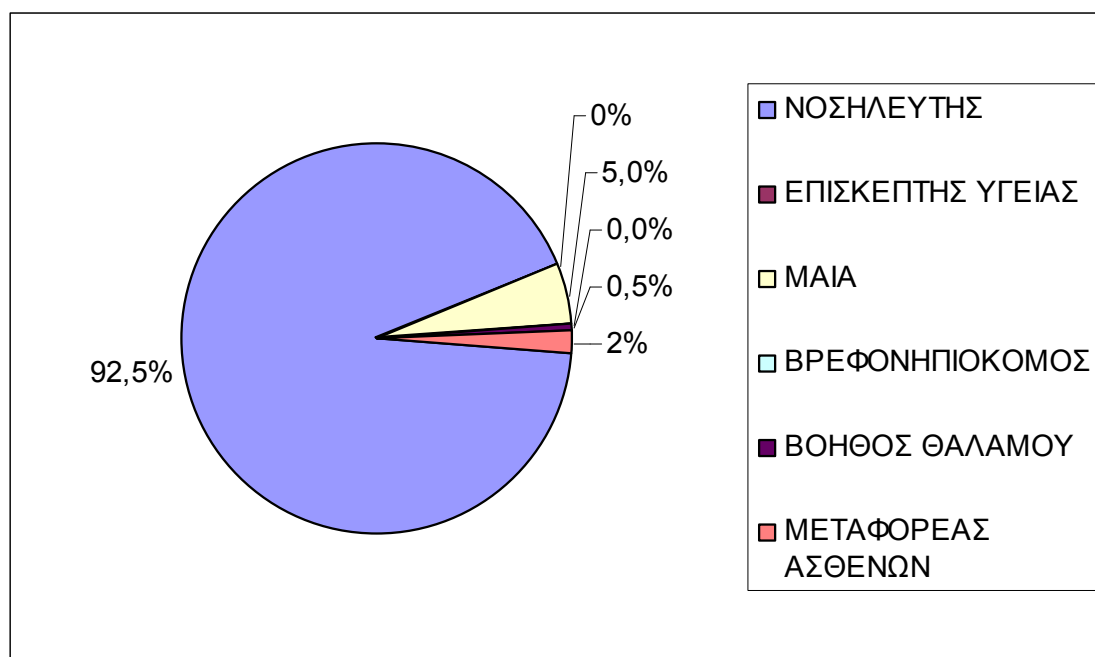
Πίνακας 5α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Έγγαμος	127	63,5
Άγαμος	68	34,0
Διαζευγμένος	5	2,5
Σύνολο	200	100,0

6. ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Από τους 200 ερωτηθέντες απάντησαν ότι ήταν το 92,5% νοσηλευτές, το 5% ήταν μαίες, το 2% απάντησαν ότι ήταν μεταφορείς ασθενών και το 0,5% απάντησε ότι ήταν βοηθός θαλάμου (Πίνακας 6β, Γράφημα 6β).

Γράφημα 6β



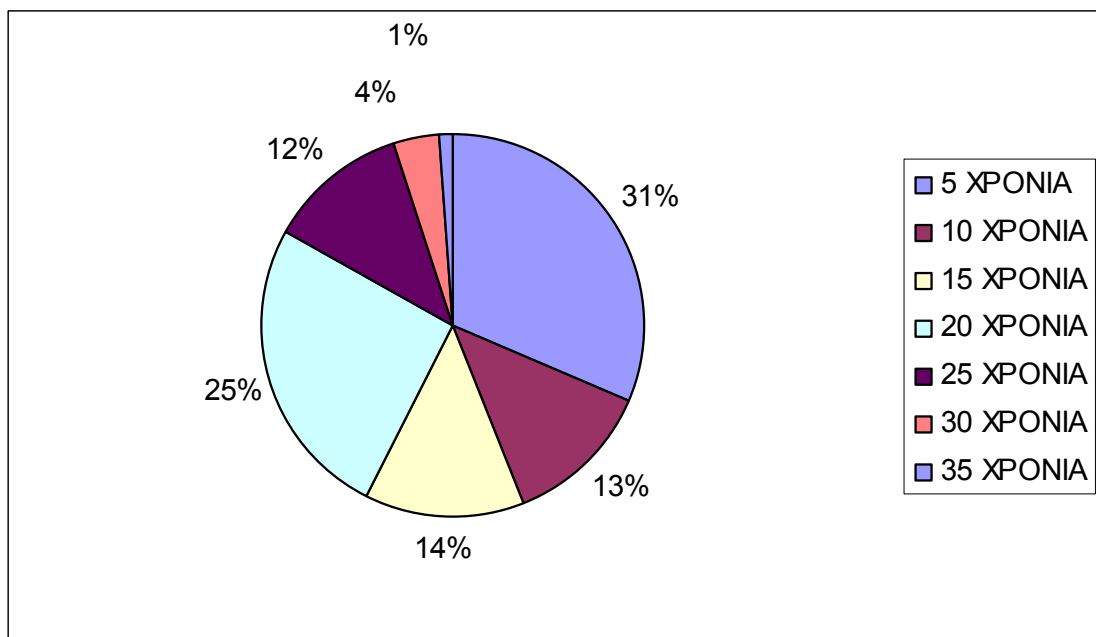
Πίνακας 6β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Νοσηλεύτης	185	92,2
Μαία	10	5,0
Βοηθός θαλάμου	1	0,5
Επισκέπτρια υγείας	0	0,0
Βρεφονηπιοκόμος	0	0,0
Μεταφορέας ασθενών	4	2,0
Σύνολο	200	100,0

7. ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΥΪΠΗΡΕΣΙΑΣ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 31,5% απάντησαν ότι έχουν 5 χρόνια, το 12,5% απάντησαν ότι έχουν 10 χρόνια, το 13,5% απάντησαν ότι έχουν 15 χρόνια, το 25,5% έχουν 20 χρόνια και ένα μικρότερο ποσοστό ατόμων με πάνω από 20 χρόνια προϋπηρεσίας όπως φαίνεται και στον πίνακα (Πίνακας 7β, Γράφημα 7β).

Γράφημα 7β



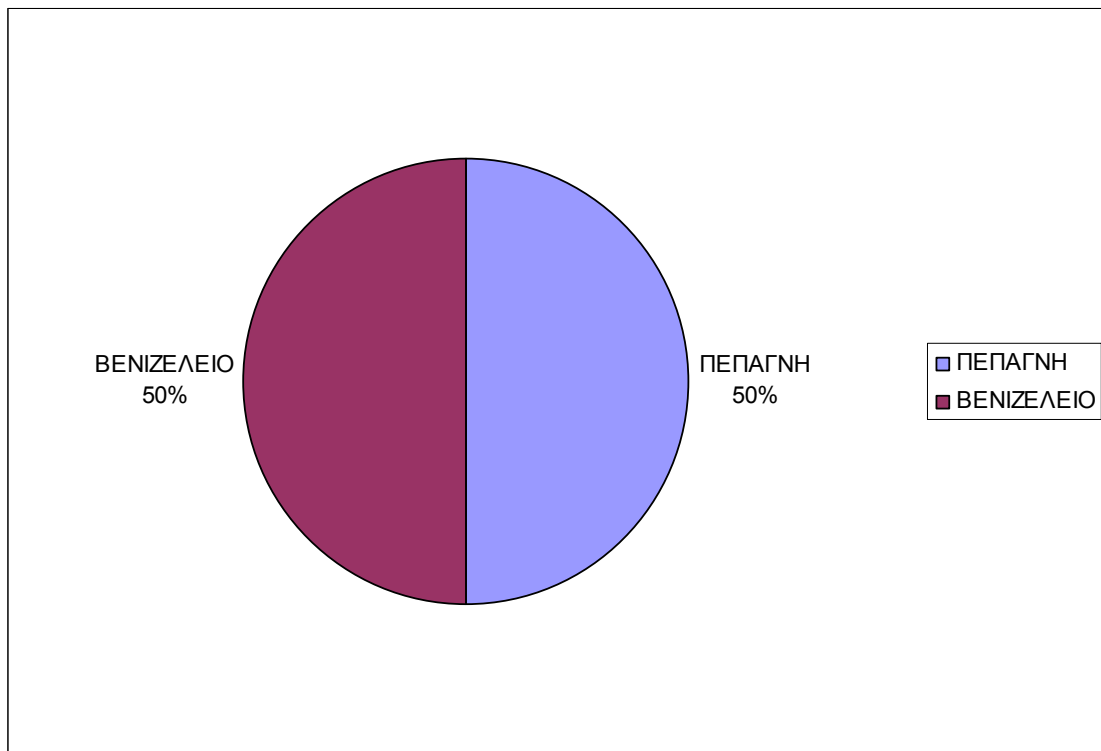
Πίνακας 7β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
5 χρόνια	63	31,5
10 χρόνια	25	12,5
15 χρόνια	27	13,5
20 χρόνια	51	25,5
25 χρόνια	24	12,0
30 χρόνια	8	4,0
35 χρόνια	2	1,0
Σύνολο	200	100,0

8. ΣΕ ΠΟΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ

Από τους 200 ερωτηθέντες που συμμετείχαν στην έρευνα το 50% εργαζόταν στο ΠΕΠΑΓΝΗ και το 50% στο ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ (Πίνακας 8β, Γράφημα 8β).

Γράφημα 8β



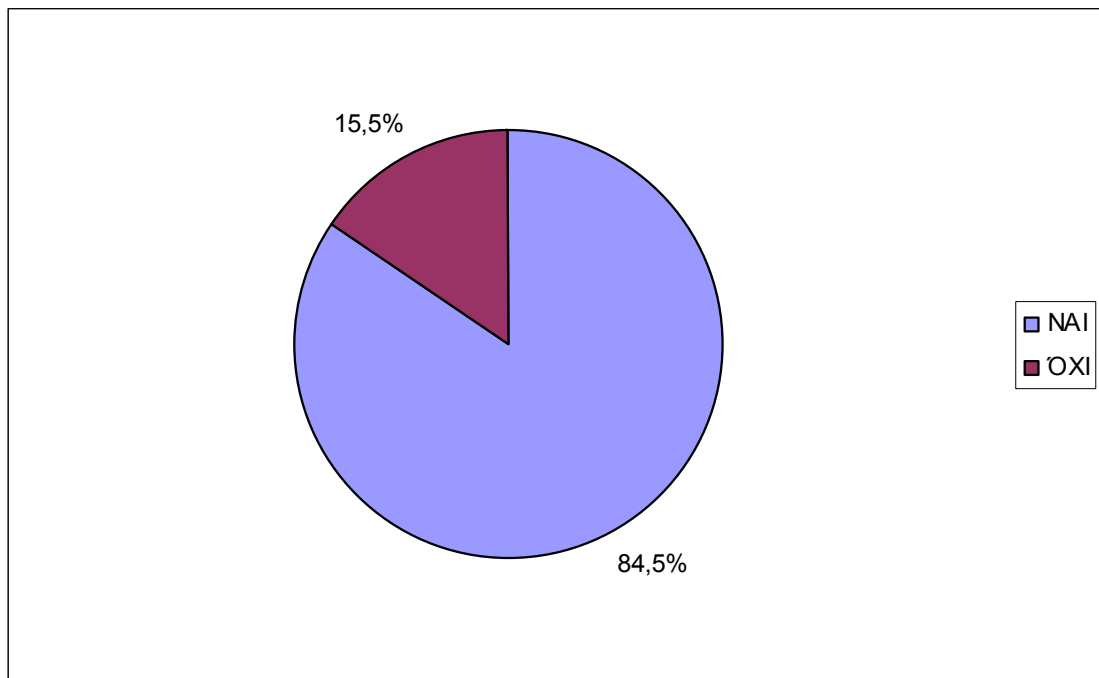
Πίνακας 8β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΠΕΠΑΓΝΗ	100	50
ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ	100	50
Σύνολο	200	100

9. ΈΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 84,5% απάντησαν ναι και το 15,5% απάντησαν όχι (Πίνακας 9β, Γράφημα 9β).

Γράφημα 9β



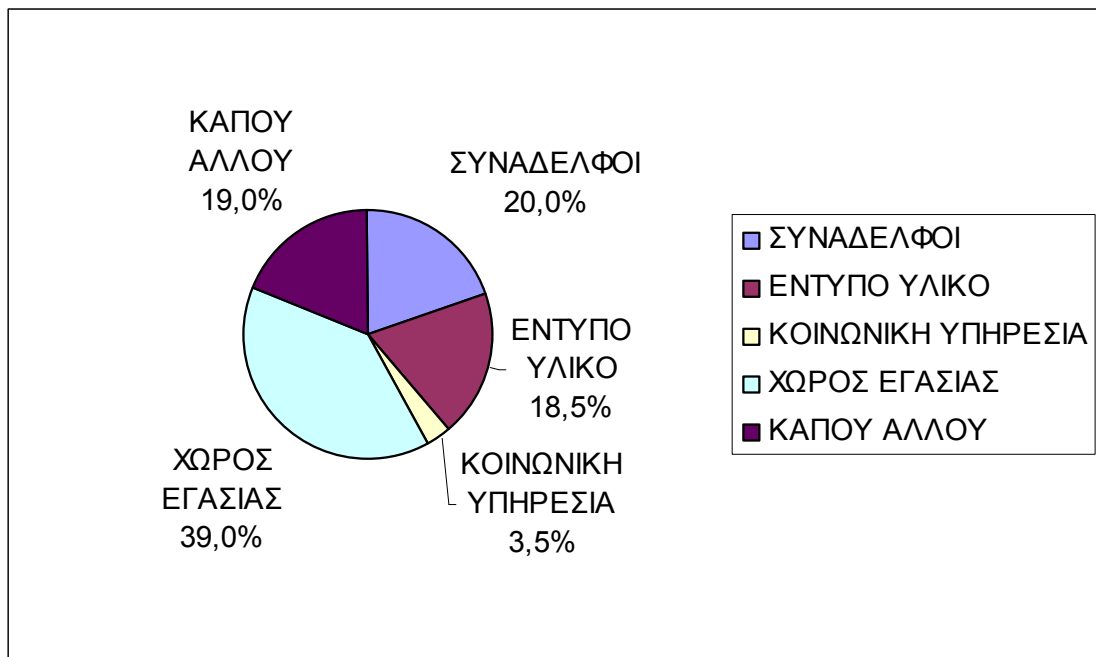
Πίνακας 9β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	169	84,5
ΟΧΙ	31	15,5
Σύνολο	200	100,0

10. ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 39% απάντησαν από το χώρο εργασίας, το 18,5% απάντησαν από έντυπο υλικό, το 20% από συναδέλφους, το 19% από κάπου αλλού και το 3,5% από την κοινωνική υπηρεσία (Πίνακας 10β, Γράφημα 10β).

Γράφημα 10β



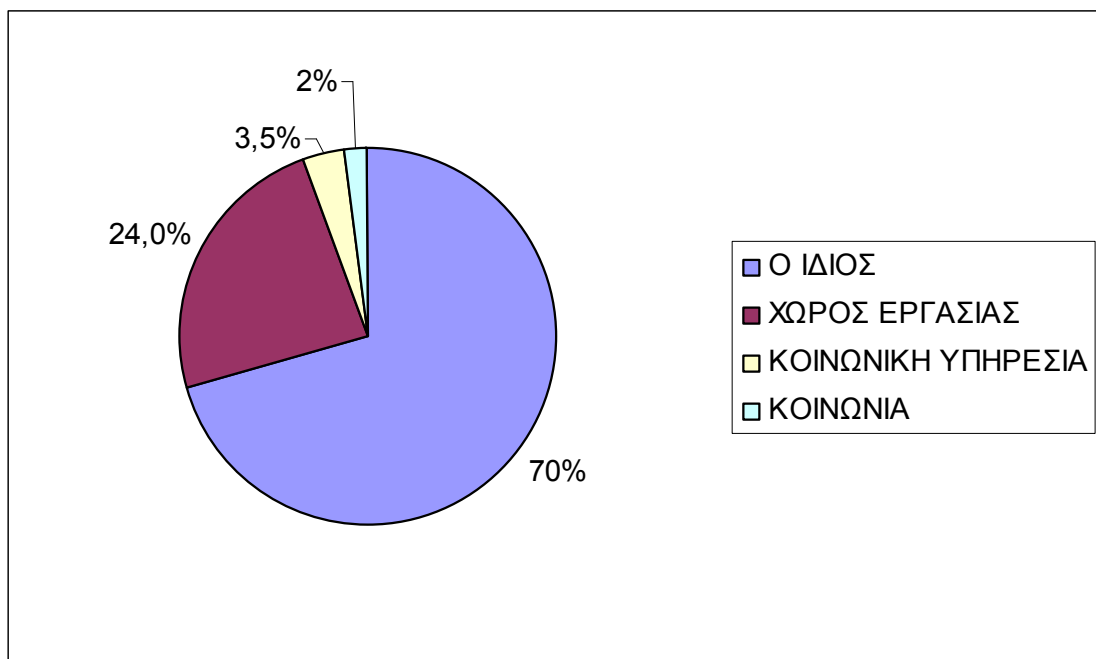
Πίνακας 10β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Από το χώρο εργασίας	78	39,0
Από έντυπο υλικό	37	18,5
Από συναδέλφους	40	20,0
Από κάπου αλλού	38	19,0
Από την κοινωνική υπηρεσία	7	3,5
Σύνολο	200	100,0

11. ΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΕΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΣΑΣ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 70,5% απάντησαν οι ίδιοι, το 24% απάντησαν από το χώρο εργασίας τους, το 3,5% απάντησαν από την κοινωνική υπηρεσία και το 2% απάντησαν από την κοινωνία (Πίνακας 11β, Γράφημα 11β).

