

# Τ.Ε.Ι. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΤΡΑΣ

ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΚΟΛΛΑΓΟΝΟΥ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ &  
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟΥ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΛΙΑΠΗΣ ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2001

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3377

---

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	3
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ</b> .....	5
<b>ΟΡΙΣΜΟΣ</b> .....	6
<b>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ</b> .....	7
<b>ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ</b> .....	10
<i>Αιτιολογία – Παθογένεση</i> .....	12
<i>Παθολογική Ανατομία και Παθολογική Φυσιολογία</i> .....	14
<i>Η αρθρίτιδα του ΣΕΛ</i> .....	17
<i>Στην καρδιά</i> .....	17
<i>Στους γραμμωτούς μύες</i> .....	18
<i>Από τους πνεύμονες</i> .....	18
<i>Στο δέρμα</i> .....	19
<b>ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ</b> .....	20
<i>Από το δέρμα και τους βλεννογόνους</i> .....	21
<i>Η αλωπεκία</i> .....	23
<i>Από τις αρθρώσεις και τους μύες</i> .....	24
<i>Από τους πνεύμονες και τον υπεζωκότα</i> .....	26
<i>Από την καρδιά και τα αγγεία</i> .....	28
<i>Από το γαστρεντερικό σωλήνα</i> .....	30
<i>Από τους νεφρούς</i> .....	31
<i>Από το Κ.Ν.Σ.</i> .....	33
<i>Από τους οφθαλμούς</i> .....	33
<i>Από το αιμοποιητικό σύστημα</i> .....	34
<i>Από άλλα όργανα</i> .....	34
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</b> .....	36
1. <i>Αντιπυρηνικά Αντισώματα (ANA)</i> .....	36
2. <i>Κύτταρα Λύκου (L.E. κύτταρα)</i> .....	39
3. <i>Λεμφοκυτταροτοξικά αντισώματα</i> .....	40
<i>Άλλα εργαστηριακά ευρήματα</i> .....	41
<b>ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΑ</b> .....	44
<b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ</b> .....	46
<b>ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ</b> .....	48

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .....</b>	<b>52</b>
<b>ΕΞΕΛΙΞΗ - ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ .....</b>	<b>67</b>
<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ .....</b>	<b>69</b>
<i>ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄</i> .....	70
<i>ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄</i> .....	73
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>78</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>79</b>
<i>Φωτογραφίες</i> .....	79
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>83</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο Συστηματικός Ερυθματώδης λύκος προτιμήθηκε σαν θέμα γιατί αν και δεν είναι από τις πιο πολύ διαδεδομένους νόσους, παρόλα αυτά παρουσιάζει μεγάλο ιατρικό ενδιαφέρον.

Ανήκει στα νοσήματα του συνδετικού ιστού γνωστά παλαιότερα με την ονομασία «νοσήματα του κολλαγόνου».

Παρουσιάζουν ποικιλία από κλινικές εκδηλώσεις, καθώς επίσης και προβλήματα αιτιολογίας, παθογένειας, θεραπείας και πρόγνωσης για αυτούς τους λόγους ίσως δημιούργησαν και δημιουργούν δυσκολίες στη μελέτη τους.

Τα τελευταία χρόνια το κεφάλαιο των νοσημάτων αυτών έχει απασχολήσει την ιατρική πάρα πολύ, η οποία εντείνει τις προσπάθειες των μελετών της, έτσι ώστε να διαλευκανθεί και να επισημανθεί κάθε σκοτεινό σημείο που εμποδίζει στην καλύτερη διαπίστωση ύπαρξης μιας από τις παραπάνω νόσους.

Στη δεκαετία λοιπόν που πέρασε, σημειώθηκε σημαντική πρόοδος στη μελέτη της παθοφυσιολογίας και παθολογίας των νοσημάτων του συνδετικού ιστού χάρη στην εφαρμογή ανοσολογικών μεθόδων έρευνας και του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου.

Ένα κλασσικό εύρημα σε όλα τα νοσήματα του συνδετικού ιστού είναι η ύπαρξη αυτοαντισωμάτων στον ορό των ασθενών που τα κατατάσσει γενικά στα νοσήματα αυτό – ανοσίας.

Στην ομάδα των «νόσων του κολλαγόνου, νοσημάτων του συνδετικού ιστού» περιλαμβάνονται σήμερα οι παρακάτω διαταραχές:

1. Ρευματοειδής Αρθρίτιδα
2. Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος
3. Προοδευτική συστηματική Σκλήρυνση (σκληρόδερμα)
4. Πολυμυΐτης και Δερματομυΐτης (πολυμυοσίτης και δερματομυοσίτης)
5. Σύνδρομο Stogren
6. Αμυλοείδωση
7. Νευρωτική αρτηρίτιδα και άλλες μορφές αγγειΐτιδας
8. Ρευματικός πυρετός.

Άλλοι ερευνητές περιλαμβάνουν στον κατάλογο των παραπάνω νοσημάτων και την υποτροπιάζουσα πολυχονδρίτιδα, την αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα και άλλα νοσήματα.

Εμείς όμως θα ασχοληθούμε με τον συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και θα δούμε αναλυτικά με ποιον τρόπο δημιουργείται αυτή η νόσος, τι προκαλεί, πως θεραπεύεται και οτιδήποτε άλλο σχετίζεται με την συγκεκριμένη αυτή διαταραχή του συνδετικού ιστού.

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο όρος «Λύκος» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά του 13<sup>ο</sup> αιώνα, για τις διαβρωτικές αλλοιώσεις του δέρματος και ονομάστηκε έτσι, επειδή παρομοιάστηκε η κατάσταση αυτή με την εικόνα που προξενεί σε σάρκες ένας πεινασμένος λύκος (κατασπάραξη).

Στα μέσα του 19<sup>ο</sup> αιώνα διαχωρίστηκε ο κοινός λύκος (φυματιώδους αιτιολογίας) από τον ερυθματώδη ή δισκοειδή λύκο.

Το 1906 ο OSLER τόνισε ότι ο ερυθματώδης λύκος μπορεί να συνοδεύεται και από σπλαχνικές εκδηλώσεις.

Η ιδέα ότι οι ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις που βρίσκονται στον ρευματικό πυρετό και στη ρευματοειδή αρθρίτιδα αντανακλούσαν μια γενικότερη διαταραχή του συνδετικού ιστού, προτάθηκε αρχικά από τον KLIUGE το 1929.

Αργότερα το 1942 ο KLEMPERER και οι συνεργάτες του POLLAK & BACH εισήγαγαν τον όρο νόσοι του κολλαγόνου και συμπεριέλαβαν σε αυτές τον Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο και την σκληροδερμία.

Ο όρος «νόσοι του κολλαγόνου» αντικαταστάθηκε αργότερα από τον όρο «Νοσήματα του συνδετικού ιστού» ο οποίος επικράτησε και χρησιμοποιείται σήμερα και θεωρείται η πιο επιτυχημένη ονομασία γιατί έχει έννοια περισσότερο παθογενετική, δηλαδή αναφέρεται στα νοσήματα εκείνα τα οποία πάσχει πρωτογενώς ο συνδετικός ιστός, αντίθετα με τον παλιότερο όρο που είχε έννοια ανατομική.

Ποιος, όμως είναι σε γενικές γραμμές ο Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος (Σ.Ε.Λ.).

## **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Είναι γενική νόσος βασισμένη στην αυτό – ανοσία. Χρονικά φλεγμονή που επηρεάζει όλα τα συστήματα και το δέρμα.

Η διαδρομή του χαρακτηρίζεται από επεισοδιακές εξάρσεις που διακόπτονται από περιόδους ύφεσης.

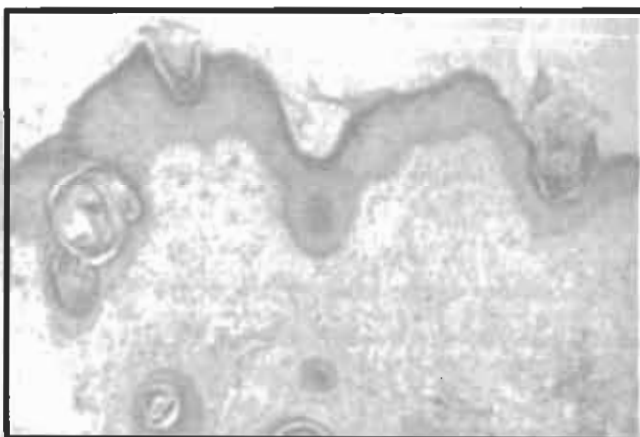
Ανήκει στα επίκτητα νοσήματα του συνδετικού ιστού και είναι μια νόσος που ακόμη βρίσκεται στο επίκεντρο της έρευνας τόσο η αιτιοπαθογένεια όσο και η θεραπεία του.



## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ για την υγεία, των Υπουργείων Υγιεινής, Παιδείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών της Αμερικής, που αφορούν την συχνότητα των ρευματικών Νοσημάτων, ο Συστηματικός Ερυθηματώδης (Σ.Ε.Λ.) προσβάλλει οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι συχνότερος σε νέες γυναίκες της παραγωγικής ηλικίας. Οι γυναίκες προσβάλλονται 6-8 φορές περισσότερο από τους άνδρες.

Επίσης, το μαύρο φύλλο προσβάλλεται σημαντικά συχνότερα από το λευκό (4:1). Το ποσοστό διάγνωσης στην παιδική ηλικία είναι 5-10%. Αξιοσημείωτη αποκορύφωση της συχνότητας παρατηρείται σε ηλικία 20-40 ετών. Η αναλογία σε 1.000.000 πληθυσμό το χρόνο είναι 30 περιπτώσεις. Η συχνότητα των λεμφωμάτων.



Εικόνα 1

Ο Σ.Ε.Λ. παρουσιάζεται στα διάφορα όργανα με την εξής συχνότητα:

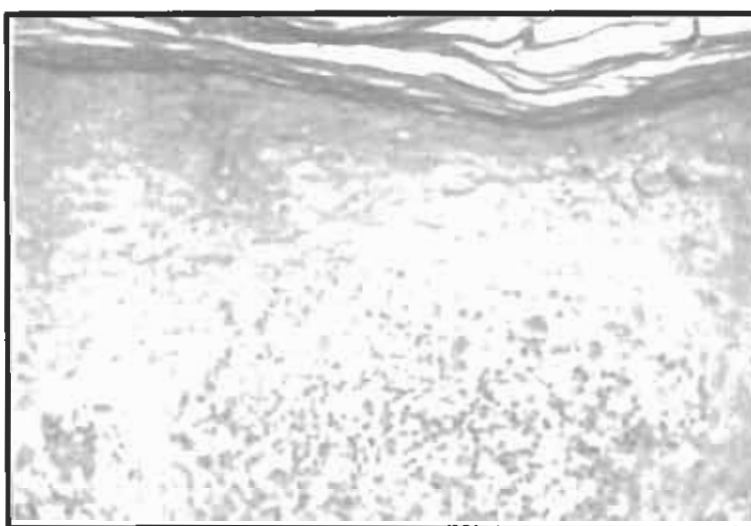
- A. Αλλοιώσεις του δέρματος παρατηρούνται στο 70-80%
- B. Η προσβολή των αρθρώσεων είναι πολύ συχνή (80-90%). Το φαινόμενο RAYUAUD δεν είναι σπάνιο (10%)
- Γ. Η προσβολή των οριογόνων θυλάκων είναι συχνή κλινολογικά στο 66% και παθολογοανατομικά στο 80%. Πλευρίτιδα ή

περικαρδίτιδα έχουμε στο 50%. Επίσης συχνή είναι και η ατελεκτασία του πνεύμονα (10-15%).

Δ. Τα νεφρά προσβάλλονται στο 50% των περιπτώσεων. Νεφρίτιδα παρατηρείται κατά 75%.

Επίσης διάγνωση του ερυθηματώδη λύκου έγινε στο 1/3 του

συνόλου των  
ενηλίκων και  
έφηβων γυναικών  
οι οποίες έπασχαν  
από νεφρωσικό  
σύνδρομο και  
υποβλήθηκαν σε  
εξέταση στο  
PRESBYTERIAN



Εικόνα 2

HOSPITAL της Νέας Υόρκης μέσα σε μια 20ετία.

Η ουραιμία είναι η αιτία θανάτου στο 20% των περιπτώσεων.

Ε. Στο 40-50% των περιπτώσεων παρατηρείται προσβολή της καρδιάς και των αγγείων

ΣΤ. Προσβολή του Κ.Ν.Σ. έχουμε σε ποσοστό 15-25%

Ζ. Τα μάτια επίσης προσβάλλονται σε ποσοστό 10-20%.

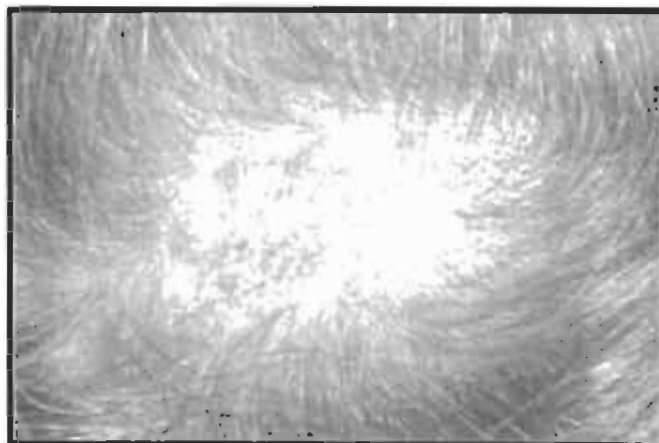
Η. Στο αιμοποιητικό σύστημα συμβαίνουν διάφορες εκδηλώσεις των οποίων η συχνότητα ανέρχεται στο 50%.

Σπληνομεγαλία παρατηρείται στο 20% περίπου.

Σε μια στατιστική που έγινε στην μονάδα Ρευματικών Νόσων του JOHN HOPKINS HOSPITAL το 1976 σε 140 ασθενείς παρατηρήθηκε η εξής συχνότητα των διαφόρων εκδηλώσεων με την έναρξη της νόσου:

1. Αρθρίτις ή Αρθραλγία 74%
2. Εξάνθημα 37%
3. Πυρετός 25%
4. Πλευρίτιδα ή Περικαρδίτιδα 16%
5. Απώλεια βάρους 9%
6. Αλώπεκία 6%.
7. Νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις 5%
8. Νεφρίτιδα
9. Φαινόμενα RAYUAND 2%
10. Λεμφαδενοπάθεια 1%.

Επίσης σε ομάδα 192 ατόμων που δεν είχαν κανένα σύμπτωμα, πάντα στηριζόμενοι σε στατιστικές, βρέθηκε να παρουσιάζουν βιολογικά ψεύτικη θετική δοκιμασία



*Εικόνα 3 Ερυθηματώδης λύκος του κρανίου.  
Προσέξτε το μεγακυκλικό σχήμα του*

για σύφιλη, το 7% παρουσίασε ΣΕΛ κατά το χρονικό διάστημα που γίνονταν οι παρατηρήσεις, και το 22% πάθηση που έμοιαζε με νόσο του κολλαγόνου. Τα περισσότερα άτομα δεν ήταν γυναίκες.

## ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η νόσος χαρακτηρίζεται ιστολογικά από τις παρακάτω αλλοιώσεις:

1. Ινιδώδης αλλοίωση: Πρόκειται για μια άμορφη, βαθιά ηωσινόφιλη ουσία, η οποία σχηματίζει ίνες και δέσμες. Ίσως είναι αποτέλεσμα προσβολής της βασικής ουσίας του συνδετικού ιστού από εναπόθεση πρωτεϊνών του πλάσματος. Ο όρος ινιδώδης είναι περιγραφικός που σημαίνει ότι η χρώση ενός υλικού με διάφορες χρωστικές, όπως εωσίνη δείχνει ότι το υλικό αυτό έχει χρωστικές ιδιότητες που μοιάζουν με τις ιδιότητες της ινικής. Στην περίπτωση του λύκου οι εναποθέσεις αυτές περιέχουν ανοσοβιολογικά συμπλέγματα από DNA, αντι-DNA και συστατικά του συμπληρώματος. Σχεδόν πάντα, η ινιδώδης αλλοίωση συνοδεύεται από φλεγμονώδη διήθηση πλασματοκυττάρων και λεμφοκυττάρων.

2. Σκλήρυνση του κολλαγόνου: Οι ίνες του κολλαγόνου στις περιοχές χρόνιας διήθησης από

φλεγμονώδη κύτταρα παρουσιάζουν οίδημα, πάχυνση και σκλήρυνση.



Εικόνα 4 Ερυθηματώδης λύκος. Το τοπικό ξεφλούδισμα φαίνεται καθαρά



Εικόνα 5 Πληγές στο πίσω μέρος των χεριών

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της επεξεργασίας αυτής είναι η πάχυνση του κολλαγόνου γύρω από τα αρτηρίδια του σπλήνα σαν «φλούδα κρεμμυδιού». Ο περιαγγειακός αυτός σχηματισμός είναι παθογνωμονικό ιστολογικό εύρημα στο λύκο.

3. Σωμάτια αιματοξυλίνης: Είναι βασεόφιλες περιοχές με μέγεθος μεγάλου πυρήνα, οι οποίες παρατηρούνται ελεύθρες πάνω σε τομές οργάνων ή δέρματος που προσβλήθηκαν από τη νόσο. Πρόκειται για μάζες DNA (δεσοξυριβονουκλεϊνικό οξύ) που απελευθερώνονται από πυρήνες κυττάρων που προσβλήθηκαν από αντιπυρηνικά σώματα, τα οποία κυκλοφορούν στον ορό του αρρώστου. Τα «σωμάτια αιματοξυλίνης» που μοιάζουν με σφαιροειδής μάζες, χρωματίζονται μπλέ – βυσσινί με αιματοξυλίνη και είναι από μορφολογική άποψη και ιστοχημική ίδια με τα έγκλειστα των κυττάρων λύκου.

4. Αγγειίτιδα: Αφορά τα αρτηρίδια και τριχοειδή. Ιστολογικά δεν διαφέρει από την αγγειίτιδα των άλλων νοσημάτων του συνδετικού ιστού, με μόνη διαφορά ότι η θρόμβωση των αγγείων που προσβάλλονται είναι πολύ σπάνια. Επίσης παρατηρείται λεμφοκυτταρική διήθηση κυρίως γύρω από τα αγγεία και τα εξαρτήματα, οίδημα αγγειοδιαστολής και εξαγγειώση ερυθρών στο άνω χόριο (LEVER, 1967).

Κατά την αγγειίτιδα συμβαίνει βλάβη του ενδοθηλίου των μικρών αγγείων μαζί με νέκρωση και θρόμβωση. Με τεχνικές ανοσοφθορισμού βρίσκονται εναποθέσεις DNA, IgC, IgM και συμπλήρωμα στη βασική μεμβράνη του αγγειώδους σπειράματος του νεφρού.

