

Prof. dr. Stefan Zeuzem

Hepatita B

Riscuri, prevenție și tratament

ELPA



**European Liver
Patients Association**

F. De Renesselaan, 57
B - 3800 Sint-Truiden,
Belgium

email: contact@elpa-info.org



Dragă pacientă, dragă pacient,

Această broșură este menită să vă ofere un ajutor în a înțelege mai multe despre boala dvs. și a ști cum să-i faceți față mai bine. Scopul ei este de a vă încuraja să mențineți în continuare o relație normală cu cei din jur și să nu aveți o frică nejustificată cu privire la posibilitatea transmiterii bolii. Cu ajutorul broșurii dorim să vă informăm și despre consecințele îmbolnăvirii cronice cu hepatita B asupra sănătății, precum și despre posibilitățile de terapie care vă stau la dispoziție. Sperăm să vă putem astfel ajuta. În cazul în care aveți și alte întrebări, vă recomandăm să vă adresați cu încredere medicului dvs. curant.

Nadine Piorkowsky
Președintă a ELPA

Prof. Dr. Stefan Zeuzem
Colegiul științific al ELPA

Cuprins

Cuvânt înainte	pag. 2
Cuprins	pag. 3
Introducere	pag. 4
Ficatul	pag. 5
Hepatita virală B	pag. 6
Infecția	pag. 10
Complicații secundare ale hepatitei B	pag. 12
Hepatita D	pag. 14
Analize ale sângelui	pag. 15
Biopsia hepatică (Puncția hepatică)	pag. 16
Terapia hepatitei cronice B	pag. 16
• Terapia cu medicație antivirală	pag. 16
• Terapia cu interferon (pegylat) alfa	pag. 19
Vaccinul împotriva hepatitei B	pag. 21
Alimentația la hepatita B	pag. 22
Despre ELPA	pag. 23

Ediția: 2007

Layout: © 2007 by Deutsche Leberhilfe e.V.

Introducere

La nivel mondial, două miliarde de oameni au avut deja o infecție cu hepatita B. Conform estimărilor OMS, 400 milioane de oameni au o infecție cronică cu hepatita B.

În ciuda faptului că există un vaccin eficace împotriva hepatitei B, anual apar 10 până la 30 de milioane de noi îmbolnăviri. În stadiul avansat al bolii, hepatita B poate conduce la ciroză și cancer la ficat. Aproximativ un milion de oameni mor în fiecare an din cauza consecințelor hepatitei B.

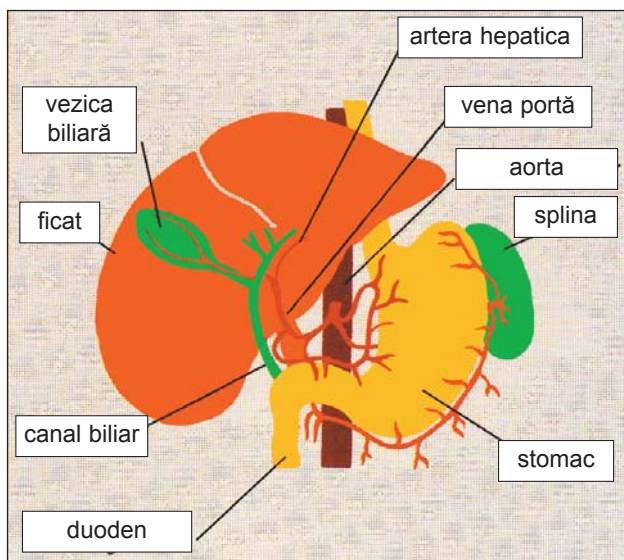
Este disponibil un vaccin eficace. În mod continuu este îmbunătățită terapia pentru pacienții cu infecție cronică.

Ficatul

Ficatul, având o greutate de circa 1.500 g, este cel mai mare organ intern al corpului uman. Se află situat în partea superioară dreaptă a abdomenului și este înconjurat de o capsulă de țesut conjunctiv.