Γράφημα 11β



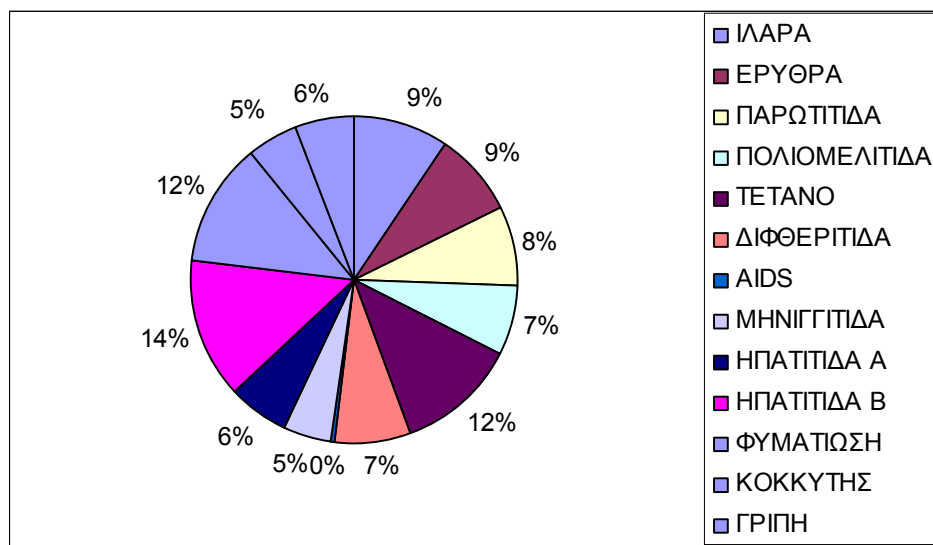
Πίνακας 11α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ο ίδιος	141	70,5
Ο χώρος εργασίας σας	48	24,0
Η κοινωνική υπηρεσία	7	3,5
Η κοινωνία	4	2,0
Σύνολο	200	100,0

12. ΠΟΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ

Οι απαντήσεις που λάβαμε στην συγκεκριμένη ερώτηση ήταν: 112 άτομα είχαν εμβολιαστεί για ιλαρά, 102 άτομα είχαν εμβολιαστεί για ερυθρά, 94 άτομα για παρωτίτιδα, 81 άτομα για πολιομυελίτιδα, 144 άτομα για τέτανο, 89 άτομα για διφθερίτιδα, 3 άτομα για AIDS, 57 άτομα για μηνιγγίτιδα, 74 άτομα για ηπατίτιδα Α, 168 άτομα για ηπατίτιδα Β, 147 άτομα για φυματίωση, 57 άτομα για κοκκύτη και 71 άτομα για γρίπη (Πίνακας 12β, Γράφημα 12β).

Γράφημα 12β



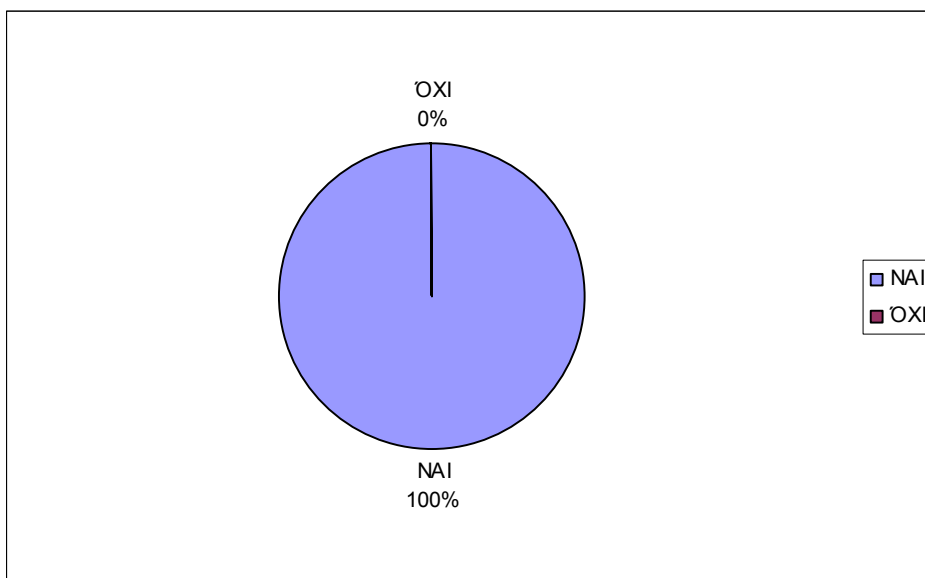
Πίνακας 12α

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ηπατίτιδα Β	168	14
Φυματίωση	147	12
Τέτανος	144	12
Ιλαρά	112	19
Ερυθρά	102	9
Παρωτίτιδα	94	8
Διφθερίτιδα	89	7
Ηπατίτιδα Α	74	6
Πολιομυελίτιδα	81	7
Γρίπη	71	6
Μηνιγγίτιδα	57	5
Κοκκύτης	58	5
AIDS	3	1

13. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Και οι 200 ερωτηθέντες απάντησαν ναι (Πίνακας 13β, Γράφημα 13β).

Γράφημα 13β



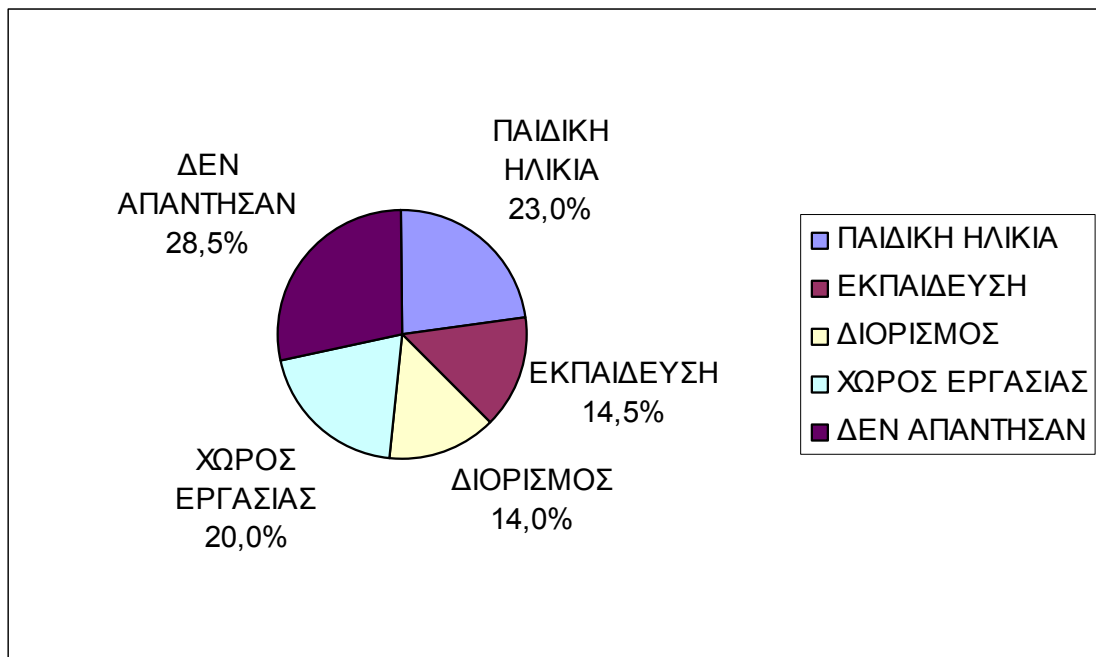
Πίνακας 13β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	200	100
ΟΧΙ	0	0
Σύνολο	200	100

14.ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΤΕ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 28,5% δεν απάντησαν, το 14% απάντησαν κατά τον διορισμό, το 23% κατά την παιδική ηλικία, το 14,5% κατά την εκπαίδευση και το 20% στο χώρο εργασίας τους (Πίνακας 14β, Γράφημα 14β).

Γράφημα 14β



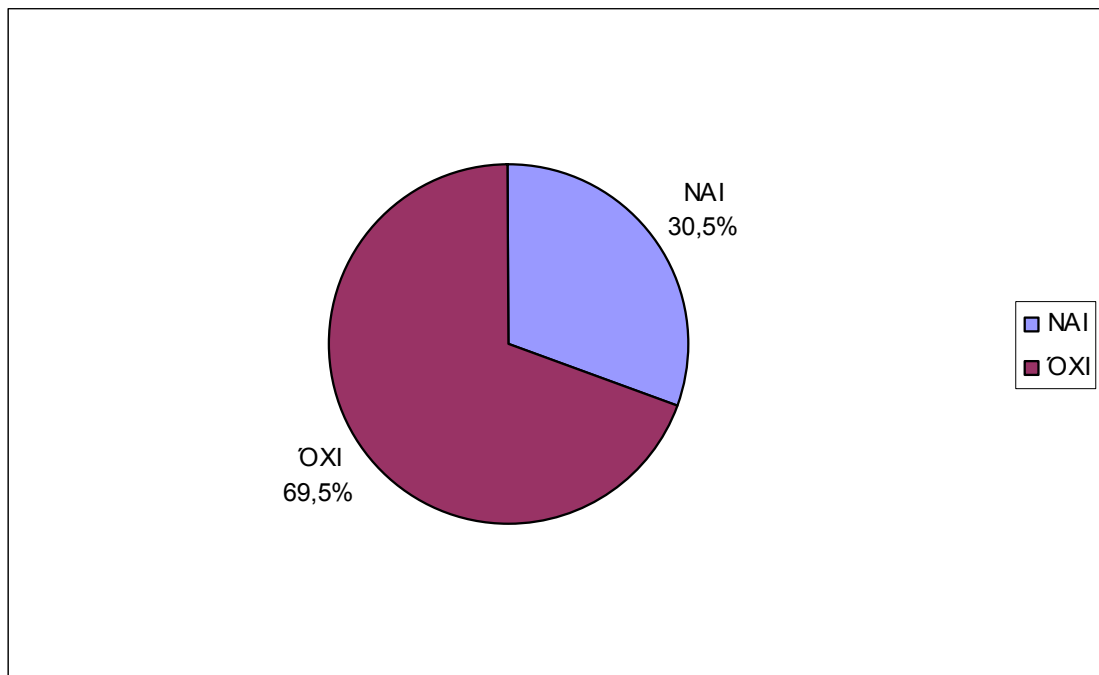
Πίνακας 14β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Δεν απάντησαν	57	28,5
Διορισμός	28	14,0
Παιδική ηλικία	46	23,0
Εκπαίδευση	29	14,5
Χώρος εργασίας	40	20,0
Σύνολο	200	100,0

15.ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2008-2009

Από τους 200 ερωτηθέντες το 30,5% απάντησαν ναι και το 69,5% απάντησαν όχι (Πίνακας 15β, Γράφημα 15β).

Γράφημα 15β



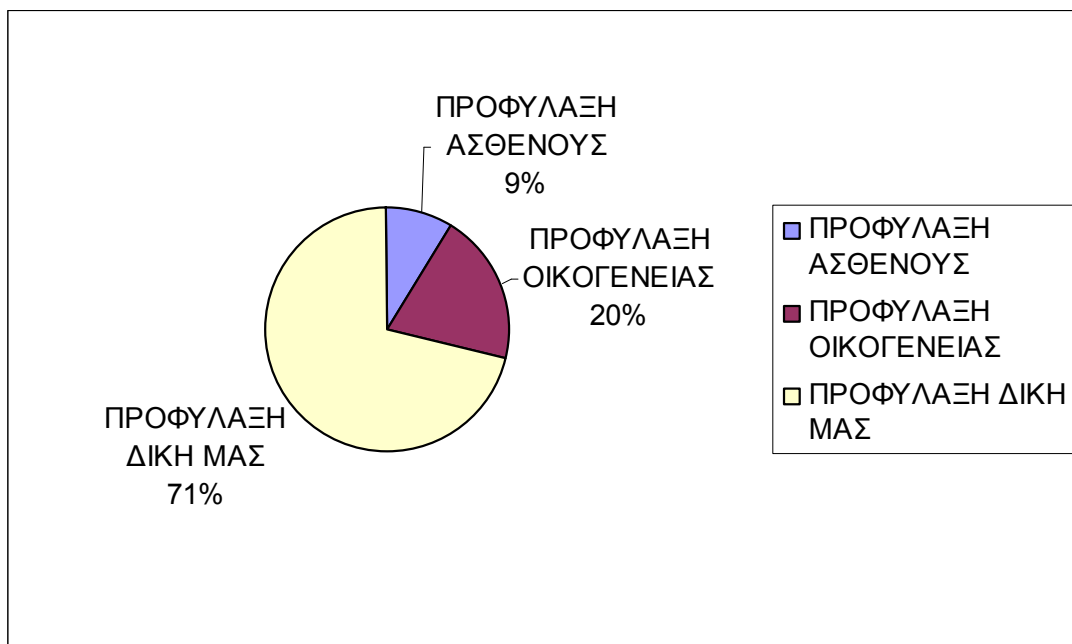
Πίνακας 15β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	61	30,5
ΟΧΙ	139	69,5
Σύνολο	200	100,0

16. ΓΙΑΤΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΗΚΑΤΕ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 71% απάντησαν για να προφυλάξουν τον εαυτό τους, το 20% απάντησαν για να προφυλάξουν την οικογένειά τους και το 9% για να προφυλάξουν τους ασθενείς (Πίνακας 16β, Γράφημα 16β).

Γράφημα 16β



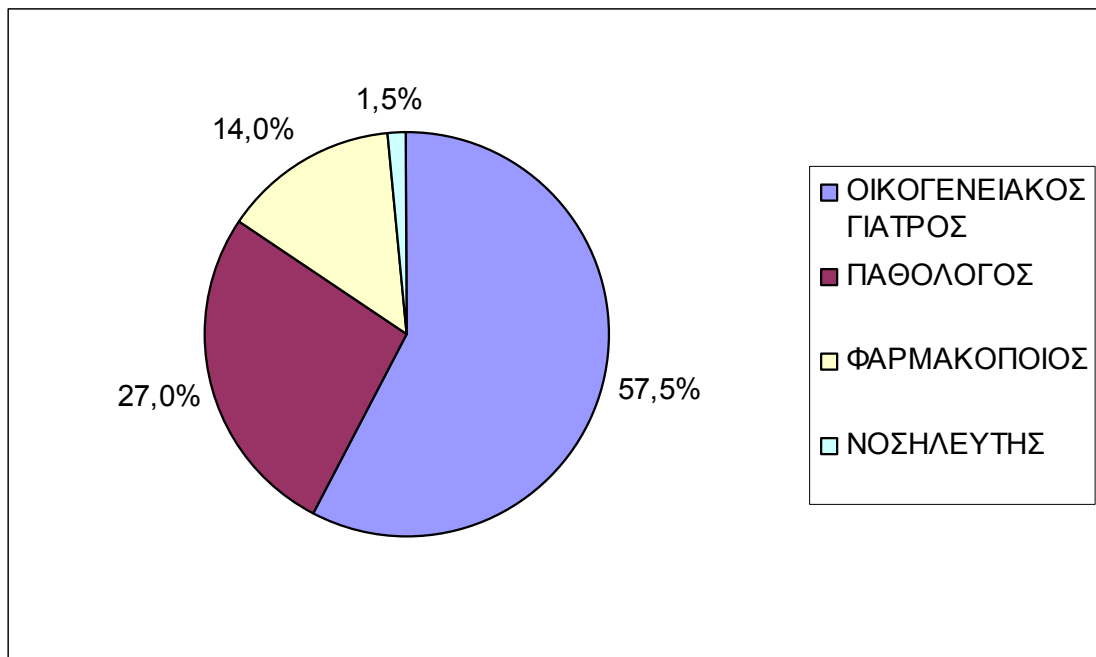
Πίνακας 16β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Για να προφυλάξετε τον εαυτό σας	142	71
Για να προφυλάξετε την οικογένειά σας	40	20
Για να προφυλάξετε τους ασθενείς	18	9
Σύνολο	200	100

17. ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 57,5% απάντησαν σ'έναν συνάδελφο(νοσηλεύτη), το 27% απάντησαν στον οικογενειακό τους γιατρό, το 14% απάντησαν στον παθολόγο και το 1,5% απάντησαν στο φαρμακοποιό (Πίνακας 17β, Γράφημα 17β).