Με την μέθοδο του ανοσοφθορισμού σε δέρμα που πάσχει, παρατηρείται ταχεία φθορίζουσα συνεχής ταινία. Η ταινία αυτή οφείλεται σε εναπόθεση άνοσων συμπλεγμάτων με την παρουσία συμπληρώματος στο δερμοεπιδερμικό όριο (POLHE και TUFFANELLI 1968, BURNHAM και FINE 1969-1971, PERRY και SUNTH 1969, Περίσσιος 1973).

Η φθορίζουσα ταινία παρατηρείται μόνο στο δέρμα που πάσχει από δισκοειδή ερυθηνατώδη λύκο (CHORZELSKI και συνεργάτης 1969, TUFFANELLI και συνεργάτης 1969, BURNHAM και συνεργάτης 1970 και BURHAM και συνεργάτης 1971).

### **Αιτιολογία – Παθογένεση.**

Η νόσος όπως αναφέρθηκε και προηγούμενα είναι άγνωστης αιτιολογίας. Δεν παύουν όμως να ενοσσουνται διάφοροι παράγοντες και να αναπτύσσονται διάφορες θεωρίες σχετικά με την εμφάνιση της νόσου.



*Εικόνα 6 Χαρακτηριστική ερυθρότητα και ξεφλούδισμα των δαχτύλων*

Σε εξετάσεις νεφρικών αλλοιώσεων του λύκου, διαπιστώθηκαν άμορφες και πυκνές εναποθέσεις μέσα και γύρω από τη βασική μεμβράνη, καθώς και πάχυνση και ρήξη της μεμβράνης αυτής. Οι εναποθέσεις αυτές περιέχουν σφαιρίνες τύπου IGG και IGM, συμπλήρωμα και καμία φορά ινωδογόνο. Τέτοιες εναποθέσεις έχουμε

επίσης και στα αγγεία του σπλήνα, της καρδιάς, των πνευμόνων, του ήπατος και στα όρια δέρματος – επιδερμίδας.



**Εικόνα 7** Αλλοιώσεις των ποδιών στο χρόνια ερυθηματώδη λύκο

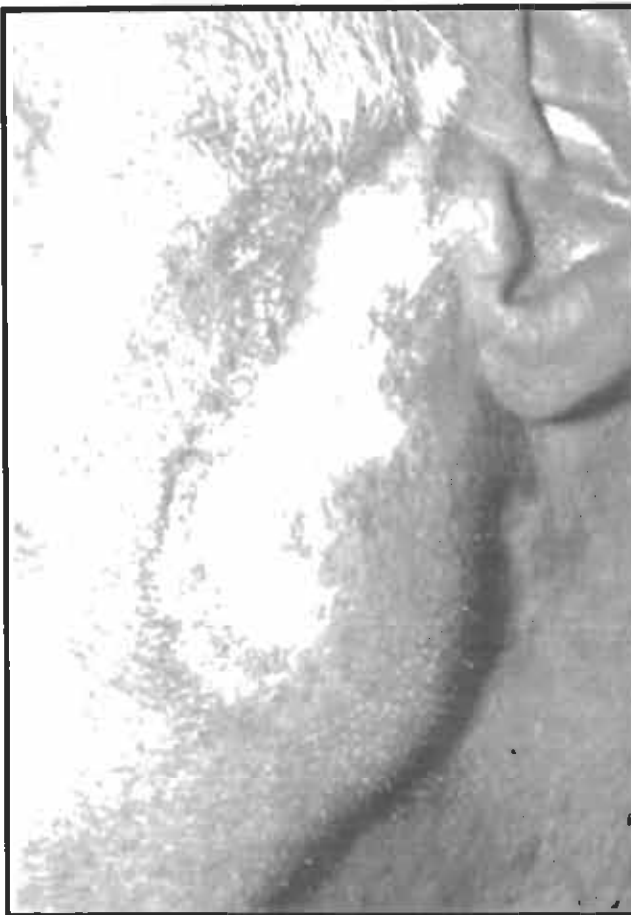
Όλες αυτές οι αλλοιώσεις που συμβαίνουν, μοιάζουν με αυτές που παρατηρούνται σε κουνέλια μετά από παρεντερική χορήγηση ξένων λευκομάτων, όπως λευκωματίνης ορού βοοειδών. Αυτή η ομοιότητα ευρημάτων στα πειραματόζωα και στον άνθρωπο, καθώς και η ανεύρεση στο λύκο μεγάλης ποικιλίας αυτοαντισωμάτων ενάντια σε πυρινικά αντιγόνα, είναι υπεύθυνα για την ανοσολογική φύση των διαταραχών στο νόσημα. Η διαπίστωση ότι οι εναποθέσεις ανοσοσφαιρινών στους νεφρούς των αρρώστων περιέχουν DNA, αντί - DNA και άλλα αντισώματα, αποδεικνύει ότι ο ΣΕΠ αντιπροσωπεύει νόσημα ανοσοβιολογικού συμπλέγματος με συμμετοχή αυτοαντισωμάτων.

Η αύξηση τίτλων αντισωμάτων του ορού ενάντια σε ιούς, που παρατηρείται στο λύκο, πιστεύεται μάλλον πως είναι ένδειξη πολύ κλινικής υπεργαμμασφαιριναιμίας απλά και όχι αιτιολογικής ενοχοποίησης των ιών (PHILLIPS και CRISTIAN, ANN RHEUM DIS 32, 450, 1973). Οι έρευνες του ρόλου ενός ιού ή ιών σαν παθογενετικού παράγοντα στο λύκο συνεχίζονται εντατικά.

Συμπερασματικά, μια χρόνια ιογενής λοίμωξη μπορεί να είναι υπεύθυνη για την δημιουργία αντισωμάτων όπως και αντίστροφα είναι

πιθανό μια λοίμωξη να είναι αποτέλεσμα και ανοσοβιολογικής διαταραχής, η οποία συγχρόνως προκαλεί και αυτοανοσοποίηση.

Στην παθογένεση του λύκου έχουν ενοχοποιηθεί και οικογενείς παράγοντες. Η νόσος έχει παρατηρηθεί σε δύο ή περισσότερα μέλη της οικογένειας ακόμα και σε μονοωγενείς διδύμους και σε πάνω από μία γενιά. Έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη λύκου σε οικογένειες που χαρακτηρίζονται από υπέρ- ή υπογαμμασφαιριναιμία. Ο τρόπος με τον οποία ο οικογενειακός χαρακτήρας επιδρά στην εμφάνιση του νοσήματος δεν είναι γνωστός.



*Εικόνα 8 Πρώιμο στάδιο με χρωμάτωση γύρω από την ξεφλουδισμένη περιοχή*

Ο λύκος μπορεί να εμφανίσει έξαρση σε οποιοδήποτε τρίμηνο της κύηση και στην αρχή της λοχείας, αλλά η εξήγηση και εδώ είναι άγνωστη.

### **Παθολογική Ανατομία και Παθολογική Φυσιολογία**

Σε περίπτωση που οι ασθενείς πεθαίνουν σε πρώιμα στάδια από κεραυνοβόλο λύκο (πράγμα που σπανίζει σήμερα) υπάρχουν λίγες ή και



καθόλου ιστολογικές εξετάσεις. Γενικά, οι αλλοιώσεις βρίσκονται στον συνδετικό ιστό διαφόρων οργάνων, αλλά συχνότερα παρατηρούνται στα τοιχώματα μικρών αρτηρίων, το δέρμα, το σπλήνα, τα σπειράματα, το ενδοκάρδιο και τους βλεννογόνους.

Τα περισσότερα άτομα παρουσιάζουν νεφροπάθεια, η οποία



Εικόνα 9 Ερυθηματώδης λύκος σε ένα νέγρο

εντοπίζεται ευκολότερα ύστερα από λεπτομερείς μελέτες που γίνονται με την εφαρμογή της νεφρικής βιοψίας. Δημιουργείται τμηματική πάχυνση που μοιάζει με «κουλούρα ηλεκτρικού καλωδίου» (εικόνα 2). Επίσης μπορεί να παρουσιαστεί και εστιακή νέκρωση των τριχοειδών του σπειράματος και να περιέχει θρόμβους ναλίνης. Μαζί με την κυτταρική διήθηση και την υπερπλασία των ενδοθηλιακών κυττάρων, όλα αυτά τα ευρήματα

παρουσιάζουν εικόνα χαρακτηριστικής, αλλά μη ειδικής σπειραματονεφρίτιδας, που χωρίζεται σε τρεις μορφές:

1. Εστιακή παραγωγική λυκοειδής νεφρίτις (ή σπειραματονεφρίτις): η οποία χαρακτηρίζεται από εστιακές αλλοιώσεις που προσβάλλουν μερικά από τα σπειράματα.
2. Διάχυτη παραγωγική λυκοειδής νεφρίτις: η οποία διακρίνεται από το ότι προσβάλλονται όλα ή σχεδόν όλα τα σπειράματα και στην οποία οι κύριες αλλοιώσεις είναι υπερπλασία των

ενδοθηλιακών κυττάρων και των κυττάρων ανάμεσα στα αγγεία, ακανόνιστη πάχυνση των τριχοειδών του σπειράματος, αύξηση κάποιου υλικού που μοιάζει με τη βασική μεμβράνη ανάμεσα στα πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα, διηθήσεις ουδετερόφιλων λευκοκυττάρων και απόφραξη των τριχοειδών αυλών.

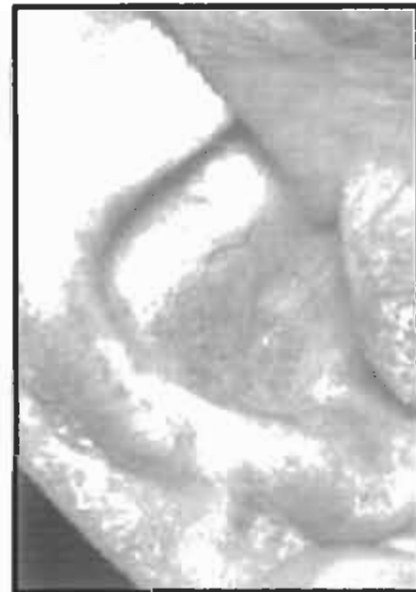


Εικόνα 10

3. Μεμβρανώδης λυκοειδής νεφρίτις: η οποία διακρίνεται από ομοιόμορφη πάχυνση των τριχοειδών του σπειράματος με ελάχιστη ύπαρξη κυττάρων.

### Η προσβολή του ΚΝΣ.

Η προσβολή του ΚΝΣ κυρίως αποδίδεται σε αγγειίτιδα αλλά οι αλλοιώσεις στα εγκεφαλικά αγγεία μπορεί να είναι λίγες ή να μην υπάρχουν καθόλου. Οι λεμφαδένες εμφανίζουν εστιακή νέκρωση και κυτταρική υπερπλασία στους κόλπους, αντίθετα με τη θυλακιώδη, οξειδιακή υπερπλασία παρατηρείται στη ρυματοειδή αρθρίτιδα. Ο



Εικόνα 11

θύμος αδένας παρουσιάζει ατροφία, περιέχει πλασματοκύτταρα και καμιά φορά βλαστικά κέντρα. Η μικροσκοπική εξέταση του αρθρικού υμένα στο λύκο δείχνει ινώδη λαχνοειδή υμενίτιδα, η οποία είναι τόσο έντονη όσο στη ρευματοειδή αρθρίτιδα.

### Η αρθρίτιδα του ΣΕΛ

Η αρθρίτιδα του ΣΕΛ συνίσταται περισσότερο σε ελαφρού ή μετρίου



Εικόνα 12 Ερυθηματώδης λύκος στο κάτω βλέφαρο

βαθμού υπερπλασία του επιθηλίου του αρθρικού υμένα και μικρού βαθμού διήθηση από λευκοκύτταρα και πλασματοκύτταρα. Μέσα στις αρθρώσεις αναπτύσσονται θηλώδεις εκβλαστήσεις από ιστό που φλεγμαίνει. Επίσης

παρατηρείται διάβρωση του χόνδρου και των οστών. Πολύ έντονη είναι η αγγειίτιδα των μικρών αγγείων των θυλάκων και πολλές φορές φανερή η παρουσία σωματιδίων αιματοξυλίνης των επιθηλιακών κυττάρων.

### Στην καρδιά

Στην καρδιά είναι δυνατόν να προσβληθούν όλα τα στοιχεία της ταυτόχρονα ή χωριστά. Πολύ συχνή είναι η χρόνια περικαρδίτιδα η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ινιδώδους αποθέσεως και αγγειίτδας του περικαρδίου. Επίσης αλλοιώσεις μέσα στο μυοκάρδιο



Εικόνα 13 Η ροδαλή / ρόδινη μορφή συναντάται σε 7,5% των ασθενών

προκαλούν εστιακή μυοκαρδίτιδα, που συνοδεύεται από ίωση και ατροφία των μυοκαρδιακών ινών. Κλινικά φανερή μυοκαρδίτιδα δεν παρατηρείται σε πολλούς από τους ασθενείς μπορεί όμως η μυοκαρδίτιδα αυτή να προκαλέσει συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και πολλές διαταραχές της αγωγιμότητας. Στο ενδοκάρδιο μπορεί να αναπτυχθούν εκβλαστήσεις πάνω στις βαλβίδες στη μιτροειδή. Η βλαστική αυτή ενδοκαρδίτιδα των βαλβίδων ονομάστηκε ακροχορδονώδης (VERRUCOUS ενδοκαρδίτιδα των LIBMAN και SACKS).



*Εικόνα 14 Ερυθηματώδης Λύκος σε ένα αγόρι ηλικίας 2 ετών*

#### **Στους γραμμωτούς μύες**

Στους γραμμωτούς μύες

είναι δυνατόν να παρατηρηθούν κατά τη βιοψία ινιδώδης εκφύλιση και φλεγμονή αρτηριδίων καθώς και μετρίου βαθμού ατροφία των μυϊκών ινών.

#### **Από τους πνεύμονες**

Από τους πνεύμονες έχουμε αγγειίτιδα των πνευμονικών αρτηριδίων, εστιακή πνευμονίτιδα και πάχυνση των κυψελιδικών διαφραγμάτων, καταστάσεις οι οποίες μπορούν να συνυπάρχουν.

Από τον υπεζωκότα παρατηρείται ινώδης πλευρίτιδα. Ορισμένες ιστολογικές μελέτες απέδειξαν μεμβράνες από υάλινη στις κυψελίδες και διατυπώθηκε ότι προκαλείται από αυτές ατελεκτασία.

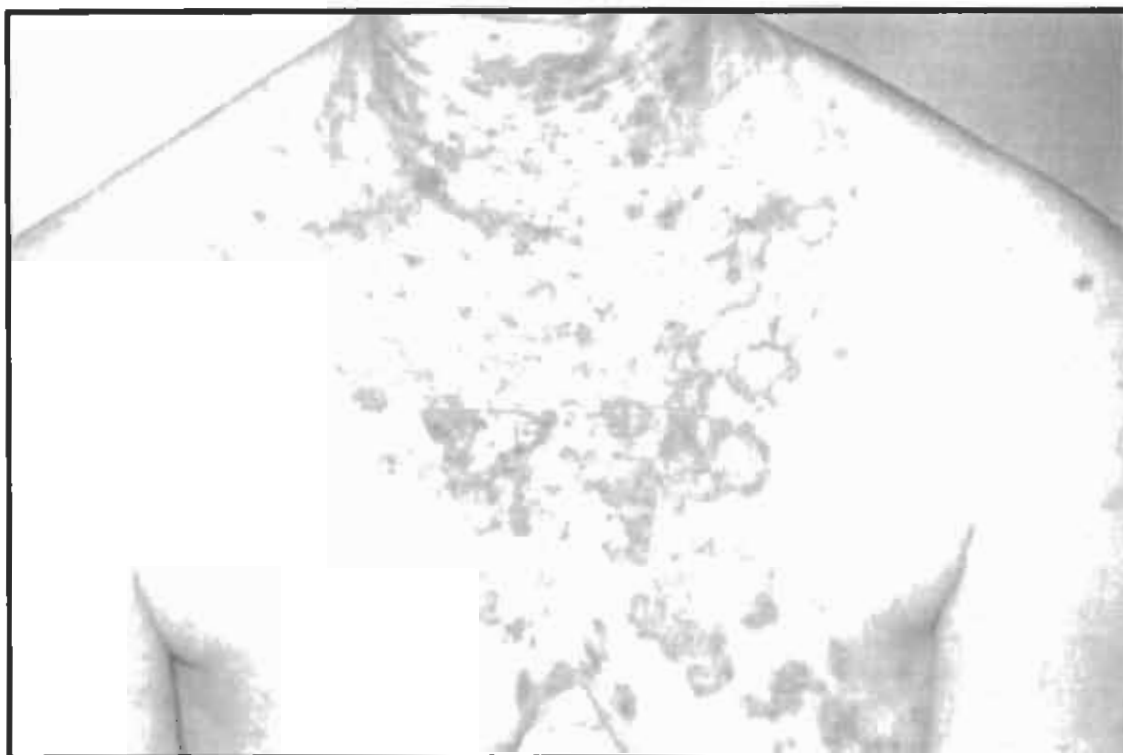
### **Στο δέρμα**

Στο δέρμα παρατηρείται αύξηση της κεράτινης στοιβάδας μαζί δε απόφραξη των θηλών και των τριχών, κενотоπιώδης εκφύλιση της βασικής στοιβάδας μεταξύ του δέρματος και της επιδερμίδας, αγγειίτιδα των αρτηριδίων και διήθηση του χορίου από λεμφοκύτταρα.

Το εξάνθημα του δέρματος στο λύκο χαρακτηρίζεται από υπερκεράτωση, κερατινοποίηση στους θυλάκους των τριχών και τα άκρα των αδένων και ατροφία ή υπερακάνθωση (υπερτροφία) της ακανθωτής στοιβάδας (Staum Sinoosum). Περισσότερο στα πιο επιφανειακά τμήματα του δέρματος και στις χρονιότερες μορφές, υπάρχουν περιαγγειακές διηθήσεις με λεμφοκύτταρα

## ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Τα κλινικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της νόσου είναι η χρονιότητα με περιόδους ύφεσης και δραστηριότητας, καθώς και η προσβολή



Εικόνα 15

πολλών οργανικών συστημάτων. Κατά την περίοδο δραστηριότητας της νόσου συνηθισμένες εκδηλώσεις αποτελούν ο πυρετός η κακουχία, η αδυναμία, η ανορεξία και η απώλεια βάρους που συχνά έχουν ακαθόριστη μορφή. Η μικρή δραστηριότητα της νόσου είναι δυνατόν να συνοδεύεται από έλλειψη συστηματικών εκδηλώσεων, οπότε τα αόριστα αυτά ενοχλήματα του ασθενή υπάρχει περίπτωση να οδηγήσουν στην ψεύτικη εντύπωση ψυχονεύρωσης.

Σε πολλές περιπτώσεις η υποψία για το νόσημα ξεκινάει από ένα συνδυασμό κλινικών εκδηλώσεων και παρακλινικών εξετάσεων.

