



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΤΣΑΜΗ ΕΛΠΙΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΛΑΓΚΑΛΙΝΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί η γυναίκα να προσβληθεί από λοιμώδεις ασθένειες όπως σε κάθε άλλη περίοδο της ζωής της. Οποιοδήποτε λοιμώδες νόσημα πλήξει την έγκυο, δημιουργεί μία κατάσταση δυσάρεστη, αν όχι επικίνδυνη για την ίδια, αλλά το σοβαρότερο και πιο αισθητό πρόβλημα είναι εκείνο που σχετίζεται με τις λοιμώξεις, τις ικανές να μολύνουν το έμβρυο και να του προκαλέσουν βλάβες περισσότερο ή λιγότερο σοβαρές.

Οι ασθένειες αυτές έχουν γενικά το κοινό χαρακτηριστικό ότι προκαλούνται από μολυσματικούς παράγοντες (ιούς, βακτήρια ή πρωτόζωα). Κάποιες από αυτές είναι : η ερυθρά, η τοξοπλάσμωση, η σύφιλη, η ηπατίτιδα, το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), ο μεγαλοκυτταροϊός, ο ιός της γρίπης, ο απλός έρπητας τύπου I και II και ο ιός της ανεμευλογιάς-ζωστήρα.

Η σοβαρότητα του προβλήματος απαιτεί και τη σοβαρή αντιμετώπιση του. Με την αναγνώριση του προβλήματος, την έγκαιρη διάγνωση και την οργάνωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η αντιμετώπιση γίνεται πιο αποτελεσματική με τα μέτρα που λαμβάνονται.

ABSTRACT

During pregnancy, can the woman suffering from infectious diseases as in any other period of life. Any infectious disease hit pregnant, creates a situation unpleasant, if not dangerous in itself, but the most serious and most noticeable problem is that associated with the infections, the capable of infecting the fetus and the damage more or less serious.

These diseases have a common characteristic that is generally caused by infectious agents (viruses, bacteria or protozoa). Some of these are: rubella, toxoplasmosis, syphilis, hepatitis, acquired immune deficiency syndrome (AIDS), the cytomegalovirus, the influenza virus, herpes simplex type I and II and the varicella-zoster virus.

The severity of the problem requires a serious treat. By recognizing the problem, early detection and organization of medical and nursing staff, the treatment becomes more effective the measures taken.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	10
ΙΟΣ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ Η ΜΕΓΑΛΟΚΥΤΤΑΡΟΙΟΣ (CMV).....	10
1.1 Γενικά	10
1.2 Επιδημιολογία- Μετάδοση	10
1.3 Διάγνωση.....	11
1.4 Επιπλοκές.....	13
1.5 Θεραπεία-Πρόληψη	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	14
ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ	14
2.1 Γενικά	14
2.2 Μετάδοση-Επιδημιολογικά στοιχεία.....	14
2.3 Κλινική εικόνα.....	14
2.4 Διάγνωση.....	15
2.5 Πρόληψη	15
2.6 Θεραπεία	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	17
ΑΠΛΟΣ ΕΡΠΗΤΑΣ.....	17
3.1 Γενικά	17
3.2 Μετάδοση – Επιδημιολογικά στοιχεία.....	17
3.3 Κλινική εικόνα.....	18

3.4 Διάγνωση.....	18
3.6 Επιπλοκές.....	19
3.7 Πρόληψη – Προφύλαξη	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	21
Ο ΙΟΣ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑΣ – ΕΡΠΗΤΑΣ ΖΩΣΤΗΡΑΣ (VZV)	21
4.1 Γενικά.....	21
4.2 Αιτιολογία – Επιδημιολογία.....	21
4.3 Κλινική εικόνα.....	21
4.4 Διάγνωση.....	22
4.5 Κύηση και VZV.....	22
4.6 Επιπλοκές.....	23
4.7 Θεραπεία – Πρόγνωση.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	25
ΣΥΦΙΛΗ.....	25
5.1 Εισαγωγή	25
5.2 Μετάδοση- Επιδημιολογικά στοιχεία	25
5.3 Κλινική εικόνα.....	25
5.4 Διάγνωση.....	26
5.5 Επιπλοκές.....	27
5.6 Πρόληψη-Θεραπεία	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	28
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ.....	28
6.1 Γενικά	28
6.2 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β	28
6.3 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α	32
6.4 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	34

ΕΡΥΘΡΑ	34
7.1 Εισαγωγή	34
7.2 Μετάδοση – Επιδημιολογικά στοιχεία	34
7.3 Κλινική εικόνα	34
7.4 Διάγνωση	35
7.6 Επιπλοκές	36
7.7 Πρόληψη – Προφύλαξη	37
7.8 Αντιμετώπιση	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	39
ΙΟΣ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ – INFLUENZA	39
8.1 Γενικά	39
8.2 Αιτιολογία-Μετάδοση-Κλινική εικόνα-Επιπλοκές	39
8.3 Βλάβες στο νεογνό	39
8.4 Διάγνωση-Θεραπεία-Πρόληψη	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	41
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ΣΕΑΑ), (Acquired Immune deficiency Syndrome, AIDS)	41
9.1 Εισαγωγή	41
9.2 Αιτιολογία-Ανοσοβιολογία-Επιδημιολογία	41
9.4 Κλινική εικόνα-Φυσική πορεία της νόσου	43
9.5 Διάγνωση	45
9.6 Το AIDS στην κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία	45
9.7 Πρόληψη – Θεραπεία	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	49
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	49
10.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με λοιμώξεις-βασικές αρχές	49
10.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1	52

10.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2	57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι λοιμώξεις είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο κατά την κύηση. Η άμεση ή έμμεση επαφή της εγκύου με κάποιο άτομο που πάσχει από κάποια λοίμωξη δημιουργεί πανικό και ανησυχία τόσο για την ίδια όσο και για το περιβάλλον της.

Οι ενδομήτριες ιογενείς λοιμώξεις βρίσκονται στο προσκήνιο του θεραπευτικού ενδιαφέροντος, τόσο για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν στο έμβρυο, το νεογνό και τη μετέπειτα ζωή του, όσο και για τις δυσκολίες που παρουσιάζονται όσον αφορά τη θεραπεία αυτών.

Σ'αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθούν τα εξής :

Από έρευνα του εθνικού κέντρου υγιεινής και βιοστατιστικής στις ΗΠΑ αναφέρονται τα εξής : Από τα 3.500.000 παιδιά που γεννιούνται σε ένα χρόνο , το 5% αναφέρει διανοητική υστέρηση. Από τα αίτια,το 10% αποδίδεται σε λοιμώδη νοσήματα και ιδίως στον ιό των μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων και σε αυτόν της ερυθράς.

Η επίδραση των ιών στη μητέρα και στο έμβρυο προκαλούν λοιμώξεις που μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα :

Αυτόματη αποβολή

Πρόωρο τοκετό

Διαταραχές στην ανάπτυξη του εμβρύου

Ενδομήτριο θάνατο

Το φάσμα των κλινικών εκδηλώσεων σχετίζεται άμεσα με την ηλικία του εμβρύου. Αν η λοίμωξη εμφανιστεί στο 1ο τρίμηνο κύησης υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος βλάβης του εμβρύου και εμφάνισης συγγενών διαμαρτιών γιατί αυτή η περίοδος χαρακτηρίζεται από την οργανογένεση.

Σήμερα αρκετές λοιμώξεις έχουν εκριζωθεί με την ευρεία εφαρμογή της ανοσοποίησης.

Το έμβρυο προστατεύεται από τις λοιμώξεις χάρη στο δικό του αμυντικό σύστημα που είναι:

Οι μεμβράνες και τα υγρά που το περιβάλλουν

Ο πλακουντιακός φραγμός

Η παθητική ανοσοποίηση από τη μητέρα

Παρ'όλα αυτά το έμβρυο είναι περισσότερο ευπαθές από κάποιο εξωμήτριο οργανισμό εξαιτίας κάποιων παραγόντων που αναφέρονται κάτωθι :

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι ο υγιής πλακούντας είναι αδιαπέραστος για πάρα πολλούς μικροοργανισμούς όχι όμως και για τους ιούς που εξαιτίας του μικρού μεγέθους έχουν μεγάλη διεισδυτική ικανότητα έτσι ώστε να διαπερνούν τον πλακούντα.

Το έμβρυο παράγει αντισώματα στις 20 περίπου εβδομάδες της κύησης. Επίσης, ο αριθμός των λευκοκυττάρων στις 12 πρώτες εβδομάδες που κυκλοφορούν στο αίμα και το μεσοκυττάριο χώρο, γενικότερα, του εμβρύου είναι μικρός και δεν προσφέρει αποτελεσματική προστασία έναντι των ιών. Τα κύτταρα του εμβρύου παράγουν μικρότερη ποσότητα αντισωμάτων ενώ τα πολύ γρήγορα πολλαπλασιασμένα κύτταρα θεωρούνται κατάλληλο υπόστρωμα για την αναπαραγωγή των ιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΟΣ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ Η ΜΕΓΑΛΟΚΥΤΤΑΡΟΙΟΣ (CMV)

1.1 Γενικά

Η νόσος των μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων θεωρείται ως ένα από τα κυριότερα αίτια για την πρόκληση συγγενών ανωμαλιών για το έμβρυο. Ο χρόνος επώασης της νόσου δεν είναι γνωστός με ακρίβεια αλλά υπολογίζεται σε 3-10 εβδομάδες.

Η λοίμωξη μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο και να καταλήξει σε αποβολή, θνησιγονία ή γέννηση νεογνού χαμηλού βάρους (small for dates). Μπορεί ακόμα να προκληθεί εμφανής ή αφανής λοίμωξη (Bonitaet.al.2009).

1.2 Επιδημιολογία- Μετάδοση

Αν η νόσος από μεγαλοκυτταρικό ιό προσβάλλει φυσιολογικά παιδιά ή ενήλικες, μόνο ένα ποσοστό της τάξεως 1-15% εκδηλώνουν κλινική συμπτωματολογία που μπορεί να παρουσιαστεί με την εικόνα λοιμώδους μονοπυρήνωσης, ηπατίτιδας σε ήπια μορφή, διάμεσης πνευμονίας, αιμολυτικής αναιμίας, θρομβοκυτταροπενίας, καθώς και με διαταραχές από το ΚΝΣ και το γαστρεντερικό σύστημα (Fieldset.al.2008).

Ειδικά για την περιγεννητική μετάδοση :

Η μετάδοση από τη μητέρα στο έμβρυο ή το νεογνό συμβαίνει πιο συχνά μετά από οξεία λοίμωξη της μητέρας μέσω των εξής μηχανισμών : διαπλακουντιακά – μέσω εισπνοής επαφή με εκκρίσεις του κόλπου – με θηλασμό.

Οι λοιμώξεις από τον CMV είναι συνηθισμένες σε παγκόσμια κλίμακα. Η λοίμωξη μεταδίδεται με τις εκκρίσεις του γεννητικού συστήματος, μέσω του πλακούντα, με το θηλασμό, μέσω του ουροποιητικού και με τις ρινοφαρυγγικές εκκρίσεις. Η νόσηση από τον ιό δεν αφήνει ανοσία και ελλοχεύει ο κίνδυνος πιθανής επαναμόλυνσης οποιαδήποτε στιγμή.

Η συχνότητα της λοίμωξης από CMV στο σύνολο των γεννήσεων αναφέρεται σε ποσοστό 1-2% ενώ το ποσοστό των μητέρων που έχουν μολυνθεί και μεταδώσει τον ιό στο έμβρυο, διαπλακουντιακά ανέρχεται περίπου στο 45%-60% σε ανεπτυγμένες χώρες και το 90% σε αναπτυσσόμενες. Από τα νεογνά αυτά αναπτύσσουν κλινική νόσηση μόνο το 5-10%.

Σοβαρή προσβολή του νεογέννητου που μολύνεται διαπλακουντιακά παρατηρείται σε ποσοστό 2-4% με κύριες βλάβες στο ΚΝΣ, αμφιβληστροειδοπάθεια, θρομβοκυτταροπενία και βλάβες στο γαστρεντερικό σύστημα (Plachteret.al.2016).

Η ανίχνευση του ιού γίνεται στα ούρα και στο σάλιο της μητέρας, η οποία συχνά είναι θετική για τα αντισώματα. Η ανίχνευση και η απομόνωση του ιού του CMV στα νεογνά γίνεται με την καλλιέργεια και PCR στα ούρα και στο αίμα και ανέρχεται σε ποσοστό 0,5-3%.

Ένα ποσοστό 10% των νεογνών αποβάλλει τον ιό στα ούρα για τρεις μήνες από την γέννηση. Αν η αποβολή αυτού συνεχιστεί και μετά τους τρεις μήνες από την γέννηση ενοχοποιούνται κυρίως διάφορες περιγεννητικές μολύνσεις κυρίως αν η μητέρα πάσχει από CMV-τραχηλίτιδα, οπότε η μόλυνση γίνεται κατά τη δίοδο από το γεννητικό σωλήνα της μητέρας.

Τα τελευταία χρόνια το πρόβλημα της λοίμωξης από το μεγαλοκυτταροϊό έχει γίνει μεγαλύτερο και φοβίζει περισσότερο τους ερευνητές κυρίως για τους παρακάτω λόγους :

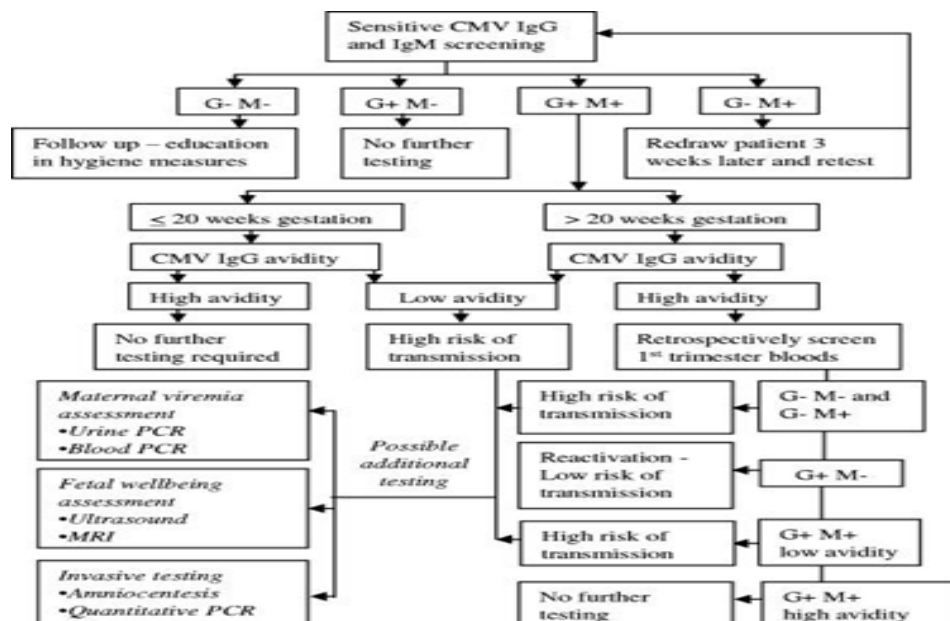
- Η λοίμωξη από CMV μπορεί να είναι υποκλινική, οπότε δεν δίνεται η δυνατότητα να ληφθούν μέτρα για την πρόληψή της πριν ή κατά τη διάρκεια της κύησης. Βαριές βλάβες στο έμβρυο παρατηρούνται όταν η μόλυνση επέλθει στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Οι ελαφρότερες βλάβες που προκαλούνται στο έμβρυο από συγγενή λοίμωξη γίνονται τις περισσότερες φορές αντιληπτές αρκετό καιρό, μετά την γέννηση και ιδίως κατά την σχολική ηλικία με μορφή ελαφριάς κώφωσης ή διαταραχή της ομιλίας, της συμπεριφοράς, της αντίληψης ή με την εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών.
- Όπως ήδη αναφέραμε είναι δυνατόν το έμβρυο να μολυνθεί κατά την έξοδό του από τον γεννητικό σωλήνα αν η μητέρα πάσχει από CMV-τραχηλίτιδα.
- Ο ιός ανιχνεύεται με εργαστηριακό έλεγχο του νεογνού σε χρονικό διάστημα από 3εβδομάδες έως 2 μήνες από τη γέννησή του. Ο CMV απομονώνεται από τον τράχηλο της μητέρας σε μεγάλο ποσοστό καθώς η συχνότητά του είναι πιο μεγάλη στις έγκυες συγκριτικά με τις μη έγκυες γυναίκες (Χατζηιωαννίδης et.al.2093).