Γράφημα 17β



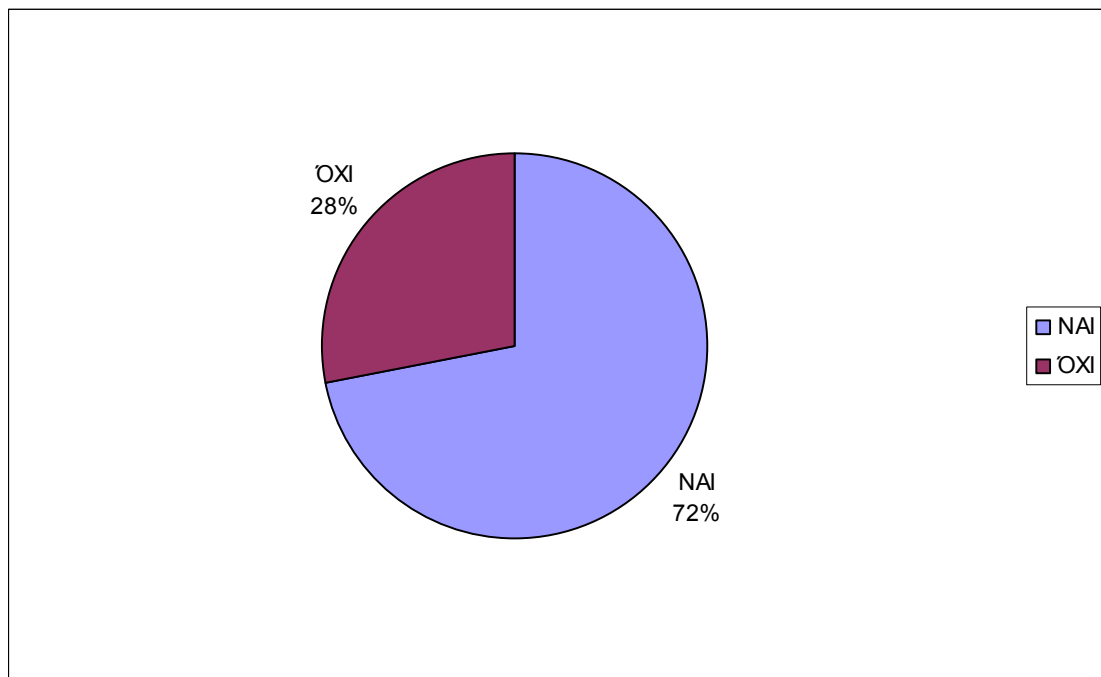
Πίνακας 17β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Σ'έναν συνάδελφο(νοσηλεύτη)	115	57,5
Στον οικογενειακό σας γιατρό	54	27,0
Στον παθολόγο	28	14,0
Στο φαρμακοποιό	3	1,5
Σύνολο	200	100,0

18. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ 1)ΤΕΤΑΝΟ , 2)ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑ , 3)ΚΟΚΚΥΤΗ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 72% απάντησαν ναι και το 28% απάντησαν όχι (Πίνακας 18β, Γράφημα 18β).

Γράφημα 18β



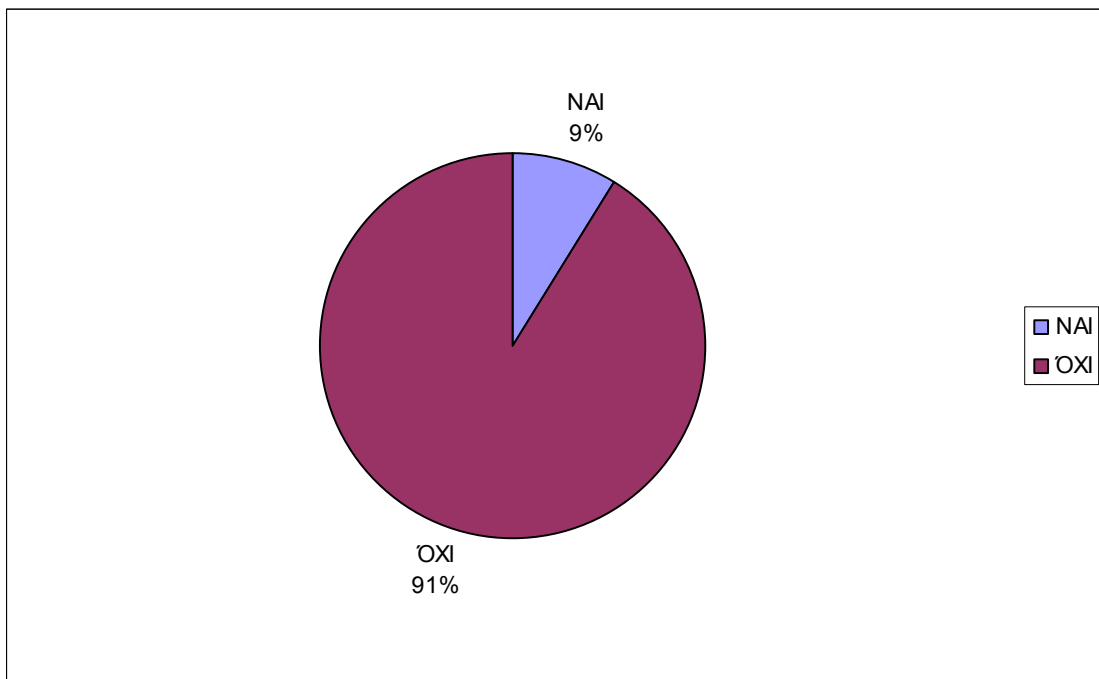
Πίνακας 18β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	144	72
ΟΧΙ	56	28
Σύνολο	200	100

19. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Από τους 56 ερωτηθέντες που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 9% απάντησαν ναι και το 91% απάντησαν όχι (Πίνακας 19β, Γράφημα 19β).

Γράφημα 19β



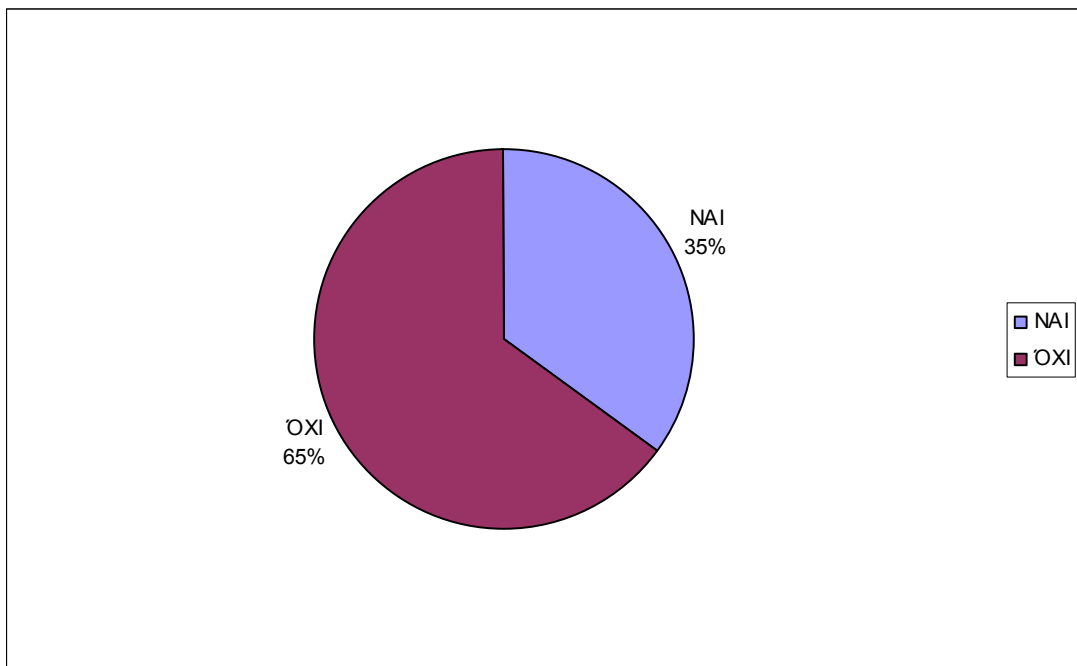
Πίνακας 19β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	5	9
ΌΧΙ	51	91
Σύνολο	56	100

20. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 35% απάντησαν ναι και το 65% απάντησαν όχι (Πίνακας 20β, Γράφημα 20β).

Γράφημα 20β



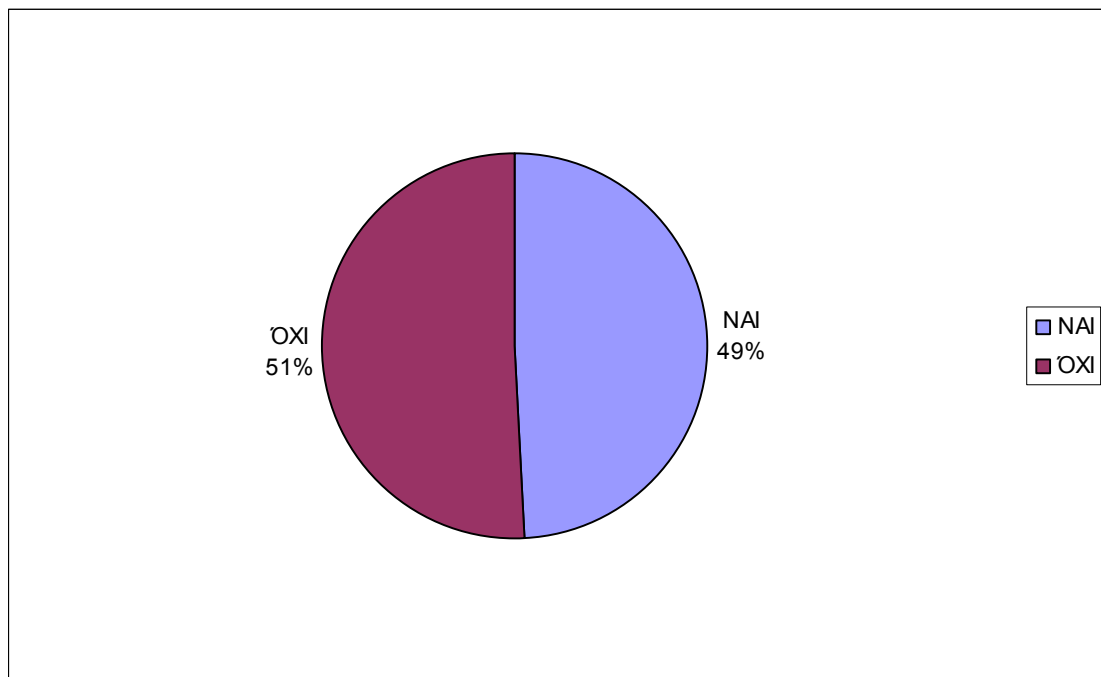
Πίνακας 20β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	70	35
ΟΧΙ	130	65
Σύνολο	200	100

21. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 130 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 49% απάντησαν ναι και το 51% απάντησαν όχι (Πίνακας 21β, Γράφημα 21β).

Γράφημα 21β



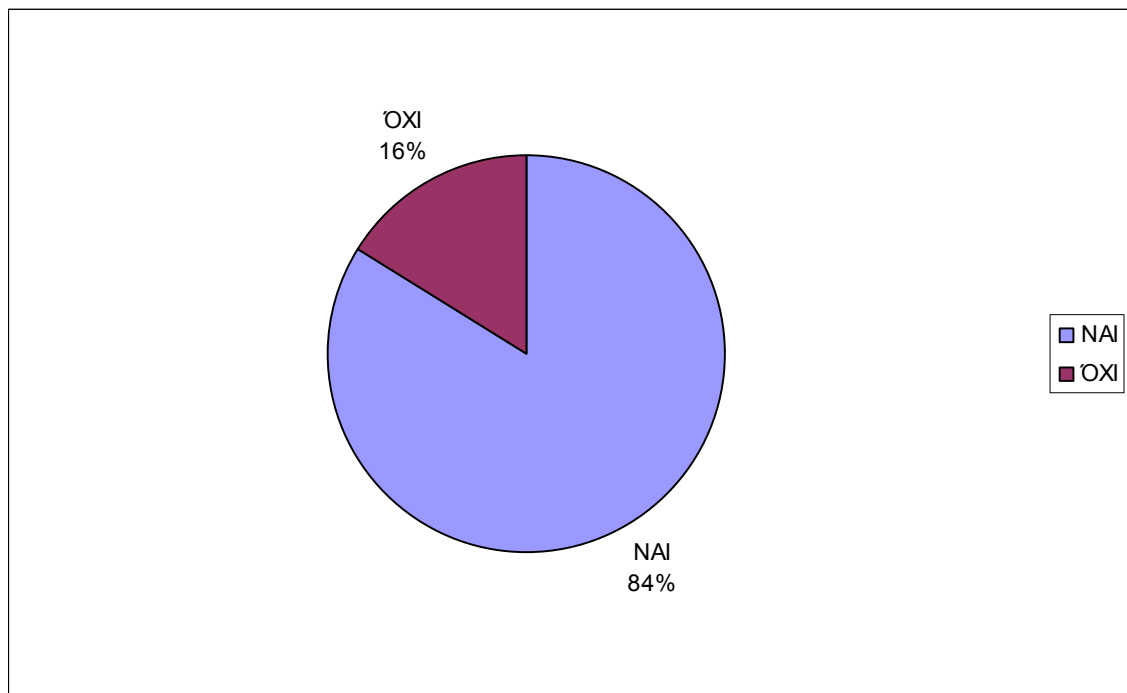
Πίνακας 21β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	64	49
ΌΧΙ	66	51
Σύνολο	130	100

22. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Από τους 200 ερωτηθέντες το 84% απάντησαν ναι και το 16% απάντησαν όχι (Πίνακας 22β, Γράφημα 22β).

Γράφημα 22β



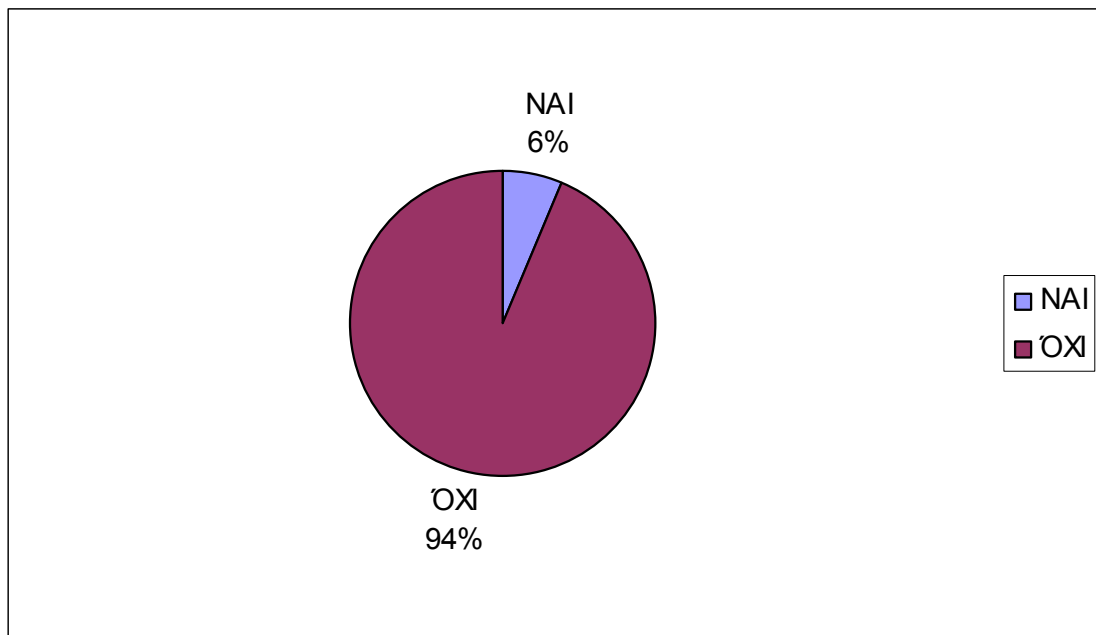
Πίνακας 22β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	168	84
ΟΧΙ	32	16
Σύνολο	200	100

23. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 32 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 6% απάντησαν ναι και το 94% απάντησαν όχι (Πίνακας 23β, Γράφημα 23β).