Συνήθως βέβαια όταν υπάρχουν το χαρακτηριστικό δερματικό εξάνθημα και οι άλλες τυπικές εκδηλώσεις σε οξείες και κεραυνοβόλες μορφές, η διάγνωση είναι φανερή. Πυρετική κίνηση υπάρχει σχεδόν σταθερά ο τύπος της δε ποικίλλει ανάλογα με το στάδιο εξέλιξης της νόσου. Έτσι στην περίοδο της έξαρσης της παρατηρείται περισσότερο ακανόνιστος, διαλείπων ή συνεχής πυρετός χωρίς ρίγος, ενώ στην περίοδο της ύφεσης υπάρχει συνήθως δεκατική πυρετική κίνηση.

Παράλληλα και κατά την εξέλιξη της νόσου είναι δυνατόν να προσβληθούν σταδιακά τα διάφορα οργανικά συστήματα. Έχουμε λοιπόν:

### **Από το δέρμα και τους βλεννογόνους**

Από το δέρμα και τους βλεννογόνους: οι εκδηλώσεις αυτές



**Εικόνα 16**

παρουσιάζουν μεγάλη πολυμορφία, που πολλές φορές οδηγεί τη διάγνωση στην κατεύθυνση δερματικών παθήσεων, όπως η σμηγματόρροια, η σαρκοείδωση, η ψωρίαση, το πολύμορφο ερύθημα η δερματομυοσίτις, το σκληρόδερμα, το έκζεμα, η φαρμακευτική δερματίτιδα και άλλα νοσήματα.

Η συχνότερη δερματική εκδήλωση είναι ένα ερυθηματώδες εξάνθημα, συμμετρικό, στο πρόσωπο, στο λαιμό ή στα άκρα, ιδιαίτερα στις άκρες και

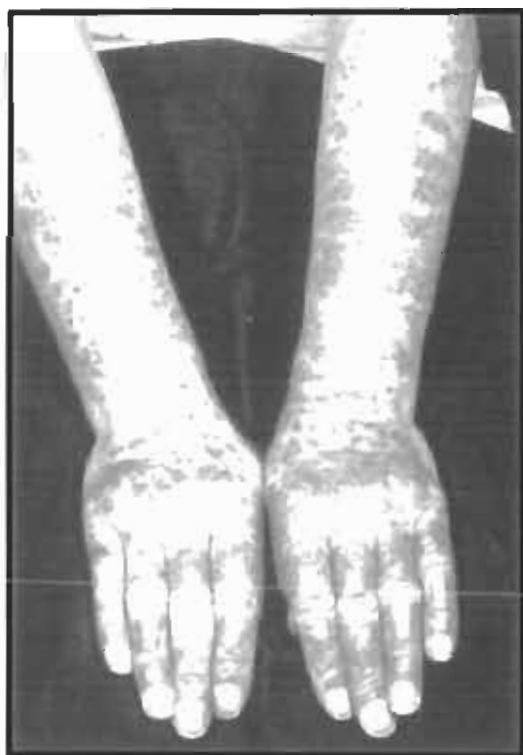
τη ραχιαία επιφάνεια των δακτύλων και των παλαμών ή γύρω από τους αγκώνες. Σε πολύ λίγες περιπτώσεις εμφανίζεται το χαρακτηριστικό ερύθημα «πεταλούδας» στη ράχη της μύτης και στις προεξοχές των ζυγωματικών στα μάγουλα



**Εικόνα 17** Νέκρωση στη βάση των νυχιών στο συστηματικών ερυθηματώδη λύκο

και σε ακόμα λιγότερες περιπτώσεις παρατηρείται το χαρακτηριστικό ερύθημα γύρω από τα νύχια και τις ράχες των δακτύλων, οι οποίες υπάρχει περίπτωση να συνοδεύονται από λέπτυνση και ατροφία του δέρματος των περιοχών αυτών.

Μερικές φορές το εξάνθημα παίρνει τη μορφή δισκοειδούς λύκου,



**Εικόνα 18** Συστηματώδης Ερυθηματώδης λύκος. Τυπικό συμμετρικό ελαφρή ξεφλούδισμα – ερύθημα στο πρόσωπο και το λαιμό

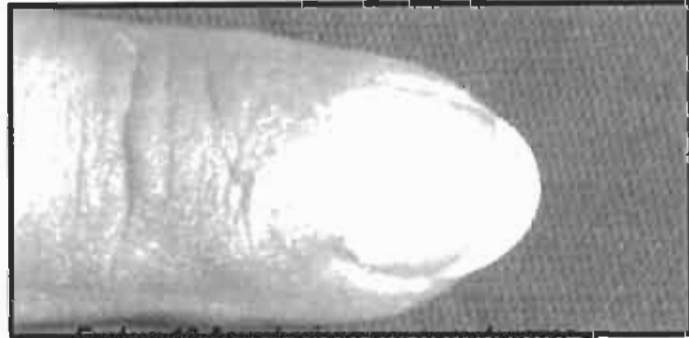
που αρχίζει με ερυθηματώδεις πλάκες και αργότερα γίνεται κηλιδοεπιδώδες ή εξελίσσεται σε υπερυψωμένες, κοκκινωπές, οίδηματώδεις πλάκες που σκεπάζονται από λέπια γκριζου χρώματος. Οι πλάκες αυτές μπορεί να διαλυθούν χωρίς να αφήσουν ίσχυη, αλλά μπορεί να αφήσουν περιοχές συλοποίησης, ατροφίας και υπέρχρωσης ή αποχρωματισμού. Επίσης, υπάρχει περίπτωση να εμφανιστούν οίδημα, φουσαλίδες και πομφόλυγες – μερικές φορές αιμορραγικές,- μικρές εξελκώσεις,



μπορεί δε να ακολουθήσει και γάγγραινα των άκρων. Συνήθως εμφανίζονται οζώδες ερύθημα και πορφύρα.

## **Η αλωπεκία**

Η αλωπεκία αποτελεί συχνό και χαρακτηριστικό εύρημα. Μπορεί να είναι περιγεγραμμένη ή κατά τμήματα, και να υπάρχει μαζί ή όχι αλλοίωση του δέρματος. Πιο συχνά, η απώλεια τριχών από το κεφάλι είναι διάχυτη και πολύ



Εικόνα 13 Λευκά νύχια και ακανόνιστες ανώμαλες βάσεις νυχιών στον Συστηματώδη Ερυθηματώδη Λύκο

ενοχλητική για τον άρρωστο, αλλά ευτυχώς διορθώνεται. Παράλληλα προς την αλωπεκία, οι τρίχες που παραμένουν εμφανίζουν ξηρότητα, ευθραυστότητα και χάνουν τη στιλπνότητα, μοιάζουν δε με τις τρίχες του μυξοιδήματος. Χαρακτηριστική είναι η δυσκολία χτενίσματος των τριχών της κεφαλής με αποτέλεσμα να παραμένουν όρθιες και ακατάστατες (LUPUS HAIR).

Κατά την προσβολή των βλεννογόνων παρατηρούνται επιφανειακές εξελκώσεις του στόματος, του φάρυγγα και του κόλλπου, οι οποίες προκαλούν πόνο., Μπορεί να παρουσιαστεί, επίσης, στοματίτιδα ή μονιλίαση ή και τα δύο. Συνήθως, και κυρίως σε περιπτώσεις νέων ατόμων, η ανάπτυξη του δερματικού εξανθήματος, καθώς και των άλλων εκδηλώσεων του ΣΕΛ προκαλούνται ύστερα από έκθεση στον ήλιο ή σε άλλες πηγές υπεριώδους ακτινοβολίας.

## Από τις αρθρώσεις και τους μύς

Η προσβολή των αρθρώσεων είναι ένα από τα σταθερά ευρήματα της νόσου. Παίρνει, συνήθως, τη μορφή της απλής αρθραλγίας, μερικές



Εικόνα 20 Συστηματώδης Ερυθηματώδης λύκος.  
Συνολική ανάμειξη όλης της πλάτης

φορές, όμως διαπιστώνεται η ύπαρξη γνήσιας αρθρίτιδας που χαρακτηρίζεται από τοπικά φλεγμονή φαινόμενα και δυσκινησία των αρθρώσεων που προσβάλλονται. Η αρθρίτιδα αποτελεί πολλές φορές την πρωταρχική εκδήλωση της νόσου, είναι δε δυνατόν να παραμένει σαν μόνο σύμπτωμα για πολλά χρόνια.

Από το νόσημα μπορεί να προκληθεί οξεία μεταναστευτική πολυαρθρίτιδα, η οποία υπάρχει περίπτωση να μοιάζει πολύ με ρευματικό πυρετό από την άποψη ανταπόκρισης στα σαλικυλικά και ύπαρξης αρθραλγιών χωρίς αντικειμενικές αλλοιώσεις.

Επίσης, παρατηρείται παραμορφωτική αρθροπάθεια ίδια με της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Βέβαια, δεν αποκλείεται η ταυτόχρονη προσβολή από ΣΕΛ και ρευματοειδούς αρθρίτιδας, αλλά οι παραμορφώσεις που κάποτε θεωρούνταν χαρακτηριστικές της

Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος

ρευματοειδούς αρθρίτιδας συμβαίνουν, επίσης, και σε ασθενείς που



**Εικόνα 21 Συστηματώδης Ερυθηματώδης Λύκος. Τυπικό συμμετρικό ελαφρύ ξεφλούδισμα ερύθημα στο πρόσωπο και το λαιμό.**

Μερικές φορές εμφανίζεται συμμετρική πολυαρθρίτιδα που μοιάζει πολύ με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και προσβάλλει τις πρώτες φαλαγγοφαλαρρικές και μετακαρπιοφαρλαγγικές αρθρώσεις των χεριών, τους καρπούς, του αγκώνες, τα γόνατα και τις ποδοκνημικές. Μπορεί, επίσης να παρατηρηθεί τενοντοελυτρίτις. Υπάρχει περίπτωση να εμφανιστούν και υποδόρια οζίδια σε ποσότητα 5% περίπου των περιπτώσεων της νόσου και είναι συνήθως άτυπα, ενώ σπάνια μοιάζουν με τα ρευματοειδή κοκκιώματα.

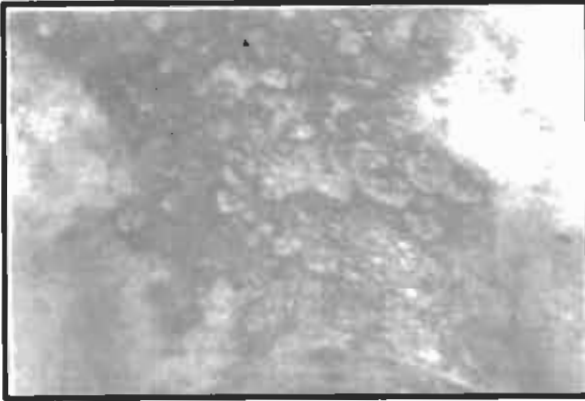
Πολλές φορές τα συμπτώματα από τις αρθρώσεις είναι παροδικά και παρέρχονται σε μεγάλο βαθμό με τη θεραπεία. Κατά την αρθρίτιδα μπορεί να υπάρχουν μικρού βαθμού παραμορφώσεις και να παρατηρηθεί ακόμα και ωλέκιος απόκλιση. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχουν στα οστά των φαλάγγων και του καρπού διαβρωτικές αλλοιώσεις παρόμοιες με της ρευματοειδούς αρθρίτιδας

Η μυϊκή ατροφία και αδυναμία, οι οποίες προκαλούνται από τη νόσο, μπορεί να κυριαρχούν στην κλινική εικόνα της νόσου σε τέτοιο βαθμό που να μοιάζουν στην δερματομυοσίτιδα. Πολλές φορές, βέβαια η μυϊκή προσβολή είναι αδύνατο να διακριθεί από τις δερματομυοσίτιδας ακόμα και ύστερα από ιστολογική εξέταση του μυ.

### ***Από τους πνεύμονες και τον υπεζωκότα***

Από τους πνεύμονες και τον υπεζωκότα: η νόσος χαρακτηρίζεται πολλές φορές από επεισόδια υποτροπιάζουσας πλευρίτιδας, τα οποία κυριαρχούν σχεδόν σε όλη την κλινική εικόνα της. Η πλευρίτιδα είναι, συνήθως, αμφοτερόπλευρη, συνδυάζεται με περικαρδίτιδα και είναι δυνατόν να είναι ξηρά ή εξιδρωματική. Η πλευρίτιδα επίσης, μπορεί να

συνδυάζεται ακόμα και με ασύμμετρη ατελεκτασία στις βάσεις των πνευμόνων, με πνευμονίτιδα και με διάμεση ίνωση.



*Εικόνα 22 Φλукταινώδεις αλλοιώσεις στον Συστηματώδη Ερυθηματώδη Λύκο*

Στη διάμεση ίνωση επηρεάζονται πολύ οι δοκιμασίες της αναπνευστικής λειτουργίας (LATINEN & Συνεργάτης ANN RHEUM DIS 1973), από ανοσοβιολογικής πλευράς δε, όταν υπάρχει διάμεση ίνωση, εκτός από τα συνηθισμένα αντί -

IGG αντισώματα, παρατηρούνται και αντί - IGA.

Η κλινική εικόνα της πνευμονίτιδας της νόσου χαρακτηρίζεται κυρίως από υποτροπιάζοντα πυρετικά επεισόδια που συνοδεύονται από βήχα, με ή χωρίς απόχρεμψη, πλευροδυνία και δύσπνοια, ιδιαίτερα δίνεται σημασία στην ύπαρξη «ανεξήγητης» δύσπνοιας, η οποία συνδυάζεται με ελαττωμένη ζωτική χωρητικότητα και αποδίδεται σε κυψελιδική ατελεκτασία, που συνδέεται παθολογοανατομικά με την παρουσία υάλινων μεμβρανών στις κυψελίδες.

Πνευμονικά βοηθήματα ειδικά σε βασικά τμήματα, μπορούν να συμβούν κατά τη νόσο, ακόμα δε και εκτεταμένη πνευμονική προσβολή, η οποία μπορεί να μοιάζει με κεκροειδή φυματίωση ή λεμφαγγειϊτική κακρνομάτωση και να οδηγήσει σε αναπνευστική ανεπάρκεια. Η διηθήματα αυτά μπορεί να μείνουν αναλλοίωτα για πολλούς μήνες.

Η ακτινολογική διαπίστωση συνδυασμού δισκοειδών περιοχών ατελεκτασίας, ανύψωσης του διαφράγματος και πλευρίτιδας είναι

φανερή αλλά όχι και διαγνωστική. Από τη φυσική εξέταση δεν προκύπτουν ευρήματα. Πάντως, καμία πνευμονική βλάβη σε άρρωστο με ΣΕΛ, δεν πρέπει να θεωρείται σαν πρωτογενής λύκος, αν δεν αποκλειστεί η περίπτωση της λοίμωξης. Τέτοιες λοιμώξεις μπορούν να προκληθούν από πολλούς μικροοργανισμούς, μεταξύ των οποίων και η πνευμονοκύστις, η καρίνιος και η νοκαρδία.

Μια ακόμη κλινική εκδήλωση είναι η πνευμονική αρτηρίτις που μπορεί να οδηγήσει σε αιμόπτυση, σχηματισμό κοιλότητας ή πνευμονικό απόστημα σε δευτερογενή λοίμωξη. Αν η αρτηρίτις είναι διάχυτη μπορεί να ακολουθήσει και πνευμονική υπέρταση.

### ***Από την καρδιά και τα αγγεία***

Η συχνότερη εκδήλωση καρδιακής προσβολής, που παρατηρείται σε περισσότερους από τους μισούς πάσχοντες, είναι η περικαρδίτιδα.

Παρουσιάζει συχνά υποτροπή αλλά σπάνια με μεγάλη ποσότητα περικαρδιακού υγρού, η οποία σε μερικές περιπτώσεις οδηγεί σε καρδιακό επιπωματισμό. Σε κάθε περίπτωση περικαρδίτιδας θα πρέπει να αποκλείεται το ενδεχόμενο της βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας.



***Εικόνα 23*** Συστηματώδης Ερυθηματώδης Λύκος στην υπερύα

Πάνω στις βαλβίδες της καρδιάς, ειδικά στη μπροειδή αναπτύσσονται χαρακτηριστικές εκβλαστήσεις. Σε αντίθεση με τις βλάβες του ρευματικού πυρετού, οι οποίες δημιουργούν σύγκλιση της βαλβίδας, οι

εκβλαστήσεις του λύκου βρίσκονται πάνω στις βαλβιδικές γλωχίνες, εκεί που ενώνονται. Αυτές οι εκβλαστήσεις, οι οποίες ονομάζονται και εκβλαστήσεις των LIBMAN – SACKS από όπου και ενδοκαρδίτιδα ακροχορνώδης (VERRUCOUS) των LIBMAN – SACKS δεν εμποδίζουν τη βαλβιδική λειτουργία. Μπορεί ακόμα να αποτελέσουν κατάλληλο πεδίο για την ανάπτυξη βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας.

Κλινικά φανερή μυοκαρδίτιδα δεν παρατηρείται σε πολλούς ασθενείς,



**Εικόνα 24 (Bullus) Ερυθηματώδης λύκος στο πρόσωπο και το λαιμό**

αν και μπορεί να προκαλέσει συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και διάφορες διαταραχές της αγωγιμότητας του ερεθίσματος. Η καρδιακή ανεπάρκεια είναι, συνήθως, αποτέλεσμα συνδυασμού εξωκαρδιακών επιδράσεων, όπως πυρετού, αναιμίας και αρτηριακής υπέρτασης. Η μόνη εκδήλωση που παρατηρείται από τις βαλβιδικές βλάβες είναι το ήπιο συστολικό φύσημα..

Η νόσος προσβάλλει,

επίσης, και τις αρτηρίες, οι βλάβες δε που δημιουργεί είναι ίδιες με της οξώδους πολυαρτηρίτιδας, με μόνη διαφορά ότι έχουν πιο λίγα ηωσινόφιλλα. Αυτές οι βλάβες μπορούν να προκαλέσουν δυσκολίες στη λειτουργία οποιουδήποτε οργάνου κατά τη διαδρομή της νόσου.

## **Από το γαστρεντερικό σωλήνα**

Γαστρεντερικές διαταραχές βρίσκονται σε μεγάλο ποσοστό στη νόσο. Οι πιο συνηθισμένες είναι η ανορεξία, διάχυτα κοιλιακά άλγη, ναυτία, έμετος, διάρροια, δυσκοιλιότητα ή και αιμορραγικές κενώσεις. Σε σπάνιες περιπτώσεις παρατηρείται δυσαπορρόφηση συνέπεια διάχυτων εντερικών αλλοιώσεων. Η συμμετοχή του πεπτικού συστήματος μπορεί να αφορά όλα τα τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, από τον οισοφάγο μέχρι τον απευθυσμένο. Η προσβολή του οισοφάγου και του λεπτού εντέρου οδηγεί στην εξάλειψη του περισταλτισμού ή τη διάταση των οργάνων αυτών, δυσκολεύοντας έτσι τη διάγνωση του ΣΕΛ από τη σκληροδερμία. Επίσης, οποιοδήποτε τμήμα του οισοφάγου, του στομάχου και του εντέρου μπορεί να πάθει εξελκώσεις, οι περισσότερες των οποίων οφείλονται σε αρτηριακές αλλοιώσεις.