Ficatul este principalul organ al corpului care asigură metabolismul. Printre funcțiile sale se numără eliminarea substanțelor toxice care ajung prin intermediul intestinului în organism înainte ca acestea să pătrundă în circulația sangvină. Elementele nutritive care sunt absorbite prin pereții intestinului sunt metabolizate în ficat. Ficatul produce proteine importante care sunt necesare, spre exemplu, la coagularea sângelui și la apărarea organismului împotriva infecțiilor. Importantă este și producția de lichid biliar care ajunge printr-un sistem special de canale în intestinul subțire (duoden). Lichidul biliar permite eliminarea produselor de metabolism ale celulelor roșii (eritrocite) și digestia grăsimilor din alimentație. Odată cu acesta sunt eliminate și o serie de substanțe toxice din organism.

Ficatul însuși nu este inervat, neavând fibre nervoase care să poată transmite durerea. Durerile pot însă apare ca urmare a tensiunilor la nivelul capsulei de țesut conjunctiv atunci când ficatul se mărește datorită unor procese inflamatorii sau a cicatrizării.



Poziția ficatului în partea superioară dreaptă a abdomenului și alimentarea cu sânge a acestuia. Sângele bogat în elemente nutritive absorbite din intestin ajunge prin intermediul venei porte la ficat.

Hepatita virală B

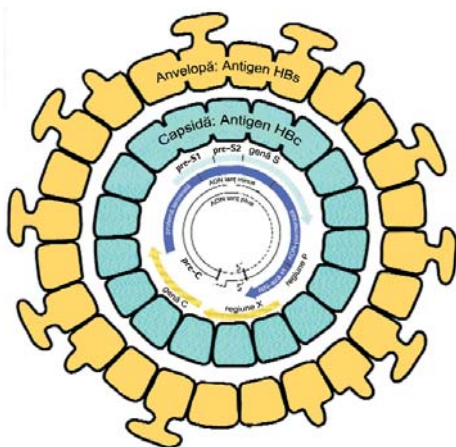
Infecția cu hepatită B este infecția ficatului cu virusul hepatitei B (VHB). La majoritatea pacienților (peste 90%) organismul se vindecă prin forțe proprii după un parcurs acut al bolii. Nu de puține ori pacienții respectivi nici măcar nu au observat infecția cu virusul hepatitei B. La mai puțin de 10% dintre pacienții infectați, sistemul imunitar al organismului nu este în măsură să lupte eficient cu virusul. Dacă boala durează mai mult de șase luni, se vorbește de o hepatită cronică B. Evoluția clinică a hepatitei cronice B este dependentă de cantitatea de viruși din organism și amploarea răspunsului imunitar al pacientului infectat. Anumite componente virale din sânge și

anticorpii pe care îi formează organismul uman împotriva acestor componente virale, precum și alte valori de laborator pot oferi indicii cu privire la gradul de activitate al hepatitei (tabel).

Antigen HBs	Componentă virală care se află în anvelopa virală, semn al unei hepatite acute sau cronice tip B
Antigen HBe	Componentă virală care poate fi detectată în sânge. Dovadă indirectă a înmulțirii virusului (replicare)
Antigen HBc	Componentă a capsidei virale, poate fi detectată în ficat, dar nu în sânge
Anticorpi (anti-HBs, anti-HBe, anti-HBc)	Sunt produse ale sistemului imunitar al organismului, cu rolul de a elimina virusul din organism
ADN VHB	Material genetic al virusului hepatitei B (acid dezoxiribonucleic)
Transaminaze	Valori hepatice (TGP, TGO) care arată o activitate inflamatorie crescută în ficat
Histologie	Analiza microscopică a țesutului (de ex., de proveniență hepatică)

Tabel: Analize importante la hepatita B. Antigenele (Ag) sunt substanțe care sunt recunoscute de către organism ca fiind străine (de ex., componente ale virusului) și care declanșează producerea de substanțe de apărare (anticorpi, Ac).