Γράφημα 23β



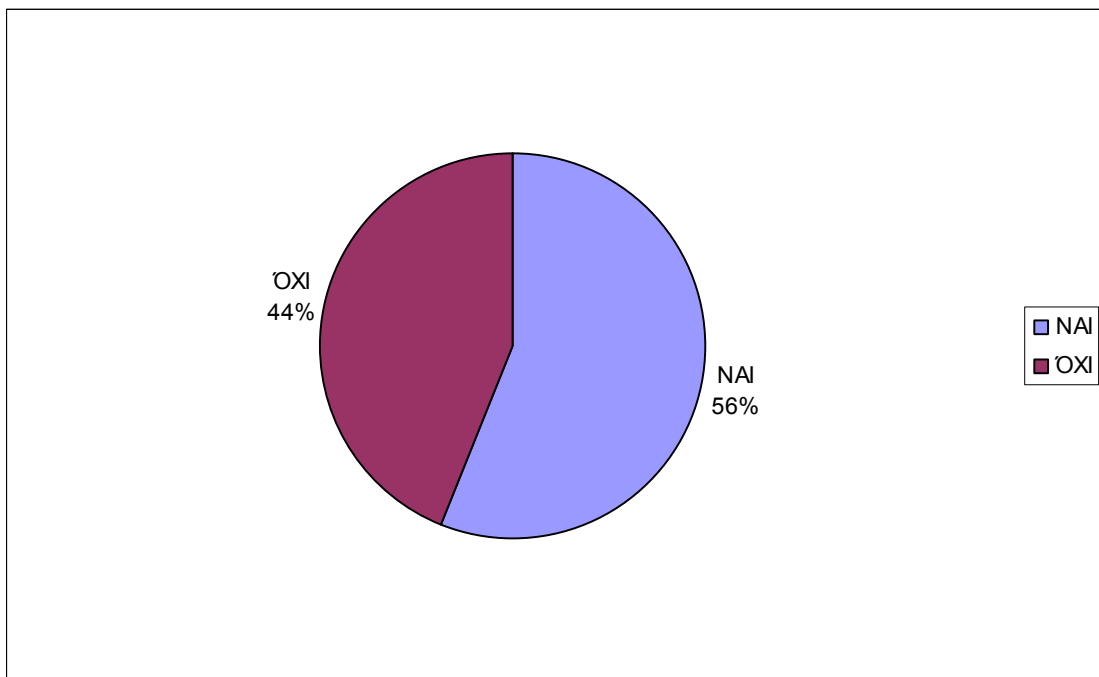
Πίνακας 23β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	2	6
ΌΧΙ	30	94
Σύνολο	32	100

24. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΙΛΑΡΑ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 56% απάντησαν ναι και το 44% απάντησαν όχι (Πίνακας 24β, Γράφημα 24β).

Γράφημα 24β



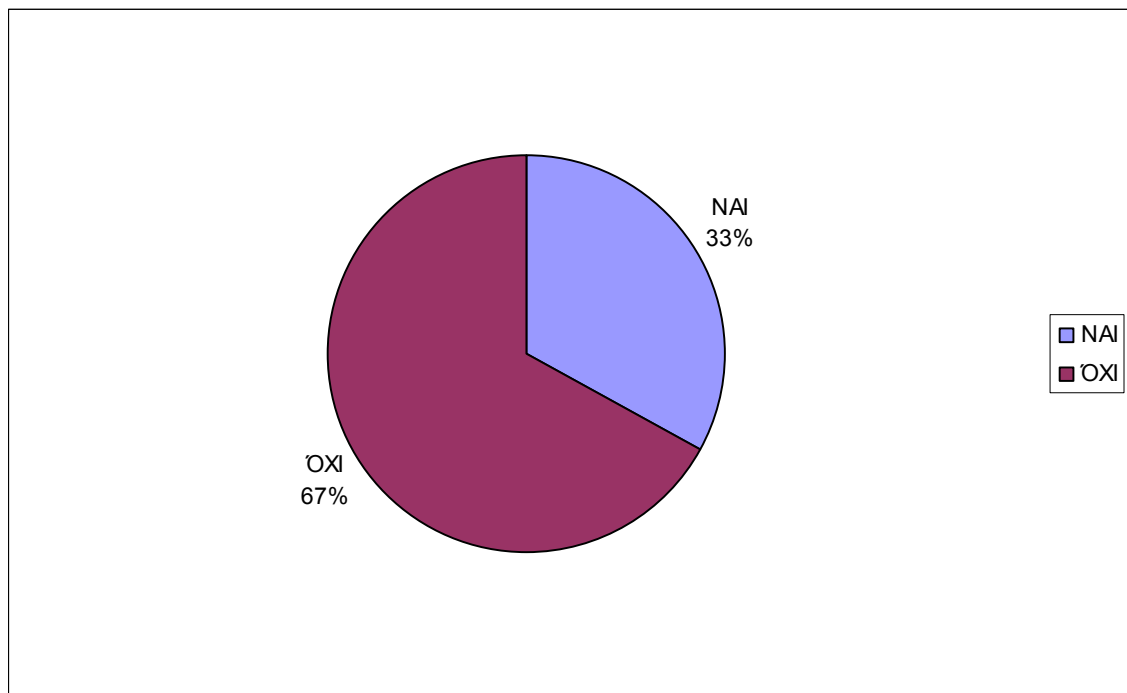
Πίνακας 24β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	112	56
ΌΧΙ	88	44
Σύνολο	200	100

25. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 88 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 33% απάντησαν ναι και το 67% απάντησαν όχι (Πίνακας 25β, Γράφημα 25β).

Γράφημα 25β



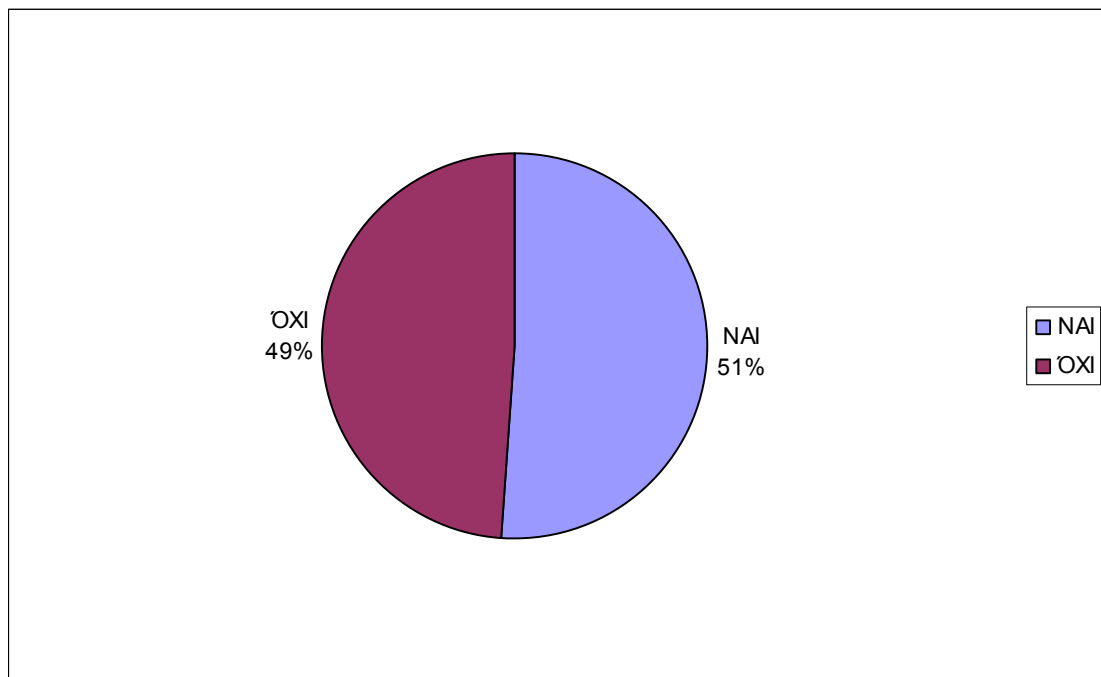
Πίνακας 25β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	29	33
ΟΧΙ	59	67
Σύνολο	88	100

26. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΕΡΥΘΡΑ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 51% απάντησαν ναι και το 49% απάντησαν όχι (Πίνακας 26β, Γράφημα 26β).

Γράφημα 26β



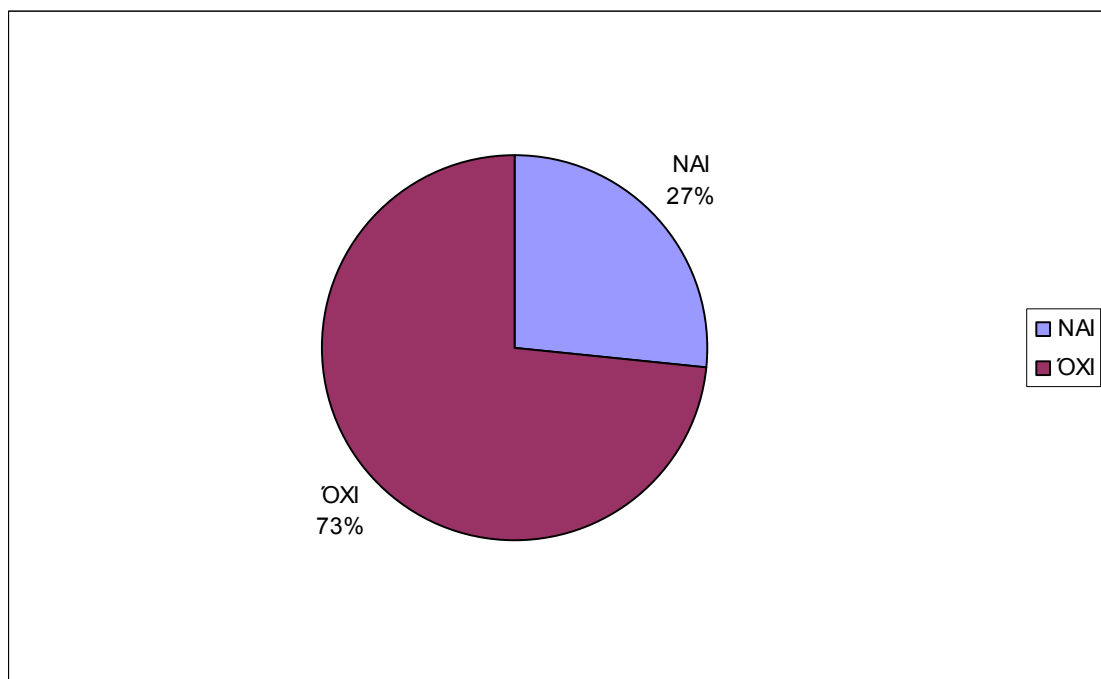
Πίνακας 26β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	102	51
ΌΧΙ	98	49
Σύνολο	200	100

27. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 98 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση οι 26 με ποσοστό 27% απάντησαν ναι και οι 72 με ποσοστό 73% απάντησαν όχι (Πίνακας 27β, Γράφημα 27β).

Γράφημα 27β



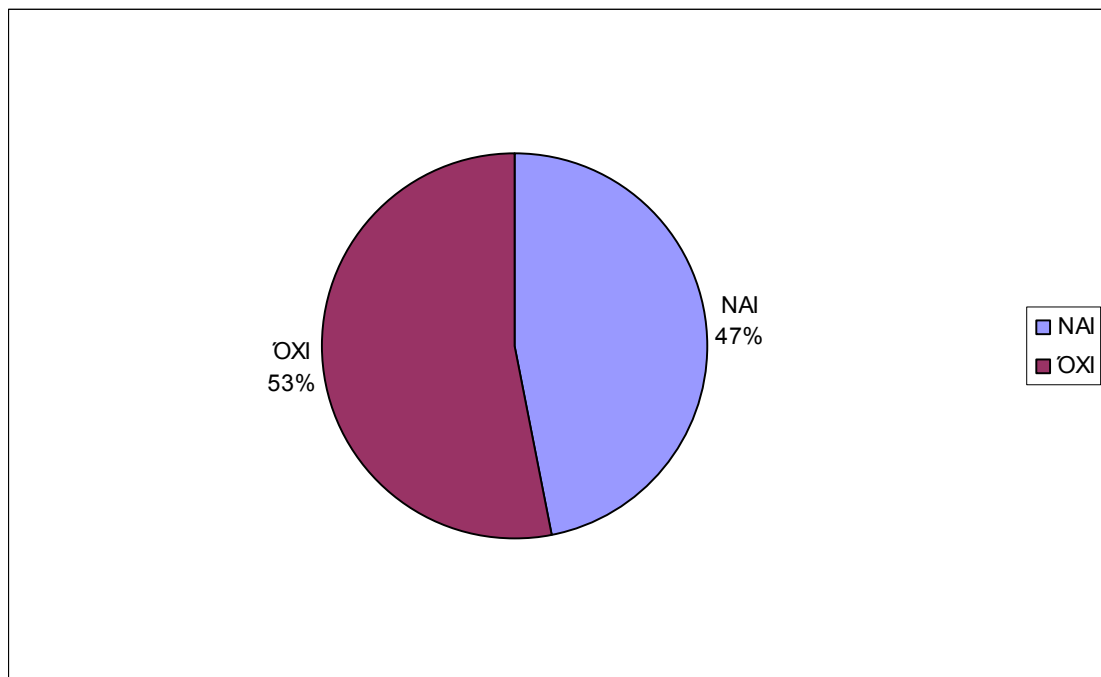
Πίνακας 27β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	26	27
ΌΧΙ	72	73
Σύνολο	98	100

28. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 47% απάντησαν ναι και το 53% απάντησαν όχι (Πίνακας 28β, Γράφημα 28β).

Γράφημα 28β



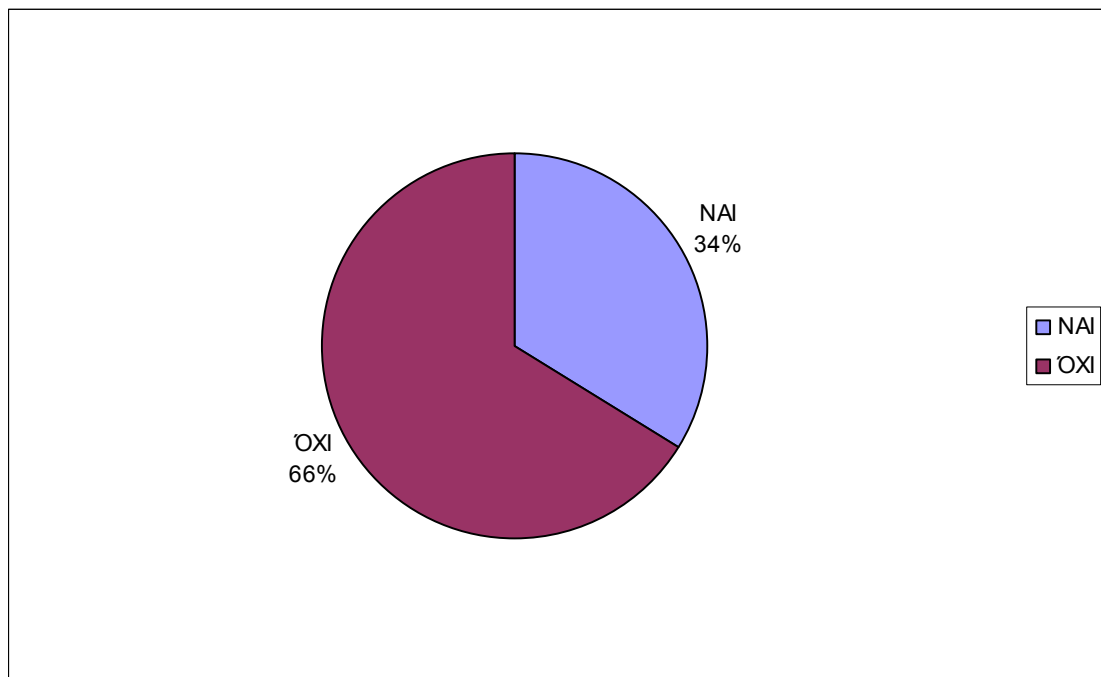
Πίνακας 28β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	94	47
ΌΧΙ	106	53
Σύνολο	200	100

29. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 106 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 34% απάντησαν ναι και το 66% απάντησαν όχι (Πίνακας 29β, Γράφημα 29β).