Συχνή, επίσης, είναι η εμφάνιση ελαφρής ηπατομεγαλίας, αλλά η εμφάνιση ικτέρου και ακριβών ενδείξεων διαταραχής της ηπατικής λειτουργίας δεν είναι συχνή. Οι ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα μπορεί να παρουσιάσουν τις τυπικές κλινικές και ιστολογικές αλλοιώσεις του ΣΕΛ, οι οποίες δημιουργούν την ονομαζόμενη «λυκοειδή ηπατίτιδα» (LUPOID LEPATITIS).

Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα ή «λυκοειδής ηπατίτιδα» είναι μια μορφή χρόνιας προοδευτικής ηπατοπάθειας που προσβάλλει κυρίως νέες γυναίκες, στις οποίες ο ίκτερος και άλλες ενδείξεις ηπατικής δυσλειτουργίας συχνά συνοδεύονται από συστηματικές εκδηλώσεις, ίδιες με του λύκου. Οι εκδηλώσεις αυτές είναι πιολυαρθραλγία, αρθρίτιδα και προσβολή των νεφρών. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται



από τάση για μεγάλη υπεργαμμασφαιριναιμία (κυρίως IGG) και την παρουσία διαταραχών του ορού, όπως θετικές δοκιμασίες κυττάρων L.E., αντιπυρηνικών αντισωμάτων και αντισωμάτων σε αντιγόνα των λείων μυϊκών ινών. Από παθολογανατομική άποψη, τα χαρακτηριστικά ευρήματα είναι ηπατοκυτταρική εκφύλωση και νέκρωση, με διήθηση λεφμοκυττάρων και πλασματοκυττάρων και ίνωση η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε μεγαλοοζώδη κίρρωση. Σε αυτούς τους άρρωστους δεν υπάρχει αυστραλιανό αντιγόνο. Μια πρόσφατη ανακοίνωση σχετικά με την ανάπτυξη χρόνιας ενεργού ηπατίτιδας (με θετικά κύτταρα λύκου και άλλες διαταραχές του ορού) σε αρρώστους που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες καθαρτικών σκευασμάτων που περιέχουν οξυφαινουσατίνη αξίζει να αναφερθεί. Η χρόνια ενεργός ηπατίτιδα ακολουθεί πορεία που χαρακτηρίζεται από επανειλημμένα επεισόδια φλεγμονής και νέκρωσης με αποτέλεσμα την ηπατική ανεπάρκεια.

### **Από τους νεφρούς**

Η νεφρίτιδα είναι πολύ συχνή και σοβαρή εκδήλωση της νόσου και είναι υπεύθυνη για τους μισούς περίπου θανάτους. Οι εκδηλώσεις προσβολής των νεφρών εμφανίζονται συνήθως στα πρώτα στάδια με μικροσκοπική αιματουρία, λευκοματουρία και παρουσία κυλίνδρων στα ούρα, μερικοί, όμως ασθενείς παρουσιάζουν μόνο πυουρία χωρίς αιματουρία.

Με νεφρική βιοψία μπορούν να διακριθούν διάφορες μορφές νεφρικών αλλοιώσεων, με πολύ διαφορετική πρόγνωση η κάθε μία. Αν ένας άρρωστος δεν παρουσιάζει σημεία νεφρικών διαταραχών στην πρώτη εξέταση ή αν η βιοψία δείξει αλλοιώσεις που περιορίζονται σε

τμήματα ορισμένων μόνο σπειραμάτων (εστιακή παραγωγική νεφρίτιδα), είναι σπάνιο να αναπτυχθεί αργότερα προοδευτική νεφροπάθεια και θάνατος από νεφρική ανεπάρκεια.

Η μεγάλη πάχυνση της βασικής μεμβράνης (μεμβρανώδης νεφρίτιδα λύκου), συνδέεται με σοβαρή λευκωματουρία και νεφρωσικό σύνδρομο, το οποίο μπορεί να επιμείνει για πολλά χρόνια χωρίς να συνοδεύεται απαραίτητα από σοβαρές λειτουργικές διαταραχές. Αν όμως, τα σπειράματα αποτελούν τη βάση τόσο αλλοιώσεων της βασικής μεμβράνης όσο και παραγωγικών αλλοιώσεων (διάχυτη παραγωγική νεφρίτιδα), τότε οι πιθανότητες να υπάρξει εξέλιξη σε νεφρική ανεπάρκεια είναι μεγάλες. Σε ουραιμία, η υπέρταση είναι συχνή, αλλά επειδή στην εξέλιξη της νόσου η ουραιμία αντιστοιχεί σε σχετικά μικρή χρονική περίοδο, η υπέρταση υπάρχει σε μικρό ποσοστό μιας δεδομένης ομάδας ασθενών. Η νεφροπάθεια μπορεί να εξελιχθεί στα τελικά στάδια μέσα σε λίγους μήνες, αλλά συχνότερα αυτό συμβαίνει σε ένα ή περισσότερα χρόνια.

Σε αρρώστους με λύκο είναι πολύ συχνή η εμφάνιση πυελονεφρίτιδας σαν επιπλοκή, από λοιμώξεις των ουροφόρων οδών, η οποία πρέπει να διακρίνεται από τη γνήσια νεφροπάθεια που αποτελεί συστηματική εκδήλωση της κύριας νόσου. Επίσης, έχουν μελετηθεί και περιγραφεί νεφρωσικό σύνδρομο (οφειλόμενο σε θρόμβωση της νεφρικής φλέβας) και υπέρταση (που οφείλεται σε ετερόπλευρες αγγειακές αλλοιώσεις).

Η νεφρική λειτουργία διαταράσσεται στα τελικά στάδια της νεφροπάθειας και ιδιαίτερα σε εκείνες τις περιπτώσεις που χαρακτηρίζονται από διάχυτες παθολογοανατομικές βλάβες.

## **Από το Κ.Ν.Σ.**

Η προσβολή του Κ.Ν.Σ. παρατηρείται συνήθως σε αρρώστους με ενεργό και σοβαρή μορφή λύκου και ευθύνεται για το 25% περίπου των θανάτων από εγκεφαλική αιμορραγία ή STATUS EPILEPTICUS. Νευρολογικές διαταραχές, όμως, μπορεί να παρατηρηθούν και από την αρχή και να είναι ήπιες και παροδικές.

Έτσι η ύπαρξη τέτοιων εκδηλώσεων δεν σημαίνει αναγκαστικά κακή πρόγνωση. Οι νευρολογικές εκδηλώσεις του λύκου, οι οποίες είναι ποικίλες, περιλαμβάνουν ψύχωση, κατάθλιψη, σπασμούς, χορεία, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια με εστιακές νευρολογικές διαταραχές, προσβολή των εγκεφαλικών νεύρων, εγκάρσια μυελοπάθεια και περιφερική νευροπάθεια.

Κατά τη διάρκεια της νόσου μπορεί να δημιουργηθεί άσηπτος μηνιγγίτις με πυρετό, κεφαλαλγία και ύπαρξη στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό πολυμορφοπυρηνικών κυττάρων και μάλιστα χωρίς να συνυπάρχει κανένα άλλο χαρακτηριστικό σημείο της νόσου. Η διαδρομή του λύκου μπορεί να συγχέεται με κρυπτοκόκκωση και φυματίωση. Έχουν διαπιστωθεί πολλές περιπτώσεις συνύπαρξης της νόσου με βαριά μυασθένεια, καθώς και άλλες περιπτώσεις στις οποίες οι εκδηλώσεις της νόσου εμφανίστηκαν μετά τη θυμεκτομή, η οποία έγινε για τη βαριά μυασθένεια.

## **Από τους οφθαλμούς**

Το ¼ και πάνω των αρρώστων με λύκο παρουσιάζουν αλλοιώσεις του αμφιβληστροειδούς και η πιο συχνή από αυτές είναι μικρές ωοειδούς ή

στρογγυλες άσπρες κηλίδες (σαν από βαμβάκι) που μπορούν να θεωρηθούν λανθασμένες σαν εξιδρώματα. Μπορεί να συνοδεύουν οποιαδήποτε από τις παθήσεις στις οποίες συντελείται τέτοια επεξεργασία, όπως την αγγειίτιδα, την έντονη αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης, τη βαριά αναιμία, το σακχαρώδη διαβήτη, τη σηψαιμία, τη μακροσφαιριναιμία, και τη βαριά υπέρταση με αρτηριοσκλήρυνση. Συχνή, επίσης, είναι η προσβολή του κερατοειδούς, η οποία συνοδεύεται από δυνατό, διαβελονιστικό πόνο και αίσθημα ξένου σώματος.

### **Από το αιμοποιητικό σύστημα**

Στο μισό των περιπτώσεων βρίσκονται διογκωμένοι λεμφαδένες, σπάνια, όμως, το μέγεθός τους είναι αξιόλογο. Επίσης, παρατηρείται σπληνομεγαλία σε ποσοστό 20%, αναιμία συνήθως ελαφρή, ορθόχρωμη και ορθοκυτταρική.

### **Από άλλα όργανα**

Η νόσος συχνά συνοδεύεται από το σύνδρομο του SJOGREN και τη θυρεοειδίτιδα του HASHIMOTO, από όπου συνεπάγεται ότι η αιτιολογία των τριών αυτών νόσων είναι σημαντική αυτοανοσιακών μηχανισμών. Έχει παρατηρηθεί επίσης, συνδυασμός θρομβωτικής – θρομβοκυτοπενικής πορφύρας και ΣΕΛ. Το φαινόμενο RAYNAUD προηγείται κατά πολλά χρόνια από τις άλλες εκδηλώσεις της νόσου.

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου ποικίλλουν. Σύμφωνα με τον καθηγητή κ. Γαρδίκια όταν ο ασθενής έχει 4 από τις παρακάτω 14 εκδηλώσεις, η ύπαρξη λύκου θεωρείται σίγουρη.

1. Ερύθημα προσώπου
2. Δισκοειδής λύκος
3. Φαινόμενα RAYNAUD
4. Αλωπεκία
5. Φωτοευαισθησία
6. Εξελκώσεις στόματος ή ρινοφάρυγγος
7. Αρθρίτιδα χωρίς παραμορφώσεις
8. L.E. κύτταρα (δύο ή περισσότερα)
9. Χρόνια ψευδή θετική αντίδραση για συφυλίδα (που επιμένει για χρονικό διάστημα πάνω από 6 μήνες)
10. Πρωτεϊνουρία, πάνω από 3,5 γραμμάρια / 24ώρο
11. Κύλινδροι κυτταρικοί στα ούρα
12. Πλευρίτιδα ή περικαρδίτιδα
13. Ψυχώσεις – Σπασμοί
14. Αιμολυτική αναιμία ή λευκοπενία (λευκά < 4000) ή θρομβοπενία (αιμοπετάλια < 100.000).

## ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

### 1. Αντιπυρηνικά Αντισώματα (ANA)

Τα ANA είναι μια ομάδα αυτοαντισωμάτων, που έχουν σαν στόχο τους, διάφορα αντιγονικά στοιχεία των πυρήνων των κυττάρων. Παρουσιάζονται στον ορό ασθενών με διάφορες παθήσεις και η παρουσία τους είναι ενδεικτική διαταραχής της ανοσολογικής ισορροπίας του οργανισμού. Είναι ανοσοσφαιρίνες του τύπου IGG και IGM.



*Εικόνα 25 Libman. Ενδοκαρδιακοί σάκοι. Προσέξτε την γεμάτη κερατοειδείς βλάστηση στις καρδιακές βαλβίδες*

Στο ΣΕΛ μπορούν να ανιχνευθούν στον ορό όλα σχεδόν τα μέχρι τώρα γνωστά αντιπυρηνικά ή αντικυτταροπλασματικά αντισώματα. Οι μέθοδοι ανίχνευσης των ANA είναι:

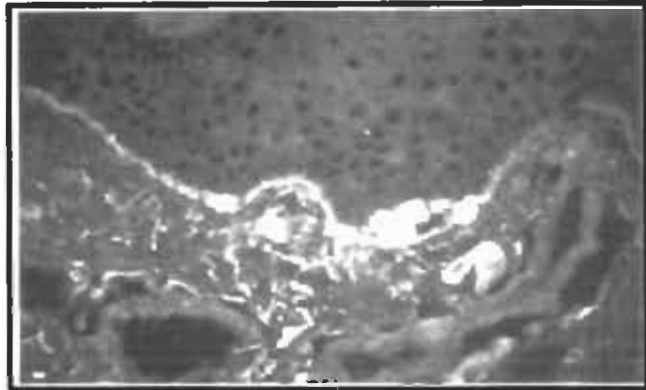
1. Έμμεσος ανοσοφθορισμός
2. Κύτταρα Λύκου (L.E. κύτταρα)
3. Ραδιοϊσοτοπικές μέθοδοι
4. Μέθοδος κριθίδας Λουσίλια
5. Μέθοδος δέσμευσης του συμπληρώματος
6. Παθητική αιμοσυγκόλληση

7. Μέθοδος διπλής ανοσοδιάχυσης σε άγαρ (OUCHTERLONY)

8. Μέθοδος αντίθετης ανοσοηλεκτροφόρησης

9. Ραδιοανοσολογική μέθοδος στερεάς φάσης

Ο ανοσοφθορισμός είναι η κυριότερη μέθοδος, η οποία έχει συμβάλλει μάλιστα αποτελεσματικά στην εργαστηριακή διάγνωση του ΣΕΛ:



Εικόνα 26 Η ανοσοσφαιρίνη στην δερμο-επιδερμική συνένωση στον συστηματώδη ερυθηματώδη λύκο

A. Με την ανίχνευση αυτοαντισωμάτων (AA) έναντι ενός φάσματος πυρηνικών και κυτταροπλασματικών αντιγόνων και

B. Με τη μελέτη της βιοψίας του νεφρού και του δέρματος για την εναπόθεση ανοσοσφαιρινών και συμπληρώματος.

Τα AA έναντι του DNA δεν είναι ομοιογενή στον ΣΕΛ. Υπάρχουν 3 μορφές:

1. AA έναντι του DS – DNA (διπλής έλικος DNA)
2. AA έναντι του SS - DNA (μονής έλικος DNA)
3. AA έναντι του SS – DNA και DS – DNA

Από αυτά τα DS-DNA μόνο είναι παθογνωμικά για τον ΣΕΛ διότι σχετίζονται με τη δραστηριότητα της νόσου σε κάθε άρρωστο και σπάνια βρίσκονται σε άλλα νοσήματα.

## Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος

Με τις μεθόδους ελέγχου που έχουν μέχρι τώρα επινοηθεί, τα ANA ταξινομούνται ως εξής:

A. Αντισώματα με στόχο DNA

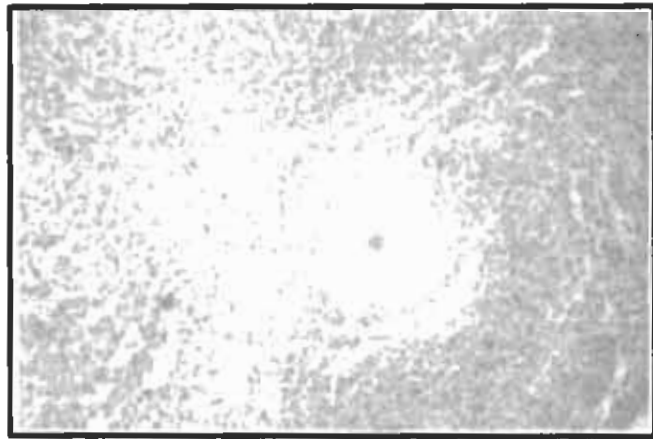
B. Αντισώματα με στόχο δεσοξυριβονουθεοπρωτεΐνης (DNP)

Γ. Αντισώματα με στόχο εστόνες

Δ. Αντισώματα με στόχο μη ιστονικές πρωτεΐνες και συμπλέγματα RNA και πρωτεΐνης

Ε. Αντισώματα με στόχο αναγόνα πυρηνιδίου

ΣΤ. Αντισώματα με στόχο άλλα πυρηνικά αντιγόνα.



*Εικόνα 27 Συστηματώδης Ερυθηματώδης Λύκος. Η κεντρική αρτηρία του σπληνός δίνει μια «κρεμμοδοειδή» εμφάνιση*

Οι παθήσεις με θετικά ANA είναι:

1. ΣΕΛ
2. Σκληροδερμία
3. Ρευματοειδής αρθρίτιδα
4. Νεανική χρόνια πολυαρθρίτιδα
5. Πολυμουοσίτιδα, δερματομυοσίτιδα
6. Σύνδρομο SJOGREN
7. Οζώδης πολυαρθρίτιδα
8. Χρόνιος δισκοειδής ερυθηματώδης λύκος
9. Λυκοειδής ηπατίτιδα και άλλες αυτοάνοσοι ηπατικές ασθένειες



- 10.Υπεροσφαιριναιμική πορφύρα
- 11.Βαριά μυασθένεια
- 12.Θύμωμα
- 13.Θυρεοειδίτιδα HASHIMOTO
- 14.Κακοήθης αναιμία
- 15.Ελκώδης Κολίτιδα
- 16.Χρόνια μεμβρανώδης σπειραματονεφρίτιδα
- 17.Χρόνια βρογχίτιδα
- 18.Ασβέστωση
- 19.Λοιμώδης μονοπυρήνωση
- 20.Ινώδης κυψελίτιδα
- 21.Ερπητοειδής δερματίτιδα

## **2. Κύτταρα Λύκου (L.E.. κύτταρα)**

Τα L.E. κύτταρα δημιουργούνται, όταν αίμα ή άλλο σωματικό υγρό, στο οποίο έχει παρεμποδιστεί η πήξη, παραμένει σε επώαση για 30 έως 60 λεπτά. Το τυπικό κύτταρο είναι ουδετερόφιλο , λευκοκύτταρο, διογκωμένο εξαιτίας της παρουσίας μέσα στο κυτταρόπλασμα του ενός έγκλειστου σωματίου με μορφή σφαιρικής μάζας από ομοιογενές υλικό το οποίο χρωματίζεται κόκκινο – βυσσινί με τη χρωστική του Wright.