La hepatita cronică B există forme evolutive la care se produce în organism numai un număr redus de viruși (hepatită cronică B cu activitate replicativă redusă) sau altele la care se produc foarte mulți viruși (hepatită cronică B cu activitate replicativă înaltă). La hepatita cronică B cu activitate replicativă redusă nu se observă de regulă o progresie rapidă a bolii. În majoritatea cazurilor pacienții au valori hepatice nor-



Modelul virusului hepatitei B

male. La acești pacienți poate fi detectat antigenul HBs, pe când antigenul HBe nu este de obicei detectabil în sânge. La hepatita cronică B cu activitate replicativă înaltă pot fi detectate până la 100.000 de copii ale virusului per ml sânge (aceasta corespunde valorii de circa 20.000 UI/ml). Pe lângă antigenul HBs este posibilă detectarea antigenului HBe. La mulți pacienți (aprox. 50%) cu hepatită cronică B cu activitate replicativă înaltă antigenul HBe nu poate fi însă detectat. Cu ajutorul testelor de sânge se poate stabili ce formă evolutivă de hepati-

tă cronică B există la un anumit pacient. Doctorul dvs. își va face o imagine cu privire la activitatea hepatitei pe baza antigenelor și anticorpilor existenți în sânge, a cantității de viruși din sânge (încărcătură virală), a transaminazelor și a analizei histologice a țesutului prelevat din ficat.

Simptome ale hepatitei B

Între șase săptămâni și patru luni de la infecția cu virusul hepatitei B (perioada de incubație) unii pacienți prezintă simptome asemănătoare gripei, dureri articulare și o stare accentuată de oboseală. Numai o parte dintre pacienți prezintă simptomele tipice ale unei boli grave a ficatului, cum ar fi, spre exemplu, icterul (colorarea în galben a pielii) cu scaun decolorat și urină închisă la culoare, precum și dureri în zona superioară a abdomenului. Circa două treimi dintre pacienți prezintă în faza acută a hepatitei B puține simptome sau chiar deloc. Simptomele de boală ale hepatitei cronice B sunt de obicei chiar mai puțin evidente. Unii pacienți resimt o oboseală accentuată sau dureri în partea superioară dreaptă a abdomenului, mulți pacienți însă nu sesizează îmbolnăvirea.

Mecanismul bolii

În cazul unei infecții cronice, virușii de hepatită infectează permanent noi celule hepatice. Celulele hepatice infectate mor și sunt înlocuite de alte celule hepatice. Semn al inflamației este migrația celulelor albe din sânge în țesutul hepatic. Acestea sunt

responsabile pentru distrugerea și îndepărtarea resturilor celulelor hepatice care au murit în urma infecției. Prezența lor nu este însă menită să înlăture virusul. Celule hepatice moarte pot fi înlocuite ulterior de țesut conjunctiv (= cicatrizare). Dacă țesutul conjunctiv la ficatului prezintă modificări, se vorbește în stadiul incipient de o fibroză hepatică, iar ulterior de o ciroză hepatică. Ponderele țesutului conjunctiv poate fi – în cazul unui tratament eficient al hepatitei cronice B – cel puțin parțial redusă.

Infecția

Transmiterea virusului hepatitei B se face în cele mai multe cazuri prin sânge, pe cale sexuală sau în timpul nașterii. Virusul hepatitei B este mult mai infecțios ca, spre exemplu, virusul SIDA (HIV) sau virusul hepatitei C. Virusul hepatitei B se transmite numai de la om la om.

Transmiterea sexuală

Transmiterea sexuală a virusului hepatitei B se întâlnește, altfel decât în cazul virusului hepatitei C, des. Pacienții cărora li s-au putut detecta viruși în sânge trebuie să folosească prezervative pentru a-și proteja partenerul. Transmiterea se poate realiza însă și prin salivă sau alte secreții. De aceea este importantă vaccinarea partenerului sexual.

Transmiterea prin sânge

Transmiterea virusului hepatitei B se poate realiza prin sânge sau derivate de sânge. Testele moderne care sunt folosite astăzi pentru controlul sângelui sunt foarte sensibile. De aceea riscul a devenit între timp foarte mic. Pe lângă aceasta, virusul poate fi transmis prin seringi și ace contaminate. Factorii de risc pentru infecția cu virusul hepatitei B sunt, prin urmare, consumul de droguri, tatuajele sau piercing-ul corporal. De asemenea, este posibilă și transmiterea virusului hepatitei B datorită unor răni deschise, a lamelor de ras sau a periștelor de dinți.