1.3 Διάγνωση

Η διάγνωση της λοίμωξης από CMV γίνεται:

1. Με ανεύρεση των μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων σε εκκρίσεις ή κυτταρολογικά επιχρίσματα.
2. Με απομόνωση του ιού στις διάφορες εκκρίσεις μέσω καλλιιεργειών.
3. Με ειδικές ορολογικές αντιδράσεις (ανίχνευση αντισωμάτων).
4. Με απομόνωση του DNA του ιού με PCR από το αίμα και τα ούρα.

Η διάγνωση της CMV λοίμωξης κατά την κύηση, βασίζεται στην αμνιοκέντηση 6 εβδομάδες μετά την πιθανή έκθεση ή 2 εβδομάδες μετά την γέννηση. Η αξία της ανίχνευσης CMV DNA στο αμνιακό υγρό και προγεννητική θεραπεία δεν είναι επιβεβαιωμένη. Παρακάτω παρατίθεται ο αλγόριθμος για τη διάγνωση ή αποκλεισμό της CMV λοίμωξης κατά την κύηση (Χατζηιωαννίδης et.al.2093).



Εικόνα 1: Αλγόριθμος διάγνωσης CMV λοίμωξης στην κύηση.

1.4 Επιπλοκές

Οι κυριότερες επιπλοκές στο έμβρυο είναι οι εξής :

Μικροκεφαλία	Βλάβες στο γαστρεντερικό σύστημα
Ψυχοκινητική καθυστέρηση	Αποτιτανώσεις της εγκεφαλικής ουσίας
Σπασμοί	Ίκτερος
Τύφλωση	Σπληνομεγαλία
Προσβολή του ΚΝΣ	Υπατομεγαλία
Χοροαμφιβληστροειδίτιδα (σπανια)	Αιμολυτική αναιμία
Πνευμονία	Κώφωση

Άλλες πιθανές βλάβες είναι οι εξής :

Διαταραχές στη συμπεριφορά, αντίληψη, ομιλία.
Νεφροπάθεια ή βλάβη στα επινεφρίδια.
Small for dates (χαμηλού βάρους) νεογνά.
Βλάβη στα επιμήκη οστά.
Βλάβη του πεπτικού σωλήνα.
Θρομβοκυτταροπενία με πορφύρα.

1.5 Θεραπεία-Πρόληψη

Οι μόνοι τρόποι πρόληψης από τη νόσο είναι η απομάκρυνση των μη προσβεβλημένων εγκύων γυναικών από γνώστες εστίες μετάδοσης του ιού, όπως τμήματα νοσηλείας νεογνών, νηπιαγωγεία, παιδικοί σταθμοί κ.λ.π., καθώς και από άτομα που νοσούν ή είναι υγιείς μικροβιοφόροι της νόσου (Sparling et al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ

2.1 Γενικά

Είναι ανθρωποζωονόσος που οφείλεται στο πρωτόζωο τοξόπλασμα gondii, με κύριο ξενιστή τη γάτα και ενδιάμεσους ξενιστές τα βοοειδή, αιγοπρόβατα κ.α.

2.2 Μετάδοση-Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο άνθρωπος μολύνεται από κατανάλωση μη καλά ψημένου κρέατος που περιέχει τους τροφοζώιτες του παράσιτου ή από επαφή με περιττώματα γάτας που περιέχουν τις ωοκύστες του. Στη μητέρα η λοίμωξη διαδράμει ασυμπτωματικά στο 80%-90% των περιπτώσεων. Στο κύημα μεταδίδεται μόνο κατά το στάδιο της παρασιταιμίας της μητέρας. Η κάθετη μετάδοση είναι δυνατή σε όλη τη διάρκεια της κύησης, αλλά οι συνέπειες στο κύημα είναι τόσο σοβαρότερες όσο νωρίτερα κατά την κύηση νοσήσει η μητέρα. Έχει εμφανιστεί σχεδόν σε κάθε είδος θηλαστικού και σε πολλά είδη πουλιών. Στους ανθρώπους το τοξόπλασμα έχει βρεθεί σε όλα τα μέρη του κόσμου και εκτιμάται περίπου το 1/3 του πληθυσμού που έχει μολυνθεί με λανθάνουσα τοξοπλάσμωση. Οι επιπτώσεις της τοξοπλάσμωσης διαφέρουν στις υποανάπτυκτες χώρες αφού είναι μεγαλύτερες έναντι των ανεπτυγμένων χωρών. Αυτή η διακύμανση μπορεί να εξηγηθεί από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του αριθμού και της παρουσίας των γατών και του κλίματος της κάθε χώρας (Sankaranet.al., 2016).

2.3 Κλινική εικόνα

Σε ένα σημαντικό ποσοστό τα νεογέννητα με ενδομήτρια λοίμωξη από τοξόπλασμα είναι ασυμπτωματικά, αλλά τα περισσότερα από αυτά θα εκδηλώσουν αργότερα μόνιμες βλάβες από τα μάτια ή το ΚΝΣ. Οι κλινικές μορφές εκδηλώνονται με:

1. Εικόνα γενικευμένης νόσου με εξανθήματα (πορφυρικά και " blueberry muffin"), ηπατοσπληνομεγαλία, ίκτερο, αναιμία, θρομβοπενία.
2. Προσβολή του ΚΝΣ (υδροκεφαλία ή μικροκεφαλία, σπασμοί, αυξημένη τάση της μεγάλης πηγής και ενδοκρανιακές επασβεστώσεις) που είναι ιδιαίτερα συχνή και μπορεί να αποτελεί και τη μοναδική εκδήλωση της νόσου κατά τη γέννηση.
3. Οφθαλμική προσβολή (χοριοαμφιβληστροειδίτιδα, καταρράκτη, μικροφθalmία).
4. Μπορεί να εμφανιστούν ακόμη και στις ασυμπτωματικές περιπτώσεις. Συχνότερες είναι οι συνέπειες της χοριοαμφιβληστροειδίτιδας (νυσταγμός, στραβισμός, τύφλωση) και της προσβολής του ΚΝΣ, νευρογενής βαρηκοΐα (Silasiet.al., 2015).

2.4 Διάγνωση

Η διάγνωση της τοξοπλάσμωσης βασίζεται στην ανίχνευση των ειδικών IgM αντισωμάτων στο νεογνό και του DNA του ιού με PCR. Χαρακτηριστικά ευρήματα μπορούν να προκύψουν από τον ακτινολογικό έλεγχο εγκεφάλου (μικροκεφαλία).

2.5 Πρόληψη

Προληπτικά ,συνιστάται στην έγκυο:

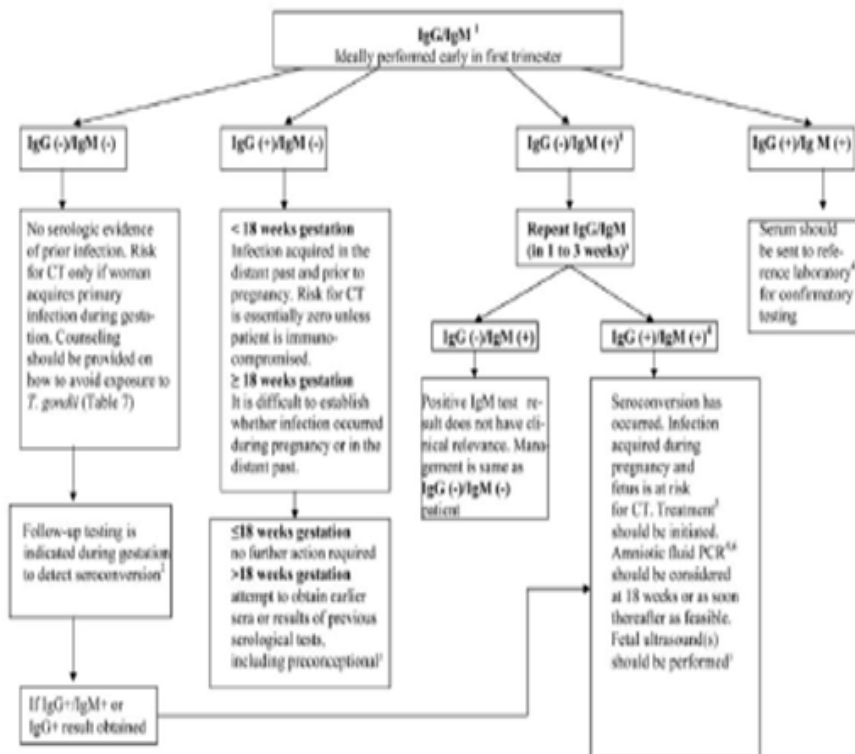
- Σχολαστική τήρηση των κανόνων υγιεινής.
- Πλύσιμο χεριών με σαπούνι και νερό.
- Αποφυγή ταξιδιών σε μη αναπτυγμένες χώρες.
- Αποφυγή κατανάλωσης μη φιλτραρισμένου νερού, ανεπαρκώς πλυμένων φρούτων και λαχανικών, ωμού ή ανεπαρκώς μαγειρεμένου κρέατος και ίσως οστρακοειδών.
- Αποφυγή επαφής με απορρίμματα γατών

2.6 Θεραπεία

Η νόσος στην έγκυο αντιμετωπίζεται με χορήγηση σπειραμικίνης πριν τη 16η εβδομάδα της κύησης και με συνδυασμό σπειραμικίνης με πυριμεθαμίνη μετά τη 16η εβδομάδα και εφ' όσον υπάρχει υποψία προσβολής του κυήματος. Η χορήγηση

πυριμεθαμίνης αντενδείκνυται πριν τη 16η εβδομάδα κύησης, γιατί είναι δυνητικά τερατογόνος (Silasiet.al., 2015).

Παρακάτω φαίνεται ο αλγόριθμος χειρισμού της νόσου κατά την κύηση



Εικόνα 2: Αλγόριθμος διερεύνησης-αντιμετώπισης τοξοπλάσμωσης στην κύηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΠΛΟΣ ΕΡΠΗΤΑΣ

3.1 Γενικά

Ο ιός του απλού έρπητα I και II αποτελεί το δεύτερο σε συχνότητα σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα με σημαντική άνοδο τα τελευταία χρόνια. Κύριο χαρακτηριστικό και των δύο ιών είναι οι συχνές υποτροπές που παρουσιάζει η νόσος.

Το CDC (Center of Disease Control and Prevention) υποστηρίζει ότι 1 στους 6 γενικά στις ΗΠΑ πάσχουν από έρπητα γεννητικών οργάνων με 800.000 περιπτώσεις κάθε χρόνο. Η συχνότητα λοίμωξης από HSV-2 είναι υψηλότερη ανάμεσα στις γυναίκες (23,1%) σε σχέση με τους άντρες (11,2%).

Στις μέρες μας η σημασία της νόσου έχει αυξηθεί, αφ' ενός λόγω της γνώσεως των σοβαρών επιπτώσεων που μπορεί να έχει το έμβρυο και αφ' ετέρου, λόγω της πιθανής αιτιολογικής σχέσης του ίδιου τύπου του ιού με τον καρκίνο του τραχήλου (Καβαλιώτης, 1993).

3.2 Μετάδοση – Επιδημιολογικά στοιχεία

Οι HSV-1 και 2 είναι μέλη μιας μεγάλης οικογένειας DNA ιών από τους οποίους 8 έχουν αναγνωρισθεί ως λοιμογόνοι για τον άνθρωπο. Οι HSV-1 και HSV-2 μεταδίδονται μέσω των επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου όπως και μέσω περιοχών λύσης συνέχειας του δέρματος και μεταναστεύουν στο νευρικό ιστό. Ο HSV-1 κυριαρχεί στις στοματοπροσωπικές βλάβες. Πιο ειδικά ο τύπος I είναι υπεύθυνος κυρίως για τον έρπητα του στόματος και μόνο σε 20% των γεννητικών οργάνων, ενώ ο τύπος II ενοχοποιείται για το γεννητικό έρπητα.

Επικρατεί η άποψη ότι ο τρόπος μετάδοσης εξαρτάται κυρίως από τον τύπο του ιού. Θεωρείται, δηλαδή ότι ο τύπος I μεταδίδεται από την στοματοαναπνευστική οδό κυρίως στη παιδική ηλικία και αφορά περισσότερο ομάδες χαμηλού κοινωνικού – οικονομικού επιπέδου. Αντίθετα, ο τύπος II μεταδίδεται σεξουαλικά και αυτός, γι' αυτό κατατάσσεται στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η μετάδοση αφορά τις ηλικίες της μέγιστης σεξουαλικής δραστηριότητας και φτάνει το μέγιστο μεταξύ 20 και 30 ετών και εξαρτάται από

τον αριθμό των συντρόφων που εναλλάσσονται και τον τρόπο που ασκείται η σεξουαλική δραστηριότητα(Καβαλιώτης, 1993).

3.3 Κλινική εικόνα

Η πρωτοπαθής λοίμωξη διατρέχει σε πολλούς ασθενείς συμπτωματικά και μόνο 50% των ασθενών παρουσιάζουν συμπτώματα που ελκύουν την προσοχή του ιατρού.

Η νόσος εκδηλώνεται μετά από χρόνο επώασης 8 – 9 ημερών. Γενικά παρατηρείται ένας τοπικός πολλαπλασιασμός του ιού με συμμετοχή των επιχώριων λεμφογαγγλίων. Σπάνια αυτό οδηγεί σε ιαιμία και διασπορά της λοίμωξης.

Στον τύπο I : παρατηρούνται σε νέα άτομα επιχείλιες φυσαλιδώδεις βλάβες, ουλίτιδα, στοματίτιδα, κερατοεπιπεφυκίτιδα, βλενογονοδερματικές βλάβες πάνω από τη μέση και σπάνια γενίκευση του έρπητα με τη μορφή ανεμουλογοειδούς εξανθήματος κυρίως σε παρουσία εκζέματος. Στις ενήλικες έγκυες εκδηλώνεται κυρίως με τη μορφή οξείας φαρυγγίτιδας.

Στον ιό τύπου II : παρατηρούνται βλενογονοδερματικές βλάβες στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και πιο ειδικά στο αιδοίο, στον κόλπο ή στον τράχηλο ή και στα τρία όργανα συγχρόνως (Καβαλιώτης, 1993).

3.4 Διάγνωση

Η διάγνωση της νόσου γίνεται :

- Με την κλινική εικόνα η οποία τίθεται με βάση τα χαρακτηριστικά στοιχεία της νόσου δηλαδή τις φυσαλίδες στην ακμή τους ή στη φάση της αποδρομής στις τυπικές περιοχές του σώματος (χείλη, δέρμα, αιδίο, τράχηλο).
- Με προσεκτική λήψη του ιστορικού της μητέρας και του συντρόφου της που παίζει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση της νόσου σε ασυμπτωματικές περιπτώσεις.
- Η επιβεβαίωση ή ο αποκλεισμός της νόσου γίνεται με εργαστηριακές εξετάσεις (καλλιέργεια από το υγρό των φυσαλίδων, ανεύρεση αντισωμάτων στον ορό, PCR στο περιφερικό αίμα).

3.5 Έρπης και κύηση

Η συχνότητα εμφάνισης HSV λοίμωξης στην εγκυμοσύνη ανέρχεται σε 72%. Θεωρείται, ότι η συχνότητα μετάδοσης του ιού είναι τριπλάσια σε σχέση με αυτή εκτός κύησης.

Ο ιός μεταφέρεται στο έμβρυο διαπλακουντιακά στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, μετά από ιαμμία της εγκύου. Η πρωτοπαθής λοίμωξη στην αρχή της εγκυμοσύνης έχει πολύ μεγάλη σημασία και μπορεί να οδηγήσει σε :

1. Μόλυνση του πλακούντα και του εμβρύου
2. Αυτόματη αποβολή του εμβρύου
3. Καθυστέρηση ενδομήτριας ανάπτυξης
4. Ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου
5. Πρόωρο τοκετό

Στη πρωτοπαθή λοίμωξη εγκύου που στερείται αντισωμάτων, υπάρχουν μεγαλύτερες ποσότητες ιού και χρονικά μακρότερη απέκκριση αυτού οπότε ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού είναι υψηλότερος και φτάνει το 50%. Σε υποτροπιάζουσα λοίμωξη, όπου υπάρχουν στη μητέρα αντισώματα, μειώνονται οι πιθανότητες μετάδοσης της νόσου στο κύημα.