Το φαινόμενο των L.E. κυττάρων στηρίζεται στην ύπαρξη ενός ειδικού παράγοντα στον ορό, και συγκεκριμένα σε ένα αντίσωμα (παράγοντας ερυθηματώδη λύκου) το οποίο συνδέεται με τις

δεσοξυριβοζοπυρηνοπρωτείνες του πυρήνα καταστραμμένων κυττάρων. Μετά τη σύνδεση αυτή το πυρηνικό υλικό διογκώνεται, παραμορφώνεται η δομή χρωματίνης και μεταβάλλεται σε ομογενή μάζα. Η φαγοκυττάρωση της μάζας αυτή από ουδετερόφιλα λευκοκύτταρα (σπανιότερα από ηωσινόφιλα, μονοκύτταρα, λεμφοκύτταρα ή και πλασματοκύτταρα) δημιουργεί το κύτταρο ερυθηματώδη λύκο. Το φαινόμενο των L.E. κυττάρων είναι IN VITRO φαινόμενο.

Η μέθοδος των κυττάρων L.E. ήταν για πολλά χρόνια χρήσιμη, σήμερα έχει αντικατασταθεί από τη μέθοδο του έμμεσου ανοσοφθορισμού, που ανιχνεύει όλα μαζί τα ANA.

### **3. Λεμφοκυτταροτοξικά αντισώματα**

Είναι αντισώματα εναντίον στοιχείων της επιφάνειας του λεμφοκυττάρου, που βρίσκονται στο ΣΕΛ αλλά και σε ιογενείς λοιμώξεις. Τα αντισώματα αυτά έχουν σημασία για τρεις λόγους:

A) Αποτελούν ένδειξη ιογενούς αιτιολογίας του ΣΕΛ

B) Είναι υπεύθυνα πιθανόν για τη διαταραχή της λειτουργίας των Τα-κυττάρων της νόσου

Γ) Συμμετέχουν πιθανόν στην πρόκληση της ιστικής βλάβης

Τα λεμφοκυτταρικά αντισώματα αντιδρούν κατά σταυροειδή τρόπο με τον εγκέφαλο και τους τροφοβλάστες του πλακούντα. Είναι, κυρίως IGM, αντιδρούν σε χαμηλή θερμοκρασία (4° C), αντιδρούν δε και με B- και T- λεμφοκύτταρα, ενώ τα IGG αντιδρούν και σε 4° C και σε 37° C, ειδικότερα με B- κύτταρα.

Λεμφοκυτταροτοξικά αντισώματα βρίσκονται σε ιογενείς λοιμώξεις κυρίως ιλαρά και λοιμώδη μονοπυρήνωση. Σε ασθενείς με ΣΕΛ βρίσκονται σε ποσοστό 80% και σε όσους συζούν με αυτούς σε ποσοστό 50%. Άλλο ένα ενδιαφέρον σημείο είναι η σχέση λεμφοκυτταροτοξικών αντισωμάτων και αποβολών. Στο ΣΕΛ είναι συχνές οι αυτόματες διακοπές κύησης, ανεξάρτητα αν η νόσος είναι σε ενεργό ή αδρανές στάδιο.

Συμβαίνει επίσης, να προηγείται πολλές φορές η τάση προς επανειλημμένες εκτρώσεις χωρίς να έχει τεθεί η διάγνωση του ΣΕΛ. Αξιόλογο είναι, ότι τα αντισώματα αυτά εξαφανίζονται κατά την κύηση, εκτός αν αυτή καταλήγει σε αποβολή. IN VITRO βρέθηκε μεγάλη ελάττωση του τίτλου των αντισωμάτων αυτών στον ορό γυναικών που κατέληξαν σε έκτρωση.

### ***Άλλα εργαστηριακά ευρήματα***

Το 80% περίπου των αρρώστων με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο εμφανίζουν ηπίου βαθμού νορμόχρωμη, νορμοκυτταρική αναιμία. Στο 5% των περιπτώσεων παρουσιάζεται σοβαρή μορφή αιμολυτικής αναιμίας ανοσοβιολογικής φύσης με θερμοαιμολυσινικά αντισώματα. Συχνά, υπάρχουν θρομβοκυτταροπενία και λευκοπενία μετρίου βαθμού. Η ταχύτητα καθίζησης είναι μεγάλη και μπορεί να παραμένει μεγάλη και σε περιόδους ύφεσης.

Τα ευρήματα από τα ούρα δεν είναι ειδικά – λευκωματουρία, μικροσκοπική αιματουρία και πυουρία – και μοιάζουν με τα ευρήματα σε άλλες μορφές σπειραματονεφρίτιδας.

Η ακτινογραφία θώρακα συχνά δείχνει πλευριτική αντίδραση, ατελεκτασία στις βάσεις των πνευμόνων η καρδιακή υπερτροφία. Το αρθρικό υγρό σε άτομα που παρουσιάζουν αρθρίτιδα είναι διαυγές ή μόνο λίγο θολερό και ο αριθμός των λευκών συνήθως δεν ξεπερνά τις 3000 /mm<sup>3</sup>. Σε όλα αυτά τα εξιδρώματα μπορεί να βρεθούν κύτταρα L.E. και το επίπεδο του ολικού συμπληρώματος μπορεί να είναι πολύ πιο χαμηλό από του ορού.

Στο 50% των αρρώστων με νευρολογικές εκδηλώσεις το εγκεφαλονωτιαίο υγρό έχει παθολογικά ευρήματα, όπως αύξηση των πρωτεϊνών, σχετική λεμφοκυττάρωση και πολύ χαμηλά επίπεδα του συστατικού C4 του συμπληρώματος. Οι ηλεκτροεγκεφαλογραφικές διαταραχές είναι συχνές, αλλά μη ειδικές και διάχυτες.

Ανωμαλίες των ανοσοσφαιρινών υπάρχουν σε πολλούς ασθενείς με ΣΕΛ. Επίσης παρατηρούνται πυκνότητες των σφαιρινών του ορού που ξεπερνούν τα 4,0 γραμμάρια ανά 4100ml. Η ηλεκτροφόρηση δείχνει ετερογενή αύξηση των γ-β2-α σφαιρινών.

Η εμφάνιση μακροσφαιριναιμίας και κρυσφαιριναιμίας σε επίπεδα που μπορούν να προκαλέσουν κλινικές εκδηλώσεις, είναι σπάνια. Συχνό εύρημα είναι η θετική άμεση δοκιμασία COOMBS, ακόμα και όταν δεν υπάρχει αιμολυτική αναιμία. Στο 20% βρίσκεται «ψευδώς» θετική μια βιολογική δοκιμασία για σύφιλη (BFP TEST).

Σε ένα ποσοστό αρρώστων ανιχνεύονται κυκλοφορούσες αντισηπτικές ουσίες (αντισώματα ενάντια σε διάφορους παράγοντες πήξης). Αυτές διαπιστώνονται με επιμήκυνση του χρόνου θρομβοπλαστίνης και του χρόνου προθρομβίνης. Η αιμορραγική

διάθεση στους αρρώστους αυτούς είναι συνήθως μικρή ή δεν υπάρχει καθόλου.

Ο ρευματοειδής παράγοντας βρίσκεται στο 15% των αρρώστων και εκτός από αυτό μπορεί να υπάρχουν αντισώματα ενάντια σε λευκοκύτταρα, αιμοπετάλια και σε διάφορα κυτταροπλασματικά συστατικά, όπως αντιμιτοχονδριακά αντισώματα ενάντια στην κυτταρική μεμβράνη.

Το συμπλήρωμα του ορού ελαττώνεται σε αναλογία 75% των ασθενών με ΣΕΛ, αλλά μπορεί να είναι φυσιολογικό ή και αυξημένο. Η ελάττωση παρουσιάζει κάποια σχέση προς το βαθμό δραστηριότητας της νόσου. Ίδιο με αυτόν όταν υπάρχει νεφρίτιδα. Η ανεύρεση χαμηλών τιμών συμπληρώματος μπορεί να συμβάλλει στην διαφορική διάγνωση του νοσήματος από το ρευματικό πυρετό, την πολυαρθρίτιδα, τη δερματομυοσίτιδα, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και διάφορες λοιμώξεις, οι οποίες συνήθως χαρακτηρίζονται από φυσιολογικά ή αυξημένα επίπεδα συμπληρώματος ορούς.

Ελάττωση του συμπληρώματος του ορού, μπορεί επίσης, να εμφανισθεί στην ορονοσία, οξεία σπειραματονεφρίτιδα και στο νεφρωσικό σύνδρομο.

## ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΑ

Οι πρώτες παρατηρήσεις πάνω στο σύνδρομο υδραλαζίνης έγιναν το 1953 και το 1954. Από τότε συνέχεια περιγράφονται διάφορα σύνδρομα που μοιάζουν με λύκο, μετά από χορήγηση διαφόρων φαρμάκων. Τα φάρμακα αυτά είναι πάρα πολλά και συνέχεια αυξάνεται ο αριθμός τους. Αυτά είναι:

1. Προκαϊναμίδη (το πιο συχνό φάρμακο που ευθύνεται σήμερα)
2. Ισονιαζίδη
3. Αμινοσαλικυλικό οξύ
4. Διφαινυλδαντοΐνη
5. Μεθφαινυλαιθυλδαντοΐνη
6. Τριμεθαδώνη
7. Πενικιλίνη
8. Πενικιλλαμίνη
9. Σουλφοναμίδες
10. Τετρακυκλίνη
11. Προπυλθεισηρακίλη και
12. Άλφα – μεθυλντόπα

Τα σύνδρομα που έχουν ερευνηθεί περισσότερο και που έχουν καθιερωθεί χωρίς αμφιβολίες είναι το σύνδρομο υδραλαζίνης και προκαιναμίδης.

Όταν παλαιά η υδραλαζίνη χορηγούνταν πολύ για τη θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης, παρατηρήθηκε ότι το 10% περίπου των

αρρώστων που έπαιρναν το φάρμακο σε μεγάλες δόσεις και για μεγάλα χρονικά διαστήματα, παρουσιάζουν μια ιδιότυπη διαταραχή, η οποία ονομαζόταν σύνδρομο υδραλαζίνης. Γυναίκες και άνδρες προσβάλλονταν το ίδιο, και το κύριο ενόχλημα ήταν πολυαρθραλγία ή αρθρίτιδα, η οποία υποχωρούσε μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Μερικοί από τους αρρώστους παρουσίασαν και άλλα συμπτώματα, όπως πυρετό, πλευρίτιδα, περικαρδίτιδα, διόγκωση ήπατος και σπληνός, ερυθηματώδες εξάνθημα, λευκοπενία, υπεργάμμασφαιριναιμία και διάφορες διαταραχές στον ορό του αίματος, όπως θετική δοκιμασία κυττάρων L.E και “ψευδώς» λανθασμένες θετικές δοκιμασίες για σύφιλη. Η προσβολή του Κ.Ν.Σ. ή των νεφρών ήταν σπάνια. Όταν σταματούσε η χορήγηση υδραλαζίνης οι διαταραχές εμφανίζονταν και ξανάρχιζαν με τη χορήγηση του φαρμάκου.

Πρόφατα βρέθηκε, ότι άρρωστοι με ενεργό σύνδρομο υδραλαζίνης εμφανίζουν κυκλοφορούντα αντισώματα ενάντια στο φάρμακο, ενδείξεις επιβραδυνόμενης υπερευαισθησίας (μεταμόρφωση λεμφοκυττάρων μετά από έκθεση σε υδραλαζίνη), καθώς και αντισώματα ενάντια σε ανθρώπινο DNA. ANA ανιχνεύονται στο 75% των αρρώστων με αυτό το σύνδρομο για μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά ένας μικρός μόνο αριθμός παρουσιάζει λυκοειδή αντίδραση με πολυαρθραλγία, μυαλγίες, πυρετό και πλευρίτιδα.

Η προσκαϊναμίδη εξαιτίας φωτοοξειδώσεως, μπορεί να συνδέεται με DNA και διάφορα άλλα πυρηνικά μακρομόρια ή άλλα δυνητικά αυτοαντιγόνα με τέτοιο τρόπο ώστε να μεταβάλλει τις ουσίες αυτές σε ανοσοποιητικούς παράγοντες.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ένας άρρωστος με κλασικές συστηματικές εκδηλώσεις και θετική δοκιμασία L.E. κυττάρων ή αντιπυρηνικών αντισωμάτων δεν αποτελεί διαγνωστικό πρόβλημα. Ο ΣΕΛ όμως δεν παρουσιάζει κατά αυτόν τον τρόπο αλλά εξελίσσεται με μια σειρά επεισοδίων. Στην αρχή και για ένα χρονικό διάστημα μετά μπορεί να υπάρχει μόνο ένα σύμπτωμα. Φυσικά ορισμένα συμπτώματα, όπως για παράδειγμα το εξάνθημα «πεταλούδας», είναι πολύ πιο διαγνωστικά από άλλα.

Γενικά η διάγνωση βασίζεται στην κατάλληλη ομάδα κλινικών συμπτωμάτων και επιβεβαιώνεται με ορολογικά, ιστοπαθολογοανατομικά και άλλα εργαστηριακά ευρήματα. Η δοκιμασία των ANA θεωρείται πολύ χρήσιμη. Μια θετική δοκιμασία των L.E κυττάρων, ενισχύει, επίσης τη διάγνωση.

Η ισχυρότερη ορολογική ένδειξη της νόσου είναι η ύπαρξη αντισωμάτων σε αυτούσιο DNA, επειδή αυτά σπανίζουν σε άλλες καταστάσεις. Επίσης, διαγνωστική αξία έχει και η εξέταση βιοψιών του δέρματος.

Πλήρης εικόνα της νόσου είναι σπάνια. Μπορεί να συγχέεται με διάφορες άλλες καταστάσεις και ιδιαίτερα με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η διάκριση μεταξύ τους δεν είναι πάντα εύκολη, γιατί υπάρχουν εκδηλώσεις που παρουσιάζονται και στις δύο αυτές διαταραχές εξίσου. Πολλοί ασθενείς με ΣΕΛ έχουν θετική δοκιμασία του ρευματοειδούς παράγοντα (RA TEST), αλλά συνήθως σε χαμηλούς τίτλους. Παρόλα αυτά όμως, έχουν έντονα ενοχλήματα από τις αρθρώσεις. Επίσης, στη



ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορεί να υπάρξουν θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα και κύτταρα L.E σε μεγάλο ποσοστό, αλλά οι τίτλοι τους να είναι χαμηλότεροι από ότι στον ερυθηματώδη λύκο. Οι περισσότεροι άρρωστοι με ρευματοειδή αρθρίτιδα και θετικά κύτταρα L.E. ή ANA συνήθως ακολουθούν την ίδια πορεία με όσους δεν παρουσιάζουν αυτά τα ευρήματα στον ορό και δεν πρέπει να θεωρούνται ότι έχουν ΣΕΛ αν δεν υπάρχουν τα ανάλογα κλινικά ευρήματα. Κλινικές και ορολογικές ομοιότητες μεταξύ της νόσου και άλλων νοσημάτων, όπως δερματομυοσίτιδας, και συνδρόμου SJOGREN δεν είναι σπάνιες.

Τέλος, ο δισκοειδής ερυθηματώδης λύκος, στον οποίο εμφανίζονται ερυθρές απολεπιστικές πλάκες με θυλακιώσεις, πτυχές και ατροφία στο κέντρο, συνήθως στο πρόσωπο και το λαιμό, θεωρείται διαφορετική διαταραχή από το ΣΕΛ. Όταν το νόσημα, όμως αυτό μείνει περιορισμένο στο πρόσωπο για πολλά χρόνια, καταλήγει σε τυπικό συστηματικό ερυθηματώδη λύκο.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Επειδή δεν υπάρχει ειδική θεραπεία, αυτή εξαρτάται από τη βαρύτητα του νοσήματος. Στο ΣΕΛ υπάρχει μια μεγάλη συχνότητα αυτόματων κλινικών υφέσεων και πολλά άτομα με ήπια ενοχλήματα δεν χρειάζονται θεραπεία.

Στους βαριά αρρώστους, τα κορτικοστεροειδή ήταν και παραμένουν τα πιο σωστά μέσα αντιμετώπισης. Τα αποτελέσματά τους είναι αρκετά καλά, αλλά θα πρέπει να φυλάγονται για οξείες εξάρσεις της νόσου ή για περιπτώσεις σοβαρής προσβολής διαφόρων ζωτικών οργάνων.

Σε αρρώστους που βρίσκονται στο οξύ στάδιο της νόσου, απαραίτητες αρχικές ημερήσιες δόσεις είναι 60mg και πάνω. Με αυτές τις δόσεις παρατηρούνται μέσα σε 48 ώρες, πτώση του πυρετού, ελάττωση του αρθρικού ή του πλευρικού πόνου, εξαφάνιση του εξανθήματος και γενικά βελτίωση στις άλλες εκδηλώσεις της νόσου.

Αν ο άρρωστος δεν έχει ευνοϊκή εξέλιξη σε μια ορισμένη δόση κορτικοστεροειδών, η δόση πρέπει να αυξηθεί έγκαιρα στην ποσότητα που είναι απαραίτητη για τον έλεγχο επιπλοκών, που θα μπορούσαν εύκολα να γίνουν απειλητικές για τη ζωή. Σαν θεραπευτικοί οδηγοί, επίσης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι επαναλαμβανόμενες μετρήσεις των τίτλων των αντί-DNA αντισωμάτων και των επιπέδων του συμπληρώματος στον ορό. Αφού γίνει έλεγχος της δραστηριότητας της νόσου ελαττώνεται βαθμιαία η δόση των κορτικοστεροειδών και με προσοχή. Πολλοί άρρωστοι μπορούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα να μην παίρνουν κορτικοστεροειδή, αλλά ποτέ τα φάρμακα αυτά δεν πρέπει να διακόπτονται εντελώς.

Η αντιμετώπιση της νεφρίτιδας της νόσου, αποτελεί ειδικό πρόβλημα. Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν πως η κακή πρόγνωση της διάχυτης παραγωγικής μορφής της νεφρίτιδας του λύκου, επιβάλλει παρατεταμένη χορήγηση μεγάλων δόσεων κορτικοστεροειδών ενώ αντίθετα, άλλοι πιστεύουν ότι επιτυγχάνεται ύφεση της νόσου με μικρότερες δόσεις, ακόμα και όταν υπάρχουν νεφρωσικό σύνδρομο και συραιμία. Πολλές παρατηρήσεις δείχνουν ότι η χορήγηση μεγάλων δόσεων πρεδνιζόνης (60mg) είτε καθημερινά, είτε μέρα παρά μέρα, προκαλεί βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας και παράταση της ζωής των αρρώστων με αυτή τη μορφή νεφρίτιδας. Η παρατεταμένη χορήγηση πρεδνιζόνης σε τόσο μεγάλες δόσεις, όμως, συνδέεται με τους κινδύνους όλων των επιπλοκών, ακόμα και των θανατηφόρων του συνδρόμου Cushing. Οι κίνδυνοι αυτοί μπορούν να μειωθούν με τη χορήγηση κορτικοστεροειδών μέρα παρά μέρα.

