

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**"ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ"**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ – ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΦΙΛΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ ΛΑΜΠΡΙΝΗ**

**ΠΑΤΡΑ – ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2000**

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ****ΣΕΛ.****ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>4</b>
-----------------------	----------

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

1.1. Κύτταρα του νευρικού συστήματος.....	5
1.2. Όργανα του νευρικού συστήματος.....	6
- Ο νωτιαίος μυελός.....	6
- Ο εγκέφαλος.....	6
- Η γέφυρα.....	6
- Ο μεσεγκέφαλος.....	6
- Ο διεγκέφαλος.....	7
1.3. Αντανακλαστικά.....	7
1.4. Εγκεφαλονωτιαίο υγρό.....	8
- Παραγωγή και κυκλοφορία Ε.Ν.Υ.....	8
- Αιματοεγκεφαλικός φραγμός.....	8

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

2.1. Ορισμός Σ.Κ.Π.....	9
2.2. Ιστορική ανασκόπηση.....	9
2.3. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	10
2.4. Παθολογοανατομική εικόνα.....	12
2.5. Αιτιολογία και παθογένεια της νόσου.....	13
2.6. Μορφές της Σ.Κ.Π.....	18

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

3.1. Πορεία της νόσου.....	20
3.2. Πρόγνωση της νόσου.....	21
3.3. Κλινική εικόνα.....	21
- Οπτικές διαταραχές.....	22
- Αισθητικές διαταραχές.....	24

- Κινητικές διαταραχές.....	25
- Διαταραχές ούρησης.....	26
- Εκδηλώσεις από λοιπές εγκεφαλικές συζυγίες.....	26
- Παροξυντικά φαινόμενα.....	26
- Διαταραχές του λόγου.....	27
- Ψυχοδιανοητικά συμπτώματα.....	27
3.4. Διάγνωση της Σ.Κ.Π. – Διαφορική διάγνωση.....	28
3.5. Αντιδράσεις στη διάγνωση.....	30

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Εργαστηριακά ευρήματα.....	34
- Ε.Ν.Υ.....	34
- Ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις.....	35
- Απεικονιστικές μέθοδοι.....	36
- Μέθοδος μαγνητικού συντονισμού.....	36
- Ευρήματα από το αίμα.....	36
4.2. Ιστοπαθολογικά ευρήματα.....	37
4.3. Γενετική και Σ.Κ.Π.....	38
4.4. Θεραπεία της Σ.Κ.Π.....	38

#### ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

##### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Γενική Νοσηλευτική Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή.....	43
1.2. Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με Σ.Κ.Π.....	45
1.3. Παράρτημα .....	53
Συμπεράσματα – Προτάσεις .....	84
Βιβλιογραφία .....	85

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από την εποχή που η νόσος Σ.Κ.Π. έγινε γνωστή, η επιστήμη ασχολείται ακατάπαυστα με αυτή. Η ιδιότυπη κλινική της έκφραση, οι ειδικές παθολογοανατομικές της βλάβες, οι βαριές της αναπηρίες που σταδιακά προκαλεί, η περίεργη επιδημιολογική της κατανομή και προπαντός η "μυστηριώδης" αιτιολογία της μαζί με τους παθογενετικούς της μηχανισμούς, που παίρνουν μέρος στη διαμόρφωσή της, αποτέλεσαν και αποτελούν πόλο έλξεως για την έρευνα και την παρατήρηση.

Ήδη από τον περασμένο αιώνα είχαν πλήρως περιγραφεί η σημειολογία, οι μορφές της νόσου και οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις τις οποίες προκαλεί, από τότε όμως παρά την εκτεταμένη και πολύπλευρη διερεύνηση που έχει γίνει και εξακολουθεί να γίνεται με όλα τα εργαστηριακά μέσα που διαθέτει η σύγχρονη νευροβιολογία, η αιτιολογία της πάθησης παραμένει σκοτεινή. Έχουν απλώς ενοχοποιηθεί παράγοντες αγγειακοί, μεταβολικοί, ενδοκρινικοί, γενετικοί και κυρίως λοιμώξεις. Ο μηχανισμός δια μέσω του οποίου ο άγνωστος αιτιολογικός παράγοντας προκαλεί τη χαρακτηριστική για τη νόσο διάσπαρτη απομυελίνωση αποτελεί πρόκληση για την έρευνα τις τελευταίες δεκαετίες. Κατά κύριο λόγο συζητήθηκε ο αλλεργικός παθογενετικός μηχανισμός. Η ανοσολογία στον τομέα της οποίας υπήρξε τεράστια πρόοδος τα τελευταία χρόνια, επικεντρώνεται στην "εξωγενή λοιμώδη προέλευση της πάθησης" (Γεωργαράς, Μαλτέζου 1996).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

#### 1.1. ΚΥΤΤΑΡΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα ρυθμίζει τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού και σε συνεργασία με τα άλλα συστήματα, τις συντονίζει ανάλογα με τα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα.

Ο κύριος ιστός από τον οποίο αποτελούνται τα όργανα του νευρικού συστήματος είναι ο νευρικός ιστός. Ο νευρικός ιστός αποτελείται από τους νευρώνες και τα νευρογλοία.

Νευρογλοία είναι κύτταρα συνδετικού ιστού που βρίσκονται μόνο στο νευρικό σύστημα και υποστηρίζουν τους νευρώνες, τους φέρνουν σε επαφή με τα αιμοφόρα αγγεία και συμβάλλουν στην απομόνωση των νευρικών ώσεων. Η μικρογλοία (ένα είδος νευρογλοίας) κάνει τη φαγοκυττάρωση στον εγκεφαλικό ιστό όταν φλεγμαίνει ή εκφυλίζεται.

Νευρώνες είναι νευρικά κύτταρα που διακρίνονται σε:

α) αισθητικούς (κεντρομόλους) νευρώνες, που μεταφέρουν ερεθίσματα στο νωτιαίο μυελό ή στον εγκέφαλο,

β) κινητικούς (φυγόκεντρους) νευρώνες, που μεταφέρουν ώσεις από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό προς τους αδένες και τους μυς.

Η κύρια δομική διαφορά των νευρώνων από τα άλλα κύτταρα είναι οι μακριές και λεπτές προβολές του πρωτοπλάσματός τους (δενδρίτες και άξονες ή νευρικές ίνες).

Δενδρίτες είναι οι ίνες που φέρνουν ώσεις προς το σώμα του νευρώνα.

Άξονες είναι οι ίνες που άγουν ώσεις μακριά από τα σώματα των νευρώνων. Κάθε νευρώνας έχει ένα μόνο άξονα, αυτός όμως μπορεί να δίνει κλάδους.

Μυέλινο έλυτρο είναι το περίβλημα των νευρικών ινών και φέρει αυλακώσεις.

Νευρείλημα ή έλυτρο του SCHWANN είναι το συνεχές, γύρω από το μυέλινο έλυτρο, περίβλημα, το οποίο είναι απαραίτητο για την αναγέννηση της νευρικής ίνας. Δεν υπάρχει στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό.

Σύναψη είναι το σημείο αγωγής μεταξύ των απολήξεων του άξονα ενός νευρώνα και των δενδριτών του άλλου νευρώνα. (**εικ. 1 - παράρτημα**).

Η λειτουργία των νευρικών κυττάρων είναι η αγωγή ώσεων. Ο συντομότερος δρόμος αγωγής της ώσης είναι το αντανακλαστικό τόξο. Η αγωγή της ώσης αρχίζει στους υποδοχείς, περνά από το αντανακλαστικό τόξο, καταλήγει στους εκτελεστές (μυς ή αδένες) και έχει ως αποτέλεσμα ένα αντανακλαστικό: π.χ. μυϊκή σύσπαση (εικ.1).

## 1.2. ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Τα όργανα του νευρικού συστήματος είναι ο εγκέφαλος, ο νωτιαίος μυελός, τα νεύρα και τα γάγγλια. Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός αποτελούν το κεντρικό νευρικό σύστημα ενώ τα νεύρα και τα γάγγλια, το περιφερειακό νευρικό σύστημα.

Ο νωτιαίος μυελός βρίσκεται στη σπονδυλική κοιλότητα από το ινιακότρημα ως τον 1ο οσφυϊκό σπόνδυλο. Χωρίζεται σε δεξιό και αριστερό. Ο εσωτερικός πυρήνας αποτελείται από φαιά ουσία, ενώ μεγάλου μήκους στήλες λευκής ουσίας, περιβάλλουν τον εσωτερικό πυρήνα της λευκής ουσίας.

Αισθητικές οδοί φέρνουν τις ώσεις προς το νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο. Κινητικές οδοί άγουν τις ώσεις από τον Ν.Μ. και τον εγκέφαλο στην περιφέρεια. Η φαιά ουσία του Ν.Μ. περιέχει αντανακλαστικά κέντρα για όλα τα αντανακλαστικά του Ν.Μ. (εικ. 1)

Ο εγκέφαλος διακρίνεται από κάτω προς τα πάνω σε: προμήκη μυελό, γέφυρα, μεσεγκέφαλο, παρεγκεφαλίδα, διεγκεφαλο και ημισφαίρια.

Ο προμήκης μυελός αποτελείται κυρίως από λευκή ουσία, περιέχει όμως και δικτυωτό σχηματισμό (μείγμα λευκής και φαιάς) που περιλαμβάνει μερικά σπουδαία αντανακλαστικά κέντρα (καρδιακό, αναπνευστικό, έμετου, βήχα, κατάποσης).

Η γέφυρα βρίσκεται πάνω από τον προμήκη. Αποτελείται κυρίως από λευκή αλλά κατά τόπους και φαιά ουσία. Άγει ώσεις μεταξύ νωτιαίου μυελού και διαφόρων μερών του εγκεφάλου. Περιέχει αντανακλαστικά κέντρα και τα κρανιακά νεύρα: V, VI, VII και VIII.

Ο μεσεγκέφαλος βρίσκεται μεταξύ γέφυρας, διεγκεφάλου και παρεγκεφαλίδας. Αποτελείται ως επί το πλείστον από λευκή ουσία. Άγει ώσεις μεταξύ νωτιαίου μυελού και διαφόρων μερών του εγκεφάλου και περιέχει αντανακλαστικά κέντρα για τα κρανιακά νεύρα III και IV (δηλ. για αντανακλαστικά της κόρης και των κινήσεων του οφθαλμού).

Διεγκέφαλος: Τα κύρια μέρη είναι θάλαμος και υποθάλαμος. Αποτελούνται από μεγάλη μάζα φαιάς ουσίας και περιέχουν κέντρα, ο μὲν θάλαμος για την ενσυνείδητη αναγνώριση των ακατέργαστων αισθήσεων πόνου, θερμοκρασίας και αφής και επαναθέτει όλες σχεδόν τις αισθητικές ώσεις στο φλοιό του εγκεφάλου, ο δε υποθάλαμος περιέχει πολλά ανώτερα αυτόνομα αντανακλαστικά κέντρα. Σχηματίζει ένα σπουδαίο μέρος της νευρικής οδού δια μέσω του οποίου ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες μπορούν να επηρεάσουν τις αυτόνομες ζωτικές λειτουργίες. Ακόμη ορισμένοι νευρώνες του υποθαλάμου επηρεάζουν την έκκριση διάφορων σπουδαίων ορμονών (ACTH, ADH). Τέλος ορισμένοι υποθαλαμικοί νευρώνες, ρυθμίζουν την όρεξη και τη λήψη τροφής και άλλοι λειτουργούν ως θερμορυθμιστικά κέντρα.

Ο κυρίως εγκέφαλος αποτελείται από δύο ημισφαίρια. Κάθε εγκεφαλικό ημισφαίριο υποδιαιρείται σε 5 λοβούς: μετωπιαίο, βρεγματικό, ινιακό, κροταφικό και κεντρικό λοβό. Οι λειτουργίες του εγκεφάλου είναι, γενικά, όλες οι ενσυνείδητες διεργασίες όπως ανάλυση, ολοκλήρωση και διερμηνεία των αισθήσεων, έλεγχος των εκούσιων κινήσεων, χρησιμοποίηση και κατανόηση της ομιλίας και όλων των άλλων διανοητικών λειτουργιών.

Η παρεγκεφαλίδα βρίσκεται πίσω από τη γέφυρα και τον προμήκη. Αποτελείται από το σκώληκα στο κέντρο και από τα δύο ημισφαίρια της παρεγκεφαλίδας. Περιφερικά βρίσκεται φαιά ουσία και κεντρικά λευκή. Η παρεγκεφαλίδα εξασκεί συνεργικό έλεγχο επί των μυών για να προκαλέσουν σταθερές, ομαλές και ακριβείς κινήσεις. Είναι η περιοχή για την ακριβή ρύθμιση του μυϊκού τόνου, για τη διατήρηση της ισορροπίας για τη φυσιολογική θέση του σώματος. **(εικ. 2 – παράρτημα).**

Υπάρχουν 12 συζυγίες κρανιακών νεύρων, που εκφύονται από το στέλεχος του εγκεφάλου και είναι: οσφρητικό, οπτικό, κινητικό, τροχλιακό, τρίδυμο, απαγωγό, προσωπικό, ακουστικό, γλωσσοφαρυγγικό, πνευμονογαστρικό, παραπληρωματικό, υπογλώσσιο.

Ακόμη από το νωτιαίο μυελό εκφύονται 31 ζεύγη νωτιαίων νεύρων: 8 αυχενικά, 12 θωρακικά, 5 οσφυϊκά, 5 ιερά, 1 κοκκυγικό. (Despoulos A., Silbemage S., 1989).

### 1.3. ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ

Τα αντανακλαστικά αποτελούν αντιδράσεις κυρίως κινητικού χαρακτήρα, που δεν ελέγχονται από τη βούληση. Εγκλείονται μετά από ερεθισμό σε έναν περιφερικό

υποδοχέα, από τον οποίο τα ερεθίσματα μεταφέρονται προς ένα εκτελεστικό κέντρο του Κ.Ν.Σ. Διακρίνονται 1) Στα εν τω βάθει αντανακλαστικά τα οποία είναι: του δικεφάλου, το βραχιονοκερκιδικό, του τρικέφαλου, της επιγονατίδας, το αχίλλειο. 2) Στα επιπολής αντανακλαστικά τα οποία είναι: κοιλιακά, πελματιαίο, φαρυγγικά της υπερώας, του κερατοειδούς, babinski. Μείωση ή κατάργηση του αντανακλαστικού τόξου, σε βλάβες στο επίπεδο του νεύρου, των ριζών, των κυττάρων, στα πρόσθια κέρατα ή στους κρανιακούς πυρήνες.

#### 1.4. ΕΓΚΕΦΑΛΟΝΩΤΙΑΙΟ ΥΓΡΟ

α) Παραγωγή και κυκλοφορία του Ε.Ν.Υ.

Το Ε.Ν.Υ. παράγεται από τη διήθηση του πλάσματος μέσα από ένα δίκτυο τριχοειδών σε κάθε κοιλία. Κυκλοφορεί από τις πλάγιες κοιλίες στην τρίτη κοιλία, στον εγκεφαλικό υδραγωγό, στην τέταρτη κοιλία, στον κεντρικό νωτιαίο σωλήνα, στον υπαραχνοειδή χώρο του εγκεφάλου και του Ν.Μ. και επιστρέφει στο αίμα μέσω των φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου. (εικ. 3 – παράρτημα).

β) Αιματοεγκεφαλικός φραγμός

Η ανταλλαγή ουσιών μεταξύ αίματος και Ε.Ν.Υ. ή αίματος και εγκεφάλου, εκτός από το νερό το CO<sub>2</sub> και το O<sub>2</sub>, ελέγχεται αυστηρά (αιματοεγκεφαλικός φραγμός). Ορισμένες ουσίες όπως η γλυκόζη και τα αμινοξέα, διακινούνται με ειδικούς μηχανισμούς, ενώ άλλες (π.χ. πρωτεΐνες) είναι αδύνατον να περάσουν τον φραγμό, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν και κατά την χορήγηση των φαρμάκων. Ο ρόλος του αιματοεγκεφαλικού φραγμού είναι 1) Να διατηρεί σταθερό το περιβάλλον των νευρώνων, γεγονός απαραίτητο για την ομαλή λειτουργία τους και 2) Να εμποδίζει την είσοδο τοξικών ουσιών από το αίμα.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### **2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η Σ.Κ.Π. θεωρείται ο κύριος εκπρόσωπος των απομυελινωτικών παθήσεων. Είναι το συνηθέστερο νευρολογικό νόσημα της νεαρής ενήλικου ζωής και προκαλεί αναπηρίες με μεγάλο κοινωνικοοικονομικό κόστος. Είναι ιδίωτη πάθηση, στην οποία προσβάλλεται κατ' εξοχήν η λευκή ουσία του Κ.Ν.Σ. ενώ η φαιά θίγεται σπανιότερα και εξ επεκτάσεως μόνο. Τα περιφερικά νεύρα και οι ρίζες εξάλλου θίγονται κατ' εξαίρεση μόνο.

Τα πλέον τυπικά γνωρίσματα της νόσου είναι πρώτον η διάσπαρτη ανάπτυξη επί του Κ.Ν.Σ. εστιών απομυελίνωσης, γεγονός που εξηγεί την μεγάλη ποικιλομορφία των συμπτωμάτων και δεύτερον η πορεία της κατά ώσεις, με τις χαρακτηριστικές δηλαδή εξάρσεις και υφέσεις κατά την κλινική της διαδρομή. Πρόκειται δηλαδή για νόσο διεσπαρμένη σε τόπο και χρόνο όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά. Επίσης σπουδαίο γνώρισμά της θεωρείται και η ανεύρεση σε νεκροτομές, συνήθως μεγαλύτερου αριθμού απομυελινωτικών εστιών από όσες αναδεικνύονται κλινικά ή εργαστηριακά, πιθανολογείται δε ότι οι βωβές αυτές κλινικές εστίες ευθύνονται για μερικά από τα δυσεξηγήτα ή λιγότερο μελετημένα συμπτώματα της νόσου όπως είναι π.χ. οι παρατηρούμενες ψυχονοητικές διαταραχές (Παπαγεωργίου Κων/νος 1994).

### **2.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

Όπως αναφέρει ο Schumacher, ο Carswell για πρώτη φορά το 1938 στο Λονδίνο, δημοσιεύει στην παθολογική του ανατομική στοιχεία από μια αρρώστια που προσβάλλει το στέλεχος και το νωτιαίο μυελό. Δεν ασχολείται όμως με την κλινική σημειολογία της αρρώστιας, που αφορούσε άτομα με φαινόμενα παράλυσης, αλλά περιγράφει τις παθολογοανατομικές της βλάβες, που τις βρήκε σκορπισμένες στη γέφυρα και το νωτιαίο μυελό και τις περιγράφει σαν "ημιδιαφανείς, σκληρές και ατροφικές". Σχεδόν ταυτόχρονα το 1842, πάλι ο Schumacher αναφέρει ότι ο Cruveilhier, δημοσίευσε το περίφημο παθολογοανατομικό του άτλαντα, όπου περιγράφει λεπτομερειακά την "κατά νησίδες" βλάβη στο νωτιαίο μυελό και τη γέφυρα σε τέσσερις περιπτώσεις και που συνδυάζει και τα κλινικά χαρακτηριστικά σε δύο από αυτές και ειδικότερα σε μια γυναίκα με προοδευτική παραπληγία, που άρχισε

στην ηλικία των 37 της χρόνων. Δεν μένει αμφιβολία ότι οι βλάβες που περιέγραψαν και οι δύο αυτοί παρατηρητές δεν ήταν άλλες από εκείνες που προκαλεί η Σ.Κ.Π.

Ο Frerichs (1849) με τον τίτλο "Hirnsklerose" και λίγο αργότερα ο Vulpian (1866) με τον τίτλο "La Sklerose en plaque" περιγράφουν την κλινική σημειολογία των περιπτώσεων της νόσου. Ο Charcot όμως το 1868 και στη συνέχεια οι μαθητές του Bourneville και Guerara, που δημοσίευσαν και το πρώτο σύγγραμμα σχετικό με τη νόσο δίνουν τέλεια περιγραφή της πάθησης, η οποία διαχωρίζεται σε ανεξάρτητη πλέον ταυτότητα. Ακολουθεί η περιγραφή περιπτώσεων από πληθώρα ερευνητών και ήδη το 1904 στη μονογραφία του Muler αναφέρονται 1.100 περιπτώσεις της νόσου. Στις αρχές του αιώνα μας καθορίστηκαν με πληρότητα τα όρια της πάθησης και έχουν εξονυχιστικά περιγραφεί η κλινική σημειολογία, οι κλινικές μορφές και οι παθολογοανατομικές της βλάβες. Η έρευνα στρέφεται πλέον στην επιδημιολογία, στη θεραπεία, στον καθορισμό των κλινικών διαγνωστικών κριτηρίων, στην αναζήτηση εργαστηριακών στοιχείων, που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη διάγνωση της πάθησης και ιδιαίτερα στη διευκρίνιση της αιτιοπαθογένειας της νόσου (Γεωργαράς, Μαλτέζου 1996).

### 2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

- **Ηλικία έναρξης και φύλλο:** Το 50-60% των ασθενών εμφανίζει τη νόσο για πρώτη φορά μεταξύ 20-40 χρόνων, το 10-15% κάτω των 20 χρόνων, το 0,2-0,4% κάτω των 10 και το 20-30% άνω των 40 χρόνων. Έχουν περιγραφεί περιπτώσεις με έναρξη στην ηλικία των 50-65 χρόνων, αλλά αμφισβητούνται, επειδή μπορεί και σ' αυτές να προϋπήρχαν επεισόδια, τα οποία να πέρασαν απαρατήρητα. Όσον αφορά το φύλο, η νόσος φαίνεται να προσβάλλει περισσότερο τις γυναίκες (σε αναλογία 4/1) ενώ σε ορισμένες χώρες (Χαβάη, Ν. Αφρική και Δ. Αυστραλία), η σχέση αυτή είναι ακόμη μεγαλύτερη σε βάρος των γυναικών (2/1).
- **Οικογενής εμφάνιση:** Έχει βρεθεί ότι πολλές είναι οι οικογένειες στις οποίες περισσότερα από ένα μέλη παρουσιάζουν Σ.Κ.Π. και ότι η νόσηση από Σ.Κ.Π. είναι ψηλότερη ανάμεσα σε συγγενικά πρόσωπα απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Το ποσοστό της Σ.Κ.Π. στους μονοωογενείς. Από τη σχέση της επίπτωσης της νόσου ανάμεσα στους συγγενείς διαφόρων βαθμών, συμπεραίνεται ότι πρέπει να επεμβαίνει γενετικός παράγοντας και μάλιστα με τρόπο που συμπίπτει με εκείνο

που αφορά τις αρρώστιες που κληρονομούνται με τον αυτοσωμικό υποχωρητικό τύπο.

- **Γεωγραφική κατανομή:** Γενικά η συχνότητα της Σ.Κ.Π. αυξάνει ανάλογα με το γεωγραφικό πλάτος μιας περιοχής, είτε αυτή βρίσκεται βόρεια είτε νότια του ισημερινού. Έτσι το υψηλότερο ποσοστό συναντάται στη Β. Αμερική, Β. Ευρώπη και Ν. Ζηλανδία.(50-100/100.000), ενώ το χαμηλότερο στην Αφρική, Ν. Ασία και σε τμήμα της Ν. Αμερικής (0-2/100.000) (Γεωργαράς, μαλτέζου 1996).

Η Σ.Κ.Π. προσβάλλει περίπου 80.000 ανθρώπους στη Βρετανία και 250.000 στις ΗΠΑ. Στην Ελλάδα οι πάσχοντες υπολογίζονται γύρω στους 5.000 (Ελληνική Εταιρία για τη Σ.Κ.Π., Αθήνα 1999).

