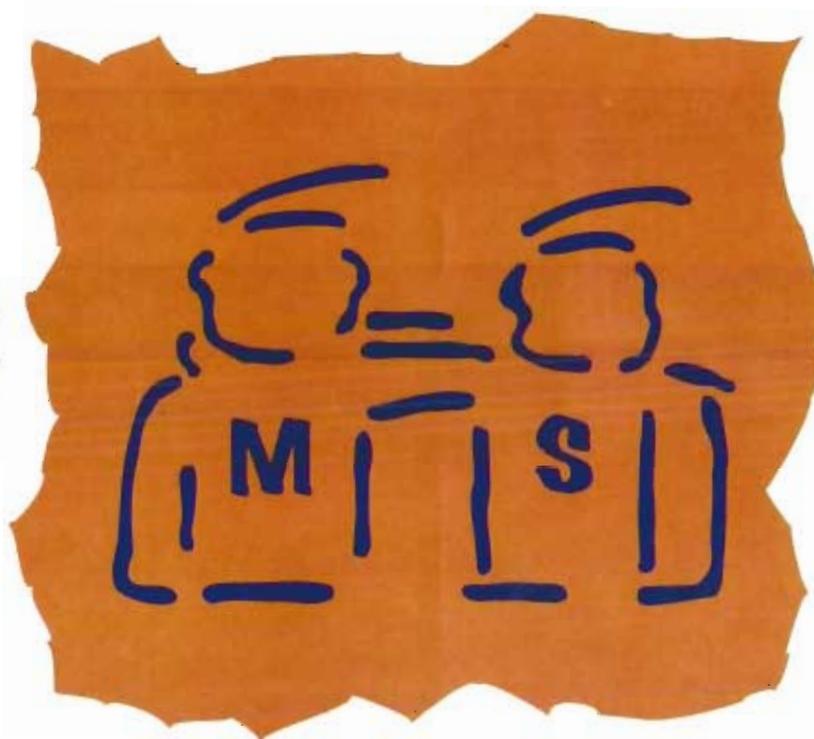


**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ**  
**ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**  
**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΜΕ ΘΕΜΑ:**

**ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ**  
**Νοσηλευτική Παρέμβαση**



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**Dr ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:**

**ΟΧΤΑΡΑ ΠΟΛΥΞΕΝΗ**

**ΠΑΤΡΑ 2002**

**Αφιερώνεται:**

Στην οικογένεια μου και στους εκλεκτούς λειτουργούς της νοσηλευτικής επιστήμης και σε όλους όσους μοχθούν για την ανάδειξη του νοσηλευτικού έργου

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω από τη θέση αυτή:

Την καθηγήτρια και εισηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας, κ<sup>α</sup>. Θεοδωρακοπούλου Γεωργία για την πολύτιμη συμβολή της στην αποπεράτωση της εργασίας μου.

Επίσης όλους τους καθηγητές του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας, για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν ασκώντας έτσι το νοσηλευτικό επάγγελμα με σύγχρονες νοσηλευτικές τεχνικές και επιστημονικές μεθόδους.

Την οικογένεια μου για τη βοήθεια και στήριξη στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Τέλος ευχαριστώ όλο το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του νευρολογικού τμήματος Ρίου Πατρών, που μου έδωσαν τη δυνατότητα να γνωρίσω από κοντά τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας και την εξατομικευμένη σε κάθε περίπτωση φροντίδα.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>5</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>7</b>
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</b> .....	<b>8</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b> .....	<b>9</b>
1.1. Ανατομία-Φυσιολογία του νευρικού συστήματος.....	9
1.2. Απομυελινωτικές νόσοι .....	13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b> .....	<b>15</b>
2.1. Ορισμός της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας.....	15
2.2. Επιδημιολογία και συχνότητα της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας....	17
2.3. Μορφές της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας.....	19
2.4. Παθολογοανατομικά ευρήματα .....	20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b> .....	<b>21</b>
3.1. Αιτιολογία της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας .....	21
3.2. Κλινική εικόνα της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας .....	23
3.2.1. Γενικά.....	23
3.2.2. Πρωταρχικά συμπτώματα .....	24
3.3. Πορεία και Πρόγνωση της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας .....	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b> .....	<b>30</b>
4.1. Διάγνωση της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας.....	30
4.2. Διαφορική διάγνωση της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας .....	35
4.3. Θεραπεία της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας .....	36
4.3.1. Κορτικοστεροειδή και ACTH.....	37
4.3.2. Ανοσοκατασταλτικά.....	37
4.3.3. Ιντερφερόνες α,β,γ .....	37
4.3.4. Glativamer acetate.....	41
4.3.5. γ- σφαιρίνη IVIG-IgB .....	41
4.3.6. Αυτομεταμόσχευση Αιμοποιητικών Προβλαστίδων .....	41
4.3.7. Συμπτωματική – Υποστηρικτική θεραπεία .....	42
4.3.8. Υπερβαρικό οξυγόνο.....	45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b> .....	<b>46</b>
5.1. Συναισθηματικά προβλήματα ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας .....	46
5.2. Γνωστικά προβλήματα ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας..	50
5.3. Οικογένεια και κοινωνία μπροστά στην χρόνια νόσο .....	53
5.4 Οι χρυσοί κανόνες για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας .....	55

<b>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ .....</b>	<b>57</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> .....</b>	<b>58</b>
1.1. Γενική Νοσηλευτική αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας .....	58
1.2. Γενικά προβλήματα του ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας .....	61
1.3. Νοσηλευτική Παρέμβαση ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας .....	62
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> .....</b>	<b>84</b>
Νοσηλευτικές διεργασίες σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας .....	84
<i>Περιγραφή 1<sup>ο</sup> Περιστατικού</i> .....	84
<i>Περιγραφή 2<sup>ο</sup> Περιστατικού</i> .....	94
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>104</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>107</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

*Μαρτυρία:*

*«Ήμουν 19 ετών όταν ένωσα μουδιάσματα στα πόδια. Η πρώτη μου επίσκεψη στο γιατρό δεν ήταν και τόσο διαφωτιστική. Μετά την εξέταση με χτύπησε στον ώμο και μου είπε: «Δεν είναι τίποτα, είναι της ηλικίας σου και θα περάσουν». Δυστυχώς όμως δεν πέρασαν...*

*Επισκέφθηκα άλλο νευρολόγο με την ελπίδα ότι θα έπεφτε φως στο τούνελ. Όταν με εξέτασε και ρώτησα με αγωνία τι έχω εισέπραξα ένα χαμόγελο και μια συνταγή με κορτικοειδή. Οι απορίες μου όμως παρέμειναν «Τι έχω; Γιατί να πάρω κορτιζόνη;» Όλα μου τα ερωτήματα παρέμειναν αναπάντητα»<sup>1</sup>*

Μπορεί να στεναχωριέσαι ή να τρομάζεις, όταν βλέπεις δίπλα σου κάποιον άνθρωπο με αναπηρία, κάποιον που δεν μπορεί να περπατήσει χωρίς το μπαστούνι του ή να κάθεται σε αναπηρικό καρότσι ή δεν μπορεί να δει, να μιλήσει...

Καθένας από εμάς έχει τις ιδιαιτερότητες του: άλλος είναι ξανθός, άλλος κοντός, άλλος έχει σκούρο δέρμα, άλλος έχει γαλάζια μάτια... Έτσι και κάποιοι από μας κινούνται ή λειτουργούν διαφορετικά.

Κανείς δεν χαιρέται, όταν δυσκολεύεται στην καθημερινή του ζωή. Όμως έτσι ήρθαν τα πράγματα για εκείνον. Και έχει μάθει να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες, με ένα δικό του τρόπο. Ο άνθρωπος με Σκλήρυνση κατά πλάκας δεν θέλει να τον λυπάσαι για αυτό που του έτυχε, χρειάζεται μόνο την φιλία σου.

Μπορεί το σώμα του να μη λειτουργεί όπως το δικό σου, «η ψυχή του όμως και η σκέψη του είναι όπως όλων». Ο άνθρωπος με Σκλήρυνση κατά

πλάκας λυπάται, χαίρεται, κλαίει, γελάει, θυμώνει, αγαπάει, διαφορετικός είναι ο τρόπος που κινείται, δουλεύει ή ίσως μιλάει.

Τι μπορεί να κάνεις εσύ για τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, να τους φέρεται όπως θα φερόσουν στον κάθε άνθρωπο, με σεβασμό στο πρόσωπό του και την ατομική του ελευθερία και αν νομίζεις ότι μπορείς σε κάτι να βοηθήσεις, ρώτησε τους αν και τι χρειάζονται. Η ειλικρίνεια είναι το καλύτερο συστατικό της φιλίας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας, απεικονίστηκε παθολογοανατομικά, στις αρχές του περασμένου αιώνα, από τον Guvelhier και τον Carswell, σε ξεχωριστές, αλλά ταυτόχρονες περιγραφές και στην συνέχεια καθιερώθηκε ως ιδιαίτερη νευρολογική πάθηση, από τον Charcot (1868).

Οι πρώτες επί της νόσου συντονισμένες μελέτες, έγιναν από σπουδαίους Γάλλους και Γερμανούς ερευνητές και αφορούσαν κυρίως τον προσδιορισμό των επερχόμενων ανατομικών βλαβών και τον καθορισμό της κλινικής της συμπτωματολογίας.

Στις αρχές του παρόντος αιώνα, οι ερευνητές εστράφησαν περισσότερο προς τον προσδιορισμό της αιτιολογίας της, ενώ κατά τις τελευταίες δεκαετίες, διερευνώνται συστηματικά, οι μηχανισμοί, με τους οποίους επιφέρεται και πραγματοποιείται η περίφημη απομυελίνωση.

Ακόμη δε, αναζητώνται αποτελεσματικότεροι τρόποι θεραπείας, ικανοί να περιορίσουν, ή να αποτρέψουν την ανάπτυξη των βλαβών και έστω να συντελέσουν στην αποτελεσματικότερη αποκατάστασή της.<sup>2</sup>

Η μεγάλη πρόοδος, που έχει σημειωθεί στη έρευνα για την σκλήρυνση κατά πλάκας, όπως επίσης στην γενετική και τη βιοτεχνολογία των φαρμάκων, έδωσε την δυνατότητα στους ασθενείς που πάσχουν από αυτήν τη νόσο, να ζουν πολύ καλύτερα από ότι την περασμένη δεκαετία και να ελπίζουν περισσότερο παρά ποτέ στην εύρεση της οριστικής θεραπείας.<sup>3</sup>

Τι θα επακολουθήσει, κανείς πλέον δεν γνωρίζει.

Εκείνο, όμως, το οποίο θεωρείται βέβαιο, είναι ότι γνωρίζουμε τόσο πολλά για τους μηχανισμούς της απομυελίνωσης, ώστε δικαίως να ευελπιστούμε, ότι επίκεινται λύσεις καθοριστικές στα προβλήματα της αιτιοπαθογένειας και της θεραπείας της Σκλήρυνσης κατά πλάκας<sup>2</sup>



# **ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### 1.1. Ανατομία-Φυσιολογία του νευρικού συστήματος

Το νευρικό σύστημα απλώνεται σε όλο το σώμα και ρυθμίζει την κανονική λειτουργία των διαφόρων οργάνων και την μεταξύ τους συνεργασία με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί ο οργανισμός να αντιδρά στα ερεθίσματα ως ενιαίο σύνολο. Το νευρικό σύστημα αποτελεί την έδρα των ψυχικών λειτουργιών του ατόμου.<sup>4</sup>

Στο νευρικό σύστημα, βασική λειτουργική μονάδα είναι ένα νευρικό κύτταρο, ο νευρώνας.

Υπάρχουν τρία είδη νευρώνων στο νευρικό ιστό, οι **αισθητικοί**, οι **συνδετικοί**, και οι **κινητικοί**. Λαμβάνουν ερεθίσματα ή ώδεις τα μεταβιβάζουν σε άλλους νευρώνες και δέχονται την αντίδραση την οποία στέλνουν στους μυς και στους αδένες.

Το κυτταρικό σώμα εκτελεί διαδικασίες με προεκτάσεις του κυτοπλάσματος που ονομάζονται **δενδρίτες** και **άξονες**.

Ένας νευρώνας μπορεί να έχει πολλούς νευρίτες αλλά ένα μόνο άξονα. Γύρω από το μακρύ και λεπτό άξονα των περιφερικών νευρών βρίσκονται τα κύτταρα **Schwann**. Αυτά σχηματίζουν ένα σφικτό προστατευτικό κάλυμμα που ονομάζεται **μυελινικό έλυτρο**<sup>5</sup> το οποίο παίζει ρόλο στη διαβίβαση των μηνυμάτων.

Το μυελινικό έλυτρο είναι το περίβλημα των νευρικών ινών και αποτελείται από μυελίνη ουσία.<sup>6</sup>

Το νευρικό σύστημα, διαιρείται σε δύο μέρη. Το **κεντρικό** νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), το οποίο αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο

μυελό και το περιφερικό νευρικό σύστημα που περιλαμβάνει τα νεύρα που συνδέουν το Κεντρικό νευρικό σύστημα με κάθε όργανο και περιοχή του σώματος. Το **αυτόνομο** ή φυτικό νευρικό σύστημα είναι ένα εξειδικευμένο μέρος του περιφερικού συστήματος και ελέγχει τα εσωτερικά όργανα και άλλες αυτορρυθμιζόμενες σωματικές λειτουργίες.

### **Κεντρικό νευρικό σύστημα**

Ο εγκέφαλος είναι μια μεγάλη μάζα νευρικού ιστού, περίπου 1.000.000.000.000 νευρώνων.<sup>5</sup>

Ο εγκέφαλος βρίσκεται μέσα στην κρανιακή κάψα και περιβάλλεται από τρία προστατευτικά υμενώδη περιβλήματα τις μήνιγγες (σκληρά, αραχνοειδή και χοριοειδή).<sup>4</sup>

Ο εγκέφαλος χωρίζεται σε πέντε μέρη. Το μεγαλύτερο είναι ο εγκέφαλος ο οποίος ελέγχει τις αισθητικές και κινητικές δραστηριότητες. Ο εγκέφαλος χωρίζεται στον μετωπιαίο λοβό ο οποίος σχετίζεται με τις νοητικές λειτουργίες και για τις ενεργές μυϊκές κινήσεις, στον **ινιακό λοβό**, που συνδέεται με την όραση, ο **βρεγματικός λοβός** ο οποίος στέλνει νευρικές ώσεις που προξενούν την κίνηση σε όλα τα μέρη του σώματος και στο **κροταφικό λοβό**.

Πίσω από τον εγκέφαλο βρίσκεται μέρος του εγκεφάλου η **παρεγκεφαλίδα**, η οποία ευθύνεται για την ομαλή μυϊκή κίνηση, το μυϊκό τόνο και το συντονισμό των αισθητικών ερεθισμάτων με την μυϊκή δραστηριότητα.

Ο προμήκης μυελός είναι μέρος του εγκεφάλου που συνδέεται με τον νωτιαίο μυελό ο οποίος επηρεάζει την λειτουργία της καρδιάς των πνευμόνων και το μέγεθος του εύρους στα αιμοφόρα αγγεία. Ακριβώς πάνω από τον προμήκη βρίσκεται η **γέφυρα** η οποία ρυθμίζει την αναπνοή.

Ο μεσεγκέφαλος βρίσκεται πάνω από την γέφυρα και είναι το κέντρο ελέγχου για μερικές αντανακλαστικές κινήσεις. Μεταξύ της παρεγκεφαλίδας και του μεσεγκεφάλου βρίσκεται ο θάλαμος ο οποίος ενεργεί σαν σταθμός για τα ερεθίσματα που πηγαίνουν και έρχονται από τον εγκέφαλο και την παρεγκεφαλίδα. Ο υποθάλαμος εκτελεί αυτόνομο νευρικό έλεγχο και για την διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος.

Ο μεσεγκέφαλος, η γέφυρα και ο προμήκης μυελός αποτελούν το εγκεφαλικό στέλεχος.<sup>5</sup>

### **Εγκεφαλονωτιαίο υγρό**

Οι κοιλότητες μέσα στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό διατηρούνται με ένα υγρό που ονομάζεται εγκεφαλονωτιαίο υγρό, το οποίο παρέχει προστασία στους λεπτούς ιστούς του Κ.Ν.Σ.<sup>6</sup>

### **Περιφερικό νευρικό σύστημα – Νωτιαίος μυελός.**

Το περιφερικό νευρικό σύστημα περιλαμβάνει 12 ζεύγη κρανιακών νεύρων που συνδέουν το εγκέφαλο άμεσα με τα αισθητήρια όργανα και με εσωτερικά όργανα και 31 ζεύγη νωτιαίων νεύρων για να δώσουν την λειτουργία της κίνησης και για να λαμβάνουν ερεθίσματα.<sup>5</sup>

Όλα τα νωτιαία νεύρα μπαίνουν και φεύγουν από τον νωτιαίο μυελό ο οποίος βρίσκεται στην σπονδυλική κοιλότητα από το ινιακό τρήμα ως το 1<sup>ο</sup> οσφυϊκό σπόνδυλο. Ο εσωτερικός πυρήνας του νωτιαίου μυελού αποτελείται από φαιά ουσία. Η λευκή ουσία αποτελείται από μεγάλου μήκους στήλες δεξιά και αριστερά, πρόσθια πλάγια και η οπίσθια στήλη αποτελούν τις αισθητικές και κινητικές οδούς που περιβάλλουν τη φαιά ουσία.<sup>6</sup>

### **Αυτόνομο νευρικό σύστημα**

Υπάρχουν δυο διαχωρισμοί του Αυτόνομου νευρικού συστήματος.

### **Συμπαθητικό νευρικό σύστημα**

Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, δραστηριοποιεί την ενεργητικότητα με ομαλούς ακούσιους μυς των σωματικών οργάνων αρχίζει στη βάση του εγκεφάλου και διατρέχει πλευρές της σπονδυλικής στήλης σε δύο οδούς. Οι οποίες αποτελούνται από νευρικές ίνες και γάγγλια. Τα συμπαθητικά νεύρα, εκτείνονται σε όλα τα ζωτικά σωματικά όργανα, στα αιμοφόρα αγγεία, ακόμα και στους ιδρωτοποιούς αδένες.

### **Παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα**

Μετατρέπει και καταστέλλει τη δραστηριότητα, περιλαμβάνει το πνευμονογαστρικό και το πυελικό νεύρο. Το πνευμονογαστρικό εκτείνεται από τον προμήκη μυελό και διακλαδίζεται στο λαιμό, στο στήθος και στα άνω κοιλιακά όργανα. Το πυελικό εξέρχεται από το νωτιαίο μυελό γύρω από την περιοχή της λεκάνης και διακλαδίζεται στα κατώτερα κοιλιακά και πυελικά όργανα.

Η δράση του αυτόνομου νευρικού συστήματος είναι ιδιαίτερα σημαντική στην ικανότητά μας να αντιδρούμε σε κάποιες καταστάσεις συχνά ονομάζεται «Φυγή προ της βίας», επειδή επιταχύνει τις σωματικές μας λειτουργίες και επιτρέπει την απόδραση ή την αντιμετώπιση των κινδύνων.<sup>5</sup>

## 1.2. Απομυελινωτικές νόσοι

Οι απομυελινωτικές νόσοι αποτελούν μια ομάδα διαταραχών του νευρικού συστήματος η οποία χαρακτηρίζεται από εκφύλιση του μυελίνου ελύτρου των νευρικών ινών, που αντικαθιστάται από πλάκες. Σε ορισμένα νοσήματα η εκφύλιση αυτή γίνεται αυτόματα, χωρίς γνωστή αιτία. Η απώλεια του μυελίνου ελύτρου, διαταράσσει την αγωγή ώσεων μέσα από τους άξονες, με αποτέλεσμα την απώλεια λειτουργίας στο ανάλογο τμήμα του σώματος.<sup>7</sup> Αν και η φαία ουσία μπορεί να προσβληθεί δευτεροπαθώς, αυτές είναι πρωτοπαθείς παθήσεις της λευκής ουσίας.

Οι κυριότερες νόσοι που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία είναι η οξεία διάσπαρτη εγκεφαλομυελίτιδα, η οξεία αιμορραγική λευκοεγκεφαλίτιδα, η οπτική νευρομυελίτιδα η διάχυτη εγκεφαλική σκλήρυνση και η σκλήρυνση κατά πλάκας.

Αν και φαίνεται ότι για τις περισσότερες περιπτώσεις οξείας εγκεφαλομυελίτιδας είναι υπεύθυνοι αυτοάνοσοι μηχανισμοί μέσα στο νευρικό σύστημα και ότι κάτι παρόμοιο συμβαίνει στην σκλήρυνση κατά πλάκας, η ακριβής αιτιολογία και παθογένεια των διαταραχών αυτών παραμένει σκοτεινή.

Η κλινική διαφοροποίηση είναι επίσης δύσκολη, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να μην υπάρχουν μέσα διάκρισης ανάμεσα σε ένα οξύ επεισόδιο σκλήρυνσης κατά πλάκας και σε μια εγκεφαλομυελιτιδική νόσο.

Παθογοανατομικά επίσης υπάρχουν ομοιότητες στις αλλοιώσεις του νευρικού συστήματος στις διάφορες αυτές νόσους. Γενικά υπάρχει ένα φάσμα ιστολογικών αλλοιώσεων που μπορεί να παρατηρηθούν σε διάφορες παραλλαγές και συνδυασμούς στην κάθε μια από αυτές τις καταστάσεις. Πάντως προς το παρόν δεν είναι δυνατός ένας σαφής ορισμός

των απομυελινωτικών νόσων και μερικά από τα κλινικά σύνδρομα που συνήθως ορίζονται, ίσως να ορίζονται τεχνητά (π.χ. οπτική νευρομυελίτιδα).<sup>8</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1. Ορισμός της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας

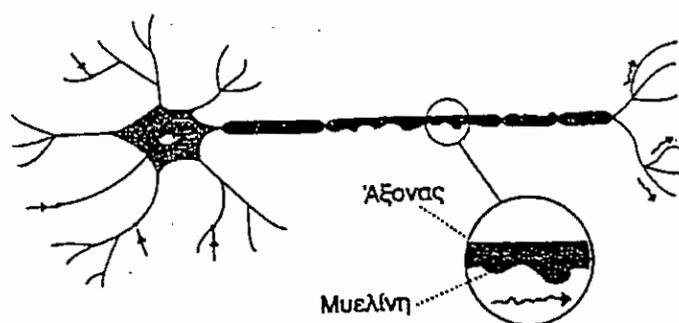
Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι μια φλεγμονώδης απομυελινωτική νόσος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος<sup>9</sup>, με πορεία που παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις, θεωρείται ότι οφείλεται σε ένα συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.<sup>10</sup> Η σκλήρυνση κατά πλάκας προσβάλλει νεαρούς, ενήλικες και οδηγεί στην πλειονότητα των περιπτώσεων σε σωματική αναπηρία αλλά και σε διαταραχές από την ψυχική σφαίρα με μεγάλο κοινωνικοοικονομικό κόστος.<sup>9</sup>

Η σκλήρυνση κατά πλάκας ή πολλαπλή σκλήρυνση ή διάσπαρτος εγκεφαλομυελίτης θεωρείται ο κύριος εκπρόσωπος των απομυελινωτικών παθήσεων.<sup>11</sup>

Πρόκειται για μια νόσο του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος που οφείλεται στην καταστροφή της μυελίνης που περιβάλλει τους νευράξονες (άξονες των νευρικών κυττάρων μέσω των οποίων μεταδίδεται η πληροφορία σε ένα άλλο κύτταρο).<sup>12</sup>

Στη σκλήρυνση κατά πλάκας μέρος της μυελίνης των νευρών προσβάλλεται και ερεθίζεται. Όταν η φλεγμονή υποχωρήσει, είναι πιθανό να μην αφήσει καμία ουλή. Αν όμως συνεχιστεί τότε καταστρέφεται στο σημείο εκείνο η μυελίνη αφήνοντας μια ουλή που ονομάζεται πλάκα ή σκλήρυνση. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται απομυελίνωση. Επειδή οι ουλές εμφανίζονται σε διάφορα μέρη του εγκεφάλου και / ή του νωτιαίου μυελού, γι' αυτό και η νόσος ονομάζεται και πολλαπλή σκλήρυνση.<sup>13</sup>





Νεύρο που έχει προσβληθεί από σκλήρυνση

Η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν είναι μεταδοτική ασθένεια, ούτε ψυχική διαταραχή<sup>14</sup> Θεωρείται ως αυτοάνοση νόσος, στην οποία οι φυσιολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί του σώματος δρουν έναντι της μυελίνης του κεντρικού νευρικού συστήματος σαν αυτή να ήταν ξένος ιστός και την καταστρέφουν.<sup>15</sup>

Τα αντισώματα αυτά δεν καταστρέφουν το σύνολο της μυελίνης του κεντρικού νευρικού συστήματος, αλλά συγκεκριμένες περιοχές κάθε φορά, δεδομένου ότι η μυελίνη στο κεντρικό νευρικό σύστημα παίζει ουσιαστικό ρόλο στην μετάδοση της πληροφορίας από τον ένα νευρώνα στον άλλο η καταστροφή της προκαλεί διακοπή της επικοινωνίας των διαφόρων τμημάτων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος με αποτέλεσμα την δυσχερή λειτουργία του<sup>12</sup>

Δεν έχει αποδειχθεί το αν η λανθασμένη αυτή αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, παράγων της πάθησης.<sup>13</sup>

## **2.2. Επιδημιολογία και συχνότητα της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας**

Το 50 – 60% των ασθενών εμφανίζει τη νόσο για πρώτη φορά μεταξύ 20 – 40 ετών με αποτέλεσμα να έχει καταστροφική επίδραση στην οικογενειακή κοινωνική και επαγγελματική ζωή, ειδικά σε αυτές τις ηλικίες, κατά την οποία τα άτομα είναι στην πιο δημιουργική φάση της ζωής τους και πιθανόν να δημιουργήσουν οικογένεια<sup>16</sup> όπου αποτελεί την τρίτη, κατά σειρά συχνότητα, αιτία σοβαρής αναπηρίας στις ηλικίες μεταξύ 20 – 40 ετών.<sup>17</sup> Το 10 – 15 κάτω των 20 το 0.2% - 0.4% κάτω του 10 και 20% - 30% άνω των 40 ετών, αλλά αμφισβητούνται επειδή μπορεί και σε αυτές να προϋπήρχαν επεισόδια, τα οποία να περάσαν απαραίτητα.<sup>18</sup> Η εισβολή στην παιδική ηλικία ή πέραν της πέμπτης δεκαετίας της ζωής είναι ασυνήθης αλλά μπορεί να παρατηρηθεί.<sup>19</sup>

Όσο αφορά το φύλο η νόσος προσβάλλει περισσότερο τις γυναίκες (σε αναλογία 4/1), ενώ σε ορισμένες χώρες (Χαβάνη, Ν. Αμερική και Δ. Αυστραλία, η σχέση αυτή είναι ακόμα μεγαλύτερη σε βάρος των γυναικών (2/1)

Επίσης έχουν βρεθεί ότι τα άτομα που έχουν άμεση συγγένεια με τον πάσχοντα από σκλήρυνση κατά πλάκας έχουν 10 με 30 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν τη νόσο από ότι ο γενικός πληθυσμός.<sup>18</sup>

Είναι πιο συχνή στα ψυχρά κλίματα, όσο πιο μακριά είναι κάποια χώρα από τον Ισημερινό, τόσο μεγαλύτερη είναι και η συχνότητα εμφάνισης της νόσου.

Έτσι η υδρόγειος χωρίζεται σε χώρες με χαμηλό επιπολασμό 0,4/100.000 που είναι χώρες γύρω από τον Ισημερινό, σε χώρες μέσης μέσης συχνότητας με επιπολασμό 10-25/100.000 που είναι σε χώρες του εύκρατου κλίματος και σε υψηλής συχνότητας που είναι οι απομακρυσμένες από τον Ισημερινό χώρες τόσο στο βόρειο όσο και στο νότιο ημισφαίριο, με επιπολασμό πάνω από 30/100.000.

Ακόμη στις ΗΠΑ η νόσος είναι πολύ συχνότερη στις βόρειες από ότι στις νότιες Πολιτείες. Επίσης στον Καναδά είναι συχνότερη από τις ΗΠΑ.<sup>20</sup> Σήμερα σε ολόκληρο τον κόσμο πάσχουν από τη νόσο ένα εκατομμύριο περίπου άτομα και 6.000 περίπου στην Ελλάδα<sup>16</sup>

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η συχνότερη αιτία χρόνιας νευρολογικής αναπηρίας των νεαρών ενηλίκων στη Μεγάλη Βρετανία με επίπτωση 1/800 κατοίκους στο γενικό πληθυσμό.<sup>21</sup> Επίσης η Σ.Κ.Π. προσβάλλει 250.000 ανθρώπους στις ΗΠΑ<sup>13</sup>

Υπάρχουν γενετικά χαρακτηριστικά που έχουν σχέση με τη φυλή. Γι' αυτό και η νόσος είναι λιγότερο συχνή στους μαύρους. Βρέθηκε από μελέτες στις ΗΠΑ ότι για κάθε λευκό που εμφανίζει Σ.Κ.Π. αντιστοιχεί σχεδόν μισός μαύρος.

Κάτι ακόμη σημαντικό είναι ότι μεταξύ των μαύρων που έχουν μειωμένη συχνότητα έναντι των λευκών, εκείνοι που ζουν στις Βόρειες ΗΠΑ. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου εξαρτάται λοιπόν, από τον τόπο διαμονής και ειδικότερα τον χώρο όπου τα άτομα πέρασαν τις δυο πρώτες δεκαετίες της ζωής τους. Αυτό έχει αποδειχθεί από μελέτες σε μετανάστες.

Ο κίνδυνος ήταν πολύ μεγαλύτερος όσων αφορά στις ηλικίες άνω των 15 ετών, είχαν τον κίνδυνο της χώρας από την οποία ξεκινούσαν, ενώ σε ηλικία μικρότερη των 15 είχαν τη συχνότητα της χώρας των προορισμών τους.<sup>20</sup>

### **2.3. Μορφές της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας**

Οι μορφές της πάθησης ποικίλουν ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης, την εκδήλωση των συμπτωμάτων, την πορεία και την βαρύτητα της πάθησης.<sup>6</sup>

Βάσει του συνολικού τύπου της νόσου, οι ασθενείς συνήθως χωρίζονται σε τέσσερις διαφορετικές ομάδες.

#### **1. Καλοήθης σκλήρυνση κατά πλάκας (10%)**

Υπάρχει πλήρης ανάρρωση από μεμονωμένες κρίσεις με μικρή ή καθόλου συσσώρευση αναπηρίας. Η νόσος δεν προχωρά ποτέ πέρα από ένα συγκεκριμένο ήπιο επίπεδο – συνήθως ορίζεται σαν βαθμολογία <3 στην κλίμακα έκτασης αναπηρίας (EDSS) μετά από 10-15 χρόνια νόσου.

#### **2. Υποτροπιάζουσα μορφή σκλήρυνση κατά πλάκας (40%)**

Η νόσος εξελίσσεται με υποτροπές μετά από περιόδους ύφεσης με πλήρη ή σχεδόν πλήρη ανάρρωση. Η διαφορά από την καλοήθη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι ότι οι κρίσεις είναι πιο συχνές και ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν σταδιακή αύξηση της νευρολογικής βλάβης.

#### **3. Δευτερογενής προϊούσα σκλήρυνση κατά πλάκας (40%)**

Υπάρχουν συγκεκριμένες κρίσεις όπως και στην υποτροπιάζουσα μορφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας αλλά

- Η ανάρρωση είναι ελλιπής

- Υπάρχει επιδείνωση της αναπηρίας μεταξύ των κρίσεων

#### 4. Πρωτογενής προϊούσα σκλήρυνση κατά πλάκας

Η κατάσταση του ασθενή επιδεινώνεται πολύ γρήγορα σε σοβαρή αναπηρία χωρίς διακριτικές υποτροπές ή υφέσεις.<sup>22</sup>

#### 2.4. Παθολογοανατομικά ευρήματα

Το κύριο παθολογοανατομικό χαρακτηριστικό της σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η παρουσία πολλαπλών εστιών (ή πλακών απομυελίνωσης) στη λευκή ουσία Κεντρικού Νευρικού Συστήματος ποικίλων μεγέθους και ανατομικής εντόπισης.<sup>23</sup>

Οι πλάκες αυτές είναι συνήθως, μικρές. Έχουν μέγεθος από κεφαλή καρφίτσας (μερικά χιλιοστά μέχρι 1-2 εκατοστά σε διάμετρο)<sup>6</sup>, και αν και μπορεί να εντοπίζονται κυριολεκτικά οπουδήποτε, προτιμούν χαρακτηριστικά ορισμένες περιοχές κυρίως τις περικοιλιακές τα οπτικά νεύρα, το στέλεχος και το νωτιαίο μυελό.<sup>21</sup>

Η προσβολή είναι συχνά αμφοτερόπλευρη και συμμετρική<sup>22</sup>. Οι πρόσφατες πλάκες παρουσιάζουν περιαγγειακή συσσώρευση λεμφοκυττάρων και εκτεταμένη διήθηση από μακροφάγα που συσσωρεύουν λίπος από τη φαγοκυττάρωση της μυελίνης. Οι πλάκες παρουσιάζουν εκτεταμένη επαναμυελίνωση. Οι παλαιές πλάκες χαρακτηρίζονται από την παντελή έλλειψη κυττάρων και ινώδη γλοιώση. Η κλασική άποψη είναι ότι υπάρχει επαρκής διατήρηση των αξόνων, πράγμα που συμβαίνει συχνά. Τα τελευταία όμως χρόνια διαπιστώνεται ολοένα και περισσότερο και σημαντικού βαθμού απώλεια αξόνων, κυρίως σε χρόνιες βλάβες.<sup>21</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1. Αιτιολογία της Σκλήρυνσης κατά πλάκας

Αν και η ακριβής αιτία παραμένει άγνωστη αναγνωρίζεται η συμμετοχή περιβαλλοντικών, γενετικών και ανοσολογικών παραγόντων.<sup>21</sup>

Μερικοί παράγοντες που συμβάλλουν, στην εμφάνιση της είναι η λοίμωξη, αλλεργία, διαίτα, κλίμα, τοξίνες, θρόμβωση μικρών φλεβών και κληρονομική προδιάθεση.<sup>7</sup>

- Όσον αφορά την λοίμωξη, υπάρχουν δυο βασικές θεωρίες στην παθογένεια. Η πρώτη βασίζεται σε λοιμώξεις από ιούς με μεγάλο χρόνο επώασης και με εμφάνιση συμπτωμάτων, πιθανώς κάτω από την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η άλλη θεωρία βασίζεται σε ανωμαλία στην ανοσολογική ρύθμιση με υπερβολική ανοσολογική απάντηση σε μια λοίμωξη σε ιό ή σε ανεπαρκή αναστολή της ανοσοαντίδρασης στη λοίμωξη.<sup>24</sup>

Πιθανή είναι η άποψη ότι η νόσος οφείλεται σε υποτροπιάζουσα αλλεργική αντίδραση του νευρικού συστήματος απέναντι σε διάφορα αλλεργιογόνα. Η οποία ενισχύεται κάπως από το γεγονός ότι η ολική γ-σφαιρίνη και η ολιγοκλωνική IgG είναι γενικά αυξημένες στο εγκεφαλωτιαίο υγρό<sup>8</sup>

- Το ενδιαφέρον για τους διαιτητικούς παράγοντες που πιθανώς σχετίζονται με την αιτιολογία της ΣΚΠ, έχει πρόσφατα αναζωογονηθεί

Τόσο σε παγκόσμια κλίμακα, όσο και σε ένα αριθμό μικρότερων γεωγραφικών μονάδων, η συχνότητα της νόσου σχετιζόταν σημαντικά κατ'

επανάληψη με παράγοντες όπως και κατανάλωση ζωικών λιπών, ζωικών πρωτεϊνών και κρέατος από τα θαλασσινά θηλαστικά.

Η κατανάλωση λαχανικών και / ή ψαρικών συνδέεται αντιστρόφως ανάλογα με τον κίνδυνο για σκλήρυνση κατά πλάκας<sup>10</sup>.

- Το κλίμα παίζει σημαντικό ρόλο. Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι συχνότερη στα εύκρατα κλίματα σπάνια στα τροπικά και αν και είναι κυρίως νόσος της λευκής φυλής εμφανίζεται μερικές φορές και σε νέγρους στην Ευρώπη ή στην Βόρειο Αμερική
- Υπάρχουν και οπαδοί που υποστηρίζουν ως παράγοντα επιβάρυνσης της δηλητηρίασης με βαρέα μέταλλα<sup>8</sup>
- Η ένδειξη για κληρονομική προδιάθεση παρέχεται από την διαφορετική επίπτωση σε διάφορες εθνικότητες (υψηλή στους Καυκάσιους της Βόρειας Ευρώπης, χαμηλή στους Ασιάτες της Ανατολικής Ασίας και στους Πολυνήσιους ακόμα και αν ζουν σε περιοχές με υψηλή επίπτωση, από την παρουσία των συνδυασμών των αντιγόνων HLA και την υψηλότερη επίπτωση στους μονοζυγωτές 30% παρά στους διζυγώτες (3%) δίδυμους. Ο κίνδυνος για τους μη δίδυμους αδελφούς εξ αίματος είναι 3% που είναι 20-30 φορές μεγαλύτερος από εκείνον του γενικού πληθυσμού
- Οι εξετάσεις του αίματος του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και των εγκεφαλικών βλαβών έχουν δείξει ποικίλες ανοσολογικές διαταραχές και γενικά θεωρείται ότι η απομυελίνη διεκπεραιώνεται από δραστηριοποιημένα T λευκοκύτταρα και πιθανώς αντισώματα που έχουν στόχο μια ποικιλία αντιγόνων μυελίνης και του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος<sup>21</sup>

- Όσον αφορά τα εμβόλια, όπως αυτό κατά της ηπατίτιδας Β, δεν αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας σκλήρυνση κατά πλάκας, υποστηρίζουν δύο μελέτες που δημοσιεύονται στην ιατρική επιθεώρηση «New England Journal of Medicine». Στην πρώτη έρευνα, που έγινε σε πολλά Ιατρικά κέντρα της Γαλλίας και τον Καναδά, υπογραμμίζεται στα συμπεράσματα ότι «ο εμβολιασμός δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο αναζωπύρωσης βραχυπρόθεσμα» στα άτομα που ήδη πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας. Με βάση τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από τη μελέτη των φακέλων των ετών 1993-97 διαπιστώθηκε ότι «δεν υπήρξε αύξηση του κινδύνου επανεμφάνισης της ασθένειας που να συνδέεται με τα εμβόλια κατά της ηπατίτιδας Β της γρίπης ή του τετάνου για δύο μήνες μετά τον εμβολιασμό. Το ποσοστό αύξησης κυμαινόταν από το 0,2% έως το 1%.

Η δεύτερη έρευνα διεξήχθη στις Ηνωμένες πολιτείες και δείχνει ότι «δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας Β και της εμφάνισης σκλήρυνση κατά πλάκας. Η αύξηση κινδύνου επισημαίνουν οι ερευνητές, ανέρχεται σε ποσοστό μικρότερο του 1%. Τα αποτελέσματα αυτά θα καθησυχάσουν όσους εμβολιάζονται, καθώς και τους ασθενείς και τους γιατρούς τους.<sup>25</sup>

Τέλος λιγότερο πιστευτό είναι το γεγονός ότι η έναρξη της νόσου οφείλεται σε τραυματισμούς ή συγκινησιακό stress<sup>8</sup>

## **3.2. Κλινική εικόνα της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας**

### **3.2.1. Γενικά**

Τα κλινικά συμπτώματα της σκλήρυνση κατά πλάκας, πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα των αλληπάλληλων ανωμάτων δραστηριοτήτων του ανοσοποιητικού συστήματος, που τελικά καταλήγει στην καταστροφή του



ολιγοδενδροκυττάρου και της μυελίνης που παράγεται απ' αυτό. Ως αποτέλεσμα της φλεγμονώδους αντιδράσεως που αναπτύσσεται στις εστίες της απομυελίνωσης, διακόπτεται η καθ' άλματα ομαλή αγωγή των ερεθισμάτων, με συνέπεια την πρόκληση των διαφόρων εκδηλώσεων.

Η εμφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου, μπορεί να είναι οξεία (σε λεπτά ή ώρες), υποξεία (σε μέρες ή εβδομάδες) ή ακόμη και χρόνια.

Οι τυπικές προσβολές της νόσου που συνθέτουν τις χαρακτηριστικές για την νόσο ώσεις διαρκούν 6-8 εβδομάδες. Ακολούθως τα συμπτώματα υφίενται σχεδόν τελείως σε σημείο που οι ασθενείς να τα λησμονούν. Επειδή οι εστίες της νόσου εμφανίζονται ταυτόχρονα σε διάφορες περιοχές του Κ.Ν.Σ., η προκαλούμενη κλινική εικόνα, είναι πολυσυμπτωματική.

Εξ' άλλου η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι συνήθως βραχεία, αλλά είναι δυνατόν τα συμπτώματα να εξελίσσονται χρονίως και να υπάρχει μετάπτωση από τη διαλείπουσα μορφή στην χρόνια και ξεχωριστά.<sup>20</sup>

Έτσι η σκλήρυνση κατά πλάκας, χαρακτηρίζεται από ποικιλομορφία και ευμεταβλητότητα τόσο ως προς το είδος των συμπτωμάτων (εναρκτήριων και επακόλουθων), όσο και ως προς την εμφάνιση και εξέλιξη τους. Το πρώτο σύμπτωμα με το οποίο εμφανίζεται η νόσος έχει μεγάλη σημασία και είναι σε θέση τις περισσότερες φορές να καθορίσει την πρόγνωση.<sup>26</sup>

### **3.2.2. Πρωταρχικά συμπτώματα**

Το 90% των πασχόντων ξεκινά με τη μορφή της νόσου που χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Τα πλέον συχνά συμπτώματα σχετίζονται με βλάβες του νωτιαίου μυελού (50%), των οπτικών νεύρων (25%) ή του στελέχους και της παραεγκεφαλίτιδας (20%).

*Πίνακας: Συμπτώματα για τα οποία προσέρχονται οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας*

Νωτιαίος μυελός (50%)	
Αισθητικά	«Τρυπήματα», αιμωδία, «κάψιμο», σφικτός επίδεσμος, διαταραγμένη αίσθηση θερμοκρασίας, σημείο Lhermitte
Κινητικά	Αδυναμία, δυσκινησία, αδεξιότητα, κόπωση
Σφιγκτηριακά	Επιτακτική ούρηση, ακράτεια ούρων, δυσκοιλιότητα, ακράτεια κοπράνων, σεξουαλική ανικανότητα
Οπτική νευρίτις (25%)	Μονόπλευρη πάνω από 90% των περιπτώσεων, θολή όραση, τμηματική απώλεια όρασης, μειωμένη χρωματική αντίληψη, πόνος κατά την κίνηση του ματιού
Στέλεχος Παρεγκεφαλίτιδα (20%)	Διπλωπία, δυσαρθρία, ίλιγγος, αιμωδίες προσώπου, αδυναμία προσώπου, βαρηκοΐα, παραξυσμικά φαινόμενα π.χ. νευραλγία τριδύμων, τονικοί σπασμοί
Άλλα 5%	Ημιπάρεση, ημιανοψία, δυσφαγία, επιληπτικές κρίσεις, νοητική έκπτωση

Οι βλάβες του νωτιαίου μυελού εκδηλώνονται με επιμέρους μυελικά σύνδρομα

Τα αισθητικά συμπτώματα είναι συχνά και περιλαμβάνουν αιμωδία, μυρμηκιάσεις, αίσθηση τρυπήματος από καρφίτσες ή βελόνες, αίσθηση καύσου, σφικτών επιδέσμων ή αίσθηση διαταραγμένης θερμοκρασίας στα άκρα και τον κορμό. Το σημείο Lhermitte (παραίσθησια κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης και των κάτω άκρων κατά την κάμψη του αυχένα) είναι συχνό.<sup>21</sup> Σε προσβολή του αυχενικού τμήματος των οπίσθιων δεσμών, η αιφνίδια κάμψη του αυχένος θα προκαλέσει αίσθημα ηλεκτρικής εκκενώσεως στα άκρα.<sup>27</sup>

Η συμμετοχή της πυραμιδικής οδού προκαλεί μυϊκή αδυναμία αδεξιότητα ή ακαμψία των άκρων<sup>21</sup>, η σπαστικότητα σε εγκεφαλική βλάβη παρουσιάζεται με υπεροχή κάμψης στο άνω άκρο με ταυτόχρονη έκταση του κάτω άκρου, ενώ σε βλάβη του νωτιαίου μυελού παρουσιάζονται καμπτικοί σπασμοί και παραπληγία σε κάμψη, η οποία προκαλεί αδυναμία, αποσυντονισμού κίνησης.<sup>28</sup> Η κόπωση όπου είναι ένα από τα βασικά συμπτώματα σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, ακόμα και από τα αρχικά στάδια της νόσου.<sup>29</sup>

Η κόπωση στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας επηρεάζει τόσο τους μύες όσο και το νευρικό σύστημα. Η κόπωση των κινητήριων νεύρων μπορεί να φέρει αδυναμία, ένα αίσθημα βάρους, στους μύες, έλλειψη συντονισμού και τρόμου. Η κόπωση των αισθητήριων νεύρων της όρασης, της ακοής, της γεύσης, της αφής, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα σε μία ή περισσότερες αισθήσεις.<sup>30</sup>

**Η διαταραχή των σφιγκτήρων** εκδηλώνεται με επιτακτικής ούρησης ή ακράτειας ή δυσουρία σπανιότερα.<sup>21</sup> Τα επεισόδια επισχέσεως ούρων σε ένα νεαρό άτομο, μπορεί να αποτελούν το πρώτο σύμπτωμα της νόσου.<sup>27</sup>

**Η δυσκοιλιότητα και η σεξουαλική ανικανότητα** σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρατηρούνται συχνά.<sup>31</sup> Η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν συνεπάγεται πάντα σε σεξουαλική δυσλειτουργία, όμως κάποιοι άνθρωποι μπορεί να παρουσιάσουν οργανικές ή ψυχολογικές δυσκολίες ή και τα δύο. Οι άνδρες με σκλήρυνση κατά πλάκας έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ανικανότητα και οι γυναίκες διέγερση μεμονωμένης έντασης. Αυτό μπορεί να είναι παροδικό, να έχει διακυμάνσεις ή να είναι μεγάλης διάρκειας. Η κόπωση, το στρες και η ακράτεια μπορεί να προκαλέσουν σεξουαλική δυσλειτουργία.<sup>30</sup>

**Η οπτική νευρίτιδα** είναι μονόπλευρη πάνω από το 90% των περιπτώσεων.<sup>21</sup>

Υπάρχει θάμβος οράσεως, μείωση ή πλήρη απώλεια της οπτικής οξύτητας, συνήθως ετερόπλευρα, καθώς και διαταραχές των οπτικών πεδίων, όπως πχ. κεντρικό σκότωμα, σπανιότερα και ημιανοψία. Οι διαταραχές αυτές έχουν οξεία ή υποξεία έναρξη, η αντίληψη όμως των χρωμάτων εκπίπτει πρωιμότερα και εντονότερα.<sup>11</sup>

Οι πλέον συχνές εκδηλώσεις της βλάβης **στο στέλεχος ή και την παρεγκεφαλίτιδα** είναι διπλωπία, ίλιγγος, αταξία,<sup>22</sup> δυσαρθρία (δυσκολία άρθρωσης και φώνησης). Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της δυσαρθρίας σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι **α.** μονότονη, σιγανή φωνή που είναι αποτέλεσμα της μη συνεργασίας των μυών της ομιλίας, **β.** κακή άρθρωση που οφείλεται σε μυϊκή αδυναμία ή κακή συνεργασία των μυών, της γλώσσας και των χειλέων, **γ.** χοντρή, εξασθενημένη ομιλία με κακή

άρθρωση λόγω της μικρής παράλυσης των χειλέων και της γλώσσας και δ. σιγανή, μονότονη, χαμηλής έντασης φωνή με απουσία μελωδικότητας που οφείλεται σε μυϊκή δυσκαμψία και βραδυκίνησια.<sup>30</sup>

Επίσης διαταραγμένη αισθητικότητα του προσώπου,<sup>22</sup> ανισορροπία, αποδιοργάνωση, αδυναμία των άκρων και εξασθένηση των αισθήσεων. Το πόσο από αυτά τα χαρακτηριστικά που θα παρουσιαστούν εξαρτάται από το μέγεθος και την πολυπλοκότητα της νόσου.<sup>32</sup>

Στην φυσική εξέταση μπορεί να παρατηρηθεί διαπυρηνική οφθαλμοπληγία (αδυναμία προσαγωγής του ενός οφθαλμού και νυσταγμός του απαγόμενου στην οριζόντια κίνηση), νυσταγμό, δυσαρθρία, αταξία κορμού και βάδισης και δυσλειτουργία των κρανιακών νεύρων V, VI ή VII.<sup>21</sup>

Σπανιότερες εκδηλώσεις της σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η βαρυκοΐα ποικίλα εγκεφαλικά ημισφαιρικά σύνδρομα όπως ημιπληγία και ημιανοψία,<sup>33</sup> η δυσφαγία που προσβάλλεται το μέρος του εγκεφάλου που ρυθμίζει τη λειτουργία της κατάποσης και της τροφής ή τα νεύρα που συνδέονται με αυτή. Η μορφή της δυσφαγίας και ο βαθμός της ποικίλλει και μπορεί να προσβάλλει όλες τις φάσεις της κατάποσης.<sup>30</sup> Επίσης η αγνωσία, η άνοια (με εξαίρεση τη νευραλγία του τριδύμου).<sup>33</sup>

Επίσης οι επιληπτικές κρίσεις αποτελούν ένα όχι ιδιαίτερα συχνό σύμπτωμα πολλαπλής σκλήρυνσης και εκδηλώνονται σε ποσοστό 3-8%.<sup>34</sup> Η επιληψία είτε εστιακή είτε γενική μπορεί να παρουσιαστεί και να προκαλέσει νοητικές λειτουργίες με αλλοιώσεις της προσωπικότητας, όταν υπάρχουν πλάκες στα εγκεφαλικά ημισφαίρια.<sup>32</sup>

Τέλος από την ψυχική σφαίρα συχνή είναι η ευφορία ή συναισθηματική ακράτεια ή και τα ανοϊκά φαινόμενα.<sup>24</sup>

### **3.3. Πορεία και Πρόγνωση της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας**

Η πορεία της νόσου ποικίλλει. Οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν εξάρσεις και υφέσεις των συμπτωμάτων σε απρόβλεπτα χρονικά διαστήματα και επί σειρά ετών. Μετά από κάθε ύφεση καταλείπονται νευρολογικά ελλείμματα όπως διαταραχή της όρασης, σπαστική πάρεση των άκρων, αταξία, διαταραχές ούρησης. Σε ορισμένους όμως ασθενείς η νόσος είναι δυνατό να διατρέχει καλοηθέστερα, με ένα ή δυο επεισόδια. Μια άλλη μορφή της δεν παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις, αλλά συνεχή προοδευτική επιδείνωση.<sup>23</sup>

Η πρώιμη εμφάνιση παρεγκεφαλιδικών και παραμιδικών διαταραχών έχει βαρύτερη πρόγνωση, σε αντίθεση με τις αισθητικές και τις οπτικές διαταραχές (λ.χ. οπτική νευρίτιδα).<sup>24</sup>

Η απουσία αναπηρίας μετά από 5 χρόνια και άνω από την έναρξη των συμπτωμάτων, αποτελεί σχετικά καλό προγνωστικό σημείο.<sup>21</sup>

Η νόσος διαρκεί 20-30 χρόνια, ενώ πολλοί άρρωστοι ζουν 30 και 50 χρόνια μετά την αρχή της, ενώ λίγοι πεθαίνουν σε ένα - δύο χρόνια.<sup>8</sup>

Σήμερα το προσδόκιμο επιβιώσεως των πασχόντων είναι αυξημένο, συγκριτικά με το παρελθόν, εξαιτίας της καλύτερης φροντίδας των αρρώστων, ο θάνατος επέρχεται συνήθως από παρεπιμπτούσες ανεξέλεγκτες λοιμώξεις του αναπνευστικού ή ουροποιητικού συστήματος ή επιμολύνσεως των εσχάρων εκ κατακλίσεως σπανίως δε απευθείας από τη νόσο.<sup>11</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### 4.1. Διάγνωση

Η κλινική διάγνωση της σκλήρυνση κατά πλάκας εξαρτάται πολύ από το ιατρικό ιστορικό και την αντικειμενική νευρολογική εξέταση.<sup>16</sup>

Είναι δύσκολο να διαγνωστεί η σκλήρυνση κατά πλάκας γιατί δεν υπάρχει κάποια ειδική εργαστηριακή εξέταση, με την οποία να μπορούμε να είμαστε 100% βέβαιοι, αλλά γίνονται διάφορες παρακλινικές εξετάσεις που βοηθούν σημαντικά στην διάγνωση.

Ο γιατρός ζητάει, το ιστορικό των συμπτωμάτων του ασθενή. Η περιγραφή τους και η μορφή με την οποία εμφανίζονται μπορεί να υποδείξουν σκλήρυνση κατά πλάκας.<sup>13</sup>

Κατά την αντικειμενική νευρολογική εξέταση, είναι απαραίτητο να τονιστεί, ότι μόνο τα μείζονα ευρήματα (σημεία) πρέπει να θεωρούνται ενδεικτικά της παθήσεως:

1<sup>ο</sup> Η αντίδραση του Marcus Gunn μετά από εναλλάξ φωτισμό των κόρων. Συγκεκριμένα, στην πάσχουσα πλευρά η κόρη συστέλλεται λίγο στην αρχή και μετά παραμένει διεσταλμένη παρ' ότι ο φωτισμός παραμένει. Η διαταραχή αυτή οφείλεται σε βλάβη στην προσαγωγό οδό του κορικού αντανακλαστικού.

2<sup>ο</sup> Η πρόσθια διαπυρινική οφθαλμοπληγία η οποία όταν είναι διπλή, θεωρείται ότι είναι σχεδόν παθογνωμικό εύρημα.<sup>20</sup>

Παρά ταύτα, μερικές παρακλινικές εξετάσεις είναι υπερβολικά χρήσιμες για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της σκλήρυνσης κατά πλάκας σε συγκερασμό με την αντίστοιχη κλινική διάγνωση.<sup>21</sup>

Είναι οι εξής:

**A. Εγκεφαλονωτιακό υγρό (E.N.Y)** μπορεί να είναι φυσιολογικό, ιδιαίτερα σε χρόνιες ή προχωρημένες περιπτώσεις. στα οξέα επεισόδια υπάρχει μερικές φορές μονοπυρήνωση μέχρι και 50 κύτταρα ανά  $\text{mm}^3$  <sup>8</sup> στο 40% των ασθενών ενώ το αντίστοιχο ποσοστό έχει ήπια αυξημένο λεύκωμα<sup>21</sup> γύρω στα 100-110  $\text{mg}\%$ .<sup>20</sup>

Σε πάνω από 50% βρίσκεται αύξηση στην ολική γ-σφαιρίνη του ENY 70-90% μια ποσοστιαία αύξηση (σε σχέση με την ολική πρωτεΐνη) της ολιγοκλωνικής 1gG (ιδιαίτερα στις οξείες περιπτώσεις ή στην διάρκεια των υποτροπών.<sup>8</sup>

## **B. Ηλεκτροφυσιολογικές Εξετάσεις**

### **I. Προκλητά δυναμικά**

Σημαντική εξέταση είναι τα προκλητά δυναμικά που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της αγωγιμότητας της οπτικής, της τελευταίας ακουστικής και σωματοαισθητικής οδού. Τα προκλητά δυναμικά, έχουν την δυνατότητα αποκαλύψεως κλινικά σιωπηρών εστιών – κάτι ιδιαίτερα σημαντικό.<sup>20</sup>

Τα οπτικά προκλητά δυναμικά παρέχουν σημαντική βοήθεια σε κλινικά αμφίβολες περιπτώσεις, γιατί αποκαλύπτουν συχνά υποκλινικές προσβολές της οπτικής οδού σε ποσοστό 21% - 83% ανάλογα με τη μορφή της νόσου<sup>11</sup> και καταγράφονται από το δέρμα του εγκεφάλου.

Τα ακουστικά προκλητά δυναμικά είναι ηλεκτρικά κύματα που παράγονται από την ακουστική οδό μετά από επαναλαμβανόμενο ηχητικό ερέθισμα,<sup>35</sup> παρέχουν λιγότερες, πλην όμως σημαντικές πληροφορίες για υποκλινικές διαταραχές του εγκεφαλικού στελέχους.<sup>11</sup>



Τα σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά γεννώνται στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό, μετά από ερεθισμό περιφερικών αισθητικών νεύρων και καταγράφονται με ηλεκτρόδια επιφάνειας από το δέρμα του κρανίου και της σπονδυλικής στήλης.<sup>35</sup>

Τα σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά βοηθούν στην ανίχνευση βλαβών στο νωτιαίο μυελό.<sup>27</sup>

## **II. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ)**

Καταγράφεται η ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου διαμέσου του άθικτου κρανίου. Στην περίπτωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας μπορεί να αναδειχθούν ευρήματα σε μικρό ποσοστό που δεν θεωρούνται ειδικά.<sup>6</sup>

## **III. Ηλεκτρονυσταγμογράφημα**

Είναι μία ακόμη μέθοδος που συμβάλλει στη μελέτη της διαπυρηνικής οφθαλμολογίας και του διχασμένου νυσταγμού και χρησιμοποιείται ακόμη για τον έλεγχο αισθησιακής λειτουργίας η οποία επηρεάζεται συχνά στην σκλήρυνση κατά πλάκας<sup>11</sup>

## **Γ. Απεικονιστικές μέθοδοι**

**I. Η αξονική τομογραφία** του εγκεφάλου μετά από IV χορήγηση υψηλής δόσεως ιωδιούχου σκιαγραφικής ουσίας<sup>27</sup> μπορεί να αποκαλύψει υποπυκνωτικές βλάβες μέσα στη λευκή ουσία συνήθως με παρακοιλιακή ή υποφλοιώδη κατανομή<sup>19</sup> αλλά μειονεκτεί σε περιπτώσεις εστιών μικρού μεγέθους.<sup>11</sup>

Σήμερα είναι πλέον σαφές ότι η αξονική τομογραφία έχει παραχωρήσει την θέση της στην μαγνητική τομογραφία.<sup>8</sup>

## II. Μαγνητική Τομογραφία

Η εξέλιξη των τυπικών βλαβών της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι τώρα καλύτερα κατανοητή χάρη στην έγκαιρη αξιοποίηση απεικονιστικών τεχνικών, όπως η μαγνητική τομογραφία.

Πρόσφατες κλινικές μελέτες έχουν υπογραμμίσει τη σημαντική προσφορά της μαγνητικής τομογραφίας στην μέτρηση της επίδρασης της ασθένειας στον εγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό.<sup>16</sup>

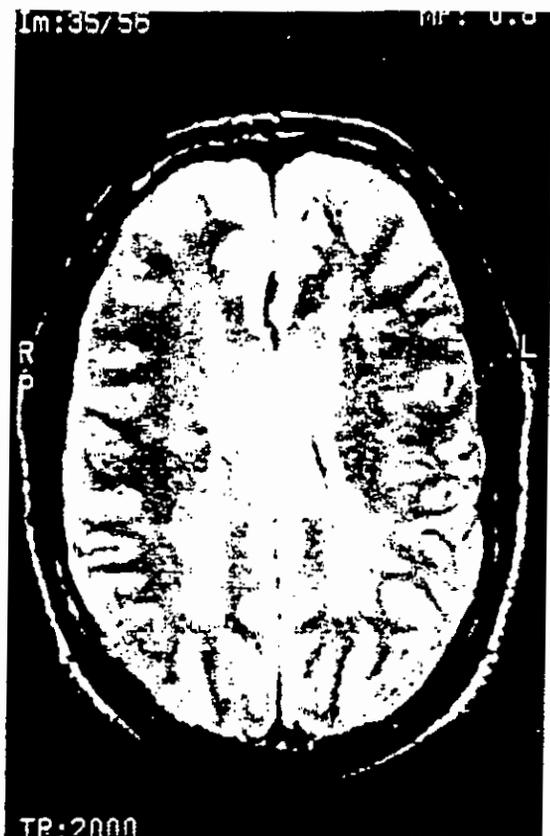
Πρόκειται για «ακτινογραφίες» του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού όπου φαίνονται οι περιοχές που έχουν προσβληθεί από σκλήρυνση κατά πλάκας.

Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου αναδεικνύει πολυεστικές εγκεφαλικές βλάβες της λευκής ουσίας σε περισσότερους από 95% των ασθενών με κλινικά βέβαιη σκλήρυνση κατά πλάκας.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η μαγνητική τομογραφία είναι σε θέση να διαφοροδιαγνώσει ενεργό από ενεργό βλάβη, ιδιαίτερα μετά από IV χορήγηση παραμαγνητικού σκιαγραφικού (Gd – DPTA).<sup>21</sup>

Οι πλέον έγκυρες παρακλινικές εξετάσεις από τις παραπάνω για την διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας θεωρούνται οι αναλύσεις του ENY, η καταγραφή των προκλητών δυναμικών και η μαγνητική τομογραφία.

Οι εξετάσεις αυτές διαφέρουν μεταξύ τους όσον αφορά την ευαισθησία και την ειδικότητά τους. Τα αποτελέσματα τους συνεπώς, πρέπει να συνεκτιμώνται με προσοχή με τα στοιχεία από το ιατρικό ιστορικό και την νευρολογική εξέταση.<sup>20</sup>



Εικ. 20.1. Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου σε  $T_2$  ακολουθία κλινικά βέβαιης ΣΚΠ. Παρατηρούνται πολλαπλές θλάβες της λευκής ουσίας με περικοιλιακή επικράτηση και συμμετοχή του μεσολοβίου.



Εικ. 20.2. Μαγνητική τομογραφία αυχενικής μοίρας του νωτιαίου μυελού σε οβελιαία τομή και  $T_2$  ακολουθία που αποκαλύπτει πολλαπλές θλάβες υψηλού σήματος στο εσωτερικό του νωτιαίου μυελού.

## 4.2. Διαφορική διάγνωση

Στη διαφορική διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας πρέπει να περιλαμβάνεται κάθε νόσος που προκαλεί διάσπαρτες βλάβες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Στην πράξη Δ.Δ γίνεται σχετικά από λίγα νοσήματα:

**1<sup>ον</sup> Ο ερυθματώδης λύκος** προσβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα σε ποσοστό 40% όμως στο λύκο η οπτική νευρίτιδα και η μυελίτιδα είναι σπάνιες εκδηλώσεις. Υπάρχει όμως η 1gG στο ENY και ολιγοκλωνικές ζώνες, όπως στη σκλήρυνση κατά πλάκας.

Αντίστροφα στη σκλήρυνση κατά πλάκας ανευρίσκονται σε σημαντικό ποσοστό θετικά τα αντιπυρηνικά αντισώματα. Όμως ο λύκος έχει έντονες συστηματικές εκδηλώσεις (ερύθημα, αλωπεκία κ.α.). Ούτως ώστε σπάνια να δημιουργεί διαγνωστικά προβλήματα.

**2<sup>ον</sup> Η σαρκοείδωση** που μπορεί επίσης, να έχει νευρολογικές εκδηλώσεις

**3<sup>ον</sup> Η Νόσος Lyme** πάθηση που αναγνωρίστηκε σχετικά πρόσφατα. Έχει ιδιαίτερη εικόνα (ερύθημα, αρθροπάθεια κ.α.) που τη ξεχωρίζει από τη σκλήρυνση κατά πλάκας.

**4<sup>ον</sup> Η μεταλοιμώδης διάσπαρτη εγκεφαλομυελίτιδα** δημιουργεί σημαντικά διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα περίπου 25% που έχουν διαγνωστεί ότι έχουν μεταλοιμώδη εγκεφαλομυελίτιδα, ουσιαστικά έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας.

**5<sup>ον</sup> Τα ψυχιατρικά αίτια** είναι η συχνότερη αιτία κακής διαγνώσεως, θετικής ή αρνητικής. Δεν πρέπει να λησμονείται ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας έχει νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις.

Πρώτος ο Charcot περιέγραψε την ευμεταβλητότητα του συναισθήματος των ασθενών, ενώ ο Wilson το 1926 ανέφερε ότι τα κύρια συμπτώματα δεν είναι νευρολογικά αλλά συναισθηματικές αλλαγές.

Κύρια εκδήλωση στη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η κατάθλιψη. Συνυπάρχει μάλιστα και το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών.<sup>20</sup>

Η συμπτωματολογία εστιακής βλάβης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος μπορεί να οφείλεται σε διάφορες άλλες αιτίες που προκαλούν βλάβη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Μερικά από αυτά είναι όγκοι, αγγειακά επεισόδια, αποστήματα, φλεγμονώδεις παθήσεις, απομυελινώσεις άλλης αιτιολογίας.<sup>12</sup>

Στην διαφορική διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας, είναι απαραίτητες η αιματολογία και η βιοχημεία για να εξαιρεθεί η αναιμία, η πολυκυτταραιμία, οι μεταβολικές δυσλειτουργίες του (κολλαγόνου) συστήματος. Ακτίνες θώρακος είναι απαραίτητες για να εξαιρεθεί η νεοπλασματική φυματίωση.<sup>32</sup>

### **4.3. Θεραπεία της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας**

Δεν υπάρχει σήμερα θεραπευτική δυνατότητα για ριζική θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας.<sup>16</sup>

Οι θεραπευτικές προσπάθειες στρέφονται 1. στην αντιμετώπιση του οξέους επεισοδίου, 2. στην πρόληψη των υποτροπών και 3. στην ανακούφιση των συμπτωμάτων.<sup>19</sup>

Ως κύρια θεραπευτικά μέσα της σκλήρυνσης κατά πλάκας χρησιμοποιούμε φάρμακα ωφέλιμα σε φλεγμονώδεις ή αυτοάνοσες παθήσεις.<sup>11</sup> Είναι τα εξής:

#### 4.3.1. Κορτικοστεροειδή και ACTH

Κατά την φάση των οξέων συμπτωμάτων της νόσου χορηγούνται κορτικοστεροειδή ή κορτικοτροπίνη (ACTH),σε διάφορα δασολογικά σχήματα όπως π.χ. πρεδνιζόνη ή μεθυλοπρεδνιζολόνη ανά 24ωρο για 4 εβδομάδες ή ACTH για 10-15 ημέρες και σταδιακή ακολούθως μείωση. Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται IM,IV ή peros.

Τα κορτικοειδή δρουν ανοσοκαταστατικά και επιταχύνουν την αποδρομή των κλινικών συμπτωμάτων της νόσου. Η παρατεταμένη και αλόγιστη όμως χρήση τους, αντενδείκνυται λόγω των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών τους ( οστεοπόρωση, υπέρταση, διαβήτης)<sup>11</sup>

#### 4.3.2. Ανοσοκατασταλτικά

Οι ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες όπως η αζαθειοπρίνη, κυκλοσπορίνη κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη, έχει υποστηριχθεί σε αρκετές μελέτες ότι μειώνει τον αριθμό των υποτροπών, αλλά δεν υπάρχει ομοφωνία για την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων αυτών.<sup>19</sup> Αυτό ισχύει και για την συνδεδεασμένη χρήση ανοσοκατασταλτικών και πλασμαφαιρέσεως.<sup>11</sup>

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν περιορισμένη ή ανύπαρκτη θεραπευτική αξία σε συνδυασμό με σημαντικές παρενέργειες έτσι ώστε αυτού του είδους οι θεραπευτικές παρεμβάσεις σπάνια πλέον γίνονται στη Μεγάλη Βρετανία.<sup>21</sup>

#### 4.3.3. Ιντερφερόνες α,β,γ

Οι ΙΝΕΣ αποτελούν την πιο σημαντική θεραπευτική εξέλιξη στην αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας τα τελευταία 20 χρόνια.<sup>22</sup>

Υπάρχουν τριών ειδών ιντερφερόνες άλφα, βήτα και γάμα, είναι χημικές ουσίες που υπάρχουν στο σώμα μας και έχουν ανοσορρυθμιστικές ιδιότητες που ελέγχουν τον ερεθισμό ή την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος. Πιστεύεται ότι η ιντερφερόνη γάμα συμβάλλει στην καταστροφή της μυελίνης στην σκλήρυνση κατά πλάκας.

Η ιντερφερόνη βήτα περιορίζει την δράση της ιντερφερόνης γάμα και διεγείρει τους παράγοντες που καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα.

Η τεχνητή ιντερφερόνη – βήτα είναι προϊόν της γενετικής βιοτεχνολογίας. Το γενετικό υλικό που περιέχει την πληροφορία για την παραγωγή INF – B – Ib εισάγεται σε ένα κύτταρο, το οποίο μετά θα παράγει INF – B – Ib.

Αυτή η διαδικασία μπορεί να γίνει με την χρησιμοποίηση βακτηριδιακών κυττάρων ή κυττάρων θηλαστικών.<sup>36</sup>

Σύμφωνα με την κλινική μελέτη CHAMPS που διεξήχθη σε 50 κέντρα πολλαπλής σκλήρυνσης στις ΗΠΑ και στον Καναδά με 383 ασθενείς, 18 έως 50 ετών<sup>16</sup>, μετά την εμφάνιση σε αυτούς ενός μεμονωμένου απολυελινωτικού επεισοδίου. Η εμφάνιση της νόσου είχε επιβεβαιωθεί και με μαγνητική τομογραφία.<sup>17</sup>

Έδειξε ότι η IM χορήγηση ιντερφερόνης Βήτα – 1b, μία φορά την εβδομάδα έχει δείξει ότι καθυστερεί τη συσσώρευση της αναπηρίας και μειώνει τη συχνότητα των κλινικών εξάρσεων σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα μορφή σκλήρυνσης κατά πλάκας<sup>16</sup>, σε ένα ποσοστό 44%, σε σύγκριση με τους ασθενείς στους οποίους δεν χορηγήθηκε καμία φαρμακευτική ουσία.<sup>17</sup>

Η μελέτη CHAMPS είχε αρχικά υπολογιστεί να διαρκέσει 5 χρόνια. Ήδη όμως μετά τα δύο πρώτα, τα αποτελέσματα ήταν συντριπτικά.<sup>16</sup> Η

κλινική μελέτη CHAMPS, στέλνει ελπιδοφόρα μηνύματα για τον έλεγχο της νόσου, από την οποία πάσχουν 25.000.000 ΑμΣΚΠ σε όλο τον κόσμο.<sup>17</sup>

Συγκεκριμένα δείχθηκε ότι έχει σημαντικές δόσοεξαρτώμενες κλινικές επιδράσεις:

**α. μείωση** της συχνότητας των επιδεινώσεων κατά 1/3 περίπου (35% έως 50% για τις σοβαρές επιδεινώσεις)

**β. παράταση** του χρόνου μέχρι την πρώτη ώση κατά 50%

**γ. αύξηση** του αριθμού των ασθενών με λιγότερες από δύο ώσεις κατά τα πρώτα χρόνια της θεραπείας.

**δ. μείωση** της διάρκειας των ώσεων (19 Ημέρες έναντι 44).

**ε. μείωση** στην κατανάλωση γλυκοκορτικοστεροειδών, χρήσιμων για την αντιμετώπιση των οξείων ώσεων

Τυπικές παρενέργειες σε μεγάλο αριθμό ασθενών παρατηρούνται τις πρώτες εβδομάδες (ή και μήνες). Αυτές είναι:

**α. πυρετός**, ενδεχομένως με ρίγη

**β. κόπωση**, γενική αδυναμία

**γ. μυαλγία** συνοδευόμενη, κάποιες φορές, από κεφαλαλγία<sup>20</sup>

Τα συμπτώματα αυτά περιγράφονται ως γριποειδή στην περίπτωση όμως της σκλήρυνσης κατά πλάκας η άνοδος της θερμοκρασίας του σώματος, επιδεινώνει τη σημειολογία της νόσου, προκαλώντας σημαντική αναπηρία στον ασθενή.<sup>36</sup>



Οι παρενέργειες αυτές εξαφανίζονται μετά τους πρώτους μήνες της θεραπείας, στην πλειονότητα των περιπτώσεων και μπορεί να ελεγχθούν με απλούς τρόπους (λ.χ. μείωση της αρχικής δόσεως σε βαρείες περιπτώσεις).

Οι τοπικές αντιδράσεις είναι συχνές. Στις περιπτώσεις αυτές χρειάζεται ιατρική υποστήριξη, επανεκμάθηση της τεχνικής της ενέσεως, τοπική ψύξη και κορτιζονούχες αλοιφές.

Είναι δυνατό να προκαλέσει διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας, λευκοπενία και πιθανώς κατάθλιψη.<sup>21</sup>

Η χορήγηση της ιντερφερόνης Βήτα – 1b δεν συνίσταται σε ασθενείς που πάσχουν παράλληλα από άλλη νόσο όπως 1. νεοπλάσματα, άνοια, χρόνιο αλκοολισμό και χρόνια καταβολικά νοσήματα, 2. Σε καταστάσεις εγκυμοσύνης ή σε γυναίκες που θηλάζουν, 3. όταν η χορήγηση της ιντερφερόνης βήτα – 1b, δεν είναι ανεκτή από τον ασθενή.<sup>36</sup>

Η πρόωμη θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας με Ιντερφερόνες συνδέεται με περισσότερα οφέλη για τον ασθενή και μπορεί να μειώσει το συνολικό κόστος θεραπείας σύμφωνα με τα συμπεράσματα του συμποσίου της Ευρωπαϊκής Νευρολογικής Εταιρίας που πραγματοποιήθηκε την περασμένη χρονιά στο Παρίσι.<sup>37</sup>

Η Ιντερφερόνη Βήτα – 1b είναι το πρώτο σκεύασμα ανασυνδυασμένης ιντερφερόνης, που έχει πάρει έγκριση σαν θεραπεία για την σκλήρυνση κατά πλάκας με αποδεδειγμένη δραστηριότητα στην πρόληψη υποτροπών και την καταστολή της επιδείνωσης σε ασθενείς με εξάρσεις – υφέσεις και δευτερεύουσες προοδευτικές μορφές της ασθένειας.<sup>38</sup>

Πρέπει επίσης να γίνεται σαφές ότι η ιντερφερόνη Βήτα – 1b δεν επιφέρει ίαση αλλά τροποποιεί τη νόσο και τις εκδηλώσεις της. Αποτελεί το πρώτο πολύ σημαντικό βήμα για τη θεραπεία της πολλαπλής

σκλήρυνσεως και έχει ανοίξει τον δρόμο για τη θεραπευτική έρευνα και τις εξελίξεις απέναντι σε αυτήν τη σοβαρή νόσο.<sup>20</sup>

#### 4.3.4. Glativamer acetate

Άλλο φάρμακο είναι το Glatiramer acetate. Τα αποτελέσματα μελέτης έδειξαν σημαντική δράση του φαρμάκου και μείωση των υποτροπών κατά 29%, αλλά καμία δράση στην αναπηρία. Είναι δυνατό να το λάβουν οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας που δεν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία με ιντερφερόνες και οι ασθενείς με βαριά κατάθλιψη.

#### 4.3.5. γ- σφαιρίνη IVIG-IgB

Όσον αφορά την IV χορήγηση γ- σφαιρίνης IVIG IgB, φαίνεται ότι έχει κάποια δράση στη μείωση του ρυθμού των υποτροπών όμως απαιτούνται περισσότερα στοιχεία για να αποδειχθεί όφελος ως προς την αναπηρία.

Η φαρμακευτική αγωγή καλύπτει μόνο το 30% της πορείας ενός ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας, μέχρι την εύρεση της οριστικής θεραπείας, το υπόλοιπο 70% της αντιμετώπισης είναι στο «χέρι» του ασθενή σκλήρυνση κατά πλάκας, εφόσον υπάρχουν τα απαραίτητα κέντρα αποκατάστασης.<sup>39</sup>

#### 4.3.6. Αυτομεταμόσχευση Αιμοποιητικών Προβαθμίδων

Μια άλλη μέθοδος είναι η ισχυρή ανοσοκαταστολή και η επαγωγή ανοχής με αυτομεταμόσχευση αιμοποιητικών προβαθμίδων.

Αρχικά γίνεται έντονη καταστολή με χημειοθεραπευτικά φάρμακα που καταστρέφουν τα ανοσοκύτταρα και τα υπόλοιπα κύτταρα του αίματος και κατόπιν επιτυγχάνεται η ανάπλαση του αιματικού ιστού (κύτταρα αίματος, λεμφοκύτταρα κλπ.) με τη λήψη μοσχεύματος αιμοποιητικών προβαθμίδων που προέρχονται από το αίμα του ίδιου του ασθενή.

Η μέθοδος αυτή προσφέρει βελτίωση αλλά όχι πλήρη θεραπεία.<sup>9</sup>

Πέρα από τα παραπάνω υπάρχουν και φάρμακα για τα επιμέρους συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας.<sup>13</sup>

#### **4.3.7. Συμπτωματική – Υποστηρικτική θεραπεία**

Η συμπτωματική θεραπεία θα πρέπει να ικανοποιεί τις σωματικές και τις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών.<sup>19</sup>

**α. Η σπαστικότητα** βελτιώνεται με τη Βακλοφένη, τη δαντρολένη, τη διαζεπάμη ή την τιζανιδίνη. Η σοβαρή σπαστικότητα μπορεί να αντιμετωπιστεί με ενδοραχιαία χορήγηση βακλοφένης μέσω αντλίας.

Η φυσικοθεραπεία με κατάλληλα προγράμματα έκτασης είναι σημαντική κατά την ανάρρωση μετά από την εμφάνιση της σπαστικότητας (ανεπάρκεια του ανώτερου κινητικού νεύωνα).<sup>40</sup> Οι αρχές της φυσιοθεραπείας είναι: 1. Διατήρηση και αύξηση της σειράς των κινήσεων, 2. Ενθάρρυνση σταθερότητας στάσης, 3. Παρεμπόδιση των συσπάσεων και 4. Διατήρηση και ενθάρρυνση της ανοχής του βάρους ενώ η απασχολησιοθεραπεία βοηθά στην αντιμετώπιση των κινητικών προβλημάτων των άνω άκρων.<sup>21</sup>

**β. Η επιτακτική ούρηση και η ακράτεια** ελέγχονται με προπανθελίνη και άλλες συγγενείς ουσίες,<sup>8</sup> επίσης οι ασθενείς με επιτακτική ούρηση μπορεί να χρειαστεί να προσέχουν τη λήψη υγρών.<sup>27</sup>

Σήμερα θεωρείται σωστότερο, όταν υπάρχουν προβλήματα από την ούρηση, να γίνεται κυστεομετρία, για να φανεί η φύση του προβλήματος. Η οξιβουτινίνη φαίνεται ότι σε πολλές περιπτώσεις βοηθάει περισσότερο από ότι η προπανθελίνη όμως τελικά αρκετοί άρρωστοι χρειάζονται διαλείποντα καθετηριασμό ενώ άλλοι βοηθούνται με την εμφύτευση τεχνητών σφιγκτήρων.<sup>8</sup> Επίσης πρέπει να διενεργούνται περιοδικοί έλεγχοι για ουρολοίμωξη.<sup>19</sup>

γ. Η **δυσκοιλιότητα** υποχωρεί με τη χρήση διαιτητικών παραγόντων πλουσίων σε ίνες και με υπακτικά.<sup>21</sup>

δ. Η **ανικανότητα** κάποιες ενέργειες που είναι δυνατόν να βοηθήσουν είναι οι εξής:

Φαρμακευτική αγωγή που μειώνει τους μυικούς σπασμούς και την ακαμψία χορηγείται με τέτοιο τρόπο ώστε να βοηθάει στην σεξουαλική δραστηριότητα. Να αποφεύγεται η λήψη των φαρμάκων για τη χαλάρωση και η λήψη των αντικαταθλιπτικών πριν τη σεξουαλική δραστηριότητα.

Σήμερα υπάρχουν φάρμακα που βοηθάνε στη στύση και ένας ουρολόγος είναι ειδικός για την παροχή συμβουλών. Τέλος τα φάρμακα για την κόπωση και η συστηματική σωματική άσκηση, ιδιαίτερα το κολύμπι βοηθούν.<sup>41</sup>

ε. Το 55% των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας θα βιώσουν κάποιο πόνο ενώ το 15% θα βιώσει μακροχρόνιο πόνο.

Οι οξείς πόνοι όπως είναι η **νευραλγία του τριδύμου** (οξύς πόνος στο πρόσωπο «σφάχτης» σαν στιγμιαία μαχαιριά), αντιμετωπίζονται με την καρβαμαζεπίνη. Ο δυνατός πόνος της **οπτικής νευρίτιδας**, συνήθως αντιμετωπίζεται με κορτικοειδή (κορτιζόνη), τα οποία μειώνουν τη φλεγμονή. Το **σημείο Lehermitte**, αντιμετωπίζεται με ένα μαλακό κολάρο γιατί μειώνει την κάμψη του λαιμού (η φαρμακευτική αγωγή δεν βοηθάει γιατί ο πόνος εμφανίζεται ξαφνικά).<sup>36</sup>

Ο χρόνιος δυσαισθητικός πόνος ανταποκρίνεται στην αμιτρυπτιλίνη ή σε διαδερμικό ηλεκτρικό ερεθισμό του νεύρου. Η ειδική συμβουλή της κλινικής πόνου βοηθά στην αντιμετώπιση χρόνιων συνδρόμων πόνων.<sup>21</sup>

στ. Στη δυσαρθρία είναι αναγκαία η αξιολόγηση ενός λογοθεραπευτή έτσι ώστε ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας να εκπαιδευτεί κατάλληλα

ζ. Η θεραπεία στη δυσφαγία είναι μια ομαδική προσπάθεια ακτινολόγου, λογοθεραπευτή, διαιτολόγου, του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας, της οικογένειάς του.<sup>30</sup>

η. Οι επιληπτικές τονικοκλονικές ή τονικές κρίσεις, χρήζουν αντιεπιληπτικής θεραπείας<sup>27</sup>

θ. Η κατάθλιψη δεν είναι σπάνια σε ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αντιμετωπιστεί με το συνήθη τρόπο και σε συνδυασμό με την ψυχολογική υποστήριξη.<sup>41</sup> Επίσης αντιμετωπίζεται με κοινωνική βοήθεια, συμβουλές, φαρμακευτική θεραπεία όπου η αναγκαιότητά της θα πρέπει να υπολογιστεί προσεκτικά<sup>32</sup>

ι. Η κόπωση, οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας θα πρέπει να αποφεύγουν τις ακραίες θερμοκρασίες, να λαμβάνουν ορισμένα μέτρα π.χ. σε επιδημίες εμπύρετων νοσημάτων, σε περίοδο καύσωνα<sup>5</sup> και να εφαρμόσουν κατάλληλη διαίτα με χαμηλά λιπαρά διότι μειώνει το ποσοστό επιδείνωσης και αναπηρίας καθώς και το ποσοστό θνησιμότητας<sup>32</sup>. Πέρα από τα γενικά μέτρα μειώνεται λίγο με τη χρήση της υδροχλωρικής αμανταδίνης<sup>42</sup>, είναι ένα συνθετικό χημικό που διώχνει την κόπωση σε πολλούς ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, αλλά όχι σε όλους τους ασθενείς.<sup>30</sup>

Η 4-αμινοπυριδίνη, ένας αναστολέας των διαύλων καλίου μπορεί να βελτιώσει την αγωνιμότητα των απομυελωμένων ινών, μειώνοντας τα υπάρχοντα λειτουργικά ελλείματα. Ο ερεθισμός του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και οι επιληπτικές κρίσεις κατά την χορήγηση της δεν είναι

σπάνιες παρενέργειες και χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση της κλινικής χρησιμοποίησής της.<sup>21</sup>

Η θεραπεία των συμπτωμάτων της νόσου αποσκοπεί στη όσο το δυνατό αποτελεσματική ανακούφιση του ασθενούς και για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται αναλγητικά σπασμολυτικά και φάρμακα ανάλογα με την περίπτωση του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας.<sup>12</sup>

#### **4.3.8. Υπερβαρικό οξυγόνο**

Υποστηρίζεται ότι τα συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας μπορούν να υποχωρήσουν όταν αναπνέουμε οξυγόνο σε θάλαμο υπό πίεση. Από μελέτες που έχουν γίνει φαίνεται ότι το υπερβαρικό O<sub>2</sub> δεν είναι αποτελεσματικό για την σκλήρυνση κατά πλάκας. Μερικοί ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αισθάνονται ότι καλυτερεύει ή διατηρεί την κατάστασή τους ενώ άλλοι λένε ότι τα συμπτώματά τους χειροτερεύουν. Η εισπνοή υπερβαρικού O<sub>2</sub> σε συνθήκες υψηλότερης πίεσης για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από αυτό που προτείνεται μπορεί να προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες στο νευρικό σύστημα όπως τύφλωση ή επιληπτικά επεισόδια. Αυτά τα συμπτώματα παρατηρούνται σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας ακόμα και όταν οι συνθήκες είναι σωστές.<sup>36</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### **5.1. Συναισθηματικά προβλήματα ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

Η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν παρουσιάζει μόνο χρονίζουσα οργανικά ενοχλήματα αλλά και ψυχολογικές, κοινωνικές επιπτώσεις στο άτομο που πάσχει.

Οι απαιτήσεις που προκύπτουν από τις επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας αποδιοργανώνουν κάθε τομέα της ζωής του ίδιου του ατόμου και της οικογένειάς του.

Ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας αισθάνεται απομόνωση, μοναξιά. Οι δυνατότητες του για κοινωνικές και φιλικές σχέσεις περιορίζονται, η φυσική του κατάσταση και οι δυνατότητες αυτοεξυπηρέτησης μειώνονται με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια αρνητική εικόνα και ένα αίσθημα μειονεκτικότητας στον ίδιο και την οικογένειά του, προκαλώντας εντάσεις και προβλήματα. Η αδυναμία του να ελέγξει τα πολλαπλά συμπτώματα, απομονώνουν τον πάσχοντα κοινωνικά και ιδιαίτερα από όσους δεν μπορούν να αποδεχθούν στη νέα του φυσική και ψυχολογική κατάσταση με αποτέλεσμα ακόμη και να αποφεύγουν να τον επισκεφθούν.<sup>43</sup>

Όποια μορφή σκλήρυνσης κατά πλάκας και να έχει κάποιος οι συναισθηματικές αντιδράσεις θα είναι ίδιες με αυτές των ανθρώπων που πάσχουν από άλλα χρόνια νοσήματα. **Αμφισβήτηση, φόβος, θυμός, κατάθλιψη και τύψεις** είναι μερικές από αυτές.

#### **Φόβος και ανασφάλεια**

Ο φόβος είναι μια κοινή και απολύτως κατανοητή αντίδραση σε μια χρόνια νόσο. Η διάγνωση σημαίνει μια κατάσταση που θα την έχουμε «για

μια ζωή» και που θα απαιτεί συνεχείς αναπροσαρμογές. Είναι λογικό να φοβάται κανείς τον πόνο, την ανικανότητα και τις άγνωστες πτυχές μιας νόσου. Για τους περισσότερους ανθρώπους ο μεγαλύτερος φόβος είναι η πιθανότητα να χάσουν τον έλεγχο της ζωής τους. Η δυνατότητα του να ελέγχει κανένας την ζωή του είναι άρρητα συνδεδεμένη με την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό και η απώλειά της μπορεί να γίνει η αφορμή για την προσωπική κατάρρευση του ίδιου μας του εαυτού στα μάτια μας. Όλα αυτά τα θέματα δεν αντιμετωπίζονται τόσο εύκολα.

### **Άρνηση**

Οι τελευταίες έρευνες με ανθρώπους που πάσχουν από κάποια χρόνια νόσο δείχνουν ότι η άρνηση μπορεί να αποτελεί μια θετική στρατηγική αντιμετώπισης εφόσον δεν γίνεται εμπόδιο στη σωστή θεραπευτική αγωγή και φροντίδα. Η άρνηση είναι μια φυσιολογική αντίδραση, ειδικά στη περίοδο μετά τη διάγνωση ή όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Η άρνηση είναι ένα θετικό στοιχείο στο βαθμό που επιτρέπει στους ανθρώπους να βάλουν την ανησυχία «στην άκρη» και να συνεχίσουν να ζουν μια όσο το δυνατόν φυσιολογική ζωή.

### **Πένθος**

Είναι απαραίτητο οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας να θρηνήσουν για τις απώλειές τους. Ο θρήνος μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να ξεπεράσουν τον αρχικό πόνο και να αρχίσουν τη διαδικασία της προσαρμογής.

Η απώλεια κάποιας ικανότητας είναι το ίδιο πραγματική όσο και η απώλεια κάποιου μέλους του σώματός μας. Για αυτό είναι ανάγκη τα συναισθήματα πένθους να γίνουν αποδεκτά τόσο από τον ασθενή με



σκλήρυνση κατά πλάκας όσο και την οικογένεια και τους φίλους του. Η διαδικασία προσαρμογής είναι συνεχής και δεν ακολουθεί ημερολογιακή πορεία ή συγκεκριμένα στάδια μέχρις ότου έρθει και η ανακούφιση της παραδοχής.

### **Κατάθλιψη**

Οι αλλαγές που επιβάλλονται από μια χρόνια νόσο μπορούν να οδηγήσουν σε μια περίοδο κατάθλιψης. Είναι κάτι που συμβαίνει συχνά. Περίπου οι μισοί ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας θα περάσουν μια περίοδο κατάθλιψης κάποτε στη ζωή τους, όμως το ίδιο συμβαίνει και σε ανθρώπους που δεν έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας. Πολλές φορές η κατάθλιψη μένει απαρατήρητη γιατί υπάρχουν διάφορες κοινωνικές προκαταλήψεις που δεν μας επιτρέπουν να εκφράσουμε τα αρνητικά μας συναισθήματα και επίσης γιατί υπάρχει η τάση να θεωρούμε αδυναμία τα ψυχολογικά προβλήματα.

Αν κάποιος ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας είχε στο παρελθόν κατάθλιψη ή τάση προς αυτή, αυτός είναι περισσότερο ευαίσθητος στο θέμα αυτό. Σε μερικούς ανθρώπους η κατάθλιψη είναι ένα σύμπτωμα της σκλήρυνσης κατά πλάκας που οφείλεται σε βλάβες που έχουν γίνει στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όμως μπορεί να είναι και παρενέργεια κάποιων φαρμάκων για την σκλήρυνση κατά πλάκας. Ακόμη η ίδια νόσος μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα ενός ανθρώπου να αντιμετωπίσει την κατάθλιψη που δεν οφείλεται στη νόσο.

Μερικά άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι η έλλειψη όρεξης, αϋπνίες, κούραση ή έλλειψη ενέργειας, ανικανότητα συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων, ασυνήθιστη ανυπομονησία, μειωμένη δραστηριότητα,

συναισθήματα «αχρηστίας» ή τύψεως και επίμονες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.

Πάντως, οι τελευταίες έρευνες έδειξαν ότι μετά την αρχική συναισθηματική αναστάτωση της διάγνωσης, η πλειοψηφία των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας ανέκτησαν την αυτοεκτίμησή τους και συνεχίζουν τη ζωή τους κανονικά.

### Τύψεις

Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αισθάνονται ότι έχουν «απογοητεύσει» τις προσδοκίες της οικογένειας και των φίλων, ότι δεν μπορούν να κάνουν όλα όσα έκαναν πριν ή ότι είναι υπεύθυνοι για ότι πάθανε σκλήρυνση κατά πλάκας.

Η ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια μπορεί να αυξήσει τα συναισθήματα τύψεων των γονέων. Οι τύψεις είναι το πιο κοινό συναίσθημα των γυναικών με σκλήρυνση κατά πλάκας που έχουν οικογένεια με μικρά παιδιά ή εφήβους. Ο θυμός των παιδιών και η απογοήτευση τους που προέρχονται που κυρίως από τον φόβο της εγκατάλειψης, αυξάνουν τη θλίψη των γονέων. Τα παιδιά, αλλά ακόμη και ο/η σύζυγος / σύντροφος, μπορεί να μην εκφράζουν το θυμό και το φόβο τους ανοιχτά όμως ο θυμός και ο φόβος υποβόσκουν. Και τα δυο είναι φυσιολογικά συναισθήματα και αντικατοπτρίζουν τους οικογενειακούς δεσμούς.

Όσο όμως παραμένουν «κρυμμένα» μπορεί να αποδειχτούν καταστροφικά. Οι τύψεις ή τα συναισθήματα ντροπής εντείνονται όταν οι συγγενείς ή οι φίλοι είναι πικραμένοι, ευέξαπτοι ή ανυπόμονοι. Αφορμή είναι συνήθως τα «αθέατα» συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας, όπως είναι η κόπωση ή ο πόνος. Το στρες της ασθένειας επηρεάζει και τους

συγγενείς και τους φίλους και τέτοιες αντιδράσεις είναι και αυτές φυσιολογικές.

Όλοι στην οικογένεια είναι ανάγκη να κατανοήσουν τις επιπλοκές της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Έχει μεγάλη σημασία να καταλάβουμε ότι ο εχθρός είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας, η ασθένεια και όχι ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας. Κανένας δεν ευθύνεται για τα προβλήματα που αυτή δημιουργεί.

Υπάρχει όμως και η θετική πλευρά. Μερικές φορές οι δυσκολίες που προέρχονται από κάποια ανικανότητα συσπειρώνουν τα μέλη της οικογένειας και τότε κατανοούν και στηρίζουν ο ένας τον άλλον καλύτερα. Πολλοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι μέσα από την ασθένεια η οικογένεια τους απέκτησε μεγαλύτερη συνοχή.

Γενικά ενώ μπορούμε να διαπιστώσουμε κοινούς συναισθηματικούς παράγοντες στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, είναι διαπιστωμένο ότι κανένας ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας δεν έχει το ίδιο συναισθηματικό προφίλ με κάποιον άλλον.

## **5.2. Γνωστικά προβλήματα ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

Πολλοί ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας παρατηρούν αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες. Σε αυτές περιλαμβάνονται **προβλήματα μνήμης και επίλυσης προβλημάτων, δυσκολίες στην ομιλία και στην οπτική αντίληψη**. Μερικοί ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας έχουν δυσκολία να επεξεργαστούν σύνθετες πληροφορίες ή αυτές που δίνονται με ταχύ ρυθμό. Αυτό γιατί ταυτόχρονα ερεθίσματα μπορεί να υπερφορτώσουν τον εγκέφαλο και έτσι να μην μπορεί να επεξεργαστεί όλες τις πληροφορίες. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να επηρεάσουν τη δουλειά μας, την κοινωνική

μας ζωή και τον τρόπο που διεκπεραιώνουμε διάφορες εργασίες καθημερινά.<sup>41</sup>

Ερευνητές όπως ο Dr Stepher Rao του Πανεπιστημίου Wisconsin βρήκε ότι το 50% των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας δεν παρουσιάζουν κανένα γνωστικό πρόβλημα. Από το υπόλοιπο 50%, μόνο το 10% παρουσιάζει μέτρια έως σοβαρά προβλήματα. Δηλαδή, οι έρευνες δείχνουν ότι 9 στους 10 ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας δεν παρουσιάζουν σοβαρά γνωστικά προβλήματα.

Ακόμη γνωρίζουμε ότι δεν υπάρχει άμεση σχέση ανάμεσα στο βαθμό της κινητικής και γνωστικής δυσλειτουργίας.. Ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να παρουσιάσει μεγάλη αδυναμία στη βάδιση, αλλά να μην έχει καμία γνωστική δυσκολία, ενώ το μόνο σύμπτωμα σκλήρυνσης κατά πλάκας για κάποιον άλλον να είναι η σημαντική ελάττωση της μνήμης και καμία κινητική δυσκολία.

Τα γνωστικά προβλήματα δεν επιδεινώνονται κατ' ανάγκη. Δεν σημαίνει ότι θα χειροτερεύουν σταδιακά. Ακολουθούν και αυτά «το απρόβλεπτο» της ασθένειας.

Όλα αυτά δεν σημαίνουν ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας δεν μπορούν να είναι λειτουργικά μέλη της κοινωνίας. Σημαντικό είναι με τα κατάλληλα διαγνωστικά τεστ να αξιολογηθούν οι ικανότητες που έχουν διατηρηθεί και έτσι να πετύχουν την καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση.

Τα νευρολογικά τεστ είναι ο καλύτερος τρόπος για τη διάγνωση και κατόπιν για την σωστότερη διαχείριση των γνωστικών διαταραχών. Είναι περισσότερο εμπειριστατωμένα τεστ από τη νευρολογική εξέταση γιατί είναι σχεδιασμένα να αποκαλύπτουν ακόμη και τα πιο μη διακριτά συμπτώματα που προκαλεί η σκλήρυνση κατά πλάκας.

Ο νευροψυχολόγος, ο λογοθεραπευτής και ο εργοθεραπευτής είναι ειδικοί που μπορούν να αξιολογήσουν τις γνωστικές δυσλειτουργίες.

Αν και τα εργαλεία αξιολόγησης του καθενός είναι διαφορετικά, το κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν τα γνωστικά προβλήματα που επηρεάζουν την καθημερινή ζωή των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας

Οι τεχνικές αποκατάστασης που χρησιμοποιούνται στους ασθενείς που υπέστησαν κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ή εγκεφαλικό μπορούν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. Η εκπαίδευση με υπολογιστή όπου ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας εκτελεί μια επαναλαμβανόμενη εργασία στην οθόνη του ή κάτι απλό όπως ασκήσεις με χρωματιστές καρτέλες για την εξάσκηση της μνήμης. Το να πετύχουμε την καλύτερη λειτουργία των πνευματικών διεργασιών και ταυτόχρονα να ενδυναμώσουμε τις υπάρχουσες λειτουργίες.

Δεν υπάρχουν φαρμακευτικές αγωγές ακόμη, που να μειώνουν τα γνωστικά προβλήματα αν και γίνονται μερικές έρευνες για αυτό το θέμα. Υπάρχουν όμως φάρμακα που ρυθμίζουν την κατάθλιψη, τις συναισθηματικές διακυμάνσεις και την κόπωση που είναι όλα τα συμπτώματα που μπορούν να επηρεάσουν τις γνωστικές λειτουργίες.

Οι νευρολόγοι, οι ψυχολόγοι και οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας συμφωνούν ότι η κατανόηση και η υποστήριξη από την οικογένεια είναι απαραίτητη. Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να καταλάβουν ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας δεν ελέγχουν αυτό που γίνεται. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι γνωστικές διαταραχές είναι ο κυριότερος λόγος για το μεγάλο ποσοστό ανεργίας στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας

και ο κυριότερος λόγος παραίτησης από ότι είναι τα προβλήματα κίνησης ή κόπωσης.

Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας θα πρέπει να ανακοινώνουν το πρόβλημά τους στον εργοδότη πριν «ο κόμπος φτάσει στο χτένι». Ένας διάλογος για το τι είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας θα βοηθήσει τον εργοδότη να καταλάβει καλύτερα την κατάσταση ενός ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας και να τον ενθαρρύνει να υιοθετήσει τέτοιες πολιτικές και πρακτικές που να επιτρέψουν στον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας να συμβάλλει αποτελεσματικά στην επιχείρησή του.<sup>30</sup>

### **5.3. Οικογένεια και κοινωνία μπροστά στην χρόνια νόσο**

Η απώλεια της φυσικής δύναμης και ευεξίας, η αλλαγή του σωματικού ειδώλου η διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας πλήττει σημαντικά την προσωπική ζωή, τις οικογενειακές σχέσεις και τις σχέσεις με το κοινωνικό σύνολο. Οι ριζικές αλλαγές δεν πρέπει να ενθαρρύνονται. Αντίθετα το άτομο που νοσεί πρέπει να μείνει όσο το δυνατό πιο λειτουργικό και οποιαδήποτε αλλαγή να είναι προϊόν συνολικής διεργασίας όλων των εμπλεκομένων.

Η προσαρμογή στη νόσο αναφέρεται σε νέους εναλλακτικούς δρόμους για όποιο πρόβλημα προκύπτει. Στις σταδιακές αλλαγές είναι πιο εύκολο να δημιουργηθούν οι ψυχολογικές και πρακτικές αναπροσαρμογές και να αντιμετωπίζονται καλύτερα οι ώσεις.

Η αρρώστια γίνεται μέλος της οικογενειακής ζωής και οι κοινωνικοί ρόλοι αλλάζουν με βάση τις ανάγκες που προκύπτουν. Οι δραστηριότητες που εγκαταλείπονται, υποκαθίστανται με άλλες που επαναφέρουν και τροφοδοτούν την επικοινωνία. Η διατήρηση του αμοιβαίου σεβασμού και

της τρυφερότητας στηρίζεται ακριβώς στην **ανοιχτή επικοινωνία**. Μέσα απ' αυτή κάθε μέλος έχει τη δυνατότητα να εκφράσει το πόσο διαφορετικά βιώνει την ύπαρξη της ασθένειας. Η θλίψη και ο πόνος πρέπει να μοιράζονται για να γίνεται ελαφρύτερο το φορτίο.<sup>1</sup>

Η μεγάλη φροντίδα πολλές φορές αποδεικνύεται μπούμεραγκ αφού αφαιρεί από το ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας τη δυνατότητα της προσπάθειας να τα βγάλει πέρα μόνος του και μετατρέπει τους ρόλους της σχέσης σε θύμα και θύτη. Άλλες φορές τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αισθάνονται παραμελημένα.<sup>41</sup>

Η σεξουαλική δυσλειτουργία πρέπει να αντιμετωπίζεται από ειδικό και να μην υιοθετείται η σιωπή ως λύση.

Ο **σύντροφος φροντιστής** έχει δικαίωμα στο να ζητήσει βοήθεια όταν ο συναισθηματικός και φυσικός φόρτος γίνεται δυσβάσταχτος. Τα παιδιά έχουν ανάγκη να συμμετέχουν στις αποφάσεις της οικογένειας ώστε να μη βιώσουν απομόνωση ή το φόβο της απώλειας του γονιού τους. Ο τυχόν θυμός που νιώθουν δεν θα πρέπει να διοχετεύεται σε πρόσωπα της οικογένειας, στο άρρωστο ή στον εαυτό τους.<sup>1</sup>

Τα παιδιά στην οικογένεια συνήθως επωμίζονται κάποιες ευθύνες, πράγμα που δεν είναι απαραίτητα κακό. Όμως σε μερικές οικογένειες τα παιδιά είναι αυτά που αναλαμβάνουν το ρόλο του φροντιστή. Με την ανάληψη του ρόλου αυτού εγκαταλείπουν για πάντα την παιδική τους ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές είναι αναγκαίο να καταφύγουμε σε όλες τις πιθανές λύσεις παροχής βοήθειας – στους υπόλοιπους συγγενείς, στις κοινωνικές υπηρεσίες, στις θρησκευτικές οργανώσεις για να επιτύχουμε την όσο το δυνατόν ανώδυνη συμμετοχή του παιδιού στη διαδικασία ανάληψης υπέρμετρων υποχρεώσεων.<sup>41</sup>

Οι φιλίες είναι πολύτιμη συμπαράσταση, πηγή συντροφικότητας και βοήθειας.

Η ενδεχόμενη αναπηρία δεν συνεπάγεται πάντα την **ανεργία**. Όταν όμως αυτό συμβαίνει, το αίσθημα αποξένωσης και ο προσωπικός μοιρασμός ξεπερνιούνται με την **ανάληψη άλλων καθηκόντων εξίσου σημαντικών** για τη συντήρηση της οικογένειας. Ο επαναπροσδιορισμός και η προσαρμογή στα νέα οικονομικά δεδομένα αποδεικνύεται ιδιαίτερα αποδοτικός.<sup>1</sup>

Η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν είναι το τέλος του κόσμου.

Πάρα πολλοί άνθρωποι προσάρμοσαν τη ζωή τους και συνεχίζουν να ζουν αποδοτικά και ευτυχισμένα.

Μαθαίνουμε από την εμπειρία των άλλων και καταλαβαίνουμε ότι υπάρχουν πολλοί δρόμοι να επιλέξουμε και να εξερευνήσουμε. Αυτό ισχύει για όλους: για τους πάσχοντες, γι' αυτούς που τους φροντίζουν ή για οποιοδήποτε άλλο μέλος της οικογένειας.<sup>44</sup>

## **5.4 Οι χρυσοί κανόνες για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

- Εμείς που φροντίζουμε τους ανθρώπους με σκλήρυνση κατά πλάκας έχουμε δικαίωμα στη ζωή. Αυτό δεν είναι εγωισμός αλλά η ενίσχυση κι η τροφή μας για να συνεχίσουμε να προσφέρουμε.
- Παραδέχομαι ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μέρος της οικογενειακής μας ζωής, προγραμματίζω τη ζωή μου υπολογίζοντάς την αλλά δεν της επιτρέπω να ορίσει τη ζωή μου.



- Είμαι ρεαλιστής/ρεαλίστρια όσον αφορά το τι μπορώ να κάνω και τι περιμένω από το σύντροφό μου. Αυτό σημαίνει ότι καταλαβαίνω πως υπάρχει κάποιο χάσιμο ελευθερίας κι από τις δύο πλευρές.
- Ενθαρρύνω τον άνθρωπο με σκλήρυνση κατά πλάκας να κάνει όσο πιο πολλά πράγματα μπορεί αλλά λαμβάνω υπ' όψη μου και τους περιορισμούς που επιβάλλει η κόπωση. Δεν τον υπερπροστατεύω ούτε παίρνω εγώ όλες τις αποφάσεις.
- Εκμεταλλεύομαι οποιασδήποτε βοήθεια προσφέρεται π.χ. το 166, τη νοσοκόμα, τον Ερυθρό Σταυρό, τους φίλους και τους συγγενείς που θέλουν να βοηθήσουν.
- Μοιράζομαι τα αληθινά μου συναισθήματα γιατί θέλω ν' αποφύγω τη μοναξιά και την απομόνωση και να διατηρήσω και να ενισχύσω τη σχέση μου.
- Είμαι περήφανος/η για τα πράγματα που κατορθώνω να κάνω και δίνω στον εαυτό μου την άδεια να λυγίσει όταν κουραστεί. Χρειάζεται μεγάλο κουράγιο και δύναμη να περιποιούμαι κάποιον που αγαπώ και να μην αφήνω το συναίσθημα να με καταβάλλει.
- Διατηρώ το χιούμορ μου.
- ΔΙΑΤΗΡΩ ΤΙΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΟΥ ΑΝΟΙΧΤΕΣ.<sup>30</sup>

# **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### **1.1. Γενική Νοσηλευτική αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

Έναν αρκετά σπουδαίο ρόλο στη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας αλλά και γενικότερα κάθε νευρολογικής ασθένειας, είναι η παρατηρητικότητα, αφού ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και επιπλοκών. Ο νοσηλευτής με τις σωστές του παρατηρήσεις είναι πηγή πληροφοριών για διάγνωση και θεραπεία του πάσχοντα, αλλά και για διαπίστωση νοσηλευτικών προβλημάτων.

Οι οργανικές βλάβες, πολλές φορές δεν αποκαθίστανται πλήρως λειτουργικά. Έτσι η αποκατάσταση των νευρολογικών αρρώστων είναι μια διεργασία που χρειάζεται - καθοδήγηση, απασχόληση φυσικοθεραπεία, ψυχαγωγία, επανεκπαίδευση και πολύ υπομονή.

Επειδή οι οργανικές βλάβες του εγκεφάλου επηρεάζουν την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά οι ασθενείς έχουν ανάγκη από πλήρη κατανόηση, προκειμένου να τους δοθεί θετική βοήθεια.<sup>7</sup>

#### **A. Ιστορικό του ασθενούς:**

1. Εξετάστε τυχόν διαταραχές που μπορεί να επηρεάσουν το νευρικό σύστημα, όπως σακχαρώδης διαβήτης νόσοι των πνευμόνων και υπέρταση.
2. Ρωτήστε για προηγούμενα νευρολογικά προβλήματα, όπως κεφαλαλγίες, προβλήματα όρασης, τραυματισμούς, βλάβες.

3. Ρωτήστε για τυχόν χρήση χημικών παραγόντων που επιδρούν στο νευρικό σύστημα, όπως κατανάλωση οινοπνεύματος και ναρκωτικών.
4. Προσδιορίστε το επίπεδο των καθημερινών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων.
5. Ρωτήστε για τις συνήθειες του ύπνου, της κένωσης του εντέρου και της ουροδόχου κύστης και τυχόν πρόσφατες μεταβολές που πιθανόν να παρουσίασε ο ασθενής.

#### **B. Παρατήρηση και φυσική εξέταση**

1. Εκτιμήστε τη νοητική κατάσταση, το επίπεδο συνειδήσεως, τη μνήμη, την έκταση της προσοχής, την ομιλία, τη δυνατότητα ανοχής και τη γνωστική κατάσταση.
2. Εκτιμήστε τη λειτουργία ή την έλλειψη λειτουργικότητας των κρανιακών νεύρων.
3. Εκτιμήστε την αισθητήρια λειτουργία και τις αντιδράσεις στον πόνο, στην θερμοκρασία και στο ελαφρύ άγγιγμα, την διάκριση, την αίσθηση της θέσης, των δονήσεων, τη γραφογνωσία, τη στερεογνωσία και τυχόν ανώμαλα αισθητήρια ευρήματα.
4. Εκτιμήστε την κινητική λειτουργία, την ύπαρξη τρόμου, ακούσιων κινήσεων, τη δύναμη της παλάμης, την έκταση των κινήσεων, την ακεραιότητα του εγκεφαλικού και κρανιακού στελέχους καθώς και τυχόν περιφερικά κινητικά προβλήματα.
5. Εκτιμήστε την εγκεφαλική λειτουργία, συμπεριλαμβανόμενου του λεπτού κινητικού συντονισμού, του άτακτου βήματος και της ισορροπίας.

6. Εκτιμήστε την αντανακλαστική δραστηριότητα συμπεριλαμβάνοντας τα αντανακλαστικά των εν βάθει αντανακλαστικών του δέρματος, των πελμάτων και της κοιλίας, ενώ θα δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε περιπτώσεις ασυμετρίας.<sup>45</sup>

Κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων μετά τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση του αρρώστου, οι ρόλοι του νοσηλευτή είναι:

1. Να ετοιμάσει τον άρρωστο και την οικογένειά του με διδασκαλία και ενθάρρυνση πριν από τις εξετάσεις.
2. Να συνοδέψει και να ενθαρρύνει τον άρρωστο κατά την διάρκεια της δοκιμασίας.
3. Να βοηθήσει τον γιατρό κατά την διάρκεια της εξέτασης.
4. Να κάνει συχνές και προσεκτικές παρατηρήσεις της κατάστασης του αρρώστου μετά την εξέταση για τυχόν επιπλοκές.<sup>7</sup>

Πιο συγκεκριμένα μετά από οσφυονωτιαία παρακέντηση για τη λήψη εγκεφαλονωτιαίου υγρού και μέτρησης της πίεσης του. Παρακολούθηση για επιπλοκές όπως α. κεφαλαλγία που συνοδεύεται με ναυτία και εμετούς. Εμφανίζεται με την έγερση του αρρώστου σε ορθή θέση και υποχωρεί με την κατάκλιση, αντιμετωπίζεται με την ανάπαυση, και συγχρόνως τη λήψη ήπιων αναλγητικών και κατευναστικών φαρμάκων, β. αιμορραγία μικρή από αιμοφόρο αγγείο με δημιουργία επισκληριδίου αιματώματος συνήθως ασυμπτωματική, γ. ερεθισμό των ριζών της ιππουρίδας με πόνο που παρέρχεται μετά από μερικές μέρες, δ. φλεγμονή από λοιμώδη αίτια, που μπορεί να οφείλεται σε μη άσηπτη τεχνική.<sup>46</sup>

## **1.2. Γενικά προβλήματα του ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

1. Μεταβολές στην άνεση έλλειψη άνεσης, δευτεροπαθής από πόνο, ίλιγγους, μεταβολές βάρδισης.
2. Μεταβολές στην αντίληψη και το συντονισμό.
3. Μεταβολές στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας, δευτεροπαθείς από τη δυσκολία στην κίνηση.
4. Αυτοαντίληψη: Μεταβολή στο σωματικό είδωλο.
5. Μεταβολές στη θρέψη: Κακή θρέψη εξαιτίας απώλειας της όρεξης, ναυτίας και εμετών, αδυναμία λήψης τροφής και διαταραχών κατάποσης.
6. Ελαττωματική κίνηση: Περιορισμένη τροχιά κινήσεων, ελάττωση μυϊκού τόνου, ελάττωση κινήσεων.
7. Σύγχυση. Έλλειψη προσανατολισμού προς τα πρόσωπα, χρόνο, χώρο κλπ.
8. Διεργασίες σκέψης ελαττωματικές: Μειωμένη ικανότητα για συλλογισμό και κρίση.
9. Μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης.
10. Μεταβολές στη λειτουργία εσωτερικών οργάνων: κυκλοφοριακού, αναπνευστικού, ουροδόχου κύστης κ.λ.π.
11. Σεξουαλικά προβλήματα.
12. Οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα.<sup>7</sup>

### **1.3. Νοσηλευτική Παρέμβαση ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

Ο νοσηλευτής αφού κάνει τη γενική νοσηλευτική αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς και των προβλημάτων του και γίνει η εισαγωγή του ασθενούς στη νευρολογική κλινική θα πρέπει να οργανώσει ένα πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο θα περιλαμβάνει σωματική και ψυχολογική υποστήριξη καθώς και διδασκαλία του ασθενούς και των οικείων του. Επειδή η νόσος είναι προοδευτική και οι εκδηλώσεις της νόσου αλλάζουν το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας, θα πρέπει να αναπροσαρμόζεται σε αυτές τις αλλαγές.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίζει με επιμέλεια για τη διατήρηση της γενικής υγείας του αρρώστου και κατά συνέπεια την άμυνα του οργανισμού του, κατά της νόσου, στα ανώτερα δυνατά σημεία.

Αυτό θα επιτευχθεί με τις εξής ενέργειες:

**1. Προστασία του ασθενούς από καταστάσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μια έξαρση της νόσου.**

Αναγνώριση παραγόντων που έχουν τέτοιο αποτέλεσμα.

**α. Αύξηση θερμοκρασίας με εμβάπτιση σε ζεστό νερό ή κατά τη διάρκεια ζεστού υγρού καιρού.<sup>7</sup>**

Η αυξημένη σωματική θερμοκρασία χάνεται με τον ιδρώτα και την εξάτμιση και τη διαστολή των τριχοειδών αγγείων του δέρματος.

- Να φοράνε βαμβακερά ρούχα με κοντά μανίκια και ανοιχτά στο λαιμό<sup>36</sup>, τα ρούχα να είναι ελαφρά και ανοιχτόχρωμα.<sup>28</sup>
- Λήψη άφθονων υγρών για να ενθαρρύνεται τον ιδρώτα και για να αναπληρώσετε τα υγρά που χάνει το σώμα.

- Κρύο ή χλιαρό ντους το πρωί και κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Μην εκτίθεται στη ζέστη όσο είναι δυνατόν.

Όταν η αυξημένη σωματική θερμοκρασία οφείλεται στον πυρετό:

- Κομπρέσες με κρύο νερό.
- Αντιπυρετικά.
- Ανεύρεση της αιτίας που προκαλεί τον πυρετό.<sup>36</sup>

Αποφυγή επισκέψεως που ξέρουμε ότι έχουν κάποια ίωση και ίσως κολλήσουν τον ασθενή.<sup>40</sup>

**β. Ενέσεις.** Αποφυγή ένεσης όταν δεν είναι τελείως απαραίτητη.<sup>7</sup>

**γ. Κόπωση.**

Τα 2/3 των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας έχουν αυτό το σύμπτωμα επί καθημερινής βάσεως (συνήθως αργά το απόγευμα ή το βράδυ) διάρκειας μερικών ωρών.<sup>28</sup>

Παρέμβαση.

Για να βοηθηθούν οι ασθενείς να ξεπεράσουν την κόπωση, να αυξήσουν την ενεργητικότητά τους και να μειώσουν την υπερβολή ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίζει:

- Να κοιμούνται κανονικές ώρες και να αποφεύγουν το ξενύχτι μέχρι αργά την νύχτα.
- Να προγραμματίζει ήρεμη δραστηριότητα σταδιακή με περιόδους ξεκούρασης, η οποία καλό είναι να γίνεται νωρίς το πρωί, όταν η ενεργητικότητα είναι υψηλή.<sup>42</sup>



Η ψυχαγωγία και η άσκηση του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας πρέπει να βασίζεται στη λεπτομερή αξιολόγηση της σωματικής του κατάστασης από το γιατρό νοσηλευτή το φυσίατρο ή φυσιοθεραπευτή.

Κατά την διάρκεια της δραστηριότητας οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας πρέπει να λαμβάνει υπόψη του και τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος.

Οι δραστηριότητες που είναι ευεργετικές για τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η γιόγκα και τα σπορ μέσα στο νερό, διότι ελαχιστοποιούν την κόπωση που προέρχεται από την άνοδο της θερμοκρασίας του σώματος και έτσι ο ασθενής μπορεί να ασκηθεί περισσότερη ώρα, η γιόγκα βοηθάει στην ψυχική ηρεμία και ενεργοποιεί τους μυς του σώματος συμβάλλοντας σε ένα αίσθημα γενικότερης ευεξίας στην εξάλειψη του άγχους και στη διατήρηση της φυσικής κατάστασης.

Ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να επιλέξει και άλλο είδους άσκησης σύμφωνα με τις ικανότητές του.

**Τα κλειδιά στη διαχείριση της κόπωσης:**

- Να θυμάσαι ότι η κόπωση δεν είναι απαραίτητα αποδιοργανωτική .
- Μάθε όσα πιο πολλά μπορείς για να την ελέγχεις.
- Αποφάσισε ποιες είναι οι προτεραιότητές σου.
- Μάθε να προγραμματίζεις τον εαυτό σου και να είσαι ευέλικτος .
- Κάντε τις πιο απαιτητικές δουλειές στην αρχή της ημέρας που τα αποθέματα ενέργειας είναι υψηλότερα.
- Μη κάνετε πάρα πολλά πράγματα, όταν κάνει ζέστη.

- Κάνετε καθημερινή ρουτίνα ένα πρόγραμμα ασκήσεων που θα σας βοηθήσει να ελέγχεται την κόπωση.
- Εκπαιδεύστε την οικογένεια, τους φίλους, και τους εργοδότες σας για το τι είναι κόπωση στη σκλήρυνση κατά πλάκας
- Κάνετε καθημερινή ρουτίνα μια περίοδο ανάπαυσης.
- Ποικίλετε τις δραστηριότητες σας, έτσι ώστε να μην κουράζονται πάντα οι ίδιοι μύες.
- Διατηρήστε ένα κανονικό βάρος και ακολουθήστε μια ισορροπημένη διατροφή.
- Μάθετε να χαλαρώνετε.<sup>30</sup>

Πέρα από τα γενικά μέτρα η κόπωση μειώνεται με τη χρήση υδροχλωρικής αμανταδίνης.<sup>42</sup>

Κατά την χορήγηση της υδροχλωρικής αμανταδίνης ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσέχει για παρενέργειες όπως ναυτία, μειωμένη πνευματική διαύγεια, ζαλάδες και υπνηλία εάν εμφανιστούν διακόπτει την χορήγησή της και ειδοποιεί τον ιατρό.<sup>30</sup>

#### **δ. Παρεμπίπτουσες λοιμώξεις**

- έγκαιρη διαπίστωση και κατάλληλη θεραπεία των άλλων νόσων.

**2. Βοήθεια του αρρώστου να κατανοήσει ότι η ασθένεια του είναι επεισοδιακή και ότι εμφανίζεται με κρίσεις και διδασκαλία τρόπους αντιμετώπισης,<sup>7</sup> η ενημέρωση και η γνώση είναι δύναμη. Ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας χρειάζεται ενημέρωση σχετικά με την ασθένειά του, τη θεραπεία έτσι ώστε ο ίδιος να μπορέσει να πάρει αποφάσεις σχετικά με τον εαυτό του και τον μέλλον του.<sup>43</sup>**

α. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι έτοιμος να απαντήσει με ακρίβεια στις ερωτήσεις του ασθενούς.

β. Παροχή ενθάρρυνσης στηριγμένης πάνω σε ρεαλιστικές βάσεις,<sup>7</sup> και παρακίνηση για δραστηριότητες που προάγουν την υγεία ή την διατηρούν σε σταθερό επίπεδο. Επίσης ενθάρρυνση του ασθενούς να συμμετέχει ενεργά στον προγραμματισμό της φροντίδας του και να θέτει σε συνεργασία με το νοσηλευτή ρεαλιστικούς αντικειμενικούς σκοπούς.

γ. Μείωση και σωστή αντιμετώπιση του stress<sup>43</sup>

δ. Παροχή ευκαιριών στον ασθενή και την οικογένειά του να εκφράσουν τα συναισθήματά τους<sup>7</sup>, και ενίσχυση της προσαρμοστικότητας του ατόμου και της οικογένειάς του.<sup>43</sup>

ε. Χρησιμοποίηση άλλων επαγγελματικών πόρων για παροχή συμβουλών.<sup>7</sup>

### 3. Κατά τη χορήγηση κορτικοστεροειδών

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκπληρώνει την ακόλουθη περιεκτική αρχή όσον αφορά, σωστό τρόπο, σωστή τεχνική, σωστή δόση, σωστή ώρα και σωστό πλησίασμα του αρρώστου.<sup>46</sup>

α. Εξηγεί προσεκτικά το θεραπευτικό σχήμα στον άρρωστο.

β. Διδάσκει τον άρρωστο πώς να αναγνωρίζει ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση των κορτικοστεροειδών όπως έλκος στομάχου, παχυσαρκία, μεταβολές στην ψυχική διάθεση<sup>7</sup> καθώς επίσης οστεοπόρωση, υπέρταση, διαβήτης.<sup>11</sup>

γ. Τον διδάσκει να τις αποφεύγει με την χρησιμοποίηση

- αντιοξινών
- ειδικής διαίτας

δ. Τον διδάσκει να αναφέρει οποιαδήποτε σημεία ιογενούς ή μικροβιακής λοίμωξης κατά την διάρκεια της θεραπείας με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.<sup>7</sup>

ε. Παρακολούθηση ασθενούς κατά τη διάρκεια θεραπείας του με **ιντερφερόνες** για παρενέργειες και διδασκαλία ασθενούς πώς να αναγνωρίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση ιντερφερόνης: όπως πυρετό, ενδεχομένως με ρίγη, κόπωση, γενική αδυναμία και μυαλγία, συνοδευόμενη κάποιες φορές, από κεφαλαλγία.<sup>20</sup>

στ. Παρακολούθηση για βελτίωση λειτουργίας όταν ο άρρωστος βρίσκεται υπό θεραπεία με κορτικοστεροειδη, ανοσοκατασταλτικά, ιντερφερόνες, ώστε να προσδιοριστεί αν η χρησιμοποίησή τους θα είναι χρήσιμη κατά τη διάρκεια νέων επεισοδίων.

**4. Αγωγή ασθενούς με δυσκολίες έγερσης από το κρεβάτι.** Οι βλάβες του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσουν κινητικές και αισθητικές διαταραχές που περιορίζουν την ικανότητα έγερσης. Αυτές μπορεί να είναι παροδικές ή να αφήσουν υπόλειμμα.<sup>7</sup>

Παρέμβαση.

α. Για να επιτευχθεί η διατήρηση της σωστής στάσης του σώματος για τις περιπτώσεις που λόγω κάποιας βλάβης ο ασθενής αδυνατεί να κρατήσει τη σωστή στάση χρησιμοποιούνται διάφορα βοηθήματα.

**Τα βοηθήματα είναι:**

1. Μαξιλάρια
2. κουβέρτες, σεντόνια ή άλλα μαλακά υλικά τυλιγμένα σε ρολό
3. ειδικές κατασκευές στήριξης του χεριού σε διάφορες θέσεις (νάρθηκες)

4. ειδικές κατασκευές στήριξης των ποδιών (νάρθηκες)
5. μηχανικά κρεβάτια<sup>47</sup>.
- β. Εξασφάλιση μηχανικών μέσων για υποβοήθηση και διατήρηση ικανότητας για έγερση<sup>7</sup>

**Τα μηχανικά βοηθήματα βάρδισης – κίνησης είναι:**

1. Μπαστούνια διαφόρων τύπων.
2. Υπομασχαλιακές βακτηρίες (πατερίτσες), καναδικές βακτηρίες
3. περιπατητήρες τρίποδοι και τετράποδοι.
4. περιπατητήρας σε σχήμα Π.
5. Κηδεμόνες διαφόρων τύπων.
6. Προσθετικά μηχανήματα άκρων διαφόρων τύπων.
7. Αμαξίδια χειροκίνητα και μηχανοκίνητα.<sup>47</sup>
8. Αναπηρική πολυθρόνα.

Τα σοβαρά προσλαμβανόμενα άτομα μπορεί να βοηθηθούν με ηλεκτρικά εφόδια που τους δίνουν την δυνατότητα να απαντούν στο τηλέφωνο, να γράφουν στη γραφομηχανή, να τραβούν κουρτίνες, να ελέγχουν τη θέρμανση, το ραδιόφωνο την τηλεόραση, όλα από το κρεβάτι.<sup>32</sup>

Ο νοσηλευτής μπορεί να ζητήσει τη συνεργασία από τον εργοθεραπευτή ώστε να αξιολογήσει την κατάσταση του ασθενούς και να δώσει πρακτικές συμβουλές για το πώς μπορεί να γίνει ο χώρος πιο λειτουργικός.<sup>30</sup>

γ. Η αποδοχή των μηχανικών μέσων και η διδασκαλία χρήση τους είναι φροντίδα του νοσηλευτή.<sup>48</sup> Θα πρέπει να κατανοήσει ο ασθενής ότι με τη

χρήση αυτών των βοηθημάτων, κερδίζει χρόνο και ενέργεια με αποτέλεσμα να κάτορθώνει αυτό που θέλει.<sup>30</sup>

δ. Για τη διατήρηση του μυϊκού τόνου και για απαλλαγή από την σπαστικότητα. Βοηθά η εφαρμογή μασάζ από τον φυσιοθεραπευτή.<sup>48</sup>

Η φυσικοθεραπεία παίζει σπουδαίο ρόλο στο χειρισμό της νόσου, συστήνεται να αρχίζει νωρίς το πρωί ο ασθενής, η φυσικοθεραπεία βοηθάει στη διατήρηση της κινητικότητας των αρθρώσεων, στο συγχρονισμό των κινήσεων, στην απόκτηση μυϊκής δύναμης χωρίς να κουράζεται ο ασθενής. Το πρόγραμμα ρυθμίζεται από το φυσίατρο ή τον φυσικοθεραπευτή ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας<sup>30</sup>.

Οι στόχοι της θεραπείας της σπαστικότητας περιλαμβάνουν:

- πρόληψη συγκάμψεων
- μείωση του πόνου
- βελτίωση της αισθητικής εικόνας
- διευκόλυνση της εφαρμογής νάρθηκων
- βελτίωση της κινητικότητας και λειτουργικότητας<sup>28</sup>

ε. Σχεδιασμός για συνέχιση φροντίδας στο σπίτι, με τους αρμόδιους από την κοινοτική νοσηλευτική.

## **5. Αγωγή ασθενούς με διαταραχές όρασης.**

Η οπτική νευρίτιδα είναι συχνή εκδήλωση.

### **Παρέμβαση**

α. Χορήγηση στεροειδών και λήψη μέτρων για πρόληψη ανεπιθύμητων ενεργειών.

β. Εκτίμηση ανάγκης για αλλαγή δραστηριοτήτων όπως η οδήγηση.<sup>7</sup>

γ. Χρήση μεγεθυντικών φακών. Βοηθά στο διάβασμα και στην καλύτερη οπτική εικόνα.<sup>47</sup>

#### **6. Αγωγή δυσλειτουργίας του εντέρου**

Η βλάβη της σπονδυλικής στήλης μπορεί να επηρεάσει την κανονική κένωση του εντέρου, προκαλώντας την κατακράτηση κοπράνων ή απώλειες. Η κατάσταση επιδεινώνεται εξαιτίας ακινησίας.<sup>7</sup>

α. Πριν ο νοσηλευτής προχωρήσει σε οποιαδήποτε παρέμβαση πρέπει να προηγηθεί μια λεπτομερής αξιολόγηση στην οποία εξετάζονται:

1. Η συνήθης λειτουργία του εντέρου
2. Οι διατροφικές συνήθειες
3. Τα φάρμακα που παίρνει ο ασθενής
4. στρες

#### **β. Σε αδυναμία κένωσης του εντέρου**

##### Παρέμβαση

- Συνίσταται διατροφή πλούσια σε υπόλειμμα σταδιακά (ψωμί ολικής αλέσεως, πράσινα λαχανικά, ξηροί καρποί και φρούτα με τη φλούδα).
- Λήψη νερού και υγρών 10-12 ποτήρια ημερησίως εκτός από περιπτώσεις που για ιατρικούς λόγους επιβάλλεται μικρότερη ποσότητα.
- Φυσική άσκηση, ανάλογα με τη γενική φυσική του κατάσταση και τον βαθμό αναπηρίας του κάθε ασθενή.
- Φάρμακα, χορήγηση ήπιων υπακτικών, όταν είναι απαραίτητο
- Αποφυγή στρεσογόνου αιτίας

### **γ. Σε διάρροια**

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διερευνήσει τα αίτια που συντέλεσαν στην εμφάνιση διάρροιας:

1. εντερίτιδες
2. λοιμώξεις από διάφορα μικρόβια ή ιούς
3. ψυχοσωματικοί παράγοντες, ανησυχία, φόβος, ταραχή
4. κατανάλωση αντιβιοτικών χωρίς ταυτόχρονη λήψη βιταμινών<sup>47</sup>

#### Παρέμβαση

- Παρακολούθηση υγρών και ηλεκτρολυτών και διόρθωση των ελλειμάτων.
- Διακοπή φαρμάκων που θεωρούνται υπεύθυνα για τη διάρροια.
- Καλλιέργεια κοπράνων σε υποψία μικροβιακού παράγοντα.
- Χορήγηση ελαφριάς διαίτας.
- Αποφυγή στρεσογόνου αιτίας.<sup>30</sup>

### **δ. Σε ακράτεια κοπράνων**

#### Παρέμβαση

- Μεταχείριση του ασθενούς με λεπτότητα ευκαιρίες για έκφραση των συναισθημάτων του.<sup>7</sup>
- Διακοπή φαρμάκων που συμβάλλουν στο πρόβλημα.
- Χρησιμοποίηση αποσμητικών συσκευών για την εξουδετέρωση της κακοσμίας.
- Σχολαστική ατομική υγιεινή και προσεκτική φροντίδα του δέρματος για την πρόληψη κατακλίσεων και των λοιμώξεων.<sup>30</sup>



## 7. Διατήρηση της καλύτερης λειτουργίας της κύστης για πρόληψη ουρολοιμώξεων.

Οι βλάβες του νωτιαίου μυελού μπορεί να διαταράξουν τη φυσιολογική λειτουργία της κύστης, προκαλώντας κατακράτηση ή απώλειες.<sup>7</sup>

α. Η ακινησία αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ουρολοιμώξεων. Μόλις γίνει η αξιολόγηση από τον νοσηλευτή μπορεί να αρχίσει η αντιμετώπιση του προβλήματος και να βρεθούν οι λύσεις που αρμόζουν στην κάθε περίπτωση. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει αύξηση της κινητικότητας, προσπελάσιμη τουαλέτα, πρόγραμμα ασκήσεων συγκράτησης των ούρων, διαιτητικές αλλαγές ή άλλα ειδικά προβλήματα.<sup>49</sup>

### Παρέμβαση

- Παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών κάθε 8 ώρες.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων κάθε 8 ώρες.
- Γενική εξέταση των ούρων για τη διαπίστωση εξελίξεως ή μη της νόσου.<sup>50</sup>

β. Αξιολόγηση των παραγόντων που συμβάλλουν ή ευθύνονται για την εμφάνιση απώλειας ούρων προέρχονται από:

#### 1. φυσικά προβλήματα

- επιδεινωμένη βάδιση
- επιδεινωμένες κινητικές δεξιότητες

#### 2. Γνωστικά / Αισθητικά προβλήματα

- διαταραχές μνήμης
- ψυχολογικά προβλήματα

### 3. Ψυχολογικά προβλήματα

### 4. Ιατρογενή προβλήματα

- Φάρμακα<sup>30</sup>

#### Παρέμβαση

Εφαρμόζεται καθετηριασμός, με άσηπτη τεχνική, όσο χρειάζεται για τη διατήρηση του καθαρού και ξηρού δέρματος.<sup>50</sup>

Οι στόχοι του καθετηριασμού είναι:

- η αποφυγή μολύνσεων με την τακτική εκκένωση της κύστης.
- η αποφυγή διαστολής της κύστης από τη συγκράτηση μεγάλης ποσότητας ούρων.
- η πρόληψη βλάβης των νεφρών από την επιστροφή των ούρων προς αυτά.
- η αποκατάσταση της λειτουργίας της κύστης.
- η πρόληψη κατακλίσεων.<sup>49</sup>

#### γ. Ενημέρωση του ιατρού για εκδηλώσεις κατακράτησης των ούρων:

Υπερβολική διάταση, συχνή μικρή ποσότητα αποβαλλόμενων. Γίνεται καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως για την κένωση αυτής.

Εφαρμόζεται πιθανότατα μόνιμος καθετήρας.

Η στάση των ούρων αποτελεί κατάλληλο υλικό για την ανάπτυξη των μικροβίων. Η φροντίδα του καθετήρα βοηθά στην ελάττωση του αριθμού των μεταφερόμενων μικροβίων περίξ 7 του στομίου.

δ. Χορηγούνται 1-2 λίτρα υγρά ημερησίως. Ενθαρρύνεται η καθημερινή λήψη χυμού μούρου<sup>50</sup>, βιταμίνης C που θα κάνει τα ούρα περισσότερο όξινα πράγμα που περιορίζει τον πολλαπλασιασμό των μικροβίων.<sup>49</sup>

Για τη διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας και της οξύτητας των ούρων. Τα μικρόβια δεν αναπτύσσονται σε όξινο περιβάλλον.<sup>50</sup>

ε. Παρακολούθηση για συμπτώματα μολύνσεων όπως επιτακτική ενούρηση, αίσθημα καψίματος ή ταλαιπωρίας κατά τη διάρκεια της ενούρησης, αλλαγή της οσμής και του χρώματος των ούρων και πυρετός. Επειδή μερικά από αυτά τα συμπτώματα είναι συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας πρέπει να γίνει καλλιέργεια ούρων για να επιβεβαιωθεί εάν υπάρχει μόλυνση.<sup>49</sup>

#### **8. Αγωγή ασθενούς με αισθητικές διαταραχές.**

α. Παρακολούθηση για αυξημένη ή ελαττωμένη αίσθηση, ερεθισμάτων και τυχόν εμπειρίες παραισθησιών, όπως το αίσθημα ηλιακού εγκαύματος, μυρμηγκίασης ή ηλεκτρικό shock όταν ο τράχηλος είναι σε κάμψη.

Η μειωμένη αίσθηση πόνου και θερμού καθιστούν τον άρρωστο επιρρεπή σε λοιμώξεις και κακώσεις δέρματος, τις οποίες ο ίδιος δεν αντιλαμβάνεται,<sup>7</sup> άλλοι παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες ενός ασθενούς να εμφανίσει κατακλίσεις σε συνδυασμό με την τοπική άσκηση πίεσης είναι:

- Η αδυναμία κίνησης ή σημαντικός περιορισμός της κινητικότητας.
- Η διατροφή, μειωμένη πρόσληψη λευκωμάτων, βιταμινών, σιδήρου συντελούν στην εμφάνιση κατακλίσεων.
- Η ηλικία, οι ηλικιωμένοι λόγω των ποικίλων αλλαγών στα διάφορα συστήματα του σώματός τους και στο δέρμα έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κατακλίσεων.
- Ακράτεια ούρων – κοπράνων.
- Ψυχολογικοί παράγοντες, στρες.

### Παρέμβαση

β. Διδασκαλία ασθενούς για καθημερινή σχολαστική εξέταση ποδιών, φτέρνες, αστράγαλοι, πλάγιο μέρος ποδιού, γάμπες για εμφάνιση τυχόν κοκκινίλας ή λύσεως συνεχείας του δέρματος του και αναφορά κάθε αλλαγής που διαπιστώνεται.

γ. Χρησιμοποίηση καθρέφτη για έλεγχο κατάστασης δέρματος στην πλάτη και τους γλουτούς.

δ. Προστασία του δέρματος με αλλαγές θέσεων του ασθενή κάθε δύο ώρες.<sup>47</sup>

ε. Έγκαιρη θεραπεία λοιμώξεων ή ερεθισμών<sup>7</sup>.

### 9. Αγωγή του ασθενούς με δυσαρθρία

#### Παρέμβαση

α. Στη δυσαρθρία είναι αναγκαία η αξιολόγηση ενός λογοθεραπευτή έτσι ώστε ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας να εκπαιδευτεί κατάλληλα. Ο πρώτος στόχος των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας που έχουν δυσαρθρία είναι η ενίσχυση του μυϊκού τόνου και ο συντονισμός των αρθρωτικών μυών βάση ενός προγράμματος σύμφωνα με τις δυνατότητες του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας<sup>30</sup>.

- Σε σοβαρότερες περιπτώσεις που η ομιλία δεν είναι δυνατή, θα πρέπει να ενθαρρύνονται εναλλακτικοί τρόποι επικοινωνίας όπως γραφή, γραφομηχανή.
- Απλά βοηθήματα γραφής είναι οι λαβές που σκοπό έχουν να αυξήσουν το πάχος του στυλού, για να είναι εύκολο το πιάσιμο, υπάρχουν επίσης βοηθήματα για τη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών.<sup>51</sup>

## 10. Αγωγή ασθενούς με δυσφαγία

α. Στη δυσφαγία η θεραπεία είναι μια ομαδική προσπάθεια ακτινολόγου, λογοθεραπευτή, διαιτολόγου, του ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας, της οικογένειάς του και του νοσηλευτή.

Ο λογοθεραπευτής μπορεί να δείξει στρατηγικές κατάποσης, ο διαιτολόγος να δώσει οδηγίες για την παρασκευή φαγητών έτσι ώστε η κατάποση να γίνει ασφαλής με μια ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή.

**Άλλες στρατηγικές που μειώνουν το πρόβλημα είναι:**

- Να έχετε καλή στάση σώματος
- Να υπάρχει χαλαρή ατμόσφαιρα την ώρα του φαγητού
- Να μην βιάζεστε
- Να μασάτε πολύ καλά την τροφή και να περιμένετε λίγο ανάμεσα στην κάθε μπουκιά.
- Να εναλλάσσεται υγρή και στερεά τροφή
- Να προσθέτετε υγρά σε ξηρές τροφές π.χ. σάλτσα σε στεγνό κρέας, βρεγμένο παξιμάδι
- Να αποφεύγετε να μιλάτε κατά τη διάρκεια του φαγητού
- Να πίνετε νερό στο τέλος του φαγητού και να βήχετε επίτηδες για να καθαρίσει το στόμα
- Να μένετε σε όρθια στάση για τουλάχιστο μισή ώρα μετά το γεύμα και να ξαπλώνετε αν θέλετε μετά.

Είναι απαραίτητη η διδασκαλία – εκπαίδευση του νοσηλευτή προς την οικογένεια ή τους βοηθούς του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας, για

τις πρώτες βοήθειες για την περίπτωση αναρρόφησης καθώς και για τις παραπάνω στρατηγικές στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας.<sup>30</sup>

Πιθανό να είναι απαραίτητη η συμπληρωματική χορήγηση υγρών και τροφής μέσω ρινογαστρικό σωλήνα κατά την διάρκεια της νύχτας αν η διαιτητική πρόσληψη είναι ανεπαρκής.<sup>7</sup>

### **11. Διδασκαλία - Εκπαίδευση ασθενούς για την αυτοεξυπηρέτηση στο σπίτι.**

Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας εκτός από την νοσηλευτική παρέμβαση χρειάζεται να μάθουν νέους τρόπους για να μπορέσουν να αυτοεξυπηρετηθούν, σύμφωνα με τις νέες συνθήκες και τις δυσκολίες, που αντιμετωπίζουν. Αυτές ακριβώς οι δραστηριότητες αποτελούν το βασικό αντικείμενο διδασκαλίας του νοσηλευτή που σκοπό έχει να τους διδάξει τρόπους και μεθόδους για την καθημερινή ζωή τους.

Οι τομείς αυτοεξυπηρέτησης περιλαμβάνουν:

#### **α. Δραστηριότητες φροντίδας του εαυτού ή προσωπικές**

##### **1. Δραστηριότητες σίτισης**

Όταν εμφανίζεται τρόμος ή υπάρχει έλλειψη αίσθησης στα χέρια η σίτιση απαιτεί χρόνο και κόπο.

Η επιλογή των βοηθημάτων όσο και ο τρόπος χρήσης τους και η γενικότερη εκπαίδευση του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας πρέπει να είναι αυστηρά εξατομικευμένη να καλύπτει αποκλειστικά τις ανάγκες του και να γίνεται από το εργοθεραπευτή.

- Ο χώρος του σπιτιού θα πρέπει να έχει τέτοια διαμόρφωση που να επιτρέπει την εύκολη κίνηση του ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας με το αμαξίδιο καθώς και τη χρήση των συσκευών.

- Τα σκεύη αποθήκευσης να είναι πλαστικά ώστε να μην σπάνε, καθώς επίσης και τα πιάτα βαθιά ώστε να μην επιτρέπεται το χύσιμο του φαγητού και θα χρησιμεύει στην παγίδευση και σύλληψη της τροφής με το πιρούνι ή το κουτάλι, τα κουτάλια, πιρούνια και μαχαίρια να έχουν διάφορα είδη.
- Χρησιμοποίηση πρόσθετων λαβών για την διευκόλυνση της σύλληψης και να τροποποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας και βάση προγράμματος που ρυθμίζεται από τον εργοθεραπευτή.
- Σε περιπτώσεις αυξημένου τρόμου να χρησιμοποιούνται καλαμάκια ή ποτήρια σκεπασμένα με ειδικό καπάκι που έχει ένα στόμιο.
- Ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας πρέπει να αποφεύγει τις άσκοπες μετακινήσεις που απαιτούν κατανάλωση ενέργειας.
- Να αποφεύγει την έκθεση σε μεγάλες θερμοκρασίες προς αποφυγή κόπωσης και εγκαυμάτων.
- Μικρά βαρίδια σε σχήμα περιβραχιονίων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μείωση του τρόμου, κατά τη διάρκεια εκτέλεσης των δραστηριοτήτων, οι τροποποιήσεις αυτές είναι αυστηρά εξατομικευμένες και γίνονται κατόπιν ακριβής αξιολόγησης από τον εργοθεραπευτή.

## **2. Δραστηριότητες ένδυσης και απόδυσης**

- Ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας πρέπει να φοράει και να βγάζει τα ρούχα του από καθιστή θέση, ώστε να διατηρεί την ισορροπία του.

- Τα ελαφριά, ευρύχωρα και ελαστικά ρούχα είναι πιο εύκολα να αφαιρεθούν καθώς και τα κουμπιά πρέπει να είναι μπροστά και όχι πίσω και να είναι μεγάλα και λιγοστά.
- Υπάρχουν βοηθήματα για τις κάλτσες και τα παπούτσια ώστε ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας να μη χρειάζεται να σκύβει πολύ για να τα φτάσει ιδιαίτερα πολύτιμη είναι η συμβολή του εργοθεραπευτή που θα βοηθήσει τον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας στην εύρεση των κατάλληλων για αυτών παραπάνω βοηθημάτων.

### **3. Προσωπική Υγιεινή**

- Η εκπαίδευση του ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας στον τρόπο μεταφοράς του προς και από την μπανιέρα με τη μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια και λιγότερη καταπόνηση είναι θέμα ζωτικό.
- Το νερό επίσης, δεν θα πρέπει να είναι πολύ ζεστό, αλλά ούτε κρύο. Τα προβλήματα αισθητικότητας που πιθανόν να υπάρξουν κάνουν αναγκαία την εκπαίδευση του ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας στη ρύθμιση της σωστής θερμοκρασίας.
- Ιδιαίτερα βοηθούν μπάρες στήριξης που τοποθετούνται στο τοίχο κάθετα ή οριζόντια και προσφέρουν σημεία στήριξης για τη μεταφορά του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας
- Τα αντιολισθητικά πατάκια που τοποθετούνται στο δάπεδο της μπανιέρας και έξω από τη μπανιέρα δεν επιτρέπουν το γλίστρημα και την πτώση.
- Η παρέμβαση του λογοθεραπευτή είναι σημαντική ώστε να υποδείξει επιπλέον εξατομικευμένα βοηθήματα για τον



συγκεκριμένο ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας όπως ειδικά διαμορφωμένα αμαξίδια που να επιτρέπουν το λούσιμο του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας αν αυτός δεν μπορεί να μεταφερθεί στη μπανιέρα καθώς επίσης και για άλλα ειδικά βοηθήματα (μακριά χερούλια για το σφουγγάρι σε διάφορα μεγέθη και κλίσεις) που επιτρέπουν στον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας να φθάνει δύσκολα σημεία του σώματος και να το καθαρίζει.

#### **4. Η στοματική υγιεινή**

- Τα σημαντικότερα προβλήματα κατά την εκτέλεση αυτών των δραστηριοτήτων είναι οι δυσκολίες στη σύλληψη, ο τρόμος και οι αταξικές κινήσεις που πιθανόν να υπάρχουν.
- Μια απλή επινόηση είναι η σταθεροποίηση της οδοντόκρεμας στο τοίχο ή σε κάποιο άλλο σημείο, ώστε ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας να μπορεί να την πιέζει με το ένα χέρι χωρίς να καταβάλλει μεγάλη δύναμη.
- Κατάλληλης οδοντόβουρτσες με διαμορφωμένες λαβές που αποσκοπούν στη διευκόλυνση του πιασίματος.

#### **5. Περιποίηση**

- Στους άντρες το ξύρισμα διευκολύνεται με τη χρήση ειδικών λαβών για το πιάσιμο της ξυριστικής λεπίδας, αποφυγή των ηλεκτρικών ξυριστικών μηχανών γιατί είναι βαριές.
- Το χτένισμα διευκολύνεται με τη χρήση ειδικών λαβών και προεκτάσεων, για να φθάνει ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας πιο εύκολα σε όλα τα σημεία της κεφαλής του, παρόμοια μπορούν να χρησιμοποιηθούν καθρέφτης, ανάλογα, με την περίπτωση και σε

αυτές τις δραστηριότητες είναι εξίσου σημαντική και η παρουσία του εργασιοθεραπευτή που θα προτείνει αυτά τα βοηθήματα ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας.

#### **6. Χρήση τουαλέτα - υγιεινή**

- Η ανεξαρτησία στον τομέα της υγιεινής και της χρήσης της τουαλέτας είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού εκτός από το πρακτικό κομμάτι έχει σημασία και για την καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας.
- Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας ότι μπορεί και σε αυτή την δραστηριότητα να αυτοεξυπηρετήσει εφόσον επικοινωνήσει με τον εργοθεραπευτή ο οποίος θα αξιολογήσει τη γενική σωματική και κινητική κατάστασή του και θα επιλέξει τη λύση, την τεχνική και τα βοηθήματα, που εξυπηρετούν καλύτερα κάθε ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας και να τον εκπαιδεύσει ανάλογα.
- Ο εργοθεραπευτής είναι αυτός που θα αξιολογήσει το χώρο της τουαλέτας και να προτείνει λύσεις για την ανεμπόδιστη μετακίνηση του αμαξιδίου και πρόσβασή του προς τη λεκάνη.

#### **7. Φροντίδα προσωπικών μηχανημάτων και βοηθημάτων**

- Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας να ζητήσει την βοήθεια από το εργοθεραπευτή ώστε να τον βοηθήσει να κάνει την σωστή επιλογή των βοηθημάτων και αφού αξιολογήσει την κινητική του κατάσταση να λάβει υπόψιν του την διαμόρφωση του σπιτιού.

## β. Κοινωνικές σχέσεις

- Οι κοινωνικές σχέσεις δυσχεραίνονται από τη δυσκολία βάδισης, τη δυσκολία πρόσβασης σε ορισμένα κτίρια, από την αδυναμία, τον κακό συντονισμό, τις δυσκολίες ελέγχου της ουροδόχου κύστης και στις δυσκολίες στο λόγο.
- Πρωταρχικό μέλημα του νοσηλευτή είναι να μιλήσει με τον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας και την οικογένεια του και να τους επισημάνει την ανάγκη να διατηρήσει τις κοινωνικές του επαφές και σχέσεις.<sup>51</sup>

**11. Ψυχολογική υποστήριξη** του ασθενούς είναι μέσα στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας.<sup>48</sup>

Η ψυχολογική και ηθική υποστήριξη του ατόμου με το χρόνιο νόσημα αποτελεί την μεγαλύτερη προσφορά στο άτομο και στην οικογένειά του. Ο νοσηλευτής πέρα από την ηθική υποστήριξη έχει καθήκον να διατηρεί και να συντηρεί την ελπίδα. Η ελπίδα αποτελεί μια δυναμική πηγή για τον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας. Ο νοσηλευτής ενισχύει με θετικές σκέψεις και απομακρύνει τις αρνητικές τοποθετήσεις.<sup>43</sup>

**12. Ενίσχυση του ασθενούς από το κράτος και τις κοινωνικές υπηρεσίες**, για να εξασφαλίσει κατοικία και οικονομική ενίσχυση, ιατρική φροντίδα και εκπαιδευτική και επαγγελματική επανένταξη<sup>7</sup>. Σημαντική προϋπόθεση μιας ολοκληρωμένης επαγγελματικής επανένταξης είναι ένα σωστά σχεδιασμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης – κατάρτισης που έχει στόχο να βελτιώσει τις δυνατότητες ενός ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας και να τον προετοιμάσουν για εργασία.

Ένα καλό πρόγραμμα εκπαίδευσης – κατάρτισης πρέπει να ναι ευέλικτο, αναγνωρίζοντας την μοναδικότητα του ατόμου.

Σημαντική είναι και η ενημέρωση – ευαισθητοποίηση των εργοδοτών ώστε να υποδεχθούν και να βοηθήσουν τον εργαζόμενο (όσο τους αναλογεί) σε αρχικά κυρίως στάδια επαγγελματικής προσαρμογής και πάντοτε σε ισότιμη βάση δικαιωμάτων και υποχρεώσεων όσο και ισότιμης αντιμετώπισης.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον σε επίπεδο στήριξης και αποδοχής στην εκπαιδευτική διαδικασία πάντα σε συνεργασία με τους ειδικούς.<sup>52</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### **Νοσηλευτικές διεργασίες σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

#### **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 1<sup>ο</sup>Υ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

##### **1<sup>ο</sup> ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ**

Η ασθενής Κ.Ε. ετών 34, νοσηλεύθηκε την νευρολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου από τις 5/10/01 μέχρι 16/10/01.

Λόγοι εισαγωγής: Μείωση της οπτικής οξύτητας και επιδείνωση της προϋπάρχουσας παραπάρεσης.

##### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΝΟΣΟΥ**

Από εβδομάδες πριν την εισαγωγή της και ενώ η ασθενής ήταν σε αγωγή με Prezolon tb 3x1, παρουσίασε μείωση οπτικής οξύτητας άμφω, καθώς και επιδείνωση της προϋπάρχουσας παραπάρεσης. Κατά το προηγούμενο διάστημα η ασθενής είχε πολύ καλή όραση, είχε καταφέρει να περπατάει μόνη ή υποβοηθαζόμενη, είχε υποχωρήσει ο πόνος στα κάτω άκρα, ενώ επέμενε και εξακολουθεί να επιμένει η ακράτεια ούρων και κοπράνων. Επιμένει επίσης αίσθημα αιμωδίας, ήπιας από το επίπεδο θε και κάτω.

##### **ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Το ιστορικό ξεκινά τον 2/01, με επεισόδιο οπισθοβολβικής νευρίτιδας άμφω, για το οποίο νοσηλεύθηκε στην οφθαλμολογική κλινική. Νοσηλείες στην Ν/Κ ΙΠΠΝΠ (5/01 και 6/01) με επιδείνωση της παραπάρεσης έως σπαστικής παραπληγίας και επεισόδιο παραλυτικού ειλεού αντίστοιχου που

σε συνδυασμό με τον εργαστηριακό έλεγχο ετέθη η διάγνωση της απομυελινωτικής νόσου.

### **ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Εγκ. Συζυγίες Κ.Φ.

LLermitre (-)

Σπαστική παραπάρεση

Τενόντια  Άνω άκρα: αυξημένα άμφω.

Κάτω άκρα: αυξημένα άμφω με επέκταση άμφω περισσότερο ΔΕ, κλόνος άκρω πόδος (ΔΕ)

Πελματιαία: Σε έκταση άμφω.

Αισθητικό επίπεδο Θε για την επιβολής

Σ. Hojzman άμφω.

### **ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ – ΕΚΒΑΣΗ:**

Έναρξη της αγωγής με μέγα δόση Solumedual και μιτοξανδρόνης 15 mg Novantrone 15mg. Βελτίωση της παραπάρεσης και της οπτικής οξύτητας.

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ:**

Απομυελινωτική νόσος (M.S.)

### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:**

Mega calcium tb 1x1

Zantac tb 1x2

One- Alpha caps 0,25mg 1x1

Minitron tb 1x2

Lipitor tb 10mg 1x1

Detrusitol 2mg tb 1x2

Solumedrol μέγα δόση 500 IV από 7/10

Prezolon tb 3x1 (διακοπή με τη μέγα δόση).

### Νοσηλευτική Διεργασία ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
<b>Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς</b>	<b>Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
<p>1. Φόβος, ανησυχία της ασθενούς για την έξαρση της νόσου της</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανακούφιση της ασθενούς από το φόβο και το άγχος.</li> <li>• Κατανόηση της φύσης της ασθένειάς της και προσαρμογή της ασθενούς στην πραγματικότητα.</li> <li>• Προστασία της ασθενούς από καταστάσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μια έξαρση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο Νοσηλευτής την βοηθά να δει ρεαλιστικά την κατάστασή της να προσαρμοστεί και να οργανώσει το μέλλον της πάνω στα νέα δεδομένα.</li> <li>• Δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης ώστε η ασθενής να εκφράσει τα αισθήματά της.</li> <li>• Ο νοσηλευτής απαντά με ακρίβεια στις ερωτήσεις της.</li> <li>• Την συμβουλεύει να</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μέσα σε ένα ήρεμο περιβάλλον κατανόησης και εμπιστοσύνης, έγινε λεκτική επικοινωνία, όπου δόθηκαν οι κατάλληλες επεξηγήσεις στην ασθενή για τις απορίες, τις αγωνίες και τους φόβους της σχετικά με τη μελλοντική πορεία της ασθένειας της και καθώς και συμβουλές για την αντιμετώπιση της νόσου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής εκφράζει τα αισθήματά της, τις ανησυχίες και τις απορίες της.</li> <li>• Νιώθει ηρεμία και ασφάλεια με τις απαντήσεις που της δόθηκαν, ενώ συγχρόνως κατανοεί και προσαρμόζεται με την νόσο της, με την ψυχολογική ενθάρρυνση που της παρέχεται.</li> </ul>



1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός <ul style="list-style-type: none"> <li>Ενθάρρυνση της ώστε να είναι συνεργάσιμη κατά την εφαρμογή της θεραπείας.</li> </ul>	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας αποφεύγει καταστάσεις οι οποίες μπορεί να επιδεινώσουν την σωματική και ψυχολογική της κατάσταση.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
2. Διαταραχές της όρασης – θάμβος όρασης λόγω διαταραχής της οπτικής νευρίτιδας.	Αξιολόγηση της κατάστασης της ασθενούς και ακριβή καταγραφή ευρημάτων για έναρξη θεραπείας.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Προγραμματισμός νευρολογικής και οφθαλμολογικής εξέτασης και έναρξη θεραπείας.</li> <li>Προστασία της ασθενούς από τραυματισμούς με σωστή καθοδήγηση και έλεγχο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Γίνεται έναρξη της θεραπείας με στερινοειδή και παράλληλα λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών.</li> <li>Συστάθηκε και εφαρμόστηκε η παραμονή δεύτερου προσώπου κοντά στον ασθενή για την</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Με την κατάλληλη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής υποχώρησε το θάμβος όρασης από την 4<sup>η</sup> ημέρα έναρξης της θεραπείας.</li> <li>Η ασθενής ένωσε ασφαλώς.</li> </ul>

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
3. Μυϊκή αδυναμία κάτω άκρων λόγω διαταραχής της πυραμιδικής οδού.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να μην μένει η ασθενής κλινήρης για πρόληψη επιπλοκών όπως κατακλίσεις, δυσλειτουργία του εντέρου.</li> <li>• Βοήθεια της ασθενούς να χρησιμοποιήσει την λειτουργικότητα που της απομένει στα άκρα της.</li> <li>• Προσπάθεια για κινητική δραστηριοποίηση της ασθενούς Ενεργητικού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξασφάλιση μηχανικών μέσων για υποβοήθηση της βάδισης και γενική δραστηριοποίηση της κίνησης.</li> <li>• Διδασκαλία της ασθενούς για την σωστή χρησιμοποίηση των βοηθητικών μέσων.</li> <li>• Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκτελεί ενεργητικές κινήσεις πλήρους τροχιάς.</li> <li>• Εφαρμογή μασάζ για</li> </ul>	<p>προστασία της από τραυματισμούς.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Η Νοσηλεύτρια βοήθησε την ασθενή στην χρησιμοποίηση υπομασχαλαιάς βακτηρίας για βάδιση.</li> <li>• Τοποθετήθηκαν εύκαμπτοι νάρθηκες για τη στήριξη των μυών και των αρθρώσεων.</li> <li>• Η ασθενής εκτελεί ενεργητικές κινήσεις</li> <li>• Εφαρμόστηκε μασάζ στα κάτω άκρα για μυϊκή τόνωση.</li> <li>• Κατά την διάρκεια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής κινητοποιήθηκε με τη σωστή στήριξη και καθοδήγηση.</li> <li>• Αποφεύχθηκαν περαιτέρω επιπλοκές όπως κατακλίσεις τραυματισμοί.</li> <li>• Η ασθενής ακολουθώντας το κατάλληλο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας κατάφερε να βελτιώσει και να διατηρήσει την</li> </ul>

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός Τύπου ή Παθητικού όταν απαιτείται. • Αποφυγή πτώσεων και τραυματισμών.	3 <sup>ο</sup> Στάδιο Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας απαλλαγής από την σπαστικότητα. • Σε περίπτωση Φυσιοθεραπείας η νοσηλεύτρια είναι παρούσα για να βοηθήσει την ασθενή και να της εξασφαλίζει αίσθημα ασφάλειας.	4 <sup>ο</sup> Στάδιο Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας της Φυσιοθεραπείας η νοσηλεύτρια βρισκόταν κοντά στην ασθενή και την στήριξε ψυχολογικά καθώς και στην εκτέλεση των ασκήσεων.	5 <sup>ο</sup> Στάδιο Εκτίμηση Αποτελέσματος κινητικότητά της.
4. Η ασθενής παρουσίασε δυσλειτουργία και διαταραχές λειτουργίας της κύστης λόγω προσβολής της ιεράς μοίρας του νωτιαίου	Διατήρηση της καλύτερης δυνατής λειτουργίας της κύστης για αποφυγή επιπλοκών (όπως ουρολοιμώξεις, επίσχεση ούρων, σχηματισμός λίθων). • Η εξασφάλιση	Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης με άσηπτη τεχνική. • Εφαρμογή συγχής και επιμελημένης καθαριότητας για την πρόληψη ουρολοιμώξης	Σε ακράτεια ούρων, έγινε καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως. Ο καθετηριασμός έγινε με άσηπτη τεχνική χρησιμοποιήθηκε καθετήρας Foley Νο 16.	Με την χρήση της άσηπτης τεχνικής αποτράπηκε η ουρολοίμωξη. • Με συχνή αλλαγή θέσης αποτράπηκαν άλλα προβλήματα (δερματίτιδα,

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
μυελού.	συνεργασίας με την ασθενή ώστε να αισθάνεται ασφάλεια.	δερματίτιδας ή κατακλίσεων. • Προσεκτική μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. • Ενθάρρυνση της ασθενούς για να εκφράσει τα συναισθήματά της.	• Γινόταν συχνή αλλαγή θέσεως κάθε 2 ώρες γιατί η ακράτεια σε συνδυασμό με την ακινησία ευνοεί την εμφάνιση επιπλοκών όπως κατακλίσεις	κατακλίσεις) • Επανακτάται μερικώς η φυσιολογική λειτουργία της ουροδόχου κύστης.
5. Δυσλειτουργία του εντέρου, λόγω προσβολής της ιεράς μοίρας του νωτιαίου μυελού και της περιορισμένης κινητικότητας της	• Επαναφορά της κανονικής λειτουργίας του εντέρου με τρόπους συντηρητικούς ή φαρμακευτικούς.	• Η νοσηλεύτρια δίνει συμβουλές για τη διαίτα και τη δραστηριότητα της ασθενούς. • Να αποφεύγονται	• Εδόθη διαιτολόγιο για την επαναφορά της κανονικής λειτουργίας του εντέρου. • Γινόταν συχνές αλλαγές και	• Με την κατάλληλη διαίτα και φαρμακευτική αγωγή επανακτάται μερικώς η φυσιολογική λειτουργία του

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μεταχείριση της ασθενούς με λεπτότητα και παροχή ευκαιριών για να εκφράσει τα συναισθήματά της.</li> </ul>	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας τροφές που επιδεινώνουν την απώλεια κοπράνων όπως τροφές με άφθονη κυτταρίνη, όσπρια. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Συχνές αλλαγές και επιμελημένη καθαριότητα για αποφυγή κατακλίσεων και δερματίτιδας.</li> <li>• Έλεγχος για φάρμακα που συμβάλλουν στο πρόβλημα.</li> </ul>	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας σχολαστική καθαριότητα για αποφυγή επιπλοκών. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για επαναφορά της κανονικής λειτουργίας του εντέρου.</li> </ul>	Εκτίμηση Αποτελέσματος εντέρου και η ασθενής παύει να ταλαιπωρείται.

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
6. Ανάγκη μέριμνας για πρόληψη λοιμώξεων.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Προστασία της ασθενούς για αποτροπή επιβάρυνσης της κατάστασής της.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Απομάκρυνση από πηγές μολύνσεων (συχνή αλλαγή λευχειμάτων καθαριότητα μετά τη χορήγηση δοχείων.</li> <li>Υγιεινή διατροφή.</li> <li>Σωστή αναπνοή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Διδάχθηκε η ασθενής να αποφεύγει άτομα με λοιμώξεις του αναπνευστικού.</li> <li>Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να αναπνέει βαθιά και να βήχει για να αποβάλλει τυχόν εκκρίσεις.</li> <li>Δίαιτα πλούσια σε θερμιδική κάλυψη.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Διατηρήθηκε η καλή υγεία της ασθενούς και η άμυνα του οργανισμού της απέναντι στις λοιμώξεις.</li> </ul>

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ 2<sup>ΟΥ</sup> ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

### 2<sup>Ο</sup> ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Η ασθενής Μ.Σ. ετών 27, νοσηλεύθηκε στην νευρολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου από 11/09/01 μέχρι 17/09/01.

Λόγοι εισαγωγής: Μυϊκή αδυναμία άνω - κάτω άκρων.

### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΝΟΣΟΥ

Από μηνός προς της εισαγωγής της η ασθενής αναφέρει μυϊκή αδυναμία άνω – κάτω άκρων με προοδευτική επιδείνωση. Η ασθενής είναι τώρα κατακεκλιμένη. Επίσης αναφέρει ακράτεια ούρων και κοπράνων από διμήνου καθώς επεισόδιο απώλειας συνείδησης με σπασμούς και αφρώδη πτύελα.

### ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας διεγνωσμένη το 1997. Διεκομίσθει στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών όπου μετά από MRI εγκεφάλου διεγνώσθη ΣΚΠ. Έκτοτε αναφέρει το 1998 επεισόδιο διπλωπίας, αιμωδίες και μυϊκή αδυναμία άνω κάτω άκρων για τα οποία έλαβε IV κορτιζόνη και υφήθησαν. Έχει λάβει θεραπευτική αγωγή με Ιντερφερόνες (2/99-11/00) και (12/00-3/01).

### ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Άμφω πυραμιδική συνδρομή – μυϊκή ισχύς (ΑΡ) ~2/5, (ΔΕ) –3/5.

Άμφω παρεγκεφαλική συνδρομή.

Οριζόντιος νυσταγμός στη (ΔΕ) βλεμματική θέση και κάθετος.

Υποπαλαισθησία άμφω και διαταραχή της αίσθησης μελών.

**ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ – ΕΚΒΑΣΗ**

Έγινε αγωγή με μετάδοση κορτιζόνης, βελτίωση.

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

ΣΚΠ (M.S.)

**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Trileptal tb 600mg 1x2

Οδηγίες: Επανασυεννόηση σε ένα μήνα για έναρξη ιντερφερόνης.



## Νοσηλευτική Διεργασία ασθενούς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
1. Η ασθενής παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις των παθολογικών της συμπτωμάτων <b>αδυναμία, αστάθεια, κόπωση</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προστασία της ασθενούς από καταστάσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μια έξαρση.</li> <li>• Ενημέρωση της ασθενούς για την αποτροπή όσο το δυνατόν των καταστάσεων που μπορούν να προκαλέσουν μια έξαρση της νόσου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημέρωση της ασθενούς για τις καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν αυτά τα συμπτώματα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αποφεύγονται απότομες μεταβολές της θερμοκρασίας του νερού στο μπάνιο και στο περιβάλλον.</li> <li>• Αποφεύγονται όσο το δυνατόν οι ΙΜ ενέσεις.</li> <li>• Καταρτίζεται ένα πρόγραμμα άσκησης και ανάπαυσης με ανάλογη προσαρμογή κατά τις εξάρσεις.</li> <li>• Συστάθηκε και εφαρμόστηκε και παραμονή δεύτερου προσώπου κοντά στην</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επιτεύχθηκε διατήρηση μιας ήπιας νευρολογικής κατάστασης.</li> <li>• Η ασθενής είναι σε θέση να περιορίσει ή και να αποτρέψει τις εξάρσεις και τις υφέσεις των συμπτωμάτων της.</li> </ul>

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες - Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
2. Μυϊκή αδυναμία άνω και κάτω άκρων, αστάθεια βάδισης λόγω πυραμιδικής βλάβης.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ανακούφιση από τη μυϊκή δυσκαμψία ή τον πόνο.</li> <li>Ασκήσεις ενεργητικού χαρακτήρα για την διατήρηση της λειτουργικότητας των μιών και των αρθρώσεων.</li> <li>Παθητικές ασκήσεις με την βοήθεια φυσικοθεραπευτή.</li> <li>Συχνή αλλαγή θέσης κάθε 2h για</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ενθάρρυνση της ασθενούς για κινητοποίηση με την βοήθεια μηχανιάτων στήριξης.</li> <li>Εφαρμογή μασάζ για απαλλαγή από την σπαστικότητα στα άνω - κάτω άκρα.</li> <li>Χορήγηση μυοχαλαρωτικών για να την ανακούφιση από την σπαστικότητα.</li> </ul>	<p>Εξασφαλίζεται παροχή βοήθειας από το σύνολο των μελών της οικογένειας για την χρησιμοποίηση των βοηθητικών μέσων όπως: περιπατητήρες.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής εκτελεί ενεργητικές ασκήσεις.</li> <li>Εφαρμόστηκε μασάζ στα άνω κάτω άκρα από την φυσικοθεραπευτή.</li> <li>Η νοσηλεύτρια στήριξε ψυχολογικά την ασθενή και την ενθάρρυνε για την</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής κατορθώνει να χρησιμοποιήσει την εναπομείνουσα λειτουργικότητα των μελών της με την κατάλληλη μηχανική βοήθεια, ψυχολογική υποστήριξη και θεραπευτικό σχήμα.</li> <li>Ένωσε ασφάλεια, αυτοπεποίθηση και ταυτόχρονα προλήφθηκαν επιπλοκές όπως: σπαστικότητα, παραμορφώσεις,</li> </ul>

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός πρόληψη επιπλοκών όπως κατακλίσεις. • Προστασία από τις πτώσεις.	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας • Να εκτελεί ενεργητικές ασκήσεις πλήρους τροχιάς αλλά να μην συνεχίζει μέχρι σημείο κοπώσεως, να μεσολαβούν διαστήματα ανάπαυσης.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας εκτέλεση των ασκήσεων.	Εκτίμηση Αποτελέσματος κατακλίσεις.
3. Η ασθενής παρουσίασε ανορεξία λόγω απώλειας της όρεξης, ναυτίας και εμέτων.	Διατήρηση της καλής θρέψης της ασθενούς και κάλυψη των θερμιδικών αναγκών	Η νοσηλεύτρια σε συνεργασία με το διατολόγιο φροντίζει: α) Ο ασθενής να λαμβάνει μικρά και τακτικά γεύματα. β) Προσφέρει καλοσερβρισμένες	Έγινε ρύθμιση του διατολογίου. • Προσφέρονται καλοσερβρισμένα γεύματα. • Υπάρχει νεφροειδές κοντά στην ασθενή για περίπτωση εμετού.	Με την εξασφάλιση επαρκούς και σωστής θρέψης, αποτράπηκαν προβλήματα όπως αναιμία, απώλεια βάρους, αδυναμία, κόπωση, εφρόσον

Σκλήρυνση Κατά Πλάκας – Νοσηλευτική Παρέμβαση

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	3 <sup>ο</sup> Στάδιο Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας τροφές της αρεσκείας της. • Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας μετά από εμετούς με συχνές πλύσεις.	4 <sup>ο</sup> Στάδιο Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας • Έγινε περιποίηση στοματικής κοιλότητας.	5 <sup>ο</sup> Στάδιο Εκτίμηση Αποτελεσματος καλύπτονται οι θερμικές ανάγκες της ασθενούς.
4. Αισθητικές διαταραχές λόγω προσβολής του νευρικού συστήματος.	• Έγκαιρη διαπίστωση των νεοεμφανιζόμενων αισθητικών διαταραχών και προστασία της ασθενούς. • Εξασφάλιση προστατευτικού	• Ο νοσηλευτής λαμβάνει ιστορικό αυξημένης ή ελαττωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων. • Λαμβάνει ιστορικό για τυχόν εμπειρίες	• Έγινε σωστή αντιμετώπιση και περιποίηση τραυματισμών και εγκαυμάτων. • Έλεγχος θερμοκρασίας νερού του μπάνιου και φαγητού.	• Με την διαρκή φροντίδα και διδασκαλία προλαμβάνονται τα προβλήματα που προκαλούν οι αισθητικές διαταραχές του δέρματος και εντοπίζει έγκαιρα

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς	2 <sup>ο</sup> Στάδιο Αντικειμενικός Σκοπός περιβάλλοντος που να αποτρέπει από τραυματισμούς και εγκαύματα.	3 <sup>ο</sup> Στάδιο Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας ανωμαλιών αισθήσεων, όπως αίσθημα ήλιακού εγκαύματος, μυρμηγκίασης, ηλεκτρικού σοκ. • Αξιολογεί τα ευρήματα της αισθητικής εξέτασης. • Δίνει ιδιαίτερη προσοχή στον ασθενή, ο οποίος είναι επιρρεπής σε κακώσεις, εγκαύματα και μολύνσεις του δέρματος λόγω της	4 <sup>ο</sup> Στάδιο Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας • Απομακρύνθηκαν αιχμηρά και επικίνδυνα αντικείμενα και εξασφαλίστηκε προστατευτικό περιβάλλον.	5 <sup>ο</sup> Στάδιο Εκτίμηση Αποτελεσματος νεοεμφανιζόμενες διαταραχές.

Σκλήρυνση Κατά Πλάκας – Νοσηλευτική Παρέμβαση

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	3 <sup>ο</sup> Στάδιο Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας  μειωμένης αντίληψης του πόνου και της θερμοκρασίας. • Διδάσκει την ασθενή για την σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης και αναφοράς κάθε αλλαγής που διαπιστώνει στο δέρμα της. • Προστασία του δέρματος με συχνή αλλαγή θέσεως, συχνό πλύσιμο και έγκαιρη θεραπεία των ερεθισμάτων ή	4 <sup>ο</sup> Στάδιο Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5 <sup>ο</sup> Στάδιο Εκτίμηση Αποτελέσματος

Σκλήρυνση Κατά Πλάκας – Νοσηλευτική Παρέμβαση

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας μολύνσεων.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
5. Η ασθενής εμφάνισε συμπτώματα ιλίγγου.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αντιμετώπιση συμπτωμάτων και αποφυγή τραυματισμών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Παραμονή ασθενούς σε κλίνη και κλίση βοήθειας όταν χρειαστεί.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής παρέμεινε κλινήρης. Η νοσηλεύτρια συνέστησε την προσοχή της ασθενούς κατά την μετακίνηση στην κλίνη. Τοποθέτησε το κουδούνι κλήσης σε κατάλληλη θέση χρήσης. Βρίσκεται συνεχώς στο πλάι για βοήθεια και ψυχολογική υποστήριξη.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η άρρωστη ανακουφίστηκε μετά από 2ωρη κατάκλιση και σηκώθηκε με επίβλεψη.</li> </ul>
6. Προσωπικός μοιασμός και μελαγχολία για την ανικανότητα εργασίας.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αποβολή των αρνητικών συναισθημάτων και ενθάρρυνση ότι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ειλικρινής και σε βάθος συζήτηση για το τι ενοχλεί την ασθενή και για το</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Σε συζήτηση που έγινε με το νοσηλευτή, η ασθενής κατάλαβε ότι η αναπηρία δε</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής με νέο ηθικό και ισχυρή θέληση πρόσφερε στην οικογένεια</li> </ul>

εργασίας.

Σκλήρυνση Κατά Πλάκας – Νοσηλευτική Παρέμβαση

1 <sup>ο</sup> Στάδιο	2 <sup>ο</sup> Στάδιο	3 <sup>ο</sup> Στάδιο	4 <sup>ο</sup> Στάδιο	5 <sup>ο</sup> Στάδιο
Αξιολόγηση Ανάγκες – Προβλήματα ασθενούς εργασίας.	Αντικειμενικός Σκοπός  ενθάρρυνση ότι μπορεί να προσφέρει ακόμη.	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας  ασθενή και για το πώς αισθάνεται θα αποδεικνυόταν εποικοδομητική.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας  η αναπηρία δε συνεπάγεται ανεργία. Ο μοιρασμός και το αίσθημα αποξένωσης ξεπεράστηκαν με την ανάληψη απλών καθηκόντων (π.χ. στις δουλειές του σπιτιού), εξίσου σημαντικών για τη συντήρηση της οικογένειας.  • Προσαρμογή των αναγκών στα νέα οικονομικά δεδομένα.	Εκτίμηση Αποτελέσματος  στην οικογένεια μικρά πλ.ην όμωσ σημαντικά πράγματα και δεν αισθάνεται πλέον βάρος.  • Ο επαναπροσδιορισμός και η προσαρμογή στα νέα οικονομικά δεδομένα αποδείχτηκε ιδιαίτερα εποικοδομητικός.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι εγκεκριμένες φαρμακευτικές θεραπευτικές αγωγές για τη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι σήμερα κυρίως οι ιντερφερόνες.

Οι ανασυνδυασμένες ιντερφερόνες, αποτελούν σημαντική πρόοδο στη θεραπεία της υποτροπιάζουσας σκλήρυνσης κατά πλάκας. Τα αποτελέσματα των κλινικών μελετών δείχνουν ότι είναι αποτελεσματικές στη μείωση του ποσοστού υποτροπών και καθυστερούν την εξέλιξη της νόσου. Επίσης ερευνάται και η πρόωπη έναρξη της θεραπείας, στην υποτροπιάζουσα μορφή, για πρόληψη της καταστροφής των νευραξόνων.

Η φαρμακευτική αγωγή καλύπτει μόνο το 30% της καλής πορείας ενός ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Είναι το πιο δύσκολο κομμάτι διότι απαιτεί συνεχή επανεκπαίδευση και αποδοχή της νόσου για κάθε αλλαγή που προκύπτει. **Πώς μπορεί λοιπόν ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας να βοηθήσει τον εαυτό του;**

Η διάγνωση μιας χρόνιας νόσου αποτελεί μεγάλο πλήγμα για τον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας. Πολλές φορές η ψυχολογική υποστήριξη είναι **απαραίτητη** για να δεχθεί την καινούργια κατάσταση και να μπορέσει, αν χρειαστεί να κάνει τις προσαρμογές που θα του επιτρέψουν να συνεχίσει μια όσο το δυνατόν φυσιολογική ζωή. Αλλά και η **οικογένεια έχει την ίδια ανάγκη στήριξης** έτσι ώστε να μπορέσει να συμβάλει στη σωστή στήριξη του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας και στις αλλαγές ρόλων που ίσως χρειάζεται να γίνουν.

Στην περίπτωση κινητικών δυσκολιών, η **αποκατάσταση** αποτελεί το μεγαλύτερο κομμάτι της υπευθυνότητας του ασθενούς απέναντι στη νόσο του. Στην εποχή μας υπάρχουν όλα τα βοηθήματα και οι τεχνικές που θα αποτρέψουν «το κλείσιμο το σπίτι».

Επειδή τα προβλήματα μπορεί να προέρχονται από διαφορετικές αιτίες είναι απαραίτητη μια ομάδα αξιολόγησης πολλών ειδικοτήτων η οποία θα έχει επίκεντρο τον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας και θα αξιολογεί την κατάστασή του.

Στόχος της ομάδα αξιολόγησης πρέπει να είναι η σαφής διάγνωση και η επιλογή των κατάλληλων τεχνικών αποκατάστασης. Η ομάδα αυτή πρέπει να περιλαμβάνει τους ειδικούς που είναι απαραίτητοι κατά περίπτωση και ανάλογα με τις δυσκολίες που έχουν παρουσιαστεί. Η υποστηρικτική ομάδα μπορεί να περιλαμβάνει το εκτός από τον νευρολόγο και ψυχολόγο, νοσηλευτικό προσωπικό ειδικευμένο στη φροντίδα των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας φυσίατρος, φυσικοθεραπευτής, εργασιοθεραπευτής, κοινωνικός λειτουργός κα. Μόνο έτσι θα υπάρξει ολιστική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της σκλήρυνσης κατά πλάκας.

Για να υπάρχει ουσιαστική παρέμβαση αποκατάστασης στην αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας, πρέπει να υπάρχει **μακροπρόθεσμος σχεδιασμός** που να βασίζεται στην αξιολόγηση των επί μέρους προβλημάτων που μπορεί να παρουσιαστούν. Λαμβάνονται υπόψη στοιχεία όπως το εύρος κίνησης, η σπαστικότητα, η ισορροπία, η μερική έλλειψη όρασης, οι διαταραχές κύστης κ.ά. Προφανώς, η **παρέμβαση** πρέπει να έχει **εξατομικευμένο χαρακτήρα** και η **στρατηγική της αντιμετώπισης** πρέπει να είναι τέτοια που να **ανταποκρίνεται** στους στόχους τόσο του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας όσο και της ομάδας αξιολόγησης. Κάποια ώδη που μπορεί να παρουσιάσει κατά την διάρκεια της αποκατάστασης μπορεί να απαιτήσει **αναθεώρηση των ρεαλιστικών στοιχείων του στόχου**.

Όταν υπάρχουν κινητικές δυσκολίες είναι απαραίτητη η συνεργασία της οικογένειας και των εργοδοτών, για τη χωροταξική τροποποίηση του σπιτιού και του επαγγελματικού χώρου για ακόμη ουσιαστικότερη βοήθεια.

Ο στόχος είναι η λειτουργική ανεξαρτησία και η ουσιαστική ένταξη και αξιοποίηση των κοινωνικών και επαγγελματικών ικανοτήτων των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας ώστε να παραμένουν ενεργά και παραγωγικά μέλη της κοινωνίας

Ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να βοηθήσει τον εαυτό του ακολουθώντας μεθόδους χαλάρωσης και ελαφριάς άσκησης που προσφέρουν οι τεχνικές της γιόγκα, η διαίτα να είναι «πιο κοντά στο μανάβη» και να αποφεύγονται το κάπνισμα και οι καταχρήσεις.

Το κολύμπι είναι ένας από τους πλέον ευεργετικούς τρόπους άσκησης, και διατήρησης του μυϊκού τόνου, πρέπει επίσης να αποφεύγεται η έκθεση στον ήλιο, οι καλύτερες ώρες είναι μέχρι 9:30 πμ και μετά τις 6:00μμ.

Σήμερα οι συντονισμένες διεθνείς μελέτες και έρευνες για τη σκλήρυνση κατά πλάκας και οι αντίστοιχες της γενετικής καθώς και τα φάρμακα της βιοτεχνολογίας μας επιτρέπουν να ζούμε καλύτερα από ότι την περασμένη δεκαετία και να ελπίζουμε, περισσότερο από ποτέ, στην εύρεση της οριστικής θεραπείας. Μέχρι τότε είναι στο «χέρι» του ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας η προσπάθεια αντιμετώπισης της νόσου. Η σωστή και έγκυρη γνώση είναι δύναμη που μας επιτρέπει να αναλάβουμε την αντιμετώπιση της νόσου με υπευθυνότητα έτσι ώστε να διατηρήσουμε τη μέγιστη φυσική και κοινωνική μας υγεία.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Μπαρέ Ελπίδα, Χρυσοβιτσάνου Χρύσα, «Προτεραιότητες στην καθημερινή ζωή ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας και των οικογενειών τους», 26<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά, Μάιος 1999, σελ. 302,305-306.
2. Τσακανίκας Κωνσταντίνος, «Ιστορία της Σκληρύνσεως κατά Πλάκας», Εκδόσεις: Φαρμακευτική Εταιρεία Serono, Αθήνα 2000, σελ. 99-100.
3. «Αισιοδοξία για την Σκλήρυνση κατά πλάκας», <http://www.Flash.gr – Care Magazine>, 2001.
4. Ζήσης Θ. «Ανατομία ΙΙ – Νευρικό Σύστημα», Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Β΄ εξαμήνου του τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Πατρών, Πάτρα 1998, σελ. 1-5.
5. Lucillek. Barbara A.W., Connie K, «Ανατομία και Φυσιολογία του Ανθρώπινου Σώματος», Έκδοση: 3<sup>η</sup>, Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1996, σελ. 31,34-38,43.
6. Μακρής Νικόλαος, «Νευρολογία», Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Στ΄ εξαμήνου του τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Πατρών, Πάτρα 1998, σελ. 5-7, 13,21,127,129.
7. Σαχίνη – Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος 3<sup>ος</sup>, Έκδοση: 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις: ΒΗΤΑ Medical Arts, Αθήνα 1997, σελ. 257, 263, 266-267, 310,312-314.
8. Walton Lord, «Νευρολογία», Έκδοση: 6<sup>η</sup>, Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996, σελ. 371,376,377,380-381,383.

9. Καζής Α., Καπινάς Κ., «Αυτομεταμόσχευση αιμοποιητικών προβαθμίδων για την αντιμετώπιση της προϊούσας Σκλήρυνσης κατά Πλάκας», Εγκέφαλος – Αρχαία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής», Τριμηνιαία Περιοδική Έκδοση του συλλόγου Εγκέφαλος, Νο 1, Τεύχος 37, Αθήνα 2000, σελ. 22-23.
10. Κουτσιαντά Κ., Κυζιρίδης Θ., «Η επίδραση των διαιτητικών συνηθειών στην εξέλιξη της Σκλήρυνσης κατά πλάκας», 25<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά, Κρήτη, Μάιος 1998, σελ. 527, 529
11. Παπαγεωργίου Κωνστ. Θ και Συνεργατών, «Νευρολογία», Τόμος Β' Ειδικό μέρος, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1993, σελ. 72, 81,87-89,92-93.
12. «Νευρικό Σύστημα – Σκλήρυνση κατά πλάκας», <http://www.Iatronet.gr>, 2001.
13. Ελληνική Εταιρεία για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Ενημερωτικό Φυλλάδιο, «Σκλήρυνση κατά Πλάκας», 1999, σελ. 2-4,7-10,14,18-19.
14. «Ένας δικός μου έχει Σκλήρυνση κατά πλάκας», <http://www.alltheweb.com>, 2001.
15. Society for Neuroscience, «Τι γνωρίζουμε για τον Εγκέφαλο», Μετάφραση – Επιμέλεια Ελληνική Εταιρία για τις Νευροεπιστήμες, Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα 1996, σελ. 53.
16. «Ελπίδες για την Σκλήρυνση κατά πλάκας – Ελπίδες για τους πάσχοντες με Σκλήρυνση κατά πλάκας» <http://www.in.gr/health>, 2000.
17. «Νέα προσέγγιση της ιντερφερόνης Β για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας», <http://www.flash.gr> - Care Magazine, 2001.

18. Γεωργάρας Α, Μαλτέζου Μ., «Νευρολογία» Έκδοση: 2<sup>η</sup>, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1996, σελ. 254-255.
19. Harrison, «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 3<sup>ος</sup>, Έκδοση: 12<sup>η</sup> Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1995, σελ. 2650,2654-2655.
20. Τσακανίκας Κ., Μυλωνάς Ι, Hogowski R. «Πολλαπλή Σκλήρυνση – Υπάρχουσες θεραπευτικές δυνατότητες με έμφαση στη δράση της ιντερφερόνης,- ΒΗΤΑ- 1b», Κρητική Νευρολογική ημερίδα με Διεθνή Συμμετοχή, Κρήτη, Ιούνιος 1996.
21. C. David., Marsden Timothy J. Fowler, «Κλινική Νευρολογία», Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2001, σελ. 457-465.
22. Rebif «Σκλήρυνση κατά πλάκας», μονογραφία προϊόντος, Εκδόσεις: Φαρμακευτική Εταιρεία Serono, 1998, σελ. 9,11,18,22.
23. Σωτηρίου Α., Ράπτη, «Εσωτερική Παθολογία» Τόμος 1<sup>ος</sup>, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1998, σελ. 303,304.
24. Λογοθέτης Ιωάννης, «Νευρολογία», Έκδοση: 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις: Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη, 1998, σελ. 509,511-512.
25. «Ασφαλές το εμβόλιο για την Ηπατίτιδα Β'», <http://www.Flash.gr> - Care Magazine, 2001.
26. Κούτλας Ε, Δερετζή Γ, «Τα αρχικά συμπτώματα στην πολλαπλή σκλήρυνση και η σημασία τους στην πρόγνωση», «Νευρολογία», Τριμηνιαία Έκδοση της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας, Τόμος Β', Τεύχος 1, Αθήνα 1998, σελ. 18.

- 27.Lindsay Bone Callender «Νευρολογία και Νευροχειρουργική εικονογραφημένη» Έκδοση 2<sup>η</sup>, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος – Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1997, σελ. 500,504,506.
- 28.Σαλάχα Ανδρομάχη, «Η θεραπευτική παρέμβαση στις Κλινικές εκδηλώσεις της Σκλήρυνσης κατά πλάκας, σπαστικότητα, κόπωση, διαταραχές ισορροπίας και συντονισμού», Ενημέρωση Μς, Τριμηνιαία Περιοδική Έκδοση της Ελληνικής Εταιρίας για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Τεύχος 23, Αθήνα, Ιούνιος 2001, σελ. 16-17.
- 29.Terzoudi M. et al, «Το αίσθημα κόπωσης στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας: Εκτίμηση και νέα φαρμακολογική προσέγγιση», «Επίμετρον – Επιλογές Νευρολογίας – Ψυχιατρικής», Διμηνιαία Περιοδική Έκδοση Τσολάκου Έλενας, Τεύχος 12, Αθήνα, Νοέμβριος – Δεκέμβριος 2000, σελ. 26.
- 30.«Η Ελληνική Εταιρία για την Σκλήρυνση, κατά Πλάκας», <http://www.in.gr>, 2001.
- 31.Hernández J. Gusman S, «Μεταβολές σεξουαλικής λειτουργίας και της λειτουργίας του ουροποιητικού στην πολλαπλή σκλήρυνση», «Αναζητήσεις – Νευρολογία – Ψυχιατρική», Διμηνιαία Έκδοση του Ιατρικού Περιοδικού ΓΛΛΗΝΟΣ, Τεύχος 2, Αθήνα Μάρτιος – Απρίλιος 1999, σελ. 39.
- 32.Lorraine de Souza, «Θεραπευτική προσέγγιση στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας», Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1997, σελ. 36-37,41,63,155.
- 33.Barbara R. Hegner – Esthel Caldwell, «Νοσηλευτική Οργανικών Συστημάτων – 37 Νοσηλευτικές διαδικασίες» Έκδοση: 7<sup>η</sup>, Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1999, σελ. 453.

- 34.Κούτλας Ε, «Επιληπτικές κρίσεις στην πολλαπλή σκλήρυνση», «Νευρολογία», Τριμηνιαία Περιοδική Έκδοση της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρίας, Τόμος 8, Τεύχος 3, Αθήνα 1999, σελ. 246.
- 35.«Ιατρικές εξετάσεις – πρόκλητα δυναμικά» <http://www.Iatronet.gr>, 2001.
- 36.Παπαδοπούλου Χαρά , «Κατανοώ τον πόνο στην Σκλήρυνση κατά πλάκας – Εναλλακτικές θεραπείες», «Ενημέρωση Μς», Τριμηνιαία Περιοδική Έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Τεύχος 20, Αθήνα, Σεπτέμβριος 2000, σελ. 2-3, 10-13.
- 37.«Ωφέλιμη για τους ασθενείς με Σκλήρυνση κατά πλάκας ή πρόιμη θεραπεία με ιντερφερόνες», <http://www.in.gr> health , 2001.
- 38.«Η θέση της Ιντερφερόνης στην Σκλήρυνση κατά πλάκας», <http://www.Flash.gr> - Care Magazine, 2001.
- 39.«5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρίας για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας», <http://www.Flash.gr> - Care Magazine, 2001.
- 40.Steven A. Schroeder, Lawrence M.T, «Σύγχρονη Διαγνωστική και θεραπευτική , Τόμος Β, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος – Μαρία Γ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994, σελ. 1106.
- 41.Παπαδοπούλου Χαρά, «Σκλήρυνση κατά πλάκας και ο συναισθηματικός μας κόσμος», «Ενημέρωση Μς», Τριμηνιαία Περιοδική Έκδοση της Ελληνικής Εταιρίας για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Τεύχος 22, Αθήνα, Μάρτιος 2001, σελ. 2-4,6-8.
- 42.«Κόπωση στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας», Ενημερωτικό Φυλλάδιο, 1999, σελ. 11-13.



43. Κυριακίδου Ελένη. Θ. «Κοινωνική Νοσηλευτική», Έκδοση: 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις: «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1997, σελ. 356-360.
44. Ελληνική Εταιρία για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Ενημερωτικό Φυλλάδιο, «Η φροντίδα ενός ανθρώπου με Σκλήρυνση κατά Πλάκας», 1999, σελ. 4-6.
45. National Student Nurses' Association incorporated, «Γενική Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική», Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1999, σελ. 246-247.
46. Αθανάτου Ε. «Κλινική Νοσηλευτική – Βασικές και ειδικές νοσηλείες», Έκδοση: 6<sup>η</sup>, Εκδόσεις: Γραφικές Τέχνες Γιώργος Παπανικολάου ΑΒΕΕ, Αθήνα 1996, σελ. 247,617.
47. Δέσποινα Σαπουντζή – Κρέπια, «Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική φροντίδα – μια ολιστική προσέγγιση», Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1998, σελ. 174,189-191,212,215,236-237,242-244.
48. Τσίκου Ν, Καραγεωργοπούλου – Γραβάνη Σ, «Πρακτική Άσκηση - Νοσηλευτικής ΙΙ», Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1996, σελ. 169.
49. «Διαταραχές ή δεισλειτουργίες της κύστης στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας», <http://www.in.gr>, 2001.
50. Barbara Engram, «Νοσηλευτική Φροντίδα στη Παθολογία και Χειρουργική», Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1997, σελ. 586.
51. Γεωργοστάθη Ευγενία, «Εργασιοθεραπευτική παρέμβαση τομέας της αυτουπηρέτησης». Ενημέρωση Μς, Τριμηνιαία Περιοδική Έκδοση της Ελληνικής Εταιρίας για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Τεύχος 23, Αθήνα, Ιούνιος 2001, σελ. 9-13.

52.Γερανίου Έφη, «Επαγγελματική Επανάταξη Ατόμων με Σκλήρυνση κατά Πλάκας» Ενημέρωση Μς, Τριμηνιαία Περιοδική Έκδοση της Ελληνικής Εταιρίας για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Τεύχος 23, Αθήνα, Ιούνιος 2001, σελ. 14-15.