Η αξία των κορτικοστεροειδών στην αντιμετώπιση των νευρολογικών εκδηλώσεων της νόσου είναι αβέβαιη. Αν και σε ορισμένες περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί βελτίωση με μεγάλες δόσεις πρεδνιζόλης, 60mg και άνω την ημέρα, πολλοί άρρωστοι που εμφανίζουν σπασμούς και διανοητικές διαταραχές, δεν παρουσιάζουν βελτίωση ή και μπορεί να χειροτερέψουν. Η αξιολόγηση της επίδρασης της θεραπείας είναι δύσκολη, γιατί τα νευρολογικά συμπτώματα έχουν την τάση να παρέρχονται μόνα τους. Η φύση των σπαστικών και ψυχιατρικών διαταραχών που προκαλούν τα κορτικοστεροειδή δε διαφέρουν από αυτές που προκαλεί η νόσος, γι' αυτό κάθε άρρωστος αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα.

Σε περιόδους εξάρσεως τα σαλικυλικά ανακουφίζουν από τον πυρετό και τις αρθραλγίες. Τα ανθελονοσιακά φάρμακα (χλωροκίνη) είναι δυνατόν να επιοδράσουν ευνοϊκά σε ορισμένες δερματικές βλάβες καθώς και στις συστηματικές εκδηλώσεις. Σήμερα, όμως χορηγούνται σπάνια, επειδή αμφισβητείται η αξία τους και επειδή παρατηρούνται επιπλοκές από τον αμφιβληστροειδή μετά από μακροχρόνια χορήγηση.

Γενικά, οι άρρωστοι πρέπει να αποφεύγουν την υπερβολική έκθεση στον ήλιο και να χρησιμοποιούν τα φάρμακα με προσοχή, γιατί οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι συχνές.

Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με στεροειδή πρέπει να εφαρμόζεται και αγωγή πεπτικού έλκους.

Τα προβλήματα που προέκυψαν από τη μακροχρόνια χορήγηση κορτικοστεροειδών οδήγησαν σε θεραπευτικές δοκιμές πολλών άλλων αντιφλεγμονωδών και ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων (IMURAN, ENDOXAN). Τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα γίνονται δεκτά αλλά με κάποια επιφύλαξη πάντα.

Υπάρχουν όμως, ενδείξεις ότι συνδυασμοί αζοθειοπρίνης – πρεδνιζόνης και κυκλοφωσφαμίδης – πρεδνιζόνης, διπυριδαμόλης και αντιπηκτικού (ηπαρίνης ή κουμαρινικού), έχουν μια μικρή επίδραση σε ενήλικες με νεφρίτιδα λύκου, οι οποίοι αντιδρούν μόνο στην πρεδνιζόνη. Πιστεύεται ότι η χρήση τέτοιων συνδυασμών θα αποτελέσει την αρχή για την αποφυγή συνεπειών της μακροχρόνιας αγωγής με κορτικοστεροειδή.

Επειδή σε ένα σημαντικό αριθμό περιπτώσεων έχει παρατηρηθεί σαν πρώτη εκδήλωση θρομβοκυτοπενία με πορφύρα, εφαρμόστηκε

σπληνεκτομή, με αποτέλεσμα να παρατηρηθεί βελτίωση της αιμοπεταλικής ανεπάρκειας. Σε μία ομάδα ασθενών που έπασχαν από «ιδιοπαθή» θρομβοκυτοπενική πορφύρα, η σπληνεκτομή απέδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα, αλλά μετά από μερικά χρόνια εμφανίστηκαν άλλες εκδηλώσεις συστηματικού ερυθηματώδη λύκου. Σε όλες τις περιπτώσεις ο σπλήνας παρουσίασε βλάβη των μικρών αρτηριών σαν «φλούδα κρεμμυδιού». Η σπληνεκτομή αντενδείκνυται σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν διαταραχές αιματολογικές, εξαιτίας αλλοίωσης του σπλήνα.

---

T. L. 47  
BIE...

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο νοσηλευτής – τρια στην άσκηση του επαγγέλματος του, νοσηλεύει άτομα με διάφορες παθήσεις. Για να αντιμετωπίσει λοιπόν, καθένα από αυτά τα άτομα καταστρώνει ένα σχέδιο νοσηλείας, το οποίο στηρίζει σε αρχές (εξατομικεύει δηλαδή τη νοσηλεία), χωρίς να ξεφεύγει από τους κύριους στόχους που είναι:

- Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα
- Πρόληψη των επιπλοκών
- Αποκατάσταση του αρρώστου

Σε αρρώστους που πάσχουν από συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, όπως ειπώθηκε και παραπάνω, συναντούμε μεγάλη ποικιλομορφία συμπτωμάτων, τόσο σε βαρύτητα, όσο και σε αριθμό.

Σε περίοδο υφέσεως ο άρρωστος παρακολουθεί σαν εξωτερικός ασθενής, έτσι η φροντίδα του νοσηλευτή – τριας περιορίζεται στο να αξιολογεί κατά πόσο τηρεί τις ιατρικές οδηγίες (φάρμακα, δίαιτα) του υπενθυμίζει την επόμενη επίσκεψη και του συνιστά, σε περίπτωση επιβάρυνσης της κατάστασής του, την έγκαιρη προσέλευση στο γιατρό.

Σε περίοδο εξάρσεως της νόσου, ο άρρωστος νοσηλεύεται μέσα στο νοσοκομείο. Η κατάσταση του αρρώστου μπορεί να είναι βαριά ανάλογα με το ποιανού συστήματος συμπτώματα θα παρουσιαστούν πρώτα.

Όταν ο ασθενής είναι κλινήρης, ο νοσηλευτής – τρια προσφέρει ο ίδιος ατομική φροντίδα στον άρρωστο. Δίνει καθημερινό λουτρό καθαριότητας, χαρίζοντάς του αφ' ενός μεν το αίσθημα της ευεξίας και

της άνεσης, αφ' ετέρου τονώνει την αιματική κυκλοφορία (με το τρίψιμο) κυρίως σε μέρη που πιέζονται, προλαμβάνοντας έτσι τις κατακλίσεις. Κάνει συχνά πλύση στόματος με αντισηπτικό διάλυμα, επειδή η νόσος προκαλεί εξελκώσεις του στόματος (στοματίτιδα μυξητιασική ή μικροβιακή και ακόμα παρωτίτιδα μικροβιακή).

Φροντίζει για την καλή λειτουργία του εντέρου, χορηγώντας δίαιτα με υπολείμματα ή ελαφρά υπακτικά.

Σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίζει αιμορραγία από το γαστρεντερικό σύστημα (αιματέμεση, μέλαινες κενώσεις), ο νοσηλευτής – τρια το αναφέρει στο γιατρό. Παρακολουθεί στενά τον άρρωστο, γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων, παρακολουούθηση του ποσού των ούρων, γίνεται λήψη αίματος για τον προσδιορισμό της ομάδας και της συμβατότητας, καθώς και εξασφάλιση αίματος για τυχόν μετάγγιση. Έχει υπόψη του τον κανόνα, ο οποίος δεν ισχύει απόλυτα, ότι αν η Α.Π. είναι κάτω από 110mmHg και ο αριθμός σφύξεων πάνω από 110 /min απαιτείται μετάγγιση μονάδες αίματος.

Επί προσβολής των αρθρώσεων της νόσου, ο νοσηλευτής – τρια φροντίζει για την τοποθέτηση των μελών σε σωστή (ουδέτερη λειτουργική) και αναπαυτική θέση ώστε να ανακουφίζει τον άρρωστο από τον πόνο και να προλαμβάνει τις παραμορφώσεις.

Οι εκδηλώσεις από τα νεφρά, είναι οι πιο συχνές και πιο σοβαρές. Όταν έχει επηρεαστεί αρκετά η νεφρική λειτουργία, φροντίδα του νοσηλευτή – τριας είναι η αυστηρή μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών (ούρα, έμετοι, ιδρώτες, διάρροιες), αξιολογώντας έτσι τη νεφρική κλειτουργία και προλαμβάνοντας

υδροηλεκτρολυτικές διαταραχές. Φροντίζει για τη διαίτα του προσφέροντας τροφές φτωχές σε κάλιο, νάτριο και λευκώματα, ανάλογα βέβαια με τη βαρύτητα της κατάστασης.

Μια άλλη σοβαρή διαταραχή της νόσου είναι οι αλλοιώσεις που εμφανίζονται στο δέρμα. Ο νοσηλευτής – τρια φροντίζει το δέρμα του ασθενή ώστε να μη φαίνονται οι παραμορφώσεις. Στο δέρμα μπορούν να εμφανιστούν προμφόλυγες που μερικές φορές αιμορραγούν.

Η αντιμετώπιση από το νοσηλευτή – τρια πρέπει να είναι άμεση, δηλαδή να γίνεται συχνά πλύση με φυσιολογικό διάλυμα NaCl, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική και απομάκρυνση των ακαθαρσιών από το δωμάτιο του ασθενή. Η περιποίηση του δέρματος με τον παραπάνω τρόπο, γίνεται για την αποφυγή εξελκώσεων και εκτεταμένων τραυμάτων του δέρματος. Επίσης, γίνεται η αλλαγή των λευχειμάτων και ενδυμάτων του αρρώστου, ειδικά όταν βρέχονται, για να αισθάνεται άνετα ο ίδιος και για να υπάρχει καλαιοσθητικό περιβάλλον. Επιβάλλεται καλός αερισμός του δωματίου για την αποφυγή δυσοσμίας, καθώς επίσης και χρησιμοποίηση αποσμητικών.

Μπορεί επίσης να εμφανιστεί αλωπεκία, αλλά ο νοσηλευτής – τρια εξηγεί στον άρρωστο ότι με τη θεραπεία, τα μαλλιά θα ξαναβγούν.

Όταν προσβληθεί το αναπνευστικό και έχει επηρεαστεί η αναπνευστική λειτουργία, φροντίδα του νοσηλευτή – τριας είναι η λήψη της θερμοκρασίας σε συχνά χρονικά διαστήματα, για τη διαπίστωση υψηλής πυρετικής κίνησης, η παρακολούθηση της απόχρεμψης και η αναφορά και καταγραφή των συμπτωμάτων αυτών, έτσι ώστε να αποφευχθεί η επιβάρυνση της κατάστασης του αρρώστου. Ο άρρωστος



αυτός μπορεί να παρουσιάσει ακόμα και δύσπνοια, ο νοσηλευτής – τρια τον βοηθά δίνοντάς του σωστή θέση και χορηγώντας του οξυγόνο, για να τον απαλλάξει από την κατάσταση αυτή, της δυσφορίας.

Σε προσβολή της καρδιάς, ο νοσηλευτής παρακολουθεί στενά τον ασθενή, λαμβάνει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία συχνά, κάνει εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και καλύπτει τις ανάγκες του. Χρησιμοποιεί διάφορα μέσα για την μείωση της υψηλής θερμοκρασίας, έτσι ώστε να ανακουφίσει τον ασθενή, και παρακολουθεί τυχόν διαταραχές του ρυθμού και του αριθμού των σφύξεων για την αποφυγή επιπλοκών.

Βλάβες και διαταραχές μπορεί να υπάρχουν και από το ΚΝΣ. Ο νοσηλευτής – τρια παρακολουθεί τις διάφορες κλινικές εκδηλώσεις και επιπλοκές όμως μειωμένη ικανότητα για κρίση, μεταβολή στο επίπεδο συνείδησης, ελάττωση του μυϊκού τόνου, έλλειψη προσανατολισμού στο χρόνο και το χώρο, και βοηθά τον άρρωστο ανάλογα. Επειδή επηρεάζεται η προσωπικότητα και η συμπεριφορά του αρρώστου, υπάρχει ανάγκη για πλήρη κατανόηση αυτού. Ο νοσηλευτής υπομένοντας και ακούγοντας προσεκτικά τον άρρωστο προλαμβάνει καταστάσεις που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν δυσκολία στην πορεία της νόσου.

Κατά τις εργαστηριακές εξετάσεις πρωταρχικός ρόλος του νοσηλευτή είναι η ενημέρωση του αρρώστου και η ψυχολογική προετοιμασία του. Ο άρρωστος υποβάλλεται σε γενικές εξετάσεις, όπως η γενική αίματος, η γενική ούρων, η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), καθώς επίσης και σε ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες είναι και οι σπουδαιότερες, γιατί

επιβεβαιώνουν τις διαταραχές των συστημάτων που προκαλεί το νόσημα.

Οι γενικές εξετάσεις δεν απαιτούν ιδιαίτερες διαδικασίες και δεν είναι επώδυνες. Γίνονται όμως, επειδή μπορεί να παρουσιάσουν μη φυσιολογικές τιμές, οι οποίες θα βοηθήσουν στη θεραπεία και πορεία της νόσου.

Οι ειδικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται είναι:

- Η εξέταση του αρθρικού υγρού σε περίπτωση αρθρίτιδας, η εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ) σε νευρολογικές διαταραχές, οι οποίες γίνονται με παρακέντηση. Ο νοσηλευτής είναι πανέτοιμος για τη διεξαγωγή των παρακεντήσεων και αφού πρώτα ενημερώσει τον άρρωστο, συγκεντρώνει όλα τα απαραίτητα αντικείμενα για τη νοσηλεία και βοηθάει το γιατρό. Δίνει την κατάλληλη θέση στον άρρωστο και του εξηγεί ότι δεν θα πονέσει, καθησυχάζοντας τον. Αφού τελειώσει η νοσηλεία απομακρύνει τα μη χρειαζόμενα αντικείμενα, τοποθετεί τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση και φροντίζει το υγρό που λήφθηκε να σταλεί έγκαιρα στο εργαστήριο, έχοντας, βέβαια, όλα τα απαραίτητα στοιχεία του αρρώστου.

Σε αρρώστους με νευρολογικές διαταραχές γίνεται και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ). Ο νοσηλευτής φροντίζει να έρθει σε συνεννόηση με τους υπεύθυνους που εκτελούν αυτή την εξέταση, και κλείνει ραντεβού για τον άρρωστο του. Κατόπιν ενημερώνει τον άρρωστο σχετικά με την ημερομηνία διεξαγωγής της εξέτασης και τον τρόπο με τον οποίο γίνεται.

Σε διαταραχές του ουροποιητικού γίνονται απαραίτητα εξετάσεις ούρων. Ο νοσηλευτής εξηγεί στον άρρωστο πότε και με ποιο τρόπο θα κρατήσεις ούρα για εξέταση.

Τις περισσότερες φορές, όμως, ο άρρωστος υποβάλλεται σε λήψεις αίματος, διότι με αυτές γίνονται ο προσδιορισμός των ANA, των κυττάρων L.E., του ρευματοειδή παράγοντα, του χρόνου θρομβοπλαστίνης και προθρομβίνης και του συμπληρώματος ορού του αίματος. Μπορεί, λοιπόν, ο άρρωστος να εκφράσει κάποια δυσανασχέτηση για τις πολλές λήψεις αίματος. Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει και του εξηγεί ότι είναι απαραίτητο να γίνουν αυτές οι εξετάσεις για να εφαρμοστεί και η κατάλληλη θεραπεία.

Τα αντιπυρηνικά αντισώματα σήμερα είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται απαραίτητα για τη διάγνωση της νόσου, και ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τι απαιτείται για να γίνει αυτή η εξέταση. Για τον προσδιορισμό τους απαιτείται ποσότητα 8-10cc αίματος, η οποία τοποθετείται σε ειδικά σωληνάρια, τα οποία φροντίζει να έχει εξασφαλίσει ο νοσηλευτής από το ανοσολογικό εργαστήριο, μόλις δοθεί η ιατρική εντολή. Αφού συμπληρωθούν όλα τα στοιχεία του αρρώστου, στέλνονται στο εργαστήριο. Με την εξέταση αυτή παρακολουθείται η δραστηριότητα της νόσου, δηλαδή σε ποιο σημείο βρίσκεται ο τίτλος των ANA, για την εφαρμογή της ανάλογης θεραπείας.

Τα κύτταρα λύκου (L.E. κύτταρα), είναι μέθοδος που εφαρμόζεται κυρίως σε επαρχιακά νοσοκομεία ή σε νοσοκομεία που δεν υπάρχει ανοσολογικό εργαστήριο, διότι η εξέταση των ANA καλύπτει και αυτή την εξέταση. Ο νοσηλευτής έχει καθήκον να ξέρει τι απαιτείται και για αυτή την εξέταση. Χρειάζονται λοιπόν, γύρω στα 8cc αίματος, τα οποία

τοποθετούνται σε ειδικό φιαλίδιο, που περιέχει μέσα μερικά σφαιρίδια. Κατόπιν κτυπά δυνατά το φιαλίδιο για 20 λεπτά περίπου, έτσι ώστε να σπάσουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια και να ελευθερωθεί ο παράγοντας που θα δείξει την ύπαρξη των κυττάρων L.E. Τελική φροντίδα του νοσηλευτή είναι η αποστολή τους στο αιματολογικό εργαστήριο με όλα τα στοιχεία του αρρώστου.

Κατά τη διάρκεια θεραπευτικής αγωγής που εφαρμόζεται στον άρρωστο, ο νοσηλευτής τον βοηθά χορηγώντας τα φάρμακα που έχουν παραγγελθεί έχοντας υπόψη του πάντα τις βασικές αρχές που διδάχθηκε για τη χορήγηση των φαρμάκων, όπως, απαραίτητη ιατρική εντολή, σωστή δόση, σωστό φάρμακο, σωστή ώρα και άλλα.

Όλο το 24ώρο ο νοσηλευτής παρακολουθεί την κατάσταση του ασθενή και αξιολογεί αυτή ανάλογα με την περίπτωση. Σε συνεννόηση πάντα με το γιατρό, χορηγεί φάρμακα που βελτιώνουν τον πόνο και τα συμπτώματα της νόσου. Έτσι, αν ο ασθενής είναι ανήσυχος, του χορηγούνται ηρεμιστικά και υπνωτικά για την πρόκληση ύπνου, όταν έχει κάποιο πόνο εντοπισμένο, του δίνουμε τοπικά αναισθητικά, όταν έχει έμετο αντιεμετικά, στον πυρετό αντιπυρετικό και στον πόνο αναλγητικά.

Σε περίπτωση θεραπείας με ανθελονοσιακά φάρμακα, όπως χλωροκίνη, ο νοσηλευτής γνωρίζοντας τις παρενέργειες αυτών, παρακολουθεί τον άρρωστο για πεπτικές διαταραχές, ναυτία, ζάλη, κεφαλαλγία και πιθανή κώφωση, για να τα αναφέρει στο γιατρό και να διακοπούν τα φάρμακα αυτά. Επίσης, έχοντας υπόψη του τη βλάβη που μπορεί να προκαλέσει η παρατεταμένη θεραπεία στον αμφιβληστροειδή των οφθαλμών, φροντίζει να γίνεται εξέταση οφθαλμολογική.