Άλλος τρόπος μετάδοσης του ιού στο έμβρυο είναι η ανιούσα μόλυνση κατά την δίοδο του εμβρύου από το γεννητικό σωλήνα κατά τη διάρκεια του τοκετού (80-90% της περιγεννητικής μετάδοσης συμβαίνει τότε). Η ανιούσα λοίμωξη είναι δυνατό να γίνει και κατά τη διάρκεια της κύησης, κυρίως όμως σε ρήξη των υμένων. Γι' αυτό το λόγο συνιστάται η καισαρική τομή να γίνεται μέσα σε 4 ώρες από τη ρήξη τους (Wnzelet.al., 2002).

3.6 Επιπλοκές

Για το έμβρυο

Ο ιός του έρπητα μεταφέρεται διαπλακουντιακά στο έμβρυο. Γενικά η λοίμωξη από τον ιό του απλού έρπητα διακρίνεται στα εξής : τοπική νόσος δέρματος, οφθαλμών, στόματος, λοίμωξη ΚΝΣ με ή χωρίς συμμετοχή των ανωτέρων με θνητότητα που φτάνει στο 80%.

Εάν η λοίμωξη από τον ιό τύπου II συμβεί στο α' τρίμηνο τότε ακολουθεί αποβολή ή ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου. Ενώ αν συμβεί μετά την 20η εβδομάδα της κύησης τότε θα υπάρξουν διαταραχές στη διάπλαση του κυήματος όπως μικροκεφαλία, μικροφθαλμία, ενδοκρανιακές αποτιτανώσεις, δυσπλασία του αμφιβληστροειδούς, σπασμοί, τύφλωση, μαθησιακές δυσκολίες.

Οι συγγενείς βλάβες είναι ορατές κατά τη γέννηση ή αναπτύσσονται τις πρώτες 24 ή 48 ώρες. Μεγάλος κίνδυνος υπάρχει να γεννηθούν ελλιποβαρή ή πρόωρα νεογνά.

Εάν το έμβρυο μολυνθεί κατά τον τοκετό τότε τα αντισώματα που έχει αναπτύξει δεν το προστατεύουν αποτελεσματικά. Σε αυτή τη περίπτωση τα συμπτώματα εμφανίζονται μεταξύ της 4ης και της 7ης ημέρας μετά τον τοκετό (Sandraet.al., 2013).

3.7 Πρόληψη – Προφύλαξη

Η χορήγηση αντικής θεραπείας κατά τον τελευταίο μήνα της κύησης μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης. Στην περίπτωση που εμφανίζονται δερματικές βλάβες ή πρόδρομα συμπτώματα κατά τον τοκετό συστήνεται καισαρική τομή. Η χρήση εμβολίου με εξασθενημένο ιό για την ανοσοποίηση των οροαρνητικών γυναικών πριν από την πρώτη κύηση δεν συνιστάται. Για τον ιό του έρπητα τύπου II συνιστάται η προφύλαξη όπως σε κάθε σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, με τη χρήση προφυλακτικού και με την ύπαρξη μονογαμικής σχέσης(Sandraet.al., 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΙΟΣ ΑΝΕΜΕΥΛΟΓΙΑΣ – ΕΡΠΗΤΑΣ ΖΩΣΤΗΡΑΣ (VZV)

4.1 Γενικά

Η ανεμευλογία είναι οξεία λοιμώδης νόσος από τον έρπητα ζωστήρα, πολύ μεταδοτική που χαρακτηρίζεται από ελαφρά γενικά συμπτώματα και από εξάνθημα που το διακρίνει η πολυμορφία του.

4.2 Αιτιολογία – Επιδημιολογία

Η λοίμωξη οφείλεται στον ιό της ανεμευλογιάς – έρπητα ζωστήρα (VZV) που εκδηλώνεται κλινικά είτε σαν ανεμευλογία ως πρωτοπαθής λοίμωξη, δηλαδή κυρίως στη παιδική ηλικία, είτε ως ζωστήρας που συμβαίνει κυρίως στην προχωρημένη ηλικία και χαρακτηρίζεται ως υποτροπιάζουσα κλινική νόσηση από ιό σε λανθάνουσα κατάσταση.

Η νόσος προσβάλλει τα δύο φύλα εξίσου, ενώ είναι πιο διαδεδομένη στη πρώιμη παιδική ηλικία. Η νόσος μεταδίδεται με τα σταγονίδια και η μόλυνση γίνεται μέσω του αναπνευστικού συστήματος. Η διάδοση της νόσου είναι ταχεία και οι επιδημίες στα εύκρατα κλίματα είναι πιο συχνές την άνοιξη και το χειμώνα.

Η νόσος τέλος στους ενήλικες είναι βαρύτερη ενώ δεν εμφανίζεται κυρίως σε βρέφη μικρότερα των έξι μηνών, επειδή έχουν ανοσία που τους μεταβιβάζεται απ' τη μητέρα μέσω του πλακούντα. Μετά την αποδρομή της, η νόσος αφήνει μόνιμη ανοσία.

Ο ιός της ανεμευλογιάς – έρπητα ζωστήρα, στο στάδιο της αιμίας περνά από τον πλακούντα και προσβάλλει το έμβρυο(Καβαλιώτης, 1993).

4.3 Κλινική εικόνα

Η νόσος εμφανίζεται με ελαφρύ πυρετό, ρίγος, κεφαλαλγία και το χαρακτηριστικό εξάνθημα, που επεκτείνεται σταδιακά σε όλο το σώμα. Η νόσος εξελίσσεται σε τρία διαφορετικά στάδια και τέλος υποχωρεί.

Ο χρόνος επώασης της νόσου κυμαίνεται από 10 – 21 ημέρες. Η μεταδοτικότητα της ανεμευλογιάς είναι πολύ μεγάλη, πάνω από 80%, αλλά σε γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία σε ποσοστό περίπου 90%.

Κατά κανόνα άτομα που έπαθαν ανεμευλογιά σπανιότερα προσβάλλονται από ζωστήρα και το αντίθετο. Εξαιρείται όμως η περίπτωση όπου ο ιός της ανεμευλογιάς παρέμενε σε λανθάνουσα κατάσταση και αργότερα, στην ενηλικίωση συνήθως, αναζωπυρώνεται με τη μορφή ζωστήρα.

4.4 Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται :

α) Στην κλινική εικόνα, η οποία χαρακτηρίζεται από ρίγος, πυρετό, κακουχία και βεβαίως από το ποικιλόμορφο εξάνθημα της ανεμευλογιάς.

β) Στη λήψη ενός πλήρους ιστορικού στο οποίο θα επιβεβαιώνονται τα παραπάνω στοιχεία.

4.5 Κύηση και VZV

Γενικά η επίπτωση της ανεμευλογιάς στη κύηση ανέρχεται σε 0,7/1000 κήσεις. Επειδή η ανεμευλογιά είναι νόσος της παιδικής ηλικίας, οι περισσότερες γυναίκες έχουν αποκτήσει ανοσία πριν την εγκυμοσύνη. Παρ' όλα αυτά η εμφάνιση ανεμευλογιάς κατά την κύηση, σχετίζεται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα.

Αν μια έγκυος νοσήσει από ανεμευλογιά ο κίνδυνος να μολυνθεί ή όχι το έμβρυο εξαρτάται από την ηλικία της κύησης και ανέρχεται σε 0,4-2%. Αν η λοίμωξη συμβεί στο α' τρίμηνο της κύησης, ο ιός μπορεί να προσβάλλει το έμβρυο προκαλώντας ίσως συγγενείς βλάβες όπως υποπλασία άκρων, μικροκεφαλία, υδροκεφαλία, καταρράκτη, καθυστέρηση ενδομήτριας ανάπτυξης ή αυτόματη αποβολή του.

Αν η λοίμωξη της εγκύου συμβεί προς το τέλος της κύησης, ο κίνδυνος να προσβληθεί το έμβρυο είναι μεγάλος. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος είναι 25% αν το εξάνθημα της ανεμευλογιάς εμφανιστεί τις τρεις τελευταίες εβδομάδες της κύησης, ενώ μειώνεται στο 15% για την τελευταία εβδομάδα της κύησης. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι τα IgG αντισώματα της μητέρας τροποποιούν τον ιό της ανεμευλογιάς (Καβαλιώτης, 1993).

Σε περίπτωση που η μητέρα νοσήσει οξέως μεταξύ 5ης μέρας πριν το τοκετό και 2ης μέρας μετά, ο κίνδυνος εμφάνισης λοίμωξης στο έμβρυο ανέρχεται σε 10-20%. Η κλινική

εικόνα ποικίλλει από εμφάνιση εξανθήματος μέχρι εκδήλωση συστηματικής νόσου με ποσοστό θνητότητας γύρω στο 30%.

Ο έρπης ζωστήρας στη κύηση είναι λιγότερα συχνός, λαμβάνοντας χώρα σε 1/10.000 κυήσεις. Αν η έγκυος μητέρα νοσήσει από ζωστήρα, ο κίνδυνος για προσβολή του εμβρύου θεωρείται ανύπαρκτος καθώς στη βιβλιογραφία δεν αναφέρεται καμία ανάλογη περίπτωση. Το 1994 ο Enders και οι συνεργάτες έδειξαν ότι δεν υπήρχε καμία κλινική εκδήλωση λοίμωξης σε έμβρυα που γεννήθηκαν από 366 μητέρες με έρπητα ζωστήρα στη κύηση.

Αν η έγκυος νοσήσει από ζωστήρα των έξω γεννητικών οργάνων, το έμβρυο μπορεί να μολυνθεί κατά τον τοκετό και να εμφανίσει ανεμευλογία μετά τον τοκετό. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η θνητότητα των νεογνών που εμφανίζουν ανεμευλογία την 5η – 10η ημέρα της ζωής τους, ανέρχεται σε 20%. Γι' αυτό καθώς ο κίνδυνος είναι μεγάλος πρέπει να χορηγείται ειδική γ-σφαιρίνη σε αυτά τα νεογνά και να απομονώνονται για όσο διάστημα δύναται να μεταδώσουν τη νόσο. (4 μέρες μετά την εκδήλωση των δερματικών εξανθημάτων).

Η νόσηση της εγκύου τέλος από ανεμευλογία – ζωστήρα δεν αποτελεί ένδειξη για διακοπή της κύησης.

4.6 Επιπλοκές

Επιπλοκές στη κύηση μετά από μόλυνση από VZV είναι πιο σπάνιες και μπορεί να είναι αποβολή του εμβρύου, πρόωρος τοκετός ή ενδομήτριος θάνατος. Ο ιός είναι επίσης υπεύθυνος για πολλές συγγενείς διαμαρτίες καθώς και για συγγενή λοίμωξη αυτού που εκδηλώνεται με το χαρακτηριστικό εξάνθημα της ανεμευλογιάς και πιο σπάνια του ζωστήρα. Μπορεί όμως να εκδηλωθεί και με πιο βαριά ή θανατηφόρα μορφή όπως πνευμονία από VZV ή σκελετικές ανωμαλίες.

Οι κυριότερες βλάβες που προκαλεί ο ιός VZV στο έμβρυο είναι οι εξής :

- α) Σκελετικές ανωμαλίες(ατροφία κάτω άκρων)
- β) Δερματικές ουλές
- γ) Ψυχοκινητικές διαταραχές
- δ) Υπολειπόμενη ανάπτυξη εμβρύου
- ε) Πνευμονία
- στ) Εγκεφαλίτιδα
- ζ) Τύφλωση

η) Ωτίτιδα

θ) Χρόνιες νευραλγίες(Καβαλιώτης, 1993).

4.7 Θεραπεία – Πρόγνωση

Δεν υπάρχει καμία ειδική θεραπεία για τον έρπητα – ζωστήρα. Τα αντι-ικά φάρμακα μπορούν, αν χρησιμοποιηθούν έγκαιρα, να επιταχύνουν την επούλωση των δερματικών βλαβών και να μειώσουν τον κίνδυνο των επιπλοκών. Τα αντι-ικά φάρμακα κυρίως είναι : η ακυκλοβίρη(Zovirax), βαλακυκλοβίρη(Valtrex), φαμκυκλοβίρη(Famvir). Χρησιμοποιούνται επίσης φάρμακα για τον έντονο πόνο όπως γκαμπαπεντίνη και ενίοτε η κωδεΐνη. Τα αντισταμινικά, ίσως χρειαστούν σε περιπτώσεις έντονου κνησμού. Χορηγούνται ακόμα βιταμίνες B1 και B12 στο ζωστήρα και αντιβιοτικά αν γίνει επιμόλυνση των δερματικών βλαβών.

Το Zostavax είναι εμβόλιο που διατίθεται σε μορφή κόνεως και διαλύτη για την παρασκευή ενέσιμου διαλύματος. Η δραστική ουσία είναι ο εξασθενημένος (αποδυναμωμένος) ιός της ανεμευλογιάς ζωστήρα. Χορηγείται ως εφάπαξ δόση, με υποδόρια ένεση ή με ένεση στο μυ, κατά προτίμηση στην περιοχή του ώμου. Σε ασθενείς με προβλήματα αιμορραγίας, το εμβόλιο πρέπει να χορηγείται υποδορίως. Το εμβόλιο για την πρόληψη του έρπητα ζωστήρα έχει εγκριθεί πρόσφατα για χορήγηση σε ενήλικες άνω των 60 ετών τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη. Το εμβόλιο συστήνεται ακόμη και για ασθενείς που ήδη έχουν πάθει ένα επεισόδιο έρπητα ζωστήρα (Καβαλιώτης, 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΦΙΛΗ

5.1 Εισαγωγή

Είναι ένα από τα πιο γνωστά αίτια συγγενούς λοίμωξης που προκαλείται από το *Treponema Pallidum*. Συνήθως μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή, αλλά μπορεί να μεταδοθεί και μέσω του πλακούντα από τη μολυσμένη μητέρα στο νεογνό.

5.2 Μετάδοση- Επιδημιολογικά στοιχεία

Το *T. Pallidum* είναι μία σπειροχαίτη της οποίας το γονιδίωμα έχει χαρτογραφηθεί και είναι αδύνατο να καλλιεργηθεί επιτυχώς *in vitro* παρά μόνο σε ζώα. Ο μοναδικός φυσικός του ξενιστής του είναι ο άνθρωπος.

Το *T.pallidum* μπορεί να προσβάλλει το κύημα σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Ωστόσο, η κλινική προσβολή του κυήματος είναι απίθανη πριν την 16η - 18η εβδομάδα, πιθανώς λόγω της αδυναμίας του κυήματος να αναπτύξει φλεγμονώδη αντίδραση κατά τους πρώτους μήνες. Η συχνότητα μόλυνσης του κυήματος εξαρτάται από το στάδιο της νόσου στη μητέρα και τη λήψη επαρκούς θεραπείας από αυτήν(Silasiet.al., 2015).

5.3 Κλινική εικόνα

Αν η προσβολή του κυήματος συμβεί νωρίς στην κύηση και δεν γίνει θεραπεία η πιθανότητα ενδομήτριου θανάτου είναι 66%. Σε αυτά που γεννιούνται ζωντανά είναι υψηλό το ποσοστό ενδομήτριας καθυστέρησης στην ανάπτυξη,πρόωρου τοκετούκαι νεογνικού θανάτου. Η συγγενής σύφιλη διακρίνεται σε πρόιμη,που συμπεριλαμβάνει τις εκδηλώσεις που εμφανίζονται κατά τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής και όψιμη. Όμως υπάρχει επικάλυψη των δύο σταδίων.

A.Πρώιμη συγγενής σύφιλη

Χαρακτηρίζεται από:

1. Τα κλινικά σημεία της γενικευμένης λοίμωξης,όπως ηπατοσπληνομεγαλία, ίκτερο, γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια,αναιμία,θρομβοπενία και πετεχειώδες ή κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα.
2. Χαρακτηριστική είναι η ρινίτιδα μετά την πρώτη εβδομάδα της ζωής.Μεταξύ των βλεννογόνο-δερματικών εκδηλώσεων χαρακτηριστική είναι η συφιλιδική πέμφιγα στις παλάμες και τα πέλματα και τα πλατέα κονδυλώματα γύρω από τη μύτη,το στόμα και το πρωκτό.
3. Προσβολή διαφόρων οργάνων. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται τα οστά (π.χ. Οστεονεφρίτιδα),οι νεφροί (νεφρωσικό σύνδρομο το 2ο-3ο μήνα ζωής), τα μάτια (γλαύκωμα)και το ΚΝΣ (παθολογικά ευρήματα στο ΕΝΥ, λεπτομηνιγγίτιδατον 3ο-6ο μήνα ζωής).

Β.Όψιμη συγγενής σύφιλη.

Οι εκδηλώσεις της όψιμης συγγενούς σύφιλης εκδηλώνονται μετά το δεύτερο χρόνο της ζωής και μπορεί να οφείλονται σε συνεχιζόμενη ενεργό νόσο ή να αντανακλούν βλάβες που έγιναν κατά την ενδομήτρια ζωή. Αυτές είναι:

1. Συφιλιδικά στίγματα. Αντιπροσωπεύουν ουλοποιήσεις των αρχικών βλαβών ή διαταραχές της ανάπτυξης διαφόρων οργάνων που προκαλούνται από την πρώιμη λοίμωξη.
2. Παραμένουσα ενεργό νόσο με εξελισσόμενη φλεγμονή,που προκαλεί διάμεση κερατίτιδα,νευρογενή βαρηκοΐα και παραμόρφωση των αρθρώσεων.
3. Επίμονα θετικές ορολογικές δοκιμασίες παρά την έλλειψη κλινικά εμφανούς νόσου.

5.4 Διάγνωση

Η διάγνωση της συγγενούς σύφιλης στηρίζεται στο ιστορικό της μητέρας, στην ύπαρξη κλινικών ή ακτινολογικών σημείων στο βρέφος και στη διαπίστωση θετικών ορολογικών δοκιμασιών. Η ανίχνευση του τρεπονήματος στους ιστούς του παιδιούθέτει με βεβαιότητα τη διάγνωση, αλλά αυτό είναι σπάνια δυνατό να γίνει. Από τις ορολογικές εξετάσεις συνήθως χρησιμοποιούνται: ηVDRL ή η RPR,που ανιχνεύουν το μη ειδικό αντιγόνο καρδιολιπίνη καθώς και δοκιμασίες που ανιχνεύουν ειδικά αντιτρεπονηματικά αντισώματα. Η διαπίστωση αυξημένου τίτλου VDRL στο νεογέννητο,σε επίπεδα τουλάχιστον τετραπλάσια εκείνων στη μητέρα,είναι ενδεικτικά λοίμωξης του νεογνού (Ξηρουχάκη, 2007).

5.5 Επιπλοκές

Στις επιπλοκές της σύφιλης περιλαμβάνονται:

- οι βλάβες στο δέρμα και τα οστά,
- καρδιαγγειακά προβλήματα,συμπεριλαμβανομένων φλεγμονών και ανευρυσμάτων της αορτής,
- νευροσύφιλη.

5.6 Πρόληψη-Θεραπεία

Η συγγενής σύφιλη μπορεί να προληφθεί με την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου στη μητέρα. Μετά τη γέννηση γίνεται λεπτομερής κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος στο νεογνό (οσφυονωτιαία παρακέντηση, ορολογικός και ακτινολογικός έλεγχος). Η χορήγηση θεραπείας στο νεογέννητο εξαρτάται από την ύπαρξη συμπτωμάτων στο νεογνό,τη λήψη επαρκούς θεραπείας από τη μητέρα και τα αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου:

- α)Συμπτωματικά νεογνά: θεραπεύονται ανεξάρτητα από τη λήψη θεραπείας από τη μητέρα
- β)Ασυμπτωματικά νεογνά: αν η μητέρα πήρε ατελή ή καθόλου θεραπεία αρχίζουν αμέσως αγωγή με κρυσταλλική πενικιλίνη G(50000 μονάδες/kgσε δύο δόσεις) ή προκαϊνούχο πενικιλίνη G (50000 μονάδες/kg σε μία δόση) για δέκα ημέρες. Αν η μητέρα πήρε επαρκή θεραπεία με πενικιλίνη δε χρειάζονται καμία θεραπεία εκτός αν η τακτική παρακολούθησή τους είναι αβέβαιη. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει ορολογικό έλεγχο στους 1ο, 2ο, 4ο, 6ο και 12ο μήνα ζωής. Η VDRL αρνητικοποιείται μέχρι τον 3ο- 6ο μήνα, αν πρόκειται για παθητική δίοδο αντισωμάτων, και μέχρι τον 9ο μήνα σε βρέφη με συγγενή λοίμωξη. Τον 6ο μήνα πρέπει, επίσης, να γίνει οσφυονωτιαία παρακέντηση και μέτρηση της VDRL στο ENY. Αν είναι θετική, το βρέφος πρέπει να ξαναπάρει θεραπεία (Sankaran, 2016) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ

6.1 Γενικά

Η οξεία ιογενής ηπατίτιδα είναι η πιο συχνή αιτία ναυτίας και αδυναμίας-καταβολής στην εγκυμοσύνη. Η εξέλιξη και φυσική πορεία της νόσου δεν επηρεάζεται από την εγκυμοσύνη.

6.2 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

1) Εισαγωγή

Η Ηπατίτιδα Β είναι η πιο συχνή μορφή ηπατίτιδας σε όλο το κόσμο. Το ποσοστό των οροθετικών στο αντιγόνο HbsAg εγκύων γυναικών ποικίλλει σε διάφορες χώρες. Στις Η.Π.Α. Και στη Δ. Γερμανία ανέρχεται σε 0,5 – 1%, στις Νοτιοευρωπαϊκές έγκυες 3 – 4% και στις προερχόμενες από Ασία και Αφρική μέχρι και 25%. Στην Ελλάδα, το ποσοστό των φορέων στο γενικό πληθυσμό είναι σχετικά υψηλό, περίπου 5%, ενώ η συχνότητα των εγκύων φορέων του HbsAg είναι περίπου 3%. Στις ΗΠΑ η επίπτωση της HBV λοίμωξης έχει μειωθεί από 8,5 – 1,5/10000 από το 1990-2007.

Το αντιγόνο επιφανείας HbsAg ανιχνεύεται στον ορό του αίματος 2 έως 6 εβδομάδες πριν από την κλινική εκδήλωση της νόσου και παραμένει 1 έως 4 εβδομάδες μετά την εμφάνιση του ίκτερου.

Η εξαφάνιση αυτού σημαίνει ίαση της ηπατίτιδας ενώ η επιμονή του, κακό προγνωστικό σημείο για χρόνια εξέλιξη της νόσου.

2) Τρόποι μετάδοσης του ιού

Οι κυριότεροι τρόποι μετάδοσης του ιού είναι οι εξής:

α) Αιματογενώς

Με την καθιέρωση σήμερα της εξέτασης όλων των αιμοδοτών για HbsAg έχει σχεδόν μηδενιστεί η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας Β με την μετάγγιση του αίματος. Μολυσματικά θεωρούνται επίσης ο σίελος, το σπέρμα, το γάλα, το αμνιακό υγρό, τα λόχεια, οι κολπικές εκκρίσεις, και τα έμμηνα ατόμων θετικών στο HbsAg. Ο ιός μπορεί να εισέλθει στον οργανισμό μέσω τραυματισμού του δέρματος ή των βλεννογόνων και να μεταδοθεί

επίσης με μολυσμένες βελόνες και σύριγγες όπως π.χ. στους τοξικομανείς. Η στενή επαφή με πάσχοντες από οξεία HB ή χρόνιους φορείς του HbsAg δύναται να μεταδώσει τον ιό.

β) Με την σεξουαλική επαφή

Σήμερα η γενετήσια οδός έχει καταστεί ο σημαντικότερος τρόπος στην μετάδοση του ιού και γι' αυτό, άλλωστε, η ηπατίτιδα B έχει ταξινομηθεί στα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

γ) Κάθετη μετάδοση από τη μητέρα στο έμβρυο

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο ιός της ηπατίτιδας B διέρχεται τον πλακουντιακό φραγμό. Αυτό αποδεικνύεται από την ανεύρεση του επιφανειακού αντιγόνου της ηπατίτιδας B (HbsAg) στο αμνιακό υγρό σε ποσοστό 33% των περιπτώσεων, στο αίμα του ομφάλιου λώρου σε ποσοστό 50% και στο γαστρικό υγρό των νεογέννητων σε ποσοστό 95% περίπου.

Ο θηλασμός, δεν έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί οδό προσβολής του νεογέννητου παρά το γεγονός ότι ανιχνεύεται το HBsAg στο γάλα της μητέρας. Θεωρητικά, ο κίνδυνος υπάρχει όταν διαπιστωθούν μικροτραυματισμοί στη θηλή του μαστού, συνεπώς, στη περίπτωση αυτή ο θηλασμός είναι προτιμότερο να αποφεύγεται.

3) Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα της Ηπατίτιδας B χαρακτηρίζεται από μακρύ στάδιο επώασης και βαθμιαία εγκατάσταση συμπτωμάτων όπως: ανορεξία, ναυτία, εμετός, κόπωση, δεκαδική πυρετική κίνηση, αρθραλγία και αναφυλακτικές εκδηλώσεις. Στην οξεία μορφή της νόσου παρουσιάζεται ίκτερος, αποχρωματισμός των κοπράνων και υπέρχρωση ούρων. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να εκδηλωθεί μέχρι και με κώμα, οπότε η θνησιμότητα μπορεί να φτάσει μέχρι και 80%. Η περίοδος της ανάρρωσης είναι μακρόχρονη και πολλές φορές μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 6 μήνες (Hooton, 2009).

4) Διάγνωση – Πρόληψη

Η διάγνωση της νόσου στηρίζεται στην κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται με τον εργαστηριακό έλεγχο που χαρακτηρίζεται από αύξηση τρανσαμινασών, ελάττωση των χρόνων πήξης του αίματος, αύξηση της χολερυθρίνης του ορού και ανίχνευση του B-επιφανειακού αντιγόνου και των αντισωμάτων, όπως και η ανίχνευση του DNA του ιού στο αίμα οροθετικών ατόμων.

Η πρόληψη στηρίζεται πρώτα απ' όλα στην εξέταση για το αντιγόνο HbsAg όλων των εγκύων και ιδιαίτερα αυτών που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. (Με ιστορικό οξείας ή χρόνιας ηπατικής νόσου, παρατεταμένη επαγγελματική έκθεση στο αίμα, συχνές

μεταγγίσεις αίματος, λήψη ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών, ιστορικό αφροδίστου νοσήματος κ.λ.π.)

5) Κύηση και ηπατίτιδα Β

Η οξεία ηπατίτιδα Β στη κύηση είναι μετρίως βαρύτερης και δε σχετίζεται με θνητότητα ή/και τερατογένεση. Σχετικά με τους τρόπους μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο έμβρυο κατά την κύηση ισχύουν τα εξής:

Το α' τρίμηνο της κύησης ο ιός δεν διέρχεται στο κύημα, γι' αυτό και δεν αναμένονται διαμαρτυρίες στη διάπλαση ούτε ενδείκνυται διακοπή της κύησης. Η διαπλακουντιακή μόλυνση κατ' άλλους ερευνητές είναι σπάνια και συμβαίνει στο 5% των περιπτώσεων.

Στο β' τρίμηνο λοίμωξης ανέρχεται στο 25%, ενώ στο γ' τρίμηνο στο 70% περίπου. Αν όμως η έγκυος κατά το γ' τρίμηνο είναι θετική στο αντιγόνο HbsAg δύναται κατά 90% να μολύνει το παιδί της.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος μετάδοσης της HB υφίσταται κατά τον τοκετό. Ο ιός διέρχεται προς το έμβρυο διαπλακουντιακά αλλά και μέσω, ίσως, μικρών τραυμάτων του νεογνού που μπορεί να δημιουργηθούν από μαιευτικά εργαλεία ή από λήψη αίματος για αιματολογικές εξετάσεις.

Ο ιός HBV απεκκρίνεται στο γάλα και σε συνάρτηση με τυχόν μικροτραυματισμούς της θηλής του μαστού και αφανείς αμυχές στο βλεννογόνο του στόματος του νεογνού, η νόσος δύναται να μεταδοθεί και με το θηλασμό.

Ο ακριβής μηχανισμός μετάδοσης της HB γενικότερα, κατά την περιγεννητική περίοδο, δεν είναι ιδιαίτερα σαφής. Σε μελέτες έχει αναφερθεί ότι ο ιός θεωρητικά μπορεί να διέλθει στον πλακούντα κατά τον τοκετό. Η κατάποση αίματος συχνά από τα παιδιά και οι κοιλικές εκκρίσεις της μητέρας κατά τον τοκετό ευθύνονται επίσης για τη μετάδοση της νόσου (Hawkins, 2016).

6) Επιπλοκές Α) για τη μητέρα και Β) για το έμβρυο

Α) Για τη μητέρα.

Οι απόψεις των διαφόρων ερευνητών συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι οι επιπτώσεις της νόσου είναι ανάλογες της εβδομάδας κύησης και σχετίζεται με αυτόματη αποβολή στο 70%, προωρότητα στο 20% και μητρική θνησιμότητα σε ποσοστό 10%. Η νόσος στο α' και β' τρίμηνο προσβάλλει το έμβρυο σε ποσοστό 10% ενώ στο γ' τρίμηνο μπορεί να φτάσει από 50 – 70%.

B) Για το έμβρυο – νεογνά.

Άλλη επίδραση στο έμβρυο είναι η ανάπτυξη νεογνικής ηπατίτιδας, η νόσος δηλαδή μπορεί να εκδηλωθεί κλινικά γύρω στον 3ο, 4^ο ή 6ο μήνα. Είναι δυνατόν να εμφανιστούν παράλληλα ηπατοσπληνομεγαλία, αιμολυτική αναιμία, παθολογικές ηπατικές δοκιμασίες.

Πολλά νεογνά που μολύνθηκαν κατά τον τοκετό δεν αναπτύσσουν οξεία HB, όσα όμως ανέπτυξαν είναι δυνατόν να πεθάνουν από κεραυνοβόλα ηπατική ανεπάρκεια. Από τα νεογνά που μολύνθηκαν το 80 – 90% καθίστανται χρόνιοι φορείς και είναι συνήθως συμπτωματικά ενώ αποτελούν άμεσο κίνδυνο για τους άλλους και έχουν μικρότερη διάρκεια ζωής. Μακροπρόθεσμα τα παιδιά αυτά διατρέχουν κίνδυνο για να αναπτύξουν κίρρωση του ήπατος ή ηπατοκυτταρικό καρκίνο (Frigerioet.al., 2016).

7) Προφύλαξη – Αντιμετώπιση

Γενικά, χρειάζονται μέτρα για τη μείωση της περιγεννητικής μετάδοσης. Ο έλεγχος όλων των γυναικών πριν την εγκυμοσύνη, επιτρέπει την ανίχνευση αυτών με HbsAg. Σαν μέτρο προφύλαξης για το νεογνό θα μπορούσε να θεωρηθεί η καισαρική τομή. Η λύση όμως αυτή σε φορείς του αντιγόνου σε συνδυασμό με την απομόνωση της λεχνοϊδας και του νεογέννητου δεν υφίστανται στη σύγχρονη μαιευτική διότι:

α) Το ποσοστό προσβολής του νεογνού είναι το ίδιο σε κολπικό τοκετό και καισαρική τομή και

β) Στα νεογνά πολύ σπάνια ανιχνεύεται το αντιγόνο κατά τη γέννηση.

Σήμερα για την προφύλαξη παιδιών που γεννιούνται από οροθετικές μητέρες τηρείται πρωτόκολλο που περιλαμβάνει τα εξής:

1. Αν η οροαρνητική έγκυος εκτεθεί σε κίνδυνο να προσβληθεί από ηπατίτιδα τύπου B επιβάλλεται η παθητική ανοσοποίησή της με τη χορήγηση αντι-HBs ανοσοσφαιρίνης. Αυτή πρέπει να δοθεί εντός 7 ημερών, σε δόσεις 0,05 – 0,07 κ.εκ/χιλ.γρ. Βάρους σώματος και να επαναληφθεί εντός 25 ημερών

2. Κατά τον τοκετό σε γυναίκες προσβεβλημένες από τη νόσο, ή σε γνωστούς φορείς HbsAg υφίσταται ιδιαίτερη επιμέλεια στη χρησιμοποίηση και την απόρριψη του αναλώσιμου υλικού.