Γράφημα 29β



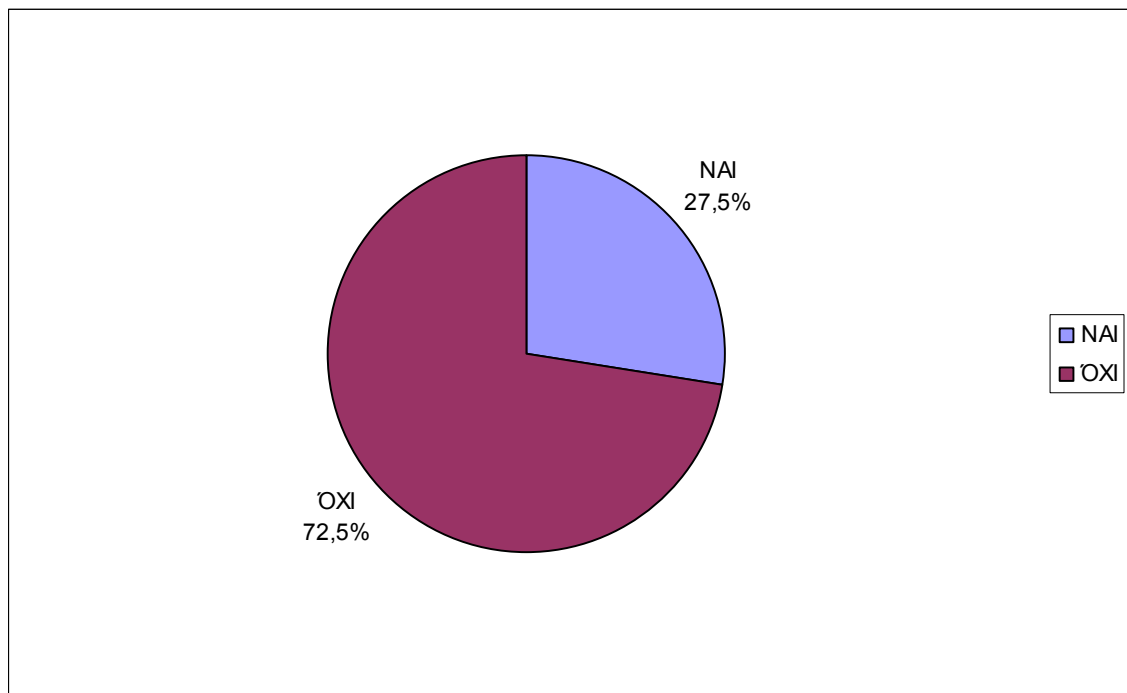
Πίνακας 29β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	36	34
ΌΧΙ	70	66
Σύνολο	106	100

30. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 27,5% απάντησαν ναι και το 72,5% απάντησαν όχι (Πίνακας 30β, Γράφημα 30β).

Γράφημα 30β



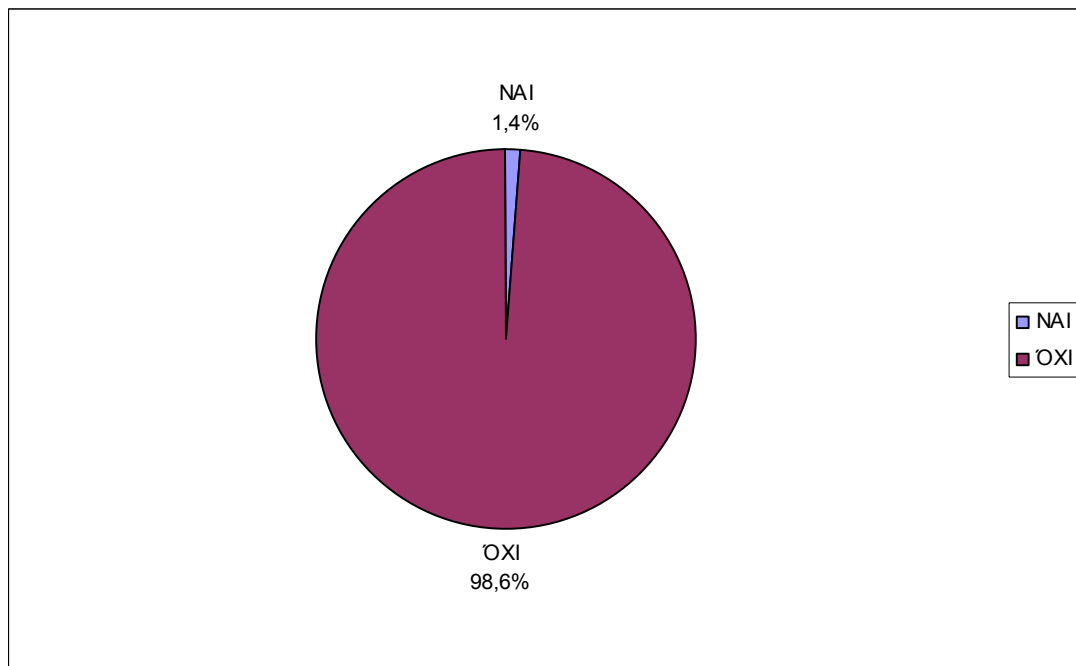
Πίνακας 30β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	55	27,5
ΌΧΙ	145	72,5
Σύνολο	200	100,0

31. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ

Από τους 145 που απάντησαν αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση το 1,4% απάντησαν ναι και το 98,6% απάντησαν όχι (Πίνακας 31β, Γράφημα 31β).

Γράφημα 31β



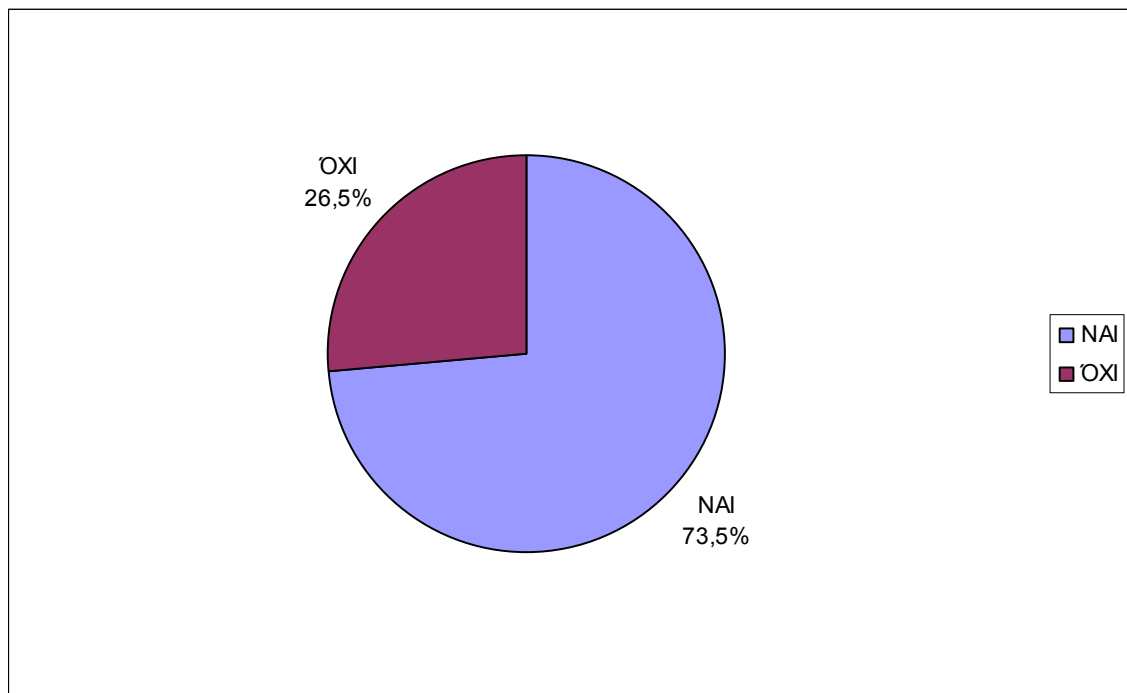
Πίνακας 31β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	2	1,4
ΟΧΙ	143	98,6
Σύνολο	145	100,0

32. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 73,5% απάντησαν ναι και το 26,5% απάντησαν όχι (Πίνακας 32β, Γράφημα 32β).

Γράφημα 32β



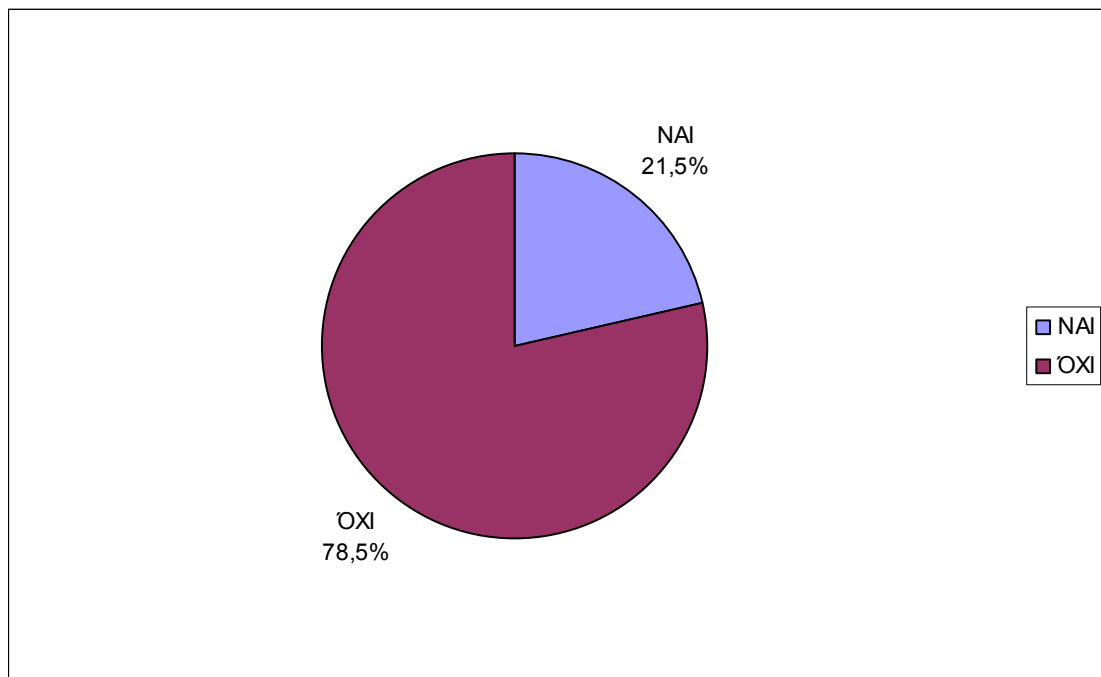
Πίνακας 32β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	147	73,5
ΌΧΙ	53	26,5
Σύνολο	200	100,0

33. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΘΕΤΙΚΗ ΜΑΝΤΟΥΧ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 21,5% απάντησαν ναι και το 78,5% απάντησαν όχι (Πίνακας 33β, Γράφημα 33β).

Γράφημα 33β



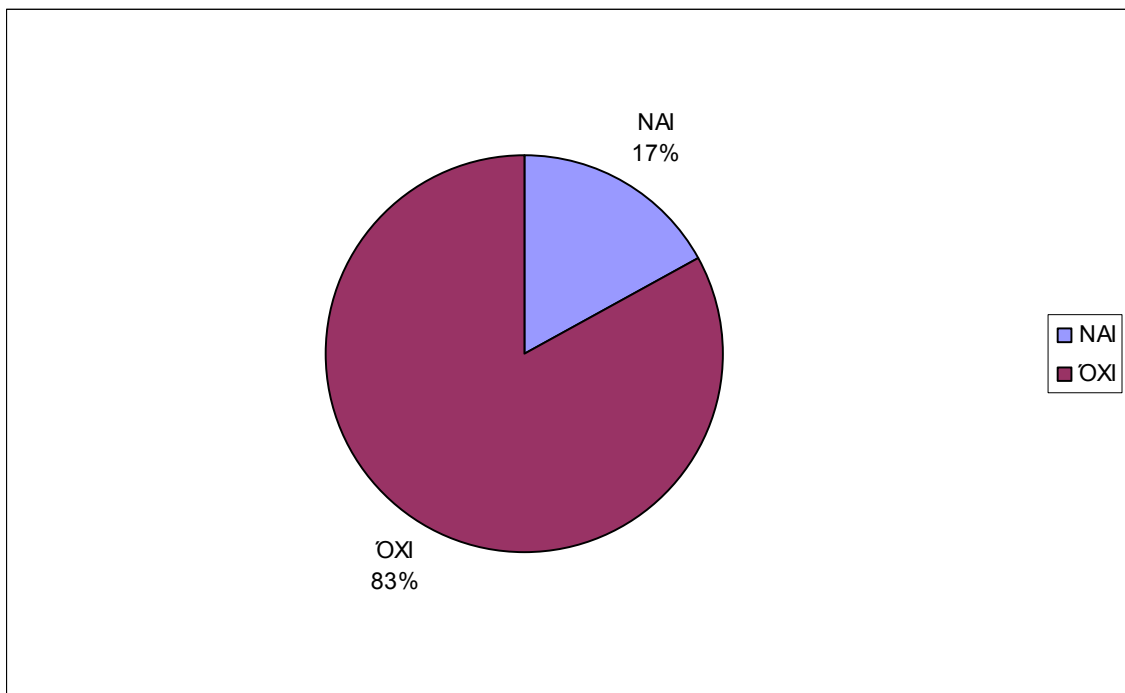
Πίνακας 33β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	43	21,5
ΌΧΙ	157	78,5
Σύνολο	200	100,0

34. ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 17% απάντησαν ναι και το 83% απάντησαν όχι (Πίνακας 34β, Γράφημα 34β).

Γράφημα 34β



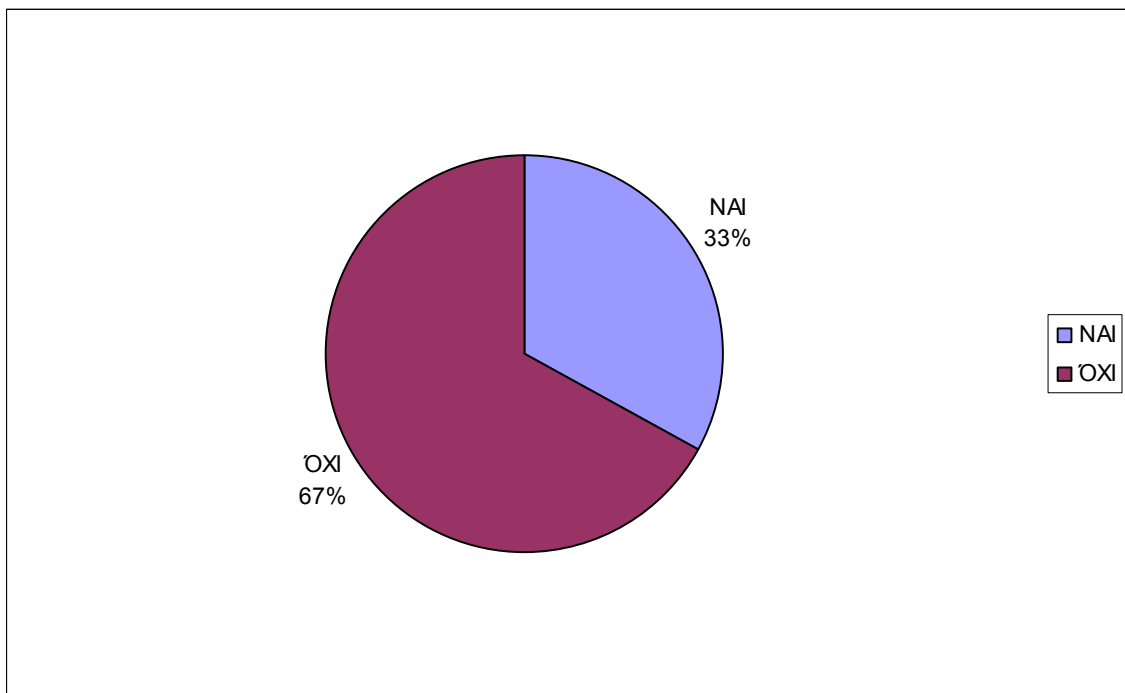
Πίνακας 34β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	34	17
ΌΧΙ	166	83
Σύνολο	200	100

35. ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 33% απάντησαν ναι και το 67% απάντησαν όχι (Πίνακας 35β, Γράφημα 35β).