Κατά τη χορήγηση κορτικοστεροειδών για μεγάλο χρονικό διάστημα ο νοσηλευτής έχει υπόψη του ότι ελαττώνεται η έκκριση φλοιοεπινεφριδοτρόπου ορμόνης, επειδή αυξάνεται το επίπεδο της κορτιζόλης του πλάσματος. Ακόμα, όταν χορηγεί κορτικοστεροειδή γνωρίζει ότι:

- Η καταστολή των φλεγμονών στους αρρώστους με θεραπεία κορτικοστεροειδών φαρμάκων, αποτελεί ευεργετικό επακόλουθο, παρόλα αυτά, τα φάρμακα αυτά έχουν την τάση να καλύπτουν την παρουσία φλεγμονής, όπως συμβαίνει σε αναζωπύρωση λανθάνουσας φυματίωσης. Γι' αυτό όλοι όσοι υποβάλλονται σε τέτοιους είδους θεραπεία πρέπει να εξετάζονται με προσοχή και να κάνουν ακτινογραφία θώρακος, πριν αρχίσει η θεραπεία, για την αποφυγή πνευμονικής φυματίωσης. Μετά δε την έναρξη της θεραπείας παρακολουθείται ο άρρωστος για τυχόν συμπτώματα λοίμωξης.
- Τα κορτικοστεροειδή, επίσης, επαναφέρουν σε δραστηριότητα έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου που υπάρχει και βοηθούν στην διατήρησή του. Όσοι λοιπόν, έχουν ιστορικό έλκους, υποβάλλονται σε θεραπεία με κορτικοειδή τότε μόνον, όταν αυτή επιβάλλεται.
- Τα κορτικοειδή προκαλούν αναστολή της ανάπλασης των ιστών, γι' αυτό όταν υπάρχει τραύμα ή όταν πρόκειται να δημιουργηθεί αυτό, όπως σε εγχείρηση, χορηγούνται αυτά με επιφύλαξη
- Επειδή η φλοιοεπινεφριδοτρόπος (ACTH) ορμόνη και η κορτιζόλη κατακρατούν χλωριούχο νάτριο, συνιστάται ο

περιορισμός του σε άτομα που λαμβάνουν αυτά και έχουν επιβαρημένο κυκλοφορικό σύστημα. Επίσης, οι άρρωστοι αυτοί ζυγίζονται και εξετάζονται για οιδήματα καθημερινά, για έγκαιρο προσδιορισμό συμπτωμάτων κατακράτησης νερού.

- Οι δυσμενείς επιδράσεις των κορτικοστεροειδών στην ψυχική σφαίρα του ασθενή, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από το νοσηλευτή, ο οποίος πρέπει να παρακολουθεί τον άρρωστο για εμφάνιση συμπτωμάτων που έχουν σχέση με την αλλαγή της ψυχικής σφαίρας του ασθενή.
- Προσοχή χρειάζεται προκειμένου να διακοπεί η θεραπεία αυτών των φαρμάκων. Η απότομη διακοπή έχει σαν αποτέλεσμα «κρίση» του Addison (Πτώση της Α.Π., αδυναμία, υψηλός πυρετός, κοιλιακά άλγη και ίσως έμμετοι και διάρροια). Η εμφάνιση της «κρίσης» του Addison γίνεται περισσότερο θορυβώδης και μερικές φορές θανατηφόρα, όταν ο άρρωστος που υποβάλλεται σε θεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα με κορτικοστεροειδή, υποστεί χειρουργική επέμβαση και διακόψει έστω και για λίγο τη χορήγηση των φαρμάκων αυτών. Ο νοσηλευτής είναι σε θέση να μειώσει ένα τέτοιο κίνδυνο όταν γνωρίζει ότι ο ασθενής κατά την προεγχειρητική ή και μετεγχειρητική περίοδο υποβαλλόταν σε θεραπεία με κορτικοστεροειδή.

Αν χρειαστεί να γίνει κάποια χειρουργική επέμβαση, όπως σπληνεκτομή για την αποκατάσταση της αιμοπεταλιακής διαταραχής, ο νοσηλευτής προετοιμάζει τον άρρωστο προεγχειρητικά, καθώς επίσης, εφαρμόζει και μετεγχειρητική φροντίδα.

Η προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

α. Ψυχολογική ενίσχυση του αρρώστου

β. Ρύθμιση διαφόρων λειτουργικών καταστάσεων του οργανισμού σε φυσιολογικά επίπεδα

γ. Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Φροντίδα του σώματος, εξασφάλιση ήρεμου ύπνου το βράδυ της παραμονής της επέμβασης, καθώς επίσης, και χορήγηση ελαφρύς δίαιτας

δ. Κατάλληλη χειρουργική ενδυμασία, αφαίρεση οδοντοστοιχιών και κοσμημάτων, κένωση της ουροδόχου κύστης, λήψη των ζωτικών σημείων και χορήγηση προνάρκωσης

ε. Συμπλήρωση του φύλλου προεγχειρητικής ετοιμασίας

Η μετεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

α. Θέση του αρρώστου στο κρεβάτι

β. Σίτιση του αρρώστου

γ. Έγερση του αρρώστου

δ. Φροντίδα του χειρουργικού τραύματος

ε. Παρακολούθηση για μετεγχειρητικές δυσχέρειες, όπως πόνος, έμετοι, ανησυχία, δυσφορία, διάταση του εντέρου και της κύστης

στ. Παρακολούθηση για μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως διαταραχές ύδατος και ηλεκτρολυτών, αιμορραγία και άλλα.

Η σωματική αρρώστια δεν προκαλεί μόνο δυσάρεστα συμπτώματα αλλά και δυσμενείς ψυχολογικές καταστάσεις. Γι' αυτό η νοσηλευτική φροντίδα πετυχαίνει όταν εφαρμόζεται και ψυχοθεραπευτικά. Ο

νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνά ποτέ ότι ο άνθρωπος είναι ενιαία σωματική, συναισθηματική και πνευματική ύπαρξη. Επομένως, όταν νοσεί μια περιοχή του οργανισμού του, επηρεάζεται συνολικά. Πάνω σε αυτό, η ψυχίατρος Μοιροπούλου – Μπάϊλα, η οποία σχολιάζοντας την ψυχιατρική στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου, τόνισε:

«Η συνεχόμενη αλληλεπίδραση μεταξύ οργανικών και ψυχολογικών παραγόντων στην εκδήλωση οποιασδήποτε αρρώστιας, από εκείνες που παρατηρούνται καθημερινά στα τμήματα του γενικού νοσοκομείου, δημιουργεί την ανάγκη για πολύπλευρη αντιμετώπιση του ασθενή, δηλαδή για ολοκληρωμένη ψυχοσωματική προσέγγιση.

Η σωματική αρρώστια επηρεάζει και την εκτίμηση του ασθενή προς τον εαυτό του, την τοποθέτησή του στη ζωή, την κοινωνική του θέση και την επιτυχημένη εκπλήρωση του επαγγελματικού, οικογενειακού και κοινωνικού προορισμού του. Επίσης, αυξάνει την ψυχολογική ευαισθησία και μερικές φορές προκαλεί συναισθηματική κρίση. Η κρίση αυτή συμβαίνει ιδιαίτερα όταν παρεμποδίζεται η επαγγελματική σταδιοδρομία του ή πλησιάζει ο θάνατος. Επομένως, ο νοσηλευτής ανεξάρτητα από τον ειδικό νοσηλευτικό τομέα εργασίας του χρειάζεται ορισμένες βασικές γνώσεις και δεξιότητες για τη νοσηλεία των αρρώστων που παρουσιάζουν και ψυχολογικές διαταραχές.

Κάθε ασθενής που εισάγεται στο νοσοκομείο δεν παύει να φοβάται, να αμφιβάλει, να ανησυχεί. Ακριβώς το ίδιο συμβαίνει και σε έναν άρρωστο με ΣΕΛ. Η αβεβαιότητά του αυτή οφείλεται στα εξής σημεία:

1. Υπάρχει φόβος ότι τα συμπτώματά του οφείλονται σε κακοήθη όγκο



2. Υπάρχει ίσως μια περίοδος αβεβαιότητας κατά τη διάρκεια που γίνεται η έρευνα για την τελική διάγνωση
3. Υπάρχει μια ατμόσφαιρα έντασης και δυσκολίας που δημιουργείται όταν πρόκειται να παρθεί απόφαση για το τι πρέπει να ειπωθεί στον άρρωστο με διαβεβαιωμένο ΣΕΛ.
4. Ανεξάρτητα αν του έχουν πει όλη την αλήθεια για την κατάστασή του, ο άρρωστος έχει μια υπόνοια ότι του είπαν τη μισή αλήθεια.
5. Υπάρχει η αδυναμία για απόλυτη βεβαίωση του αρρώστου ότι θεραπεύτηκε, διότι γνωρίζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της πιθανότητες ίασης και ότι η θεραπεία απλά προσέθεσε μερικούς μήνες στη ζωή του αρρώστου και
6. Επειδή συχνά η νόσος υποτροπιάζει υπάρχει επανάληψη όλων αυτών των προβλημάτων.

Ο άρρωστος, λοιπόν, αγωνιά να μάθει την αρρώστια του και ο φόβος του κορυφώνεται συνεχώς. Ο νοσηλευτής επεμβαίνει και τον καθησυχάζει αναπτύσσοντας τέτοια θέματα που να αποσπούν την προσοχή του από την ιδέα του τι έχει.

Κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο υποβάλλεται σε διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις και διαδικασίες τις οποίες συνιστά ο γιατρός και εκτελούνται από πρόσωπα άγνωστα γι' αυτόν. Είναι δυνατόν να συνδεθεί με άγνωστα μηχανήματα από τα οποία εξαρτάται κυριολεκτικά η ζωή του. Αισθάνεται σαν ξένος μέσα στο περιβάλλον του νοσοκομείου, γι' αυτό ο νοσηλευτής που του παρέχει τη νοσηλευτική φροντίδα και έρχεται συχνότερα σε επαφή μαζί του, του εξηγεί για τα ιατρικά μηχανήματα τι ρόλο παίζουν, του εμπνέει εμπιστοσύνη, του

φέρεται ευγενικά δημιουργώντας του έτσι ευχάριστο ψυχολογικό συναίσθημα. Επειδή ο ασθενής στο νοσοκομείο περιορίζεται από πλευράς ανεξαρτησίας, δηλαδή δεν αυτοεξυπηρετείται, αλλά βοηθείται από τους συγγενείς και τους νοσηλευτές, μειώνει την εκτίμηση προς τον εαυτό του, προκαλεί απογοήτευση και ψυχολογική ένταση (stress) και υπάρχει περίπτωση να γίνει επιθετικός προς τους άλλους. Η επιθετικότητα του εκδηλώνεται προς τους συγγενείς του και μπορεί και προς τους γιατρούς και τους νοσηλευτές. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να επαναφέρει την εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον εαυτό του. Προτείνει εναλλακτικές λύσεις ώστε να επιλέγει μεταξύ αυτών ο ασθενής και να διαπιστώνει ότι αναγνωρίζεται και εκτιμάται η προσωπική του αξία.

Επίσης, θετικό είναι από πλευράς του νοσηλευτή να ρωτάει τον ασθενή για την εργασία του, τις επιτυχίες του, την κοινωνική του δράση και άλλα διάφορα θέματα, γιατί έτσι εκφράζει το σεβασμό του προς τις δραστηριότητες του αρρώστου.

Όταν ο ασθενής είναι μητέρα μικρών παιδιών το άγχος, η ανησυχία και η μελαγχολία μπορεί να επηρεάσει σοβαρά την πορεία της νόσου. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει την ευαισθησία της αρρώστου και της οικογένειάς της και επινοεί τρόπους ενίσχυσης και διατήρησης της επικοινωνίας μεταξύ τους. Επίσης, φέρεται με ευγένεια προς τους συγγενείς οι οποίοι μπορεί να συντελέσουν στη γρήγορη ανάρρωσή της με την παρουσία τους.

Μεγάλη είναι η προσοχή του νοσηλευτή μήπως ο άρρωστος εμφανίσει τάση για αυτοκτονία και ενεργεί έγκαιρα για να αποφευχθεί ο κίνδυνος.

Το εξάνθημα στο πρόσωπο και οι αλλοιώσεις του δέρματος, καθώς και κάθε παραμόρφωση που του προκάλεσε η αρρώστια, ανησυχούν τον άρρωστο. Ο νοσηλευτής τον ενισχύει ψυχολογικά και του υπενθυμίζει, ότι πρέπει να δίνει σημασία στην ψυχική ομορφιά, η οποία εκφράζεται στο πρόσωπο, έστω και αν έχει παραμορφώσεις.

Ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας που εφαρμόζουν διαπαιδαγωγεί και διδάσκει τον άρρωστο. Στον παρόντα ασθενή, λοιπόν, ο νοσηλευτής διδάσκει να δώσει έμφαση στα ακόλουθα θέματα:

- Αποφυγή έκθεσης στον ήλιο και σε αντανάκλαση του ήλιου διότι αναζωπυρώνεται η εμφάνιση του ερυθήματος και του εξανθήματος
- Χρήση μέσων αποφυγής του ήλιου, όπως παραθυρόφυλλα, πλατύγυρο καπέλο κατά τη διάρκεια περιπάτων
- Χρήση προστατευτικών ενδυμάτων
- Αποφυγή θαλασσινού μπάνιου με ήλιο
- Αποφυγή του ήλιου όταν είναι έντονος
- Αποφυγή φθοριούχου φωτισμού και υπεριώδους ακτινοβολίας
- Διατήρηση του δέρματος καθαρού και υγρού με λοσιόν
- Χρήση καλλυντικών με αλλεργιογόνων
- Ελαφρό σαμπουάν και όχι βάψιμο μαλλιών, ούτε SPRAY
- Τοποθέτηση αλοιφής στα ακάλυπτα μέρη του σώματος με ιατρική συνταγή.

Η ευθύνη και η ευκαιρία της αποκατάστασης για το νοσηλευτή, αρχίζει από τη στιγμή που ο άρρωστος εισάγεται στο νοσοκομείο.

Ο ασθενής με ΣΕΛ δεν αποκαθίσταται εντελώς, φθάνει μόνο δυστυχώς σε στάδιο ύφεσης, όπου δηλαδή τα συμπτώματα του παρέρχονταν και αισθάνεται επομένως, ανακούφιση. Ο νοσηλευτής προτρέπει τον ασθενή να χρησιμοποιήσει τις σωματικές ικανότητες που του έχουν απομείνει, για να ζήσει και να εργαστεί. Του λέει ότι θα μπορεί πάλι να εργάζεται και τον συμβουλεύει, ότι αν αισθάνεται να τον κουράζει η δουλειά του, μα ασχοληθεί με κάποια άλλη που να είναι λιγότερο κουραστική. Σε αυτό το σημείο βοηθάει και ο ΟΑΕΔ, που με κάποια κρατικά επιδόματα καλύπτει κάποιες ανάγκες τους, αλλά και τους βοηθάει να βρουν δουλειές, λιγότερο κουραστικές και απαιτητικές. Επίσης, διαθέτει κοινωνικούς λειτουργούς που βοηθάνε ψυχολογικά τον ασθενή, αλλά τον βοηθούν και στην ομαλή επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο κάτω από τις καινούργιες συνθήκες που τους δημιουργεί η ασθένειά τους. Έτσι, ο ασθενής αποκτά εμπιστοσύνη για τις ικανότητές του και αισθάνεται ψυχοσωματική ικανοποίηση.

Ο νοσηλευτής προσπαθεί να τον κάνει να πιστέψει ότι αποτελεί και αυτός ένα άτομο χρήσιμο στο κοινωνικό σύνολο και στη ζωή. Έτσι κάνει και αυτός επανένταξη του ασθενή στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Στην αποκατάσταση, σημαντικό ρόλο παίζει και το οικογενειακό περιβάλλον, δηλαδή κατά πόσο τα συγγενικά άτομα αποδέχονται τις δυνατότητες του αρρώστου και πόσο μπορούν αν τις ενισχύσουν. Γνωρίζοντας τη μεγάλη επιτυχία που έχει η ενέργεια αυτή ο νοσηλευτής συμβουλεύει τους συγγενείς του αρρώστου με ποιο τρόπο θα πρέπει να τον αντιμετωπίσουν μέσα στην οικογένεια.

## ΕΞΕΛΙΞΗ - ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Σπάνια γίνεται γνωστή με την πρώτη εξέταση η φυσική εξέλιξη του ΣΕΛ σε πολλές περιπτώσεις και αυτό, γιατί οι άρρωστοι αγνοούν τις προηγούμενες υποτροπές της νόσου.

Η νόσος μπορεί να φανεί σαν μια καλοήθης διαταραχή με περιορισμένη προσβολή ενός οργάνου ή λίγων οργάνων, μπορεί να ακολουθήσει κεραυνοβόλο πορεία καταλήγοντας σε θάνατο μέσα σε λίγες εβδομάδες ή μήνες.

Η πρόγνωση βέβαια, έχει βελτιωθεί αισθητά με την έγκαιρη διάγνωση, την αναγνώριση των αρρώστων με ήπιες μορφές, καθώς επίσης και με τις ευεργετικές επιδράσεις των κορτικοστεροειδών και άλλων θεραπευτικών μεθόδων.

Υπάρχουν άτομα, που ενώ νομίζει κανείς ότι βρίσκονται σε προθανάτιο στάδιο, όταν αρχίζει η θεραπεία, εμφανίζουν σπουδαία βελτίωση και μπορούν να ζήσουν 20 χρόνια και περισσότερα. Αν δεν έχουν προσβληθεί σοβαρά ορισμένα ζωτικά όργανα, δεν απειλείται η ζωή σήμερα, όπως συνέβαινε παλιά.

Οι προοπτικές σε αρρώστους με σοβαρή βλάβη του μυοκαρδίου, με κύριες νευρολογικές διαταραχές ή με βαριά νεφροπάθεια και μόνιμη αρτηριακή υπέρταση, παραμένουν ανεξήγητες. Η νεφρική βιοψία παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την εκτίμηση της πορείας του νοσήματος σ άτομα με νεφροπάθεια καθώς και σε εκείνα που είναι πιθανό να εμφανίσουν κρίσιμες διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας.

Η βελτίωση της πρόγνωσης υπάρχει περίπτωση να αυξηθεί περισσότερο με την πρόσφατη εφαρμογή των ανοσοκατασταλτικών παραγόντων στην αντιμετώπιση ασθενών που είναι ανθεκτικοί στα κορτικοστεροειδή.

Η κύηση δεν έχει συγκεκριμένη επίδραση στην πορεία της νόσου και με την προϋπόθεση ότι δεν παρατηρούνται σοβαρές νεφρικές διαταραχές, υψηλή αρτηριακή πίεση, δεν υπάρχουν κίνδυνοι για την έγκυο, ούτε κακές επιδράσεις στο έμβρυο, αν και μερικές πρόσφατες ανακοινώσεις μιλούν για μεγαλύτερο κίνδυνο αυτόματων αποβολών ή πρώιμης κύησης. Παρόλο που η συνέχιση της χορήγησης μεγάλων δόσεων κορτικοστεροειδών στη διάρκεια της κύησης δεν αποκλείει τη γέννηση ενός φυσιολογικού παιδιού, πρέπει να γίνεται προσπάθεια να διατηρηθούν οι δόσεις τους καθώς και οι δόσεις άλλων φαρμάκων στο ελάχιστο.

Πρέπει βέβαια, να αποφεύγεται και η χορήγηση τερατογόνων ουσιών όπως τα ανοσοκατασταλτικά.

Στο νεογέννητο μπορεί να εμφανιστεί παροδική αιμολυτική αναιμία, λευκοπενία και θρομβοκυτταροπενία, επειδή μπορεί αυτοαντισώματα από τη μητέρα να περάσουν μέσα από τον πλακούντα.

## **ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Η νοσηλευτική διεργασία είναι εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολογήσεως των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραιώσεως της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής.

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, η προώθηση της αναρρώσεως η αποκατάσταση της υγείας και η προαγωγή αυτής.

Το σύστημα είναι ανοικτό και ελαστικό. Επιτρέπει συνεχή είσοδο και ενσωμάτωση νέων πληροφοριών καθώς και συνεχή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή της νοσηλείας του αρρώστου. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης φροντίδας όχι νέα την νοσηλευτική. Νέα είναι η μέριμνα των νοσοκόμων να αναπτύξουν μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου, τις επιστημονικής τεκμηριώσεως των νοσηλευτικών ενεργειών και των αποτελεσμάτων αυτών.

## **ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Α.Χ.

ΗΛΙΚΙΑ: 37 ετών

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 12/11/1999

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ :

Α.Π.: 120/75 mmHg

Σφ.: 100 /min

Θερ: 36,7° C

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:

1. Ρευματολογικές εξετάσεις
2. Πυρινικές εξετάσεις - Ραδιοανοσομετρήσεις
3. Βιοψία δέρματος
4. Ακτινολογική εξέταση (Ro θώρακος – άκρων)



## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ / ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ίλιγγος	Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του Ίλιγγος και ζάλης και εμμετών	Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγήθηκε N/S 1000cc x2 + 1 amp primigan x 2 καθώς να γίνεται μέτρηση ζωτικών σημείων και ανάπαυση	Χορηγήθηκε N/S 1000 x 2 με 1amp primigan σε κάθε ορρό. Παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία. Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος και απομάκρυνση του επισκεπτηρίου	Τα συμπτώματα της ζωής υλοώρησαν. Οι έμμετοι τέθηκαν υπό έλεγχο. Μετά την χορήγηση των φαρμάκων και της διατήρησης ηρεμίας του ασθενή.
Κνισμός	Ανακούφιση του αρρώστου από τον κνησμό	Λουτρό για ανακούφιση με επάλειψη της περιοχής με finistiex 3 κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Ηρεμία και απασχόληση του αρρώστου	Έγινε λουτρό δύο φορές το 24ώρο για ανακούφιση. Έγινε επάλειψη των περιοχών του δέρματος με finistim x 3 Διατηρήθηκε ηρεμία με την απομάκρυνση του επισκεπτηρίου	Ο άρρωστος ανακουφίστηκε με το λουτρό και τις συστηματικές επαλείψεις με την αλοιφή.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ / ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ελκωτικές πλάκες στα άνω και κάτω άκρα	Να μην μολυνθεί η πάσχουσα περιοχή	Καθημερινή περιποίηση των τραυμάτων και τοποθέτηση αλοιφής fusidim x 3 μετά από κάθε περιποίηση των τραυμάτων	Αλλαγή λευχημάτων. Γίνεται καθημερινή περιποίηση των πασχόντων περιοχών με N/S και Betadin και η επίλειψη με Fusidim x 3. Ήρεμο και καθαρό περιβάλλον.	Επούλωση των ελκωτικών πλακών με την σχολαστική περιποίηση και την τοποθέτηση αλοιφής.
Οιδήματα κάτω άκρων και αθραλγίες	Ανακούφιση του αρρώτου από τις αθραλγίες και αντιμετώπιση των οιδημάτων	Ενημερώνουμε τον άρρωστο για την τοποθέτηση των κάτω άκρων σε ανάρροπη θέση και να ξεκουράζεται. Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγήθηκαν αντιφλεγμονώδη και κορτικοειδή.	Συστηματική ανάπαυση και κλινίρης για αρκετές ώρες στο 24ώρο. Τοποθέτηση των κάτω άκρων σε ανάρροπη θέση.	Υποχώρηση των οιδημάτων και ανακούφιση από τις αθραλγίες.

## **ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Δ.Μ.

ΗΛΙΚΙΑ: 42 ετών

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 24-9-1999

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

- Απ: 120/60 mmHg
- Σφ: 95/min
- Θερ: 39<sup>οι</sup> C

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ:

1. Πυρηνικές εξετάσεις
2. Δερματολογικές εξετάσεις
3. Ακτινολογική εξέταση (Ro θώρακος)

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ / ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ Σ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πυρετός 39° C	Ανακούφιση από τον πυρετό	Τήρηση συχνής λήψης ζωτικών σημείων και αναγραφή αυτών στο δελτίο νοσηλείας Να γίνει λουτρό και να δοθούν αντιπυρετικά κατόπιν ιατρικής εντολής Να γίνει Mantoux από τους πνευμονολόγους κατόπιν ιατρικής εντολής	Τηρείται 3ώρα λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς Έγινε λουτρό και δίνονται τα αντιπυρετικά 1000mg x 3 Έγιναν κατόπιν εξετάσεις από τους πνευμονολόγους και η Mantoux βρέθηκε εντόνως θετική και του συνιστάται χημειοπροφύλαξη με Nicosid 300 1x1 για ένα χρόνο και μετά 10 ημέρες επανεκτίμηση.	Το λουτρό η χημειοπροφύλαξη και η χορήγηση των αντιπυρετικών συμβάλλουν στην πτώση του πυρετού. Συνεχίζει την χημειοπροφύλαξη και παρακολουθείται.
Νύχια κάτω άκρων: Ονοχοδυστροφία με υπονύχιο υπερεκράτω στο	Να βρεθούν και να εξουδετερωθούν οι παράγοντες που	Τήρηση άσηπτων τεχνικών και χρησιμοποίηση	Τηρούνται αυστηρά οι κανόνες ασηψίας. Γίνεται σχολαστικό πλύσιμο και	Περιορίστηκε η μόλυνση. Οι πλύσεις

ΑΞΙΟΛΟΓΗΘΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ / ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ Σ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>νύχι του 5<sup>ου</sup> δακτύλου του (αρ) ποδιού (Μόλυνση)</p>	<p>συμβάλλουν στη μόλυνση Να αντιμετωπιστούν τα δυσάρεστα σημεία της μόλυνσης</p>	<p>αποστειρωμένων εργαλείων γαζών κατά τις αλλαγές Παρακολούθηση εμφάνισης σημείων φλεγμονής Εφαρμογή πλύσεων με Oстенisept 2 φορές τη μέρα κατόπιν ιατρικής εντολής Χορήγηση ειδικών φαρμάκων μετά από καλλιέργεια του υγρού του τραύματος κατόπιν ιατρικής εντολής</p>	<p>χρησιμοποίηση αποστειρωμένων εργαλείων, γαζών Παρατηρήθηκαν σημεία φλεγμονής. Η περιοχή είναι οιδηματώδες και ζεστή. Έγινε πλύση με Oстенisept. Χορηγούνται κατόπιν ιατρικής εντολής Caps Sporanex 1x1 και Daktařin gel 1x3 για 10 ημέρες</p>	<p>ανακουφισαν από τον πόνο και τη δυσφορία Η φλεγμονή υποχώρησε.</p>
<p>Άγχος και ανησυχία του ασθενή για την εμφάνιση ερυθηματωδών πλακών</p>	<p>Μείωση του άγχους του φόβου και της ανησυχίας του</p>	<p>Ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα και τους</p>	<p>Ο ασθενής μετά από παρότρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού</p>	<p>Η συζήτηση αποτέλεσε ένα τρόπο εκτόνωσης της ψυχικής φόρτισης</p>

ΑΙΟΛΟΓΗΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ / ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ Σ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
στο μέτωπο και τις παρειές	ασθενή. Αντιμετώπιση των ερυθηματωδών πλακών	φόβους του. Να γίνει βιοψία των ερυθηματωδών πλακών κατόπιν ιατρικής εντολής Διευκρίνιση στον ασθενή για την σκοπιμότητα της επέμβασης αυτής και δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης για το ίδρυμα που τον περιβάλλει.	εξέφρασε τους φόβους για την πορεία της υγείας του. Δόθηκαν στον ασθενή όλες οι απαραίτητες διευκρινήσεις για την σκοπιμότητα της επέμβασης. Μετά την βιοψία και τα αποτελέσματα αυτής, κατόπιν ιατρικής εντολής χρηγούνται στον ασθενή tab Mendral 1x1 16mg caps losec 1x1.	του ασθενούς όντας πιο χαλαρός και ήρεμος μπορεί να κοιμάται. Με τη χορήγηση των φαρμάκων αρχίζει η βελτίωση των ερυθηματωδών πλακών.
Καθαριότητα σώματος	Για την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεων στα σημεία όπου υπάρχουν	Ενημέρωση του ασθενή για τη νοσηλεία που θα του γίνει και ενθάρρυνση για συνεργασία. Απομάκρυνση του επισκεπτηρίου και	Ο ασθενής ενημερώθηκε για την εφαρμογή και το σκοπό της νοσηλείας και έδειξε προθυμία στη συνεργασία. Απομακρύνθηκε τοπ επισκεπτήριο και	Πραγματοποιήθηκε το λουτρό καθαριότητας στις 5 μ.μ. Ο ασθενής κοιμήθηκε ήρεμος και καθαρός. Πέρασε το μήνυμα ο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ / ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ Σ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	δερματικές αλλοιώσεις	τοποθέτηση παραβάν ώστε να αποφευχθούν αισθήματα ντροπής και άγχους από τον ασθενή Καλό σαπουνίσμα του σώματος και αντισηψία με αντισηπτικό υγρό.	τοποθετήθηκε παραβάν Η καθαριότητα έγινε με αντισηπτικό υγρό Babitant Στα νύχια των κάτω άκρων χρησιμοποιήθηκε αντισηπτικό Octenisept.	ίδιος να φροντίζει καθημερινώς το σώμα του και να το διατηρεί καθαρό με καθημερινό λουτρό καθαριότητας και να ανακουφίζει ην πάσχουσα περιοχή.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω, συμπεραίνεται ότι ο ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ, αποτελεί μια σοβαρή διαταραχή του συνδετικού ιστού, επειδή προσβάλλει αρκετά οργανικά συστήματα.

Είναι μια νόσος που παρουσιάζει εντυπωσιακή κλινική εικόνα και προκαλεί σοβαρές επιπλοκές. Το άγνωστο της αιτιολογίας της νόσου δημιουργεί μεν προβλήματα στη διάγνωσή της, προσφέρει όμως, το κατάλληλο πεδίο για έρευνα.

Επειδή η νόσος υποτροπιάζει, ο ασθενής έρχεται αρκετές φορές στο νοσοκομείο και αυτό τον κάνει ιδιαίτερα ευαίσθητο και του δημιουργεί επιπλέον ψυχολογικά προβλήματα, καθώς και κοινωνικά και οικονομικά, τα οποία απαιτούν μια ιδιαίτερη αντιμετώπιση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ειδική μέριμνα από την πολιτεία.

Ο νοσηλευτής, γνωρίζοντας καλά τη διαταραχή αυτή του συνδετικού ιστού, φροντίζει για την πρόληψη των επιπλοκών της νόσου, διδάσκει στο άτομο τι πρέπει να κάνει, τόσο σε περιόδους ύφεσης όσο και σε περιόδους έξαρσης, και βοηθά στην αποκατάστασή του.

Η πολιτεία θα πρέπει να φροντίζει για τη στελέχωση των νοσοκομείων με εκπαιδευμένο και ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, και την επάνδρωση με κατάλληλα και σύγχρονα μηχανήματα για την έγκυρη διάγνωση της νόσου.

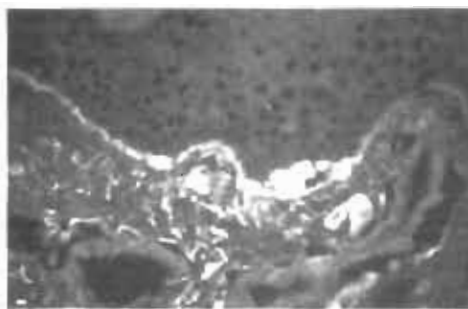


## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Φωτογραφίες



*Libman. Ενδοκαρδιακοί σάκοι. Προσέξτε την γεμάτη κρεατοελιές βλάστηση στις καρδιακές βαλβίδες*



*Η ανοσοσφαιρίνη στην δερμο-επιδερμική συνένωση στον συστηματώδη ερυθηματώδη λύκο.*



*Συστηματώδης Ερυθηματώδης λύκος. Η κεντρική αρτηρία του σπληνός δίνει μια «κρεμμυδοειδή» εμφάνιση*



*Φλυκταινώδεις αλλοιώσεις στον συστηματικό ερυθηματώδη λύκο*



*Συστηματώδης Ερυθηματώδης λύκος στην υπερώα*



Ερυθηματώδης λύκος. Το τυπικό ξεφλούδισμα φαίνεται καθαρά.



Ερυθηματώδης λύκος σε ένα νέγρο



Πολύ σκούρες χρωματικές αλλοιώσεις



Η ροδαλή / ρόδινη μορφή συναντάται σε 7,5% των ασθενών



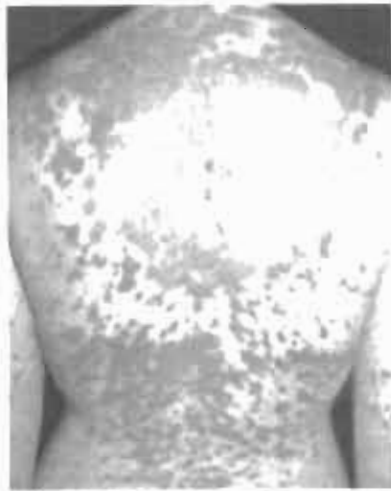
Ερυθηματώδης λύκος σε ένα αγόρι ηλικίας 2 ετών



Συστηματώδης Ερυθηματώδης λύκος. Τυπικό συμμετρικό ελαφύ ξεφλούδισμα - ερύθημα στο πρόσωπο και το λαιμό



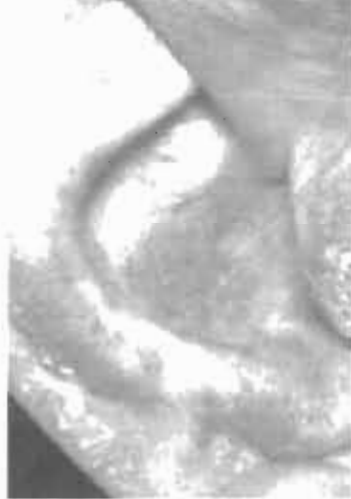
Σ.Ε.Λ. στο μπροστά και πίσω μέρος των χεριών. Πανομοιότυπες σλλαγές μπορεί να απαντώνται και στο (discoid) ερυθ. λύκο



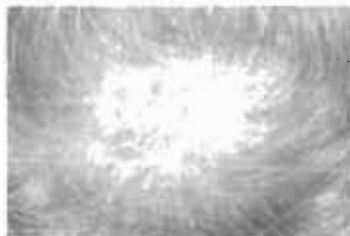
Συστηματώδης ερυθηματώδης λύκος. Συνολική ανάμειξη όλης της πλάτης



Ερυθηματώδης λύκος στο πρόσωπο και το λαιμό



Προοίμιο στάδιο με χρωμάτωση γύρω από την ξεφλουδισμένη περιοχή.



Ερυθηματώδης λύκος του κρανίου. Προσέξτε το μεγακυκλικό σχήμα του.



Πληγές στο πίσω μέρος των χεριών



Χαρακτηριστική ερυθρότητα και ξεφλούδισμα των δακτύλων



Ερυθηματώδης λύκος στο κάτω βλέφαρο



Νέκρωση στη βάση των νυχιών στον συστηματώδη ερυθηματώδη λύκο.



Λευκά νύχια και ακανόνιστες – ανώμαλες βάσεις νυσιών στον συστηματώδη ερυθηματώδη λύκο



Αλλοιώσεις των ποδιών στον χρόνιο ερυθηματώδη λύκο

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **BRUNER ET AL**, Textbook of Medical, Surgical Nursing
2. **MOIDEL II. CET AL. EDS:** “Nursing care of the Patient with Medical Surgical Disorders”, 1976
3. **MOHONEY AND JP FLYNN EDS:** “Hand Book of Medical – Surgical Nursing” 1976
4. **METTER H. FRANK, M.D.:** “The Ciba Collection of Medical Illustrations Volumes Heart”.
5. **HARRISON T.R:** “Εσωτερική παθολογία», Έκδοση 6<sup>η</sup> 1975
6. **ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ:** «Ρευματικά Νοσήματα» Έκδοση 7<sup>η</sup>, Μετάφραση – Επιμέλεια Ύλης Βουδούρης Π.Κ., Θεσσαλονίκη, 1977
7. **ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**, Τόμος 4, Τεύχος 5, 1987
8. **ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ.**, «Νοσολογία», Έκδοση 4<sup>η</sup>, Αθήνα 1984
9. **ΔΑΪΚΟΣ Κ.Γ.** «Νοσολογία», Εκδόσεις Καραβία, 1971
10. **«ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ»** Τόμος 4, Τεύχος 2 1992
11. **«ΙΑΤΡΙΚΗ»** Τόμος 57, Τεύχος 4 1990
12. **ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α – ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.** «Βασικές Αρχές Παθολογικής και Χειρουργικής Νοσηλευτικής» Τόμος Β΄, Αθήνα 1984
13. **ΜΑΡΟΥΝΗ Δ.Ο.** «Διερεύνηση τη Λιπιδιακής Σύστασης των Λεμφοκυτάρων στον Ερυθηματώδη Λύκο», Αθήνα 1980
14. **ΜΕΡΙΚΑΣ Ε.Γ.** «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος Α΄, Αθήνα 1976

15. «Νοσοκομειακά Χρονικά» Τόμος 52, Τεύχος 3, 1990
16. ΡΑΓΙΑ Χ.Α. «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Αθήνα 1978
17. ΣΑΧΙΝΗ Α – ΚΑΡΔΑΣΗ – ΠΑΝΟΥ Μ. «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Αθήνα 1984.
18. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.Κ. «Βρογχοπνευμονοπάθεια» 1975
19. ΧΩΡΕΝΗ Ε. «Νοσοκομειακά Χρονικά», Τόμος 49<sup>ος</sup>, Τεύχος 4, 1980

\* - \* Οι φωτογραφίες έχουν παρθεί από το: *ROOK / WILKINSON / EBLING – Textbook of Dermatology FIFTY EDITION EDITED BY R.H. CHAMPION, J.L. BURTON F.T.G. EBLING.*