3. Τα νεογνά των οροθετικών μητέρων είναι εκτεθειμένα στον κίνδυνο να γίνουν ισόβιοι φορείς του HbsAg, κίνδυνος που μεγαλώνει ακόμα περισσότερο αν στη μητέρα ανιχνεύεται το B αντιγόνο. Είναι λοιπόν γεγονός ότι απαιτείται άμεση ανοσοποίηση του νεογνού με τη χορήγηση ειδικής ανοσοσφαιρίνης της αντι – B κατά τη γέννηση σε δόση 0.5

κ.εκ. και άμεση έναρξη εμβολιασμού του νεογνού έναντι της ηπατίτιδας Β. Το εμβόλιο χορηγείται στο νεογνό εντός 12 ωρών από τον τοκετό ενδομυϊκά. Ο θηλασμός, τέλος, αποτελεί αντένδειξη στις πάσχουσες μητέρες (Παπανικολάου, 1994).

6.3 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

1) Εισαγωγή

Η νόσος οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Α, ο οποίος είναι RNA ιός και δεν μας απασχολεί ιδιαίτερα διότι δεν επιδρά στο έμβρυο. Η συχνότητα της Ηπατίτιδας Α στην εγκυμοσύνη είναι 1:1000. Η κατακόρυφη μετάδοσή της κατά την εγκυμοσύνη ή κατά τη περίοδο της λοχείας είναι σπάνια.

2) Μετάδοση

Η νόσος συνήθως μεταδίδεται μια εβδομάδα πριν και μέχρι την εμφάνιση του κυρίως κλινικού συμπτώματος, του ίκτερου. Μετά την εμφάνιση αυτού η νόσος δεν μεταδίδεται.

Η μετάδοση γίνεται από τα κόπρανα, τα ούρα και το σίελο του πάσχοντος είτε άμεσα, είτε έμμεσα, με τις τροφές, το νερό κ.τ.λ. (εντεροστοματική μετάδοση). Πύλη εισόδου του ιού θεωρείται κυρίως ο γαστρεντερικός σωλήνας ενώ άγνωστο παραμένει αν ο ιός της ηπατίτιδας Α διέρχεται στον πλακούντα.

Η νόσος συνήθως είναι καλοήθης και αυτοιάται χωρίς να αφήνει χρόνιους φορείς σε αντίθεση με την ηπατίτιδα Β.

3) Προφύλαξη

Για την προφύλαξη από τη νόσο είναι απαραίτητα πρώτα απ' όλα τα μέτρα καθαριότητας. Ειδικότερα, σε πάσχουσες έγκυες που η νόσος βρίσκεται σε εξέλιξη κατά τη διάρκεια του τοκετού ή μέρες πριν απ' αυτόν είναι σκόπιμο να χορηγηθεί στα νεογνά κοινή γ-σφαιρίνη (Παπανικολάου, 1994).

6.4 ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Τέλος, θα αναφερθούμε στην ηπατίτιδα C. Η ηπατίτιδα C έχει αργή εξέλιξη με συμπτωματολογία σε 25% των ασθενών.

Ο ιός είναι RNA ιός με ευρύτατη διασπορά σε όλες τις χώρες του κόσμου, ο οποίος μεταδίδεται μέσω παρεντερικής, μη παρεντερικής και αφανούς παρεντερικής οδού.

Η αιμοκάθαρση και οι μεταμοσχεύσεις οργάνων αποτελούν σημαντικό κίνδυνο για HCV λοίμωξη αλλά 60% των περιπτώσεων οφείλεται στη χρήση ενδοφλέβιων ουσιών.

Περιγεννητική μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί φαίνεται να συμβαίνει καθώς σε πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι περιοχή του HCV – RNA που κωδικοποιεί την πρωτεΐνη περιβλήματος του ιού ήταν ταυτόσημη στο προσβεβλημένο βρέφος και στη μητέρα και σχεδόν ταυτόσημη με την αντίστοιχη περιοχή του HCV – RNA που ανιχνεύθηκε στον ορό της γιαγιάς.

Η διάγνωση της HCV λοίμωξης στα νεογνά δεν μπορεί να στηριχθεί στην ανίχνευση αντι – HCV αντισωμάτων γιατί η παραγωγή τους υπολείπεται και η ανίχνευσή τους στον ορό σημαίνει συνήθως παθητική μεταφορά από τη μητέρα (Παπανικολάου, 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΡΥΘΡΑ

7.1 Εισαγωγή

Η ερυθρά είναι λοιμώδης νόσος, με καλοήγη πορεία που χαρακτηρίζεται από την πολυμορφία της και μοιάζει, άλλοτε με ιλαρά, άλλοτε με αδενίτιδα κ.α.

7.2 Μετάδοση – Επιδημιολογικά στοιχεία

Το 1981 οι HIRO και TOSAKA για πρώτη φορά απέδειξαν ότι ερυθρά οφείλεται σε ιό. Ο ιός της ερυθράς, είναι ένας RNA ιός.

Η μετάδοση γίνεται με εκκρίματα από τον ρινοφάρυγγα ατόμου που νοσεί κατά την οξεία φάση της νόσου και είναι νόσος της παιδικής ηλικίας. Η περίοδος επώασης είναι 12-23 ημέρες. Η περίοδος μετάδοσης είναι από 7 ημέρες πριν μέχρι 7 ημέρες μετά την εκδήλωση του εξανθήματος.

Ο άνθρωπος είναι ο μόνος φορέας του ιού της ερυθράς και η μετάδοση μετά την γέννηση γίνεται με απευθείας επαφή σταγονίδια ή πιθανώς με ουσίες που πρόσφατα μολύνθηκαν από εκκρίσεις.

Μελέτες που έγιναν στην Αυστραλία, στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη έδειξαν ότι ο τίτλος των αντισωμάτων αυξάνεται αργά τα πρώτα 4 χρόνια της ζωής, ανέρχεται απότομα μεταξύ 5 και 14 ετών και φθάνει στο υψηλότερο σημείο γύρω στα 35 χρόνια, ενώ μετά παραμένει σταθερός (Chanet.al., 2016).

7.3 Κλινική εικόνα

Η ερυθρά μπορεί να είναι ασυμπτωματική σε ένα 25-50% των περιπτώσεων. Δύο έως τρεις εβδομάδες μετά την έκθεση και εφόσον έχει γίνει μετάδοση παρουσιάζονται τα ακόλουθα συμπτώματα:

- α. Χαμηλός πυρετός και ελαφριά αδιαθεσία.
- β. Λεμφαδενίτιδα (οπισθοϊνιακή ή παρατραχηλική).
- γ. Εφήμερο εξάνθημα, λεπτό κηλιδοβλατιδώδες που εμφανίζεται αρχικά στο πρόσωπο και επεκτείνεται στον κορμό και στα άκρα

- δ. Αρθραλγίες και σπάνια εγκεφαλίτιδα.
- ε. Λευκοπενία (Μυριοκεφαλιτάκης, 1994).

7.4 Διάγνωση

Η διάγνωση της νόσου γίνεται κατά κύριο λόγο:

- α) με την κλινική εικόνα,
- β) από το ιστορικό
- γ) με εργαστηριακές εξετάσεις.

α) Κλινική εικόνα: είναι υποβοηθητική όταν συμβαίνει σε περίοδο επιδημίας.

β) Εργαστηριακή διάγνωση:

1. Μπορεί να γίνει με απομόνωση του ιού από το φαρυγγικό έκκριμα, το αίμα, τα ούρα, την περίοδο του εξανθήματος.
2. Με προσδιορισμό των αντισωμάτων του ιού. Επειδή τα ειδικά αντισώματα IgM είναι από τα πρώτα που αναπτύσσονται και δεν διαρκούν πολύ (μέχρι 2-3 εβδομάδες), η ανεύρεσή τους δείχνει πρόσφατη λοίμωξη. Στην περίπτωση άτυπης εκδήλωσης της νόσου η διάγνωση θα στηριχτεί αποκλειστικά στην ανεύρεση και τον προσδιορισμό του τίτλου αντισωμάτων που είναι δυνατόν να αναπτυχθούν 14 έως 18 ημέρες από την έκθεση στην νόσο.

γ) Ιστορικό της μητέρας: Η προσεκτική λήψη του ιστορικού της μητέρας συμβάλλει σημαντικά στην διάγνωση της νόσου.

7.5 Ερυθρά και κύηση

Το 1941 ο οφθαλμίατρος GREGG διαπίστωσε τη σχέση συγγενούς καταρράκτη των νεογνών και νόσηση της μητέρας από ερυθρά κατά την διάρκεια της κύησης

Διεθνώς ένα ποσοστό 15% των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας, δεν εμφανίζουν ανοσία απέναντι στην ερυθρά. Η κυκλοφορία του ιού στο αίμα είναι υπεύθυνη για την προσβολή του πλακούντα και καταλήγει στην εμβρυϊκή λοίμωξη.

Ο κίνδυνος προσβολής είναι διαφορετικός ανάλογα με την ηλικία κύησης. Όταν η λοίμωξη της μητέρας συμβαίνει κατά το 1ο τρίμηνο, η συχνότητα λοίμωξης του εμβρύου μπορεί να ξεπεράσει το 50%. Το ποσοστό αυτό μειώνεται μετά από 12 εβδομάδες.

Στην περίπτωση που η έγκυος δεν έχει νοσήσει από ερυθρά, η μόλυνσή της από τον ιό της ερυθράς μπορεί να έχει τις ακόλουθες εξελίξεις:

1. Να μολυνθεί το έμβρυο.
2. Να υπάρξει καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου.
3. Να γίνει αυτόματη αποβολή του εμβρύου.
4. Να γεννηθεί νεκρό έμβρυο.
5. Να μολυνθεί ο πλακούντας χωρίς να μολυνθεί το έμβρυο.
6. Να προσβληθεί και ο πλακούντας και το έμβρυο.

Η μόλυνση του πλακούντα γίνεται στη διάρκεια της μητρικής αιμίας οπότε δημιουργείται πηγή μόλυνσης για το έμβρυο (Chanet.al., 2016).

7.6 Επιπλοκές

α. Για την έγκυο.

Η ερυθρά από μόνη της θεωρείται πολύ ήπια πάθηση. Μπορεί να προκαλέσει αρθραλγίες, μυαλγίες, λεμφαδενίτιδα. Σπάνια προκαλεί εγκεφαλίτιδα. Υπάρχει όμως πολύ μεγάλη πιθανότητα να έχουμε αυτόματη αποβολή και θνησιγένεια σε κύηση που έχει επιπλοκές με ερυθρά και κυρίως κατά το α' τρίμηνο.

β. Για το έμβρυο

Ο ιός της ερυθράς διέρχεται από το πλακούντα και μεταδίδεται στο έμβρυο. Εγκαθίσταται στους ιστούς του εμβρύου πολλαπλασιάζεται και καθυστερεί την ανάπτυξη της οργανογένεσης.

Επειδή το α' τρίμηνο είναι η φάση της οργανογένεσης για το έμβρυο αν η λοίμωξη συμβεί κατά τον πρώτο μήνα κύησης οι ανωμαλίες εμφανίζονται σε ποσοστό 50%, στον δεύτερο μήνα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 20% και τον τρίτο μήνα κύησης το ποσοστό είναι 10%.

Όμως ακόμα και αν συμβεί η λοίμωξη στο β' τρίμηνο της κύησης η προβολή του εμβρύου από τον ιό, προκαλεί βλάβες οι οποίες θα εμφανιστούν αργότερα στην ζωή του παιδιού. Οι βλάβες αυτές αφορούν κυρίως σε τέσσερις κατηγορίες:

1. Από το Κ.Ν.Σ: μικροκεφαλία, πνευματική καθυστέρηση, εγκεφαλίτιδα.

2.Από το κυκλοφοριακό σύστημα: ανοιχτός αρτηριακός πόρος, στένωση πνευμονικής αρτηρίας, μυοκαρδίτιδα.

3.Από τους οφθαλμούς.

4.Από τα αυτιά: κώφωση.

Άλλες εκδηλώσεις του συνδρόμου της ερυθράς μπορεί να είναι: αναιμία, μεγαλοσπληνία, οστεοπάθεια, χαμηλό βάρος γέννησης, διαβήτης, ίκτερος.

Στο σύνδρομο της συγγενούς ερυθράς είναι δυνατόν να έχουμε και όψιμες εκδηλώσεις που εμφανίζονται σε βρέφη 3 – 12 μηνών ή μέχρι τα 5 πρώτα χρόνια ζωής. Η όψιμη ερυθρά χαρακτηρίζεται από εξάνθημα και πνευμονίτιδα. Έμβρυα που προσβλήθηκαν συγγενώς από ερυθρά διασπείρουν τον ιό για 6 μήνες ή και περισσότερο, από τη γέννηση και μετά (Hawkinset.al., 2016).

7.7 Πρόληψη – Προφύλαξη

Κάθε γυναίκα πρέπει να γνωρίζει ότι μόνιμη ανοσία από ερυθρά επιτυγχάνεται μόνο μετά από φυσική νόσηση (κατά άλλους ερευνητές η ανοσία μετά από φυσική νόσηση διαρκεί 30 χρόνια). Συνιστάται εμβολιασμός των γυναικών στην εφηβική και μετεφηβική ηλικία, όπου ο τίτλος των αντισωμάτων παραμένει σταθερός δηλ. $<1:8$. Ο εμβολιασμός γίνεται με την προϋπόθεση ότι οι γυναίκες δεν είναι έγκυες ή δεν θα μείνουν έγκυες για 3 μήνες μετά τον εμβολιασμό.

Στην περίπτωση εμβολιασμού χορηγούνται αντισυλληπτικά χάπια ή λαμβάνονται άλλες αντισυλληπτικές μέθοδοι. Όταν η γυναίκα εμβολιασθεί παρακολουθείται με προσδιορισμό του τίτλου αντισωμάτων σε 4 – 6 εβδομάδες γιατί παρατηρείται σε ποσοστό 5% αποτυχία του εμβολιασμού. Σε περίπτωση που ο τίτλος είναι αρνητικός ο εμβολιασμός επαναλαμβάνεται.

Επίσης πρέπει να σημειωθεί εδώ και η αποτυχία του εμβολίου που φθάνει από 2 – 36% σε 5 χρόνια μετά τον εμβολιασμό. Ακόμη, η μόλυνση από τον ιό μπορεί να συμβεί συχνά σε εμβολιασμένα άτομα, μια και η ανοσία που προκαλείται από το εμβόλιο είναι σχετικά χαμηλή. Ωστόσο δεν έχει παρατηρηθεί μετάδοση του ιού στην έγκυο ύστερα από εμβολιασμό μέλους της οικογένειας (Hawkinset.al., 2016).

7.8 Αντιμετώπιση

Η νόσος διατρέχει ήπια τις περισσότερες φορές και δεν χρειάζεται ιδιαίτερη θεραπεία. Αρκεί η κατάκλιση και η χορήγηση αντιπυρετικών και παυσίπονων, κυρίως για την αντιμετώπιση των αρθραλγιών. Εάν εμφανιστεί εγκεφαλίτιδα, η θεραπεία συνιστάται στην χορήγηση κορτικοστεροειδών.

Στην περίπτωση όμως που μια έγκυος προσβληθεί από τον ιό της ερυθράς, τότε εάν γνωρίζει από προηγούμενη εργαστηριακή δοκιμασία ότι έχει ανοσία, χρειάζεται και πάλι επιβεβαίωση. Εάν, όμως, η ανοσολογική κατάσταση της εγκύου δεν είναι γνωστή, πρέπει να γίνει αμέσως προσδιορισμός του τίτλου αντισωμάτων του ορού της.

Αν η εργαστηριακή δοκιμασία δείξει ανοσία (τίτλος $<1:8$) τότε η έγκυος θεωρείται ασφαλής. Αν η δοκιμασία δείξει ότι είναι αρνητική, τότε η έγκυος παρακολουθείται για τυχόν κλινική ανάπτυξη της ερυθράς. Και στις δύο περιπτώσεις ακολουθεί επανεξέταση του τίτλου μετά από 10 – 15 ημέρες. (Όλα τα δείγματα πρέπει να εξετάζονται από το ίδιο εργαστήριο).

Αν ο τίτλος παραμείνει $<1:8$ τότε σημαίνει ότι η έγκυος δεν δέχτηκε τη λοίμωξη. Σε περίπτωση, όμως, που υπάρξει τετραπλάσια ή μεγαλύτερη αύξηση του τίτλου ή αναπτυχθεί κλινικά η ερυθρά, η έγκυος πρέπει να ενημερωθεί για τους κινδύνους που διατρέχει το έμβρυο και να γίνει πρόταση για διακοπή της κύησης, εκτός αν η κύηση βρίσκεται στο γ' τρίμηνο. Τότε χορηγείται ειδική ανοσοσφαιρική πριν εκδηλωθεί η νόσος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΙΟΣ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ – INFLUENZA

8.1 Γενικά

Η γρίπη είναι μια επιδημική ή σποραδική ίωση που παρουσιάζει υψηλή μεταδοτικότητα. Ο ιός διαπερνά τον πλακούντα και προσβάλλει το έμβρυο προκαλώντας βλάβες.

8.2 Αιτιολογία-Μετάδοση-Κλινική εικόνα-Επιπλοκές

Οφείλεται στον ιό της γρίπης και συγκεκριμένα τους μυξοϊούς τύπου A, B, C. Οι πιο σοβαρές επιδημίες προκαλούνται από το μυξοϊό τύπου A. μεταδίδεται με τα εκκρίματα του ρινοφάρυγγα των ασθενών στο τέλος της επώασης και στις πέντε περίπου πρώτες ημέρες από την αρχή της νόσου.

Έχει χρόνο επώασης 1 – 4 ημέρες και εκδηλώνεται με κακουχία, καταρροϊκά φαινόμενα, βήχα, κεφαλαλγία, αρθραλγίες, μυαλγίες, πυρετό ενώ άλλες φορές η διαδρομή είναι υποκλινική. Μέγιστη επιπλοκή είναι ο ελαττωμένος αερισμός των πνευμόνων (αναπνευστική ανεπάρκεια), συνήθως σε προχωρημένες εβδομάδες εγκυμοσύνης. Η κυριότερη επιπλοκή της γρίπης κατά την κύηση είναι η πνευμονία, που μπορεί να οφείλεται στην ίδια την ίωση ή σε επιμόλυνση από κοινά μικροβιακά στελέχη που συνήθως είναι ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος, ο στρεπτόκοκκος της πνευμονίας κ.α..

Η παραπάνω κατάσταση επιβάλλει την άμεση νοσοκομειακή κάλυψη και αυτό γιατί η μητρική θνησιμότητα ανέρχεται στο 30% (Bonitaet.al., 2016).

8.3 Βλάβες στο νεογνό

Ο ιός της γρίπης περνά τον πλακουντιακό φραγμό και προσβάλλει το έμβρυο, όταν βεβαίως υπάρχει ιαιμία. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι ο ιός της γρίπης είναι υπεύθυνος για ένα αυξημένο ποσοστό συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου που είναι κυρίως :

- Βλάβες στο κεντρικό νευρικό σύστημα
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Ανεγκεφαλία
- Ωτίτιδα

8.4 Διάγνωση-Θεραπεία-Πρόληψη

Στηρίζεται στη διαφορική διάγνωση και σε αναζήτηση – απομόνωση αντισωμάτων του ιού της γρίπης.

Η πρόγνωση στηρίζεται στην αποφυγή της έκθεσης της εγκύου σε εστίες μόλυνσης. Ακόμη, έγκυες με ειδικά προβλήματα π.χ. αναπνευστικές παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος κ.λ.π. θα πρέπει να τυγχάνουν ενεργητικής ανοσοποίησης με αδρανοποιημένα στελέχη ιών της γρίπης.

Το αντιγριπικό εμβόλιο αποτελείται είτε από πλήρως αδρανοποιημένο ιό της γρίπης είτε από κομμάτια ή μικρά τμήματα αυτού (κεκαθαρμένα αντιγόνα), τα οποία ενεργοποιούν το ανοσοποιητικό σύστημα ώστε να παράγει αντισώματα ενάντια στον ιό της γρίπης.

Οι επιστήμονες παρασκευάζουν νέα εμβόλια κάθε χρόνο γιατί το στέλεχος του ιού της γρίπης δε μένει ίδιο. 9-10 μήνες πριν από τη νέα εποχική έξαρση της γρίπης, παρασκευάζουν ένα καινούργιο εμβόλιο σχεδιασμένο να παρέχει προστασία κατά των στελεχών του ιού που αναμένεται να κυκλοφορήσουν στην κοινότητα κατά το επόμενο έτος.

Τα αντιγριπικά εμβόλια είναι πολυδύναμα, δηλαδή εστιάζουν σε τρία κεκαθαρμένα και αδρανοποιημένα στελέχη υποτύπων του ιού της γρίπης (2 τύπου Α και 1 τύπου Β).

Ακόμη το εμβόλιο κατά της γρίπης ενδείκνυται και στην εγκυμοσύνη και στο θηλασμό, αφού περιέχει αδρανοποιημένο τον ιό και χορηγείται με ένεση (ενδομυϊκά). Υπάρχει και το εμβόλιο που περιέχει ζώντα εξασθετισμένο ιό, δίδεται με ρινικό σπρέι το οποίο αντενδείκνυται στην εγκυμοσύνη.

Η θεραπεία της νόσου σε μη επιπλεκόμενες καταστάσεις περιλαμβάνει χορήγηση κωδεϊνούχων σκευασμάτων. Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθεί αιμανταντίνη που είναι ειδικό αντιϊκό σκεύασμα κατά του τύπου Α, παρ' όλο που κατηγορείται για τερατογόνο δράση (Μυριοκεφαλιτάκης, 1994).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΙΚΤΗΤΗΣ ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ΣΕΑΑ), (Acquired Immune deficiency Syndrome, AIDS)

9.1 Εισαγωγή

Ορισμένα άτομα γεννιούνται με μερική ή ολική ανεπάρκεια της χυμικής ή κυτταρικής ανοσίας. Η αιτιολογία της είναι συνήθως κληρονομική (γεννητική). Παρόμοια ανοσοανεπάρκεια μπορεί να αναπτυχθεί σε άτομο φυσιολογικό από την επίδραση εξωγενών παραγόντων. Τέτοιοι παράγοντες είναι η ακτινοβολία, η χορήγηση διαφόρων ανοσοκατασταλτικών ουσιών, η ανάπτυξη διαφόρων νεοπλασμάτων, ιδίως του λεμφικού συστήματος, ή ακόμη και ο υποσιτισμός. Τότε μιλάμε για επίκτητη ανοσοανεπάρκεια. Οι καταστάσεις αυτές συνδέονται κυρίως με βλάβες της κυτταρικής ανοσίας και χαρακτηρίζονται από σοβαρές, εκτεταμένες και συνεχείς λοιμώξεις, που δεν αντιμετωπίζουμε εύκολα με τα μέσα που συνήθως χρησιμοποιούμε για τις λοιμώξεις ενός φυσιολογικού ατόμου. Εκτός αυτού οι λοιμώξεις αυτές οφείλονται σε ευκαιριακούς (καιροσκοπικούς) μικροοργανισμούς, οι οποίοι συνήθως λιθροβιούν και δεν προκαλούν λοιμώξεις σε φυσιολογικά άτομα. Η ανοσοανεπάρκεια στερεί τον οργανισμό από την δυνατότητα επαγρύπνησης και ελέγχου διαφόρων μεταλλάξεων, που συνεχώς συμβαίνουν στα κύτταρά του. Μερικές από τις μεταλλάξεις αυτές παρέχουν τη δυνατότητα στα κύτταρα να πολλαπλασιάζονται ταχύτατα και ανεξέλεγκτα και να προκαλούν τα διάφορα νεοπλασματoκαρκίνους (Chanet.al, 2016).

9.2 Αιτιολογία-Ανοσοβιολογία-Επιδημιολογία

Ο ιός του AIDS ανήκει στους ρετροϊούς που προκαλούν νεοπλασίες στα ζώα, ενώ ενδημεί στους πράσινους πιθήκους της Αφρικής χωρίς να είναι παθογόνος σε αυτούς.

Έχει σφαιρικό σχήμα με ένα κεντρικό πυρήνα που περιέχει το RNA του ιού σε διπλή έλικα η οποία περιβάλλεται από μία πρωτεΐνη και από το ένζυμο T. Ο πυρήνας περιβάλλεται επίσης από μία πρωτεΐνη μεγαλύτερου όμως μοριακού βάρους, ενώ περιφερικά υπάρχει το περίβλημα του ιού αποτελούμενο από διπλό στρώμα λιπιδίων και από κλυκοπρωτεΐνη που παρουσιάζει κορυνοειδείς προβολές για την προσκόλληση του ιού στους υποδοχείς CD4 των λεμφοκυττάρων.

Χαρακτηρίζεται από την παραγωγή της ανάστροφης τρανκριπτάσης, μέσω της οποίας το RNA του ιού, μετά την είσοδό του στο κύτταρο του ξενιστή, μεταγράφεται σε DNA που ενσωματώνεται στο DNA του ξενιστή. Έτσι, κάθε φορά που αναπαράγεται το ανθρώπινο κύτταρο, παράγονται και αντίγραφα του ιού μαζί και προκαλείται μόλυνση νέων κυττάρων και διασπορά.

Ο HIV έχει την ικανότητα να μεταβάλλει την πρωτεϊνική σύνθεση του εξωτερικού του περιβλήματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μη μπορεί το ανοσοποιητικό σύστημα να τον αναγνωρίσει και πάνω σε αυτό βασίζεται η δυσκολία παρασκευής του εμβολίου.

Ο ιός καταστρέφεται εύκολα με τη θερμότητα, τον αέρα, τις χημικές ουσίες, τα αντισηπτικά (οινοπνεύματα). Η μικρή αυτή αντοχή του ιού είναι μία από τις κύριες φυσικές ιδιότητες που παίζει βασικό ρόλο για την αντιμετώπιση της νόσου.

Όταν ο HIV εισέλθει στον οργανισμό προσκολλάται σε ειδικούς υποδοχείς που υπάρχουν κυρίως στα μακροφάγα και στα T4 (βοηθητικά) λεμφοκύτταρα (Bonita et al., 2016).

Στα μακροφάγα ο HIV πολλαπλασιάζεται σε τεράστιο αριθμό χωρίς να τα καταστρέφει. Έτσι τα μακροφάγα μονοκύτταρα όπου και να βρίσκονται δημιουργούν αποθήκες HIV.

Αντίθετα, ο ιός ύστερα από προσκόλληση στους ειδικούς υποδοχείς CD4 των T4 λεμφοκυττάρων, μπορεί να ενσωματώνεται μεν στον πυρήνα τους, αλλά παραμένει εκεί χωρίς να πολλαπλασιάζεται. Το άτομο παραμένει στην κατάσταση αυτή χωρίς εμφανή συμπτώματα και είναι ο ασυμπτωματικός φορέας. Άλλοτε όμως ο HIV πολλαπλασιάζεται ταχύτατα και καταστρέφει τα T4 λεμφοκύτταρα. Τότε δημιουργείται ανοσοανεπάρκεια, που προκαλεί όλα τα χαρακτηριστικά συμπτώματα του AIDS.

Το AIDS έχει προσβάλλει αρκετές μητέρες σε όλη την Αγγλία αλλά είναι πιο κοινό στο Λονδίνο. Εκεί οι αναφερόμενες μολύνσεις επικρατούν σε σχέση με αυτές των γυναικών από την Αφρική. Στη Σκωτία οι αναφερόμενες μολύνσεις σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών. Περισσότερο από 11.000.000 γυναίκες έχουν μολυνθεί. Τα κλινικά ευρήματα είναι παρόμοια με εκείνα των ανδρών. Τέλος, το 1977 590.000 νεογνά μολύνθηκαν στον κόσμο (Wnzelet al, 2016).

9.3 Μετάδοση

Η μετάδοση του ιού γίνεται με μετάγγιση του αίματος, σεξουαλική επαφή, τρύπημα με βελόνα και κάθετη μετάδοση κατά το τοκετό από τη μητέρα στο παιδί.

Το AIDS δεν μεταδίδεται με τη λεγόμενη κοινωνική επαφή, ούτε με τη τροφή, τα νύγματα εντόμων, τη θάλασσα, την μπανιέρα, τα μαγειρικά σκεύη και τα προσωπικά είδη (π.χ. Κτένα, πετσέτα).

Αν ο ιός έχει απομονωθεί στα διάφορα βιολογικά υγρά του ανθρώπινου σώματος, δεν έχουν αποδειχθεί μετάδοση του ιού από κόπρανα, ούρα, σάλιο, ιδρώτα ή δάκρυα.

Επίσης παράγοντες όπως :τα ναρκωτικά, το οινόπνευμα, η ακτινοβολία, ο υποσιτισμός κ.λ.π. μπορεί να ευνοήσουν στην εξέλιξη της HIV λοίμωξης, μειώνοντας την ανοσολογική απάντηση του οργανισμού.

Όταν η έγκυος γυναίκα νοσεί τότε η μετάδοση του ιού στο έμβρυο γίνεται με δύο τρόπους, είτε κατά την εγκυμοσύνη διαπλακουντιακά, είτε κατά τον τοκετό λόγω ανάμειξης του μητρικού και του εμβρυϊκού αίματος (Παπανικολάου et.al, 1994).

9.4 Κλινική εικόνα-Φυσική πορεία της νόσου

Μετά την μόλυνση από τον ιό HIV επί τρεις εβδομάδες έως και δώδεκα μήνες δεν διαπιστώνεται κανένα κλινικό ή εργαστηριακό εύρημα μέχρι να εμφανιστούν αντισώματα κατά του ιού στον ορό της ασθενούς (ορομετατροπή). Επακολουθεί μια σειρά φαινομένων και μετά από πολυετή πορεία εκδηλώνεται το πλήρες σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (το πλήρες AIDS).

Για την αποφυγή σύγχυσης και την κατανόηση της φυσικής πορείας του AIDS και τον ορθό διαγνωστικό προσανατολισμό, προτάθηκε από το CDC (Center for Disease Control) των ΗΠΑ σχετικό σύστημα κατάταξης ως εξής :

IA : Ασυμπτωματικό στάδιο (φορείς)

IB : Οξεία κλινική προσβολή

II: Σύνδρομο επίμονης γενικευμένης λεμφοδενοπάθειας

III : Πρόδρομο AIDS

IV : Πλήρες AIDS

V : Βρεφικό AIDS

Η οξεία εμφάνιση της νόσου μοιάζει με λοιμώδη μονοπυρήνωση και εκδηλώνεται με πυρετό, νυχτερινούς ιδρώτες, διόγκωση λεμφαδένων, κυνάγχη, εμετούς ή συμπτώματα από το νευρικό σύστημα. Αυτό διαρκεί περίπου 10 ημέρες.

Στη συνέχεια επακολουθεί συνήθως μία ασυμπτωματική περίοδος που διαρκεί 7 ή και περισσότερα χρόνια. Πρά την έλλειψη των συμπτωμάτων ο ιός εξακολουθεί να πολλαπλασιάζεται. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου υπάρχει εμμένουσα διόγκωση των λεμφαδένων σε διάφορα σημεία του σώματος(σύνδρομο επίκτητης γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας).

Καθώς μειώνονται τα T4 λεμφοκύτταρα, αρχίζει η εμφάνιση διαφόρων συμπτωμάτων (πυρετός, διάρροια, απώλεια βάρους, υποτροπιάζουσες στοματικές μυκητιάσεις και λοιμώξεις από έρπητα). Το σύνδρομο αυτό είναι διάρκειας λίγων μηνών έως λίγων ετών.

Ακολουθεί το πλήρες AIDS το οποίο χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ευκαιριακών λοιμώξεων νεοπλασμάτων (λέμφωμα, σάρκωμα Kaposi) καθώς επίσης ψυχιατρικών νευρολογικών συμπτωμάτων (αδυναμία συγκέντρωσης, έλλειψη προσανατολισμού, απώλεια μνήμης, προοδευτική προοδευτική δυσαρθρία, αφασία). Σε αυτή την κατάσταση ο πάσχων οδηγείται βαθμιαία μετά βεβαιότητας στο θάνατο. Οι περισσότεροι με HIV λοίμωξη αναπτύσσουν AIDS και πεθαίνουν λόγω ευκαιριακών λοιμώξεων ή κακοηθειών. Χωρίς θεραπεία το 90% των περιπτώσεων των ανθρώπων με HIV λοίμωξη εξελίσσονται σε AIDS μετά από 10-15 χρόνια. Η θεραπεία με αντιρετροϊκά επεκτείνει το χρόνο επιβίωσης, έτσι που η μέση επιβίωση του ατόμου να ανέρχεται σε 10-15 χρόνια.

Η μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα. Ο ακριβής μηχανισμός δεν είναι πλήρως γνωστός. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος συμβαίνει σε περίπτωση προχωρημένης νόσου της μητέρας και σε περίπτωση υψηλού ιικού φορτίου χωρίς θεραπεία. Ο κίνδυνος φτάνει στο 25% , ενώ με θεραπεία και καισαρική τομή πέφτει στο 1%.

Η ενδομήτρια μόλυνση με ιό του AIDS φαίνεται ότι προκαλεί στα έμβρυα ορισμένες δυσμορφίες στο πρόσωπο και στο σώμα. Αυτές οι δυσμορφίες χαρακτηρίζουν το εμβρυϊκό σύνδρομο AIDS. Τα νεογνά, που μολύνθηκαν στη διάρκεια του τοκετού, παρουσιάζουν τα πρώτα συμπτώματα συνήθως μετά από τους πρώτους 2-6 μήνες της ζωής τους. Οι ανωμαλίες αυτές είναι : καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης, που σε μερικά νεογνά είχε αρχίσει ενδομήτρια, μικροκεφαλία, υπερτελορισμός, εξεσημασμένη προβολή του μετώπου, που μοιάζει σαν κουτί, επίμονη μυκητίαση του στόματος, χρόνια πνευμονική διήθηση, ηπατοσπληνομεγαλία, διάχυτη λεμφαδενοπάθεια, ελαττωμένη ανάπτυξη εγκεφάλου.

Η συχνότερη αιτία θανάτου των πασχόντων νεογνών είναι η σηψαιμία από Gram (-) μικρόβια.

Γενικά επικρατεί η άποψη ότι η νόσος εμφανίζεται συχνότερα και με βαρύτερη εικόνα στα νεογνά των οποίων οι μητέρες είναι επί μακρόν οροθετικές, έναντι αυτών που οι μητέρες μολύνθηκαν πρόσφατα (Παπανικολάου et.al, 1994).

9.5 Διάγνωση

Η διάγνωση στηρίζεται κυρίως στην ανίχνευση αντισωμάτων HIV αλλά και στην απομόνωση του ίδιου του ιού(του RNA του ιού με PCR). Για την ανίχνευση αντισωμάτων χρησιμοποιούνται κάποιες ορολογικές μέθοδοι :

- Μέθοδος RIPA (ραδιοενζυματική μέθοδος)
- Μέθοδος ELISA (ενζυματική μέθοδος ανοσοπροσκολλησεως)
- Μέθοδος WESTERN – BLOT (μέθοδος ηλεκτροφόρησης ανίχνευσης

αντισωμάτων), η οποία είναι και επιβεβαιωτική μέθοδος.

Η απομόνωση του ιού μπορεί να γίνει και με κυτταροκαλλιέργεια του ιού, δηλαδή ο ιός αναζητείται στα βιολογικά υγρά των ασθενών με AIDS(Bonitaet.al., 2016).

9.6 Το AIDS στην κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία

Ανίχνευση φορέων -εγκύων.

Ο έλεγχος γίνεται στις γυναίκες των ομάδων υψηλού κινδύνου. Αυτές είναι :

- Τοξικομανείς ή με χρήση στο παρελθόν
- Εκδιδόμενες γυναίκες
- Γυναίκες από χώρες – AIDS – ενδημικές
- Ασθενείς με αφροδίσια νοσήματα
- Ασθενείς πολυμεταγγιζόμενες
- Γυναίκες με συζύγους την ομάδας υψηλού κινδύνου

I. Φροντίδα κατά τη νοσηλεία της εγκύου – φορέα.

Στην περίπτωση που η έγκυος απορρίπτει τη διακοπή πρέπει οπωσδήποτε κατά την κύηση να νοσηλευτεί σε τμήμα εγκύων υψηλού κινδύνου και σε ιδιαίτερο δωμάτιο. Εκεί γίνεται παρακολούθηση με υπερηχογράφο, καρδιογράφο, περιοδικό έλεγχο της ανοσιακής και

ορολογικής κατάστασης της εγκύου με προσδιορισμό του κλάσματος T4/T8, του αριθμού των CD4 κυττάρων του λευκοκυτταρικού τύπου και του ιικού φορτίου.

II. Φροντίδα στον τοκετό.

Οι έγκυες με HIV γεννούν με προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Για τον κίνδυνο μεταδόσεως του ιού HIV, ο τοκετός των φορέων πρέπει να γίνεται μετά από λήψη ορισμένων μέτρων :

- Ο τοκετός γίνεται σε χωριστή αίθουσα.
 - Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ειδικά εκπαιδευμένο.
 - Οι συνθήκες αντισηψίας είναι υψηλού επιπέδου.
 - Χρησιμοποιούνται διπλά γάντια.
 - Ο ιματισμός είναι μιας χρήσης.
 - Σχολαστική ασηψία των εργαλείων.
 - Σχολαστική προσοχή για αποφυγή τραυματισμού στον τοκετό.
 - Χορήγηση προληπτικής αντιβίωσης για την πρόληψη των ευκαιριακών λοιμώξεων.
- Η φαρμακευτική αγωγή Zidovudine στη μητέρα προ και κατά τη διάρκεια του τοκετού περιορίζει το κίνδυνο μετάδοσης στο 8%.

III. Φροντίδα στη λοχεία

A) Για τη μητέρα.

- Νοσηλεία σε χωριστό θάλαμο (απομόνωση).
- Αναστολή γαλουχίας λόγω κινδύνου αναμόλυνσης του νεογνού.
- Υποβοήθηση της ανάρρωσης.
- Συνέχιση προληπτικής αντιβίωσης.

B) Για το νεογνό.

- Νοσηλεία χωριστή από τη μητέρα.
- Έλεγχος για τη παρουσία του ιού HIV αμέσως μετά τη γέννηση και 15 ημέρες μετά.
- Εντατική παιδιατρική παρακολούθηση.

IV. Ψυχικές επιπτώσεις.

Σε ατομικό επίπεδο οι ψυχικές επιπτώσεις τόσο σε λειτουργικές διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας που προκαλεί η νόσος, με άλλοτε ψυχοπαθολογική συμπτωματολογία, όσο και στις ψυχοπαθολογικές επιπτώσεις της νόσου ανάλογα με τη προσωπικότητα και το χαρακτήρα του πάσχοντος. Η ψυχολογική ένταση, το άγχος θανάτου, ο θυμός γι' αυτό που συνέβη, η κατάθλιψη μπορεί να εναλλάσσονται με συναισθήματα φόβου, ενοχής, ανάγκη αποδοχής κ.α..

Σε κοινωνικό επίπεδο η εμφάνιση του AIDS συνδέθηκε γρήγορα με τις περιθωριακές ομάδες (π.χ. ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς) και επενδύθηκε με ένα υπερβολικό φόβοσχετικά με την ευκολία μετάδοσής του. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα, γεγονότα όπως η απώλεια εργασίας, η κοινωνική απομόνωση ακόμα και αυτή η άρνηση περίθαλψης των πασχόντων να είναι πολύ συνηθισμένα σ' αυτές τις περιπτώσεις (Frigerioet.al, 2016).

9.7 Πρόληψη – Θεραπεία

Η πρόληψη αποτελεί σημαντικό κεφάλαιο στο τομέα του AIDS, γιατί δεν υπάρχει θεραπεία αποτελεσματική και αυτός είναι ο μοναδικός τρόπος επιβράδυνσης της εξάπλωσης της νόσου.

Η πρόληψη βασίζεται στην ενημέρωση τόσο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όσο και της ευρύτερης κοινωνίας. Όλοι οι άνθρωποι πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με τους κινδύνους που έχει η πολλαπλότητα των σεξουαλικών συντρόφων. Επίσης πρέπει να γίνεται σύσταση για τη χρήση του προφυλακτικού. Αυτά μπορούν να επιτευχθούν από τα ΜΜΕ, καθώς και με τις ομιλίες από ειδικούς, σε σχολεία, υπηρεσίες, κ.λ.π..

Για την αποφυγή λοίμωξης είναι απαραίτητη για όλους η εφαρμογή μέτρων. Η ανελλιπής χρήση γαντιών όταν τα χέρια έρχονται σε επαφή με το αίμα ή άλλα υγρά του αρρώστου που περιέχουν αίμα ή μη, το συχνό πλύσιμο των χεριών, (και μετά η αφαίρεση των γαντιών), τα γυαλιά και η μάσκα, η αποφυγή τραυματισμού από εργαλεία και μολυσμένες βελόνες είναι πράξεις που επιβάλλονται να γίνονται.

Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει αποτελεσματικό εμβόλιο ή θεραπεία που να προσφέρει πλήρη ίαση από τον HIV. Η αγωγή αποτελείται από την υψηλής δραστηριότητας αντιρετροϊκή θεραπεία HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) η οποία επιβραδύνει, αλλά δεν σταματά την εξέλιξη της νόσου και την οποία το 2010 λαμβάνουν περισσότεροι από 6,6 εκατομμύρια άνθρωποι σε χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα. Η αγωγή περιλαμβάνει επίσης προληπτική αλλά και ενεργό θεραπεία κατά των ευκαιριακών λοιμώξεων (Frigerioet.al, 2016)

Β.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

10.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με λοιμώξεις-βασικές αρχές

Η νοσηλεύτρια(-της) αρρώστου με λοιμώδες νόσημα αρχικά πρέπει να μπορεί να απαντήσει σε ερωτήματα όπως :

- Ποιά είναι η φύση του λοιμογόνου παράγοντα.
- Με ποιό τρόπο μεταδίδεται ο λοιμογόνος παράγοντας από το φορέα.
- Ποιός είναι ο φορέας του λοιμογόνου παράγοντα.
- Ποιά είναι η πιο πιθανή θύρα εισόδου του λοιμογόνου παράγοντα στον ανθρώπινο οργανισμό.
- Με ποιές συνθήκες και για πόσο χρόνο μπορεί να ζήσει ο λοιμογόνος παράγοντας έξω από το ξενιστή.
- Πώς μπορούμε να πετύχουμε ανοσία σε ένα λοιμογόνο παράγοντα και για πόσο χρόνο.
- Μέτρα προφυλακτικά που πρέπει να εφαρμόζει όταν νοσηλεύει άρρωστο με λοιμώδες νόσημα.

Η νοσηλεύτρια (-της) θα βοηθήσει να μη μεταδίδονται (διασπείρονται) τα λοιμώδη νοσήματα όταν :

- Νοσηλεύει τον άρρωστο (και ιδιαίτερα την έγκυο άρρωστη) ακίνδυνα για τον εαυτό της και το περιβάλλον.
- Συμμετέχει ενεργά στο πρόγραμμα ελέγχου νοσοκομειακών λοιμώξεων και ιδρύματος που υπηρετεί.
- Συνεργάζεται σε πρόγραμμα για διάγνωση και περιορισμό διασποράς λοιμωδών νοσημάτων.

Η νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με λοιμώξεις έχει αντικειμενικό σκοπό την ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου, την πρόληψη ή έγκυρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών της ασθένειας όπως και τη πρόληψη διασποράς του λοιμογόνου παράγοντα. Οι απαραίτητες δραστηριότητες για την υλοποίηση του κάθε αντικειμενικού σκοπού είναι οι εξής :

- Παροχή βοήθειας για την εξακρίβωση του λοιμογόνου παράγοντα και της θέσης της διάγνωσης.
- Λήψη δειγμάτων αίματος, ούρων, πτυέλων κ.α.
- Λήψη δειγμάτων υγρών κοιλότητων σώματος όπως εγκεφαλονωτιαίο υγρό
- Εκτέλεση ειδικών δερματοαντιδράσεων
- Η παροχή βοήθειας στον άρρωστο για τον έλεγχο της λοιμώξεως.
- Χορήγηση αντιμικροβιακών φαρμάκων
- Εφαρμογή ανοσοθεραπείας.
- Παρακολούθησθτου αρρώστου για ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων ή ορών.
- Η πρόληψη της μετάδοσης του λοιμογόνου παράγοντα.
- Εφαρμογή των μέτρων απομόνωσης.
- Τήρηση κανόνων ασηψίας
- Χρησιμοποίηση προφυλακτικής μπλούζας και μάσκας από τα άτομα που έρχονται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο.
- Απολύμανση και απομάκρυνση των απορριμμάτων.
- Έλεγχος διασποράς μολυσμένων σταγονιδίων και μολυσμένης σκόνης.
- Προστασία του ευαίσθητου σε μολύνσεις αρρώστου
- Χρησιμοποίηση «άσηπτου» περιβάλλοντος για τη νοσηλεία τους.
- Να μην υπάρχουν στο θάλαμο του αρρώστου λουλούδια, φυτά και τρεχούμενο νερό, όταν απαγορεύεται ο άρρωστος να έρθει σε επαφή με λοιμογόνους παράγοντες που σαπροφυτούν σε αυτά.
- Η ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών του αρρώστου.
- Εξασφάλιση καλής ενυδάτωσης του αρρώστου.
- Κάλυψη αναγκών διατροφής.
- Ανακούφιση του αρρώστου από το πυρετό.
- Λήψη, αξιολόγηση των ζωτικών σημείων.
- Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου.
- Καταστολή του βήχα με υγρή ατμόσφαιρα στο δωμάτιο, χορήγηση αντιβηχικών φαρμάκων.
- Καταστολή του κνησμού με πλύσεις του δέρματος, χορήγηση αντιισταμινικών φαρμάκων, επάλειψη με ταλκ, όταν υπάρχει εντολή ιατρού.
- Μείωση του πυρετού.
- Μείωση του άγχους ή και της κατάθλιψης.

- Η προφύλαξη του ατόμου και ομάδες ατόμων (κοινού) από την έκθεση σε λοιμώδη νοσήματα.
- Εφαρμογή ενεργητικής ανοσίας (εμβόλια).
- Εφαρμογή παθητικής ανοσίας (άνοσος ορός ή άνοση γ – σφαιρίνη) για προστασία των ατόμων.
- Απομόνωση των αρρώστων και των γνωστών φορέων.
- Πληροφόρηση του κοινού σε θέματα όπως η σπουδαιότητα της ανοσοποίησης, οι τρόποι μετάδοσης και η πρόληψη μετάδοσης των νοσημάτων, παράγοντες όπως ηλικία, φύλο, φυλή κ.α., η σπουδαιότητα καθαριότητας του περιβάλλοντος και τήρηση κανόνων ατομικής υγιεινής κ.λ.π..
- Η ενημέρωση για τους ξενιστές των λοιμογόνων παραγόντων όπως άνθρωποι, έντομα κ.α., με τους οποίους μεταφέρονται οι λοιμογόνοι παράγοντες και η σπουδαιότητα του περιορισμού του (Chaet.al, 2016).

10.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1

Η Μ.Π., εισήλθε στο Π.Γ.Ν.Π. Στη Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική στις 19/08/2016. η γυναίκα βρισκόταν στην 24η εβδομάδα της κύησης που την έφεραν περισσότερο στο νοσοκομείο ήταν : Πριν 2 ημέρες περίπου παρουσίασε εξάνθημα, λεπτό κηλιδοβλατιδώδες που έγινε πολύ πιο αισθητό στο πρόσωπο, στο κορμό και τα άκρα. Παρουσίασε στο μεταξύ πυρετό χαμηλό μέχρι 37,4 βαθμούς Κελσίου και ελαφρά αδιαθεσία, αρθραλγίες, ανορεξία και γενική κακουχία.

Με την εισαγωγή έγινε ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος και με τη διόγκωση των λεμφαδένων επιβεβαιώθηκε η διάγνωση που ήταν η ερυθρά.

Η γυναίκα τέθηκε σε απομόνωση και στενή παρακολούθηση καθώς παρουσιάστηκε πυρετός μέχρι 38,9 βαθμούς Κελσίου το επόμενο 24h. Ακολούθησε σταδιακή ελάττωση του πυρετού και πληροφόρηση της εγκύου για τη κατάστασή της καθώς και για τις επιπτώσεις της ερυθράς στην εγκυμοσύνη και μελλοντικά στο έμβρυο.

Θετικό σημείο ήταν ότι η γυναίκα προσβλήθηκε στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης κατά το οποίο ο κίνδυνος για να προσβληθεί και το έμβρυο είναι σπάνιος, ενώ αν προσβληθεί κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης η διακοπή της κρίνεται απαραίτητη. Μετά από 12 ημέρες νοσηλείας τα συμπτώματα υποχώρησαν, η γενική κατάσταση της εγκύου γυναίκας είναι καλή και το έμβρυο διέφυγε το κίνδυνο μόλυνσης.

Η νοσηλευτική διεργασία συνιστάται :

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Πυρετός	Μείωση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα. Αντιμετώπιση της αιτιολογίας του πυρετού.	Διατήρηση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα με φυσικά μέσα ή φαρμακευτικά σκευάσματα. Χορήγηση θεραπευτικού σχήματος σύμφωνα με εντολή ιατρού και αν η εγκυμοσύνη το επιτρέπει.	Διατήρηση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος σε χαμηλά επίπεδα. Χορήγηση άφθονων υγρών από το στόμα. Αποφυγή λήψεως δύσπεπτων τροφών. Τοποθέτηση παγοκύστεων. Σε παρουσία ρίγους η ασθενής σκεπάζεται με ελαφρά σκεπάσματα (π.χ. Σεντόνι ή ελαφρά κουβέρτα).	Πτώση της θερμοκρασίας της ασθενούς και κάλυψή της για περαιτέρω εξέλιξη της λοίμωξης

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ανορεξία	Αύξηση της διάθεσης της ασθενούς για φαγητό.	Ενισχύουμε την ασθενή υπενθυμίζοντάς της να παίρνει τα κύρια συμπληρωματικά γεύματα. Τα γεύματα πρέπει να είναι συχνά και μικρά.	Φροντίζουμε ώστε να δίνεται η τροφή σε ικανοποιητική ποικιλία. Προσφέρουμε το δίσκο περιποιημένο. Χορηγούμε εύπεπτες τροφές, δροσερό γάλα, χυμούς φρούτων ώστε να καλυφθεί ο οργανισμός με τις απαραίτητες θερμίδες και θρεπτικά συστατικά. Βοηθάμε την ασθενή να παίρνει τα γεύματα και τα συμπληρωματικά. Ενημέρωση και διδασκαλία της ασθενούς ότι στη κατάστασή της είναι απαραίτητο να τρέφεται σωστά.	Η όρεξη της ασθενούς αποκαταστάθηκε.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>Αγωνία, άγχος και φόβος με την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο καθώς και για την επίπτωση της λοίμωξης σε αυτό το στάδιο της εγκυμοσύνης</p>	<p>Απαλλαγή της ασθενούς από τα δυσάρεστα αυτά συναισθήματα και επίτευξη της καλύτερης ψυχικής ηρεμίας και ισορροπίας. Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τη κατάστασή της και τις επιπτώσεις της λοίμωξης. Απομόνωση της ασθενούς</p>	<p>Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τη κατάστασή της και τι πρόκειται να της συμβεί. Ενημέρωση των οικείων της ασθενούς σχετικά με τη κατάστασή της έτσι ώστε να βεβαιωθούν ότι όλα θα πάνε καλά, εφ' όσον η λοίμωξη δεν αποτελεί σοβαρό κίνδυνο για την εγκυμοσύνη σε αυτό το στάδιο. Ενημέρωση για τη σοβαρότητα της κατάστασης και για την ανάγκη απομόνωσης της ασθενούς.</p>	<p>Πολύωρη συζήτηση με την ασθενή και προσεκτική ακρόαση όλων των ερωτημάτων και ανησυχιών της. Σαφείς επεξηγήσεις στις απορίες της. Συζήτηση με τους οικείους της ασθενούς τονίζοντας πως η ασθενής περνάει μια πολύ δύσκολη στιγμή στη ζωή της και χρειάζεται τη συνεχή συμπαράσταση και ψυχολογική υποστήριξή τους. Η ασθενής απομονώθηκε για την προφύλαξη των άλλων εγκύων.</p>	<p>Η συζήτηση ήταν αρκετά αποδοτική καθώς η ασθενής ηρέμησε και απέκτησε ένα αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Αποδέχτηκε θετικά την απομόνωσή της.</p>

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αρθραλγίες	Να απαλλαγεί η ασθενής από τους πόνους στις αρθρώσεις	Κατάλληλη θέση της ασθενούς στο κρεβάτι. Περιορισμός των παραγόντων που προκαλούν τους πόνους. Χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την εντολή ιατρού.	Χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με εντολή ιατρού. Απαλλαγή της ασθενούς από δυσάρεστες σκέψεις και συναισθηματικές φορτίσεις.	Ανακούφιση της ασθενούς από τους πόνους.

10.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2

Η Θ.Μ. εισήλθε στο Π.Γ.Ν.Π. στη Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική στις 28/08/2016. Η γυναίκα βρισκόταν στην 16^η εβδομάδα της κύησης και εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω εμφάνισης εμπύρετου μέχρι 38,2 βαθμούς Κελσίου, κακουχίας, κεφαλαλγίας, ρινικής καταρροής και βήχα και πριν λίγες ώρες η ασθενής ένιωθε πόνους στις αρθρώσεις και στους μύες.

Η διάγνωση ήταν γρίπη γι' αυτό το λόγο η κατάστασή της επέβαλλε την άμεση νοσοκομειακή κάλυψη.

Δόθηκαν οι κατάλληλες οδηγίες από τον ιατρό τόσο στην έγκυο όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων όσο το δυνατό πιο σύντομα ώστε να προληφθούν έγκαιρα οι επιπλοκές που θα μπορούσε να επιφέρει η νόσος στο έμβρυο.

Η ασθενής μετά από 7 ημέρες ξέφυγε τον κίνδυνο και τα συμπτώματα της γρίπης άρχισαν να υποχωρούν. Χορηγήθηκαν αντιβιοτικά, αντιβηχικά, αποχρεμπτικά και άλλα φάρμακα με εντολή ιατρού.

Η νοσηλευτική διεργασία συνιστάται:

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Πυρετός	Μείωση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα. Ταχεία αποκατάσταση της ασθενούς.	Διατήρηση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα με φυσικά μέσα ή φαρμακευτικά σκευάσματα..	Διατήρηση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος σε χαμηλά επίπεδα. Χορήγηση άφθονων υγρών από το στόμα. Αποφυγή λήψεως δύσπεπτων τροφών. Τοποθέτηση παγοκύστεων. Σε παρουσία ρίγους η ασθενής σκεπάζεται με ελαφρά σκεπάσματα (π.χ. Σεντόνι ή ελαφρά κουβέρτα)	Πτώση της θερμοκρασίας της ασθενούς και επαναφορά της σε φυσιολογικά επίπεδα.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ανορεξία	Ελάττωση της ανορεξίας και σταδιακή αύξηση της όρεξης της ασθενούς.	Ενίσχυση της ασθενούς να τρέφεται σωστά. Προγραμματισμός διδασκαλίας και τόνωση της ασθενούς.	Χορηγείται τροφή της προτίμησης της ασθενούς όταν δεν αντενδείκνυται. Σερβιρισμένη τροφή σε περιποιημένο δίσκο ώστε να είναι ελκυστική. Εξασφάλιση ποικιλίας στο διαιτολόγιο της αρρώστου. Επισήμανση της σπουδαιότητας των θερμιδικών αξιών για τον οργανισμό και την εγκυμοσύνη γενικότερα.	Η όρεξη της εγκύου αποκαταστάθηκε πλήρως και λαμβάνει τις θερμίδες που πρέπει για την εγκυμοσύνη.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Κεφαλαλγία	Μείωση του άλγους της ασθενούς.	Δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες ώστε η ασθενής να ξεπεράσει το άλγος με φυσικά και φαρμακευτικά μέσα.	Η νοσηλεύτρια περιορίζει τους θορύβους του περιβάλλοντος. Περιορίζει το έντονο φως. Χορηγεί αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και παρακολουθεί τη δράση τους. Τοποθετεί παγοκύστη ή κρύα κομπρέσα στο κεφάλι.	Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Κακουχία και γενικευμένα μυϊκά άλγη	Επαναφορά της ασθενούς στην αρχική της κατάσταση. Μείωση του άλγους.	Ανακούφιση της ασθενούς από την κακουχία και τα γενικευμένα άλγη. Προγραμματισμός και διδασκαλία.	Τοποθέτηση θερμοφόρας στα πόδια και ζεστού ρουχισμού. Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Μείωση του πυρετού. Εντριβές στο σώμα και στα άκρα. Αλλαγή θέσης της ασθενούς επάνω στο κρεβάτι. Τοποθέτηση παγοκύστης στο κεφάλι. Χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με εντολή ιατρού.	Μείωση του άλγους και βελτίωση της κλινικής κατάστασης της εγκύου.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Βήχας	Ελάττωση του βήχα της ασθενούς	Χορηγούνται φάρμακα και πολλά υγρά για την ανακούφιση της ασθενούς από το βήχα και τη βελτίωση της κατάστασής της.	Χορήγηση απογχεμπτικών (με οδηγία ιατρού) για την αποβολή πιθανών εκκρίσεων και τον περιορισμό του βήχα. Χορήγηση πολλών υγρών.	Ο βήχας υποχώρησε και η ασθενής νιώθει καλύτερα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι μηχανισμοί που προκαλούν βλάβες στο έμβρυο και οι συνθήκες, βάσει των οποίων πραγματοποιείται ενδομήτρια λοίμωξη δεν είναι ακριβώς γνωστοί. Αρχικά έχουμε λοίμωξη της εγκύου από τον ιό --> ιαιμία --> εγκατάσταση του ιού στον πλακούντα --> προσβολή του εμβρύου.

Ο ιός μεταφέρεται στο έμβρυο είτε αιματογενώς με τα αγγεία του πλακούντα είτε με επινέμηση από τους ιστούς και τις μεμβράνες που περιβάλλουν το έμβρυο. Σημαντικό ρόλο παίζει και η ηλικία του εμβρύου στην ενδομήτρια λοίμωξη.

Για την διάγνωση τυχόν λοίμωξης χρησιμεύουν οι κάτωθι εξετάσεις:

- Χρήση του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου.
- Αναζήτηση φθοριζόντων αντισωμάτων.
- Απομόνωση και καλλιέργεια του ιού ή μικροβίου.

Πιο ειδικά, οι ορολογικές αντιδράσεις με τις οποίες ανιχνεύεται η παρουσία ειδικών αντισωμάτων ενάντια του ιού στον ορό του αίματος του ασθενούς είναι:

- Αναστολή αιμοσυγκόλλησης.
- Συνδετικά αντισώματα του συμπληρώματος.
- Ανασοφθορίζοντα αντισώματα.
- Εξουδετερωτικά του ιού αντισώματα.

Οι περιγεννητικές λοιμώξεις, αποτελούν ένα από τα σπουδαιότερα κεφάλαια κατά την παρακολούθηση της εγκύου γυναίκας, του εμβρύου ή νεογνού κατά την προγεννητική και περιγεννητική περίοδο, παράλληλα δε και ένα από τα πλέον αμφιλεγόμενα κεφάλαια, όσον αφορά την πρόληψη, την διάγνωση και την θεραπεία των λοιμώξεων αυτών, όπου αυτή είναι δυνατή.

Είναι σαφές, ότι το είδος της λοίμωξης, δηλ. αν η λοίμωξη της μητέρας είναι πρωτοπαθής ή αν είναι δευτεροπαθής -δηλ. υποτροπή-, έχει ιδιαίτερη σημασία, όσον αφορά τις πιθανότητες μετάδοσης της λοίμωξης στο έμβρυο.

Η συσχέτιση μίας λοίμωξης της μητέρας με μία πάθηση του εμβρύου ή νεογνού δεν είναι πάντα ευχερής. Επί κλινικών εκδηλώσεων της μητρικής λοίμωξης η διάγνωση σ' αυτήν είναι κατά κανόνα δεδομένη, αλλά η συσχέτιση της λοίμωξης αυτής με μία εμφανιζόμενη νεογνική πάθηση είναι πιθανότερη όταν η ίδια λοίμωξη πιστοποιηθεί και στο νεογνό.

Σε περίπτωση υποκλινικής λοίμωξης της μητέρας η διάγνωση σ' αυτήν μπορεί να είναι μόνον ορολογική, υπάρχει δε ανάγκη ορολογικής παρακολούθησης τόσο της μητέρας κατά την διάρκεια της κύησης αλλά και του νεογνού επί μεγάλο χρονικό διάστημα για να πιστοποιηθεί η μετάδοση της λοίμωξης στο νεογνό.

Οι επιπτώσεις των συγγενών λοιμώξεων στο έμβρυο εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες όπως το είδος και την τοξικότητα του μικροοργανισμού, την ηλικία της εγκυμοσύνης, την κατάσταση του αμυντικού συστήματος της μητέρας την ωριμότητα του αμυντικού συστήματος του εμβρύου, και τέλος την θεραπεία της εγκύου. Η μετάδοση της λοίμωξης μπορεί να γίνει αιματογενώς διαπλακουντιακά, ή κολπικώς με ανιούσα λοίμωξη.

Ο ρόλος του νοσηλευτή κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός καθώς μπορεί να συμμετάσχει ενεργά τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων κατά τη διάρκεια της κύησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2009). Βασική επιδημιολογία (1η ed.). Αθήνα: Πασχαλίδης.

Chan, K.R., Wang, X., Saron, W.A.A., Low, J.G.H., Ooi, E.E (2016) Cross-reactive antibodies enhance live attenuated virus infection for increased immunogenicity *Nature Microbiology*, 1, 16164

Chant C, Smith OM, Marshall JC, Friedrich JO. Relationship of catheter associated urinary tract infection to mortality and length of stay in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit. Care Med.* 2011; 39: 1167–73.

Fields LB. (2008). Oral care intervention to reduce incidence of ventilator-associated pneumonia in the neurologic intensive care unit. *J Neurosci Nurs.* 40(5):291-8.

Frigerio, S., Macario, M., Iacovone, G., Palombi, L., Buonomo, E. (2016) *Schistosoma haematobium* infection, health and nutritional status in school-age in a rural setting in Northern Senegal *Minerva Pediatrica*, 68 (4), pp. 282-287

Hawkins, S.S., Hristakeva, S., Gottlieb, M., Baum, C.F. (2016) Reduction in emergency department visits, ear infections, and respiratory infections after the introduction of state smoke-free legislation *Preventive Medicine*, 89, pp. 278-285

Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis.* 2010; 50: 625–63.

Plachter, B. (2016) Prospects of a vaccine for the prevention of congenital cytomegalovirus disease *Medical Microbiology and Immunology*, pp. 1-11

Sandra K. Halonen, Louis M. Weiss, (2013) Toxoplasmosis, Handb Clin Neurol, 114: 125-145.

Sankaran, H., Danysh, H.E., Scheurer, M.E., Grufferman, S., Lupo, P.J. (2016) The Role of Childhood Infections and Immunizations on Rhabdomyosarcoma: A Report From the Children's Oncology Group Pediatric Blood and Cancer, 63 (9), pp. 1557-1562

Sankaran, H., Danysh, H.E., Scheurer, M.E., Grufferman, S., Lupo, P.J. (2016) The Role of Childhood Infections and Immunizations Rhabdomyosarcoma: A Report From the Children's Oncology Group Pediatric Blood and Cancer, 63 (9), pp. 1557-1562

Silasi M., Cardenas I., Rasicot K., Kwon, Aldo P., Mor J. (2015), Viral infections during pregnancy, (Am J Reprod Immunol), 73 (3): 199-213.

Sparling P.F. (2009). Παθολογία Βασικές Αρχές, Κεφ. 89, Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα, σ. 672-679.

Wnzel, J., Brewer, G., & Butzler, S. (2002). Έλεγχος λοιμώξεων στο Νοσοκομείο. Boston USA: CDC.

Ξηρουχάκη Ευαγγελία Κ. (2007). Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Διάγνωση και την Εμπειρική, Θεραπεία των Λοιμώξεων (1st ed.). Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων

Καβαλιώτης Ι.Θ. (1993). Λοίμωξη με τον ιό του απλού έρπητα κατά την κύηση και τον τοκετό. Ιατρική 63, Αθήνα, σ. 68-71.

Καβαλιώτης Ι.Θ. (1993). Λοίμωξη με τον ιό ανεμευλογιάς – ζωστήρα κατά την κύηση και το τοκετό, Ιατρική 64, Αθήνα, σ. 52-55.

Μυριοκεφαλιτάκης Ν. (1994). Συνοπτική παιδιατρική. έκδοση 16^η, Γρ. Παρισσιανός, Αθήνα, σ. 512 – 516.

Παπανικολάου Α.Ν., Παπανικολάου Ν.Α. (1994). Μαιευτική. έκδοση 3^η, Γρ. Παρισιανός, Αθήνα, σ. 324-330.

Χατζιωαννίδης Γ., Θωμαΐδης Κ., Βαρλάμης Γ., Νενοπούλου Ε., Σκλαβούνου Σ., - Τσορουτσόγλου. (1993) . Περίπτωση συγγενούς ερυθράς με πολυσυστηματική εκδήλωση. Παιδιατρικά χρονικά 13,3, Αθήνα, σ.383-386.