Γράφημα 35β



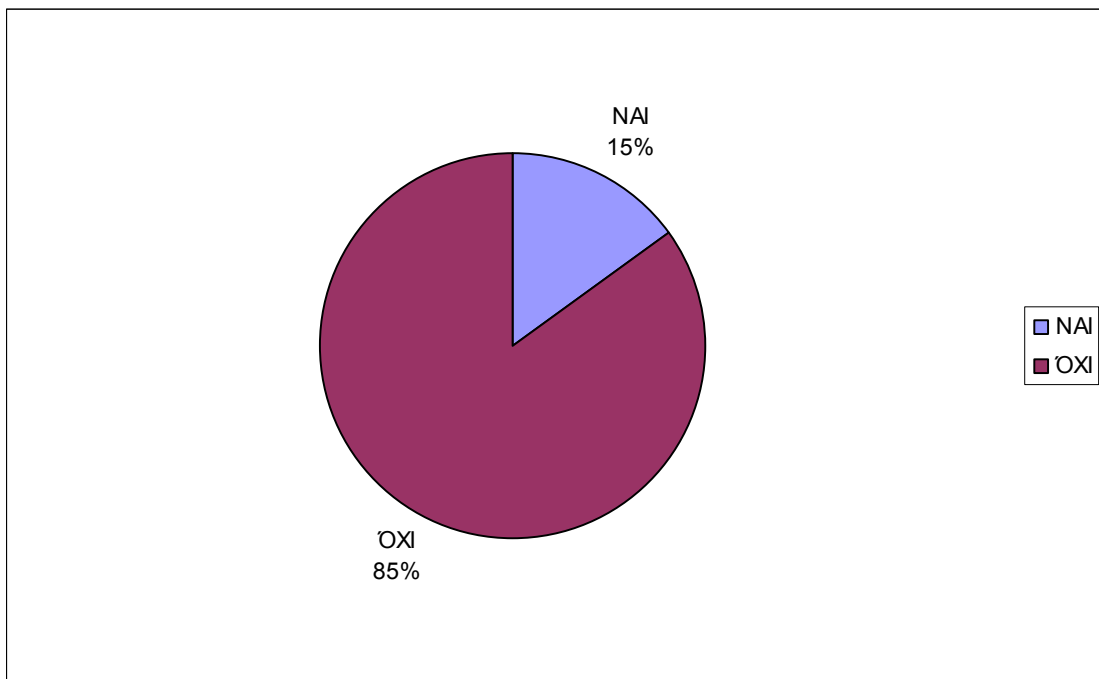
Πίνακας 35β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	66	33
ΌΧΙ	134	67
Σύνολο	200	100

36. ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ (ΑΥΓΑ, ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ-ΝΕΟΜΥΚΙΝΗ, ΑΛΛΟ ΦΑΡΜΑΚΟ)

Από τους 200 ερωτηθέντες το 15% απάντησαν ναι και το 85% απάντησαν όχι (Πίνακας 36β, Γράφημα 36β).

Γράφημα 36β



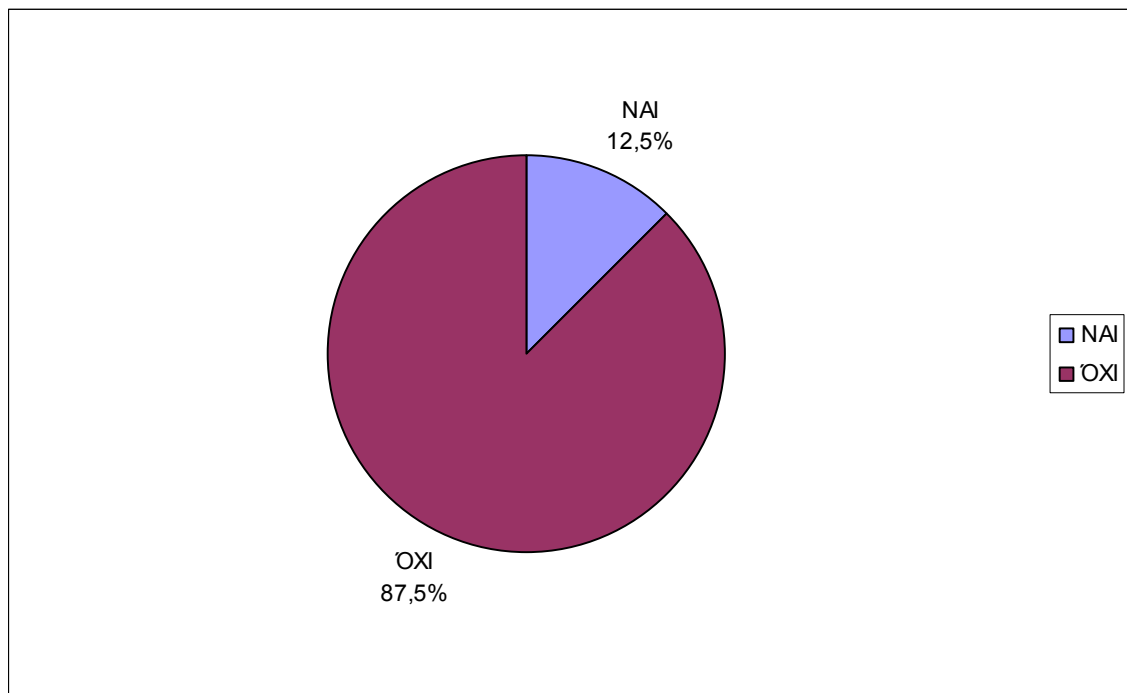
Πίνακας 36

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	30	15
ΌΧΙ	170	85
Σύνολο	200	100

37. ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΣΕΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΠΡΟΣΦΑΤΑ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 12,5% απάντησαν ναι και το 87,5% απάντησαν όχι (Πίνακας 37β, Γράφημα 37β).

Γράφημα 37β



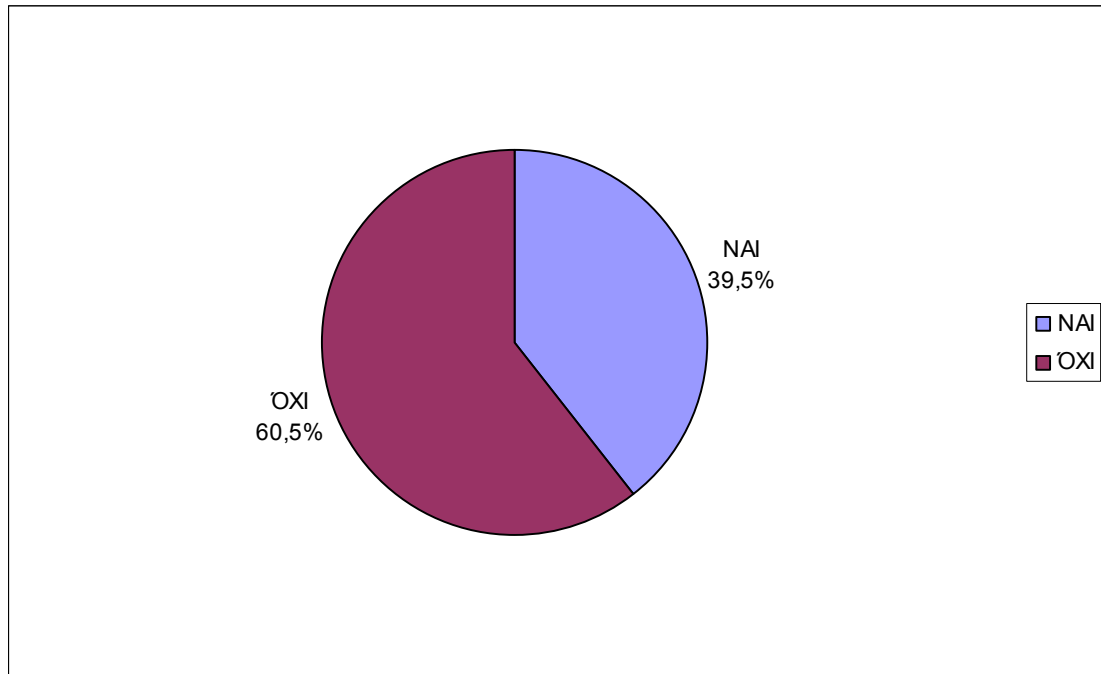
Πίνακας 37β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	25	12,5
ΌΧΙ	175	87,5
Σύνολο	200	100,0

38. ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ Π.Χ ΤΡΥΠΗΘΗΚΑΤΕ ΜΕ ΒΕΛΟΝΑ Η ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΔΙΧΜΗΡΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΩΣΤΕ ΝΑ ΚΙΝΔΥΝΕΥΤΕ) ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ

Από τους 200 ερωτηθέντες το 39,5% απάντησαν ναι και το 60,5% απάντησαν όχι (Πίνακας 38β, Γράφημα 38β).

Γράφημα 38β



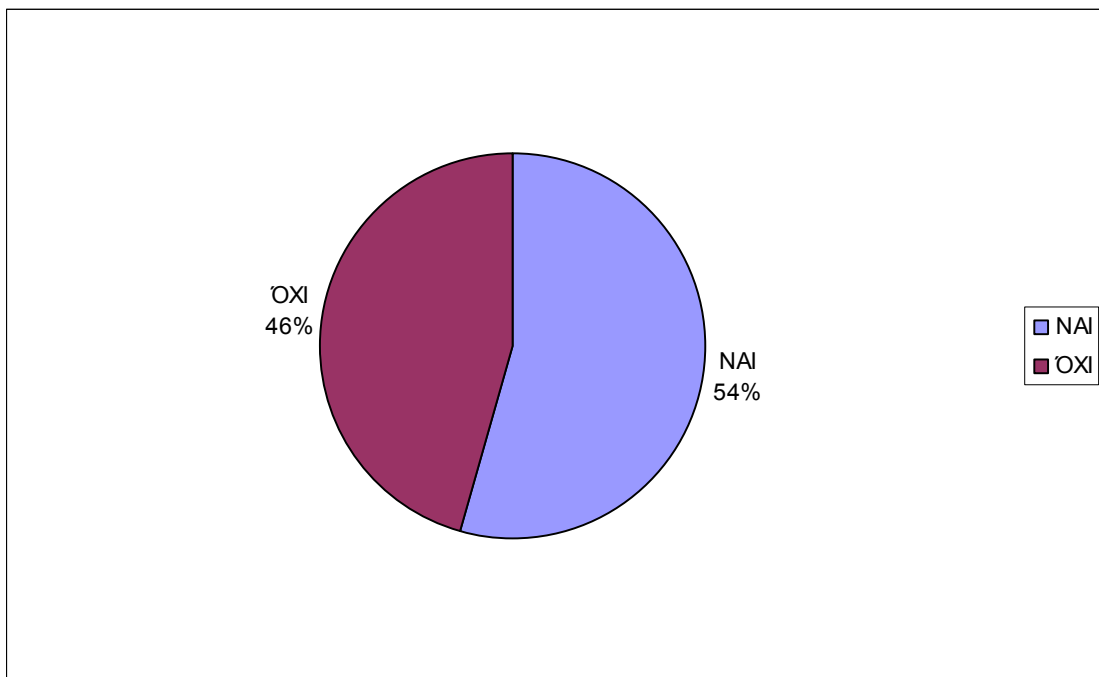
Πίνακας 38β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	79	39,5
ΌΧΙ	121	60,5
Σύνολο	200	100,0

39. ΑΝ ΝΑΙ ΤΟ ΔΗΛΩΣΑΤΕ

Από τους 79 που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση το 54% απάντησαν ναι και το 46% απάντησαν όχι (Πίνακας 39β, Γράφημα 39β).

Γράφημα 39β



Πίνακας 39β

	ΣΥΝΟΛΟ ΑΤΟΜΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΝΑΙ	43	54
ΌΧΙ	36	46
Σύνολο	79	100

Δ) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην έρευνά μας συμμετείχαν 200 άτομα, 167 γυναίκες και 33 άντρες από τους οποίους οι 127 ήταν έγγαμοι, οι 68 ήταν άγαμοι και 5 διαζευγμένοι απ' όλο το φάσμα των ηλικιών και χρόνο προϋπηρεσίας 63 άτομα με 5 χρόνια, 25 άτομα με 10 χρόνια, 27 άτομα με 15 χρόνια, 51 άτομα με 20 χρόνια, και λιγότερα άτομα με 25 χρόνια και άνω. Το επίπεδο μόρφωσής τους ήταν 47 διετούς εκπαίδευσης (23,5%), 142 τεχνολογικής (71%) και 11 πανεπιστημιακής (5,5%).

Στην έρευνά μας οι περισσότεροι γνωρίζουν τι εμβόλια γίνονται στο χώρο τους σε ποσοστό 84,5% (169 άτομα) ενώ άγνοια δηλώνει το 15,5% (31 άτομα). Όσον αφορά από πού έχουν ενημερωθεί κατά δήλωσή τους πρώτο έρχεται ο χώρος εργασίας με 39% (78 άτομα), δεύτερο από συναδέλφους σε ποσοστό 20% (40 άτομα), από κάπου αλλού χωρίς να μας διευκρινίζουν αν είναι π.χ. από το διαδίκτυο, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, ημερήσιος ή περιοδικός τύπος 19% (38 άτομα), από έντυπο υλικό χωρίς να μας διασαφηνίζουν από πού προέρχεται δηλαδή έντυπη μορφή, σε αφίσα στους τοίχους του νοσοκομείου, από κάποια ημερίδα που οι ίδιοι παρακολούθησαν 18,5% (37 άτομα) και από την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου μόλις 3,5% (7 άτομα).

Όσον αφορά ποιός ενδιαφέρεται για τον εμβολιασμό τους η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος 70,5% (141 άτομα) απάντησαν οι ίδιοι. Σε πολύ μικρότερο ποσοστό 24% (48 άτομα) ακολουθεί ο χώρος εργασίας και σε μηδαμινά ποσοστά 3,5% (7 άτομα) η κοινωνική υπηρεσία και η κοινωνία 2% (4 άτομα).

Αναφορικά με το κίνητρο που τους ώθησε να εμβολιασθούν, η συντριπτική πλειοψηφία 71% (142 άτομα) απάντησαν για να προφυλάξουν τον εαυτό τους. Με μεγάλη διαφορά ακολουθεί με 20% (40 άτομα) για να προφυλάξουν την οικογένειά τους και τέλος 9% (18 άτομα) για να προφυλάξουν τους ασθενείς.

Σε ερώτησή μας σε ποιόν θα είχαν περισσότερη εμπιστοσύνη να τους κάνει εμβόλιο σε ποσοστό 57,5% (115 άτομα) απάντησαν ότι έχουν προτίμηση στο συνάδελφό τους (νοσηλεύτη), 27% (54 άτομα) στον οικογενειακό τους γιατρό, 14% (28 άτομα) στον παθολόγο και μόλις 1,5% (3 άτομα) στο φαρμακοποιό.

Τέλος αφήσαμε τις πιο ενδιαφέρουσες ερωτήσεις. Στην πρώτη μας ερώτηση αν έχουν εμβολιασθεί κατά το παρελθόν, άπαντες 100% (200 άτομα) απάντησαν πως είναι εμβολιασμένοι. Τότε εμείς έχοντας δει τα παραπάνω τους ρωτήσαμε το πότε όπου εκεί ξεκαθαρίζει κάπως το τοπίο. 28,5% (57 άτομα) δεν μας απάντησαν ή δεν θυμόνταν- μπορούμε να φανταστούμε από πότε έχουν να κάνουν εμβόλιο-, 23% (46 άτομα) παιδική ηλικία, 20% (40 άτομα) χώρος εργασίας (προφανώς κάποιο νόσημα που ήταν εκείνη τη χρονική περίοδο σε έξαρση), 14,5% (29 άτομα) στην εκπαίδευση (είτε όταν φοιτούσαν στη σχολή του νοσοκομείου, είτε σε κάποιο ανώτατο ή ανώτερο εκπαιδευτικό ίδρυμα στα οποία στην παιδική ηλικία δεν είχαμε εμβολιασθεί), 14% (28 άτομα) κατά τη διαδικασία του διορισμού τους. Τέλος στην ερώτηση αν είχαν εμβολιασθεί κατά την τελευταία χρονική περίοδο 2008-2009 η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων στο νοσοκομείο με ποσοστό 69,5% (139 άτομα) απάντησαν αρνητικά και 30,5% (61 άτομα) μας έδωσαν θετική απάντηση δηλαδή 7 στους 10 όχι, 3 στους 10 ναι.