Infecția nou-născuților

Pericolul unei infecții cu virusul hepatitei B la nou-născuți prin mama purtătoare a acestui virus este maxim în timpul sau la scurt timp după naștere. Riscul transmiterii virusului la naștere variază între 10% (hepatită cronică B cu activitate replicativă redusă) și aproape 100% (hepatită cronică B cu activitate replicativă înaltă). De aceea nou-născutul provenit de la o mamă infectată cu virusul hepatitei B trebuie să beneficieze imediat după naștere întotdeauna de o imunoprofilaxie activă și pasivă (concomitent vaccinare și administrare de imunoglobuline). Dacă este posibilă infecția cu hepatită B prin alăptare, rămâne încă o chestiune controversată. Se pare că există o corelație între probabilitatea unei transmiteri a virusului la alăptare și încărcătura virală a mamei.

Complicații secundare ale hepatitei B

Pacienții care suferă de o hepatită cronică B prezintă un risc evident crescut să dezvolte în următoarele decenii o ciroză hepatică. Riscul apariției unei ciroze hepatice depinde, printre altele, de activitatea și de durata bolii. Factorii care pot accelera în continuare dezvoltarea unei ciroze hepatice sunt afecțiunile hepatice cronice adiacente, cum ar fi, spre exemplu, cele cauzate de alți viruși hepatici (de ex., o altă infecție cu virusul hepatitei C) sau de substanțe nocive ficatului. Printre acestea se numără în primul rând alcoolul.

De o ciroză hepatică se vorbește atunci când o mare parte a țesutului ficatului a fost înlocuit de țesut conjunctiv. Prin aceasta se distruge structura normală a țesutului ficatului. Astfel apar modificări ale irigației cu sânge care pot genera o hipertensiune în vena portă (vena dintre intestin și ficat). Datorită afluxului de sânge se pot forma dilatații ale venelor (varice) la nivelul esofagului și al stomacului. Dacă aceste vase de sânge se sparg, se pot produce sângerări puternice în stomac și intestin. Pericolul sângerărilor este cu atât mai mare cu cât capacitatea de coagulare a sângelui este redusă datorită sintezei scăzute de proteine în ficat și a scăderii numărului de trombocite. Printre altele, datorită hipertensiunii din vasele aferente ficatului se poate ajunge și la o acumulare de lichid în abdomen (ascita).

În cazul unei ciroze hepatice, o parte din substanțele toxice care ajung din tractul gastrointestinal în sânge nu mai pot fi eliminate de ficat și ajung în circulația sistemică. Astfel ele pot provoca o stare de

oboseală accentuată și o scădere a capacității de concentrare (encefalopatie hepatică, encefal = creier).

Datorită producției scăzute de proteine în ficatul afectat de ciroză, pe lângă tulburări ale coagulării sângelui se ajunge și la o producție deficitară de substanțe necesare pentru apărarea organismului. Consecința este o rezistență scăzută la infecții.

Prin afluxul lichidului biliar, în cazul unei afecțiuni grave a ficatului, se produce o pigmentare galbenă a ochilor și a pielii (icter). Asociat cu aceasta este adesea un prurit (mâncărime). Simultan urina poate lua o culoare închisă.

În stadii evolutive avansate, pacienții cu hepatită cronică B prezintă un risc crescut de cancer hepatic (carcinom hepatocelular). Un risc deosebit de mare îl au pacienții cu o încărcătură virală mare (ADN VHB). La majoritatea pacienților, carcinomul hepatocelular se dezvoltă pe fondul unei ciroze hepatice, dar și la pacienții cu hepatită cronică B fără o ciroză hepatică au fost descrise cazuri de carcinom hepatocelular. Un risc crescut de carcinom al celulelor hepatice îl au și pacienții cu hepatită cronică B cu activitate replicativă redusă (purtători de antigen HBs). De aceea sunt necesare și la acești pacienți controale regulate ce includ ecografie și analiza sângelui. În unele cazuri, hepatita cronică B poate avea o evoluție într-atât de gravă, încât este necesar un transplant de ficat.

Hepatita D

Hepatita D este o altă afecțiune virală a ficatului cauzată de virusul hepatitei D. Numai pacienții cu hepatită B sunt în pericol să se infecteze și cu hepatită D. Aceasta rezidă în faptul că virusul hepatitei D necesită pentru replicarea sa anumite structuri proteice ale virusului hepatitei B. Fără aceste structuri, virusul nu se poate înmulți.