Πέραν όμως αυτών, ιδιοτυπίες παρατηρήθηκαν και στην κατά τόπους κατανομή της, εφόσον διαπιστώθηκαν συναθροίσεις πασχόντων, τα περίφημα clusters (συσσωρευμένες περιπτώσεις), σε περιορισμένες περιοχές μιας χώρας, κατά τρόπον ώστε το ποσοστό της νόσου να αυξάνεται τοπικά μέχρι και του εξαπλάσιου ο συντελεστής συχνότητας της νόσου, έναντι της υπολοίπου χώρας. Υπάρχουν ενδείξεις ότι το φαινόμενο αυτό των clusters συναντάται και στη χώρα μας, ορισμένες περιοχές της οποίας παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένο επιπολασμό (Παπαγεωργίου Κ. Αθήνα 1994).

Για την διαφορετική γεωγραφική κατανομή που έχει η Σ.Κ.Π. έχουν διατυπωθεί δύο απόψεις. Η μια υποστηρίζει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και η άλλη τους γενετικούς. Στους περιβαλλοντικούς ενοχοποιείται περισσότερο η ιογενής αιτία η οποία ενισχύεται και από την ύπαρξη αυξημένης ανοσοσφαιρίνης. Οι γενετικοί παράγοντες ενοχοποιούνται από το γεγονός ότι σε ποσοστό 10% των ασθενών με Σ.Κ.Π. υπάρχει και ένα άλλο μέρος της οικογένειάς τους προσβεβλημένο από τη νόσο. Αυτό έδωσε την ώθηση να στραφεί η έρευνα προς τη γενετική και ειδικότερα προς ορισμένους καθοριστές που είναι συνδεδεμένοι με την ιστοσυμβατότητα. Έτσι αναφέρεται ότι άτομα με τον (LD 7α) καθοριστή, έχουν 5πλάσια μέχρι 10πλάσια τάση να παρουσιάσουν Σ.Κ.Π. από τα άτομα που δεν τον έχουν και ότι οι ασθενείς μ' αυτόν τον καθοριστή χειροτερεύουν πιο γρήγορα από τους άλλους χωρίς αυτόν.

- **Φυλή:** Σε ορισμένες χώρες (Ιαπωνία, Ν. Αφρική, Ισραήλ) έχει διαπιστωθεί χαμηλό ποσοστό Σ.Κ.Π. στους ντόπιους κατοίκους και αυτό αποδόθηκε σε

φυλετικούς παράγοντες. όμως σε πρόσφατες έρευνες σε μετανάστες, απ' τις χώρες αυτές, διαπιστώθηκε διαφορετικό ποσοστό από το αναμενόμενο και αυτό εξαρτάται κυρίως από την ηλικία μετανάστευσης.

- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: Χαμηλότερη συχνότητα της νόσου παρατηρείται στις τροπικές χώρες όπου οι συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης βρίσκονται σε πολύ χαμηλό επίπεδο. Σε ορισμένες χώρες επισημάνθηκαν διαφορές στη συχνότητα ανάμεσα στον αστικό και τον αγροτικό πληθυσμό και ανάμεσα στα διάφορα επαγγέλματα. Οι διαφορές όμως αυτές δεν επιβεβαιώθηκαν σε μεταγενέστερες μελέτες.

## 2.4. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Κοινό παθολογοανατομικό γνώρισμα των απομυελινωτικών παθήσεων στις οποίες ανήκει και η Σ.Κ.Π. είναι ότι οι εστίες ή περιοχές της λευκής ουσίας οι οποίες έχουν άλλοτε άλλη έκταση, ρυθμό ανάπτυξης και κατανομή, υφίστανται καταστροφή της μυελίνης ουσίας τους (Τομαράς 1994).

Έτσι δημιουργείται μια ουλή στο σημείο αυτό που ονομάζεται απομυελίνωση. Επειδή δε οι ουλές εμφανίζονται σε διάφορα μέρη του εγκεφάλου ή και του νωτιαίου μυελού γι' αυτό και η νόσος ονομάζεται και πολλαπλή σκλήρυνση. (Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το ανοσοποιητικό σύστημα έχει ως βάση τα λευκά αιμοσφαίρια, από τα οποία υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί τύποι. Αυτοί που σχετίζονται κυρίως με τη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι τα μακροφάγα και τα λεμφοκύτταρα που επιτίθενται στη μυελίνη). (Ελληνική Εταιρία για τη σκλήρυνση κατά πλάκας 1999).

Οι χαρακτηριστικές πλάκες είναι κηλίδες οι οποίες εμφανίζονται σ' όλο το μήκος του νευράξονα, κυρίως εντός της λευκής ουσίας και κατά προτίμηση στο στέλεχος και το Ν.Μ. Το μέγεθός τους ποικίλλει από κεφαλής καρφίτσας μέχρι 2 cm.

Την κύρια βλάβη του νευρικού ιστού αποτελεί η καταστροφή της μυελίνης. Το μυελώδες έλυτρο υφίσταται εξοίδηση. Λόγω της ορώδους διαπότισης του νευρικού ιστού, η μυελίνη κατακερματίζεται και εξαφανίζεται. Η λεπτή μήνιγγα συμμετέχοντας στην παθολογική αυτή εξεργασία, εμφανίζει τέλεια σκλήρυνση.

Η παρουσία των πολλών και διάσπαρτων αυτών "πλακών" στο Κ.Ν.Σ. δικαιολογεί και την ποικιλία και πολλαπλότητα των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου. Εξάλλου, το παρατηρούμενο στα πρώτα στάδια "αναστρέψιμο" των κλινικών σημείων και η κατά ώσεις πορεία της πάθησης μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι αρχικά

διασώζονται οι νευράξονες στις πρώιμες ή "οξείες" πλάκες, πράγμα το οποίο συμβαίνει μεταγενέστερα. Πράγματι στα όψιμα σχετικά στάδια της νόσου, η ανάπτυξη γλοίωσης, ουλοποίησης και μόνιμων γενικά παθολογοανατομικών αλλοιώσεων οδηγεί και σε μόνιμη κλινική συμπτωματολογία και αναπηρία (Τομαράς 1994).

Περισσότερο όμως σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι εστίες σκλήρυνσης, προσβάλλουν οποιοδήποτε τμήμα του Κ.Ν.Σ. αν και εμφανίζουν ειδική προτίμηση για τη λευκή ουσία. **(εικ. 4 – παράρτημα)**. Γι' αυτό το λόγο, η επεξεργασία καταλαμβάνει σε μεγαλύτερη έκταση τη λευκή ουσία του νωτιαίου μυελού, ιδίως τα πυραμιδικά δεμάτια, επίσης τμήματα του προμήκους, της γέφυρας και του μεσεγκεφάλου, ιδιαιτέρως τις αιθουσο-παρεγκεφαλο-ερυθράιες οδούς, ως και το οπτικό χάσμα και την οπτική ταινία. Όχι σπάνια προσβάλλεται επίσης και η λευκή ουσία του ιδίως εγκεφάλου. Η φαιά ουσία, τόσο του εγκεφάλου όσο και του νωτιαίου μυελού, συνήθως δεν προσβάλλεται. Δεν υφίσταται ειδική χρονολογική σειρά προσβολής, αν και είναι δυνατόν τα φυλογενετικά νεότερα ανατομικά στοιχεία π.χ. τα πυραμιδικά δεμάτια, να υπόκεινται πρώτα στη νόσηση. Η κλινική σημασία της διάσπαρτης και της κατά το πλείστον τυχαίας εμφάνισης των εστιών είναι το γεγονός ότι η Σ.Κ.Π. δεν αποτελεί περιγεγραμμένη νοσηρή οντότητα μετά καθορισμένου κλινικού συνδρόμου η οποία οφείλεται σε μεμονωμένο αίτιο. Αν και τελικά είναι δυνατόν να παρουσιασθεί η εικόνα της "τριάδος" του Charcot, η νόσος χαρακτηρίζεται από πολλά και ποικίλα υποκειμενικά και αντικειμενικά συμπτώματα τα οποία δεν είναι δυνατόν να αποδοθούν σε οποιαδήποτε μεμονωμένη νοσηρή οντότητα. Ως εκ τούτου η Σ.Κ.Π. αποτελεί άθροισμα συνδρόμων (Wechsler Israel S., 1989).

## **2.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Από την εποχή του Charcot μέχρι και σήμερα βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της νευρολογίας, η αιτιολογία της Σ.Κ.Π. Η κάθε πτυχή της έχει και ένα ιδιαίτερο πρόβλημα. Η αιτιοπαθογένειά της ειδικότερα, που εξακολουθεί να παραμένει αινιγματική παρά την έρευνα σε βάθος που έχει πραγματοποιηθεί, παρουσιάζει τεράστιο ενδιαφέρον. Ποιος αιτιολογικός παράγοντας μπορεί να ξεχωρίσει ορισμένα, μιας κάποιας ηλικίας άτομα, για να πάει να εγκατασταθεί με ένα δικό του ιδιότυπο τελείως τρόπο στο νευρικό σύστημα; Γιατί να προτιμάει εκλεκτικά

τη λευκή ουσία χωρίς κάποτε να αφήνει ανέπαφη τη φαιά και ακόμη και αυτά τα περιφερικά νεύρα; ποιο είναι το αίτιο που διασπείρεται στο νευρικό σύστημα για να προκαλέσει τις γνωστές βλάβες; Με ποιο μηχανισμό αυτός ο παράγοντας δρα "όποτε θέλει" και δίνει αυτή την κατά ώσεις και υφέσεις πορεία στη νόσο με τρόπο που διαφέρει από το ένα άτομο στο άλλο; Ποιοι μηχανισμοί παίρνουν μέρος σε μια επαναλαμβανόμενη διεργασία περιορισμένης έκτασης και διαφορετικής εντόπισης κάθε φορά, που ενώ διαταράσσει όλα τα ιστικά στοιχεία του βλαβέντος τμήματος του νευρικού συστήματος, στόχο της αποκλειστικό θα έλεγε κανείς έχει το μυελώδες έλυτρο των νευριτών; Από παλιά αυτά τα ερωτηματικά τράβηξαν την προσοχή των διαφόρων ερευνητών που κατά καιρούς ενοχοποίησαν ποικίλα αίτια. Αν και λοιπόν η αιτιοπαθογένεια της νόσου παραμένει άγνωστη, έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες. Μια από αυτές δέχεται την απευθείας μόλυνση του Κ.Ν.Σ. από κάποιον ιό και ότι οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις μοιάζουν μ' αυτές των λευκοεγκεφαλομυελίτιδων. Το δεδομένο αυτό έστρεψε την έρευνα προς την κατεύθυνση της λοιμώδους προέλευσης της νόσου. Έτσι από τον περασμένο αιώνα διατυπώθηκε η "λοιμώδης θεωρία". Από τότε είδαν το φως της δημοσιότητας πολλές τέτοιες θεωρίες ενοχοποιώντας κάθε φορά έναν καινούργιο λοιμώδη παράγοντα, για να έρθει μετά από λίγο όμως η απογοήτευση, αφού η ύπαρξη του εκάστοτε παράγοντα δεν επιβεβαιωνόταν. Ποτέ δεν μπόρεσε να απομονωθεί ένας συγκεκριμένος λοιμώδης παράγοντας, παρά τις επίμονες προσπάθειες και παρά τα τεχνικά μέσα που διαθέτει σήμερα η επιστήμη γι' αυτού του είδους την έρευνα. Με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο έχουν βρεθεί διάφορα έγκλειστα στον εγκέφαλο πασχόντων από Σ.Κ.Π. αλλά κανένα στοιχείο από αυτά δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι ειδικό ή έστω αναμφίβολα ιογενούς φύσεως (Γεωργαράς, Μαλτέζου Μ., 1996).

Άλλη θεωρία που είναι και επικρατέστερη υποστηρίζει ότι η Σ.Κ.Π. οφείλεται σε δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος που καθορίζεται γενετικά. Η θεωρία αυτή ωστόσο, δεν αποκλείει την προηγούμενη. Ασθενείς και φορείς με Σ.Κ.Π. έχει βρεθεί ότι έχουν στον ορό και στο Ε.Ν.Υ. περισσότερα αντισώματα εναντίον της ιλαράς καθώς και από άλλους ιούς π.χ. ερυθράς, ανεμοβλογιάς. Αυτά τα σημεία είναι ενδεικτικά μιας πιο ισχυρής ανοσοποιητικής απάντησης στις μολύνσεις. Σε μια μελέτη σε ασθενείς με Σ.Κ.Π. υπήρχε ένα ποσοστό 25-50% το οποίο είχε υποστεί μια κοινή μόλυνση από ιό και ένα μεγάλο μέρος απ' τους υπόλοιπους είχε μεγάλη πιθανότητα να έχει μολυνθεί από κάποιον απ' τους προηγούμενους ιούς. Η απευθείας

μόλυνση λοιπόν από κάποιο ιό δείχνει να προκαλεί μια υπερβολική ανοσοποιητική απάντηση και θα μπορούσε να είναι σημαντικός μοχλός για έξαρση. Δύο πρόσφατες μελέτες έδειξαν πως ποσοστό 30% των ασθενών με Σ.Κ.Π. είναι επακόλουθο κάποιας μόλυνσης από ιό. Η πιθανότητα επιδείνωσης από κάθε καινούργια μεμονωμένη μόλυνση είναι μικρή (8%). Αυτή η αλληλεξάρτηση των εξάρσεων με τις κοινές μολύνσεις δεν έχει ακόμη διερευνηθεί πλήρως και οι υπεύθυνοι ιοί δεν έχουν ποτέ καλλιεργηθεί, αλλά ούτε προσδιοριστεί.

Όσον αφορά τις μολυσματικές εξαιρέσεις η "μοριακή μιμητική θεωρία" παραδέχεται μια διασταυρούμενη σχέση ανάμεσα στα αντισώματα που παράχθηκαν έναντι του ιού και το σύστημα ιστό συμβατότητας, που βρίσκεται στη μυελίνη.

Μια άλλη θεωρία υποθέτει ότι η μόλυνση διεγείρει τα T λεμφοκύτταρα και έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή γ-ιντερφερόνης, η οποία αποτελεί σημαντικό στοιχείο για αύξηση της αναγνώρισης των αντιγόνων. Ανάμειξη της γ-ιντερφερόνης στη θεραπεία είχε ως αποτέλεσμα τη δραματική αύξηση των εξάρσεων. Η γ-ιντερφερόνη υποκινεί την έκφραση των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας πάνω στις κυτταρικές μεμβράνες, μια κατάσταση αναγκαία για την καταστροφή του μολυσματικού παράγοντα από μια σειρά ευαισθητοποιημένα λεμφοκύτταρα ή μακροφάγα.

Υπάρχουν και στοιχεία για γενετική προδιάθεση της Σ.Κ.Π. Ποσοστό 5-15% έχουν συγγενή με Σ.Κ.Π. επίσης. Το ποσοστό της Σ.Κ.Π. είναι υψηλότερο στους μονοωγενείς διδύμους απ' ότι στους διωογενείς. Από τη σχέση της επίπτωσης της νόσου ανάμεσα στους συγγενείς διαφόρων βαθμών, συμπεραίνεται ότι πρέπει να επεμβαίνει γενετικός παράγοντας και μάλιστα με τρόπο που συμπίπτει με εκείνο που αφορά τις αρρώστιες που κληρονομούνται με τον αυτοσωματικό υποχωρητικό τύπο (Λογοθέτης Ιωάννης, 1988).

Παρόλα αυτά οι περισσότερες μελέτες δίνουν έμφαση και στη γεωγραφική κατανομή. Γενικά η συχνότητα της Σ.Κ.Π. αυξάνει ανάλογα με το γεωγραφικό πλάτος μιας περιοχής, είτε αυτή βρίσκεται βόρεια, είτε νότια του ισημερινού. Έτσι το υψηλότερο ποσοστό συναντάται στη Β. Αμερική, Β. Ευρώπη και Ν. Ζηλανδία (50-100/100.000) ενώ το χαμηλότερο στην Αφρική, Ν. Ασία και σε τμήμα της Ν. Αμερικής (0-2/100.000).

Για τη διαφορετική γεωγραφική κατανομή που έχει η Σ.Κ.Π. έχουν διατυπωθεί δύο απόψεις. Η μια υποστηρίζει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και η άλλη τους γενετικούς όπως αναφέραμε. Στους περιβαλλοντικούς ενοχοποιούν περισσότερο την ιογενή αιτία που ενισχύεται αυτό από την αυξημένη ανοσοσφαιρίνη. οι γενετικοί

παράγοντες ενοχοποιούνται από την παρατήρηση ότι σε ένα 10% των ασθενών με Σ.Κ.Π. υπάρχει και ένα άλλο μέλος της οικογένειας που προσβάλλεται από τη νόσο. Αυτό έδωσε την ώθηση να στραφεί η έρευνα προς τη γενετική και ειδικότερα προς ορισμένους καθοριστές που είναι συνδεδεμένοι με την ιστοσυμβατότητα (Γεωργαράς, Μαλτέζου 1996). Η σύνδεση της Σ.Κ.Π. με συγκεκριμένους τύπους αντιγόνων ιστοσυμβατότητας (HLA-A3, -B7, DW2, -DR2) τουλάχιστον σε πληθυσμούς της Βόρειας Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής είναι σχετική. περίπου το 55% των ασθενών με Σ.Κ.Π. έχουν το γονίδιο -DR2, σ' ένα 18% των ελέγχων. Το σύστημα ιστοσυμβατότητας HLA, που συνδέεται με τη Σ.Κ.Π. δεν έχει πάντα τους ίδιους τύπους σε όλους τους πληθυσμούς, παρ' όλη την ομοιότητα της Σ.Κ.Π. στους πληθυσμούς αυτούς. Είναι δυνατόν διαφορετικοί μολυσματικοί φορείς άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων να προκαλέσουν ή να δημιουργήσουν προδιάθεση σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

Τα αντισώματα που βρίσκονται στον ορό και η κυτταρική ανοσία, αναπτύσσονται σταδιακά κατά τη διάρκεια των παιδικών χρόνων και μπορεί να μην είναι ώριμα μέχρι το δεύτερο μισό της πρώτης δεκαετίας.

Στην παιδική ηλικία όταν υπάρχει μια φυσική διαταραχή των ανοσοποιητικών στοιχείων, τα άτομα μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα σ' έναν τύπο απομυελίνωσης από φυσική αντίδραση.

Η θεωρία των περιβαλλοντικών παραγόντων προέκυψε μετά από επιδημιολογικές παρατηρήσεις, σύμφωνα με τις οποίες όταν κάποιος πληθυσμός μεταναστεύσει σε περιοχή με διαφορετικά ποσοστά Σ.Κ.Π. η πιθανότητα να προσβληθούν τα άτομα από την ασθένεια διαφοροποιείται αν έχουν μεταναστεύσει πριν το 15ο έτος της ζωής, αλλά παραμένει ίδια αν μεταναστεύσουν αργότερα. Σε περιοχές με μεγαλύτερα ποσοστά Σ.Κ.Π., έχει παρατηρηθεί ότι μερικές παιδικές ασθένειες συμβαίνουν αργότερα στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία παρά στις περιοχές που η Σ.Κ.Π. είναι σπάνια. Έτσι οι παιδικές ασθένειες όταν παρουσιάζονται νωρίτερα, δείχνουν να προστατεύουν από την Σ.Κ.Π., ενώ όταν παρουσιάζονται αργότερα, προδιαθέτουν γι' αυτή.

Η εξέλιξη της ασθένειας από το αρχικό οίδημα και η καταστροφή της μυελίνης δεν έχουν διαλευκανθεί, ακόμη εντελώς.

Πιο κατανοητοί είναι οι πιθανοί μηχανισμοί, που προκαλούν τον κλινικό πολυμορφισμό, χαρακτηριστικό για τη νόσο. Σε νευράξονες οι οποίοι περιβάλλονται από έλυτρο μυελίνης, η ταχύτητα αγωγής μιας ώσης είναι σχετικά μεγάλη ενώ στους



αμύελους νευρώνες, η ταχύτητα αγωγής της ώσης είναι μικρότερη. Έτσι αν η περιοχή απομυελίνωσης είναι μεγάλη, η αγωγή της ώσης αποτυγχάνει ολοκληρωτικά. Οριακές αγωγές ώσεων, διαμέσω της περιοχής απομυελίνωσης, μπορεί να αποτύχουν, επίσης σε περίπτωση κούρασης, αύξησης των ιόντων ασβεστίου ή αυξημένης θερμοκρασίας του σώματος. Αυτή η μείωση της ταχύτητας αγωγής των ώσεων πιθανόν αιτιολογεί τη διακύμανση της έντασης των συμπτωμάτων από ώρα σε ώρα, που σημειώνεται σε πολλούς ασθενείς.

Η αρχική έξαρση της Σ.Κ.Π. μπορεί αργότερα ν' αποκαλυφθεί ότι ήταν επακόλουθο ασυνήθιστης κούρασης, εμβολιασμού ή συναισθηματικής φόρτισης. Αν και ενοχοποιούνται, όμως οι επιδράσεις αυτές ακόμη οι μελέτες δεν έχουν καταφέρει να αποδείξουν ότι αυτοί είναι οι πραγματικοί παράγοντες που ευθύνονται για τις εξάρσεις.

Έχουν αναφερθεί ακόμα πολλές περιπτώσεις κατά τις οποίες φυσικά τραύματα είχαν ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της ασθένειας. Αυτές οι τυχαίες και μη ελεγχμένες παρατηρήσεις δεν μπορούν ν' αποτελέσουν απόδειξη για τη σύνδεση μεταξύ τραύματος και Σ.Κ.Π. (Λογοθέτης Ιωάννης 1988).

Κάποιοι άλλοι μελετητές θεωρούν υπεύθυνους για τη Σ.Κ.Π. και παράγοντες τροφικούς. Κυρίως ενοχοποιείται το λινολεϊκό οξύ. Ο Muller θέλοντας να δικαιολογήσει την ευεργετική του θεραπευτική επίδραση θεωρεί αυτό σαν έναν παράγοντα που παίρνει μέρος στο μεταβολισμό των λιπιδίων που έχουν σχέση με την μυελίνη. Ο Mertin όμως και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι το λινολεϊκό οξύ μπαίνει στους ανοσοβιολογικούς μηχανισμούς και συγκεκριμένα επιδρά επί της ηλεκτροφορτικής κινητικότητας των μακροφάγων (Γεωργαράς, Μαλτέζου 1996).

Οι περισσότερες από τις αρχικά διατυπωθείσες μονοδιάστατες απόψεις σχετικά με την αιτιολογία της Σ.Κ.Π. εγκαταλείφθηκαν και δεν αναφέρονται πλέον, παρά για ιστορικούς μόνο λόγους. Σήμερα πιστεύουμε ότι η νόσος έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία, στην δε πρόκλησή της συμβάλλουν εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες. Συμπερασματικά θα μπορούσε να πει κανείς, σε σχέση με τα προηγούμενα, ότι την εμπλοκή εξωτερικών παραγόντων υπαινίσσονται 1) Η ιδιότυπη ανά τον κόσμο κατανομή της νόσου 2) Η τροποποίηση του κινδύνου νόσησης με την μετανάστευση προ του 15ου έτους ηλικίας και 3) Η ύπαρξη συσσωρευμένων μορφών και η εμφάνιση της νόσου υπό μορφή επιδημιών, ενώ των ενδογενών 1) Η παντελής έλλειψη της νόσου σε ορισμένες φυλές της Αφρικής (π.χ. Bantu) και η σχετική σπανιότητα σε άλλες (π.χ. Ασιάτες), 2) Η αυξημένη επίπτωση της νόσου μεταξύ των

μελών της οικογένειας των πασχόντων, ανάλογα με το βαθμό συγγένειας, 3) οι μελέτες σε ζευγάρια απ' τις οποίες φάνηκε ότι ο κίνδυνος νόσησης και του άλλου μέλους του ζεύγους είναι 23% για τους μονοωγενείς και 14% για τους διοωγενείς και 4) οι μελέτες του συστήματος μείζονος ιστοσυμβατότητας (Παπαγεωργίου Κωνστ. 1993).

## 2.6. ΜΟΡΦΕΣ Σ.Κ.Π.

Δεν είναι δυνατόν να περιγραφούν, πάντως μπορούμε να τις κατατάξουμε ανάλογα με τη βαρύτητα και την πορεία της νόσου σε:

- Οξεία μορφή: Με εκρηκτική έναρξη και επακόλουθη γρήγορη εξέλιξη και κατάληξη ή με θεαματική βελτίωση και μακρά ύφεση.
- Ελαφριά μορφή: Με αραιές και ελαφριές εξάρσεις (κυρίως με οπτικές και αισθητικές διαταραχές) με γρήγορη αποκατάσταση και με μακρές υφέσεις με ελάχιστα μόνιμα υπολείμματα.
- Υποτροπιάζουσα μορφή: Είναι η συνηθισμένη κλασική μορφή με εξάρσεις και υφέσεις. Οι ασθενείς θα αναπτύξουν κάποια συμπτώματα τα οποία μετά την πάροδο κάποιων ημερών, εβδομάδων ή μηνών, θα βελτιωθούν ή θα υποχωρήσουν πλήρως. Κατά τη διάρκεια των εξάρσεων ή ώσεων εμφανίζονται καινούργια συμπτώματα ή επανεμφανίζονται παλαιότερα που είχαν υποχωρήσει. Αυτό ίσως οφείλεται σε φλεγμονή των νεύρων, σε απομυελίνωση μιας καινούργιας περιοχής ή σε επέκταση της απομυελίνωσης σε μια περιοχή που έχει ήδη προσβληθεί. Όταν τα συμπτώματα της ώσης υποχωρήσουν ολοκληρωτικά ή μερικά, τότε λέμε ότι διανύουμε περίοδο ύφεσης που μπορεί να κρατήσει εβδομάδες, μήνες ή ακόμη και χρόνια.

Η συχνότητα των εξάρσεων σε κάθε άτομο δεν είναι καθορισμένη, ούτε ακολουθεί κάποιο ρυθμό. Ξεκινούν χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, όμως είναι δυνατόν να πυροδοτηθούν από κάποια ίωση, ή πιθανόν από ψυχολογική ένταση. Αυτό είναι κάτι που πρέπει να δεχτούμε χωρίς να αγωνιούμε για το μέλλον. Η περίοδος της ώσης είναι ασφαλώς δυσάρεστη, όμως σε πολλούς τα συμπτώματα υποχωρούν και απολαμβάνουν κατόπιν μια περίοδο ύφεσης.

Το υπόλοιπο των ανθρώπων με Σ.Κ.Π. θα έχει τη χρόνια προοδευτική μορφή της νόσου. Αυτό σημαίνει ότι οι πάσχοντες θα έχουν μια αργή εξέλιξη κάποιων συμπτωμάτων που δεν θα υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου. Οι αλλαγές

μπορούν να ξεκινήσουν ήπια και βαθμιαία και να εξελίσσονται έτσι ώστε, να δημιουργείται μια σταθερή μείωση των φυσικών και νοητικών ικανοτήτων. Ίσως τότε να είναι πιο δύσκολο να καταλάβουν τις "καλύτερες από τις χειρότερες" περιόδους.

Οι περισσότεροι άνθρωποι με Σ.Κ.Π. έχουν κάποια ήπια μορφή της νόσου και δεν φτάνουν ποτέ σε βαριές αναπηρίες. Μερικοί όμως ίσως αντιμετωπίσουν κάποιο βαθμό ανικανότητας από καιρό σε καιρό.

Άλλοι μπορεί να παρουσιάσουν εκείνη τη μορφή της νόσου που εξελίσσεται γρήγορα και προοδευτικά και να καταλήξουν σε μεγάλο βαθμό αναπηρίας (Ελληνική Εταιρία για την Σ.Κ.Π., 1999).

Με βάση την κατανομή της βλάβης διακρίνουμε τις εξής μορφές: μυελικές, όταν τα συμπτώματα περιορίζονται στο νωτιαίο μυελό, σε μορφές υπερμυελικές, όταν αυτά εντοπίζονται στον εγκέφαλο, σε μορφές μονοσυμπτωματικές (πάρεση ενός νεύρου ή οπισθοβολβική νευρίτιδα) και τέλος σε μορφές πολυσυμπτωματικές (Γεωργαράς, Μαλτέζου, 1996).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### **3.1. Η ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Η Σ.Κ.Π. ακολουθεί απρόβλεπτη πορεία, σύνηθες όμως είναι τα αρχικά συμπτώματα της νόσου να παρέρχονται τελείως ή σχεδόν τελείως. Οι επερχόμενες στη συνέχεια υποτροπές επισυμβαίνουν σε ακαθόριστα χρονικά διαστήματα και χωρίς προφανή αιτία. Μερικές όμως φορές έπονται της δράσεως μερικών αιτιών, τα οποία και θεωρούνται εκλυτικά (λοχία, λοιμώξεις, τραυματισμοί, συναισθηματικές καταπονήσεις, αύξηση θερμοκρασίας σώματος κ.λ.π.). Μερικοί βέβαια αμφισβητούν τη σημασία των παραγόντων αυτών, άλλοι όμως ένθερμα την υποστηρίζουν, αφού και στο παρελθόν χρησιμοποίησαν την αύξηση π.χ. της θερμοκρασίας του σώματος, υπό μορφή θερμού λουτρού, ως επιβοηθητική διαγνωστική δοκιμασία της νόσου.

Εφόσον η νόσος διατηρηθεί ενεργός για μακρό χρονικό διάστημα είναι σύνηθες να αφήνει μετά από κάθε υποτροπή όλο και περισσότερα νευρολογικά κατάλοιπα. Ύστερα από πορεία, άλλοτε άλλης διάρκειας, επέρχεται πλέον βραδεία και προοδευτική επιδείνωση προϋπαρχόντων συμπτωμάτων και δεν είναι εύκολο να καθορίσει κανείς ακριβώς τα όρια μιας νέας ώσης. Οι πλέον πάντως επικίνδυνες και απειλητικές για τη ζωή του αρρώστου υποτροπές είναι αυτές που οφείλονται σε οξεία και μαζική απομυελίνωση του εγκεφαλικού στελέχους, ή εκδηλώνεται ως εγκάρσια μυελίτιδα, με όλα τα συνεπακόλουθά της (π.χ. εσχάρες από κατάκλιση κ.α.).

Με την πάροδο του χρόνου και ύστερα από αλλεπάλληλες και υπάρχουσες οπτικές και οφθαλμοκινητικές διαταραχές αυξάνουν, ο λόγος καθίσταται ακατάληπτος από τη σκοντάφτουσα ομιλία, οι εκούσιες κινήσεις παρεμποδίζονται από την αταξία, τον τρόμο και τη σπαστικότητα, η βάδιση καθίσταται ανέφικτη, τελικά δε ο ασθενής παραμένει πλέον κατάκοιτος. Εμφανίζονται τότε καθολικές μυϊκές ατροφίες από την ανενεργησία, μυϊκές συσπάσεις και συνολκές, τα κάτω άκρα κάμπτονται και παραμένουν σε κάμψη (παραπληγία εν κάμψει) στα τελικά δε αυτά στάδια, η ζωή του αρρώστου καθίσταται κυριολεκτικά δραματική και απειλείται συνεχώς από λοιμώξεις, λόγω των απωλειών και του κλινοστατισμού.

### 3.2. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η πρόγνωση δεν είναι πάντοτε εφικτή ούτε και ενιαία, όσον αφορά τον καθορισμό της συχνότητας υποτροπών και την επερχόμενη αναπηρία. Η πλειονότητα των πασχόντων ακολουθεί τη συνήθη πορεία που περιγράφηκε πιο πάνω, λίγοι δε μόνο έχουν τα ασήμαντα συμπτώματα εφ' όρου ζωής, ή βαρύτερη αναπηρία ευθύς εξ αρχής. Ανάλογα πάντως με την πορεία και τη βαρύτητα της εξέλιξης διακρίνουμε όπως αναφέραμε και πιο πάνω τις εξής μορφές α) καλοήθης με ήπιες και αραιές υποτροπές, πλήρη ή σχεδόν πλήρη αποκατάσταση και μικρή ή καθόλου αναπηρία. Αφορά το 20% των πασχόντων, β) υποτροπιάζουσα μορφή, με συχνότερες αρχικά υποτροπές, ατελή αποκατάσταση, μεγάλες περιόδους υφέσεως, αλλά πάντοτε με κάποιο βαθμό επιπροστιθέμενης αναπηρίας. Αφορά το 25% των πασχόντων, γ) χρόνια προοδευτική υποτροπιάζουσα μορφή, με λιγότερες υφέσεις και διαρκώς αυξανόμενη αναπηρία. Αφορά το 40% των πασχόντων και δ) χρόνια προοδευτική μορφή, με ασαφή έναρξη, σταθερή και προοδευτική επιδείνωση των συμπτωμάτων.

Σήμερα το προσδόκιμο επιβίωσης των πασχόντων είναι αυξημένο, συγκριτικά με το παρελθόν, εξαιτίας της καλύτερης φροντίδας των αρρώστων. Ο θάνατος επέρχεται συνήθως από παρεπιμπτούσες, ανεξέλεγκτες λοιμώξεις του αναπνευστικού ή ουροποιητικού συστήματος, ή επιμόλυνσης των εσχάρων από τις κατακλίσεις, σπάνια δε απευθείας απ' τη νόσο (Παπαγεωργίου Κωνστ., 1993).

### 3.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα συμπτώματα των περισσότερων πασχόντων από Σ.Κ.Π. υποδηλώνουν, σχεδόν ευθύς εξ αρχής πολυεστιακή βλάβη, συχνά δε εξελίσσονται με εξάρσεις και υφέσεις, δηλ. κατά ώσεις. Τα δύο αυτά γνωρίσματα, η πολλαπλότητα δηλαδή των κλινικών συμπτωμάτων και η διακύμανση της εντάσεώς τους με την πάροδο του χρόνου, θεωρούνται μείζονα χαρακτηριστικά της νόσου. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις με χρόνια προοδευτική εξέλιξη, ολιγοσυμπτωματικές ή και άλλες σπανιότατες, οξείες θανατηφόρες (οξεία μορφή του Marburg).

Οι κλινικές εκδηλώσεις της Σ.Κ.Π. εξαρτώνται πρωτίστως από την έδρα των βλαβών επί του Κ.Ν.Σ., ουσιαστικά δε, δεν υφίσταται καμία τυπική συμπτωματολογία έναρξης ή συνέχισης της νόσου. Μερικοί όμως σχηματισμοί, όπως η οπτική οδός, το εγκεφαλικό στέλεχος, η παρεγκεφαλίτιδα, η φλοιονωτιαία οδός, οι οπίσθιες δέσμες κ.λ.π. προσβάλλονται συχνότερα ώστε και τα συμπτώματα που προέρχονται απ' αυτούς να είναι συνηθέστερα. Η Σ.Κ.Π. είναι όπως αναφέρθηκε,

πάθηση της λευκής ουσίας του Κ.Ν.Σ., η δε βλάβη της φαιάς (φλοιός εγκεφάλου, πυρήνες συζυγιών, βασικά γάγγλια) θεωρείται σπανιότατη. Θα πρέπει ακόμη να τονισθεί ότι συχνά οι ασθενείς βιώνουν αλλόκοτα συμπτώματα όπως αίσθημα βάδισης σε βαμβάκι ή σε χαλίκια, ηλεκτρικής εκκενώσεως στη ράχη με την κάμψη της κεφαλής (σημείο Lhermitte) ταλαντοψία κ.λ.π. ή τροποποίηση της ψυχοδιανοητικής τους κατάστασης, τα οποία επειδή δεν αντικειμενοποιούνται παραβλέπονται και εκλαμβάνονται, ως νευρωτικά συμπτώματα από τους μη εξοικειωμένους.

Η έναρξη της Σ.Κ.Π. μπορεί να είναι μόνο ή πολυσυμπτωματική, βαρύτερη ή ηπιότερη. Εκείνο όμως που τη χαρακτηρίζει ιδιαίτερα είναι πρώτον η ποικιλία των συμπτωμάτων τα οποία προέρχονται από βλάβες περιοχών ασύνδετων μεταξύ τους ανατομικά και δεύτερον η τάση πλήρους ή μερικής αποκατάστασης βλαβών και συμπτωμάτων με την παρέλευση, άλλοτε άλλου χρόνου.

Για λόγους πρακτικούς η κλινική εικόνα της Σ.Κ.Π. θα περιγραφεί, υπό μορφή ομάδων συμπτωμάτων, ανάλογα με τους προσβληθέντες σχηματισμούς, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η νόσος ακολουθεί στην πορεία της τη σειρά περιγραφής. **(εικ. 5 – παράρτημα).**

### **1. Συμπτώματα από τους οφθαλμούς – Όραση**

Οι οπτικές διαταραχές είναι συχνές και συνήθεις στη νόσο, περιλαμβάνουν θάμβος όρασης, μείωση ή πλήρη απώλεια της οπτικής οξύτητας, συνήθως ετερόπλευρα, καθώς και διαταραχές των οπτικών πεδίων όπως π.χ. κεντρικό σκότωμα, σπανιότερα δε και ομώνυμη ημιανοψία. Οι διαταραχές αυτές έχουν οξεία ή υποξεία έναρξη, πάντοτε δε η αντίληψη των χρωμάτων εκπίπτει πρωιμότερα και εντονότερα (Παπαγεωργίου Κωνστ., 1993). **(εικ. 5 – παράρτημα).**

Χωρίς αμφιβολία η Σ.Κ.Π. είναι το συνηθέστερο αίτιο της οπτικής νευρίτιδας. Στο οπτικό νεύρο οι περιοχές απομυελίνωσης και η περιοχή διήθησης γύρω από αυτή είναι τυπικές. Απώτερο αποτέλεσμα της βλάβης αυτής είναι η ατροφία των ινών και των γαγγλιακών κυττάρων του αμφιβληστροειδούς και προοδευτικά των ιδίων των γαγγλιακών κυττάρων, ιδίως στην περιοχή της ωχράς.

Οποιαδήποτε κι αν είναι η αιτιολογία της νόσου υπάρχει ένα αναμφισβήτητο γεγονός ότι αυτός ο άγνωστος ακόμα αιτιολογικός παράγοντας "έχει μια ιδιότυπη συμπάθεια προς το οπτικό νεύρο" έτσι ώστε η προσβολή του, η οπτική νευρίτιδα, είναι συχνότατα το πρώτο σύμπτωμα της νόσου όταν καμιά άλλη ένδειξη προσβολής

του Κ.Ν.Σ. δεν υπάρχει εκτός ίσως από μια αμφίβολη απουσία των κοιλιακών αντανακλαστικών. Άπειρες παρατηρήσεις στο σημείο αυτό έχουν δείξει ότι οι περιπτώσεις που εμφανίζουν ως μοναδικό σύμπτωμα "οξεία οπισθοβολβική νευρίτιδα" παρουσιάζουν τα συμπτώματα γενικευμένης νόσου σε ποσοστό μέχρι 50% στα επόμενα 15 χρόνια. Ωστε μπορούμε να πούμε ότι σε περίπτωση ετερόπλευρου οπτικής νευρίτιδας η Σ.Κ.Π. πρέπει να υπολογίζεται σαν το πιθανότερο αίτιο σε ηλικίες 15-40 ακόμη και αν δεν υπάρχει άλλο σύμπτωμα.

Η όραση προσβάλλεται σε πολλά επίπεδα:

- α) προσβάλλεται η αντίληψη του φωτός και η οπτική οξύτητα
- β) τα οπτικά πεδία
- γ) η αντίληψη των χρωμάτων
- δ) η φυσιολογική κινητικότητα των οφθαλμών.

Τα συμπτώματα από πλευράς οπτικής οξύτητας μπορεί να είναι: παροδική μείωση της όρασης σε ένα μάτι, οξεία ή υποξεία απώλεια της όρασης σε ένα μάτι, οξεία ή υποξεία αμφοτερόφθαλμη απώλεια της όρασης και τέλος χρόνια προοδευτική προσβολή της όρασης.

Η παροδική απώλεια της όρασης σχετίζεται με τις παροδικές παραισθησίες που οφείλονται στη νόσο, μπορεί να διαρκέσει μόνο λίγα λεπτά και να προκληθεί ή επιβαρυνθεί με τη θερμοκρασία και την άσκηση.

Η οξεία ή υποξεία απώλεια της όρασης είναι το κατ' εξοχήν συνηθισμένο σύμπτωμα στη Σ.Κ.Π. που συνοδεύεται από ελαφρύ άλγος στο βολβό και στον κόγχο.

Η οξεία και υποξεία αμφοτερόφθαλμη απώλεια της όρασης είναι κατά πολύ σπανιότερη.

Τέλος υπάρχει, αντίθετα, μια τέταρτη ομάδα ασθενών το χαρακτηριστικό της οποίας είναι η χρόνια και προοδευτική προσβολή της όρασης όπου προσβάλλονται συνήθως και τα δύο μάτια.

Το πλέον τυπικό έλλειμμα του οπτικού πεδίου είναι ένα κεντρικό σκότωμα αλλά μπορεί να υπάρξουν επίσης μικρά σκοτώματα κεντρικά, παρακεντρικά ή περιφερικά.

Υπολογίζεται ότι το 20% περίπου των ασθενών αντιλαμβάνονται ελαφρές κάμψεις φωτεινές, ιδίως κατά την κίνηση των βολβών.

Η κίνηση του ασθενούς, ιδίως η ταχεία, παρουσιάζει δυσκολίες εξαιτίας προσβολής του εξοφθάλμιου κινητικού συστήματος και εμφάνιση διπλωπίας και δεύτερον επειδή υπάρχει καθυστέρηση στη μεταβίβαση του ερεθίσματος στο οπτικό νεύρο του προσβεβλημένου οφθαλμού, παράγεται το φαινόμενο Pulfrich, δηλαδή την

ευθεία κίνηση ενός αντικειμένου ο ασθενής την αντιλαμβάνεται ως ελλειπτική. Εννοείται ο ασθενής έχει περισσότερες δυσκολίες όταν κινείται, ιδιαίτερα γρήγορα στο δρόμο όταν παίζει τένις ή όταν οδηγεί αυτοκίνητο.

Η αντίληψη των χρωμάτων προσβάλλεται πρώιμα και πολλές φορές είναι το μόνο υποκειμενικό σύμπτωμα που παραμένει μόνιμα στον άξονα ερυθρό-πράσινο, παρά την αποκατάσταση της οπτικής οξύτητας.

Τα αντανακλαστικά των κορών βλάπτονται ενώ το εξωβόλβιο κινητικό σύστημα προσβάλλεται πολύ συχνά. Αναφέρεται νυσταγμός στο 50% των περιπτώσεων και διπλωπία σε ποσοστό 12%. Η διαπυρηνική οφθαλμοπληγία είναι συχνή ενώ δεν υπάρχει ορατή αλλοίωση στο βυθό (Στριγγάρης, Αγγελόπουλος, Βασιλόπουλος, Διβόλη Ραμπαβίλας, 1992).

## **2. Αισθητικές διαταραχές:**

Συνήθης εκδήλωση της νόσου και ενίοτε, τρόπος έναρξής της, ιδίως σε γυναίκες, είναι η εμφάνιση αιμωδιών στα κάτω άκρα, με ανιούσα στη συνέχεια πορεία προς τους γλουτούς και το περίνεο, περιγεννητική αναισθησία και απώλεια του φυσιολογικού αισθήματος ούρησης. Τα συμπτώματα αυτά με διαλείπουσα και βραχεία συνήθως πορεία, διατηρούνται για μακρό χρονικό διάστημα, επειδή δε συχνά συνοδεύονται από κινητικές διαταραχές ή σημαντική τροποποίηση των αντανακλαστικών, παραβλέπονται ή παρεξηγούνται, όπως επίσης συμβαίνει να παρεξηγείται και η δυσχρησία της άκρας χειρός από διαταραχή της σταταισθησίας, χωρίς άλλα προφανή συμπτώματα.

Οι διαταραχές της αισθητικότητας στη Σ.Κ.Π. μπορεί γενικότερα να προσλάβουν τη μορφή οποιασδήποτε διαταραχής, που αφορά την επιπολής ή εν τω βάθει αίσθηση (π.χ. αισθητική αταξία), εκείνο όμως που χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τη νόσο, είναι η εύκολη τροποποίηση των ορίων των διαταραχών αυτών κατά τις επανειλημμένες εξετάσεις.

Τα παραισθητικού εξάλλου τύπου συμπτώματα, συνιστούν συχνές και επίμονες υποκειμενικές αισθητικές διαταραχές, που εμφανίζονται σε μεγαλύτερες ή περιορισμένες περιοχές του σώματος και περιλαμβάνουν αιμωδίες, νυγμούς ή και διαξιφιστικά άλγη, παρόμοια με αυτά του Tabes. Το σημείο Lhermitte ανήκει σ' αυτά και εκδηλώνεται ως αίσθημα ηλεκτρικής εκκένωσης προς τη ράχη ή και τα άκρα, κατά την παθητική ή και ενεργητική κάμψη της κεφαλής των πασχόντων. Αποδίδεται σε ερεθισμό των οπισθίων ριζών και δεσμών της αυχενικής περιοχής, γι' αυτό και δεν



θεωρείται αποκλειστικό γνώρισμα της Σ.Κ.Π. Το σημείο Lhermitte όμως πρέπει να αναζητάται με φροντίδα, κυρίως στις ολιγοσυμπτωματικές μορφές της νόσου, γιατί υποδηλώνει ευθύς εξαρχής άλλη μια εστία βλάβης απ' την πάθηση.

### **3. Κινητικές διαταραχές:**

α) Προσβολή πυραμιδικής οδού: Οι συνηθέστερες εκδηλώσεις της νόσου και ο πλέον συχνός τρόπος έναρξής της είναι η εγκατάσταση αδυναμίας και κινητικών διαταραχών, κυρίως υπό μορφή μονοπάρεσης ή ημιπάρεσης. Η αδυναμία αυτή, άλλοτε είναι αιφνίδια και σημαντική, άλλοτε δε αβληχρά και σταδιακή, ώστε εύλογα να εγείρει ενίοτε διαγνωστικά προβλήματα από αγγειακά ή εκφυλιστικά νοσήματα. Σε όψιμη όμως έναρξη της νόσου, η αδυναμία εμφανίζεται ευθύς εξαρχής στις περισσότερες περιπτώσεις, ως βραδέως χωρούσα σπαστική παραπληγία, που συνδυάζεται με αιμωδίες ή διαταραχές της ιδιοδεκτικής αισθητικότητας και σφιγκτηριακές διαταραχές.

Οι κινητικές διαταραχές οφείλονται γενικά σε βλάβες της φλοιονωτιαίας πυραμιδικής οδού.

β) Η παρεγκεφαλίτιδα και οι συνδέσεις της προσβάλλονται επίσης συχνά από τη νόσο, με αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσαρθρίας, αταξίας βάδισης, τρόμους στις εκούσιες κινήσεις, ασυnergίας και νυσταγμού.

Ο παρεγκεφαλιδικός τρόμος, εκτός του σώματος και των άκρων, μπορεί να εμφανιστεί και στην κεφαλή και να προσδώσει σ' αυτήν χαρακτηριστική παλινδρομική κίνηση. Η δυσαρθρία αποτελεί ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά γνωρίσματα της νόσου, που εκφράζεται ως "σκοντάφτουσα ομιλία" και οφείλεται στην ασυνέργεια των μυών της υπερώας και των χειλέων. Σε προχωρημένες όμως καταστάσεις, οπότε συνυπάρχει ψευδοπρομηκική παράλυση και δυσκαταποσία, η ομιλία επηρεάζεται και από τις βλάβες της φλοιοπρομηκικής οδού. Είναι οι περιπτώσεις εκείνες στις οποίες παρατηρούνται οι καταναγκαστικοί κλαυθμοί και γέλωτες, οι οποίοι στερούνται της προσήκουσας συναισθηματικής επενδύσεως και θεωρούνται ιδιαίτερο σύμπτωμα της νόσου (κλαυσίγελος). Η αταξία αποτελεί σοβαρότατο και δυσοίωνα, για την εξέλιξη του ασθενούς σύμπτωμα, που οφείλεται συνήθως σε συνδυασμένη βλάβη παρεγκεφαλίδας και νωτιοπαρεγκεφαλιδικών δεματίων. **(εικ. 7 – παράρτημα).**

Ο συνδυασμός πυραμιδικού τύπου υπερτονίας και αταξίας, επιφέρει το χαρακτηριστικό για τη νόσο σπαστικοαταξικό βάδισμα.

#### **4. Οι διαταραχές της ουρήσεως:**

Κατά την έναρξη ή την περαιτέρω πορεία της νόσου, εκδηλώνονται υπό μορφή επιτακτικών ουρήσεων ή και απωλειών ούρων. Είναι το αποτέλεσμα πλημμελούς ή και ανύπαρκτου ελέγχου επί της λειτουργίας της κύστεως, τα συμπτώματα δε αυτά πρέπει να διαχωρίζονται έγκαιρα από τα οφειλόμενα σε ουρολοιμώξεις ή άλλα τοπικά αίτια, στα οποία συνήθως αποδίδονται, πριν τεθεί η σωστή διάγνωση της νόσου.

Οι σεξουαλικές εξάλλου διαταραχές (αδυναμία στύσεως ή οργασμού, απώλεια της libido) ανευρίσκονται σε αμφότερα τα φύλα των αρρώστων και έχουν βάση οργανική.

#### **5. Εκδηλώσεις από λοιπές εγκεφαλικές συζυγίες:**

Η κλινική εικόνα της νόσου δυνατό να περιλαμβάνει επίσης προσβολή του τριδύμου νεύρου, που συνοδεύεται συνήθως από νευραλγικού τύπου άλγη, παρόμοια με αυτά της ιδιοπαθούς νευραλγίας, από την οποία διακρίνεται εκ του γεγονότος, ότι οι πάσχοντες από Σ.Κ.Π. είναι νέοι, οι δε από ιδιοπαθή νευραλγία, συνήθως ηλικιωμένοι.

Η βλάβη του προσωπικού νεύρου εκδηλώνεται συνήθως υπό μορφή κεντρικού τύπου παρέσεως, μυοκυμίων ή ημισπάσμου, ο δε ίλιγγος, τέλος, που συνήθως προέρχεται από εστίες στο έδαφος της IV κοιλίας, είναι έντονος, συνδυάζεται με εμέτους και υποδύεται συνδρομή οπισθίου κρανιακού βόθρου.

Τα ποικίλα συμπτώματα της νόσου, άλλοτε μεν εμφανίζονται όλα μαζί εξ αρχής, οπότε η κλινική εικόνα ολοκληρώνεται δια μιας, άλλοτε δε επέρχονται υπό μορφή διακεκριμένων επεισοδίων, που περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα συμπτώματα. Θα μπορούσε δε να πει κανείς ανεπιφύλακτα, ότι η Σ.Κ.Π., στην έναρξή της ιδίως, μπορεί να υποδυθεί οποιαδήποτε νευρολογική νόσο. **(εικ. 8 – παράρτημα).**

#### **6. Παροξυντικά φαινόμενα:**

Τα επονομαζόμενα παροξυντικά φαινόμενα της Σ.Κ.Π. (νευραλγία τριδύμου νεύρου, δυστονικές κρίσεις, παραισθησίες, μυοκυμίες ή ημίσπασμος του προσώπου, παροξυντική δυσαρθρία ή αταξία κ.λ.π.), απαρτίζουν ιδιαίτερη ομάδα βραχυχρόνιων αλλά βασανιστικών εκδηλώσεων. Τα συνηθέστερα από αυτά είναι η νευραλγία του τριδύμου και οι δυστονικές κρίσεις, οι οποίες μοιάζουν με τοπικό τέτανο και

εκλύονται αυτόματα ή με την ευκαιρία κάποιας εκούσιας κίνησης. όσον αφορά τις επιληπτικές κρίσεις, οι οποίες κατά μερικούς υπάγονται εδώ, θα πρέπει να λεχθεί ότι είναι σχετικώς σπάνιες, αφού στην Σ.Κ.Π. προσβάλλεται κατ' αποκλειστικότητα η λευκή ουσία του Κ.Ν.Σ. Η παθογένεια των παροξυντικών αυτών φαινομένων δεν είναι πλήρως γνωστή, πιστεύεται όμως ότι σχετίζεται είτε με τη διαταραγμένη μετάδοση των ερεθισμάτων στις απομυελινωμένες ίνες (εφαπτική μετάδοση), είτε με τη γένεση εκτόπων ερεθισμάτων σε μερικώς απομυελινωτικές ίνες.

### **7. Διαταραχές του λόγου:**

Σπανιότητες, υπό μορφή κινητικής συνήθως αφασίας.

### **8. Ψυχοδιανοητικά συμπτώματα:**

Στα αρχικά στάδια της νόσου, οι ψυχικές και νοητικές λειτουργίες διατηρούνται σχεδόν ανέπαφες. Με την πάροδο όμως του χρόνου, επέρχονται αλλαγές του συναισθήματος και διαταραχές ανωτέρων νοητικών λειτουργιών (μνήμης, προσοχής, συγκέντρωσης, πτωχεία ιδεών), που οδηγούν σε νοητική έκπτωση (άνοια). Το ποσοστό της νοητικής εκπτώσεως, στα αρχικά μεν στάδια της νόσου είναι μικρό (2%), στα τελικά όμως δυνατό να φτάσει το 50%. Πρόκειται περί υποφλοιώδους ανοίας, η οποία συνδέεται με τον βαθμό προσβολής του μεσολοβίου και την διακοπή των συνδέσεων του δικτυωτού συστήματος του εγκεφαλικού στελέχους προς τον φλοιό, ή τις υποφλοιώδεις περιοχές, ή των συνδέσεων του μετωπιαίου λοβού προς οπίσθιες φλοιώδεις περιοχές.

Οι ψυχικές διαταραχές, όταν εμφανισθούν, κυμαίνονται από την ασήμαντη μόνο παρέκκλιση της συμπεριφοράς του πάσχοντος εκ του φυσιολογικού, μέχρι και την ψύχωση. Η ευφορία θεωρείται από μακρού η πιο χαρακτηριστική ψυχική διαταραχή (Euphoria Sclerotica), το δε ποσοστό της κυμαίνεται μεταξύ 10-18%. Η φαιδρότης και η υπερβάλλουσα αισιοδοξία των πασχόντων, έρχονται σε μεγάλη αντίθεση προς την υφισταμένη συνήθως βαρεία σωματική τους αναπηρία, οι δε γέλωτες, συχνά εναλλάσσονται με κλάματα. Η έκφραση αυτή της συναισθηματικής αστάθειας, έχει οργανικό υπόστρωμα και αποδίδεται στην έλλειψη ελέγχου του πυραμιδικού συστήματος επί των μιμικών μυών και την γενικότερης συγκινησιακής εκφράσεως, από αμφοτερόπλευρες βλάβες της φλοιοπρομηκικής οδού και την σχετική κυριάρχηση των εξωπυραμιδικών και θαλαμοπρομηκικών συστημάτων (ψευδοπρομηκικό σύνδρομο).

Η κατάθλιψη στη Σ.Κ.Π., εμφανίζεται συνήθως ως αντιδραστικού τύπου, ενίοτε δε και ως ψυχωτική. Είναι συνηθέστερη στην εγκεφαλική παρά την νωτιαία μορφή της νόσου, το δε ποσοστό της ανέρχεται σε 18-20%. Το ποσοστό όμως των αυτοκτονιών στους ασθενείς αυτούς είναι υψηλό, γι' αυτό απαιτείται άμεση και συστηματική θεραπεία. Η διπολική συναισθηματική ψύχωση (κατάθλιψη-μανία) είναι σπανιότερη, ενώ σπανιότατα είναι τα σχιζοφρενικού τύπου συμπτώματα.

Υστερικά τέλος συμπτώματα, μπορεί κάλλιστα να συνυπάρχουν σε διεγνωσμένους με Σ.Κ.Π. ασθενείς, τα οποία εκδηλώνονται συνήθως με τάσεις υπερβολής ή μεγαλοποίησης υπαρχόντων συμπτωμάτων, μουδιάζουν π.χ. τα δάκτυλά τους και λένε ότι μουδιάζει ολόκληρο το χέρι. Πρέπει όμως να τονισθεί, ότι μετά από αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος των πασχόντων (θερμό λουτρό, πυρετό κ.λ.π.) μπορεί να εμφανισθούν ορισμένα φευγαλέα συμπτώματα, χωρίς να είναι υστερικά (φαινόμενο Uhthoff).

#### **3.4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διάγνωση της Σ.Κ.Π. εξακολουθεί να παραμένει κατεξοχήν κλινική και δεν παρουσιάζει συνήθως ιδιαίτερες δυσκολίες. Η νόσος έχει χαρακτηριστική εμφάνιση και πορεία, προκαλεί δε διάσπαρτες επί του Κ.Ν.Σ. βλάβες και συμπτώματα, από ανατομικά ασύνδετες περιοχές τα οποία δεν είναι καθόλου εύκολα να αποδοθούν σε άλλου είδους παθήσεις. Σπουδαίες πληροφορίες αντλούμε όμως για την υποκείμενη πάθηση και από το ιστορικό των αρρώστων από το οποίο αποκαλύπτονται απώτερες και πλέον πρόσφατες κλινικές εκδηλώσεις που αγνοήθηκαν ή κρίθηκαν ανάξιες λόγου από ασθενείς ή γιατρούς, όπως είναι παροδικές παραισθησίες, ήπιες διαταραχές ούρησης, διπλωπία, θάμβος όρασης, παροδική αδυναμία κ.λ.π. οι οποίες μάλιστα μπορεί να αποτελούσαν την έναρξη της νόσου (Παπαγεωργίου Κωνστ., 1993).

Έπειτα για τη διάγνωση της Σ.Κ.Π. μπορεί να γίνει μια συστηματική εξέταση του νευρικού συστήματος με μια σειρά εξετάσεων των αντανακλαστικών (κτύπημα με το σφυράκι στο γόνατο) ή μέτρηση των αντιδράσεων σε εξωτερικούς ασθενείς (τσίμπημα με βελόνα). Μετά από μια εκτεταμένη νευρολογική εξέταση ο γιατρός είναι σε θέση να παρατηρήσει όποιες δυσλειτουργίες παρουσιάζονται στο νευρικό σύστημα.

Οι εξετάσεις όμως αυτές από μόνες τους δεν μπορούν να καθορίσουν την αιτία των δυσλειτουργιών, γιατί και άλλες παθήσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά της Σ.Κ.Π., γι' αυτό θα πρέπει πρώτα ν' αποκλειστούν οι άλλες πιθανότητες (Ελληνική Εταιρία για τη Σ.Κ.Π., 1999).

Πρακτικά όλες οι παθήσεις που προσβάλλουν το Κ.Ν.Σ. μπορούν να συγχέονται με την Σ.Κ.Π.

Ως εκ τούτου, σύνδρομο το οποίο αρχίζει αργά-αργά παρουσιάζει προϊούσα πορεία υφέσεως και φευγαλέας παράλυσης και εκδηλώνει λίγα από τα παρακάτω φυσικά σημεία, όπως κατάργηση των δερματικών κοιλιακών αντανακλαστικών, αύξηση των τενόντιων αντανακλαστικών, σπαστικότητα των κάτω άκρων, σημείο babinski, τρόμος, νυσταγμός, διαταραχές της ομιλίας, αταξία, κεντρικά σκοτώματα, κροταφικό αποχρωματισμό των θηλών και αρνητικές ορολογικές αντιδράσεις, πρέπει αμέσως να εγείρει την υπόνοια Σ.Κ.Π.

Διαφορική διάγνωση θα χρειασθεί να γίνει από:

1. Νευροσύφιλη η οποία εμφανίζει διαταραχές των κορών, οφθαλμικές παραλύσεις και οπτική νευρίτιδα, θετική αντίδραση Wassermann σε αίμα και ούρα, αύξηση λευκόματος και λεμφοκυττάρων στο Ε.Ν.Υ. Αντίθετα συλλαβιστική ομιλία, τρόμος κατά την κίνηση και νυσταγμός ελλείπουν.
2. Η προϊούσα γενική παράλυση εκλαμβάνεται καμιά φορά ως Σ.Κ.Π. εάν συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές. παρατηρείται τρόμος των χειλιών και της γλώσσας και όχι τόσο τρόμος κατά την κίνηση, η ομιλία είναι τρομώδης, υπάρχουν σαφείς αλλοιώσεις των κορών και οι ορολογικές αντιδράσεις είναι θετικές. Υφέσεις εμφανίζονται και στις δύο νόσους αλλά επί της προϊούσας γενικής παράλυσης παρατηρείται πολύ ταχύτερα επιδείνωση, οι δε αποπληκτοειδείς προσβολές μετά τους σπασμούς είναι συχνότερες.
3. Η εγκεφαλομυελίτιδα είναι η τρίτη νόσος η οποία δείχνει σημεία πολλαπλών βλαβών, παρόμοια με τη Σ.Κ.Π. Εάν ο ασθενής δεν εξετασθεί στο οξύ στάδιο είναι δυνατόν να γίνει σύγχυση της νόσου με την Σ.Κ.Π. Εισβάλλει με πυρετό, οφθαλμικές παραλύσεις, αύξηση λεμφοκυττάρων στο Ε.Ν.Υ., σημεία μηνιγγικής προσβολής, ριζικών πόνων κ.λ.π. Η διαδρομή είναι αρκετά ταχεία και είτε καταλήγει στο θάνατο είτε σε πλήρη ή μερική ίαση. Μεγαλύτερη δυσκολία διαφορικής διάγνωσης υπάρχει στη χρόνια μορφή της νόσου.
4. Η οπτική νευρομυελίτιδα χαρακτηρίζεται από ατροφία του οπτικού νεύρου, προσβολή του Ν.Μ. και ιδίως των μακρών δεσμών, και από απουσία υφέσεων.

Δεν είναι εύκολος ο διαχωρισμός της από τη Σ.Κ.Π. και τη χρόνια εγκεφαλομυελίτιδα.

5. Κατά τα πρώιμα στάδια στις Σ.Κ.Π. ιδίως όταν αυτή συνοδεύεται από συναισθηματικές διαταραχές και παρορμητικό γέλιο, είναι δυνατόν αυτή να εκληφθεί ως υστερία, κυρίως σε νεαρές γυναίκες τα υπάρχοντα όμως οργανικά σημεία βοηθάνε στο διαχωρισμό της νόσου.
6. Δεν υπάρχει τρόπος ασφαλούς διαφορικής διάγνωσης μεταξύ μιας οξείας αποπληκτοειδούς προσβολής επί σκλήρυνσης κατά πλάκας και ενός οξέος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Εάν η προσβολή συμβεί σε νεαρό άτομο που δεν πάσχει από σύφιλη ή καρδιακή νόσο ή λοιμώδη νόσο πρέπει να υποπτευθούμε Σ.Κ.Π. Αλλά η ηλικία, η προϊούσα νοσηρά κατάσταση και η απουσία μακρών υφέσεων συνηγορούν υπέρ της αγγειακής βλάβης.
7. Η Σ.Κ.Π. είναι δυνατόν να υποδυθεί όγκο. Πάντως έντονος κεφαλαλγία, έμετοι, αλλοιώσεις του σφυγμού και της αναπνοής, οίδημα της οπτικής θηλής, συνηγορούν υπέρ του όγκου. Η Σ.Κ.Π. είναι δυνατόν να εκληφθεί επίσης ως όγκος του νωτιαίου μυελού. Στη διαφορική διάγνωση βοηθάει η πεταλεκτομή, η παρουσία πόνου, η απουσία νυσταγμού και το ξανθόχρωμο E.N.Y. Η μυελογραφία με Pantopaque θα παράσχει σαφή ευρήματα απ' τα οποία θα τεθεί η διάγνωση.
8. Η Σ.Κ.Π. είναι δυνατόν να υποδυθεί και δεσμική μυέλωση. Οι ασθενείς όμως σ' αυτή την περίπτωση είναι μεγαλύτερης ηλικίας συνυπάρχει συνήθως κακοήθης αναιμία, τα τενόντια είναι καταρρημένα ενώ το babinski πιστοποιεί πυραμιδική βλάβη, τα δε αντικειμενικά σημεία περιορίζονται στο νωτιαίο μυελό.

Τέλος τα καλοήθη σύνδρομα Brown-Sequard δυνατόν να εκληφθούν ως Σ.Κ.Π. (Wechsler Israel S., 1989).

### **3.5. ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η στιγμή της διάγνωσης είναι δύσκολη και φέρνει απογοήτευση. Οι αντιδράσεις που προκαλεί μοιάζουν να ακολουθούν ένα μοτίβο: Οι περισσότεροι πάσχοντες αναφέρουν ότι ένιωσαν άρνηση, θυμό, άγχος, κατάθλιψη, φόβο και ανασφάλεια πριν καταφέρουν να αποδεχτούν διάγνωση. Η αντίδραση του καθενός δεν είναι ανάλογη τις περισσότερες φορές με τη βαρύτητα της κατάστασής του. Μπορεί κάποιος με

ελαφριά μορφή της νόσου να καταρρακωθεί ψυχολογικά και κάποιος άλλος με βαριά ανικανότητα να είναι πολύ καλά συναισθηματικά.

Το να μοιραστεί με κάποιον ειδικό τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του όσον αφορά στην πάθησή του θα είναι πιθανόν μια θετική εμπειρία. Θα μπορούσε να τον βοηθήσει στο να αναπτύξει μια θετική προσέγγιση στο πρόβλημά του.

- **Άρνηση:** Μέχρι τώρα ο ασθενής απολάμβανε την καλή του υγεία και είναι εύκολο να πιστέψει ότι ο γιατρός έσφαλε και να αναζητήσει άλλες ιατρικές γνώμες. Η άρνηση όμως της πραγματικότητας μόνο άγχος μπορεί να επιφέρει και να επιτείνει την απογοήτευση. Σε μια χρόνια ασθένεια όπως η Σ.Κ.Π. που παρουσιάζει εναλλαγή ώσεων και υφέσεων, είναι φυσικό να υπάρχουν και ανάλογες διακυμάνσεις αποδοχής και άρνησης της αρρώστιας και τότε ίσως χρειάζεται η βοήθεια ειδικού ψυχοθεραπευτή.
- **Θυμός:** Μπορεί ο ασθενής να νιώσει έντονα την αδικία του, "γιατί σε μένα, γιατί τώρα;". Αυτά τα συναισθήματα μοιάζουν με αυτά που νιώθει κάποιος όταν ένας συγγενής ή φίλος πεθαίνει και μερικές φορές παίρνει πολύ χρόνο στον καθένα μας να καταλάβει τη σημασία του. Ο ασθενής ψάχνει να βρει τι έφταιξε, οι τωρινές συνθήκες, η σκληρή δουλειά κ.λ.π. Συμβαίνει δε συχνά να κατηγορεί και τον εαυτό του "Μου άξιζε αυτό που έπαθα..., ίσως εγώ να το προκάλεσα". Ο θυμός που απευθύνεται στους γύρω του ή στον εαυτό του, μπορεί να είναι καταστροφικός. Αν κρατήσει πολύ καιρό τότε απομονώνει τους ανθρώπους. Όλα όμως είναι απόλυτα φυσιολογικές αντιδράσεις. Υπάρχουν συμπτώματα ακαθόριστα όπως π.χ. η κούραση και η μελαγχολία που εμφανίζονται ξαφνικά και χωρίς να υπάρχει καμιά αιτία. Αυτό μπορεί να προκαλέσει απογοήτευση και μπερδεμα, ακόμη και ενοχές, επειδή δεν μπορεί να λειτουργήσει στο ρυθμό που μέχρι τώρα ήξερε. Αυτά τα συναισθήματα πρέπει ο άρρωστος που πάσχει από Σ.Κ.Π. να τα εκφράσει ώστε να μην παρεξηγηθεί και μη χαρακτηριστεί νωθρός ή νευρωτικός.
- **Άγχος:** Όλο το άγνωστο που περιβάλλει τη διάγνωση και την πρόγνωση της Σ.Κ.Π. είναι λογικό να προκαλέσει στον πάσχοντα τεράστιο άγχος. Η αναζήτηση του τρόπου καθησυχασμού μπορεί να τον απορροφήσει πλήρως. Η γνώση όμως

όσον αφορά στην πάθηση, η σαφής διάγνωση και ο γιατρός θα βοηθήσουν τον πάσχοντα να αποδεχθεί τη νέα κατάσταση και να την αντιμετωπίσει.

- **Κατάθλιψη:** Όταν ο πάσχοντας αντιληφθεί ότι η Σ.Κ.Π. μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή του και στα μελλοντικά του σχέδια, τότε είναι εύλογο να νιώσει σε κάποιο βαθμό λύπη, απογοήτευση και απαισιοδοξία. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι εξουθενωτική και να απαιτεί παρέμβαση από ειδικό.
- **Φόβος και ανασφάλεια:** Όταν ένας άνθρωπος έχει τέτοια συναισθήματα, είναι πιθανόν να πάρει λάθος αποφάσεις ή να γίνει άθελά του ευάλωτος σε πληροφορίες και πιέσεις από τρίτους, άσχετα από τα εάν είναι καλοπροαίρετες. Πρέπει να βρει κάποιον που να εμπιστεύεται απόλυτα και στον οποίο να μπορεί να εκμυστηρευτεί όλες του τις αγωνίες, ώστε αυτός να μπορέσει να τον βοηθήσει να καταλάβει τους φόβους του και να τους ξεπεράσει.
- **Τάση για αυτοκτονία:** Αν και σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των ασθενών έχει περάσει απ' το μυαλό τους, σαν λύση η αυτοκτονία, εντούτοις πολύ λίγοι είναι αυτοί που τελικά οδηγούνται σ' αυτή την απόφαση.
- **Παραδοχή και προσαρμογή:** Όταν τα παραπάνω συναισθήματα καταλαγιάσουν, αρχίζει κανείς να παραδέχεται την καινούργια κατάσταση και να προσαρμόζει ανάλογα τη ζωή του. Τότε νιώθει πιο σίγουρος για τον εαυτό του και πιο ικανός να αντεπεξέλθει στις όποιες δυσκολίες. Μπορεί να περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρις ότου αποδεχθεί ειλικρινά την ανεπιθύμητη πραγματικότητα της πάθησης. Ίσως χρειαστούν και χρόνια μέχρι να τα καταφέρει. Ακόμα κι όταν πιστέψει ότι δέχτηκε τη νέα πραγματικότητα, μικρές κρίσεις μπορεί να τον πισωγυρίσουν ψυχολογικά. Η αντίδραση κάθε ανθρώπου εξαρτάται και από τις προηγούμενες εμπειρίες της δουλειάς του και της ζωής του, από το είδος της δουλειάς που κάνει και από το αν μπορεί να αλλάξει επάγγελμα, όταν και εφόσον χρειαστεί. Η προσωπικότητα και η εικόνα που θέλει να δείξει κάποιος προς τα έξω, καθώς και η συμπαράσταση της οικογένειας και του κοινωνικού περιβάλλοντος, παίζουν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή.

Προσαρμογή στη Σ.Κ.Π. σημαίνει χρυσή τομή ανάμεσα στα δύο άκρα: "Καταθέτω τα όπλα" και "αρνούμαι να παραδεχτώ την πραγματικότητα". Αυτή η χρυσή τομή μας



δίνει την εσωτερική δύναμη να παραδεχτούμε την πραγματικότητα κι έτσι, αφενός να δεχτούμε τους περιορισμούς και αφετέρου να τους αντικαταστήσουμε με καινούργιες δυνατότητες που θα δώσουν σκοπό και νόημα στη ζωή μας (Μπαρε Ε., Χρυσοβιτσάνου Χ., 1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Παρότι δεν υπάρχει καμία εργαστηριακή εξέταση παθογνωμική για τη Σ.Κ.Π., εν τούτοις η διάγνωση της νόσου μπορεί να ενισχυθεί σημαντικά από διάφορες εξετάσεις στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ηλεκτροφυσιολογικές μεθόδους και τη χρήση σύγχρονων απεικονιστικών εξετάσεων και ειδικές εξετάσεις αίματος.

1. **Εγκεφαλονωτιαίο υγρό:** Η προτίμηση των απομυελινωτικών εστιών να αναπτύσσονται στην περικοιλιακή λευκή ουσία του εγκεφάλου και την περί τον νωτιαίο σολήνα περιοχή καθιστά το Ε.Ν.Υ σπουδαία πηγή πληροφοριών για την υποκείμενη νόσο. Σ' αυτό υπολογίζονται πέντε βασικές παράμετροι:

α) Κύτταρα: Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων στο Ε.Ν.Υ. είναι συχνά αυξημένος πάνω από 40 κύτταρα ανά  $\text{mm}^3$  στο 30% περίπου των ασθενών, συχνά δε η πλειοκόπωση αυτή εκλαμβάνεται και ως μέτρο της κλινικής "δραστηριότητας" της νόσου. Η ουσιαστική της όμως σημασία παραμένει αβέβαιη καθ' όσον δεν έχει διευκρινιστεί ποιες ακριβώς υποομάδες λεμφοκυττάρων αυξάνονται στο Ε.Ν.Υ. κατά τη διάρκεια της ώσεως και γιατί.

β) Λεύκωμα: Η ήπια αύξηση της συνολικής πρωτεΐνης του Ε.Ν.Υ. είναι συχνή στους πάσχοντες και ανευρίσκεται στο 40% περίπου των ασθενών. Η υπέρμετρη όμως αύξηση του λευκόματος (σημαντικά πάνω από 100 mg %) χωρίς να αποκλείεται, δεν είναι συνήθης, εγείρει δε πάντοτε αμφιβολίες για την ορθότητα της διάγνωσης.

γ) γ-σφαιρίνη (IgG). Είναι συχνά αυξημένη και απαρτίζει το 25% και πλέον της συνολικής πρωτεΐνης του Ε.Ν.Υ. στο 60-80% των πασχόντων. Το ποσοστό αυτό της IgG σφαιρίνης είναι αρκετά υψηλότερο του ανώτατου φυσιολογικού ορίου, το οποίο κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 12-16%. Οι μικρότερες πάντως αυξήσεις παρατηρούνται κατά τα πρώτα χρόνια και στις ηπιότερες μορφές της νόσου, ενώ οι μεγαλύτερες στους βαρύτερα πάσχοντες και χρονιότερους ασθενείς.

Από κλινικής πλευράς θεωρείται ότι πλέον χρήσιμος είναι ο προσδιορισμός του δείκτη της γ-σφαιρίνης και όχι του συνολικού ποσοστού της. Ο δείκτης αυτός προσδιορίζεται από το ποσοστό της γ-σφαιρίνης του Ε.Ν.Υ. σε σχέση προς αυτό του ορού κατά την αναλογία:

γ-σφαιρίνης E.N.Y./γ-σφαιρίνη ορού = δείκτης γ-σφαιρίνης στο E.N.Y.

λευκωματίνη E.N.Y./λευκωματίνη ορού

Αύξηση του δείκτη της γ-σφαιρίνης (IgG) σημαίνει αυξημένη σύνθεση της IgG σφαιρίνης μέσα στο Κ.Ν.Σ., γεγονός που μπορεί να συμβαίνει όμως και σε άλλα, πλην της Σ.Κ.Π. φλεγμονώδη νοσήματα του Ν.Σ.

δ) Ολιγοκλωνικές ζώνες: Κατά την ηλεκτροφόρηση φυσιολογικού E.N.Y. σε άγαρ, στην πλειονότητα των πασχόντων, παρατηρείται ετερογενής χρώση (και σε λίγες περιπτώσεις ομοιογενής) και εμφάνιση ζωνών που διαχωρίζονται ευκρινώς από τις υπόλοιπες και ονομάζονται ολιγοκλωνικές. Οι μορφές αυτές μπορεί να ανευρίσκονται και σε πρώιμες μορφές έναρξης της νόσου χωρίς να υπάρχει αύξηση της γ-σφαιρίνης και σ' αυτό έγκειται η διαγνωστική σημασία του ευρήματος αφού ενισχύει τη διάγνωση κλινικά αβέβαιων μορφών της νόσου. Πρακτικά οι πλείστοι των πασχόντων από Σ.Κ.Π. έχουν ολιγοκλωνικές ζώνες IgG σφαιρίνης στο E.N.Y. και σ' αυτό έγκειται η διαγνωστική τους αξία.

Οι ποσοτικές και ποιοτικές αυτές μεταβολές της γ-σφαιρίνης δεν είναι απόλυτα ειδικές και παθολογικές αφού ανευρίσκονται και σε άλλες παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπου διαταράσσεται ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός.

ε) Βασική πρωτεΐνη της μυελίνης. Η μέτρησή της χρησιμοποιήθηκε από μερικούς ερευνητές για τον καθορισμό της ταυτότητας αλλά και της κλινικής δραστηριότητας της νόσου. Τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα όμως που βρέθηκαν και σε άλλες παθήσεις π.χ. αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, μείωσαν τον αρχικό ενθουσιασμό και η εξέταση έπαυσε να θεωρείται παθολογική για Σ.Κ.Π. (Γεωργαράς, Μαλτέζου, 1996). **(εικ. 9 – παράρτημα).**

## **2. Ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις:**

α) Προκλητά δυναμικά: τα οπτικά προκλητά δυναμικά παρέχουν σημαντική βοήθεια σε κλινικά αμφίβολες περιπτώσεις γιατί αποκαλύπτουν, συχνά, υποκλινικές προσβολές της οπτικής οδού σε ποσοστό 21-83% ανάλογα με τη μορφή της νόσου. Τα ακουστικά προκλητά δυναμικά παρέχουν λιγότερες πλην όμως σημαντικές πληροφορίες για υποκλινικές διαταραχές του εγκεφαλικού ιδίως στελέχους. Τα σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά μας βοηθήσαν στον προσδιορισμό βλαβών στο Ν.Μ. **(εικ. 10 – παράρτημα).**

β) Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα: Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα εμφανίζει ανωμαλίες σε ένα ποσοστό περίπου 30%, ιδίως στην οξεία φάση της νόσου, υπό μορφή βραδέων κυμάτων.

γ) Ηλεκτρονυσταγμογραφία: Είναι μια ακόμη ηλεκτροφυσιολογική μέθοδος που συμβάλλει στη μελέτη της διαπυρηνικής οφθαλμοπληγίας και του διχασμένου νυσταγμού όταν υπάρχει και χρησιμοποιείται επίσης για τον έλεγχο της αιθουσαίας λειτουργίας η οποία επηρεάζεται συχνά στη Σ.Κ.Π. (Funkhouser J., Nayler B., 1979).

### 3. Απεικονιστικές μέθοδοι ελέγχου εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού.

Η ηλεκτρονική υπολογιστική τομογραφία του εγκεφάλου, ιδίως με χρήση σκιαγραφικού, αποκαλύπτει διάσπαρτες αποπυκνωτικές περιοχές στις περιοχές της λευκής ουσίας, μειονεκτεί όταν οι παθολογικές εστίες (πλάκες) είναι μικρές και ανεβάζει το ποσοστό καταγραφής των εστιών απομυελίνωσης.

4. **Η μέθοδος του μαγνητικού συντονισμού** όμως (MRI), θεωρείται πλέον ευαίσθητη της προηγούμενης στην αποκάλυψη των εστιών απομυελίνωσης, με ποσοστό επιτυχίας, που φθάνει το 90% στις κλινικά βέβαιες μορφές της Σ.Κ.Π. (Παπαγεωργίου Κωνστ., 1993). **(εικ. 11 – εικ. 12 – παράρτημα).**

5. **Αίμα:** Μερικοί ερευνητές έχουν βρει μια ελαφρά υψηλότερη (περίπου 15-20%) συγκέντρωση αντισωμάτων έναντι της μυελίνης, σε αρρώστους με Σ.Κ.Π. από ότι σε φυσιολογικά άτομα. Άλλοι ερευνητές αυτό το αμφισβητούν ή δεν το αξιολογούν. Επίσης έχουν βρεθεί κυτταροτοξικοί παράγοντες έναντι της νευρογλοίας όπως και παράγοντες με απομυελινωτική δράση στον ορό ασθενών με Σ.Κ.Π. αλλά τέτοιοι έχουν βρεθεί και σε άλλες νευρολογικές παθήσεις. Σε ότι αφορά τα λευκοκύτταρα ο Oger βρήκε αύξηση της αναλογίας μόνο των Β-κυττάρων ενώ ο Snadberg-Wollheim δε βρήκε αύξηση ούτε στα Τ ούτε στα Β κύτταρα.

Ως προς τα αιμοπετάλια τα οποία μερικές φορές βρίσκονται αυξημένα, υποστηρίζεται ότι αυτό οφείλεται σε δευτεροπαθές γεγονός παρά σε πρωτοπαθή αιτία (Γεωργαράς Α., Μαλτέζου Μ., 1996).

## 4.2. ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η εξωτερική επιφάνεια του εγκεφάλου και του Ν.Μ. αδρά φαίνεται φυσιολογική. Μερικές φορές παρατηρείται ατροφία των ελίκων, διεύρυνση των κοιλιών και φαιοειδείς σχηματισμοί στη λευκή ουσία, κυρίως περικοιλιακά, οι οποίες παριστούν εστίες απομυελίνωσης. Ο νωτιαίος μυελός μπορεί να φαίνεται ρικνωμένος ή εξοιδημένος. Τα περιφερικά και κρανιακά νεύρα εμφανίζονται φυσιολογικά ενώ τα οπτικά ρικνωμένα.

Το πλέον χαρακτηριστικό παθολογοανατομικό εύρημα της νόσου είναι οι εστίες απομυελίνωσης που συνιστούν τις περίφημες σκληρυντικές πλάκες. Οι πλάκες αυτές βρίσκονται διεσπαρμένες στη λευκή ουσία, σε διάφορα τμήματα του Κ.Ν.Σ. και παρίστανται ως φαιές ή ερυθροφαιές κηλίδες διαφόρου σχήματος και μεγέθους συνήθως από κεφαλής καρφίτσας μέχρι μερικά εκατοστά. Ανευρίσκονται κυρίως γύρω από το κοιλιακό σύστημα αλλά και στο ημιωειδές κέντρο, το εγκεφαλικό στέλεχος, την παρεγκεφαλίδα και τον νωτιαίο μυελό. Ο αριθμός των πλακών αποτελεί συνήθως συνάρτηση της χρονιότητας, του αριθμού των ώσεων και της βαρύτητας της νόσου, ενώ η θέση τους καθορίζει τη μορφή και τη σοβαρότητα των κλινικών συμπτωμάτων. Οι παλιές πλάκες είναι κιτρινόφαιες και σκληρές, ενώ οι πρόσφατες μαλθακότερες και ερυθρόφαιες.

Σε βιοψίες εγκεφάλου πασχόντων, το μυελώδες έλυτρο φαίνεται λεπτό, εξοιδημένο, εύθραυστο ή και κατετμημένο από τη συνεχιζόμενη καταστροφή του από τα μακροφάγα. Παρατηρούνται επίσης τάσεις επαναμυελίνωσης. Οι εξασθενημένοι όμως νευράξονες εμπλέκονται στους πυκνούς ιστούς της αναπτυσσόμενης γλοίας, διαστρέφονται κατά σχήματα και διάμετρο και προκαλούνται έτσι, δευτερογενώς πλέον, επιπλώσεις στην κλινική συμπτωματολογία της νόσου, χωρίς τη δημιουργία νέων εστιών.

Για την επαναμυελίνωση των πλακών στη Σ.Κ.Π. λίγα μόνο είναι γνωστά. Πιθανολογείται δε ότι η απώλεια της μυελίνης μπορεί και να μην είναι η μόνη αιτία δημιουργίας των κλινικών συμπτωμάτων της νόσου, αφού έχουν απομονωθεί παράγοντες οι οποίοι, *in vitro* τουλάχιστον παρεμποδίζουν τη συναπτική μεταβίβαση. Το σπουδαίο όμως αυτό θέμα παραμένει υπό διερεύνηση. Η αναπαραγωγή άλλωστε της Σ.Κ.Π. σε πειραματόζωα η οποία θα επέλυε ενδεχομένως πολλά εξ αυτής

προερχόμενα προβλήματα, δεν έχει ακόμη καταστεί δυνατή (Παπαγεωργίου Κ., 1993).

#### **4.3. ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΚΑΙ Σ.Κ.Π.**

Όπως και στη μονοτονική δυστροφία έτσι και στη Σ.Κ.Π. υπάρχει έντονη διχογνωμία για το αν υπάρχουν ή όχι χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Άλλοι ερευνητές εξετάζοντας κύτταρα από αρρώστους με οικογενή σκλήρυνση κατά πλάκας δεν μπόρεσαν να βρουν ανωμαλίες ούτε στον αριθμό ούτε στη δομή των χρωμοσωμάτων ενώ άλλοι ανέφεραν μικρομεταβολές (ρωγμές στις χρωματίδες) της δομής των χρωμοσωμάτων. Το 1979 η Kaminskaya και οι συνεργάτες της βρήκαν ορισμένες ανωμαλίες και στον αριθμό και στη δομή των χρωμοσωμάτων αλλά τελικά συμπέραναν ότι οι ανωμαλίες αυτές δε σχετίζονται με καμία κλινική παράμετρο της νόσου, και δεν ξεπερνούν το επίπεδο των χρωμοσωμικών διαταραχών που συχνά παρατηρούνται στις καλλιέργειες λευκών αιμοσφαιρίων και φυσιολογικών ακόμα ατόμων. Τέλος οι Wright και Bates συγκρίνοντας 30 αρρώστους με 30 μάρτυρες δε βρήκαν διαφορές στη συχνότητα χρωμοσωμικών ανωμαλιών και υπέθεσαν ότι οι χρωμοσωμικές διαταραχές που έχουν κατά καιρούς αναφερθεί είναι αποτέλεσμα τεχνικών και μόνο παραγόντων (Βασιλόπουλος Δ., 1989).

#### **4.4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ Σ.Κ.Π.**

Εφόσον η διάγνωση της Σ.Κ.Π. επιβεβαιωθεί με τα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια, πρέπει αμέσως μετά να προσδιοριστεί, κατά το δυνατόν, η πιθανή πορεία της νόσου και να εκτιμηθούν οι δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης. Είναι βέβαια γεγονός, ότι ακόμη δεν υπάρχει αιτιολογική θεραπεία της Σ.Κ.Π., όπως επίσης δεν υπάρχει βέβαιος τρόπος αναστολής της ιδιόμορφης πορείας της νόσου, ή υποχώρησης της χρόνιας συμπτωματολογίας της.

Παραταύτα, η άρνηση παροχής θεραπευτικής βοήθειας, οδηγεί συχνά στην παραμέληση συμπτωμάτων ή επιπλοκών που υπόκεινται σε ρύθμιση ή πρόληψη, γεγονός που έχει μεγάλη σημασία για την περαιτέρω πορεία του πάσχοντος.

Ως κύρια θεραπευτικά μέσα της Σ.Κ.Π. χρησιμοποιούμε φάρμακα, αποδεδειγμένα ωφέλιμα σε άλλες φλεγμονώδεις ή αυτοάνοσες ασθένειες, τα οποία επηρεάζουν και την δική της πορεία, θα μπορούσε δε να πει κανείς, ότι η θεραπεία του πάσχοντος

αποσκοπεί: 1) στην άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κάθε ώσεως, που προκαλούν ποικίλου βαθμού αναπηρία, 2) στον επηρεασμό της περαιτέρω πορείας της νόσου και στην επιμήκυνση των μεσοδιαστημάτων υφέσεως και 3) στην καθαρά συμπτωματική θεραπεία αλλά και στη βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειάς του να προσαρμοσθούν προς τη νόσο και να βοηθήσουν στον καλύτερο χειρισμό της.

Κατά τη φάση των οξέων συμπτωμάτων της νόσου χορηγούνται κορτικοειδή κορτικοτροπίνη (ACTH) σε διάφορα δοσολογικά σχήματα όπως π.χ. πρεδνιζόνη ή μεθυλπρεδνιζολόνη, σε δοσολογία 1 και 0,8 mg/kg βάρους ανά 24ωρο αντίστοιχα για 4 εβδομάδες ή ACTH 40-100 IV για 10-15 ημέρες και σταδιακή ακολούθως μείωση. Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται ενδομυϊκά, ενδοφλέβια ή από του στόματος. Τελευταία μερικοί προτιμούν την θεραπεία εφόδου, με πολύ υψηλές δόσεις κορτιζόνης, π.χ. 1 gr ημερησίως μεθυλπρεδνιζολόνη IV σε ορό για 3-5 ημέρες και την απότομη στη συνέχεια διακοπή, ή την χορήγηση για μερικές μέρες πρεδνιζόνης από του στόματος.

Τα κορτικοειδή δρουν αποιδηματικά αλλά και ανοσοκατασταλτικά και επιταχύνουν την αποδρομή των κλινικών συμπτωμάτων της νόσου. Η παρατεταμένη και αλόγιστη όμως χρήση τους, αντενδείκνυται απολύτως, λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών τους.

Για τον περιορισμό της συχνότητας και της βαρύτητας των υποτροπών, χρησιμοποιήθηκαν αρκετοί ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες, με την προσδοκία ότι θα δρούσαν προφυλακτικά. Κανένας όμως από αυτούς τους παράγοντες δεν αποδείχθηκε ουσιαστικά δραστικός, όπως φάνηκε από μακροχρόνιες προληπτικές μελέτες. Η αδαθειοπρίνη και η κυκλοσπορίνη που χρησιμοποιήθηκαν γι' αυτό το λόγο, δε φάνηκε να προλαβαίνουν τις υποτροπές της νόσου σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, η δε χρήση της κυκλοφωσφαμίδης, με σκοπό τη σταθεροποίηση της προοδευτικά επιδεινούμενης νόσου, δεν απέδωσε τουλάχιστον τα αναμενόμενα. Το ίδιο ισχύει και για τη συνδυασμένη χρήση ανοσοκατασταλτικών και πλασμαφαίρεσης παρά τις αντίθετες απόψεις μερικών. (Walton J., 1984).

Μια άλλη ουσία η οποία τα τελευταία χρόνια δημιούργησε θόρυβο και πολλές προσδοκίες για τη θεραπεία της Σ.Κ.Π. είναι το Copolymer I (COP I). Πρόκειται περί συνθετικού πολυπεπτιδίου τεσσάρων αμινοξέων, που προστατεύει τα ζώα, έναντι της πειραματικής αλλεργικής εγκεφαλομυελίτιδος, γι' αυτό χρησιμοποιήθηκε και στους ανθρώπους με την ελπίδα ότι θα σταματούσε την εξέλιξη της νόσου. Η σκοπιμότητα χρήσης της ουσίας αυτής είναι προφανής, πλην όμως, τα μέχρι τώρα θεραπευτικά

αποτελέσματα δεν είναι τεκμηριωμένα. Το κόστος εξάλλου του φαρμάκου είναι υψηλό. Η δε μακρά χρήση του μπορεί να έχει σοβαρές παρενέργειες.

Η χρήση των χρησιμοποιηθέντων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων (αζαθειοπρίνη, κυκλοσπορίνη, κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη) βασίσθηκε στην πεποίθηση ότι η Σ.Κ.Π. είναι το αποτέλεσμα υπεράνοσου αντιδράσεως. Από σχετικές μελέτες προκύπτει πράγματι ότι υπάρχει υπεράνοση διέγερση, με τη χρήση δε των ουσιών αυτών σε μερικούς τουλάχιστον ασθενείς μειώνεται η συχνότητα των υποτροπών, βελτιώνεται ο ρυθμός εξέλιξης της νόσου και περιορίζεται η περιεκτικότητα της IgG σφαιρίνης στο E.N.Y. έστω και προσωρινά. Τα αποτελέσματα όμως αυτά έγιναν δεκτά με επιφυλακτικότητα, γιατί δεν υπερτερούν στατιστικά σημαντικά άλλων θεραπειών, επιπλέον δε, διότι η ανεξέλεγκτη χρήση των φαρμάκων αυτών είναι δυνητικά βλαβερή και επικίνδυνη. Η χρησιμοποίηση εξάλλου ανοσοδιεγερτικών παραγόντων (Levamisol, Transfer factor, κ.λ.π.) με την σκέψη, ότι αντίθετα η νόσος αποτελεί κατάσταση ανοσολογικής ανεπαρκείας, δεν απέδωσε τίποτε το ουσιαστικότερο. Το ίδιο συνέβη και με πλείστες άλλες θεραπείες, οι οποίες δοκιμάσθηκαν κατά καιρούς και στηρίχθηκαν σε λιγότερο πειστικούς συλλογισμούς (σωματική ακτινοβολία, πλασμαφαίρεση, υπερβαρικό οξυγόνο κ.λ.π.). Μερικές μάλιστα από αυτές επιδείνωσαν τους αρρώστους γι' αυτό και εγκαταλείφθηκαν.

Ύστερα από όλα αυτά φαίνεται τελικά, ότι η χρήση των κορτικοειδών ή ACTH, παραμένει για τους κλινικούς η μόνη καταφυγή για τη θεραπεία της οξείας συμπτωματολογίας της νόσου, αφού κατά κοινή ομολογία, τα φάρμακα αυτά βραχύνουν την διάρκεια των συμπτωμάτων, ανακουφίζουν την πλειονότητα των πασχόντων και έχουν τις λιγότερες σχετικά παρενέργειες. Ευνόητο όμως είναι, ότι τα φάρμακα αυτά ουδεμία επίδραση ασκούν επί της ήδη κατεστραμμένης μυελίνης, ούτε τροποποιούν τα γενεσιουργά αίτια της Σ.Κ.Π. Η δε αζαθειοπρίνη εξάλλου συνιστάται σε δοσολογία 2 mg/kg βάρους ημερησίως από του στόματος, για 2-3χρόνια ή και περισσότερο, με σκοπό να μειωθεί η συχνότης των υποτροπών και να επιβραδυνθεί η επερχόμενη αναπηρία. Το φάρμακο αυτό, όμως, πέραν των άλλων παρενεργειών, καταστέλλει και την λειτουργία του μυελού των οστών και προδιαθέτει ως εκ τούτου, σε λοιμώξεις. Η χρήση του πρέπει να γίνεται υπό συχνό αιματολογικό και ηπατικό έλεγχο, ιδίως τον πρώτο καιρό (γενική αίματος, αιμοπετάλια, τρανσαμινάσες ορού, κ.λ.π.), πιστεύεται δε, ότι ωφελεί τουλάχιστον μερικούς εκ των ασθενών, όταν χορηγηθεί σωστά και έγκαιρα.



Την τελευταία δεκαετία, έχουν δοκιμασθεί και οι Ιντερφερόνες (IFN) στην θεραπεία της Σ.Κ.Π., είτε για τις ιστατικές, κυρίως δε για τις ανοσορρυθμιστικές του ιδιότητες. Εξ αυτών, η ιντερφερόνη α (IFNα), δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ενώ η χρήση της Ιντερφερόνης γ (INFγ) επεδείνωσε τους αρρώστους. Λίαν θετικά όμως και ευοίωνα, υπήρξαν τα αποτελέσματα πολυκεντρικών μελετών στις Η.Π.Α., που δημοσιεύτηκαν τον Απρίλιο του 1993, από τη χρήση της γενικά μετασχηματισμένης Ιντερφερόνης β (Recombinant IFNβ). Η ουσία αυτή φαίνεται, ότι μειώνει τις υποτροπές στην διαλείπουσα μορφή της νόσου, ακόμη δε, ότι σε μερικούς σταματά και την εξέλιξη της παθήσεως. Το φάρμακο χορηγείται υπό ορισμένους περιορισμούς και είναι πανάκριβο. Γίνεται μεν συνήθως καλά ανεκτό, δεν στερείται όμως παρενεργειών. Παρά δε την εγκυρότητα των δημοσιευθέντων αποτελεσμάτων, απαιτείται σχετική επιφυλακτικότητα, λαμβανομένων υπόψη της φύσεως αλλά και της ιστορίας της νόσου.

Πέραν όμως της ανάγκης αντιμετώπισης της οξείας φάσεως ή των υποτροπών της νόσου, οι πάσχοντες έχουν πλείστα όσα επί μέρους προβλήματα, η επίλυση των οποίων βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους και ενισχύει το ηθικό τους.

Η γενική αδυναμία των ασθενών και η αταξία τους είναι συμπτώματα επίμονα και ανθεκτικά σε κάθε είδους θεραπεία. Η σπαστικότητα των μελών τους όμως υποχωρεί με διάφορα φάρμακα (Diazepam, Baclofen, Tizanidine, Dantrolen), η επιλογή και η δοσολογία των οποίων πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή. Ο βασανιστικός τρόμος της κεφαλής και ο τρόμος ενεργείας των άνω άκρων, ανταποκρίνεται, ενίοτε αποτελεσματικά, στη θεραπεία με κλοναζεπάμη, προπανολόλη ή ισονιαζίδη (μαζί με βιτ. Β<sub>6</sub>). Τα άλγη εξάλλου των πασχόντων από Σ.Κ.Π. έχουν διάφορη προέλευση και κατανομή (νευραλγικά, μυοσκελετικά κ.λ.π.), γι' αυτό και αντιμετωπίζονται ποικιλοτρόπως (σαλικυλικά, καρβαμαζεπίνη, αμιτριπτυλίνη, φυσιοθεραπεία κ.λ.π.). Χρειάζεται όμως προσοχή στην επιλογή των φαρμάκων, γιατί ορισμένα, μη στεροειδή αναλγητικά, όπως π.χ. η ινδομεθακίνη, δρουν κατά τρόπο εκλυτικό και επιδεινώνουν τα νευρολογικά συμπτώματα.

Ο επιτυχής χειρισμός των διαταραχών της λειτουργίας της κύστεως των αρρώστων έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί προλαβαίνει τις λιθιάσεις και τις επικίνδυνες ουρολοιμώξεις. Δεν είναι πάντοτε ενιαίος. Οι επιτακτικές ουρήσεις από μικρή, ρικνή και με ευερέθιστα τοιχώματα κύστη αντιμετωπίζονται με Probanthine ή Imipramin (αντιχολινεργική δράση), ενώ η ατονική και με μεγάλο υπόλειμμα ούρων κύστη, με συχνούς καθετηριασμούς, που διδάσκονται να κάνουν και μόνοι τους οι πάσχοντες,

όταν μπορούν. Η χρήση μόνιμου καθετήρα πρέπει να αποφεύγεται, γιατί ο κίνδυνος των ουρολοιμώξεων είναι μεγάλος, ενώ ωφέλιμο είναι να χρησιμοποιείται, όταν χρειάζεται, επί μακρόν αντισηπτικό των ουροφόρων οδών π.χ. Mandelamine. Οι σεξουαλικές, τέλος, διαταραχές, απαιτούν ψυχοθεραπευτική υποστήριξη, αλλά και πρακτικές υποδείξεις (παπαβερίνη, δονητές κ.λ.π.).

Έχει υποστηριχτεί κατά καιρούς, ότι η προσθήκη βιταμινών ή λινολεϊκού οξέος, ή ο περιορισμός του ζωικού λίπους από το σιτιρέσιον των ασθενών, δρουν ευνοϊκά. Καμία όμως διαιτητική αγωγή, ή συμπλήρωμα διαίτης δεν κρίθηκε πλέον αποτελεσματική, από την εξισορροπημένη διατροφή και ενυδάτωση του ασθενούς, που αποσκοπεί στη διατήρηση του σωστού σωματικού βάρους και την ομαλή λειτουργία κύστεως και εντέρου.

Η κατάλληλη τέλος, εκπαίδευση των ασθενών, ώστε να χρησιμοποιούν πλήρως τις εναπομένουσες δυνάμεις τους, έστω και με τη χρήση ορισμένων κηδεμόνων, θεωρείται εξαιρετικά χρήσιμη. Συντελεί στη διατήρηση της όποιας παραμένουσας κινητικότητας και αποτρέπεται έτσι ο πρόωρος κλινοστατισμός, που επιφέρει σοβαρές επιπλοκές (μυϊκές συνολικές, ατροφίες, εσχάρες εκ κατακλίσεως, λοιμώξεις κ.ο.κ.). Η συνετή φυσιοθεραπεία θεωρείται πάντοτε σπουδαίο και αναγκαίο επιβοηθητικό μέσο, οι υπερβολικές και ανεξέλεγκτες όμως ασκήσεις κουράζουν τον ασθενή. Η καλύτερη ίσως άσκηση, επιτυγχάνεται με την κολύμβηση σε δεξαμενή με δροσερό νερό.

Οι πάσχοντες από Σ.Κ.Π. πρέπει ακόμα να βοηθούν να οργανώσουν τη ζωή τους, κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο, με βάση τα νέα τους δεδομένα, να μην παραιτηθούν των ενδιαφερόντων τους, να αναπτύξουν δε τις ιδιαίτερες δεξιότητές τους, ώστε ακόμη και σε πλαίσιο προγραμματισμένης εργασιοθεραπείας, να παραμένουν χρήσιμοι και παραγωγικοί. Ακόμη δε πρέπει να λαμβάνουν ορισμένα μέτρα σε έκτακτες καταστάσεις, όπως π.χ. η επιδημίες εμπύρετων νοσημάτων, όταν πρόκειται να χειρουργηθούν σε περίοδο καύσωνα (κλιματισμός κ.λ.π.).

Η Σ.Κ.Π. είναι ιδιόρρυθμη και περίπλοκη νόσος, με προφανείς επιπτώσεις εφ' ολοκλήρου της ζωής του πάσχοντος, γι' αυτό και απαιτεί προσεκτική "ανθρώπινη" και εξατομικευμένη, πολλές φορές, προσπέλαση όλων των προβλημάτων του πάσχοντος, με κάθε δυνατό τρόπο και θεραπεία (Παπαγεωργίου Κωνστ., 1993).

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

#### **1.1. ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

Η/Ο Νοσηλεύτρια/τής η/ο οποία/ος θα έρθει για πρώτη φορά σ' επαφή μ' έναν ασθενή θα πρέπει αρχικά να κάνει μια γενική εκτίμηση της κατάστασής του, σύμφωνα με την οποία, στη συνέχεια και σε συνδυασμό με την ιατρική διάγνωση και τις διαγνωστικές εξετάσεις, θα μπορέσει να οργανώσει ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας για τον ασθενή. Η εκτίμηση αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει: εκτίμηση της φυσικής, διανοητικής και συναισθηματικής κατάστασης του ασθενή.

Αρχικά θα πρέπει να λαμβάνεται ένα ιστορικό υγείας του ασθενούς, το οποίο θα αποτελείται από τα παρόντα προβλήματα που παρουσιάζει, από παρελθούσες νόσους που έχει προσβληθεί και από ένα οικογενειακό ιστορικό (για εκτίμηση τυχόν κληρονομικών ανωμαλιών).

Στο ιστορικό υγείας, που θα αναφέρεται στα παρόντα προβλήματα του ασθενούς, θα πρέπει να εξετάζονται: Τα συμπτώματα που εκδηλώνονται, η ποιότητα, η ένταση, η διάρκεια και η περιοδικότητά τους. Οι παράγοντες που τα μειώνουν και οι παράγοντες που τα επιδεινώνουν. Τα αποτελέσματα των τελευταίων διαγνωστικών εξετάσεων.

Ακόμη, ο ασθενής θα πρέπει να ερωτάται: Για παρελθούσες προσβολές από τη νόσο, για τα συμπτώματα που παρουσιάστηκαν τότε και για τη διάρκειά τους, αν στο ενδιάμεσο διάστημα (παρελθούσα προσβολή -αν υπήρχε- και παροντική) μεσολάβησαν άλλα ηπιότερα νευρολογικά συμπτώματα (π.χ. κεφαλαλγίες, ζάλη, διαταραχές στην όραση ή άλλα), αν στο παρελθόν είχε προσβληθεί από κάποια νόσο.

Θα πρέπει ακόμα να λαμβάνεται οικογενειακό ιστορικό:

Εάν ο ασθενής εκδήλωσε ποτέ παρόμοια προβλήματα και ποια ήταν η διάγνωση γι' αυτά.

Μετά τη συμπλήρωση του ιστορικού θα πρέπει να ελέγχεται η διανοητική κατάσταση του ασθενούς: το επίπεδο συνείδησης αυτού, η δυνατότητα επικοινωνίας, η ικανότητα προσανατολισμού σε χώρο και χρόνο, η ικανότητα συσχέτισεων, η

μνήμη (πρόσφατων, μακρινών γεγονότων), η προσοχή και η ικανότητα συγκέντρωσης, η κρίση, διαταραχές της αντίληψης, η διεργασία σκέψης (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, επίγνωση του νοσηρού).

Ακόμη θα πρέπει να εξετάζεται η γενική συγκινησιακή κατάσταση και η συμπεριφορά του ασθενή: εάν είναι τεταμένος, θλιμμένος, αρνητικός ή απαθής, εάν είναι συνεργάσιμος ή η συμπεριφορά του είναι άπρεπη.

Ακολουθεί έλεγχος των σημείων, που μπορεί να προσβληθούν από τη νόσο.

### **I. Έλεγχος της λειτουργίας των κρανιακών νεύρων:**

Έλεγχος της αίσθησης της όσφρησης σε κάθε ρώθωνα ξεχωριστά (οσφρητικό νεύρο).

Έλεγχος της οπτικής οξύτητας και των οπτικών πεδίων (οπτικό νεύρο).

Έλεγχος της συστολής της κόρης και της προσαρμογής, έλεγχος συμμετρίας και κινήσεις των βολβών, νυσταγμός, διπλωπία, βλεφαρόπτωση (κοινό κινητικό, τροχλιακό, απαγωγό νεύρο).

Έλεγχος αντανακλαστικών του κερατοειδούς, αισθητική απόκριση του δέρματος του προσώπου, των πρώτων 2/3 της γλώσσας και των δοντιών σε απτικά ερεθίσματα και κινητική δύναμη των μασητήριων μυών (τρίδυμο νεύρο).

Έλεγχος της απόκρισης των πρώτων 2/3 της γλώσσας σε γευστικά ερεθίσματα και έλεγχος της συμμετρίας του προσώπου σε έντονες εκφράσεις (προσωπικό νεύρο).

Έλεγχος της ακοής: αμφοτερόπλευρη εξέταση της ακουστικής οξύτητας σε ακουστικά ερεθίσματα.

Έλεγχος της λειτουργίας της λαβυρινθικής ισορροπίας, νυσταγμός, ίλιγγος, παρέκκλιση στο βάδισμα (εξέταση βάδισης, τυφλής βάδισης, κατάδειξη δακτύλου) (ακουστικό νεύρο).

Έλεγχος της απόκρισης του πίσω 1/3 της γλώσσας σε ερεθίσματα απτικά και γευστικά, εξέταση φωνής, θέση σταφύλης, έλεγχος φαρυγγικών αντανακλαστικών (γλωσσοφαρυγγικό, πνευμονογαστρικό νεύρα).

Έλεγχος μυϊκής δύναμης και όγκου τραπεζοειδούς και στερνοκλειδομαστοειδούς μυός και κινήσεις ώμου και κεφαλής (παραπληρωματικό νεύρο).

Έλεγχος υπογλώσσιου: Σε βλάβη του ενός νεύρου: ατροφία εκείνου του ημίσεως, προβολή της γλώσσας, στροφή της προς την αδύνατη πλευρά. Σε αμφοτερόπλευρη παράλυση: αδυναμία κίνησης της γλώσσας.

## **II. Έλεγχος της κινητικότητας:**

Γίνεται έλεγχος του ασθενούς κατά την εκτέλεση εκούσιων και ακούσιων κινήσεων. Εξετάζεται αν υπάρχει συμμετρία κατά την εκτέλεση των κινήσεων (δοκιμασία δείκτη-μύτης, δοκιμασία φτέρνα-γόνατο). Ακόμη ελέγχεται η μυϊκή ισχύς, ο μυϊκός τόνος (παθητικές κινήσεις, εκτασιμότητα) και παρατηρείται εάν υπάρχει τρόμος.

## **III. Έλεγχος αισθητικότητας:**

α) Αξιολόγηση επιπολής αισθητικότητας για απόκριση σε ερεθίσματα αφής, πόνου, θερμού-ψυχρού.

β) Αξιολόγηση εν τω βάθει αισθητικότητας: δονήσεις (παλλαισθησία) και προσδιορισμός της θέσης των μελών.

## **IV. Έλεγχος της λειτουργίας της παρεγκεφαλίδας:**

Αξιολογείται η ικανότητα ισορροπίας και συντονισμού.

## **V. Έλεγχος αντανακλαστικών:**

α) Έλεγχος εν τω βάθει (τενόντιων) αντανακλαστικών: δικεφάλου, τρικεφάλου, βραχιονοκερκιδικό, επιγονατίδας και αχίλλειο.

β) Έλεγχος επιπολής αντανακλαστικών: κερατοειδούς, κοιλιακά, κρεμαστήρος, πελματιαία, παραλλαγές BABINSKI, φαρυγγικά, υπερώας.

(Αθανάτου Ε., 1991).

## **1.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Σ.Κ.Π.**

Η/Ο νοσηλεύτρια/τής αφού κάνει τη γενική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και των προβλημάτων του, θα πρέπει να οργανώσει ένα πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο θα περιλαμβάνει σωματική και ψυχολογική υποστήριξη, καθώς και διδασκαλία του ασθενούς και των οικείων του. Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να καλύπτει τον ασθενή:

- Κατά την εκδήλωση των συμπτωμάτων του
- Στην πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών, που μπορεί να παρουσιαστούν
- Κατά την προετοιμασία του για τις διαγνωστικές εξετάσεις

- Στην πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών, που μπορεί να παρουσιαστούν μετά τις διαγνωστικές εξετάσεις
- Κατά την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος
- Στην πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών, που μπορεί να παρουσιαστούν κατά την θεραπεία.

Είναι γεγονός ότι επειδή η νόσος είναι προοδευτική, τα συμπτώματα του ασθενούς αλλάζουν συνεχώς και επομένως σχέδια για την φροντίδα και την αποκατάστασή του πρέπει να αναπροσαρμόζονται συνεχώς, ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του.

Η νοσηλευτική φροντίδα, που πρέπει να παρέχεται κατά την εκδήλωση των συμπτωμάτων του ασθενούς είναι:

- Σε προβλήματα μερικής ή ολικής απώλειας της όρασης ή διπλωπίας
  - ◆ Η/Ο νοσηλεύτρια/τής βοηθά τον ασθενή για την κάλυψη των ατομικών του αναγκών
  - ◆ Εξασφαλίζει την προστασία του από δευτεροπαθείς βλάβες
  - ◆ Εκτιμά την ανάγκη για αλλαγή δραστηριοτήτων του
  - ◆ Του εξηγεί, ενθαρρύνοντάς τον, ότι το σύμπτωμα είναι παροδικό
- Σε περιπτώσεις αισθητικών διαταραχών (μειωμένη αίσθηση πόνου ή/και θερμοκρασίας).
  - ◆ Θα πρέπει να διδάξει τον ασθενή τη σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης και αναφοράς κάθε αλλαγής που διαπιστώνει στο δέρμα του
  - ◆ Ένας ασθενής με τέτοιου είδους διαταραχές χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, γιατί έχει μεγάλο κίνδυνο να αυτοτραυματιστεί. Θα πρέπει να αποφεύγεται η επαφή του με αιχμηρά και γενικά επικίνδυνα αντικείμενα, να ελέγχεται η θερμοκρασία της τροφής και των υγρών, που του παρέχονται, καθώς και η θερμοκρασία του μάνιου του.
  - ◆ Σε περίπτωση αυτοτραυματισμού θα πρέπει να εφαρμόζεται η ανάλογη θεραπεία στο σημείο βλάβης ή ερεθισμού, ώστε να αποτρέπονται πιο εκτεταμένες και καταστρεπτικότερες βλάβες ή μόλυνση (π.χ. περιπτώσεις εγκαυμάτων ή λύσης της συνέχειας του δέρματος κ.λ.π.).
  - ◆ Σε ασθενείς που παρουσιάζουν απώλεια της ορέξεως, λόγω ναυτίας, εμέτων ή δυσφαγίας.

- ◆ Θα πρέπει να εξασφαλιστούν τρόποι ή μέσα (σε περίπτωση δυσφαγίας) σίτισης, για τη διατήρηση της κανονικής θρέψης του ασθενούς. Υπάρχουν κίνδυνοι να δημιουργηθούν προβλήματα αδυναμίας, απώλειας βάρους, αναιμίας, υπογλυκαιμίας ή διαταραχές στο ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών.
  - ◆ Σε περιπτώσεις ναυτίας ή εμέτων είναι προτιμότερο ο ασθενής να παίρνει μικρά και τακτικά γεύματα.
  - ◆ Θα πρέπει να γίνονται συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.
  - ◆ Τα συμπτώματα αυτά (όπως και κάθε άλλο) θα πρέπει να αναφέρονται στο γιατρό για χορήγηση αντιεμετικών.
- Κατά την εμφάνιση ιλίγγου
- ◆ Συμβουλεύει τον ασθενή να μην σηκώνεται από το κρεβάτι κατά τη διάρκεια του ιλίγγου, ώστε να προληφθούν τυχόν ατυχήματα. Είναι προτιμότερο να καλεί την/τον νοσηλεύτρια/τή σε περίπτωση που έχει ανάγκη από κάτι, τη στιγμή εκείνη
- Σε περιπτώσεις που ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα μυϊκής αδυναμίας, μούδιασμα (συνήθως στα άκρα), πόνο ή ελαττωμένο έλεγχο των άκρων και αστάθεια στο βάδισμα –συχνά συμπτώματα ασθενή με Σ.Κ.Π.- κατά τη νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει:
- ◆ Να εξασφαλισθούν μηχανικά μέσα στον ασθενή για την υποβοήθησή του κατά την έγερσή του
  - ◆ να ενθαρρύνεται να εκτελεί ενεργητικές κινήσεις, ανάλογα με τις δυνατότητές του και να τον συμβουλεύει να μην συνεχίζει το έργο μέχρι σημείου κοπώσεως, αλλά να μεσολαβούν ικανοποιητικά διαστήματα ανάπαυσης.
  - ◆ Να του εξηγεί, ότι θα πρέπει να συνεχίσει να κινείται, ώστε να διατηρείται ο μυϊκός τόνος και η μάζα των μυών, σε αντίθετη περίπτωση, παραμονής του δηλαδή στο κρεβάτι, πριν το επιβάλλουν τα συμπτώματά του θα οδηγηθεί σε κατάθλιψη, πλήξη και επιπλοκές, όπως κατακλίσεις και διάφορες λοιμώξεις.
  - ◆ Να εφαρμόζει μασάζ στους μυς, για να αποφευχθεί η σπαστικότητα.
  - ◆ Σε περίπτωση, που έχει συσταθεί φυσικοθεραπεία στον ασθενή, η/ο νοσηλεύτρια/τής βρίσκεται κοντά του για να παροτρύνει, να ενισχύσει (περισσότερο ψυχολογικά, κάνοντάς τον να νιώθει ασφάλεια) και να τον βοηθήσει, κατά την εκτέλεση των ασκήσεών του.

- Σε εγκατάσταση σπαστικότητα, σπαστικής πάρεσης ή παράλυσης, παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα στα πλαίσια της ψυχολογικής συντήρησης και υποστήριξης του ασθενούς και στην πρόληψη – όσο αυτό είναι δυνατόν – των επιπλοκών, που προκαλούνται από τη, σχεδόν μόνιμη, εγκατάσταση του ασθενούς στο κρεβάτι ή σε αναπηρική πολυθρόνα.
  - ◆ Η/Ο νοσηλεύτρια/τής διδάσκει τον ασθενή ενεργητικές ή εκτελεί παθητικές ασκήσεις, πλήρους τροχιάς, στις αρθρώσεις του. Η μείωση των κινήσεων των μελών ή η ακινητοποίησή τους για μακρύ χρονικό διάστημα, μπορεί να καταλήξουν σε παραμορφώσεις. Τοποθετεί τα μέλη του ασθενή σε ουδέτερη θέση.
  - ◆ Λόγω της περιορισμένης κινητικότητάς του, των επιπόλαιων αναπνοών και της γενικής εξασθένησής του είναι επιρρεπής σε διάφορες λοιμώξεις, όπως αναπνευστικές. Η/Ο νοσηλεύτρια/τής φροντίζει και συμβουλεύει και τον ίδιο τον ασθενή, να μην έρχεται σε επαφή με άτομα, τα οποία πάσχουν από κάποια αναπνευστική λοίμωξη. Ακόμη τον συμβουλεύει να αναπνέει βαθιά και να βήχει, ώστε να αποβάλλει τυχόν εκκρίσεις.
  - ◆ Ο ασθενής μετά από μακροχρόνια κατάκλιση γίνεται επιρρεπής στις κατακλίσεις. Η/Ο νοσηλεύτρια/τής τον συμβουλεύει και τον βοηθάει ν' αλλάζει συχνά θέσεις. Εφαρμόζει προληπτικά μέτρα για την αποφυγή των κατακλίσεων (καλή καθαριότητα του δέρματος, μασάζ στα σημεία πίεσης, τοποθέτηση αεροθαλάμου κάτω από τις κατακλίσεις).
  - ◆ Οι ασθενείς αυτοί έχουν ανάγκη από φυσικοθεραπεία – μασάζ. Το μασάζ συμβάλλει στην αποκατάσταση της κυκλοφορίας και στην καλή αιμάτωση των μυών.
  - ◆ Η/Ο νοσηλεύτρια/τής θα πρέπει να βρίσκει τρόπους για απασχόληση του ασθενούς (μελέτη, ραδιόφωνο, τηλεόραση, συζήτηση) ή να του προτείνει να συμμετέχει σε πρόγραμμα εργασιοθεραπείας. Η απασχόληση δίνει διέξοδο στην ανησυχία, το φόβο, το άγχος και γενικά την ψυχική ταλαιπωρία.
  - ◆ Θα πρέπει ακόμη, να τον βοηθήσει να νιώθει ασφάλεια και άνεση μαζί της, ώστε να εκφράζει τα αισθήματά του και να μην κλείνεται στον εαυτό του, που ίσως αυτό τον οδηγήσει σε μελαγχολία και άρνηση.



- ◆ Ένα άλλο σύμπτωμα, που συνήθως εμφανίζουν ασθενείς με Σ.Κ.Π. και το οποίο χρειάζεται νοσηλευτική φροντίδα, τόσο φυσική, όσο και ψυχολογική, είναι οι δυσλειτουργίες της ουροδόχου κύστης και του εντέρου.
- ◆ Αλλαγή θέσης σε τακτικά χρονικά διαστήματα, ώστε να αποφευχθούν η διάταση ή η συρρίκνωσή της, οι ουρολοιμώξεις και ο σχηματισμός λίθων.
- ◆ Να εκτελείται καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.
- ◆ Η ακράτεια των ούρων σε συνδυασμό με την ακινησία ευνοούν τη δημιουργία δερματίτιδας και κατακλίσεων. Για την πρόληψη αυτών θα πρέπει: ο ασθενής να αλλάζει συχνά θέσεις, να εκτελείται συχνή και επιμελημένη καθαριότητα και εντριβές, που τονώνουν την κυκλοφορία, κάτι που συμβάλλει στη διατήρηση του δέρματος σε καλή κατάσταση.
- ◆ Οι ουρολοιμώξεις αντιμετωπίζονται με σχολαστική τοπική καθαριότητα και αντισηψία, λήψη άφθονων υγρών, λήψη αντισηπτικού των ουροφόρων οδών (ιατρική οδηγία), λήψη αντιβιοτικού μετά από αντιβιογράμμα (ιατρική οδηγία), πλύση ουροδόχου κύστεως με αντισηπτική ουσία (ιατρική οδηγία).
- Η επίσχεση ή η απώλεια κοπράνων είναι μια κατάσταση, η οποία επιδεινώνεται εξαιτίας της ακινησίας. Σε περίπτωση επίσχεσης θα πρέπει:
  - ◆ Να εκτελείται καθημερινός υποκλισμός την ίδια ώρα.
  - ◆ Να χορηγούνται στον ασθενή υπατικές τροφές (όσπρια, τροφές με άφθονη κυτταρίνη)
  - ◆ Να χορηγείται ελαφρύ υπατικό (εντολή ιατρού)
  - ◆ Να συμβουλευέται ο ασθενής να κινείται όσο μπορεί.
- Σε περίπτωση απώλειας κοπράνων:
  - ◆ Η δίαιτα προσαρμόζεται ανάλογα.
  - ◆ Γίνεται αλλαγή στον ασθενή, όποτε είναι απαραίτητο και επιμελημένη καθαριότητα για αποφυγή δερματίτιδας και κατακλίσεων.
  - ◆ Ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με λεπτότητα. Μια συζήτηση μαζί του, όπου θα του εξηγηθεί ότι το πρόβλημά του είναι συνέπεια της νόσου του και δεν είναι υπεύθυνος αυτός, ίσως τον βοηθήσει να νιώσει πιο άνετα.
- Οι οργανικές βλάβες του εγκεφάλου σε συνδυασμό με την ψυχολογική καταπόνηση του ασθενή, οδηγούν σε μεταβολές της συμπεριφοράς και της προσωπικότητάς τους, καθώς και σε νοητική έκπτωση (απώλεια μνήμης, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής, ελαττωμένη κρίση).

- ◆ Η/Ο νοσηλεύτρια/τής βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει ότι η ασθένειά του είναι επεισοδιακή και εμφανίζεται με κρίσεις και τον βοηθά να τις αντιμετωπίσει, απαντώντας του με σαφήνεια στις ερωτήσεις του, ώστε να του λυθούν απορίες ή φοβίες και άγχος, που προκαλούνται από την άγνωστη προέλευση και εξέλιξη των συμπτωμάτων του.
  - ◆ Του συνιστά να αποφεύγει, όσο είναι δυνατόν, καταστάσεις οι οποίες τον εκνευρίζουν και τον στενοχωρούν.
  - ◆ Δίνει ευκαιρίες στον ασθενή, δημιουργώντας κλίμα οικειότητας και εμπιστοσύνης, να εκφράσει το άγχος και τα συναισθήματά του και προσπαθεί, είτε με το διάλογο, είτε με την ενσυνείδητη σιωπή να μεταβιβάσει στον ασθενή ενδιαφέρον, αγάπη, κατανόηση και συμμερισμό.
  - ◆ Φροντίζει να έρθει ο ασθενής σε επαφή με κοινωνικές υπηρεσίες, ώστε να βοηθηθεί οικονομικά, ιατρικά και επαγγελματικά. Η οικονομική βοήθεια και η μετέπειτα επαγγελματική του αποκατάσταση μπορεί να ελαττώσουν το άγχος του.
- Ένας ασθενής με Σ.Κ.Π. έχει ανάγκη της νοσηλευτικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας του για τις απαιτούμενες διαγνωστικές εξετάσεις.
- ◆ Η/Ο νοσηλεύτρια/τής θα πρέπει να προετοιμάσει (φυσική και συναισθηματική προετοιμασία) τον ασθενή για τις διαγνωστικές εξετάσεις. Να του εξηγήσει τη διαδικασία και το σκοπό της εξέτασης και τι θα πρέπει να κάνει ο ίδιος κατά τη διάρκειά της.
  - ◆ Να συνοδεύσει και να ενθαρρύνει τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασης.
  - ◆ Να παρακολουθεί τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασης.
- Μετά τις διαγνωστικές εξετάσεις θα πρέπει να ασκηθεί νοσηλευτική φροντίδα για τυχόν επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν.
- ◆ Συχνές και προσεκτικές παρατηρήσεις της κατάστασης του ασθενούς. Συγκεκριμένα μετά από παρακέντηση για λήψη ΕΝΥ μπορεί να παρουσιαστεί μικρή αιμορραγία (από τρώση αιμοφόρου αγγείου με δημιουργία επισκληρίδιου αιματώματος) συνήθως ασυμπτωματική, πόνος από ερεθισμό των ριζών, που παρέχεται μετά από μερικές ημέρες ή συμπτώματα φλεγμονής από λοιμώδη αίτια (π.χ. μικροβιακή μηνιγγίτιδα), που μπορεί να οφείλονται σε μη άσηπτη τεχνική. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να αναφέρονται στον θεράποντα ιατρό.

- ◆ Τοποθέτηση του ασθενή σε πρινή θέση για αρκετές ώρες. Ειδικά μετά την παρακέντηση για λήψη ENY, ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει κεφαλαλγία, η οποία υποχωρεί συνήθως με την κατάκλιση, την ανάπαυση ή την χορήγηση ήπιων αναλγητικών (εντολή ιατρού).
- Ο ασθενής έχει ανάγκη από νοσηλευτική φροντίδα και κατά την εφαρμογή του θεραπευτικού σχήματος. Η/Ο νοσηλεύτρια/τής θα πρέπει να εφαρμόζει με ακρίβεια τη θεραπευτική αγωγή, να φροντίζει για την πρόληψη παρενεργειών από αυτή και να είναι έτοιμη/ος να τις αντιμετωπίσει αν χρειαστούν. Συγκεκριμένα:
  - ◆ Πρέπει να εξηγείται προσεκτικά το θεραπευτικό σχήμα στον ασθενή και να παρακολουθείται ώστε να τηρείται αυτό με ακρίβεια.
  - ◆ Επειδή η θεραπευτική αγωγή των ασθενών με Σ.Κ.Π. περιλαμβάνει μεγάλες δόσεις και μακροχρόνια χορήγηση ανοσοκατασταλτικών, θα πρέπει να προφυλάσσονται από λοιμώξεις, στις οποίες γίνονται πολύ επιρρεπείς λόγω της ελάττωσης της αντίστασης του οργανισμού τους.
  - ◆ Ακόμη τα κορτικοστεροειδή όταν χορηγούνται σε μεγάλες δόσεις είναι δυνατόν να προκαλέσουν κατακράτηση ηλεκτρολυτών και οίδημα, αύξηση της πίεσης του αίματος, μυϊκή αδυναμία, οστεοπόρωση, ακόμη και ψυχικές διαταραχές. Για το λόγο αυτό ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται υπό συνεχή παρακολούθηση, για τυχόν εμφάνιση τέτοιου είδους εκδηλώσεων.
  - ◆ Ο ασθενής θα πρέπει και ο ίδιος να διδάσκεται πως να αναγνωρίζει τις παραπάνω παρενέργειες των κορτικοστεροειδών ή τα προβλήματα, που μπορεί να προκύψουν μετά από μακροχρόνια χορήγηση ανοσοκατασταλτικών (ιογενείς ή μικροβιακές λοιμώξεις) και να το αναφέρει.
  - ◆ Τυχόν παρενέργειες αναφέρονται στο θεράποντα ιατρό, για αναπροσαρμογή του θεραπευτικού σχήματος.
  - ◆ Διδάσκεται ο ασθενής πως να αποφεύγει τις παρενέργειες, χρησιμοποιώντας αντιόξινα και ακολουθώντας ειδική διαίτα.
  - ◆ Ακόμη θα πρέπει να εξηγείται στον ασθενή ο σκοπός της αγωγής και τα αναμενόμενα από αυτήν αποτελέσματα, ώστε να αποφευχθεί τυχόν άρνηση του ασθενή για την λήψη των φαρμάκων.

Είναι σημαντικό ένας ασθενής ο οποίος έρχεται στο νοσοκομείο να αποκατασταθεί τόσο φυσικά όσο και συναισθηματικά. Η οργάνωση ενός σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να έχει ως σκοπό την κάλυψη όλων των αναγκών του ασθενούς (φυσικές ανάγκες, ανάγκες ασφάλειας, στοργής και αναγνώρισης, ανάγκη

δημιουργικότητας και αποδοχής και ανάγκη να γνωρίζεται και να καταλαβαίνει). Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να μάθει στον ασθενή να αυτοεξυπηρετείται και να ανεξαρτητοποιείται από το περιβάλλον του, όσο φυσικά του επιτρέπουν οι φυσικές και διανοητικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσουν να ζήσει κάθε μέρα, όσο το δυνατόν, με μεγαλύτερη ψυχική και σωματική άνεση, αξιοπρέπεια και ανακούφιση. (Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., Αθήνα 1985).

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## 1η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

### ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Η ασθενής Α.Ι. ετών 40 νοσηλεύθηκε στην νευρολογική Κλινική του περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου από 18/11/99 μέχρι 22/11/99.

Λόγοι εισαγωγής: βλεφαρόπτωση (ΑΡ)

#### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΝΟΣΟΥ

Ασθενής με γνωστό ιστορικό MS διεγνωσθέν από το 1992 προέρχεται με αναφερόμενη βλεφαρόπτωση (ΑΡ) από 4ημέρου, καθώς και επιδείνωση προϋπάρχουσας δυσχέρειας βάδισης. Αναφέρει επίσης δυσαισθητικά ενοχλήματα τύπου ηλ. ρεύματος ή καύσους στο (ΑΡ) ημιπρόσωπο και τον σύστοιχο ώμο.

#### ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ιστορικό MS με πλήρη έλεγχο από το 1992.

Τελευταία νοσηλεία: Π.Π.Τ.Ν.Π. Μάιος 1999

#### ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Στένωση βλεφαρικής σχισμής (ΑΡ)

Μύση (ΑΡ) με κακή αντίδραση στο φως = ατελές Horner ΑΡ

Άμφω πυραμидικές συνδρομές (παραπάρεση, ↑τενόντια και θετικό babinski).

Ήπια άμφω πυραμидική συνρομή (σταδιακή ακινησία).

Διαταραχές εν τω βάθει άμφω.

#### ΓΕΝΙΚΟΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ – ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΗΤ=30,2	ΡΤ=12,2	Κ=3,99
Λευκά=6.870	ΡΤΤ=33	Να=137,5
Π=57	GLU=117	Ca=0,4
Λ=35	UREA=36	P=2,9
ΜΜ=-	CREA=0,8	Mg=2,4
ΤΚΕ=2		

AST=25	CPK=44	TPRO=7,4
ALT=15	LDH=117	ALB=4,9
gGT=8	CHOL=179	TBIL=2,5
ALP=44	TRIG=64	B <sub>12</sub> =;
		AMT=193.000

ENY=-

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ=-

**ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:**

HET=-

HMT=-

**ΟΠΤΙΚΑ ΠΡΟΚΛΗΤΑ ΔΥΝΑΜΙΚΑ**

Λανθάνοντες χρόνοι εκτός φυσιολογικών ορίων

AP=126

ΔΕ=116

και παράλληλη αλλοίωση του σχήματος των κυματομορφών.

ΒΙΟΨΙΑ ΜΥΟΣ=-

**ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ – ΕΚΒΑΣΕΙΣ**

Έγινε μεγάλη δόση κορτιζόνης, βελτίωση.

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

M/S

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Sirdalid tb 2 Mg 1X2, Neurobion tb 1X3, Neurontin tb 300 Mg 1X2.

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Επανασυνενόηση σε ένα μήνα για έναρξη ινερφερόνης.

**ΠΛΑΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Σ.Κ.Π.**

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
1. Φόβος, ανησυχία του ασθενούς για την έξαρση της ασθένειάς της.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εφησυχασμός της ασθενούς ώστε να νιώσει ασφαλής στο νοσοκομείο.</li> <li>- Κατανόηση της φύσης της ασθένειας και προσαρμογή της άρρωστης στην καινούργια πραγματικότητα.</li> <li>- Αποτροπή όσο το δυνατόν, γεγονότων που μπορούν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μια έξαρση.</li> </ul>	Σχεδιασμός προγράμματος επικοινωνίας και ψυχολογική ενίσχυση της άρρωστης για την αποδοχή της πραγματικότητας.	Μέσα σε ένα ήρεμο περιβάλλον κατανόησης και εμπιστοσύνης, έγινε λεκτική επικοινωνία όπου δόθηκαν οι κατάλληλες επεξηγήσεις στην άρρωστη για τις απορίες, τις αγωνίες και τους φόβους της σχετικά με τη μελλοντική πορεία της ασθένειάς της.	Η νοσηλεύτρια κέρδισε την εμπιστοσύνη της ασθενούς και η ασθενής νιώθοντας το νοσηλευτή σαν οικείο πρόσωπο, ησύχασε και κατανοώντας τη νέα πραγματικότητα μπορεί να στραφεί σε νέους εναλλακτικούς δρόμους (ενδιαφέροντα)



**ΠΛΑΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Σ.Κ.Π.**

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<p>2. Αστάθεια βάδισης λόγω μυϊκής αδυναμίας των κάτω άκρων οφειλόμενη σε πυραμιδική βλάβη.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προσπάθεια για κινητική δραστηριοποίηση της ασθενούς ενεργητικού τύπου και παθητικού όταν απαιτείται.</li> <li>- Αποφυγή πτώσεων και τραυματισμών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξασφάλιση μηχανικών μέσων για υποβοήθηση της βάδισης και γενική δραστηριοποίηση της κίνησης.</li> <li>- Ασκήσεις ενεργητικού χαρακτήρα για τη διατήρηση της λειτουργικότητας των μυών και των αρθρώσεων.</li> <li>- Έναρξη παθητικών κινήσεων με τη βοήθεια ψυχοθεραπευτή.</li> <li>- Πρόληψη μέτρων για αποφυγή πτώσεων και τραυματισμών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η νοσηλεύτρια βοήθησε την άρρωστη στη χρησιμοποίηση βακτηρίας για βάδιση.</li> <li>- Τοποθετήθηκαν εύκαμπτοι νάρθηκες για την στήριξη των μυών και των αρθρώσεων.</li> <li>- Τροποποιήθηκαν είδη καθημερινής χρήσης στο σπίτι και στο χώρο εργασίας.</li> <li>- Εξασφαλίζεται παροχή βοήθειας από το σύνολο των μελών της οικογένειας.</li> <li>- Η ασθενής εκτελεί ενεργητικές κινήσεις.</li> <li>- Εφαρμόστηκε μασάζ στους γλουτούς για μυϊκή τόνωση.</li> <li>- Η νοσηλεύτρια βρισκόταν κοντά στην</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η ασθενής δεν έμεινε κλινήρης χάρη στη σωστή στήριξη και καθοδήγηση.</li> <li>- Αποφεύχθηκαν περαιτέρω προβλήματα (τραυματισμοί, κατακλίσεις).</li> <li>- Η ασθενής ακολουθώντας κατάλληλη φυσικοθεραπεία κατάφερε να διατηρήσει και να βελτιώσει την κινητικότητά της.</li> </ul>

			άρρωστη κατά τη φυσικοθεραπεία και τη στήριξε τόσο ψυχολογικά όσο και στην εκτέλεση των ασκήσεων.	
--	--	--	---	--

**ΠΛΑΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Σ.Κ.Π.**

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
3. Η ασθενής εμφάνισε συμπτώματα ιλίγγου.	Αντιμετώπιση συμπτωμάτων και αποφυγή τραυματισμών.	Παραμονή ασθενούς σε κλίνη και κλήση βοήθειας όταν χρειαστεί.	Η ασθενής παρέμεινε κλινήρης. Η νοσηλεύτρια συνέστησε την προσοχή της αρρώστου κατά την μετακίνηση στην κλίνη. Τοποθέτησε το κουδούνι κλήσης σε κατάλληλη θέση χρήσης. Βρίσκεται συνεχώς στο πλάι για βοήθεια και ψυχολογική υποστήριξη.	Η άρρωστη ανακουφίστηκε μετά από 2ωρη κατάκλιση και σηκώθηκε με επίβλεψη.
4. Εγκατάσταση σπαστικότητας των μυών και παράλυσης.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ψυχολογική στήριξη.</li> <li>- Πρόληψη επιπλοκών που προκαλούνται από τη σχεδόν μόνιμη παραμονή της ασθενούς στο κρεβάτι.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ψυχολογική στήριξη</li> <li>- Προγραμματισμός ασκήσεων παθητικού τύπου</li> <li>- Εναλλαγή θέσης στο κρεβάτι για αποφυγή κατακλίσεων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η νοσηλεύτρια συζητάει και στηρίζει την άρρωστη.</li> <li>- Η νοσηλεύτρια εκτελεί παθητικές ασκήσεις πλήρους τροχιάς στις αρθρώσεις της άρρωστης.</li> <li>- Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τα μέλη της ασθενούς σε ουδέτερη θέση για αποφυγή</li> </ul>	

			<p>παραμορφώσεων και επαγρυπνεί για εμφάνιση κατακλίσεων.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Η νοσηλεύτρια αλλάζει συχνά θέση στην άρρωστη.</li></ul>	
--	--	--	--	--

**ΠΛΑΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Σ.Κ.Π.**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
5. Η ασθενής παρουσίασε μεταβολές της συμπεριφοράς και κενά μνήμης λόγω προσβολής των εγκεφαλικών τμημάτων που ευθύνονται για την ρύθμιση των συναισθημάτων.	Κατανόηση και αποδοχή της κατάστασης από την άρρωστη και τους οικείους της και διαχωρισμός αυτής της κατάστασης από ψυχιατρικές ασθένειες (παράνοια, σχιζοφρένεια).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Βοήθεια ώστε να γίνει αντιληπτό το φαινόμενο της παλινδρόμησης μεταξύ χαράς και λύπης και της εύθραυστης συναισθηματικής ισορροπίας.</li> <li>- Ενημέρωση ότι τα κενά μνήμης μπορούν να επιφέρουν προβλήματα στην ομιλία και να αποτελέσουν τροχοπέδη στην άσκηση επαγγέλματος, εκμάθηση δεξιοτήτων κ.λ.π.</li> </ul>	Έγινε μια συζήτηση στην οποία συμμετείχε και η οικογένεια της άρρωστης, όπου ενημερώθηκαν και ενθαρρύνθηκαν οικογένεια και ασθενής ώστε με μια συλλογική προσπάθεια να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα.	Η άρρωστη και η οικογένειά της, ενημερωμένοι και κατάλληλα προετοιμασμένοι είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν ένα άλλο χτύπημα της ασθένειας.
6. Ανάγκη μέριμνας για πρόληψη λοιμώξεων.	Προστασία της ασθενούς για αποτροπή επιβάρυνσης της κατάστασής της.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Απομάκρυνση από πηγές μολύνσεων (συχνή αλλαγή λευχειμάτων, πλύση μετά τη χρήση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διδάχτηκε η ασθενής να αποφεύγει άτομα με κάποια λοίμωξη του αναπνευστικού.</li> <li>- Ενθαρρύνθηκε η</li> </ul>	Διατηρήθηκε η καλή υγεία της ασθενούς και η άμυνα του οργανισμού απέναντι σε λοιμώξεις.

		δοχείου) - Σωστή διατροφή - Σωστή αναπνοή	ασθενής να αναπνέει βαθιά και να βήχει για να αποβάλλει τυχόν εκκρίσεις. - Διαιτολόγιο πλούσιο σε θερμιδική κάλυψη.	
--	--	---	--	--

## 2η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

### Περιληπτικό σημείωμα νοσηλείας

#### Λόγοι εισαγωγής

Από 10ημέρου οπισθοβολβικό άλγος αριστερού οφθαλμού. Από 3ημέρου μείωση της οπτικής οξύτητας στην ίδια πλευρά.

#### Ιστορικό παρούσας νόσου

Από 10ημέρου η ασθενής Ν.Φ., ετών 23, εμφάνισε αιφνίδια οπισθοβολβικό άλγος στον αριστερό οφθαλμό, που επιτεινόταν με τις κινήσεις του οφθαλμού. Από 3ημέρους προστέθηκε θόλωση της όρασης στο σύστοιχο πεδίο (η ασθενής δοκίμαζε την όρασή της με εναλλακτική κάλυψη των βολβών)

Με την εμφάνιση της όρασης αναφέρεται σχετική υποχώρηση του άλγους.

Προ 3 μηνών περίπου αναφέρονται αιμωδίες των δακτύλων άκρων χειρών που διάρκεσαν περίπου ένα μήνα και υποχώρησαν αυτόματα. Η ασθενής αναφέρει ότι βρισκόταν τότε κάτω υπό συνθήκες πίεσεως.

#### Προηγούμενο ιστορικό (Ατομικό – οικογενειακό)

Αναφέρεται ελεύθερο

Ευρήματα από τη φυσική εξέταση

- Οφθαλμικότητα: κ.φ. Νυσταγμός: (-)

Κόρες: Ισοκορία, νωθρό άμεσο αντανακλαστικό στο φως AP.

- Οπτικά πεδία: πιθανή θόλωση στο αριστερό άνω και έξω τεταρτημόριο, του AP οπτικού πεδίου.

- Λοιπές εγκεφαλικές συζυγίες: κ.φ.

- Μυϊκή ισχύς: κ.φ.
- Αντανακλαστικά: τενόντια: ζωηρά άμφω.

Πελματιαία: αδιάφορο με κλονοειδή απάντηση, κυρίως ΔΕ.

Κοιλιακά: νωθρά άμφω.

- Κλόνος άκρου ποδός ΔΕ.
- Λοιπή ANE κ.φ.

## ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

### A. ΓΕΝΙΚΟΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

HT	35,2	PT	14,7	K	4,08
WBC	9100	PTT	33,7	Na	138,9
NEU	63	INR	-	Ca	9,72
LYMPH	29	UREA	38	Mg	2
MONO	6	CREA	0,6	P	3,6
PLT	391000	GLU	95		

SGOT	10	CHOL	176
SGPT	5	TRIG	92
GET	6	HDL	58
ALP	33	TPRO	7,2
URIC	2,8	ALB	4,5
CPK	18	TBIL	2,7

### B. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ Ε.Ν.Υ.

Κύτταρα: 24 Τύπος: 12 Π, 10 Λ, Ερυθρά 42 (95% ομαλή)

Λεύκωμα για σάκχαρο 64 IgG index 1,18 (+)

Γ. CT εγκεφάλου: Χωρίς ευρήματα από το παρέγχυμα.



Οφθαλμικών κόγχων: (Χωρίς και με σκιαγραφικό) χωρίς ευρήματα οπισθοβολβικής εξεργασίας.

MRI: 4 υπέρπυκνες εστίες, συμβατές με απομυελινωτική νόσο (2 στα ημισφαίρια άμφω, 2 στη γέφυρα και 1 στην παρεγκεφαλίδα).

#### Δ. ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Προκλητά δυναμικά: ΟΠΔ: λανθάνων χρόνος εκτός φυσιολογικών ορίων αριστερά.

P 100: 127 msec. Δεξιός οφθαλμός εντός φυσιολογικών ορίων (110)

#### Ε. ΛΟΙΠΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ – ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ

Οφθαλμιατρική εκτίμηση: μείωσης της οπτικής οξύτητας (6/10) ΑΡ οφθαλμού.

Σκοτώματα οπτικού πεδίου ΑΡ οφθαλμού.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: επεισόδιο οπισθοβολβικής νευρίτιδας συμβατό με απομυελινωτική νόσο.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ – ΕΚΒΑΣΗ: υποχώρηση άλγους από την 3η μέρα της νοσηλείας. Σε μικρότερο βαθμό υποχώρηση της θόλωσης την 5η μέρα.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: amp solumedrol 500 mg 1 X 1 για 5 μέρες I.V., amp Zovirax 250 mg 2 X 3 για 8 μέρες I.V., μετά caps Zovirax 400 mg 1 X 3 για 3 μέρες.

ΟΔΗΓΙΕΣ: Επαναξιολόγηση στο τακτικό Ν.Ι.

## 2η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

**ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**  
**ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**  
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

### Περιληπτικό σημείωμα νοσηλείας

#### **Λόγοι εισαγωγής**

Από 10ημέρου οπισθοβολβικό άλγος αριστερού οφθαλμού. Από 3ημέρου μείωση της οπτικής οξύτητας στην ίδια πλευρά.

#### **Ιστορικό παρούσας νόσου**

Από 10ημέρου η ασθενής Ν.Φ., ετών 23, εμφάνισε αιφνίδια οπισθοβολβικό άλγος στον αριστερό οφθαλμό, που επιτεινόταν με τις κινήσεις του οφθαλμού. Από 3ημέρους προστέθηκε θόλωση της όρασης στο σύστοιχο πεδίο (η ασθενής δοκίμαζε την όρασή της με εναλλακτική κάλυψη των βολβών)

Με την εμφάνιση της όρασης αναφέρεται σχετική υποχώρηση του άλγους.

Προ 3 μηνών περίπου αναφέρονται αιμωδίες των δακτύλων άκρων χειρών που διάρκεσαν περίπου ένα μήνα και υποχώρησαν αυτόματα. Η ασθενής αναφέρει ότι βρισκόταν τότε κάτω υπό συνθήκες πίεσεως.

#### **Προηγούμενο ιστορικό (Ατομικό – οικογενειακό)**

Αναφέρεται ελεύθερο

Ευρήματα από τη φυσική εξέταση

- **Οφθαλμικότητα:** κ.φ. Νυσταγμός: (- )

**Κόρες:** Ισοκορία, νωθρό άμεσο αντανακλαστικό στο φως AP.

- **Οπτικά πεδία:** πιθανή θόλωση στο αριστερό άνω και έξω τεταρτημόριο, του AP οπτικού πεδίου.

- **Λοιπές εγκεφαλικές συζυγίες:** κ.φ.

- Μυϊκή ισχύς: κ.φ.
- Αντανακλαστικά: τενόντια: ζωηρά άμφω.

**Πελματιαία:** αδιάφορο με κλονοειδή απάντηση, κυρίως ΔΕ.

**Κοιλιακά:** νοθρά άμφω.

- Κλόνος άκρου ποδός ΔΕ.
- Λοιπή ANE κ.φ.

## ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

### A. ΓΕΝΙΚΟΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

HT	35,2	PT	14,7	K	4,08
WBC	9100	PTT	33,7	Na	138,9
NEU	63	INR	-	Ca	9,72
LYMPH	29	UREA	38	Mg	2
MONO	6	CREA	0,6	P	3,6
PLT	391000	GLU	95		

SGOT	10	CHOL	176
SGPT	5	TRIG	92
GET	6	HDL	58
ALP	33	TPRO	7,2
URIC	2,8	ALB	4,5
CPK	18	TBIL	2,7

### B. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ Ε.Ν.Υ.

Κύτταρα: 24                      Τύπος: 12 Π, 10 Λ,    Ερυθρά 42 (95% ομαλή)

Λεύκωμα για σάκχαρο 64                      IgG index 1,18 (+)

## **Γ. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

**CT εγκεφάλου:** Χωρίς ευρήματα από το παρέγχυμα.

**Οφθαλμικών κόγχων:** (Χωρίς και με σκιαγραφικό) χωρίς ευρήματα οπισθοβολβικής εξεργασίας.

**MRI:** 4 υπέρπυκνες εστίες, συμβατές με απομυελινωτική νόσο (2 στα ημισφαίρια άμφω, 2 στη γέφυρα και 1 στην παρεγκεφαλίδα).

## **Δ. ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

**Προκλητά δυναμικά:** ΟΠΔ: λανθάνων χρόνος εκτός φυσιολογικών ορίων αριστερά.

P 100: 127 msec. Δεξιός οφθαλμός εντός φυσιολογικών ορίων (110)

## **Ε. ΛΟΙΠΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ – ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ**

Οφθαλμιατρική εκτίμηση: μείωσης της οπτικής οξύτητας (6/10) ΑΡ οφθαλμού.  
Σκοτώματα οπτικού πεδίου ΑΡ οφθαλμού.

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** επεισόδιο οπισθοβολβικής νευρίτιδας συμβατό με απομυελινωτική νόσο.

**ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ – ΕΚΒΑΣΗ:** υποχώρηση άλγους από την 3η μέρα της νοσηλείας.  
Σε μικρότερο βαθμό υποχώρηση της θόλωσης την 5η μέρα.

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:** amp solumedrol 500 mg 1 X 1 για 5 μέρες I.V., amp Zovirax 250 mg 2 X 3 για 8 μέρες I.V., μετά caps Zovirax 400 mg 1 X 3 για 3 μέρες.

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Επαναξιολόγηση στο τακτικό N.I.

**ΠΛΑΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Σ.Κ.Π.**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
7. Η ασθενής παρουσίασε μεταβολές της συμπεριφοράς και κενά μνήμης λόγω προσβολής των εγκεφαλικών τμημάτων που ευθύνονται για την ρύθμιση των συναισθημάτων.	Κατανόηση και αποδοχή της κατάστασης από την άρρωστη και τους οικείους της και διαχωρισμός αυτής της κατάστασης από ψυχιατρικές ασθένειες (παράνοια, σχιζοφρένεια).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Βοήθεια ώστε να γίνει αντιληπτό το φαινόμενο της παλινδρόμησης μεταξύ χαράς και λύπης και της εύθραυστης συναισθηματικής ισορροπίας.</li> <li>- Ενημέρωση ότι τα κενά μνήμης μπορούν να επιφέρουν προβλήματα στην ομιλία και να αποτελέσουν τροχοπέδη στην άσκηση επαγγέλματος, εκμάθηση δεξιοτήτων κ.λ.π.</li> </ul>	Έγινε μια συζήτηση στην οποία συμμετείχε και η οικογένεια της άρρωστης, όπου ενημερώθηκαν και ενθαρρύνθηκαν οικογένεια και ασθενής ώστε με μια συλλογική προσπάθεια να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα.	Η άρρωστη και η οικογένειά της, ενημερωμένοι και κατάλληλα προετοιμασμένοι είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν ένα άλλο χτύπημα της ασθένειας.
8. Ανάγκη μέριμνας για πρόληψη λοιμώξεων.	Προστασία της ασθενούς για αποτροπή επιβάρυνσης της κατάστασής της.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Απομάκρυνση από πηγές μολύνσεων (συχνή αλλαγή λευχειμάτων, πλύση μετά τη χρήση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διδάχτηκε η ασθενής να αποφεύγει άτομα με κάποια λοίμωξη του αναπνευστικού.</li> <li>- Ενθαρρύνθηκε η</li> </ul>	Διατηρήθηκε η καλή υγεία της ασθενούς και η άμυνα του οργανισμού απέναντι σε λοιμώξεις.

		δοχείου) - Σωστή διατροφή - Σωστή αναπνοή	ασθενής να αναπνέει βαθιά και να βήχει για να αποβάλλει τυχόν εκκρίσεις. - Διαιτολόγιο πλούσιο σε θερμιδική κάλυψη.	
--	--	---	--	--

**ΠΛΑΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Σ.Κ.Π.**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>1. Η ασθενής παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις των παθολογικών της συμπτωμάτων (αδυναμίες, αστάθεια, κόπωση) παρά τη σωστή φαρμακευτική αγωγή.</p>	<p>Προστασία της ασθενούς από καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μια έξαρση.</p>	<p>Ενημέρωση της ασθενούς από τη νοσηλεύτρια για τις καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν αυτά τα συμπτώματα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποφεύγονται απότομες μεταβολές της θερμοκρασίας του νερού στο μπάνιο και στο περιβάλλον γενικότερα.</li> <li>- Αποφεύγονται όσο το δυνατόν οι ΙΜ ενέσεις.</li> <li>- Καταρτίζεται ένα πρόγραμμα άσκησης και ανάπαυσης με ανάλογη προσαρμογή κατά τις εξάρσεις.</li> <li>- Γίνεται προσπάθεια αποφυγής των ορμονικών μεταβολών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Επιτεύχθηκε διατήρηση μιας ήπιας νευρολογικής κατάστασης.</li> <li>- Η ασθενής είναι σε θέση να περιορίσει ή και να αποτρέψει τις εξάρσεις και τις υφέσεις των συμπτωμάτων της.</li> </ul>
<p>2. Η ασθενής παρουσίασε διαταραχές της όρασης – θάμβος όρασης.</p>	<p>Αξιολόγηση της κατάστασης και ακριβή καταγραφή ευρημάτων για έναρξη θεραπείας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προγραμματισμός νευρολογικής και οφθαλμολογικής εξέτασης και έναρξη θεραπείας.</li> <li>- Συμβολή του νοσηλευτή στην</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συστάθηκε και εφαρμόστηκε η παραμονή δεύτερου προσώπου κοντά στην άρρωστη.</li> <li>- Γίνεται έναρξη θεραπείας (Solu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποτράπηκε περαιτέρω βλάβη και η άρρωστη ένιωσε ασφαλής.</li> <li>- Υποχώρησε το θάμβος όρασης από την 5η ημέρα έναρξης της</li> </ul>

		προστασία της ασθενούς από τραυματισμούς με σωστή καθοδήγηση και έλεγχο.	Medrol 500 Mg 1X1 και Zovirax 250 Mg IV 2X3) - Αποφεύγονται επικίνδυνες δραστηριότητες (π.χ. ανεβοκατέβασμα σκάλας).	θεραπείας.
--	--	--	---	------------

**ΠΛΑΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Σ.Κ.Π.**

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
3. Η ασθενής παρουσίασε απώλεια της όρεξης και εμέτους.	Διατήρηση καλής θρέψης της ασθενούς και κάλυψη των θερμιδικών αναγκών.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κατάρτιση κατάλληλου διαιτολογίου σε συνεργασία με διαιτολόγο.</li> <li>- Σερβίρισμα φαγητών με τρόπο ώστε να προσελκύουν την άρρωστη.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέριμνα με συνεργασία νοσηλευτή και διαιτολόγου και ρύθμιση διαιτολογίου με μικρά, τακτικά και στην ίδια ώρα γεύματα.</li> <li>- Προσφέρονται καλοσερβιρισμένα γεύματα.</li> <li>- Υπάρχει νεφροειδές κοντά στον άρρωστο για περίπτωση εμέτου.</li> <li>- Έγινε περιποίηση στοματικής κοιλότητας.</li> </ul>	Αποτράπηκαν προβλήματα από κακή σίτιση όπως π.χ. αναιμία, απώλεια βάρους, αδυναμία κ.λ.π. εφόσον καλύπτονται οι θερμιδικές ανάγκες της ασθενούς.



<p>4. Η ασθενής παρουσίασε μειωμένη αίσθηση πόνου και θερμοκρασίας.</p>	<p>Εξασφάλιση προστατευτικού περιβάλλοντος που να αποτρέπει τραυματισμούς και εγκαύματα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διδασκαλία και ενθάρρυνση της άρρωστης για αυτοεξέταση και αναφορά οποιασδήποτε αλλαγής στο δέρμα.</li> <li>- Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Έγινε σωστή αντιμετώπιση και περιποίηση τραυματισμών και εγκαυμάτων.</li> <li>- Έλεγχος θερμοκρασίας νερού του μπάνιου και φαγητού.</li> <li>- Απομακρύνθηκαν αιχμηρά και επικίνδυνα αντικείμενα και εξασφαλίστηκε προστατευτικό περιβάλλον.</li> </ul>	<p>Αποτράπηκαν σοβαροί τραυματισμοί χάρη στη σωστή καθοδήγηση και επαγρύπνηση της νοσηλεύτριας.</p>
---	--	---	--	---

**ΠΛΑΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Σ.Κ.Π.**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>5. Η άρρωστη παρουσίασε δυσλειτουργία ουροδόχου κύστης και διαταραχές ούρησης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποφυγή επιπλοκών που δημιουργεί η δυσλειτουργία (π.χ. ουρολοιμώξεις, επίσχεση ούρων, σχηματισμός λίθων).</li> <li>- Εξασφάλιση άνετης συνεργασίας ώστε να μην αισθάνεται η άρρωστη άβολα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης.</li> <li>- Συχνή αλλαγή θέσης.</li> <li>- Σχολαστική καθαριότητα και άσηπτη τεχνική.</li> <li>- Ενίσχυση δυνατότητας αυτοφροντίδας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Σε επίσχεση ούρων και ακράτεια έγινε καθετηριασμός ουροδόχου κύστης. Ο καθετηριασμός έγινε με άσηπτη τεχνική, χρησιμοποιήθηκε καθετήρας Folley No 16. Προληπτικά δόθηκε εντολή ιατρού Amoxil sir των 500 Mg 5ccX3.</li> <li>- Γινόταν συχνή αλλαγή θέσης γιατί η ακράτεια σε συνδυασμό με ακινησία ευνοούσε την εμφάνιση δερματίτιδας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Με τη χρήση της άσηπτης τεχνικής αποτράπηκε ουρολοίμωξη.</li> <li>- Με συχνή αλλαγή θέσης αποτράπηκαν άλλα προβλήματα (δερματίτιδα, κατακλίσεις).</li> <li>- Η άρρωστη μετά την πάροδο ενός μηνός επανήλθε στις φυσιολογικές της λειτουργίες.</li> </ul>

**ΠΛΑΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Σ.Κ.Π.**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
6. Προσωπικός μαρασμός και μελαγχολία για την ανικανότητα εργασίας.	- Αποβολή αρνητικών συναισθημάτων και αίσθηση ότι μπορεί να προσφέρει ακόμη.	Ειλικρινής και σε βάθος συζήτηση για το τι ενοχλεί την άρρωστη και τι αισθάνεται θα αποδεικνυόταν εποικοδομητική.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Σε συζήτηση που έγινε με το νοσηλευτή, η άρρωστη κατάλαβε ότι η αναπηρία δε συνεπάγεται ανεργία. Ο μαρασμός και το αίσθημα αποξένωσης ξεπεράστηκαν με την ανάληψη απλών καθηκόντων (π.χ. στις δουλειές του σπιτιού), εξίσου σημαντικών για τη συντήρηση της οικογένειας.</li> <li>- Προσαρμογή των αναγκών στα νέα οικονομικά δεδομένα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η ασθενής με νέο ηθικό και θέληση ισχυρή πρόσφερε στην οικογένεια μικρά πλην όμως σημαντικά πράγματα και δεν έπαψε να αισθάνεται βάρος (όλοι έχουμε κάποτε την ανάγκη κάποιου).</li> <li>- Ο επαναπροσδιορισμός και η προσαρμογή στα νέα οικονομικά δεδομένα αποδείχτηκε ιδιαίτερα εποικοδομητικός.</li> </ul>

**Εικ. 1.** Διάγραμμα που δείχνει την κατασκευή του νευρώνα.

**Εικ. 2.** Κάτω η βασική επιφάνεια του εγκεφάλου που δείχνει το εγκεφαλικό στέλεχος και την παρεγκεφαλίδα.



**Εικ. 3.** Διαγράμματα: α. πλάγιας και β. πρόσθιας όψης που δείχνουν τη ροή του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Τα τόξα δείχνουν την κατεύθυνση ροής.

**Εικ. 4.** Παρασκεύασμα εγκεφάλου ατόμου με Σ.Κ. Πλάκας. Διακρίνεται ευμεγέθης πλάκα στη λευκή ουσία στην περιοχή της έσω κάψης (δείκτης).

**Εικ. 5. ΠΙΝΑΚΑΣ.  
Συμπτώματα και σημεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας.**

**Εικ. 6.** Κεντρικό σκότωμα (όραση 1/10)

**Εικ. 7.** Βλάβες του κινητικού συστήματος:  
(α) Παρεγκεφαλίδας, (β) Εξωπυραμιδικής οδού.



**Εικ. 8.**  
Τρίδυμο νεύρο Προσωπικό νεύρο

**Εικ. 9.**

Πλαγία θέση για οσφουονωτιαία παρακέντηση  
και λήψη Ε.Ν.Υ.

Τεχνική οσφουονωτιαίας  
παρακέντησης

**Εικ. 1.** Οπτικά προκλητά δυναμικά. Σημειούται η παράταση του κύματος P1,  
από ερεθισμό του αριστερού οφθαλμού.

**Εικ. 11.**

Μαγνητική τομογραφία ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας (πολλαπλή σκλήρυνση). Η παρουσία πολλαπλών αλλοιώσεων της λευκής ουσίας (Βέλη) κατά προτίμηση στις περιοχές που περιβάλλουν τις κοιλίες του εγκεφάλου αποτελεί ισχυρό ενδεικτικό σημείο σκλήρυνσης κατά πλάκας σε ασθενή με ανάλογο ιστορικό και φυσικά ευρήματα.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Σ.Κ.Π. ως χρόνια νόσος απαιτεί την ύπαρξη τέτοιων δομών νοσηλευτικής φροντίδας ώστε να εξασφαλίζεται κάλυψη όλων των αναγκών (φυσικών-ψυχοκοινωνικών) που δημιουργεί η εγκατάσταση της ασθένειας.

Ο νοσηλευτής-τρια διασφαλίζει με τη στάση του την ενημέρωση, τη διατήρηση της ψυχοκοινωνικής ισορροπίας του ασθενή και της οικογένειάς του και την επιτυχημένη αποκατάσταση.

Επιπλέον με την άσκηση συνηγορίας του ασθενή, τη συμβουλευτική και την εκπαίδευση, επιτυγχάνεται η ομαλή προσαρμογή του στη νόσο κατά τέτοιο τρόπο ώστε να καταστεί ικανός να ανταπεξέλθει στην καθημερινή ζωή.

Πιο ειδικά:

- Κρίνεται αναγκαία η καθιέρωση νοσηλευτικής ειδικότητας αποκατάστασης. Ίδρυση ειδικών κέντρων για τη θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών. Ακόμη κρίνεται αναγκαία ερευνητική δραστηριοποίηση ως προς τα αίτια και την πρόληψη της νόσου.
- Η παρουσία των νοσηλευτών σε υπουργεία, πανεπιστήμια, ερευνητικά ινστιτούτα, κέντρα συμβουλευτικής και αποκατάστασης δίνει νέα διάσταση στο ρόλο τους, στην αποκατάσταση και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών.
- Το γενικότερο πλαίσιο κάλυψης των αναγκών και υποστήριξης ασθενών και οικογενειών τους με Σ.Κ.Π. χαρακτηρίζεται ελλιπές και αναποτελεσματικό, κρίνοντας έτσι απαραίτητη τη νομοθετική κατοχύρωση και υιοθέτηση προγραμμάτων για την κάλυψη των αναγκών αυτών των ασθενών ώστε να παραμείνουν αυτοεξυπηρετούμενοι και να εντάσσονται ισότιμα στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον (Χέρας Π., Παππά Θ., Μανουδάκη Α., Μητσίμπούνας Δ., Βαϊδάκης Ν., Καλλέργης Τ., Χατζηχαλαράμπος Σ., 1998).

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Αθανάτου Ε. "Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και ειδικές νοσηλείες", έκδοση 2η αναθεωρημένη, Αθήνα 1992.
2. Βασιλόπουλος Δ., "Γενετική και Νευρικό Σύστημα", έκδοση 2η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989.
3. Γεωργαράς Α., Μαλτέζου Μ., "Νευρολογία", έκδοση 1η, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1994.
4. Γεωργαράς Α., Μαλτέζου Μ., "Νευρολογία", έκδοση 2η, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1996.
5. Desporoulos A., Slbernage S., "Εγχειρίδιο φυσιολογίας", μετάφραση: Κωστόπουλος Γ., Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989.
6. Ελληνική Εταιρία για τη Σ.Κ.Π., ενημερωτικό φυλλάδιο "Σκλήρυνση κατά Πλάκας" 1999.
7. Λογοθέτης Ιωάννης "Νευρολογία", έκδοση 2η, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών "University Studio Press", Θεσσαλονίκη 1988.
8. Μπαρέ Ε., Χρυσοβιτσάνου Χ., "Προτεραιότητες στην καθημερινή ζωή ασθενών με Σ.Κ.Π. και των οικογενειών τους". 26ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτών (πρακτικά) Κέρκυρα 24-26 Μαΐου 1999.
9. Παπαγεωργίου Κ. και συνεργατών "Νευρολογία" Α' τόμος, Γενικό μέρος, έκδοση 1η, Επιστημονικές Εκδόσεις: Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1993.
10. Παπαγεωργίου Κ. και συνεργατών "Νευρολογία" Β' τόμος, Ειδικό μέρος, έκδοση 1η, Επιστημονικές Εκδόσεις: Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1994.

11. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές διεργασίες", τόμος 1ος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1985.
12. Στριγγάρης, Αγγελόπουλος, Βασιλόπουλος, Ραμπαβίλας, Διβόλη, "Εγκέφαλος – Αρχαία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής", τόμος 20, αριθμός 1, Φεβρουάριος 1983.
13. Τομαράς Β. "Συνοπτική Νευρολογία", 1984.
14. Walton J. "Νευρολογία", έκδοση 5η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, μετάφραση: Παπαπετρόπουλος Θ., Πασχάλης Χ., Τζεμπελίκος Ε., Πάτρα 1984.
15. Weschler Israel S., "Κλινική Νευρολογία", έκδοση 8η, Ιατρικά Βιβλία Κοβάνης, Μετάφραση της 8ης Αμερικάνικης εκδόσεως, Αθήνα 1974.
16. Funkhouser J., Nayler B., "The electroencephalogram in Multiple Sclerosis, Dis. Nerv. Syst. 20,41
17. Χέρας Π., Παππά Θ., Μανουδάκη Α., Μητσιμπούνας Δ., Βαϊδάκης Ν., Καλλέργης Τ., Χατζηχαραλάμπους Σ., "Η οικογένεια στη δίνη της χρόνιας νόσου", 13ο μετεκπαιδευτικό συνέδριο (πρακτικά) Αθήνα 1998.