Καταλήγουμε λοιπόν στα εξής συμπεράσματα:

1. Η ενημέρωση των εργαζομένων στο νοσοκομείο δεν είναι επαρκής.
2. Θα πρέπει να υπάρξει περισσότερη ενημέρωση από όλους τους φορείς.
3. Όλοι οι εργαζόμενοι οφείλουν να γνωρίζουν τα εμβόλια που γίνονται στο χώρο εργασίας τους (ημερομηνίες, δόσεις).

Προτείνουμε:

1. Να πραγματοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα σεμινάρια, ημερίδες ή διαλέξεις σχετικά με τα εμβόλια με νεότερα δεδομένα.
2. Να γίνεται ενημέρωση που να αρχίζει από την είσοδό του στη σχολή νοσηλευτικής σχετικά με τι εμβόλια πρέπει να γίνονται, στο χρόνο που πρέπει να γίνονται, τις ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου και το τι μπορεί να προκαλέσει το κάθε νόσημα εάν δεν κάνουμε το εμβόλιο. (δόσεις εμβολίου , υποχρεωτικά).
3. Διανομή φυλλαδίων με νεότερα δεδομένα στα εμβόλια.
4. Έκδοση φυλλαδίων με στόχο την πλήρη ενημέρωση των εργαζομένων.
5. Να υπάρχει μέριμνα από τη στιγμή που ο εργαζόμενος θα κατατάσσεται επίσημα στο προσωπικό του νοσοκομείου ώστε να τεθεί χρονοδιάγραμμα-φάκελος εμβολιασμών για τον κάθε εργαζόμενο και ο οποίος πρέπει να τηρείται.
6. Στενή συνεργασία της κοινωνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου με τους εργαζομένους.

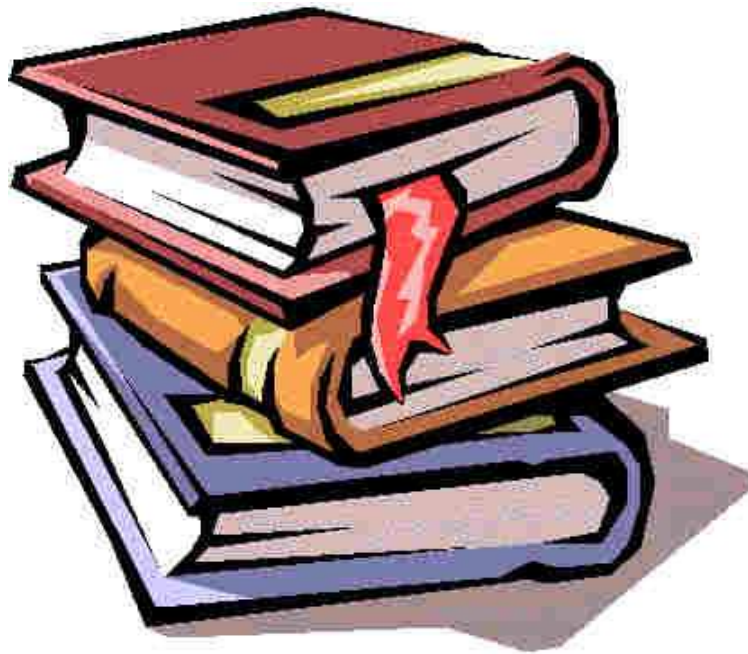
Ε) Επίλογος

Τι πρέπει να θυμάστε για τα εμβόλια

1. Είναι η καλύτερη φροντίδα υγείας αφού αφορά την πρόληψη.
2. Μην τα ξεχνάτε και μη νομίζετε ότι δεν χρειάζονται.
3. Για πολλά από τα εμβόλια πρέπει να γίνονται αναμνηστικοί εμβολιασμοί, εφ' όρου ζωής. Φροντίστε να ενημερώνεστε για το τι έχει αλλάξει και ποια πρέπει να επαναληφθούν.
4. Έφηβοι ή ενήλικες που δεν έχουν περάσει ιλαρά (κυρίως), και δεν έχουν κάνει το εμβόλιο ή έχουν κάνει τη μία δόση (των 15 μηνών), πρέπει άμεσα να επαναλάβουν τον εμβολιασμό με το μεικτό εμβόλιο (ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας).
5. Το τριπλό εμβόλιο (διφθερίτιδας, τετάνου, κοκκύτη), δεν προκαλεί σοβαρές παρενέργειες όπως πολύς κόσμος πιστεύει. Παρ' όλ' αυτά υπάρχει σήμερα και κυκλοφορεί στο εμπόριο εμβόλιο (Infanrix) με την ίδια αποτελεσματικότητα αλλά χωρίς παρενέργειες.
6. Το διπλό εμβόλιο (διφθερίτιδας –τετάνου), γίνεται στα παιδιά που έχουν νοσήσει από κοκκύτη, ή σε αυτά που έχουν συμπληρώσει 5 δόσεις τριπλού. Επαναλαμβάνεται κάθε 5 έως 10 χρόνια εφ' όρου ζωής, άρα αφορά και πρέπει να γίνεται σε όλους τους ενήλικες. Έχει μόνο τοπικές παρενέργειες.
7. Αν το παιδί σας έχει εμβολιασθεί για τον αιμόφιλο της ινφλουέντσας δε σημαίνει ότι δεν μπορεί να πάθει μηνιγγίτιδα. Δεν μπορεί να πάθει μηνιγγίτιδα μόνο από αυτό το μικρόβιο. Μπορεί όμως να νοσήσει από άλλο.
8. Η ηπατίτιδα Β είναι μία σοβαρή νόσος. Μεταδίδεται αιματογενώς, δηλαδή από επαφή με αίμα πάσχοντος ή φορέα. Ο εμβολιασμός για την ηπατίτιδα Β ΠΡΕΠΕΙ να γενικευτεί σε όλο τον πληθυσμό ανεξαρτήτως ηλικίας. Το εμβόλιο είναι ΑΠΟΛΥΤΑ ΑΣΦΑΛΕΣ και οφείλουν να το κάνουν όλοι οι ενήλικες. Κινδυνεύουν πολύ περισσότερο τα άτομα που έχουν έντονη ερωτική ζωή και αλλάζουν συχνά συντρόφους, άτομα που μεταγγίζονται, άτομα που έρχονται συχνά σε επαφή με φορείς και νοσούντες όπως είναι οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό, που υποβάλλονται σε αιματηρές επεμβάσεις, οδοντιατρικές ή άλλες κλπ. Απ' όλα τα παιδιά, οι έφηβοι είναι αυτοί που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη εμβολιασμού για την συγκεκριμένη νόσο. Οι γονείς μεγάλων παιδιών πρέπει να σημειώσουν στο μυαλό τους και να ενδιαφερθούν άμεσα να εμβολιάσουν τα μεγάλα τους παιδιά παρά τα μικρά, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο εμβολιασμός της ηπατίτιδας Β στα βρέφη πρέπει να ατονήσει.
9. Πριν από κάθε εμβολιασμό πρέπει να προηγείται μια καλή ιατρική εξέταση, προκειμένου να διαπιστωθεί καλή υγεία. Παρ' όλ' αυτά ένας μικρός βήχας ή συνάχι δεν αποτελεί αντένδειξη αναβολής του εμβολιασμού. Ο παθολόγος σας θα σας ενημερώσει γιατί πρέπει να αναβληθεί ο εμβολιασμός αν υπάρχει πυρετός ή άλλη ενεργός λοίμωξη.

10. Μην ξεχνάτε να ζητάτε από το γιατρό σας να σας ενημερώνει για τον εμβολιασμό που θα κάνει σε σας, καθώς και για το ποιες είναι και πώς θα αντιμετωπίσετε όλες τις πιθανές παρενέργειες μετά τον εμβολιασμό. Αν επιθυμείτε περισσότερες πληροφορίες διαβάστε το συνοδευτικό έντυπο που υπάρχει μέσα στο κουτί μαζί με το εμβόλιο.
11. Μην ξεχνάτε να έχετε μαζί σας και να ζητάτε από τον Παιδίατρο να συμπληρώνει στο μπλε βιβλιário υγείας του παιδιού σας, τα εμβόλια που του κάνει. Να το διατηρείτε καθαρό και μην ξεχνάτε να το δώσετε στο παιδί σας όταν ενηλικιωθεί ώστε να το έχει μαζί του από κει και στο εξής.
12. Φροντίστε κατά διαστήματα να ρωτάτε το γιατρό σας να σας ενημερώνει για τα καινούργια εμβόλια.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Πίνακας βασικών εμβολίων

<u>Εμβόλιο</u>	<u>Ηλικία που γίνεται</u>	<u>Δόσεις</u>	<u>Επανάληψη</u>
<u>Πνευμονιοκόκκου</u> NEW	<ul style="list-style-type: none"> ■ Όλα τα παιδιά ηλικίας 2μηνών-2ετών ■ Όλα τα παιδιά 2-5 ετών που πηγαίνουν σε παιδικούς σταθμούς ■ Όλα τα παιδιά 2-5 ετών που πάσχουν από δρεπανοκυτταρική αναιμία , διαβήτη , χρόνιες παθήσεις της καρδιάς και των πνευμόνων , ασπληνία ,HIV ή βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Αν η πρώτη δόση γίνει σε ηλικία <u>2-6 μηνών</u> : γίνονται 3 δόσεις ανά 6 - 8 εβδομάδες ■ Αν η πρώτη δόση γίνει σε ηλικία <u>7-23 μηνών</u> : γίνονται 2 δόσεις ανά 6 - 8 εβδομάδες ■ Αν η πρώτη δόση γίνει σε ηλικία <u>μετά τον 24ο μήνα</u> : γίνεται 1 δόση 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Αν η πρώτη δόση γίνει σε ηλικία <u>2-11 μηνών</u> : γίνεται μια ακόμη δόση σε ηλικία 12-15 μηνών
<u>Ανεμευλογιάς</u> NEW	Από την ηλικία των 12 μηνών	<p>Από <u>12 μηνών - 12 ετών</u> : 1 δόση</p> <p><u>Από 13 ετών</u> : 2 δόσεις με μεσοδιάστημα 6 εβδομάδων</p>	
<u>Τριπλό</u> <u>(Διφθερίτιδας, Τετάνου ,Κοκκτη)</u>	2-3 μηνών με ένεση	Πέντε. Μία <u>κάθε μήνα</u> για τις 3 πρώτες, <u>ένα χρόνο μετά</u> η 4η και <u>5ετών</u> ή 5η	Όταν τελειώσουν και οι 5 δόσεις τριπλού συνεχίζουμε με διπλό (Τετάνου Διφθερίτιδας)
<u>Πολιομυελίτιδα</u> <u>(Sabin)</u>	2-3 μηνών από το στόμα	Πέντε. ■ Μία <u>κάθε 2 μήνες</u> για τις 3 πρώτες,	Μετά την 5η δόση σταματάει και δεν επαναλαμβάνεται

		<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>ένα χρόνο μετά η 4η και</u> ■ <u>5ετών ή 5η</u> 	
<u>Αιμόφιλου της</u> <u>Ινφλουέντσας</u> <u>τύπου Β</u> <u>(μηνιγγίτιδας)</u> <u>(Hib)</u>	2-3 μηνών με ένεση	Τέσσερις. Μία κάθε 2 μήνες για τις 3 πρώτες και ένα χρόνο μετά η 4η	Μετά την 4η δόση σταματάει και δεν επαναλαμβάνεται
<u>Ηπατίτιδα Β</u> <u>και</u> <u>Ηπατίτιδα Α</u>	Σε όλες τις ηλικίες. Συνήθως από 0-6μηνών με ένεση	Σε τρεις δόσεις. ■ Η πρώτη από την δεύτερη απέχει ένα μήνα, ενώ ■ η τρίτη γίνεται 5 μήνες μετά την 2η Για την Ηπατίτιδα Α αρκούν 2 δόσεις	
<u>Ίλαράς</u> <u>Ερυθράς</u> <u>Παρωτίτιδας</u>	15 μηνών με ένεση	Σε μία δόση	Αναμνηστική δόση γίνεται σε ηλικία 6 ετών
<u>Μηνιγγιτιδόκοκου</u> <u>С</u> <u>(Meningitec)</u>	Μετά τον 2ο μήνα και σε οποιαδήποτε ηλικία	Για τα βρέφη πριν το 1ο έτος ζωής τρεις δόσεις, μία κάθε μήνα. Για τα μεγαλύτερα του ενός έτους μόνο μία δόση	
<u>Αντιφυματικό</u> -	Μετά τον 6ο έτος	Σε μία δόση	Αναμνηστική γίνεται όταν , 6 μήνες μετά από τον εμβολιασμό γίνει τεστ Μαντού και έχει αρνητικό αποτέλεσμα, που σημαίνει ότι ο εμβολιασμός απέτυχε

Φωτογραφίες βασικών νοσημάτων

ΙΛΑΡΑ





ΕΡΥΘΡΑ



ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ



ANEMEYAOFIA

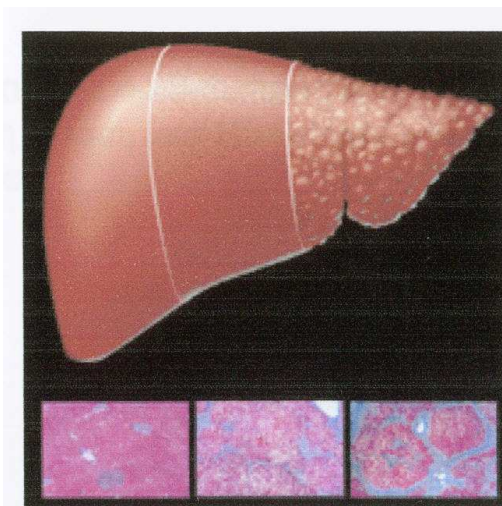




ΚΟΚΚΥΤΗΣ



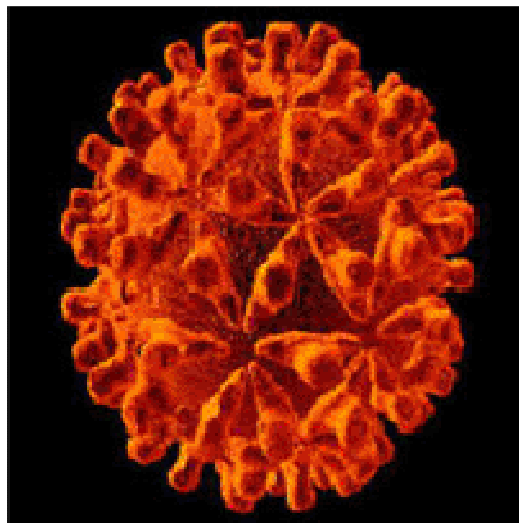
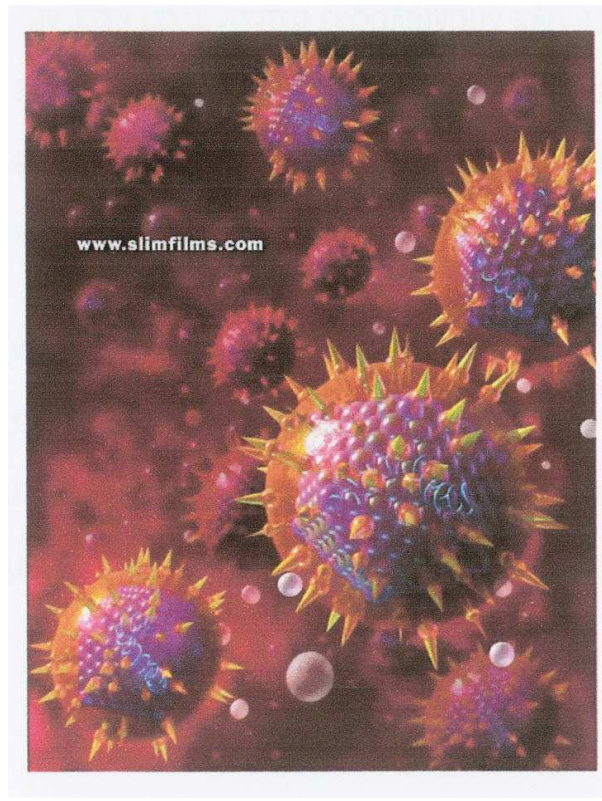
ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ



ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

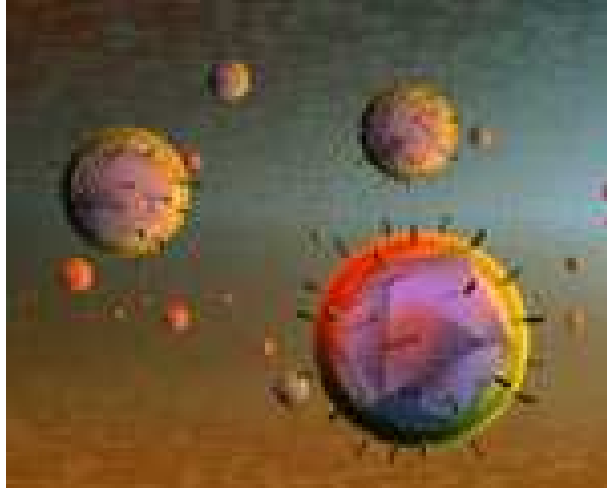


ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

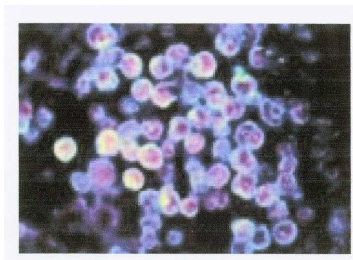


Ο ιός της ηπατίτιδας Β

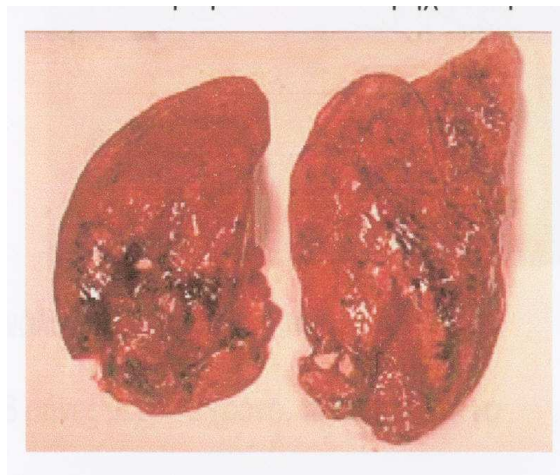
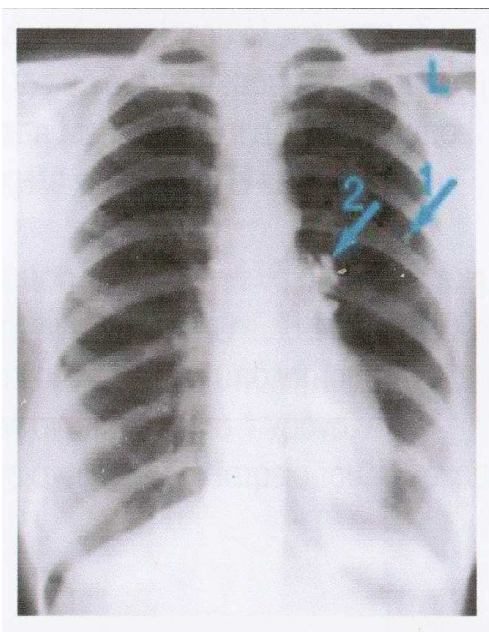
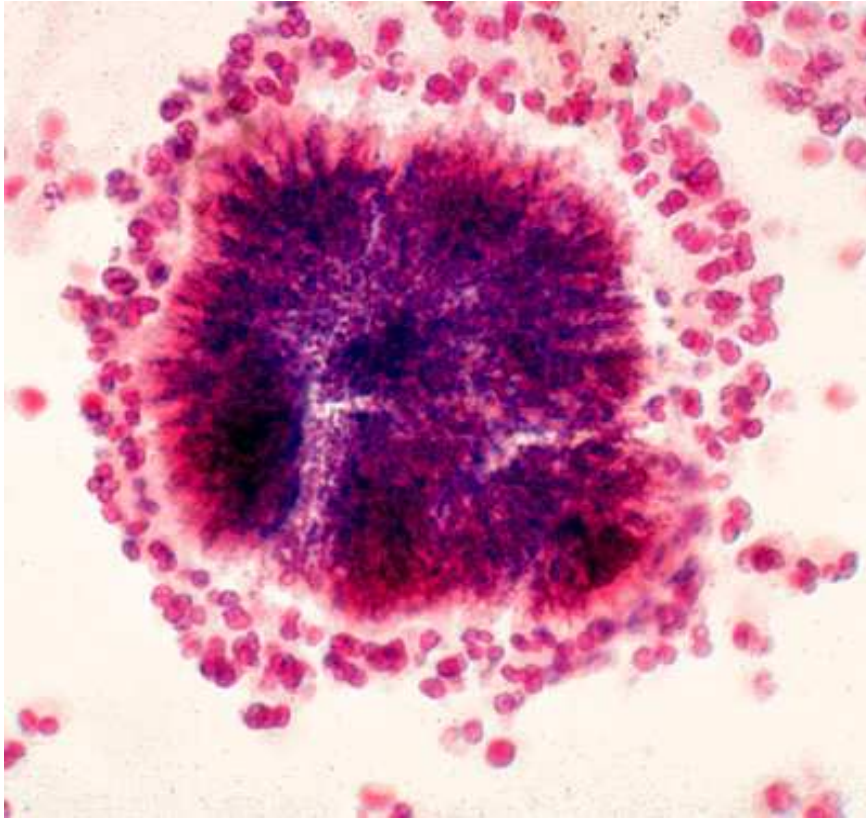
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C



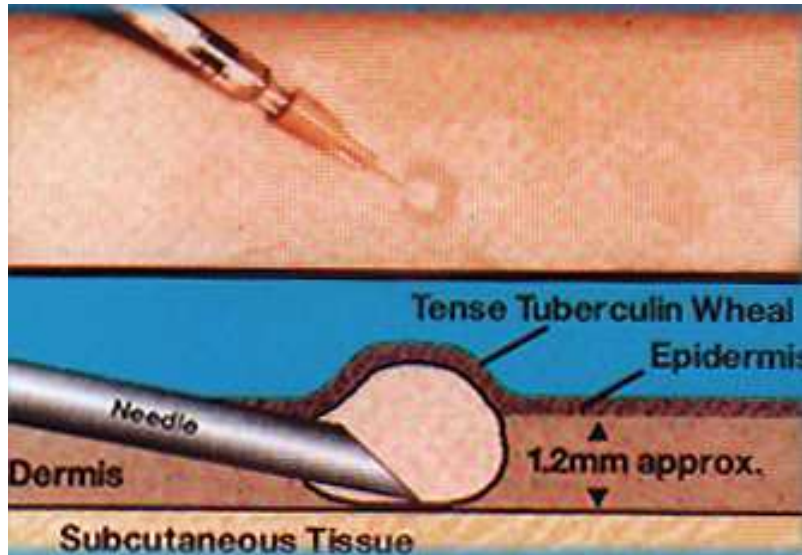
ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ



ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ



ΦΥΜΑΤΙΝΟΑΝΤΙΔΡΑΣΗ



ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- 1) Ιβάν Ίλλιτς, Ιατρική Νέμεση, Εκδοτική Ομάδα

- 2) Mary A. Nies-Melanie McEwen, Κοινωνική Νοσηλευτική, Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών, Τόμος II, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα 2001.

- 3) Scott C Litin M D, Mayo Clinic, Οικογενειακός Οδηγός Υγείας, Τόμος I, Εκδόσεις Αξιωτέλη, Αθήνα 2008.

EENH

- 4) Crowcroft NS, Walsh B, Davison KL, Gungabissoon u on behalf of PHLS Advisory Committee on Vaccination and Immunization. Guidelines for the control of hepatitis A virus infection. Commun Dis Public Health 2001.
- 5) Current recommendations on HAV control in selected countries in Europe. Report on the Viral Hepatitis Prevention Board meeting in Nice 1999.
- 6) Dumont JA, Barnes D, Younossi Z et all. Immunogenecity of hepatitis A vaccine in decompensated liver disease. Am J Gastroenterol 1999.
- 7) Beutels P, Van Damme P. Hepatitis A vaccine for secondary hepatitis A infection. Lancet 1999.
- 8) World Health Organization, Hepatitis B, 2002.
- 9) Hollinger FB, Liang TJ. Hepatitis B virus. In: Knipe DM et all., eds. Fields Virology, 4th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
- 10) CDC. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) MMWR 2005.
- 11) Okada K, Kamiyama I, Inomata M, Imai M, Miyakawa Y.e antigen and antie in serum of asymptomatic carrier mothers as indicators of positive and negative transmission of hepatitis B virus to their infants. N Engl J Med 1996.
- 12) Levy M, Koren G, Hepatitis B vaccine in pregnancy: maternal and fetal safety. Am J Perinatol 1991.
- 13) Bohlke K, Davis RL, Marcy SM, et al. Risk of anaphylaxis after vaccination of children and adolescents. Pediatrics 2003.
- 14) Avis du Conseil supérieur d' hygiene publique de France relatif à la vaccination par le vaccin conjugué contre le méningocoque C du 15 novembre 2002. Bull Epidemiol Hebd 2002.
- 15) Virk A, Jong E.C. Adult Immunizations. In: Kozarsky PE, et al. Travel Medicine. Mosby 2004.

- 16) Direction générale de la Santé, Prophylaxie des infections à méningocoque. Circulaire DGS/SD5C/2002/400 du 15 juillet 2002. Bull Epidemiol Hebd 2002.
- 17) Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR, July 17, 2008.
- 18) Improving Influenza Vaccination Rates in Health Care Workers. Strategies to Increase Protection for Workers and Patients. National Foundation for Infectious Diseases.
- 19) Influenza Vaccines. World Health Organization Weekly Epidemiological Record, 2005.
- 20) ECDC, Guidance. Priority risk groups for influenza vaccination, Stockholm, August 2008.
- 21) Poliomyelitis Prevention in the United States. Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR, May 19, 2000.
- 22) Robertson SE. The immunological basis of immunization. Poliomyelitis. Geneva: World Health Organization, 1993.
- 23) WHO Adverse events following yellow fever vaccination. Weekly Epidemiological Record 2001.
- 24) Martin M, Tsai TF, et al. Fever and multisystem organ failure associated with 17D-derived yellow fever vaccination: a report of four cases. Lancet 2001.
- 25) Cetron MS, Marfin AA, et al. Yellow fever vaccine. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2002.
- 26) Monath T.P. Yellow fever vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein WA. Vaccines. 4th ed. Saunders, 2004.

ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΙ ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ

- 27) [www. Iatrotek.online.gr](http://www.Iatrotek.online.gr)
- 28) www. Who.int/vaccines
- 29) www. vaccines.ch/intro.htm
- 30) www. Phls.co.uk
- 31) [www. Open.gov.uk/-search ‘immunization’](http://www. Open.gov.uk/-search 'immunization')
- 32) [www. Sunte.gouv.gr/-search ‘vaccination’](http://www. Sunte.gouv.gr/-search 'vaccination')
- 33) www. Cdc.gov
- 34) www2. cdc.gov/mmwr/mmwr-wk.html
- 35) www2. cdc.gov/mmwr/mmwr-rr.html
- 36) www. Iatronet.gr
- 37) www. Geocities.com/zavitsanosgr/emvolia.htm
- 38) www. Health.in.gr
- 39) www. Sante.gouv.fr
- 40) www. Cdc.gov/travel/diseases/menin.htm
- 41) www. Nhs.uk

- 42) [www. Keel.org.gr](http://www.Keel.org.gr)
- 43) [www. Cdc.gov/travel/diseases/polio.htm](http://www.Cdc.gov/travel/diseases/polio.htm)
- 44) [www. Cdc.gov/travel/diseases/yellowfever.htm](http://www.Cdc.gov/travel/diseases/yellowfever.htm)
- 45) [www. Cdc.gov/travel/yb/outline.htm#2](http://www.Cdc.gov/travel/yb/outline.htm#2)
- 46) [www. Cdc.gov/travel/diseases/hav.htm](http://www.Cdc.gov/travel/diseases/hav.htm)
- 47) [www. Iatrikionline.net](http://www.Iatrikionline.net)
- 48) [www. Medlook.net](http://www.Medlook.net)
- 49) [www. Labtestsonline.gr/tests/Hepatitis B.html](http://www.Labtestsonline.gr/tests/Hepatitis B.html)
- 50) 3tee-Rodou.dod.sch.gr

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ

1. ΦΥΛΟ:

- ΑΝΔΡΑΣ
- ΓΥΝΑΙΚΑ

2. ΗΛΙΚΙΑ:

- <20
- 20-24
- 25-29
- 30-34
- 35-39
- 40-44
- 45-49
- 50-54
- 55-59
- >59

3. ΜΟΡΦΩΣΗ:

- Διετούς εκπαίδευσης(ΔΕ)
- Τεχνολογικής εκπαίδευσης(ΤΕ)
- Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης(ΠΕ)

4. ΔΙΑΜΟΝΗ:

- Χωριό
- Κωμόπολη
- Επαρχιακή πόλη
- Μεγαλούπολη

5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- Έγγαμος
- Άγαμος
- Διαζευγμένος

6. ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

- Νοσηλεύτης
- Επισκέπτρια υγείας
- Μαία
- Βρεφονηπιοκόμος
- Βοηθός θαλάμου
- Μεταφορέας ασθενών

7. ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑΣ:

- 5 χρόνια
- 10 χρόνια
- 15 χρόνια
- 20 χρόνια
- 25 χρόνια
- 30 χρόνια
- 35 χρόνια

8. ΣΕ ΠΟΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ;

- ΠΕΠΑΓΓΝΗ
- ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ

9. ΈΧΕΤΕ ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

10. ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ;

- Από συναδέλφους
- Από έντυπο υλικό
- Από την κοινωνική υπηρεσία
- Από τον χώρο εργασίας
- Από κάπου αλλού

11. ΠΟΙΟΣ ΕΧΕΙ ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΕΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟ ΣΑΣ ;

- Ο ίδιος
- Ο χώρος εργασίας σας
- Η κοινωνική υπηρεσία
- Η κοινωνία

12. ΠΟΙΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ;

- Της ιλαράς
- Της ερυθράς
- Της παρωτίτιδας
- Της πολιομυελίτιδας
- Του τετάνου
- Της διφθερίτιδας
- Του AIDS
- Της μηνιγγίτιδας
- Της ηπατίτιδας Α
- Της ηπατίτιδας Β
- Της φυματίωσης
- Του κοκίτη
- Της γρίπης

13. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

14.ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΤΕ;

- _____

15.ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ 2008-2009 ;.

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

16. ΓΙΑΤΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΗΚΑΤΕ ;

- Για να προφυλάξετε τους ασθενείς
- Για να προφυλάξετε την οικογένεια σας
- Για να προφυλάξετε τον εαυτό σας

17. ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΘΑ ΕΙΧΑΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΝΑ ΣΑΣ ΚΑΝΕΙ ΕΜΒΟΛΙΟ ;

- Στον οικογενειακό σας γιατρό
- Στον παθολόγο
- Στο φαρμακοποιό
- Σ έναν συνάδελφο(νοσηλεύτη)

18. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ 1)ΤΕΤΑΝΟ , 2)ΔΙΦΘΕΡΙΤΙΔΑ , 3)ΚΟΚΚΥΤΗ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

19. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

20. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

21. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

22. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

23. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

24. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΙΛΑΡΑ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

25. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

26. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΕΡΥΘΡΑ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

27. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

28. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

29. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

30. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

31. ΑΝ ΟΧΙ ΕΧΕΤΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΣΗΣ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

32. ΕΧΕΤΕ ΕΜΒΟΛΙΑΣΘΕΙ ΓΙΑ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

33. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΘΕΤΙΚΗ ΜΑΝΤΟΥΧ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

34. ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

35. ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

36. ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ (ΑΥΓΑ, ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ-ΝΕΟΜΥΚΙΝΗ, ΑΛΛΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

37. ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΣΕΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΠΡΟΣΦΑΤΑ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

38. ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΤΥΧΗΜΑ (ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ Π.Χ ΤΡΥΠΗΘΗΚΑΤΕ ΜΕ ΒΕΛΟΝΑ Η ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΙΧΜΗΡΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΩΣΤΕ ΝΑ ΚΙΝΔΥΝΕΥΤΕ) ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

39. ΑΝ ΝΑΙ ΤΟ ΔΗΛΩΣΑΤΕ ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΜΑΣ ΔΙΑΘΕΣΑΤΕ!