Infecția cu virusul hepatitei D se poate face simultan cu virusul hepatitei B. Este posibilă și infecția pacienților care suferă deja de o hepatită cronică B. Infecția cu virusul hepatitei D poate cauza o inflamație mai gravă a ficatului decât infecția cronică numai cu virusul hepatitei B.

Virusul hepatitei D este mai frecvent în țările sudice (din zona mediteraneană, America de Sud, Africa). Dacă suferiți de hepatită cronică B, informați-vă la medicul dvs. despre cum vă puteți proteja de virusul hepatitei D. În principiu este recomandat să evitați să călătoriți în zone cu o frecvență înaltă a infecțiilor cu virusul hepatitei D.

Analize ale sângelui

Baza diagnosticului pentru hepatita B constă în analiza diferitelor tipuri de antigen și anticorpi (vezi tabelul de pe pag. 7). Cea mai importantă este detectarea anticorpilor anti-HBc și a antigenului HBs. Dacă testul pentru antigenul HBs este pozitiv, urmează alte analize care să ofere informații despre activitatea bolii. Acestea sunt pe de o parte testele pentru antigenul HBe și anticorpii anti-HBe și, pe de altă parte, determinarea directă a cantității de ADN viral în sânge (încărcătura virală).

Valorile hepatice (TGP, TGO) oferă în anumite limite informații despre activitatea inflamatorie a hepatitei. Activitatea bolii și reacția la nivelul țesutului conjunctiv din ficat pot fi evaluate cu siguranță numai printr-o probă de țesut hepatic. Procedurile non-invazive, cum ar fi, spre exemplu, elastografia, permit o evaluare indirectă a stadiului fibrozei.

Deoarece la pacienții cu o hepatită cronică B riscul de cancer hepatic este crescut, la intervale de o jumătate de an este necesară determinarea alfa-fetoproteinei (AFP) ca marker al carcinomului celulelor hepatice, precum și controlul sonografic al ficatului.

Biopsia hepatică (Puncția hepatică)

Pentru a putea evalua cantitatea de fibre de țesut conjunctiv și activitatea inflamatorie din ficat, se recomandă, spre exemplu, ca înaintea începerii terapiei să se efectueze o puncție hepatică. Puncția hepatică presupune prevalarea sub anestezie locală a unei bucăți mici de țesut și cercetarea histologică a acesteia la microscop. Pentru a putea evalua succesul terapiei, este posibil ca la sfârșitul tratamentului să fie necesară o altă biopsie hepatică. Cu ajutorul procedurilor non-invazive (parametrii de laborator, elastografia) se poate stabili în absența biopsiei hepatice relativ sigur dacă pacientul suferă de o ciroză hepatică.

Terapia hepatitei cronice B

Terapia cu medicație antivirală

În ultimii ani au fost testate numeroase substanțe care pot inhiba direct replicarea virusului (antivirale). Tratamentul hepatitei cronice B nu conduce în cele mai multe cazuri la înlăturarea completă a virusului din organism. La o parte din pacienți se poate obține trecerea stabilă de la o formă evolutivă cu activitate replicativă înaltă (cantitate virală mare) la o formă cu activitate replicativă redusă (cantitate virală mică). O mare parte a pacienților necesită însă un tratament de lungă durată, la unii permanent, pentru a împiedica evoluția bolii. De aceea este foarte

important ca după stabilirea diagnozei să se discute amănunțit împreună cu doctorul necesitatea și obiectivele terapiei. De regulă există întotdeauna necesitatea unui tratament în cazul unei inflamații puternice a ficatului sau a unor valori crescute ale ficatului, în cazul unei reacții evidente la nivelul țesutului conjunctiv din ficat și în cazul unei concentrații crescute de ADN VHB (încărcătură virală) în sânge. Cu Lamivudin, Adefovir, Entecavir, respectiv Telbivudin înmulțirea virusului și activitatea hepatitei cronice B poate fi restrânsă. Aceste substanțe fac parte din clasa analogilor de nucleozide, respectiv nucleotide.

Când se efectuează o terapie cu analogi de nucleoz(t)ide?

În principiu toți pacienții cu hepatită cronică B pot fi tratați cu Lamivudin, Adefovir, Entecavir sau Telbivudin. La acest tip de medicație răspund și pacienții la care șansele de succes ale terapiei cu interferon sunt limitate în timp. De asemenea, pacienții la care terapia cu interferon alfa nu a avut succes, precum și pacienții care din cauza unei alte afecțiuni existente (de ex., defect imunitar după transplant, infecție cu HIV ș.a.) nu pot primi interferon alfa, pot fi tratați cu analogi de nucleoz(t)ide. Lamivudin, Adefovir, Entecavir și Telbivudin se administrează sub formă de comprimate; doza este pentru

Lamivudin: de 100 mg pe zi,

Adefovir: de 10 mg pe zi,

Entecavir: de 0,5–1,0 mg pe zi,

Telbivudin: de 600 mg pe zi.

Efecte secundare ale analogilor de nucleoz(t)ide

Contrar terapiei cu interferon, la terapia cu Lamivudin, Adefovir, Entecavir sau Telbivudin efectele secundare sunt foarte rare. Au fost descrise dureri de cap, febră, eczeme, stare generală de slăbiciune, probleme gastrointestinale, insomnie, tuse și, în unele cazuri, inflamații ale pancreasului. În tratamentul cu Adefovir funcția renală trebuie supravegheată cu regularitate. În terapia cu Lamivudin se observă comparativ cu alte preparate apariția mai frecventă și mai rapidă a unor rezistențe. Rata apariției rezistenței este pentru Lamivudin de 30 %, pentru Telbivudin de 15 %, pentru Adefovir și Entecavir de sub 2 % după doi ani. După cinci ani de tratament rata rezistenței este de 70 % (Lamivudin), respectiv de 28 % (Adefovir). Îmbucurător este faptul că virusii hepatitei B rezistenți la Lamivudin și Telbivudin răspund la tratamentul cu Adefovir și invers, virusii rezistenți la Adefovir răspund la tratamentul cu Lamivudin și Telbivudin. De aceea, la apariția rezistențelor trebuie să fie administrate două medicamente adecvate neapărat împreună (terapie combinată). Tot mai mult se impune și conceptul că, pacienții care nu reacționează îndeajuns la un tratament antiviral trebuie să primească de timpuriu un al doilea preparat pentru a evita astfel apariția rezistențelor.

Terapia cu interferon (pegylat) alfa

Interferonul alfa este o proteină produsă în mod natural de organism, printre altele de celulele albe din sânge. Aceasta se întâmplă cu preponderență atunci când organismul trebuie să se apere împotriva agenților infecțioși. Interferonul alfa folosit în terapia hepatitei cronice este produs pe cale biotehnologică. Interferonul alfa trebuie injectat în țesutul adipos subcutanat, la fel ca, spre exemplu, insulina în tratamentul pacienților cu diabet. În cazul noilor forme de interferon, durata efectului terapeutic este mai lungă, injectarea lor fiind necesară numai o dată pe săptămână (așa numitul interferon pegylat).

Cum se face terapia?

Pentru tratamentul hepatitei cronice B se administrează înainte de trei ori pe săptămână 5–6 mil. de unități internaționale (UI) interferon alfa standard pe o durată de șase luni. În studiile mai noi s-a administrat interferon pegylat cu o durată lungă de acțiune în doze de 180 μg/săptămână (peginterferon alfa-2a), respectiv 50–100 μg/săptămână (peginterferon alfa-2b).

Terapia cu peginterferon are o durată de 48 de săptămâni. Rata de răspuns la o terapie cu peginterferon la hepatită cronică B este de 30–35% dintre pacienți. Aceste numere sunt valabile pentru pacienții la care antigenul HBe a putut fi detectat. La alți pacienți, cum ar fi, spre exemplu, pacienții infectați cu o variantă a virusului hepatitei B (așa numita

HbeAG-minus mutantă), rata de răspuns la o terapie cu peginterferon este de 20%. Scopul terapiei este de a inhiba înmulțirea virusului, ceea ce înseamnă transformarea unei hepatite cronice B cu activitate replicativă înaltă într-o hepatită cronică B cu activitate replicativă redusă. În cazuri ideale (până la 3%), antigenul HBs nu mai poate fi detectat în sânge după terapia cu peginterferon, ceea ce echivalează cu o vindecare.

Efecte secundare ale interferonului alfa pegylat

Efectele secundare ale interferonului alfa sunt frecvente la începutul terapiei, urmând ca numărul lor să scadă ulterior pe parcursul tratamentului. Cele mai frecvente efecte secundare sunt simptomele asemănătoare gripei, cum ar fi febra, durerile de cap, articulații și mușchi, oboseala, lipsa poftei de mâncare și pierderea în greutate. Ocazional se observă și tulburări ale funcției glandei tiroide. Unii pacienții suferă în timpul terapiei de alopecie temporară (căderea părului). Pot apărea și modificări ale dispoziției până la depresii. Importante mai sunt modificările hemogramei care privesc în primul rând celulele albe din sânge. Interferonul pegylat are același spectru de efecte secundare ca și interferonul standard.

Terapiile combinate

Primele cercetări cu privire la terapia combinată a interferonului pegylat împreună cu analogi de nucleoz(t)ide (de ex., Lamivudin) au decurs nesatisfăcătoare.

tor, deoarece ratele de succes la nivelul unor efecte virologice de durată nu au putut fi îmbunătățite. Combinația a două medicamente antivirale (de ex., Lamivudin plus Adefovir) nu are un efect terapeutic mai bun decât administrarea unuia singur. Ea poate fi însă eficientă atunci când se urmărește evitarea apariției rezistențelor la pacienții periclitați (de ex., înainte sau după un transplant de ficat). După apariția rezistențelor, terapia combinată este o necesitate.

Vaccinul împotriva hepatitei B

Vaccinarea împotriva hepatitei B este posibilă. Este recomandată în mod deosebit pentru sugari, copii mici și tineri.

Alte grupe de persoane care ar trebui vaccinate împotriva hepatitei B sunt cei expuși unui risc crescut de infecție în meseria lor (profesii medicale, polițiști, servicii de prim ajutor), pacienții cu dializă, toți pacienții cu alte afecțiuni cronice ale ficatului (de ex., cu hepatită cronică C), persoanele din imediata apropiere a pacienților cu hepatită cronică B și nou-născuții mamelor purtătoare ale virusului hepatitei B. Pentru a asigura o protecție suficientă sunt necesare trei vaccine. După acestea, peste 90% din persoanele vaccinate sunt protejate sigur împotriva infecției.

Alimentația la hepatita B

Atâta vreme cât funcția hepatică nu este afectată nu trebuie ținută o dietă specială la hepatita cronică B. În cazul unor limitări ale funcției hepatice este posibil să fie necesară o limitare a consumului de proteine (produse din carne și lactate) și de sare. Aceste aspecte trebuie discutate de medic împreună cu dvs. și eventual cu un nutriționist. Important este să renunțați la alcool.

Despre ELPA

ELPA a fost înființată la dorința grupelor de întraajutorare europene ale pacienților cu afecțiuni hepatice de a stabili un dialog cu privire la experiențele lor în legătură cu modalitățile de abordare adesea diferite din țări diferite. În iunie 2004 s-au întâlnit 13 grupe de întraajutorare ale pacienților din zece țări europene și din bazinul mediteranean pentru a fonda această organizație. ELPA a fost înființată oficial la 14 aprilie 2005 cu ocazia Congresului Asociației Europene pentru Studiul Ficatului (EASL, European Association for the Study of the Liver).

Obiectivul ELPA este de a reprezenta interesele oamenilor cu afecțiuni hepatice (boli de ficat), îndeosebi:

- punerea la dispoziție a informațiilor cu privire la dimensiunile problemei
- educație și prevenție
- punerea în lumină a faptului că bolile de ficat joacă un rol marginal în atenția opiniei publice comparativ cu alte domenii medicale, cum ar fi, spre exemplu, bolile de inimă;
- dialogul cu privire la activități și inițiative de succes- colaborarea cu instituții profesionale, cum ar fi EASL, și cu UE, pentru a asigura că terapia și îngrijirea pacienților cu afecțiuni hepatice corespunde în întreaga Europă celor mai înalte standarde.

European Liver Patients Association (ELPA)

F. De Renesselaan, 57

B - 3800 Sint-Truiden,

Belgium

e-mail: contact@elpa-info.org

Web: www.elpa-info.org

Partenerul dumneavoastră la nivel local: