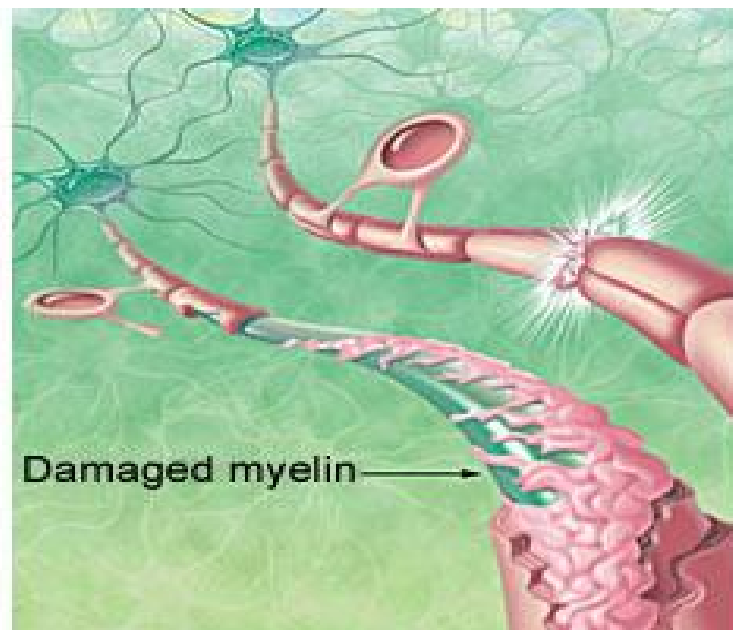


Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:
ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΛΥΚΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Dr ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ.

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2006

*Αφιερώνουμε την εργασία
αυτή στις οικογένειες μας,
που όλο αυτό τον καιρό μας
στήριξαν ψυχικά και πνευματικά
σ' αυτή την προσπάθεια μας,
όπως και σε κάθε μας βήμα.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος

Εισαγωγή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- | | |
|--|----|
| 1.1 Ανατομική δομή του νευρικού συστήματος | 13 |
| 1.2 Φυσιολογική δομή του νευρικού συστήματος | 14 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- | | |
|--|----|
| 2.1 Απομυελινωτικές νόσοι | 17 |
| 2.2 Εκδηλώσεις που προκαλούνται από απομυελινωτικές νόσους | 19 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- | | |
|--|----|
| 3.1 Ορισμός Σκλήρυνσης κατά πλάκας | 22 |
| 3.2 Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί της Σκλήρυνσης κατά πλάκας | 23 |
| 3.3 Μορφές Σκλήρυνσης | 24 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

- | | |
|--|----|
| 4.1 Αιτιολογία-Προδιαθεσικοί παράγοντες | 26 |
| 4.2 Παθογένεια: Ανοσοβιολογικοί μηχανισμοί | 28 |
| 4.3 Επιδημιολογία | 30 |
| 4.4 Κλινική εικόνα | 37 |
| 4.5 Πορεία | 42 |
| 4.6 Πρόγνωση | 43 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

- | | |
|---------------------------------|----|
| 5.1 Διάγνωση | 45 |
| 5.2 Διαφορική διάγνωση | 49 |
| 5.3 Θεραπεία | 50 |
| 5.3.1 Κορτικοστεροειδή και ACTH | 50 |
| 5.3.2 Ανοσοσφαιρίνες | 52 |
| 5.3.3 Ιντερφερόνες | 53 |
| 5.3.4 Ανοσοκατασταλτικά | 53 |

5.3.5 Αντιμετώπιση παροξυντικών εκδηλώσεων, τρόμου και σπαστικότητας	57
5.3.6 Αυτομεταμόσχευση αιμοποιητικών προβαθμίδων	59
5.3.7 Χειρουργική προσέγγιση	59
5.3.8 Φυσικοθεραπευτική αγωγή	60
5.3.9 Διατροφή	61
5.3.10 Η Φαρμακευτική χρήση της κάνναβης στη θεραπεία της Σκλήρυνσης κατά πλάκας.	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Γενικά προβλήματα του αρρώστου	65
6.2 Συναισθηματικές διαταραχές στους ασθενείς με Σκλήρυνση κατά πλάκας	66
6.3 Οι ασθενείς, οι οικογένειες τους και η Σκλήρυνση κατά πλάκας	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1. Η Νοσηλευτική συμβολή στην Σκλήρυνση κατά πλάκας	72
7.2 Προβλήματα στην θεραπευτική προσέγγιση ασθενούς με Σκλήρυνση κατά πλάκας	76
7.3 Τρόποι με τους οποίους ο Νοσηλευτής διευκολύνει την συμμόρφωση	79
7.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις αρρώστων με Σκλήρυνση κατά πλάκας	81
7.5 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με Σκλήρυνση κατά πλάκας με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	85
7.5.1 1 ^ο Περιστατικό με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	85
7.5.2 2 ^ο Περιστατικό με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	93
7.5.3 3 ^ο Περιστατικό με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	99
7.5.4 4 ^ο Περιστατικό με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας	105
Συμπεράσματα-Προτάσεις	110
Περίληψη	112
Βιβλιογραφία	114

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η διαδρομή στο ταξίδι της ζωής είναι γεμάτη εκπλήξεις, άλλοτε ευχάριστες και άλλοτε δυσάρεστες. Συχνά μια δυσάρεστη κατάσταση κρύβει μέσα της πολλές μικρές χαρές, ενώ αντίθετα μια ευχάριστη περίοδος είναι δυνατό να τραυματίζεται από πολλές, μικρές ή μεγάλες, επίπονες παρενθέσεις.

Είναι σχεδόν βέβαιο ότι οι καταστάσεις αυτές που συμβαίνουν σε πρόσωπα αγαπητά του στενού οικογενειακού ή ακόμα του φιλικού περιβάλλοντος, είναι δυνατό να μας επηρεάσουν τόσο έντονα, ώστε να αλλάξει ο ρυθμός της ζωής μας ή ακόμα να επιβαρυνθεί η κατάσταση της υγείας μας.

Αντιμετωπίζοντας τη ζωή με αισιοδοξία, στωικότητα και ερμηνεύοντας ρεαλιστικά τα διάφορα «σημεία» που μας προειδοποιούν για το «αύριο» εξοπλιζόμαστε με τη δύναμη, κυρίως ψυχική, που χρειαζόμαστε για να πορευθούμε με αξιοπρέπεια, κατανόηση και ευγένεια, σε όποιο μονοπάτι μας παρουσιαστεί να διαβούμε.

Η ασθένεια συμβαίνει να είναι μια από τις κυριότερες, αν όχι η πλέον κυρίαρχη, αιτίες, που επηρεάζουν αρνητικά όχι μόνο το άτομο που έχει προσβληθεί, αλλά και τον κύκλο των ανθρώπων που το περιβάλλουν.

Ασθένειες υπάρχουν διαφόρων μορφών. Άλλες δημιουργούν έντονο πόνο, αλλά διαρκούν λίγο και μετά θεραπεύονται. Κάποιες άλλες διαρκούν πολύ, έχουν λιγότερο πόνο και θεωρούνται ιάσιμες. Άλλες έχουν «ορατά» συμπτώματα και επηρεάζουν την κινητική συμπεριφορά μας και άλλες είναι υπαρκτές, αλλά έχουν αφανή συμπτώματα επηρεάζοντας τις ψυχολογικές μας αντιδράσεις.

Γενικά θα λέγαμε ότι είναι δυνατόν να υπάρχουν και ασθενείς, που έχουν συνδυασμό συμπτωμάτων και έτσι συναντάμε όλες τις προαναφερθείσες καταστάσεις και ακόμα πιο πολύπλοκες, που μπορεί να συνυπάρχουν σε μια μόνο ασθένεια.

Μια τέτοια «περίεργη» ασθένεια είναι μια χρόνια πάθηση του εγκεφάλου και του Νωτιαίου Μυελού (Κεντρικού Νευρικού Συστήματος) που έχει καταγραφεί ως πολλαπλή Σκλήρυνση ή Σκλήρυνση κατά πλάκας, όπως είναι ευρέως γνωστή.

Η ιδιαιτερότητα της συνίσταται στο ότι ενώ επηρεάζει έντονα την κινητική συμπεριφορά έχει μια ποικιλόμορφη εκδήλωση με συμπτώματα διάφορα, που άλλοτε είναι εμφανή, δημιουργώντας συνθήκες αναπηρίας, και άλλοτε αφανή ή ακαθόριστα.

Είναι «προσωπική πάθηση» καθώς δεν συναντώνται πάντα τα ίδια συμπτώματα στους πάσχοντες, προσβάλλει τον άνθρωπο στα πιο παραγωγικά του χρόνια (20 έως

50 ετών) και την πορεία της διακόπτουν πολλά διαλείμματα «υγείας» που μπερδεύουν ακόμη περισσότερο, δημιουργώντας συνθήκες αβέβαιης πρόγνωσης.

Θεωρώντας ότι η γνώση είναι το ισχυρότερο εφόδιο στην αντιμετώπιση της πάθησης, έχουμε σκοπό να σκιαγραφήσουμε την ασθένεια που επηρεάζει όσο λίγες τον άνθρωπο, που θα συνοδοιπορευθεί κατ' ανάγκη μαζί της, αναπτύσσοντας μια σχέση όχι αντιπάλου ή πολέμιου, αλλά «συντρόφου», που πρέπει να συνυπάρχει με την πάθηση υποχρεωτικά για πολλά χρόνια της ζωής του.

Υιοθετώντας τη ρήση του «αν δεν μπορείς να θεραπεύσεις μια πάθηση τότε αγάπησέ την», θα σκύψουμε, όχι μοιρολατρικά, αλλά με επιμονή, γνώση και υπομονή, για να αξιοποιήσουμε τα «φωτεινά» διαλείμματα υγείας, που μεσολαμβάνουν μεταξύ των κρίσεων, έτσι ώστε να βοηθήσουμε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής στη δύσκολη περίοδο των κρίσεων.

Συνειδητοποιώντας ότι η Σκλήρυνση κατά πλάκας δεν θεωρείται σήμερα κληρονομική πάθηση και κατά συνέπεια δεν υπάρχει φόβος να την κληρονομήσουμε στα παιδιά μας, θα αποδεχθούμε το γεγονός, ότι παρόλο που πρωτοαναφέρθηκε από τον Γάλλο νευρολόγο Charcot το 1868, ακόμα η αιτία που την προκαλεί παραμένει αδιευκρίνιστη. Και βέβαια το ίδιο ισχύει και για την πορεία εξέλιξής της. Περιβάλλεται δηλαδή από «μυστήριο» και δεν είναι τυχαίο ότι πολλοί μελετητές της την έχουν παρομοιάσει με «δακτυλικό αποτύπωμα», λόγω της μοναδικότητας που τη χαρακτηρίζει ανά περίπτωση.

Επιπλέον, πρέπει όλοι οι ενδιαφερόμενοι να δεχτούμε ότι δεν πρόκειται περί μιας μεταδοτικής νόσου, ούτε ψυχικής διαταραχής, παρόλο που επηρεάζει την ψυχολογία όσων ασχολούνται με αυτή, σε σημείο που να απορήσουμε με την «περίεργη» κατά καιρούς αντίδρασή μας.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή προκειμένου να παρουσιάσει όλες τις βασικές πληροφορίες για την κατανόηση της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι χωρισμένη σε 2 μέρη: Στο γενικό και το ειδικό.

Στο γενικό μέρος περιλαμβάνονται βασικές πληροφορίες που αφορούν το νευρικό σύστημα και της απομυελνωτικές νόσους. Πιο συγκεκριμένα αναφέρονται πληροφορίες για την ανατομική και φυσιολογική δομή του νευρικού συστήματος οι οποίες μας βοηθούν να κατανοήσουμε τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος αυτού. Επίσης εκθέτονται οι απομυελνωτικές νόσοι και οι εκδηλώσεις που προκαλούνται από τις νόσους αυτές.

Στην συνέχεια δίδεται ο ορισμός της σκλήρυνσης κατά πλάκας και η αναφορά των μορφών της. Για την πλησιέστερη περιγραφή της παραπάνω νόσου συνεχίζουμε με την παθολογική ανατομική της την αιτιολογία καθώς και τους προδιαθεσικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Τέλος αναφέρεται η παθογένειά της.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, το ειδικό, δίδεται ο ορισμός της Σκλήρυνσης κατά πλάκας, γίνεται αναφορά των μορφών της και των παθοφυσιολογικών μηχανισμών της. Για την κατανόηση της νόσου εξηγούνται η αιτιολογία και οι προδιαθεσικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της καθώς και η παθογένειά της.

Για την πληρέστερη περιγραφή της νόσου δίδονται πληροφορίες για την επιδημιολογία, την κλινική εικόνα, την πορεία και πρόγνωσή της. Στη συνέχεια εκθέτονται αναλυτικά η διάγνωση, η διαφορική διάγνωση και η θεραπεία της νόσου. Πιο κάτω αναφέρονται τα γενικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ασθενής με Σκλήρυνση κατά πλάκας και ο σημαντικότερος ρόλος της οικογένειας μπροστά στην χρόνια νόσο.

Μέσα σε αυτή την ποικιλόμορφη και ανίατη ασθένεια η νοσηλευτική συμβολή είναι καθοριστικής σημασίας. Γιατί τυχόν προβλήματα στην θεραπευτική προσέγγιση ο νοσηλευτής είναι αυτός που καλείται να τα αντιμετωπίσει.

Φτάνοντας στο καίριο μέρος της φροντίδας του αρρώστου διατυπώνονται μια σειρά από αναλυτικές ενέργειες και νοσηλευτικούς χειρισμούς σε περίπτωση περιστατικού με Σκλήρυνση κατά πλάκας. Επίσης γίνεται παρουσίαση της ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

Στο τέλος της εργασίας αναφέρονται προσωπικές προτάσεις και συμπεράσματα τόσο για τη νόσο όσο και για τους νοσηλευτές και τους επιθυμητούς τρόπους λειτουργίας τους.

Η αναφορά των παραπάνω πληροφοριών γίνεται αφενός για την ανάδειξη της επικινδυνότητας ως νόσου –της οποίας δυστυχώς πλήρη ίαση δεν μπορεί ακόμα να επιτευχθεί- αφετέρου για την ενημέρωση του κοινού ότι η νόσος μπορεί να μη θεραπευτεί πλήρως αλλά με την σύγχρονη θεραπευτική προσέγγισή της μπορούν να αντιμετωπιστούν πολλά από τα συμπτώματά της και να επιβραδυνθεί η εξέλιξή της.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα εξασφαλίζει ένα είδος γρήγορου μηχανισμού ελέγχου και συντονισμού του ανθρώπινου οργανισμού και των ψυχικών λειτουργιών του ατόμου. Αποτελείται από εκατομμύρια κύτταρα που μεταξύ τους συνδέονται με ειδικούς μηχανισμούς και κάθε διαταραχή αυτών των μηχανισμών οδηγεί σε εκδήλωση παθήσεων του Νευρικού συστήματος.^{1,2}

Το νευρικό σύστημα αποτελείται από το **νευρικό ιστό** που το συνθέτουν οι νευρώνες και η νευρογλοία.³

Ο νευρώνας αποτελείται από το σώμα του κυττάρου, μέσα στο οποίο υπάρχει ο πυρήνας, το πρωτόπλασμα ή νευρόπλασμα και οι αποφυάδες.^{1,3}

Οι μακριές αποφυάδες ονομάζονται νευρίτες ή νευράξονες. Συνάπτονται με:

- α) δενδρίτες ή το κυτταρόπλασμα άλλου κυττάρου
- β) ειδικά όργανα που βρίσκονται σε μυς, τένοντες, δέρμα και αισθητήρια όργανα και
- γ) με μυς και αδένες. Ο λειτουργικός τους ρόλος είναι να άγουν τις ώσεις από τα σώματα των νευρώνων προς τα κύτταρα ή όργανα που συνάπτονται.^{1,3}

Οι δενδρίτες έχουν την ικανότητα να δέχονται ερεθίσματα με τις διακλαδώσεις τους και να τα μεταβιβάζουν στο σώμα του νευρικού κυττάρου. Οι νευρίτες περιβάλλονται από τρία έλυτρα, τα οποία είναι:

1. *Το μυελώδες έλυτρο*: είναι το περίβλημα των νευρικών ινών και αποτελείται από μυελίνη ουσία.
2. *Το έλυτρο του SHWANN ή νευρείλημα*: βρίσκεται έξω από το μυελώδες έλυτρο. Έχει τροφικό, μονωτικό και αναγεννητικό ρόλο.
3. *Το περινίδιο*: είναι το εξωτερικό περίβλημα του νευρίτη και αποτελείται από συνδετικό ιστό.^{1,2,3}

Ο νευρίτης μαζί με τα προβλήματά του λέγεται νευρική ίνα. Οι νευρικές ίνες απολήγουν:

- i) Σε άλλα νευρικά κύτταρα που το ερέθισμα του ενός κυττάρου μεταβάλλεται στο άλλο κύτταρο
- ii) Σε μυς ή αδένες
- iii) Σε ειδικά όργανα υποδοχής ερεθισμάτων, που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον και από τους μυς και τους τένοντες.^{1,4}

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το Νευρικό Σύστημα διακρίνεται σε:

- α) **Εγκεφαλονωτιαίο ή ζωικό νευρικό σύστημα**, που ρυθμίζει τις κινήσεις που υπάγονται στη θέλησή μας.
- β) **Αυτόνομο ή φυτικό νευρικό σύστημα**, που ρυθμίζει τις λειτουργίες που δεν εξαρτώνται από τη βούλησή μας και πραγματοποιούνται με αυτόνομο τρόπο.

α) Το εγκεφαλονωτιαίο σύστημα διαιρείται σε:

- 1. Κεντρικό νευρικό σύστημα, που αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό.
- 2. Περιφερικό νευρικό σύστημα, που αποτελείται από τα εγκεφαλικά και τα νωτιαία νεύρα και τα εγκεφαλονωτιαία γάγγλια.^{3,5}

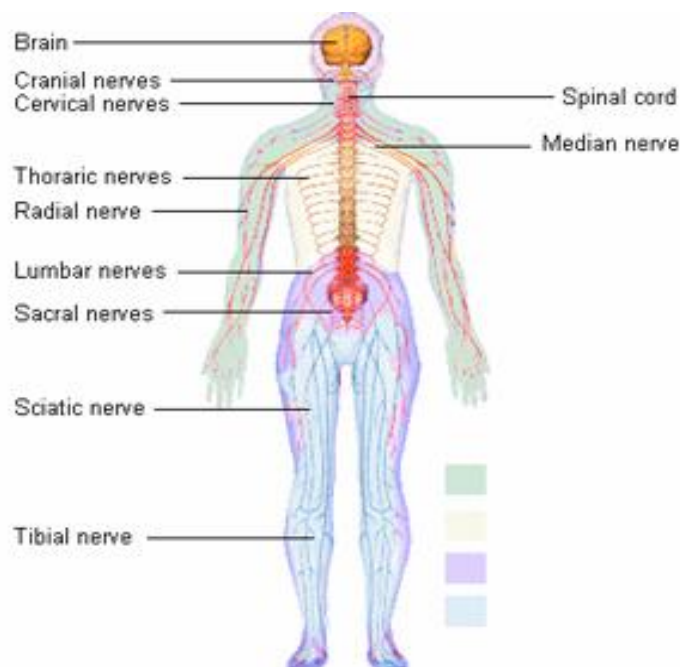
Ο εγκέφαλος βρίσκεται, κλεισμένος και προφυλαγμένος μέσα στην κοιλότητα του εγκεφαλικού κρανίου (κρανιακή κάψα) και περιβάλλεται από τρία προστατευτικά υμενώδη περιβλήματα, τις μήνιγγες (σκληρά, αραχνοειδή και χοριοειδή). Ανάλογα με την εμβρυϊκή του προέλευση αποτελείται από πέντε εγκεφάλους συνεχόμενους μεταξύ τους: Τον τελικό εγκέφαλο που αποτελείται από τους συνδέσμους και τις δύο πλάγιες κοιλίες. Το διάμεσο εγκέφαλο που αποτελείται τον επιθάλαμο, το μεταθάλαμο και την μέση ή τρίτη κοιλία. Τον μέσο εγκέφαλο που αποτελείται από το τετράδυμο, τα σκέλη του εγκεφάλου και τους βραχίονες του τετραδύμου. Τον οπίσθιο εγκέφαλο που αποτελείται από την γέφυρα και την παρεγκεφαλίδα. Τον έσχατο εγκέφαλο που από τον προμήκη μυελό και την τέταρτη κοιλία.^{3,4}

Ο νωτιαίος μυελός αποτελεί την συνέχεια του εγκεφάλου και βρίσκεται κλεισμένος και προφυλαγμένος μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα. Αποτελείται από την φαιά ουσία που καταλαμβάνει το κέντρο, την λευκή που βρίσκεται γύρω από την φαιά και τον κεντρικό σωλήνα που περιέχει το εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Δια μέσου της λευκής ουσίας του νωτιαίου μυελού ανεβαίνουν και κατεβαίνουν νευρικές οδοί. Οι κυριότερες νευρικές οδοί είναι οι αισθητικές οδοί, οι οποίες φέρνουν τις ώσεις προς το νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο και οι κινητικές οδοί οι οποίες άγουν τις ώσεις από το νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο και οι κινητικές οδοί οι οποίες άγουν τις ώσεις από το νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο προς την περιφέρεια. Τα εγκεφαλονωτιαία νεύρα είναι μια δέσμη νευρικών ινών που οδεύουν προς αντίθετες κατευθύνσεις και εκτελούν διαφορετικές λειτουργίες.^{4,5,6,7}

β) Το φυτικό ή αυτόνομο νευρικό σύστημα χρησιμεύει κυρίως στη ρύθμιση της λειτουργίας των εσωτερικών οργάνων, τα προσαρμόζει στις ανάγκες της στιγμής και με αυτό τον τρόπο, ελέγχει το εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Οι δραστηριότητες αυτού του είδους είναι κατά το μεγαλύτερο μέρος τους ανεξάρτητες από τον έλεγχο της βούλησης. Τέτοιες λειτουργίες επιτελούνται από το μυοκάρδιο, από τις λείες μυϊκές ίνες των διαφόρων οργάνων (γαστρεντερικός σωλήνας, μήτρα κλπ.) και από αδένες.^{1,2}

Διακρίνεται σε συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα που και τα δύο έχουν κεντρική και περιφερική μοίρα. Τα δυο αυτά συστήματα δρουν ανταγωνιστικά στα όργανα που νευρώνουν, διατηρώντας έτσι τη λειτουργική τους ισορροπία.^{2,3}

Εικόνα 1. ⁷ Nerrous system



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

2.2 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ

ΑΠΟ ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

2.1 ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Οι νόσοι του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού με κύριο χαρακτηριστικό την καταστροφή της μυελίνης (απομυελίνωση) αποτελούν ήδη από μακρού μία ιδιαίτερη κατηγορία νευρολογικών νοσημάτων. Ο ακριβής προσδιορισμός των νόσων αυτών είναι δυσχερής, καθώς πιθανότατα δεν υπάρχει νόσος, στην οποία η καταστροφή της μυελίνης να είναι η μόνη παθολογοανατομική βλάβη. Ο όρος "απομυελινωτική νόσος" έχει πρωτίστως αφαιρετική χρήση, με σκοπό την επικέντρωση της προσοχής στο κυρίαρχο αυτό παθολογοανατομικό εύρημα.⁸

Τα κοινώς αποδεκτά παθολογοανατομικά κριτήρια για τον χαρακτηρισμό μίας νόσου ως απομυελινωτικής είναι (1) η καταστροφή των ελύτρων της μυελίνης στις νευρικές ίνες, (2) η σχετική διάσωση των άλλων στοιχείων του νευρικού ιστού, δηλαδή των αξόνων, των νευρικών κυττάρων και των υποστηρικτικών δομών, (3) οι περιαγγειακές διηθήσεις από φλεγμονώδη κύτταρα, (4) η ιδιαίτερη κατανομή των βλαβών, συνήθως γύρω από το φλεβικό δίκτυο και κυρίως στη λευκή ουσία του εγκεφάλου με τη μορφή είτε διάσπαρτων πολλαπλών μικρών εστιών, είτε μεγαλύτερων εστιών γύρω από ένα ή περισσότερα κέντρα και (5) η σχετική απουσία βαλλεριανής, ή δευτεροπαθούς, εκφύλισης των ινών των νευρικών δεματίων (που εκφράζεται με τη σχετική ακεραιότητα των αξόνων στην περιοχή των βλαβών).⁸

Μια ταξινόμηση των απομυελινωτικών νόσων, παρουσιάζεται στον πιο κάτω πίνακα. Τα νοσήματα που περιλαμβάνονται σ' αυτή την κατάταξη ανταποκρίνονται κατά προσέγγιση στα ανωτέρω κριτήρια. Παθολογοανατομικά υπάρχουν ομοιότητες του νευρικού συστήματος στις διάφορες αυτές νόσους. Όπως για παράδειγμα στις περιπτώσεις της οξείας εγκεφαλομυελίτιδας και στη σκλήρυνση κατά πλάκας όπου είναι υπεύθυνοι αυτοάνοσοι μηχανισμοί μέσα στο νευρικό σύστημα, παρόλο που η ακριβής αιτιολογία και παθογένεια των διαταραχών αυτών παραμένει σκοτεινή. Η κλινική διαφοροποίηση είναι επίσης δύσκολη επειδή υπάρχει ένα φάσμα ιστολογικών αλλοιώσεων που μπορεί να παρατηρηθούν σε διάφορους συνδυασμούς στην κάθε μια από αυτές τις καταστάσεις.^{9,10,11}

<i>Πίνακας 1. ^{9,10,11} ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΩΝ ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ</i>
1. Οξεία διάσπαρτη εγκεφαλομυελίτιδα
2. Οπτική νευρομυελίτιδα
3. Οξεία και υποξεία νεκρωτική αιμορραγική εγκεφαλίτιδα
4. Διάχυτη εγκεφαλική σκλήρυνση
5. Σκλήρυνση κατά πλάκας

2.2 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

Πίνακας 2. ¹² ΠΕΡΙΟΧΗ ΒΛΑΒΗΣ	ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ
Νωτιαίος μυελός	Αδυναμία, Αταξία, Παράλυση, Αισθητικές απώλειες ή διαταραχές. Δυσλειτουργίες εντέρου, κύστης και σεξουαλικές
Εγκεφαλικό στέλεχος και παρεγκεφαλίδα	Διαταραχές κρανιακών νεύρων, Διπλωπία, Νυσταγμός, Ζάλη, Δυσαρθρία, Διαταραχή στον έλεγχο των προσωπικών μυών, Δυσκολία στην κατάποση και μάσηση, τρόμος, Ασταθές βήδισμα
Εγκεφαλικά ημισφαίρια	Συγκινησιακή αστάθεια, Ευφορία, Διαταραγμένη κρίση και κατανόηση

12

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- 3.1. **ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ**
- 3.2. **ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ
ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ**
- 3.3. **ΜΟΡΦΕΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ**

3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας (Σ.Κ.Π.) είναι μια φλεγμονώδης νόσος της λευκής ουσίας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, χαρακτηριζόμενη από τη διάσπαρτη παρουσία απομυελινωτικών πλακών. Η εκλεκτική καταστροφή της κεντρικής μυελίνης αποτελεί το κύριο παθογόνο φαινόμενο στο οποίο όμως συμβάλλει πλειάδα παθογενετικών μηχανισμών. Η μυελίνη είναι ένας λευκός υμένας που βρίσκεται γύρω από τον άξονα των νευρικών ινών του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, η οποία βοηθά στη μετάδοση των ερεθισμάτων από το ένα μέρος του νευρικού συστήματος στο άλλο. Οι περισσότερες όμως μελέτες καταλήγουν στο ότι μια εκ Τ-λεμφοκυττάρων διαμεσολαβούμενη κινητοποίηση της ανοσοβιολογικής αντιδράσεως είτε έναντι αυτοαντιγόνων είτε αντιγόνων είτε εξωγενούς προελεύσεως π.χ. εμμένουσας ιικής λοίμωξης με φαινόμενα μοριακής μίμησης, είναι σημαντική τόσο στην έναρξη της νόσου όσο και στη δημιουργία νέων απομυελωτικών πλακών.^{11,13,14}

3.2. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Τα νευρικά κύτταρα είναι ένα πολύπλοκο σύστημα επικοινωνίας από νευρικές ίνες που ξεκινούν από αυτά που βρίσκονται στον εγκέφαλο και διαμέσου του νωτιαίου μυελού απλώνεται σε όλα τα μέρη του σώματος και νευρώνει όλα τα όργανα που βρίσκονται κάτω από τη βούλησή μας και αποτελεί το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.¹⁵

Οι διάφορες κινήσεις και αντιδράσεις είναι αποτέλεσμα των ερεθισμάτων που προσλαμβάνονται με τις αισθήσεις επεξεργαζόμενες από τον εγκέφαλο από τον οποίο εκπέμπονται όλες οι απαιτούμενες εντολές εκτέλεσης.¹⁵

Μέσω των νευρικών ινών εξασφαλίζεται η ροή των μηνυμάτων από την περιφέρεια προς το κέντρο (εγκέφαλο) και αντίθετα.¹⁵

Εάν για κάποιο λόγο οι νευρικές ίνες αδυνατούν να δώσουν τις σωστές πληροφορίες, τότε έχουμε να κάνουμε με την συγκεκριμένη πάθηση που στην ελαφρά της μορφή δημιουργεί κάποιου βαθμού δυσκολίες στην εκτέλεση κινήσεων ή στην πιστότητα της όρασης και σε μια πιο βαριά μορφή μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα μια μεγάλου βαθμού αναπηρία.¹⁵

Κάθε νευρική ίνα, καλύπτεται από ένα στρώμα παχιάς λευκής ουσίας τη μυελίνη.¹⁵

Η μυελίνη προστατεύει τις νευρικές ίνες και επιπλέον βοηθά στην μεταφορά μηνυμάτων από κύτταρο σε κύτταρο, από κέντρο σε κέντρο.¹⁵

Η πάθηση της Σκλήρυνσης κατά πλάκας καταστρέφει προσβάλλοντας, μέρος της μυελίνης.¹⁵

Η διαδικασία αυτή ονομάζεται απομυελίνωση και εκφράζεται με μικρές «φλεγμονές», που ουλοποιούνται τελικά δημιουργώντας μικρές σκληρές πλάκες, στη λευκή ουσία του εγκεφάλου που απαρτίζεται από τις νευρικές ίνες. Η έρευνα φυσικά συνεχίζεται με σκοπό τον εντοπισμό των μηχανισμών που επηρεάζουν την λειτουργία των νευρών.¹⁵

3.3. ΜΟΡΦΕΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια προοδευτική πάθηση. Οι μορφές της ποικίλουν ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης, την εκδήλωση των συμπτωμάτων την πορεία και τη βαρύτητα της πάθησης.²

Άλλοι ασθενείς έχουν πολλές κρίσεις και άλλοι έχουν λιγότερες. Σε άλλους τα φωτεινά διαλείμματα υγείας είναι δυνατόν να κρατήσουν πολλούς μήνες και σε άλλους λίγους μήνες.¹⁵

Υπάρχουν τέσσερις κύριοι τύποι της πάθησης και μια μεγάλη ποικιλία μεταξύ αυτών:

1. **Ευνοϊκή:** Ο ασθενής έχει μικρές κρίσεις τις οποίες ακολουθεί τέλεια αποκατάσταση και δεν χειροτερεύει ούτε αφήνει αναπηρίες. Μπορεί να χαρακτηριστεί έτσι εάν έχει μια πορεία έως 15 έτη από την αρχική διάγνωση. Παρ' όλα αυτά είναι δυνατόν να παρουσιαστεί μερική αναπηρία, ακόμα και αρκετά χρόνια ενεργοποίησης της πάθησης. Το 20% των ασθενών έχει αυτή τη μορφή.¹⁵

2. **Υποτροπιάζουσα:** Πολλοί ασθενείς έχουν αυτή τη μορφή. Μεταξύ των κρίσεων μπορεί να υπάρχουν ελάχιστα συμπτώματα, κατά τη διάρκεια όμως της κρίσης νέα συμπτώματα μπορούν να παρουσιαστούν ή παλιά που είχαν υποχωρήσει μπορεί να επανεμφανιστούν. Η κρίση μπορεί να κρατήσει από μερικές ώρες, μέρες, εβδομάδες ή και μήνες και μπορεί να είναι ελαφριά ή βαριά. Η υποχώρηση μπορεί να κρατήσει αρκετό χρονικό διάστημα έως και χρόνια, αφού και κατά τη διάρκεια της υποχώρησης στην μαγνητική τομογραφία φαίνονται οι σκληρυντικές πλάκες. Το 25% των ασθενών έχει αυτή τη μορφή.¹⁵

3. **Δευτερευόντως προοδευτική:** Είναι όπως και ο τύπος της υποτροπιάζουσας, αλλά μετά τις επαναλαμβανόμενες κρίσεις η πάθηση εξελίσσεται σε μια προοδευτική επιδείνωση. Χρειάζονται συνήθως 15 έως 20 χρόνια από την αρχική διάγνωση για να διευκρινιστεί ο τύπος. Το 40% των ασθενών έχει τη μορφή αυτή.¹⁵

4. **Πρωτευόντως προοδευτική:** Μερικοί ασθενείς δεν έχουν την μορφή της κατά ώσεις εξέλιξη με περιόδους εξάρσεων και υφέσεων. Από την αρχή έχουμε μια προοδευτική επιδεινούμενη αναπηρία. Ο τύπος αυτός είναι γνωστός και ως χρόνιος εξελισσόμενος και αφορά το 15% των ασθενών.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

4.2 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ: ΑΝΟΣΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

4.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

4.5 ΠΟΡΕΙΑ

4.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

4.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ : ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο Cruveihier (γύρω στο 1835) στην αρχική του περιγραφή της νόσου, την απέδωσε σε καταστολή της εφιδρώσεως. Έκτοτε διατυπώνονται συνεχώς υποθέσεις περί της αιτιολογίας της νόσου. Πολλές από τις αρχικές θεωρίες φαίνονται σήμερα αστείες υπό το φως των σύγχρονων απόψεων, ενώ άλλες έχουν ιστορικό μόνο ενδιαφέρον. Ακόμα και σήμερα η αιτιολογία της νόσου παραμένει σκοτεινή. Ωστόσο διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνισή της, όπως: λοίμωξη, αλλεργία, διαίτα, κλίμα, τοξίνες, θρόμβωση μικρών φλεβών και κληρονομική προδιάθεση.^{8,12}

1. Πρόσφατες μελέτες ξανάφεραν την άποψη της αιτιολογίας από **λοίμωξη** με «βραδύ ιό» και την άποψη μιας παθολογικής αντίδρασης υπερευαισθησίας του νευρικού συστήματος στην παρουσία ενός ή περισσότερων συνηθισμένων ιών. Ανοσοβιολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι ένα τέτοιο ρόλο μπορεί να παίζει ο ιός της ιλαράς. Άλλες θεωρίες για τη λοίμωξη είναι:

- Η λοίμωξη από βραδείς ιούς έχει μεγάλο χρόνο επώασης και τα συμπτώματα εμφανίζονται πιθανά κάτω από την επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων.

Υπάρχει ανωμαλία στην ανοσολογική ρύθμιση με υπερβολική ανοσολογική απάντηση σε μια λοίμωξη που οφείλεται σε ιό ή σε ανεπαρκή αναστολή της ανοσοαντίδρασης στη λοίμωξη.^{2,9,16}

2. Πιο πιθανή φαίνεται η άποψη ότι η νόσος οφείλεται σε υποτροπιάζουσα **αλλεργική αντίδραση** του νευρικού συστήματος απέναντι σε διάφορα άλλα αλλεργιογόνα. Αυτή η άποψη ενισχύεται από το γεγονός ότι η ολική γ-σφαιρίνη και η ολιγοκλωνική IgG είναι γενικά αυξημένες στο Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό (ENY)¹⁵.

3. Οι θεωρίες που αφορούν τη **διατροφή** αναφέρουν ότι υπάρχει κίνδυνος από την υπερβολική κατανάλωση ζωικού λίπους και την ελλιπή πρόσληψη φυτικών ινών.⁹

4. Όσον αφορά το **κλίμα** η νόσος 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 στη Βόρειο Αμερική.⁹

5. Η θεωρία που αφορά τις **τοξίνες** υποστηρίζει σαν παράγοντα εμφάνισης της νόσου τη δηλητηρίαση με βαρέα μέταλλα.⁹

6. Ενοχοποιούνται επιπλέον για την εμφάνιση σκλήρυνσης κατά πλάκας ο **αγγειόσπασμος** και η **θρόμβωση μικρών φλεβών**.⁹

7. Πιθανόν υπάρχει μια **κληρονομική ευαισθησία** στους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την απομυελινωτική επεξεργασία. Οι πρόσφατες μελέτες

δείχνουν ότι η ευαισθησία μπορεί να σχετίζεται με την παρουσία ορισμένων ιστοσυμβατών αντιγόνων. Οι παράγοντες HLA – A3 και HLA – B7 είναι πολύ συχνότεροι σε αρρώστους με σκλήρυνση κατά πλάκας παρά σε υγιείς.⁹

8. Πολλοί δυσκολότερα ερμηνεύεται το γεγονός ότι η έναρξη ή οι υποτροπές μπορεί να ακολουθούν **τραυματισμούς ή συγκινησιακό stress.**⁹

4.2 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ : ΑΝΟΣΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Στη δημιουργία της απομυελινωτικής πλάκας συμβάλλουν οι εξής παράγοντες:

- α) μακροφάγα είτε με παραγωγή του TNFα είτε μέσω φαγοκυτταρώσεως συμπλεγμάτων αντιγόνου αντισώματος.
- β) αντισώματα εναντίον στοιχείων της μυελίνης
- γ) κυτταροτοξικές κυττοκίνες.¹³

Οι ανοσοβιολογικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεια της Σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι:

1. Αντιγόνα

Από πλευράς χαρακτηρισμού κυριότερων αντιγόνων τα περισσότερα δεδομένα συνηγορούν υπέρ: M.B.P. (βασική πρωτεΐνη της μυελίνης), P.L.P. (πρωτεολιπιδική πρωτεΐνη της μυελίνης), M.O.G. (myelin oligoendroiste glyncoprotein), αβ κρυσταλίνη (ελάσσων heat shock πρωτεΐνη της κεντρικής μυελίνης).⁹

1α. M.B.P.: Υφίσταται αρκετά δεδομένα ως προς την υπαγωγή της στα αυτοαντιγόνα της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας και συγκεκριμένα: ανοσοποίηση με M.B.P. παράγει φλεγμονώδη νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος που αποτελεί το κατά προσέγγιση πειραματικό μοντέλο της νόσου (E.A.E.: Experimental Allergic Encephalomyelitis), αντισώματα έναντι M.B.P. ιδίως στις εξάρσεις της νόσου, διαπίστωση υπάρξεως ειδικών κλώνων T-λεμφοκυττάρων, στους δε ασθενείς οι έναντι M.B.P. κλώνοι T-λεμφοκυττάρων ανήκουν σε ενεργοποιημένα λεμφοκύτταρα.⁹

1β. P.L.P.: Πρωτεΐνη της κεντρικής μυελίνης έχει την δυνατότητα να προκαλέσει Πειραματική Αλλεργική Εγκεφαλομυελίτιδα (E.A.E.), ενώ ευαισθητοποιημένοι κλώνοι T-λεμφοκυττάρων αναγνωρίζουν κυρίως τις περιοχές 40-60. Αυτοαντισώματα παρατηρούνται στο 5% των περιπτώσεων της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας.⁹

1γ. M.O.G.: Αποτελεί πρωτεΐνη της μυελίνης και του ολιγοδενδροκυττάρου (δείκτης επιφάνειας του ολιγοδενδροκυττάρου). Τα αντισώματα έναντι M.O.G. έχουν απομυελινωτική δραστηριότητα, ανιχνεύονται στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας, ενώ

κλώνοι Τ-λεμφοκυττάρων ειδικοί προς την Μ.Ο.Γ. συμμετέχουν στην απομυελίνωση αλλά είναι αμφίβολο αν μπορούν να μεταφέρουν την νόσο.⁹

1δ. Θερμοπληκτικές πρωτεΐνες (heat shock): Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται τελευταία στις ισχυρά ανοσογόνες αυτές περιπτώσεις και το ρόλο τους στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Οι heat shock πρωτεΐνες θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν έξαρση της νόσου μετά από μικροβιακές λοιμώξεις, όπου όμως βεβαίως ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο έχουν και τα υπέρ-αντιγόνα τα οποία και μπορούν να διεγείρουν Τ-λεμφοκύτταρα στους κλώνους, χωρίς τη μεσολάβηση ειδικού αντιγόνου με άμεση επίδραση επί του υποδοχέα.⁹

2. Κυτταρικοί και Χημικοί Παράγοντες

2α. Κυτταρικοί: Οι υποομάδες των Τ-λεμφοκυττάρων έχουν ευρύτατα μελετηθεί στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Η έκφραση των μορίων αυτών προσφύσεως στο Λεμφοκύτταρο (LFA-I) και ενδοθήλιο δίνει την δυνατότητα (ICAM-I) στο Τ-λεμφοκύτταρο να διέλθει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Βασικό πάντα πρόβλημα παραμένει ο ρόλος της αρχικής κινητοποίησης της ανοσολογικής αντίδρασης εάν έχει βαρύνοντα ρόλο η τοπική κεντρική κινητοποίηση εντός του κεντρικού νευρικού συστήματος ή αντίθετα η συστηματική περιφερική ενεργοποίηση των Τ-λεμφοκυτταρικών κλώνων.⁹

2β. Χημικοί: Αυτοαντισώματα έναντι Μ.Β.Ρ. στο Ε.Ν.Υ. και Μ.Ο.Γ. καθώς και έναντι ΡΛΡ ανιχνεύονται στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας, ενώ αντισώματα έναντι Galactocerebroside έχουν ανιχνευθεί είτε ως συστατικά ανοσοσυμπλεγμάτων στο Ε.Ν.Υ. είτε περιφερικά. Πολλά φαινόμενα οφείλονται σε αντισώματα (blocking antibodies) παρά σε απομυελίνωση όπως επεισόδια οπτικής νευρίτιδος που ταχύτατα υποχωρούν σε ανοσοκατασταλτική θεραπεία.⁹

3. Κυττοκίνες

Ο ρόλος των κυττοκινών είναι σημαντικός, παλαιότερα μάλιστα είχαν διατυπωθεί απόψεις περί της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας ως νόσου «ανοσολογικής δυσρυθμίσεως». Φαίνεται ότι στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας, οι κυττοκίνες έχουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην έξαρση και ήδη από το 1987 έγινε τραγικά γνωστός ο ρόλος της INF γ σε αυτό. Στα μεσοδιαστήματα των ώσεων η ανοσολογική δραστηριότητα συνεχίζεται. Υφίσταται αρκετά αντικρουόμενα αποτελέσματα ως προς τις κυτταροκίνες, πράγμα που οφείλεται κυρίως στο ότι τα συμπεράσματα δια τη δράση τους δεν βασίζονται πάντα σε αξιόπιστη μεθοδολογία.⁹

4.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επιδημιολογική προσέγγιση της Σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι αρκετά δύσκολη και πολύπλοκη λόγω της διαγνωστικής δυσχέρειας και της σπανιότητας της νόσου. Η εμφάνισή της ανά τον κόσμο δεν είναι ομοιόμορφη και η συχνότητά της παρουσιάζει πολλές ιδιομορφίες. Για την καλύτερη μελέτη της νόσου, εξωγενείς παράγοντες (περιβάλλον, κλιματολογικές συνθήκες, διατροφή, τρόπος ζωής και διαβίωσης, γεωγραφικό μήκος και πλάτος, ηλιοφάνεια της κάθε περιοχής κλπ.) συσχετίστηκαν με ποικίλους ενδογενείς συμπληρωματικούς παράγοντες (γενετικούς, ανοσολογικούς, ομάδα αίματος και άλλα).¹⁷

Το γεωγραφικό μοντέλο κατανομής της Σκλήρυνσης αποτελεί στόχο συνεχώς αυξανόμενου ερευνητικού ενδιαφέροντος τα τελευταία χρόνια. Ολοένα και πιο θερμά υποστηρίζεται η άποψη ότι η νοσηρότητα από ΣΚΠ αυξάνεται όσο μεγαλώνει η απόσταση από τον ισημερινό. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου ποικίλλει από 5-10 κρούσματα ανά 100.000 κατοίκους στις τροπικές ζώνες και από 50-100/100.000 στα εύκρατα κλίματα. Υπάρχει δηλαδή **τοπική μεταβλητότητα** και η ΣΚΠ είναι πιο συχνή στα ψυχρά κλίματα. Όσο πιο μακριά βρίσκεται μια χώρα από τον ισημερινό, τόσο μεγαλύτερη είναι και η συχνότητα εμφάνισης της νόσου. Όσο δηλαδή *αυξάνεται* το γεωγραφικό πλάτος προς το βόρειο αλλά και προς το νότιο ημισφαίριο, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα της νόσου. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα κρούσματα της νόσου στην περιοχή του ισημερινού είναι μηδαμινά. Οι ενήλικες ταξιδιώτες διατηρούν σταθερό ποσοστό κινδύνου, ενώ τα παιδιά αποκτούν το βαθμό κινδύνου των κατοίκων της περιοχής όπου ζουν (Alter).¹⁷

Ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισης της Σκλήρυνσης κατά πλάκας σε δεδομένη χρονική περίοδο, σύμφωνα με τον ορισμό του Kurtzke, ο κόσμος σήμερα έχει διαιρεθεί σε 3 ζώνες: σε ζώνη **υψηλής** (περισσότεροι από 30 πάσχοντες ανά 100.000 κατοίκους), **μέσης** (5-30 πάσχοντες ανά 100.000 κατοίκους) και **χαμηλής** συχνότητας - **επίπτωσης** της νόσου (λιγότεροι από 5 πάσχοντες ανά 100.000 κατοίκους).^{17,18}

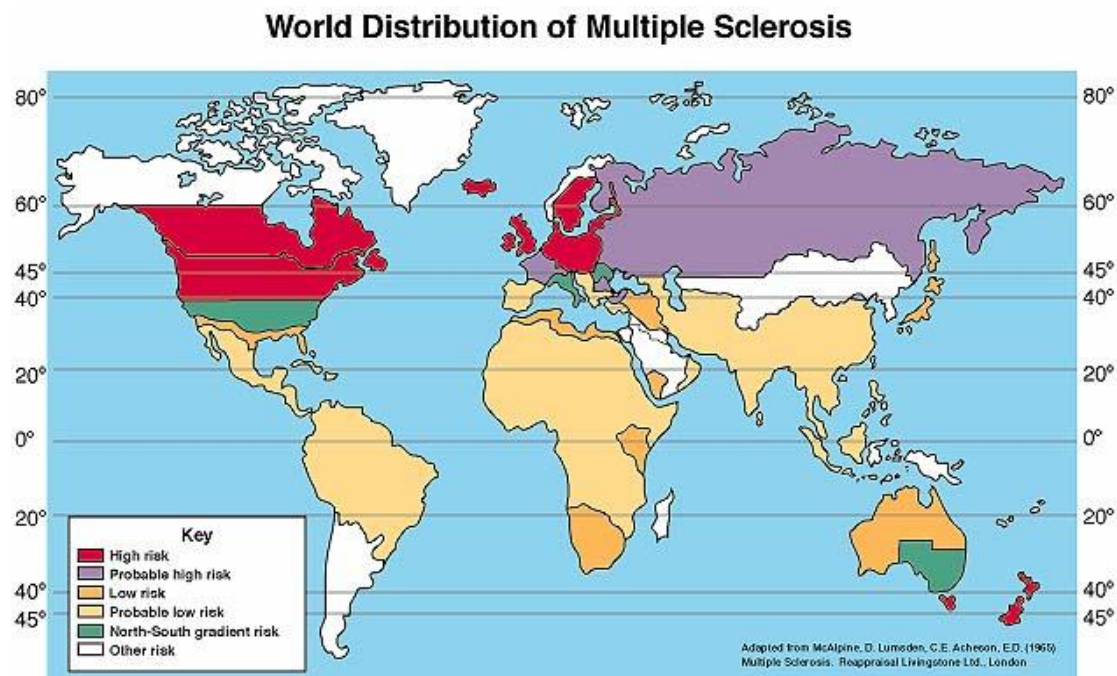
Οι προδιαθεσικοί παράγοντες για τη νόσο είναι περιβαλλοντικοί και γενετικοί. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερη επίδραση στα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου, όπως αποδεικνύουν μελέτες που έγιναν σε μετανάστες. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι για τους ανθρώπους που μεταναστεύουν σε παιδική ηλικία υπερισχύει ο κίνδυνος του νέου περιβάλλοντος, ενώ για όσους

μεταναστεύουν μετά την ηλικία των 15 ετών, διατηρείται ο κίνδυνος του νεανικού τους περιβάλλοντος (Alter).¹⁷

Η νόσος προσβάλλει συχνότερα τη λευκή φυλή. Χαρακτηριστικό είναι πως στη φυλή Bantu της Αφρικής τα κρούσματα προσβολής από Σκλήρυνση κατά πλάκας είναι ανύπαρκτα. Δεν μπορεί να θεωρηθεί τυχαίο το γεγονός ότι όλες οι περιοχές με αυξημένο ή μέσο επιπολασμό της νόσου κατοικούνται από λευκούς. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι ακόμα και σε περιοχές με αυξημένο κίνδυνο νόσησης στις ΗΠΑ, οι διάφορες μη λευκές μειονότητες (Εσκιμώοι, Ιάπωνες, Κινέζοι, Βιετναμέζοι κλπ.) εμφανίζουν ανθεκτικότητα στη νόσο.¹⁷

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας φαίνεται να κάνει «διακρίσεις» μεταξύ των δύο φύλων, αφού η συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι υψηλότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, σε αναλογία 3:2 ή και μεγαλύτερη. Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται η επίπτωση της νόσου ανάλογα με το φύλο και το γεωγραφικό πλάτος.¹⁷

Σχήμα 1 ¹⁷



Πίνακας 1 ¹⁷

Επίπτωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας σε παγκόσμιο επίπεδο, κατά φθίνουσα σειρά αναλογίας φύλου.

Επίπτωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας ανά φύλο

<u>Χώρα</u>	<u>Γυναίκες</u>	<u>Άνδρες</u>	<u>Αναλογία φύλου</u>	<u>Γεωγραφικό πλάτος</u>
Κούβα	8,0	3,8	2,11	23,2 B
Χονγκ Κονγκ	0,4	0,2	1,91	22,3 B
Αυστραλία	13,5	7,7	1,76	33,9 N
Αυστρία	24,2	14,0	1,73	48,3 B
N. Ζηλανδία	24,5	14,6	1,68	41,3 N
Ιρλανδία	40,6	25,8	1,57	53,4 B
M. Βρετανία	45,9	29,6	1,55	51,2 B
Γαλλία	18,9	12,7	1,49	49,0 B
Σουηδία	25,2	16,9	1,48	59,4 B
ΗΠΑ	19,6	13,5	1,45	38,6 B
Ουγγαρία	30,4	21,4	1,42	47,5 B
Ιαπωνία	1,4	1,0	1,41	35,7 B
A. Γερμανία	30,3	21,9	1,38	52,5 6
Ιταλία	13,2	9,8	1,36	41,8 B
Ελβετία	39,7	29,6	1,34	47,4 B
Καναδάς	22,6	16,9	1,34	46,7 B
Ισραήλ	7,0	5,4	1,30	32,0 B
Δ. Γερμανία	29,1	22,7	1,28	52,5 B
Ολλανδία	30,1	23,7	1,27	52,1 B
Τσεχοσλοβακία	36,8	28,9	1,27	50,1B
Γιουγκοσλαβία	14,3	11,8	1,22	44,8 B
Ισλανδία	18,2	15,4	1,18	64,1 B
Δανία	48,6	43,0	1,13	55,7 B
Νορβηγία	32,8	29,7	1,10	60,2 B
Ελλάδα	9,7	9,0	1,08	38,0B
Πολωνία	37,3	34,8	1,07	52,2 B
Βουλγαρία	11,1	11,0	1,00	42,7 B
Ινδονησία	0,0	0,1	1,00	1,4 B
Ισπανία	7,1	7,4	0,96	40,4 B
Αργεντινή	8,4	9,1	0,93	34,6 N
Ρουμανία	14,4	15,4	0,93	44,5 B
Βέλγιο	24,7	28,2	0,88	49,6 B
Φινλανδία	15,6	17,7	0,88	60,3 B
Μάλτα	9,3	12,0	0,77	36,8 B
Πορτογαλία	7,8	11,5	0,68	38,8 B
N. Κορέα	0,5	1,3	0,38	37,5 B

Όσον αφορά την ηλικία εμφάνισης της νόσου δεν είναι συγκεκριμένη. Η μικρότερη ηλικία προσβολής μπορεί να είναι το 9^ο έτος, ενώ η μεγαλύτερη είναι το 50^ο. Ο προσδιορισμός των παραπάνω ηλικιών δεν είναι απόλυτος, αφού στο χρονικό

καταγραφής της έχουν σημειωθεί περιστατικά που εμφανίστηκαν τόσο σε μικρότερη όσο και σε μεγαλύτερη ηλικία. Ο μέσος όρος εμφάνισης και οι ηλικίες στις οποίες παρουσιάζονται τα περισσότερα κρούσματα κυμαίνονται μεταξύ του 2^{0ου} και 40^{ου} έτους.¹⁷

Ο ρυθμός εμφάνισης της Σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι διαρκώς αυξανόμενος. Έχουν προσβληθεί περίπου 80.000 άτομα στη Βρετανία, η οποία παρουσιάζει επιπολασμό 40/100.000 κατοίκους. Τα νησιά Orkney και Shetland, της Σκωτίας, εμφανίζουν επιπολασμό 150/100.000 κατοίκους, ενώ στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι μέχρι σήμερα έχει γίνει διάγνωση της νόσου σε 350.000 άτομα. Στη Φινλανδία, πρόσφατα επισημάνθηκε ότι ο ρυθμός εμφάνισης της νόσου είναι αυξανόμενος. Στη χώρα αυτή, το χρονικό διάστημα 1983-1993 αυξήθηκε ο επιπολασμός της ΣΚΠ σε σχέση με προηγούμενη μελέτη κατά τη δεκαετία 1968-1978. Η κατά τόπους καταγραφή έδειξε διακύμανση στους ρυθμούς αύξησης στις επιμέρους περιοχές. Ο επιπολασμός στην περιοχή του Seinajoki έφτασε τα 202 κρούσματα/100.000 κατοίκους και ήταν αυξημένος σε σύγκριση με την προηγούμενη μέτρηση. Το ίδιο συνέβη και στην περιοχή Vaasa, με 111 κρούσματα/100.000 κατοίκους, ενώ στην περιοχή του Uusim παρέμεινε σταθερός, σε υψηλό όμως επίπεδο, με 108 κρούσματα/100.000 κατοίκους.^{17,18}

Τα περισσότερα στοιχεία που αφορούν τα Ελληνικά δεδομένα επίπτωσης της Σκλήρυνσης κατά πλάκας, έχουν συγκεντρωθεί από τη Μακεδονία και τη Θράκη, από το 1970-1985, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε. Οι περιοχές αυτές καλύπτουν μια έκταση πάνω από 42.000 km². Κατά τη χρονική διάρκεια της έρευνας, ο πληθυσμός των περιοχών αυτών αυξήθηκε από το 1971 μέχρι το 1981 κατά 250.000 περίπου κατοίκους.^{17,18}

Στην Ελλάδα, παρά τις αρχικές προσδοκίες των ερευνητών, υπάρχουν μέσοι δείκτες επίπτωσης και επιπολασμού οι οποίοι έχουν αυξητική τάση και υπολογίζεται σε 1,8 ανά 100.000 κατοίκους και 29,5 ανά 100.000 κατοίκους, αντίστοιχα. Η συχνότητα της νόσου σε περίοδο ορισμένης χρονικής διάρκειας (ανά 1 έτος) αυξήθηκε από 1,4 κατά μέσο όρο την πρώτη πενταετία σε 2,1 την τελευταία πενταετία. Αυτό αποδίδεται προφανώς στην άμεση βελτίωση του επιπέδου ζωής και διαβίωσης, όχι μόνο στην υπό παρακολούθηση περιοχή αλλά και σε όλη την Ελλάδα, της ποιότητας παροχής ιατρικών υπηρεσιών και των αλλαγών στις διεθνείς επαφές.¹⁷

Ο ρυθμός εμφάνισης της Σκλήρυνσης κατά πλάκας στη Νότια Ευρώπη και ιδίως στην Ιταλία είναι αυξανόμενος. Οι τελευταίες έρευνες στις νότιες χώρες της

Ευρώπης τις κατατάσσουν στις περιοχές με αυξανόμενο κίνδυνο, σε αντίθεση με τις παλαιότερες που τις ταξινομούσαν στη ζώνη μέτριου κινδύνου. Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες, οι δείκτες εμφάνισης της νόσου ξεπερνούν τα 46 άτομα ανά 100.000 κατοίκους. Οι αντίστοιχοι δείκτες που καταγράφηκαν στη Σικελία ήταν 51 άτομα ανά 100.000 κατοίκους.¹⁷

Χώρες όπως η Ισπανία, η Βουλγαρία, η Ρουμανία και η Σερβία ανήκουν στη ζώνη υψηλού κινδύνου, αφού μετά από αναλυτικές μεθοδολογικά έρευνες επίπτωσης, που διεξήχθησαν την τελευταία δεκαετία, προσδιορίστηκαν τιμές που ξεπερνούν τα 35 κρούσματα ανά 100.000 κατοίκους και επιβεβαίωσαν την άποψη ότι η νόσος αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς στη γεωγραφική περιοχή της Νότιας Ευρώπης. Σε δύο διαφορετικές χρονικά μελέτες, στην ίδια γεωγραφική περιοχή των Καναρίων νήσων και στη Νότια Ισπανία, αποδείχθηκε η αύξηση των κρουσμάτων της νόσου.¹⁷

Οι ιδανικές μελέτες συσχέτισης στην έρευνα για την ευπάθεια σε διάφορες νόσους πραγματοποιούνται σε απομονωμένους και ομοιογενείς πληθυσμούς. Οι κάτοικοι της Σαρδηνίας μπορούν να θεωρηθούν ως εξαιρετική ερευνητικά περίπτωση. Σύμφωνα με τις βασικές αρχές της επαγωγικής επιδημιολογίας, όταν ένας γονιδιακός δείκτης συνδέεται σε υψηλό βαθμό με μια νόσο και τόσο η νόσος όσο και ο δείκτης ανευρίσκονται σε μεγάλη συχνότητα σε έναν πληθυσμό, τότε σχεδόν επιβεβαιώνεται η σύνδεση. Ορισμένες γενετικές διαταραχές όπως η μεσογειακή αναιμία, η έλλειψη του ενζύμου G6PD, ο ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης και η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι ιδιαίτερα συχνές στη Σαρδηνία.¹⁷

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει ο πληθυσμός των νησιών Φερόε. Μεταξύ του 1943 και 1970 τεκμηριώθηκαν στα νησιά Φερόε τρεις ξεχωριστές επιδημίες Σκλήρυνσης κατά πλάκας. Όπως για παράδειγμα η ιογενής νόσος της μόρβας. Έχει αποδειχθεί ότι η εμφάνιση 24 περιστατικών κατά τη διάρκεια της ανωτέρω περιόδου συσχετιζόταν ισχυρά με την εγκατάσταση μιας φρουράς Βρετανών στρατιωτών στα νησιά αυτά, κατά τη διάρκεια του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου. Όλα τα προσβεβλημένα άτομα είτε κατοικούσαν κοντά στις στρατοπεδευμένες περιοχές, είτε είχαν στενή επαφή με τους Βρετανούς στρατιώτες. Αυτή η αλληλουχία των περιστατικών συχνά χρησιμοποιείται για να υποστηριχθεί η υπόθεση της ύπαρξης ενός μολυσματικού παράγοντα στην αιτιοπαθογένεια της σκλήρυνσης κατά πλάκας.¹⁷

Είναι επομένως πιθανό ότι το πρότυπο αύξησης και πτώσης της Σκλήρυνσης κατά πλάκας στους ανωτέρω πληθυσμούς αντικατοπτρίζει την εμφάνιση ενός

αιτιογόνου ιού γύρω στα 1940. Υποστηρίζεται όμως ότι είναι απίθανο ο ιός της μόρβας να είναι ο αιτιολογικός παράγοντας. Η υπόθεση ενός ιού μας οδηγεί σε αιτία που σχετίζεται με το περιβάλλον για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας. Κάθε άνθρωπος όμως διαφέρει γενετικά στην αντίδραση του οργανισμού του σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.¹⁷

Η αλληλεπίδραση γενετικού παράγοντα και περιβάλλοντος επιπλέκει τη γενετική ανάλυση. Όσον αφορά το γενετικό παράγοντα πρώτα από όλα θα πρέπει να καθορίσουμε τη συχνότητα της νόσου στους συγγενείς και απογόνους των ασθενών. Η οικογενειακή συγκέντρωση όμως, δεν αποδεικνύει τη γενετική αιτιολογία, γιατί μπορεί η αυξημένη συχνότητα στους συγγενείς να οφείλεται σε μη γενετική περιβαλλοντική αιτία. Αυτή η πιθανότητα είναι δύσκολο να αποκλειστεί με συμβατικά δεδομένα, εκτός αν μελετηθούν συγγενείς που μεγάλωσαν χωριστά. Στην περίπτωση τώρα δύο μονοωγενών διδύμων, σπάνια προσβάλλεται και το δεύτερο, κι έτσι ο γενετικός παράγοντας δεν φαίνεται αρκετά σημαντικός. Είναι πιθανό να υπάρχει μια κληρονομική ευαισθησία στον παράγοντα ή στους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την απομυελινωτική επεξεργασία.^{9,17,18,19}

Οι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η ευαισθησία μπορεί να σχετίζεται με την παρουσία ορισμένων ιστοσυμβατών αντιγόνων. Οι παράγοντες HLA-A3 και HLA-B7 είναι πολύ συχνότεροι σε αρρώστους με Σκλήρυνση κατά Πλάκας παρά σε υγιείς, πράγμα που μπορεί να συνδέεται με μεγάλη συχνότητα του μεικτού λευκοκυτταρικού παράγοντα ιστοκαλλιεργείων HLA-DW2 και DR2. Οι σχέσεις αυτές εμφανίζονται ότι μπορεί να είναι σε κάποιο βαθμό υπεύθυνες για την γεωγραφική κατανομή της νόσου.^{9,18,19}

Η καθιέρωση της αναλογικής σχέσης μεταξύ της συχνότητας επέλευσης της νόσου σε μια ορισμένη χρονική στιγμή και του γεωγραφικού πλάτους κατοικίας των λαών (Limburg 1950) άνοιξε το δρόμο για μεταγενέστερες πολύ σημαντικές μελέτες. Σοβαρές ενδείξεις για τον κίνδυνο νόσησης προήλθαν από τις μελέτες μεταναστών από το κράτος του Ισραήλ. Αποδείχτηκε ότι κρίσιμη ηλικία έναρξης της νόσου είναι το 15^ο έτος της ζωής. Ο Alter επισήμανε ότι οι μετανάστες που αποδημούν σε ηλικία μεγαλύτερη των 15 ετών, αποκτούν το βαθμό κινδύνου της περιοχής της νέας τους διαμονής. Αποδεικνύεται έτσι ότι η αλλαγή κατοικίας πριν το 15^ο έτος ζωής τροποποιεί τον κίνδυνο νόσησης από Σκλήρυνση κατά πλάκας, γεγονός που έγινε η αφετηρία ενοχοποίησης, της δράσης κάποιου άγνωστου εξωγενούς παράγοντα, πιθανώς κάποιας ιογενούς λοίμωξης. Αυτό φάνηκε να ισχύει στην περίπτωση της

κατοχής των νησιών Φερόε από Βρετανούς αλλά και αντίστροφα, από τη μετανάστευση Βιετναμέζων στη Γαλλία και στις Η.Π.Α.^{17,18}

Η Μελέτη της επίπτωσης της νόσου, σε σχέση με την ανάλυση του εδάφους σε διάφορες περιοχές του κόσμου, έδειξε ότι η νόσος είναι συχνότερη σε εδάφη με χαμηλό pH. Μια από τις κυρίαρχες θεωρίες για την αιτιολογία της νόσου φέρει τα εδάφη με υψηλή περιεκτικότητα σε υδράργυρο, μόλυβδο, χρώμιο, κάδμιο, αλουμίνιο και με χαμηλή σε σελήνιο, κάλιο, ασβέστιο και μαγνήσιο να είναι ύποπτα για την αυξημένη συχνότητά της στις συγκεκριμένες περιοχές. Η σύνθεση του εδάφους έχει αναμφισβήτητη επίδραση, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τα τοξικά βαρέα μέταλλα, όχι μόνο στη σύσταση του νερού αλλά και των παραγομένων τροφίμων, που εισέρχονται στον οργανισμό μέσω του αναπνευστικού και του γαστρεντερικού σωλήνα.¹⁷

Όσον αφορά το κλίμα, έχει βρεθεί θετική συσχέτιση της επίπτωσης της νόσου τόσο με τη χαμηλή θερμοκρασία, όσο και με τη μικρή ηλιοφάνεια που παρατηρείται στις Βόρειες χώρες. Σαν αιτιολογία αναφέρεται η επίδραση του ψυχρού κλίματος στο ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού και η αυξημένη συχνότητα ύπαρξης και μετάδοσης ιογενών λοιμώξεων και άλλων νοσογόνων παραγόντων. Επιπλέον, πολλοί ερευνητές συσχετίζουν τη χαμηλή ηλιοφάνεια, η οποία έχει ως συνέπεια τη μειωμένη δυνατότητα σύνθεσης της βιταμίνης D από τον οργανισμό, με την αιτιολογία της νόσου.¹⁷

Είναι φανερό ότι πολυποίκιλοι παράγοντες εμπλέκονται και ενοχοποιούνται στην ενίσχυση της προδιάθεσης για Σκλήρυνση κατά πλάκας. Εκτός από τους προαναφερθέντες, έχουν κατά καιρούς ενοχοποιηθεί η γεωργία και η καλλιέργεια συγκεκριμένων τύπων δημητριακών όπως η βρώμη (Lauer), η ηλιοφάνεια και η φυσική ακτινοβολία, το επάγγελμα, ιδίως όταν πρόκειται για βαριές χειρωνακτικές εργασίες που επιτελούνται κάτω από αντίξοες συνθήκες, για παράδειγμα μεταλλεία, η βιομηχανική επεξεργασία των τροφίμων και πολλοί άλλοι διατροφικοί παράγοντες.^{17,18}

Συμπερασματικά, η Σκλήρυνση κατά πλάκας θεωρείται ως η επιπλοκή μιας λοίμωξης στην πρώιμη ηλικία, ιογενούς ή μη αιτιολογίας, αλλά η εμφάνισή της θα εξαρτηθεί και από άλλους παράγοντες, όπως γενετικούς, ανοσολογικούς, περιβαλλοντικούς ή διατροφικούς.^{17,18}

4.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η ποικιλομορφία του ιστορικού και των κλινικών εκδηλώσεων της Σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι τόσο μεγάλη ώστε μπορούμε να πούμε πως από πλευράς εστιακής νευρολογικής σημειολογίας μπορεί να υποδυθεί κάθε βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος και μερικές φορές και του περιφερικού νευρικού συστήματος.¹⁶

Οι κλινικές εκδηλώσεις της σκλήρυνσης κατά πλάκας εξαρτώνται από την θέση, τον αριθμό και την βαρύτητα των παθολογοανατομικών βλαβών. Μια μεμονωμένη βλάβη θα προκαλέσει συμπτώματα τα οποία εξαρτώνται από τη θέση της βλάβης.¹⁶

Οι περιπτώσεις με πολλαπλές ταυτόχρονες βλάβες δημιουργούν ποιο πολύπλοκα κλινικά σύνδρομα. Το χαρακτηριστικό της νόσου είναι η ανατομική και χρονική διασπορά των βλαβών.¹⁶

Στις πιο πολλές περιπτώσεις τα συμπτώματα υποτροπιάζουν σε διάστημα εβδομάδων, μηνών ή ετών και το καθένα συνήθως ακολουθείται από μερική ύφεση αφήνοντας τις πιο πολλές φορές, κάποιο νευρολογικό υπόλειμμα πάνω στο οποίο ενδεχομένως θα προστεθεί και κάποια άλλη βλάβη από την επόμενη ώση. Η μορφή της νόσου με υποτροπές και υφέσεις είναι πιο συχνή στα νεαρά άτομα, ενώ όταν η νόσος εισβάλλει στην μέση ηλικία συνήθως είναι βραδέως προοδευτική και συχνά μυελικής εντόπισης.²⁰

Η συνήθης ταξινόμηση της νόσου με τις μορφές όπως «ασυμπτωματική», «καλοήθης», «με υποτροπές και υφέσεις», «χρονία προοδευτική», «παιδική» ή και «όψιμη» δηλαδή άνω των 50 ετών λόγω της ποικιλομορφίας των συμπτωμάτων και σημείων καθώς και των ασαφών κριτηρίων, δεν βοηθάει για την καλύτερη κατανόηση της νόσου.^{17,20}

Το μειονέκτημα των διαφόρων σειρών ασθενών που έχουν μελετηθεί είναι ότι δεν είναι συγκρίσιμες. Αν μια σειρά ασθενών προέρχεται από ένα κέντρο με φήμη ότι ασχολείται ειδικά με την νόσο, είναι φυσικό, ότι θα έχει πολλά βαριά περιστατικά. Ενώ μια άλλη σειρά ασθενών που προέρχονται από ένα καλό κλινικό νευρολόγο, αλλά όχι γνωστό για την συγκεκριμένη νόσο, θα περιλαμβάνει πολλούς ασθενείς με λιγότερο βαριά κλινική εικόνα.¹⁸

Στο ερώτημα σχετικά με το ποιο είναι το πιο συχνό πρώτο σύμπτωμα της νόσου οι απαντήσεις ποικίλουν στις διάφορες εργασίες και επί πλέον δε βοηθούν πολύ στην διάγνωση της νόσου για κάθε ασθενή ξεχωριστά. π.χ. το γεγονός ότι σε μερικές σειρές ασθενών η μονόπλευρη οπισθοβολβική νευρίτις παρατηρείται στο 40-50% των περιπτώσεων δεν θα πρέπει να παραπλανεί τον γιατρό και να αγνοεί το γεγονός ότι το 30% των ασθενών με οπισθοβολβική νευρίτιδα, ουδέποτε παρουσιάζουν σημεία σκλήρυνσης κατά πλάκας.^{17,20}

Στο 50% των περιπτώσεων η εισβολή είναι σχετικά αιφνίδια. Πολλοί άλλοι ασθενείς αναφέρουν προοδευτική εισβολή με διακύμανση της έντασης των συμπτωμάτων σε διάστημα λίγων εβδομάδων. Σε ορισμένες περιπτώσεις η νόσος παρουσιάζεται με παροξυσμική μορφή.^{16,20}

Πρωταρχικά συμπτώματα της νόσου

Τα πρώτα συμπτώματα εκδηλώνονται στο 70% των αρρώστων στην ηλικία 20 και 40 ετών. Στο 10% των πασχόντων η έναρξη της νόσου γίνεται μετά το 50^ο έτος της ηλικίας και στο 0,3% πριν το 10^ο. Η σχέση της προτίμησης φύλου από τη νόσο είναι 2:1 υπέρ του γυναικείου.^{17,20}

Πιο συγκεκριμένα τα πρωταρχικά συμπτώματα της Σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι:

1) Οπτικά συμπτώματα : Στο 22% των περιπτώσεων μπορεί να είναι το 1^ο σύμπτωμα. Οξεία απώλεια κεντρικής όρασης στο ένα ή και στα δύο μάτια συνέπεια οπισθοβολβικής νευρίτιδας. Όταν είναι αμφοτερόπλευρη συνήθως μεσολαβούν 2-3 εβδομάδες το ένα από το άλλο μάτι. Συνήθως στο 80% προηγείται πόνος στο μάτι ιδιαίτερα στις κινήσεις των ματιών και μάλιστα στις προς τα πάνω. Συχνά υπάρχει κεντρικό σκότωμα, και στο 90% των περιπτώσεων η οπτική οξύτης επανέρχεται, ενώ τα Οπτικά Προκλητά Δυναμικά παραμένουν παθολογικά. Στο 10% των ασθενών υπάρχει οίδημα της οπτικής θηλής και σπανίως αιμορραγίες και πολλοί ομιλούν για συχνό αποχρωματισμό του κροταφικού ημίσεως της οπτικής θηλής. Μερικές φορές μπορεί να παρουσιαστούν ημιανοψίες και να περιπλέξουν το πρόβλημα.²⁰

Διπλωπία: Είναι ένα άλλο σύμπτωμα με το οποίο αρχίζει η νόσος στο 11% των περιπτώσεων και μπορεί να αφορά παρέσεις νεύρων ή διαπυρηνική βλάβη λόγω βλάβης της οπίσθια επιμήκου δεσμίδος. Η διαπυρηνική οφθαλμοπληγία σε νεαρά άτομα είναι ενδεικτικό σημείο της νόσου αλλά όχι παθογνωμικό.²⁰

2) **Τα αισθητικά συμπτώματα** στο 32% είναι το 1^ο σύμπτωμα. Συμπεριλαμβάνουν: παραισθησίες, αιμωδίες ψυχρού στον κορμό ή τα άκρα μερικές φορές με σαφές αισθητικό επίπεδο. Είναι αρκετά ενοχλητικά για τον ασθενή και συχνά δεν συνοδεύονται από άλλα βαριά συμπτώματα ή σημεία. Μερικές φορές η αντικειμενική εξέταση είναι φυσιολογική ή ασαφώς παθολογική. Ένα άλλο σημείο που μπορεί να είναι και το μοναδικό, είναι το σημείο Lhermitte όπου ο ασθενής περιγράφει, με την κάμψη της κεφαλής, ένα στιγμιαίο αίσθημα ηλεκτρικού ρεύματος που ξεκινά από τους ώμους και επεκτείνεται σε ολόκληρα τα άνω άκρα ή και τον κορμό ή και τα κάτω άκρα και μπορεί να αναπαράγεται ή να παρουσιάζει εξάντληση ακόμη δε μερικές φορές να διαρκεί λίγο, εφ' όσον ο ασθενής κρατά την κεφαλή σε κάμψη.²⁰

3) **Διαταραχές του συντονισμού των κινήσεων** στο (11,6%) μπορεί να είναι το 1^ο σύμπτωμα. Περιλαμβάνει κυρίως αταξία άνω ή και κάτω άκρων, τρόμο σκοπού, κορμική αταξία η οποία μερικές φορές είναι έντονη και δημιουργεί σοβαρές δυσκολίες στο κάθισμα και την όρθια θέση.²⁰

4) **Ο Ίλιγγος** μαζί με ναυτία, εμέτους και νυσταγμό στο 3,6% μπορεί να είναι το 1^ο σύμπτωμα. Ο ίλιγγος οφείλεται σε βλάβη των αιθουσαίο-παρεγκεφαλιδικών οδών και συχνά είναι ίλιγγος θέσης. Σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν υπάρχουν συχνά σημεία συμμετοχής εκ των αισθητικών ή κινητικών οδών αλλά μερικές φορές όταν ο ίλιγγος υποχωρεί ο ασθενής παραπονείται για διπλωπία και συχνά διαπιστώνεται αταξικός νυσταγμός.²⁰

5) **Παράλυση Bell** με υπερακουσία και υπογευσία μπορεί να είναι το 1^ο σύμπτωμα στο 1,3%.²⁰

6) **Πυραμιδικές βλάβες** στο 17,8% παρατηρείται σαν 1^η εκδήλωση. Μπορεί να είναι μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη ή μόνο παραπάρεση συχνά με υποξία εισβολή. Αρκετά σπάνια μπορεί να εισβάλλει με ημιπληγία με ή χωρίς αφασία και ημιανοψία. Έχει περιγραφεί περιστατικό όπου η εισβολή ήταν υποξία με γιγάντια ημισφαιρική βλάβη στην CT εγκεφάλου η οποία ακτινοβολήθηκε ως όγκος, η γυναίκα ήταν έγκυος οπότε έγινε διακοπή της κύησης. Συχνά η πυραμιδική αδυναμία είναι μη συμμετρική και στις ελαφρές περιπτώσεις είναι έκδηλη μετά από αρκετό βάδισμα, ιδιαίτερα σε ανώμαλο έδαφος. Η αντικειμενική νευρολογική εξέταση θα δείξει αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά, κατάργηση κοιλιακών αντανακλαστικών, αμφοτερόπλευρο σημείο Babinski και ενδεχομένως κάποιου βαθμού μυϊκή αδυναμία ανάλογα της βαρύτητος της βλάβης.¹⁸

7) Αρκετοί ασθενείς παρουσιάζουν βραδεία προοδευτική **αδυναμία και αδεξιότητα των άκρων**. Όταν αυτό αφορά νεαράς ηλικίας ασθενείς συνήθως υπάρχουν κλινικά ευρήματα διάσπαρτων βλαβών. Στις περιπτώσεις εκείνες όπου η νόσος είναι διαλείπουσα προοδευτική και προσβάλλει συνηθέστερα άτομα μέσης ηλικίας τα προεξάρχοντα συμπτώματα αφορούν την πυραμιδική οδό του νωτιαίου μυελού όπου παρατηρείται σπαστική παραπάρεση με διαταραχή της παλαισθησίας στα κάτω άκρα και απουσία σημείων προσβολής των κρανιακών νεύρων.²⁰

8) Παροξυσμικές διαταραχές: Είναι αρκετά σπάνιες ως πρώτο σύμπτωμα και περιλαμβάνουν:

α) *Διαταραχές του στελέχους* όπως διπλωπία, ίλιγγο, παραισθησίες δυσαρθρία, αταξία που διαρκούν δευτερόλεπτα ή λεπτά, επαναλαμβανόμενα συχνά για μέρες και εκλαμβάνονται ως παροδικά ισχαιμικά επεισόδια. Πλην όμως ανταποκρίνονται καλά στην καρμπαμαζεπίνη.

β) *Επώδυνα επεισόδια δυστονίας* μικρής διάρκειας που επίσης ανταποκρίνονται στην καρμπαμαζεπίνη και όχι στην Βακλοφαίνη όπως συμβαίνει με το σπασμό σε κάμψη. Άλλοι, αυτά τα επεισόδια, τα ονομάζουν τονικούς σπασμούς (tonic seizures) ή τετανία κεντρικής αιτιολογίας. Τα επεισόδια αυτά συχνά προκαλούνται από απότομες κινήσεις και δεν συνοδεύονται από διαταραχή του επιπέδου συνείδησης. Σε πολλές περιπτώσεις καταγράφονται ΗΕΓγραφικές ανωμαλίες και ανταποκρίνονται στα αντιεπιληπτικά και γι' αυτό μερικοί θεωρούν ότι πρόκειται για κινησιογενή ή αντανεκλαστική επιληψία.

γ) *Επιληπτικές κρίσεις Grand Mal* ή εστιακές κρίσεις που ανταποκρίνονται πολύ καλά σε αντί Ε αγωγή η οποία δεν χρειάζεται να συνεχισθεί επί μακρόν. Και το ερώτημα είναι πρέπει να γίνεται MRI σε όλους τους νεαρούς ασθενείς με Ε κρίσεις;²⁰

δ) *Νευραλγία τριδύμου* πάλι σαν 1^ο σύμπτωμα είναι σπάνια.

9. Σφιγκτηριακές διαταραχές: Αναφέρεται ότι είναι σχετικά σπάνιο ως μόνο πρωταρχικό σύμπτωμα της νόσου σε ποσοστό 0,3% παρ' όλα αυτά, ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν ότι αν ερωτηθούν προσεκτικά το ποσοστό ανεβαίνει στο 5%.²⁰

Συχνουρία και έπειξη προς ούρηση ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες πρέπει να εγείρει την υποψία της νόσου. Βεβαίως πιο συχνά η προσοχή στρέφεται προς κυστίτιδες. Το πιο σημαντικό διαφοροδιαγνωστικό σημείο είναι ότι στην σκλήρυνση κατά πλάκας δεν υπάρχει πόνος στην ούρηση, όπως επίσης δεν υπάρχει πυρετός αλλά ούτε και οσφυαλγία στην αρχή της ούρησης. Αιφνίδια ακράτεια ούρων σε νεαρά

άτομα χωρίς έπειξη ή άλλη προειδοποίηση είναι ενδεικτικό απομυελινωτικής ή άλλης βλάβης στο οπίσθιο τμήμα του μετωπιαίου λοβού.¹⁸

10) Διαταραχές γνωσιακών λειτουργιών. Βραδεία προοδευτική άνοια μπορεί να παρατηρηθεί αλλά όχι συχνά ως 1^ο σύμπτωμα. Οξεία ανοϊκή συνδρομή έχει περιγραφεί αλλά είναι σπάνια. Μέσα στα πλαίσια της διανοητικής έκπτωσης θα πρέπει να περιληφθεί και η σχετικά συχνή ευφορία των ασθενών αυτών. Στη συνέχεια η νόσος συνοδεύεται και από άλλα σημεία ήπιας διανοητικής έκπτωσης. Η κατάθλιψη είναι ένα άλλο σύμπτωμα ιδιαίτερα ως αντιδραστική κατάσταση στις περιπτώσεις εκείνες όπου η νόσος είναι σχετικά προβληματική (μέχρι και 70% των περιπτώσεων).

Στο ίδιο πλαίσιο των γνωσιακών διαταραχών θα πρέπει να περιληφθούν και οι διαταραχές της προσωπικότητας που παρατηρούνται σε μερικούς ασθενείς με Σ.Κ.Π.²⁰

11) Άλλες σπάνιες εκδηλώσεις είναι: Το παρατεταμένο κώμα που διαρκεί από λίγες ώρες έως και ημέρες.

Η ατροφία των μυών στα χέρια είναι μια άλλη σπάνια εκδήλωση και τέλος ναρκοληψία, καταπληξία και παράλυση ύπνου.²⁰

4.5. ΠΟΡΕΙΑ

Η πορεία της νόσου έχει απρόβλεπτη εξέλιξη με διακυμάνσεις από πλήρη αποκατάσταση στο 20% των περιπτώσεων και συνήθη μορφή με πολλές εξάρσεις, προσβάλλοντας πολλά συστήματα και προκαλώντας σοβαρές αναπηρίες στο 65% των περιπτώσεων και χρόνια μορφή που από την αρχή η πρώτη ώση είναι σοβαρή και δεν υποχωρεί και παίρνει τη μορφή της βραδείας εξέλιξης στο 10-15% των περιπτώσεων.^{2,9}

Η νόσος εξελίσσεται με διαδοχικές ώσεις, κάθε μια από τις οποίες υφίεται όλο και λιγότερο. Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν πλήρη αποκατάσταση μετά την πρώτη προσβολή, ή σπανίως, εμφανίζονται διαδοχικές εξάρσεις που όλες υποχωρούν πλήρως. Οι εξάρσεις αυτές μπορεί να είναι αρκούντως σοβαρές, ώστε να προκαλέσουν τετραπληγία και ψευδοπρομηκική παράλυση.⁸

Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως, οι επαναλαμβανόμενες προσβολές καταλήγουν σε μόνιμη κινητική και αισθητική αναπηρία. Η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος προκαλεί επιδείνωση των συμπτωμάτων.¹⁴

Το τελικό στάδιο, με την καθήλωση στο κρεβάτι, με ακράτεια, με επώδυνους καμπτικούς σπασμούς των κάτω άκρων και με εμπύρετα επεισόδια από λοίμωξη, αποτελεί μια από τις πιο δραματικές εικόνες στην Ιατρική Επιστήμη.⁹

4.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Όπως και τα κλινικά χαρακτηριστικά έτσι και η πρόγνωση της νόσου ποικίλλει. Πολλοί ασθενείς ζουν 30-40 χρόνια από την εισβολή της νόσου ενώ λίγοι πεθαίνουν μέσα σε ένα έως 3 χρόνια. Ο μέσος χρόνος επιβίωσης είναι 20-30 χρόνια.⁹

Αν και τα ποσοστά στις διάφορες στατιστικές διαφέρουν μεταξύ τους ενδεικτικά από μία σειρά ασθενών αναλυτικότερα στοιχεία έχουν ως ακολούθως: Το 21% παρουσιάζει βραδεία ή μέτρια εξέλιξη τα 15 πρώτα χρόνια, το 4% γρήγορη εξέλιξη στα 5 πρώτα χρόνια. Υπάρχει επίσης ένα ποσοστό που παρουσιάζουν αυτό που λέγεται καλοήθους μορφή της νόσου αν και βέβαια ο ορισμός της μορφής αυτής δεν είναι σαφής. Πάντως περιλαμβάνει τους ασθενείς που παρουσιάζουν ελαφρές και αραιές ώσεις και όπου τα συμπτώματα και σημεία υποχωρούν τελείως ή σε πολύ καλό βαθμό. Ένα μικρό ποσοστό παρουσιάζει τη χρόνια προοδευτική εξελικτική μορφή με ή χωρίς ώσεις.⁹

Θεωρείται πως η πρόγνωση είναι πολύ πιο καλή σε ασθενείς που δεν έχουν σημαντική δυσκολία τα 5 πρώτα χρόνια από την εισβολή της νόσου. Επίσης καλή πρόγνωση έχουν και οι ασθενείς όπου τα αρχικά τους συμπτώματα είναι αισθητικές διαταραχές. Η συμμετοχή του παρεγκεφαλιδικού συστήματος προαναγγέλλει συνήθως δυσμενή εξέλιξη. Πάντως ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών καταλήγει, μετά από χρόνια, κατάκοιτο, με απώλειες ούρων και κοπράνων, με επώδυνους μυϊκούς σπασμούς στα κάτω άκρα και εμπύρετα επεισόδια από λοιμώξεις μια κατάσταση από τις πλέον δυσάρεστες στην Ιατρική Επιστήμη⁹.

Λόγω της καλύτερης φροντίδας των ασθενών η επιβίωσή τους έχει αυξηθεί σε σχέση με το παρελθόν και ο θάνατος επέρχεται συνήθως από ανεξέλεγκτες λοιμώξεις (αναπνευστικού, ουροποιητικού, κατακλίσεις).²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

5.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

5.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

5.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της Σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι ως επί το πλείστον κλινική. Η νόσος προκαλεί χαρακτηριστικές βλάβες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα. Από το ιστορικό των ασθενών αντλούνται πληροφορίες για παρελθόντα σημεία και συμπτώματα που πιθανόν να αγνοήθηκαν, αλλά θα μπορούσαν να αποτελούν εισαγωγικές εκδηλώσεις της νόσου. Η ασφαλής διάγνωση περιλαμβάνει το συνδυασμό του ιστορικού, της αντικειμενικής νευρολογικής εξέτασης και των εργαστηριακών εξετάσεων.^{16,21}

Πιο συγκεκριμένα η διάγνωση της νόσου στηρίζεται στην ανάδειξη διάσπαρτων βλαβών στη λευκή ουσία του κεντρικού νευρικού συστήματος.¹⁰

Η διάγνωση της νόσου επιβεβαιώνεται με παρακλινικές εξετάσεις οι οποίες είναι:

α. Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό (Ε.Ν.Υ.)

Χιλιάδες μελέτες έχουν γίνει στον ορό και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό, προκειμένου να βοηθήσουν στη διάγνωση και στη θεραπεία της Σκλήρυνσης κατά πλάκας. Αυτές αφορούσαν σε τυχόν διαταραχές των υδατανθράκων, λιπών, πρωτεϊνών, ενζύμων, ορμονών, ιχνοστοιχείων κ.λ.π. Επιπλέον ελέγχονται τα κύτταρα, το λεύκωμα, η γ-σφαιρίνη (IgG) και οι ολιγοκλινικές ζώνες. Οι διαταραχές που αφορούν τις πρωτεΐνες του Ε.Ν.Υ. και συγκεκριμένα η αλβουμίνη είναι αυξημένη μόνο από 8-14% πράγμα που δείχνει ότι ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός ελάχιστα επηρεάζεται στη Σ.Κ.Π.^{2,21}

Η αύξηση των ανοσοσφαιρινών του εγκεφαλονωτιαίου υγρού οφείλεται σε ενδογενή παραγωγή τους μέσα στον εγκέφαλο ή σε αυξημένη διαπερατότητα του αιματοεγκεφαλικού φραγμού.²¹

Στη Σ.Κ.Π. ο δείκτης IgG (γ-σφαιρίνη) είναι αυξημένος μέχρι και 76%.²¹

β. Προκλητά δυναμικά

Τα προκλητά δυναμικά σαν νευροφυσιολογικές εξετάσεις είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένα με τη διερεύνηση, επιβεβαίωση και παρακολούθηση της Σκλήρυνσης κατά πλάκας. Η καταγραφή και μέτρηση της ηλεκτρικής αγωγιμότητας των βασικών νευρικών συστημάτων (οπτικό, σωματοαισθητικό, ακουστικό) παρέχει ανεκτίμητη πληροφορία ως προς την αρτηριότητά τους. Στη Σκλήρυνση κατά πλάκας κατά

μείζονα λόγο προσβάλλεται η λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, για το λόγο αυτό η πλέον ενδεδειγμένη ηλεκτροφυσιολογική διερεύνηση της νόσου γίνεται με προκλητά δυναμικά.²²

β.1 Οπτικά προκλητά δυναμικά

Τα οπτικά προκλητά δυναμικά καταγράφονται από την ινιακή περιοχή του τριχωτού της κεφαλής, πάνω από τον οπτικό φλοιό. Ο λανθάνων χρόνος (ΛΧ) είναι εξαιρετικά χρήσιμος στην κλινική αξιολόγηση. Η πιο σημαντική παθολογία του οπτικά προκλητού δυναμικού ανάγεται στην παράταση του ΛΧ και σχετίζεται με απομυελίνωση του οπτικού νεύρου. Σε ενδεικτικές μελέτες η παράταση του ΛΧ γύρω στα 10 msec πέραν του φυσιολογικού είναι ενδεικτικό πιθανής σκλήρυνσης κατά πλάκας, ενώ παράσταση γύρω στα 30 msec είναι ενδεικτική βέβαιας νόσου. Τα οπτικά προκλητά δυναμικά είναι ένα τεστ που μας δείχνει μεγαλύτερα ποσοστά παθολογίας στο οπτικό σύστημα.²²

β.2. Ακουστικά προκλητά δυναμικά

Τα ακουστικά προκλητά δυναμικά καταγράφονται από το σημείο Cz (σύστημα 10 έως 20) με αναφορά την ομόπλευρη προς το αυτί που ερεθίζεται, μαστοειδή απόφυση. Η κυματομορφή που παράγεται παρουσιάζει πέντε θετικές αποκλίσεις στα πρώτα 10 msec από το ερέθισμα και οι αποκλίσεις αυτές χαρακτηρίζονται με το κύμα I που αποδίδεται στο ακουστικό νεύρο, το κύμα II στην περιοχή του ακουστικού πυρήνα, το κύμα III στην περιοχή της άνω ελαιάς και τα κύματα IV και V που μπορούν να εμφανίζονται σαν ένα σύμπλεγμα που αποδίδεται στα κάτω διδύμια. Η κλινική χρησιμότητα των ακουστικών προκλητών δυναμικών ανάγεται στη στενή σχέση των επαρμάτων τους με τις παραπάνω ανατομικές περιοχές. Η εξειδίκευση αυτή επιτρέπει εντόπιση των διαταραχών αγωγιμότητας μέσα στο στέλεχος σε αποστάσεις ενός περίπου εκατοστού.

Συμπερασματικά λοιπόν τα ακουστικά προκλητά δυναμικά είναι ευαίσθητη μέθοδος στη διερεύνηση της ακουστικής οδού μέσα στο στέλεχος και τις πλησίον δομές.²²

β.3. Σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά

Τα σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά καταγράφονται σε διάφορα σημεία κατά μήκος της αισθητικής οδού αφού εφαρμόσουμε ηλεκτρικό ερεθισμό συχνότητας

2-5 Hz ώστε διαδερμικά να ερεθίζονται το μέσο νεύρο ή το κνημιαίο νεύρο ή σπανιότερα και άλλα. Όταν ερεθίζουμε το μέσο νεύρο καταγράφουμε από το βραχιόνιο πλέγμα, από τις οδούς του νωτιαίου μυελού και από τον σωματοαισθητικό φλοιό. Η κλινική χρησιμότητά του ανάγεται στους ίδιους λόγους ανατομικής εξειδίκευσης και σταθερότητας σε μεταβολικές ή φαρμακευτικές επιρροές που αναφέρθηκαν στα ακουστικά προκλητά δυναμικά. Τα σωματοακουστικά δυναμικά παρέχουν πληροφορίες για την αγωγιμότητα στο νωτιαίο μυελό και το στέλεχος. Όπως σε όλα τα προκλητά δυναμικά, έτσι και σε αυτά μετρώνται και αξιολογούνται οι λανθάνοντες χρόνοι των επαρμάτων, το πλάτος και οι διακυματικοί χρόνοι.²²

Η κλινική χρησιμότητα των προκλητών δυναμικών στη Σκλήρυνση κατά πλάκας ανάγεται στην ικανότητά τους:

1. Να αποδεικνύουν παθολογική αγωγιμότητα στο αισθητηριακό σύστημα που εξετάζεται.
2. Να αναδεικνύουν μια κλινικά αφανή δυσλειτουργία ενός αισθητηριακού συστήματος όταν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα από μία άλλη περιοχή του Κεντρικού νευρικού συστήματος.
3. Στο να βοηθούν στον καθορισμό της ανατομικής διασποράς της νοσολογικής διεργασίας και
4. Στο να χρησιμεύουν στην αντικειμενική παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενούς.²²

γ. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEF):

Καταγράφεται η ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου διαμέσου του άθικτου κρανίου. Στην περίπτωση της συγκεκριμένης νόσου, μπορεί να αναδειχθούν ευρήματα σε μικρό ποσοστό που δεν θεωρούνται ειδικά.²

δ. Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου (CT) :

Η πρώτη απεικονιστική μέθοδος που συνέβαλε στην διάγνωση της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας ήταν η Αξονική τομογραφία Εγκεφάλου. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου βοήθησε ιδιαίτερα σε περιπτώσεις διάσπαρτων υποπυκνωτικών περιοχών στην λευκή ουσία αλλά μειονεκτεί σε περιπτώσεις εστιών μικρού μεγέθους. Οι υπόπυκνες αυτές περιοχές μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού ενδοφλεβίως, είτε δεν παρουσιάζουν σκιαγραφική ενίσχυση, είτε παρουσιάζουν ομοιογενή ή δακτυλιοειδή ή

ανομοιογενή ενίσχυση. Σήμερα η αξονική τομογραφία έχει παραχωρήσει την θέση της στην μαγνητική τομογραφία.^{2,23}

ε. Μαγνητική Τομογραφία (M.R.I.):

Είναι πλέον κοινά αποδεκτό ότι η μαγνητική τομογραφία είναι η πιο χρήσιμη επικουρική εξέταση για τη διάγνωση της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας λόγω της ικανότητάς της να αποκαλύπτει ασυμπτωματικές πλάκες στον εγκέφαλο, το στέλεχος, τα οπτικά νεύρα και τον νωτιαίο μυελό. Αναδεικνύει πολυεστιακές εγκεφαλικές βλάβες της λευκής ουσίας σε περισσότερο από το 95% των αρρώστων με κλινικά βέβαιη Σκλήρυνση κατά Πλάκας.^{8,9,10}

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η μαγνητική τομογραφία είναι σε θέση να διαφοροδιαγνώσει ενεργό από μη ενεργό βλάβη ιδιαίτερα μετά από ενδοφλέβια παραμαγνητικού σκιαγραφικού.⁸

στ. Ηλεκτρονυσταγμογράφημα:

Είναι εξέταση η οποία γίνεται για την καλύτερη μελέτη διαπυρηνικής οφθαλμολογίας (διχαστικός νυσταγμός).²

5.2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση στην τυπική περίπτωση με υποτροπιάζουσα πορεία και κλινικά χαρακτηριστικά ενδεικτικά παρουσίας διάσπαρτων βλαβών στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι εύκολη. Είναι χρήσιμο το αξίωμα ότι δεν πρέπει να μπαίνει η διάγνωση της όταν όλα τα συμπτώματα και σημεία μπορεί να αποδοθούν σε μια μόνο βλάβη. Τα οξέα επεισόδια της Σκλήρυνσης κατά πλάκας και τα χρόνια είναι δυνατό να μιμηθούν οι εξής παθολογικές καταστάσεις:²⁴

ΟΞΕΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

- Επιδημικός ίλιγγος
- Μηνιγγοαγγειακή σύφιλη
- Ερυθματώδης λύκος
- Εγκεφαλίτιδα

ΧΡΟΝΙΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

- | Κληρονομικές αταξίες
- | Υποξεία συνδυασμένη εκφύλιση
- | Νόσος κινητικού νευρώνα
- | Προϊούσα οικογενής σπαστική παραπληγία
- | Νεοπλασία νωτιαίου μυελού
- | Αυχενική σπονδύλωση²⁴

5.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική φαρέτρα που υπάρχει σήμερα για την σκλήρυνση κατά πλάκας περιλαμβάνει πληθώρα φαρμάκων, πράγμα που υποδηλώνει ότι:

- 1) Δεν υπάρχει ριζική θεραπεία και
- 2) Αντικατοπτρίζει την ετερογένεια της ανοσοπαθολογίας της νόσου.²²

5.3.1. Κορτικοστεροειδή κ' ACTH

Από μελέτες που έχουν γίνει στα 45 χρόνια από την έναρξη της χρήσης των κορτικοστεροειδών στην θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας, προκύπτει ότι, σίγουρα έχουν θετικά αποτελέσματα στην ταχύτητα υποχώρησης των συμπτωμάτων κατά τις ώσεις, στη υποτροπιάζουσα μορφή. Από τα μέχρι τώρα δεδομένα φαίνεται ότι το θεραπευτικό σχήμα βραχύχρονης χορήγησης υψηλών αποδόσεων μεθυλπρεδνιζολόνης (MP) ακολουθούμενο από βαθμιαία μείωση με πρεδνιζολόνης (Pr), έχει τα καλύτερα αποτελέσματα. Η αναποτελεσματικότητα τους αποδίδεται στην αντιφλεγμονώδη δράση τους και τις ανοσοκατασταλτικές ιδιότητές τους.²⁵

Πρόσφατες έρευνες που μελέτησαν απεικονιστικά την πορεία της νόσου με MRI προ και μετά τη χορήγηση MP καθώς και την εξέλιξη των ασθενών με πρώτο επεισόδιο οπτικής νευρίτιδας μετά από χορήγηση MP, Pr και placebo, θέτουν τα ερωτήματα αν η MP ή τα κορτικοστεροειδή γενικότερα μπορούν να επέμβουν στην εξέλιξη της νόσου, τότε θα πρέπει να αρχίσει η θεραπεία και ποιο είναι το καταλληλότερο θεραπευτικό σχήμα.²⁵

Η χρήση των στεροειδών στην θεραπεία της Κ.Π.Σ. άρχισε πριν από 45 χρόνια περίπου. Ο Fog το 1951 και ο Glaser το 1952 ανέφεραν για πρώτη φορά την χρήση της ACTH στην θεραπεία της Κ.Π.Σ. Αρχικά τα στεροειδή χρησιμοποιήθηκαν για την αντιφλεγμονώδη δράση τους στις εξάρσεις της νόσου. Τώρα είναι πλέον ευρέως παραδεκτό ότι η αποτελεσματικότητά τους πρέπει να αποδίδεται και στις ανοσοκατασταλτικές ιδιότητές τους, γεγονός που έχει σαν αποτέλεσμα να συζητείται η τροποποίηση των θεραπευτικών σχημάτων και ως προς τη δόσολογία και ως προς την διάρκεια της θεραπείας. Ο μηχανισμός δράσης των κορτικοστεροειδών στην Κ.Π.Σ. δεν είναι πλήρως διευκρινισμένο

Αδρενοκορτικοτροπίνη (ACTH)

Μελέτες με ενδομυϊκή χορήγηση ACTH κυρίως στην δεκαετία '60 και '70 σε διάφορα δοσολογικά σχήματα κατέδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλινική βελτίωση των ασθενών που έπαιρναν ACTH σε σύγκριση με τους ασθενείς που έπαιρναν placebo. Η διαφορά όμως αυτή δεν παρέμενε μετά από μακροχρόνια παρακολούθηση και η αίσθηση ήταν ότι υπήρχε διαφορά μάλλον στην ταχύτητα και όχι στο βαθμό αποκατάστασης.²⁵

Η μακροχρόνια χρήση ACTH εκτός από τις σοβαρές παρενέργειες που προκαλεί (οστεοπόρωση, υπέρταση, διαβήτη, υπομανία δεν φαίνεται από τις μελέτες να έχει επιπλέον θετικά αποτελέσματα.

Από ανοσολογικές μελέτες βρέθηκε ότι η ACTH ελαττώνει την σύνθεση της IgG στο Κ.Ν.Σ. και την πυκνότητα των ολιγοκλωνικών αλλά δεν φαίνεται να επιδρά στην σύνθεση των αντισωμάτων έναντι της πρωτεΐνης της μυελίνης.²⁵

Πρεδνιζολόνη

Από τις μέχρι τώρα μελέτες φαίνεται ότι η χορήγηση πρεδνιζολόνης εξ' αρχής από το στόμα δεν έχει θετικά αποτελέσματα ούτε στην υποχώρηση των συμπτωμάτων κατά την ώση ούτε βέβαια στη εξέλιξη της νόσου.

Σε πρόσφατη πολυκεντρική μελέτη σε ασθενείς με οπτική νευρίτιδα (ON) βρέθηκε ότι η πρεδνιζολόνη όχι μόνο δεν έχει θετικά αποτελέσματα στην υποχώρηση των συμπτωμάτων αλλά και ότι η συχνότητα εμφάνισης 2^{ου} επεισοδίου οπτικής νευρίτιδας τα επόμενα 2 χρόνια ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς που πήραν πρεδνιζολόνη από τους ασθενείς με placebo, γεγονός που δεν μπορεί προς το παρόν να εξηγηθεί.²⁶

Δεξαμεθαζόνη

Στην μελέτη του Cendrowski η χορήγηση της δεξαμεθαζόνης κάθε 2^η μέρα για 5 εβδομάδες δεν έδειξε θετικά αποτελέσματα μετά από παρακολούθηση 5 μηνών.²⁵

Όμως σε πρόσφατη μελέτη που έγινε μεταξύ δεξαμεθαζόνης (8 mg/ημ. για 7 ημ., 4 mg/ημ. για 4 ημ., 2 mg/ημ. για 2 ημ. υψηλών δόσεων MP σε υψηλές δόσεις που συνδυάζονται με ελάττωση της IgG στο ΕΝΥ και των CD4 λεμμοκυττά στο περιφερικό αίμα.²⁵

Μεθυλπρεδνιζολόνη (MP)

Για πρώτη φορά οι Dowling et al το 1980 ανακοίνωσαν ότι η χορήγηση υψηλών δόσεων MPIV (600 mg/ημ. για 3 ημ.), ακολουθούμενη από βαθμιαία ελάττωση με πρεδνιζολόνη από το στόμα σε διάστημα 3-4 μηνών, είχε θετικά αποτελέσματα σε 5 από τους 7 ασθενείς. Ακολουθούν και άλλες μελέτες με δόση από 250 έως 1gr IV για 2-7 ημ. Η πρώτη μελέτη με μάρτυρες ανακοινώθηκε το 1986 από τους Durelli et al, οι οποίοι χορήγησαν 4 γρ./ημ. για 5 ημέρες και βαθμιαία διακοπή με πρεδνιζολόνη από το στόμα σε 4 μήνες και βρήκαν ότι η διάρκεια της ώσης ήταν σημαντικά βραχύτερη και ο χρόνος της ύφεσης μεγαλύτερος. Ένα χρόνο αργότερα επιβεβαιώθηκαν τα θετικά αποτελέσματα από τους Milligan et al κυρίως κατά την έξαρση της νόσου στην υποτροπιάζουσα μορφή, ενώ στην χρόνια προϊούσα μορφή η βελτίωση ήταν μικρή κυρίως στο πυραμιδικό σύστημα.²⁵

5.3.2. Ανοσοσφαιρίνες

Τελευταία έχουν δημοσιευθεί μελέτες με ενδοφλέβια χορήγηση ανοσοσφαιρινών στη σκλήρυνση κατά πλάκας με εξάρσεις και υφέσεις. Τα αποτελέσματα που όμως πρέπει να επαληθευτούν σε μεγάλο πληθυσμό πασχόντων δείχνουν στατιστικά σημαντικό όφελος των θεραπευμένων ως προς τον αριθμό των υποτροπών. Το φάρμακο χορηγείται ενδοφλεβίως σε δόση 0,4-2g/kg για 2-5 ημέρες στην έφοδο και αναμνηστικές χορηγήσεις κάθε μήνα ή δίμηνο. Δεν είναι σαφής ο μηχανισμός δράσης του.²²

Τελευταία γίνεται συζήτηση για την πρώιμη έναρξη προφυλακτικής αγωγής της Σ.Κ.Π. με εξάρσεις και υφέσεις και προτείνεται να αναθεωρηθούν τα μέχρι πρόσφατα προτεινόμενα. Το γεγονός ότι σε μεγάλο ποσοστό αρρώστων μετά το πρώτο επεισόδιο, ο προκλινικός έλεγχος παρουσιάζει προφάνεια νόσου, η οποία διαδράμει υποκλινικά, κάνει πολλούς διακεκριμένους κλινικούς να υποστηρίζουν την έναρξη θεραπείας προφύλαξης από την πρώτη κλινική προσβολή, υπό την προϋπόθεση ότι πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια της βέβαιης Σ.Κ.Π. Ο στόχος είναι η ανακοπή ή επιβράδυνση της χρόνιας προοδευτικότητας της νόσου και κατ' επέκταση η διατήρηση του πασχόντος σε όσο το δυνατόν μικρότερο βαθμό αναπηρίας.²²

5.3.3. Ιντερφερόνες

Εδώ και λίγα χρόνια ο νευρολόγος έχει στην διάθεση του της β ιντερφερόνες. Στην ομάδα αυτή ανήκουν οι ιντερφερόνες β₁ α (Aronex και Rebif) που χορηγούνται το πρώτο ενδομυϊκά 1 φορά την εβδομάδα και το δεύτερο υποδορίως 3 φορές την εβδομάδα.²⁰

Οι ουσίες αυτές χορηγήθηκαν στην σκλήρυνση κατά πλάκας αρχικά λόγω των ανοσοστροποιοποιητικών ιδιοτήτων τους και σε μελέτες που ακολούθησαν και συνεχίζοντας δείχνουν ότι ο β ιντερφερόνες παρέχουν μείωση κατά 30% περίπου της συχνότητας υποτροπών καθώς επίσης και του απομυελινωτικού όγκου βλαβών όπου διαπιστώνεται με μελέτες σειρών μαγνητικών τομογραφιών εγκεφάλου. Παράλληλα επιβραδύνουν τη διαδικασία της νευρολογικής αναπηρίας. Έχουμε λοιπόν φάρμακα που επιβραδύνουν την εξέλιξη της πορείας της σκλήρυνσης κατά πλάκας με εξάρσεις και υφέσεις. Τελευταία δε η ιντερφερόνη β 1b εγκρίθηκε επίσης στην θεραπεία της δευτερογενώς προϊούσης μορφής, ενώ μελέτες που βρίσκονται σε εξέλιξη κατατείνουν ότι και οι ιντερφερόνες β₁ α έχουν ενεργητικά αποτελέσματα στην δευτερογενώς προϊούσα μορφή.²²

Οι μηχανισμοί δράσης των ιντερφερονών δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένοι. Όμως στις περισσότερες περιπτώσεις ενεργούν προκαλώντας την επαγωγή ή μεταγραφή ορισμένων γονιδίων έτσι στο ανοσοποιητικό σύστημα. Οι ιντερφερόνες β στην σκλήρυνση κατά πλάκας Α. ρυθμίζοντας τις λειτουργίες των Τ λεμφοκυττάρων όπως την ενεργοποίηση, τον πολλαπλασιασμό και την λειτουργική καταστολή τους, Β. Τροποποιώντας την παραγωγή κυτταροκίνων, ρυθμίζοντας αρνητικά τις προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες και Γ. Ρυθμίζοντας την μετανάστευση των C κυττάρων και την είσοδό τους στο ΚΝΣ μέσω του αιματοεγκεφαλικού φραγμού.²²

Η χρήση των ιντερφερινών αποδείχθηκε ασφαλής και οι παρενέργειες τους μειώνονται με την πάροδο του χρόνου.²²

5.3.4. Ανοσοκατασταλτικά

Από τα ανοσοκατασταλτικά έχουν χρησιμοποιηθεί η αζαθιοπρίνη, η μεθοτρεξάτη, η κλαδριβίνη, η κυκλοσφαμίδη, η μιτοξανδρόνη και η κυκλοσπορίνη. Η αζαθιοπρίνη χρησιμοποιήθηκε σε μερικές μελέτες που περιλάμβαναν και ασθενείς με χρονίως προοδευτική μορφή. Υπήρξε κάποια μείωση στον αριθμό των νόσων χωρίς

επίδραση στην εξέλιξη της αναπηρίας. Μελέτη σε 60 αρρώστους με χρονίως προοδευτική μορφή που πήραν μεθοτρεξάτη δεν έδειξε κάποιο όφελος. Ενδοφλέβια χορήγηση κλαδριβίνης σε ασθενείς με χρονίως προοδευτική μορφή έδωσε σταθεροποίηση της κατάστασής της για 12 μήνες σε σχέση με τους αρρώστους που πήραν εικονικό φάρμακο. Όμως τα αποτελέσματα αυτά δεν επαναλήφθηκαν σε άλλη μελέτη που έγινε σε μεγάλο αριθμό ασθενών. Η κυκλοφωσφαμίδη έχει θεραπευτική επίδραση στην οξεία φάση τόσο στην συχνότητα των ώσεων όσο και στην μαγνητική τομογραφία. Επί του παρόντος μελετάται στην χρονίως προοδευτική μορφή. Όμως η αφέλεια του φαρμάκου μετριάζεται πολύ λόγω καρδιοτοξικότητας. Η κυκλοσπορίνη που σαν ισχυρό ανοσοκατασταλτικό χορηγείται συχνά στις μεταμοσχεύσεις χρησιμοποιήθηκε σε μια μεγάλη μελέτη ασθενών με προοδευτική ΣΚΠ. Πέραν μιας μικρής επιβράδυνσης στην εξέλιξη, υπήρξε σοβαρή νεφροτοξικότητα.²²

Μελέτες με τον ανοσοτροποποιητή Linomide διακόπηκαν λόγω σοβαρής καρδιοταξικότητας. Η πλασμαφαίρεση βρέθηκε να έχει κάποιο ευεργετικό αποτέλεσμα σε μερικές μικρές τυχαιοποιημένες μελέτες. Είναι όμως δύσκολο να αποδοθεί στην πλασμαφαίρεση επειδή αυτή συνοδεύεται από θεραπεία σε κορτικοστεροειδή ή και ανοσοκατασταλτικά.²²

Μια κάποια ευνοϊκή επίδραση που έχει αναφερθεί μετά καθολική ακτινοβολία με χαμηλή ολική δόση πρέπει να επιβεβαιωθεί σε περαιτέρω μελέτες.²²

Η ανακούφιση των συμπτωμάτων της σκλήρυνσης είναι για τον θεράποντα πρόβλημα άλλοτε άλλης δυσκολίας ανάλογα με την φύση και την ένταση του συμπτώματος.²²

Οι μισοί περίπου των ασθενών παρουσιάζουν κατάθλιψη με μείζονος τύπου χαρακτήρα. Η κατάθλιψη μπορεί να επιδεινωθεί με την β ιντερφερόνη. Ο συνδυασμός κατάθλιψης και κόπωσης αποτελούν το πιο συχνό αίτιο διακοπής της θεραπείας με β ιντερφερόνη.²²

Θεραπευτικά είναι προτιμότεροι οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης παρά τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά με τις αντιχολινεργικές τους παρενέργειες. Από τα οξέα σύνδρομα πάνω τα πιο συχνά είναι η νευραλγία τριδύμου που συνήθως υφίσταται με καρβαμαζεπίνη. Η μισοπροστόλη, ένα ανάλογο της προσταγλανδίνης E1 είχε επίσης καλά αποτελέσματα, όπως και η γκαμπαπευτίνη.²²

Άλλες παροξυσμικές εκδηλώσεις όπως το σύνδρομο δυσαρθρίας-αταξίας ανταποκρίνονται καλά στην καρβαμαζεπίνη, αλλά και η βρωμοκρυπτίνη φαίνεται να βοηθά. Ο χρόνιος πόνος στην ΣΚΠ είναι συχνά δύσκολο να αντιμετωπισθεί σε σχέση

με σύνδρομο οξέος πόνου. Από τους πλέον δυσίατους πόνους είναι ο δυσαισθητικός πόνος των άκρων που δεν ανταποκρίνεται πάντα στην αμιτρυπιλίνη και στην περίπτωση αυτή η gabapentin έχει αναφερθεί ότι βοηθά. Ο οσφυϊκός πόνος που σχεδόν πάντα υπάρχει και είναι επακόλουθα της αδυναμίας, της σπαστικότητας και της κακής θέσης που έχουν οι καθηλωμένοι ασθενείς, ανταποκρίνονται καλύτερα στη φυσιοθεραπευτική αγωγή παρά σε αναλγητικά αν και καμιά φορά ωφελεί ο διαδερμικός ερεθισμός νεύρου. Όσον αφορά στην κόπωση που είναι το πιο κοινό σύμπτωμα στη ΣΚΠ και συναντάται σε όλα τα στάδια της νόσου. Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός της κόπωσης δεν έχει ακόμα διευκρινισθεί. Υπάρχουν μελέτες που συνιστούν την αμανταδίνη και την πεμολίνη αλλά μόνο η πρώτη βελτίωσε σημαντικά την κλίμακα κόπωσης της ΣΚΠ.²²

Άλλα φάρμακα σταθεροποιητές μεμβράνης είναι οι αναστολείς διαύλων καλίου 4 αμινοπυριδίνη και 3-4 διαμινοπυριδίνη. Φαίνεται ότι η δράση τους είναι δόσοεξαρτώμενη. Η δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστεως αντιμετωπίζεται καλύτερα τα τελευταία χρόνια με τον αυτοκαθετηριασμό και αντιχολινεργικά φάρμακα όπως η οξυβουτίνη. Η νυκτουρία αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά με την αντιδιουρητική ορμόνη δεσμοπρεσσίνη. Όσον αφορά στη σεξουαλική δυσλειτουργία στους άνδρες ασθενείς μελέτες που ακόμα είναι σε εξέλιξη δείχνουν ότι η σιλденаφίλη είναι αποδοτική και καλά ανεκτή. Η σπαστικότητα αντιμετωπίζεται με baclofen και την τιζανιδίνη που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό σε δύσκολες περιπτώσεις, ενώ για την αταξία που ίσως είναι το πλέον αναπηρικό σύμπτωμα η χρήση ισονιαξίδης καρβαμαζεπίνης ή κλοναζεπάμης σπάνια αποδίδει.²²

Συμπερασματικά, οι διαθέσιμες σήμερα θεραπείες τόσο για την ώση όσο και για την εξέλιξη της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι ελπιδοφόρες αν και δεν παρέχουν ριζική θεραπεία της νόσου. Η πλήρης διευκρίνιση του παθοφυσιολογικού μηχανισμού και των καταλυτών της αυτοάνοσης διεργασίας της αρρώστιας ελπίζεται ότι στο εγγύς μέλλον ίσως ωθήσει τα πράγματα σε πολύ αποτελεσματικότερες λύσεις.²²

ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Πίνακας 1 ^{25,26}		
ΟΥΣΙΑ	ΔΟΣΗ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Πρεδνιζόνη	60 mg	Γαστρικό έλκος Κόπωση
Μεθυλπρεδνιζολόνη	1000Mg IV	Γαστρικό έλκος Κόπωση
ACTH	80IU IM ή IV	Γαστρικό έλκος Κόπωση Οίδημα
Αζαθειοπρίνη	1,5-2 Mg/24h	Λέμφωμα Αναπλαστική Αναιμία
Κυκλοφωσφαμίδη	-	Διακοπή παραγωγής λευκών αιμοπεταλίων Αιμορραγική κυστίτιδα
B Ιντερφερόνη	-	Συμπτώματα γρίπης λοίμωξη, κατάθλιψη, κακουχία, ρίγος, πυρετός
A Ιντερφερόνη	-	Συμπτώματα γρίπης, λοίμωξη, κατάθλιψη, κακουχία, ρίγος, πυρετός
Ανθρώπινη ανοσοσφαιρίνη (γλοβουλίνη)	2 Mg/Kg IV για 5 ημέρες	Αναφυλαξία

5.3.5. Αντιμετώπιση παροξυντικών εκδηλώσεων, τρόμου και σπαστικότητας

Η αντιμετώπιση των παροξυντικών εκδηλώσεων, τρόμου και σπαστικότητας είναι συμπτωματική και μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της ζωής των ασθενών.

Τα παροξυντικά φαινόμενα είναι βραχύτατης διάρκειας νευρολογικές εκδηλώσεις, στερεοτύπως και πολλάκις την ημέρα επαναλαμβανόμενες. Παράγονται στην περιοχή της απομυελινωτικής πλάκας και οφείλονται στην εγκάρσια μετάδοση των νευρικών ώσεων στους παρακείμενους νευράξονες.²⁷

Ο τρόμος που εμφανίζεται στην κατά πλάκας σκλήρυνση είναι κυρίως ο τρόμος ενέργειας και οι επιπτώσεις του κυμαίνονται από την απλή και μόνο παρουσία μέχρι μεγάλου βαθμού αναπηρία. Όπως συμβαίνει και με τη σπαστικότητα. (5^ο Συνέδριο).

Υπάρχει μια σειρά θεραπευτικά μέτρα, τα οποία δρουν σε διαφορετικά επίπεδα και τα οποία σε συνδυασμό μπορούν να παρουσιάζουν αθροιστικό αποτέλεσμα. Βέβαια ανάλογα με τα συμπτώματα και την κλινική εικόνα του κάθε ασθενή ακολουθείται η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.²⁷

Παρακάτω ακολουθούν πίνακες με τα κυρίως φάρμακα που χορηγούνται για τα παροξυντικά συμπτώματα, τον τρόμο και τη σπαστικότητα. Επιπλέον σημειώνεται η δοσολογία και οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους.

Πίνακας 2²⁷ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΡΟΞΥΝΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ		
ΟΥΣΙΑ	ΔΟΣΗ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Καρβαμαζεπίνη	100-300mg/24h	Αταξία
Φαινυτοΐνη	100-400mg/24h	Αταξία

Πίνακας 3²⁷ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΤΡΟΜΟ		
ΟΥΣΙΑ	ΔΟΣΗ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Γκαμπαπεντίνη	600-2.400mg/24h	Ασυνεργασία κινήσεων- ζαλάδα
Δεσιπραμίνη	>150mg/24h	Υπνηλία

Επιπλέον μια άλλη μέθοδος για την αντιμετώπιση του τρόμου είναι η χειρουργική παρέμβαση. Αυτή περιλαμβάνει τη στερεοτακτική θαλαμοτομή, η οποία προκαλεί βλάβη στον κοιλιοπλάγιο πυρήνα. Ο κίνδυνος των επιπλοκών όμως, είναι υψηλός και περιλαμβάνει ημιπληγία, αταξία και περαιτέρω επιδείνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Είναι ξεκάθαρο ότι η επέμβαση αυτή είναι συμπτωματική θεραπεία. Τα αποτελέσματα της είναι συχνά μηδαμινά, λόγω των επιπλοκών και της προοδευτικής εξέλιξης της νόσου.²⁷

Υπάρχει μια σειρά από θεραπευτικές προσεγγίσεις της σπαστικότητας, ενός συμπτώματος που χρειάζεται μακροχρόνια και προοδευτικά εντονότερη θεραπευτική παρέμβαση.²⁷

Σχήμα 1²⁷

Βήματα Θεραπευτικής προσέγγισης	Φαρμακευτική αγωγή
Αρχική θεραπεία σε ήπια ή μέτρια σπαστικότητα	- Baclofen - Diazepam - Tizandline - Dantrolen
Θεραπεία σπαστικότητας εντοπισμένων μυϊκών ομάδων	Περιφερειακός χημικός αποκλεισμός - Phenol - Alcohol - Botulinum tocin I.M.
Σοβαρή, διάχυτη και ανθεκτική σπαστικότητα	↓ - Baclofen ενδοθηκικώς - Ενδοθηκικός χημικός αποκλεισμός phenol, alcohol - Χειρουργική εκτομή ριζών, τενόντων, μυών - μικροχειρουργικές εκλεκτικές βλάβες

Πίνακας 4 ²⁷ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ		
ΦΑΡΜΑΚΟ	ΔΟΣΗ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Baclofen	20 - 120mg/24h.	Μυϊκή αδυναμία, υπνηλία
Diazepam	2mgX3 - 20mgX3/24h.	Καταστολή
Tizanidine	2mgX3 - 8mgX3/24h.	Αδυναμία, ζαλάδα
Dantrolene	25mg – 100mgX4/24h.	Τοξική ηπατίτιδα, Αδυναμία

5.3.6. Αυτομεταμόσχευση αιμοποιητικών προβαθμιδών

Η αυτομεταμόσχευση αιμοποιητικών προβαθμιδών (HSCT) αποτελεί μια νέα μέθοδο για την αντιμετώπιση βαρέων αυτοάνοσων νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένης της Σκλήρυνσης κατά πλάκας.²⁸

Στη νέα αυτή μέθοδο 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 κ.λ.π.) με τη λήψη μοσχεύματος αιμοποιητικών προβαθμιδών που προέρχονται από το αίμα του ίδιου του ασθενή.²⁸

Με τη μέθοδο αυτή δεν επιτεύχθηκε πλήρης θεραπεία, αλλά μια σταθεροποίηση ή βελτίωση των ασθενών με Σκλήρυνση κατά πλάκας. Χρειάζεται όμως μακροχρόνια παρακολούθηση για να διαπιστωθεί αν είναι ωφέλιμη η δράση της μεθόδου, η αν απλά δημιουργεί μετά από καιρό τοξικότητα στον οργανισμό.²⁸

5.3.7. Χειρουργική προσέγγιση

Η χειρουργική προσέγγιση είναι το τελευταίο καταφύγιο στην αντιμετώπιση της νόσου. Περιλαμβάνει εκτομή πρόσθιων και οπίσθιων ριζών, τενοντοτομή ή και μυοτομή.²⁷

Μια άλλη επέμβαση είναι αυτή που περιλαμβάνει μικροχειρουργικές τεχνικές με στόχο την περιφερική εκλεκτική νευροτομή και την βλάβη στην περιοχή εισόδου των οπίσθιων ριζών στον νωτιαίο μυελό. Είναι μια ελπιδοφόρα μέθοδος που γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα.²⁷

5.3.8. Φυσικοθεραπευτική αγωγή

Εκτός από τις φαρμακευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται και για την θεραπεία ή την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη εξασθένηση της νόσου με μείωση των συμπτωμάτων για την βελτίωση της γενικής κατάστασης του αρρώστου, ακολουθείται και η φυσιοθεραπεία ως συμπλήρωμα της θεραπευτικής αγωγής.¹⁵

Ο σχεδιασμός της φυσικοθεραπευτικής αγωγής πρέπει να έχει πάντα ένα μακροπρόθεσμο πλάνο, όπου θα παρακολουθεί με ηρεμία και προσοχή την εξέλιξη της πάθησης και θα προσαρμόζεται ανάλογα, αξιοποιώντας τα μεταξύ των κρίσεων (ώσεων) καλά χρονικά διαστήματα υποστηρίζοντας και προετοιμάζοντας με τον τρόπο αυτό τον ασθενή στην αντιμετώπιση των δύσκολων περιόδων του.¹⁵

Η φυσικοθεραπεία έχει ζωτικό ρόλο στο να περιορίζει τις επιπλοκές της Σκλήρυνσης κατά πλάκας. Επαγγελματίες φυσιοθεραπευτές εξειδικευμένοι στην αντιμετώπιση της Σκλήρυνσης κατά πλάκας παρέχουν σε ειδικά θεραπευτικά κέντρα τόσο ατομική όσο και ομαδική θεραπευτική φροντίδα. Οι ατομικές συνεδρίες παρέχουν την βάση για την εκπαίδευση του ασθενή σε ειδικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει και τις πλέον απαραίτητες ασκήσεις για να ελέγξει και να βελτιώσει αυτές τις δυσκολίες. Η ατομική πρόοδος του καθενός μπορεί μετά να παρακολουθήσει και το πρόγραμμα του/της να προσαρμοστεί έτσι ώστε να συμπεριλαμβάνει οποιαδήποτε αλλαγή σε μια κατάσταση τη στιγμή από την οποία αυτή θα παρατηρηθεί. Η άσκηση δεν είναι ποτέ εύκολη, αλλά από τους ασθενείς ζητάται να κάνουν μόνο αυτά για τα οποία είναι ικανοί και ό,τι είναι κατάλληλο για την κατάσταση της ασθένειάς τους. Το να λαμβάνουν φυσικοθεραπεία ομαδικά βοηθά τους περισσότερους ανθρώπους στο να ακολουθούν αυστηρά το πρόγραμμα εξάσκησης τους και μεταμορφώνει αυτή την ουσιαστική προσπάθεια σε μια ευχάριστη ομαδική εμπειρία.¹⁵

Σε γενικές γραμμές θα λέγαμε ότι η φυσικοθεραπεία:

- α Καθορίζεται σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό και τον ασθενή με ρύθμιση των προτεραιοτήτων που υπάρχουν.
- α Δυναμώνει και τονώνει το σώμα το οποίο έχει την τάση να ατροφεί και να αδρανεί.
- α Συμβάλλει στην πρόληψη των επιπλοκών κατά το μέτρο του δυνατού.

α Εκπαιδεύει τον ασθενή σε διάφορες τεχνικές λειτουργίας και αυτοεξυπηρέτησης μεγεθύνοντας το βαθμό ανεξαρτησίας του, σε συνδυασμό πάντα με το πρόγραμμα εργασιοθεραπευτικής υποστήριξης.

α Επιβεβαιώνει την «θετική προσέγγιση» συνδυάζοντας τις δυνατότητες με τη συγκεκριμένη εκπλήρωση των στόχων.

α Βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει την λειτουργία του σώματος δίχως να τον πιέζει και να τον κουράζει.

α Στην ανταλλαγή πληροφοριών διεθνώς πάνω σε θέματα λειτουργικής αποκατάστασης και θεραπευτικής αντιμετώπισης.

α Στην εξυπηρέτηση των ασθενών μέσω διαφόρων βοηθημάτων και έντυπου πληροφοριακού υλικού.

α Στην ψυχολογική υποστήριξη και τόνωση των ασθενών.

α Στην συνεργασία με διάφορα κοινωφελή ιδρύματα και

Στην διοργάνωση ειδικών ημερίδων, σεμιναρίων και συνεδρίων απ' όπου μέσα σε εκλαϊκευμένες διαλέξεις θα πληροφορούν τους ενδιαφερόμενους σε θέματα σχετικά με την αντιμετώπιση της νόσου.¹⁵

5.3.9. Διατροφή

Η εφαρμογή υγιεινών συνηθειών στη διατροφή είναι ένας σημαντικός παράγοντας, που δεν θα πρέπει να θεωρείται δευτερεύουσας σημασίας.

Κακές διατροφικές συνήθειες του παρελθόντος, περισσότερο βάρος ή ακόμα και τάση προς παχυσαρκία, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψιν και να χαράσσεται ένα ορθολογικό πρόγραμμα ελεγχόμενης διατροφής, που σκοπό θα έχει την πρόσληψη από τον οργανισμό ενέργειας και την αποφυγή ασκόπων ουσιών που πιθανόν ακόμα και να επιβαρύνουν την κατάσταση της υγείας.¹⁵

Έχοντας υπόψη ότι τρώμε για να εφοδιαστούμε με θρεπτικά στοιχεία και για να φορτίσουμε με ενέργεια για όλες τις ηθελημένες ή αθέλητες σωματικές, διανοητικές και συγκινησιακές δραστηριότητες φροντίζουμε:

α Οι κατάλληλες θρεπτικές ουσίες να τρώγονται στις σωστές ποσότητες και σε αρμονικούς συνδυασμούς.

α Οι ουσίες αυτές να χωνεύονται εύκολα και να απορροφώνται.

α Όλες οι ουσίες που δεν χρησιμοποιούνται στη διαδικασία της χώνευσης να αποβάλλονται εύκολα και τελείως από το σώμα.¹⁵

Γενικά στη διατροφή ασθενούς με Σκλήρυνση κατά πλάκας πρέπει να καταναλώνονται τροφές με λιγότερα λιπαρά, ειδικά πρέπει να αποφεύγεται το ζωϊκό λίπος. Αντίθετα δημητριακά, σιτηρά, όσπρια, φρούτα, λαχανικά, γάλα και γαλακτομικά προϊόντα πρέπει να εμπεριέχονται οπωσδήποτε στη διατροφή.

- α Είναι αναγκαίο να θυμόμαστε ότι από τις τροφές που προσλαμβάνονται πρέπει να διευκολύνονται μακροπρόθεσμα οι λειτουργίες του σώματος. Όπως πρέπει να δίνεται σημασία στον τρόπο που γίνεται το μαγείρεμα, διότι πολλοί τρόποι, όπως για παράδειγμα το τηγάνισμα, από μόνα τους αρκούν για να δημιουργήσουν επιβλαβείς για τον οργανισμό ουσίες και να δυσχεράνουν τις φυσιολογικές λειτουργίες του.^{15,17}

5.3.10. Η Φαρμακευτική χρήση της καννάβης στη θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας

Ένα φάρμακο για τους πάσχοντες από Σκλήρυνση κατά πλάκας, βασισμένο στην κάνναβη, θα είναι σε λίγο καιρό διαθέσιμο κατόπιν συνταγής στην Βρετανία.

Η GW Pharmaceuticals, με έδρα το Ηνωμένο Βασίλειο, αναφέρει πως οι ομάδες παραγωγής και μάρκετινγκ είναι σε ετοιμότητα να λανσάρουν το Sativex, που υποβλήθηκε σε διαδικασίες για την λήψη της ρυθμιστικής του έγκρισης. Η GW Pharmaceuticals είναι η μόνη εταιρεία που μπορεί νόμιμα να αναπτύξει και να παράγει θεραπείες που προέρχονται από την κάνναβη.²⁹

Ανέκδοτες αποδείξεις φανερώνουν πως περισσότερο από το 10% των πασχόντων από Σκλήρυνση κατά πλάκας, χρησιμοποιούν κάνναβη παράνομα, για να ανακουφιστούν από τα συμπτώματα πόνου, μυϊκών σπασμών και τρέμουλου.

Η GW Pharmaceuticals έχει αναπτύξει τρεις τρόπους χορήγησης του φαρμάκου. Ο πρώτος είναι ψεκάζοντάς το στόμα, ο άλλος λαμβάνοντάς το σε χάπι και ο τρίτος, με χρήση ψεκαστήρα –κάτι σαν τη συσκευή εισπνοής για το άσθμα.²⁹

Ωστόσο, οι ειδικοί προειδοποιούν ότι η κάνναβη δεν είναι πανάκεια και όπως συνιστά και η Marianne Miles, διευθύντρια της Κοινότητας Σκλήρυνσης κατά πλάκας, πρέπει να χρησιμοποιηθεί με προσοχή.²⁹

Για όσους έχουν πόνους ή σπαστικότητα, αν υπάρξει με κάποιο τρόπο η δυνατότητα ανακούφισης από τα συμπτώματα, τότε πολλοί είναι αυτοί που λένε ότι θα μπορούσαν να ζήσουν με την σκλήρυνση ως ασθένεια –από τη στιγμή που θα ήταν

σε θέση να απαλλαγούν από ορισμένα συμπτώματα που συνοδεύουν αυτή την κατάσταση.²⁹

Λόγω του περιεχομένου της κάνναβης, το Sativex θα απαιτήσει μια αλλαγή στο νόμο, την οποία οι υπουργοί του Ηνωμένου Βασιλείου έχουν ήδη πει ότι θα προτείνουν.

Από τη στιγμή που η GW Pharmaceuticals κερδίσει την έγκριση από τους Βρετανούς ρυθμιστές, θα αρχίσει τη σχετική διαδικασία και αλλού στην Ευρώπη και την Βόρεια Αμερική.²⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

- 6.1 **ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ
ΑΡΡΩΣΤΟΥ**
- 6.2 **ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ
ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ**
- 6.3 **ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ
ΤΟΥΣ ΚΑΙ Η ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ
ΠΛΑΚΑΣ**

6.1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

- Ø Μεταβολές στην άνεση: Έλλειψη άνεσης, δευτεροπαθής προς τον πόνο, ιλίγγους, μεταβολές βάρδισης
- Ø Μεταβολές στην αντίληψη και το συντονισμό
- Ø Μεταβολές στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας, δευτεροπαθής προς τη δυσκολία στην κίνηση
- Ø Αυτοαντίληψη: μεταβολές στο σωματικό είδωλο
- Ø Μεταβολές στη θρέψη: κακή θρέψη εξαιτίας απώλειας της όρεξης, ναυτίας και εμετών, αδυναμία σίτισης
- Ø Ελαττωματική κίνηση: περιορισμένη τροχιά κινήσεων, ελάττωση μυϊκού τόνου, ελάττωση κινήσεων
- Ø Σύγχυση: Έλλειψη προσανατολισμού προς τα πρόσωπα, χρόνο, χώρο και λοιπά
- Ø Διεργασίες σκέψης ελαττωματικές: μειωμένη ικανότητα για συλλογισμό και κρίση
- Ø Μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης

Μεταβολές στη λειτουργία εσωτερικών οργάνων: κυκλοφορικού, αναπνευστικού, ουροδόχου κύστης και λοιπά.³⁰

6.2. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Οι συναισθηματικές διαταραχές στην σκλήρυνση κατά πλάκας είναι ένα αναπόσπαστο κριτικό στοιχείο αυτής της νόσου. Δεν υπάρχει σχεδόν κανένας ασθενής που να μην έχει δοκιμάσει τουλάχιστον μία φορά, βασανιστικές γι' αυτόν συναισθηματικές διαταραχές, που άλλοτε παίρνουν την μορφή της κατάθλιψης, άλλοτε του άγχους, της ανησυχίας, της ευφορίας, της αδυναμίας χαλιναγώγησης του συναισθήματος και μερικές φορές μπορούν να οδηγήσουν τον ασθενή ακόμη και σε ψυχιατρική νόσο όπως η μανία ή η μανιοκατάθλιψη. Ήδη από τότε που πρωτοπεριγράφηκε η νόσος από τον Σαρκό πριν από εκατό και πλέον χρόνια, είχαν επιστήσει στην προσοχή στις συναισθηματικές διαταραχές που παρουσίαζαν οι σκληρυντικοί ασθενείς, αναφέροντας την ευφορία σαν χαρακτηριστική διαταραχή, την οποία όμως απαντούμε σε άτομα με προϊούσα νόσο και συνοδεύεται συνήθως από βαριά κινητική αναπηρία.²⁸

Σήμερα γνωρίζουμε ότι η χαρακτηριστικότερη συναισθηματική διαταραχή που συναντούμε στην σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η κατάθλιψη. Βέβαια η κατάθλιψη είναι μια συνηθισμένη διαταραχή σε όλους τους ανθρώπους, ασθενείς και υγιείς. Το βέβαιο όμως είναι ότι στους σκληρυντικούς ασθενείς η συχνότητα της κατάθλιψης είναι πάρα πολύ μεγαλύτερη απ' ότι στους υγιείς όπως έχει αποδεχτεί από σειρά νευροψυχολογικών μελετών. Συνήθως είναι μετρίου βαθμού αλλά συχνά υπολανθάνει της προσοχής των θεράποντων ιατρών. Πολλές φορές ο ασθενής μπορεί να λέει «νιώθω κατάθλιψη» εννοώντας την απογοήτευση ή την λύπη. Άλλες φορές πάλι να μην μιλάει καθόλου για τις συναισθηματικές του διαταραχές που μπορεί να τον οδηγήσουν και σε απόπειρες αυτοχειρίας. Είναι ένα βασικό στοιχείο το οποίο πρέπει ιδιαίτερα να προσέχει ο νευρολόγος ιδιαίτερα στα πλαίσια των νέων θεραπευτικών σχημάτων. Η ιντερφερόνη Β που αποτελεί το συνηθέστερο σύγχρονο φάρμακο για την ΣΚΠ μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη ή να επιδεινώσει ήδη υπάρχουσα, οπότε ιδιαίτερα στα άτομα που παίρνουν αυτό το φάρμακο πρέπει να εξετάζουμε αυτόν τον παράγοντα.^{31,32}

Ένα μεγάλο ερώτημα που απασχόλησε πολλούς ερευνητές είναι κατά πόσο η κατάθλιψη είναι αντιδραστική ή έχει οργανική βάση δηλαδή αποτελεί ένα ακόμη σύμπτωμα της νόσου όπως είναι η διπλωπία, η θολή όραση και τα υπόλοιπα σωματικά προβλήματα Αναμφίβολα ένας ασθενής που έχει να αντιμετωπίσει μια

χρόνια νόσο, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσει κατάθλιψη απ' ότι ένας υγιής όμως είναι βέβαιο και έχει πλέον αποδειχτεί ότι υπάρχει και οργανικότητα στην κατάθλιψη των σκληρυντικών ασθενών. Κατάθλιψη δεν παρουσιάζουν μόνο οι ασθενείς με αυξημένη αναπηρία αλλά και άτομα πλήρως λειτουργικά που βρίσκονται στην έναρξη της νόσου.

Επίσης μελέτες που έχουν γίνει με Μαγνητική Τομογραφία κατέδειξαν ότι η μεγαλύτερη συχνότητα κατάθλιψης απαντάται στους ασθενείς που έχουν αλλοιώσεις, τις λεγόμενες απομυελινωτικές εστίες, στον κροταφικό λοβό, ένα τμήμα του εγκεφάλου που είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το συναίσθημα. Ακριβώς επειδή είναι ιδιάζουσα η κατάθλιψη στη ΣΚΠ, δηλαδή αντιδραστική και οργανική, οι χαρακτήρες της είναι διαφορετικοί σε σχέση μ' αυτή που παρουσιάζουν οι υγιείς. Ενώ στους υγιείς η κατάθλιψη παρουσιάζει απόσυρση, ελαττωμένη αυτοεκτίμηση και ενδιαφέρον, στους σκληρυντικούς η κατάθλιψη εκδηλώνεται με θυμό, ευερεθιστότητα, τρομερή ανησυχία, αδυναμία χαλιναγώγησης του συναισθήματος και των αντιδράσεών τους. Συχνά ο σκληρυντικός θα οδηγηθεί σε εκρήξεις οργής, ιδιαίτερα στα οικεία του άτομα και αυτό θα είναι απλώς μια εκδήλωση της κατάθλιψής του, ένα σύμπτωμα της νόσου και σαν τέτοιο πρέπει να το αντιμετωπίζουν οι οικείοι του. Όχι σαν ένα «νάζι» ή μία προσπάθεια να τραβήξουν την προσοχή, αλλά ένα ακόμη σύμπτωμα με το οποίο καθημερινά παλεύει ο ασθενής. Ήδη από το 1926 υπάρχουν ερευνητές, οι Κότερ και Γουίλσον, οι οποίοι επέστησαν την προσοχή ιδιαίτερα στην κατάθλιψη τονίζοντας ότι τα πιο σημαντικά προβλήματα που προκαλούν αληθινή αναπηρία στους ασθενείς είναι οι συναισθηματικές διαταραχές και όχι οι νευρολογικές υπό τη στενή έννοια του όρου.³¹

Επίσης μία σημαντική διαταραχή που πολλές φορές προηγείται μιας «ώσης», δηλαδή μίας κλινικής επιδείνωσης. Είναι πάρα πολύ συχνό πριν από τα σωματικά συμπτώματα να προηγείται περίοδος έντονου ανεξήγητου άγχους ή το έντονο άγχος και το καταθλιπτικό συναίσθημα να αποτελούν το πρώτο σύμπτωμα της νόσου πριν από τα κλασσικά συμπτώματα της διπλωπίας, παρέσεων, θολής όρασης κ.λ.π. Πρέπει λοιπόν ο θεραπευτής να δίνει ιδιαίτερη σημασία στις συναισθηματικές διαταραχές και να μην υπολανθάνουν της προσοχής του. Μπορούμε να συναντήσουμε ασθενείς κινητικά λειτουργικούς αλλά με βαριά κατάθλιψη, οι οποίοι είναι βέβαιο ότι συν τω χρόνω θα παρουσιάσουν και κινητική επιδείνωση αν δεν αντιμετωπιστεί η κατάθλιψή τους. Ενώ αντίθετα ασθενείς που παρουσιάζουν υψηλού βαθμού αναπηρία

διατηρώντας συναισθηματική ισορροπία, μπορούν να οδηγηθούν σε μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής γι' αυτούς και τις οικογένειές τους.³¹

Η σκλήρυνση κατά πλάκας κυρίως είναι μία δοκιμασία ψυχής και σαν τέτοια πρέπει να την αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, οι οικείοι τους αλλά και ο νευρολόγος που πρέπει να αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν μία ψυχοσωματική οντότητα και όχι μόνο σαν ένα κλινικό σύμπτωμα.³¹

6.3. ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ Η ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Το θέμα της οικογένειας μπροστά στην χρόνια νόσο παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον διότι η οικογένεια είναι αυτή που παραμένει ο κύριος φορέας φροντίδας του ασθενούς σε μια εποχή ουσιαστικής απουσίας του κράτους. Επίσης πολλά προβλήματα που προέρχονται από την σκλήρυνση κατά πλάκας έχουν οικογενειακή αλλά και κοινωνική προέκταση. Οι κοινωνικές προεκτάσεις είναι σημαντικές σε πολλούς τομείς της επιστημονικής διαχείρισης της κατάστασης και αυτό γιατί:³²

Πρώτον, η ασθένεια συχνά εμφανίζεται σε μια περίοδο κρίσιμων αποφάσεων για τη ζωή όπως γάμος, απόκτηση παιδιών, επέκταση εργασιών. Έτσι για τους θεραπευτές και άλλους επιστημονικούς συμβούλους η κατανόηση και ο χειρισμός των σωματικών συνεπειών της ασθένειας θα μπλεχτεί με ανησυχίες των ασθενών και των οικογενειών τους για το μέλλον. Θα θελήσουν να μάθουν ή να προβλέψουν ή τουλάχιστον θα προσπαθήσουν να μαντέψουν τις συνέπειες της σωματικής τους κατάστασης για το μέλλον τους.³³

Δεύτερον, το μεγαλύτερο μέρος χειρισμού της σκλήρυνσης κατά πλάκας όπως και η περισσότερη φροντίδα γενικά, θα συμβεί μέσα σε άτυπες και οικογενειακές καταστάσεις όπου η καθημερινή περιποίηση θα γίνεται από μέλη της οικογένειας. Οι επιστημονικές συμβουλές συχνά θα περνούν τόσο μέσα από τις αξίες, τάσεις και δραστηριότητες των μελών της οικογένειας όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς. Έτσι, η αποτελεσματικότητα και η επιτυχία των θεραπειών θα εξαρτάται εν μέρει από την εκτίμηση του κεντρικού ρόλου της οικογένειας στο χειρισμό της κατάστασης.³³

Ο Burnfield εξηγεί τη σημασία της συμμετοχής της οικογένειας στην σκλήρυνση κατά πλάκας λέγοντας: Όταν κάποιος έχει σκλήρυνση κατά πλάκας όλη η οικογένεια έχει σκλήρυνση κατά πλάκας επίσης. Αυτό σημαίνει ότι όλη η οικογένεια πρέπει να φτάσει στα πλαίσια της σκλήρυνσης κατά πλάκας στις διαπροσωπικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια, καθώς επίσης και στα συναισθήματα για τον ίδιο τους εαυτό. Όμως, μπορεί να δημιουργηθεί θέμα αρχικά γύρω από τα σωματικά χαρακτηριστικά και τις συνέπειες της ασθένειας και για το ότι μπορεί να σημαίνει για το κάθε άτομο της οικογένειας και για την οικογένεια ολόκληρη.³³

Ίσως δεν υπάρχει μεγαλύτερος ψυχικός πόνος σε ένα γονέα με την σκέψη και μόνο ότι το παιδί του ασθενεί. Πολύ δε περισσότερο όταν έχει να κάνει με μια χρόνια πάθηση που συχνά έχει απρόβλεπτη εξέλιξη.

Στις περιπτώσεις που η πάθηση κάνει σχετικά νωρίς την εμφάνισή της είναι φυσικό να είναι σε μια σχετικά νέα ηλικία οι γονείς οι οποίοι θα κληθούν όχι μόνο να αντιμετωπίσουν την νέα διαμορφωμένη κατάσταση αλλά επιπλέον, να ενθαρρύνουν, να προτείνουν και να συμβάλλουν δυναμικά, συνεργαζόμενοι στο πρόγραμμα λειτουργικής αποκατάστασης.²⁶

Η δημιουργία ενός θετικού κλίματος χωρίς μοιρολατρίες και κρίσεις ευσυγκινησίας που θα επιβαρύνουν τη ψυχική κατάσταση του παιδιού τους, αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα εφαρμογής.³³

Ο ρόλος του γονέα, ο οποίος καλείται τώρα να πρωταγωνιστήσει στη διαμόρφωση όλων των παραμέτρων που θα συμβάλουν στην καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση της πάθησης είναι εξαιρετικά δυναμικός, και στις περιπτώσεις συμβίωσης θα είναι και απόλυτα καθοριστικός για τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπιστεί η πάθηση, τόσο από τον ασθενή όσο και από τα άλλα μέλη της οικογένειας.³³

Η ψυχραιμία και η επιστράτευση όλης της πλούσιας εμπειρίας που οφείλει να έχει ένας γονέας στην αντιμετώπιση ευαίσθητων οικογενειακών καταστάσεων θα καθορίσουν το επίπεδο απόφασης της όλης προσπάθειας που οφείλει να καταβάλει πρωταρχικά ο ίδιος ο ασθενής.³³

Η ελεγχόμενη διευκόλυνση που θα παρέχει ο γονέας στο παιδί του, δεν θα έχει την έννοια να τον αδρανοποιήσει από τις όποιες υποχρεώσεις που ο ίδιος έχει δημιουργήσει αλλά αντίθετα θα εστιάζεται μόνο στο να συμβάλλει στην προσπάθεια του παιδιού, που σε όποιο στάδιο και αν είναι η νόσος θα πρέπει να είναι η καλύτερη δυνατή.³³

Η εστίαση σε αυτό που μπορεί να κάνει ο πάσχων και στο τι δεν μπορεί να κάνει, είναι το μονοπάτι εκείνο που αν ακολουθηθεί θα ανταμείψει όλη την οικογένεια με ικανοποίηση.³³

Η σκλήρυνση κατά πλάκας, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι είναι μια περίεργη πάθηση και σαν τέτοια πρέπει να αντιμετωπιστεί.³³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

- 7.1. **Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ**
- 7.2. **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**
- 7.3. **ΤΡΟΠΟΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ**
- 7.4. **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ**
- 7.5. **ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

7.1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

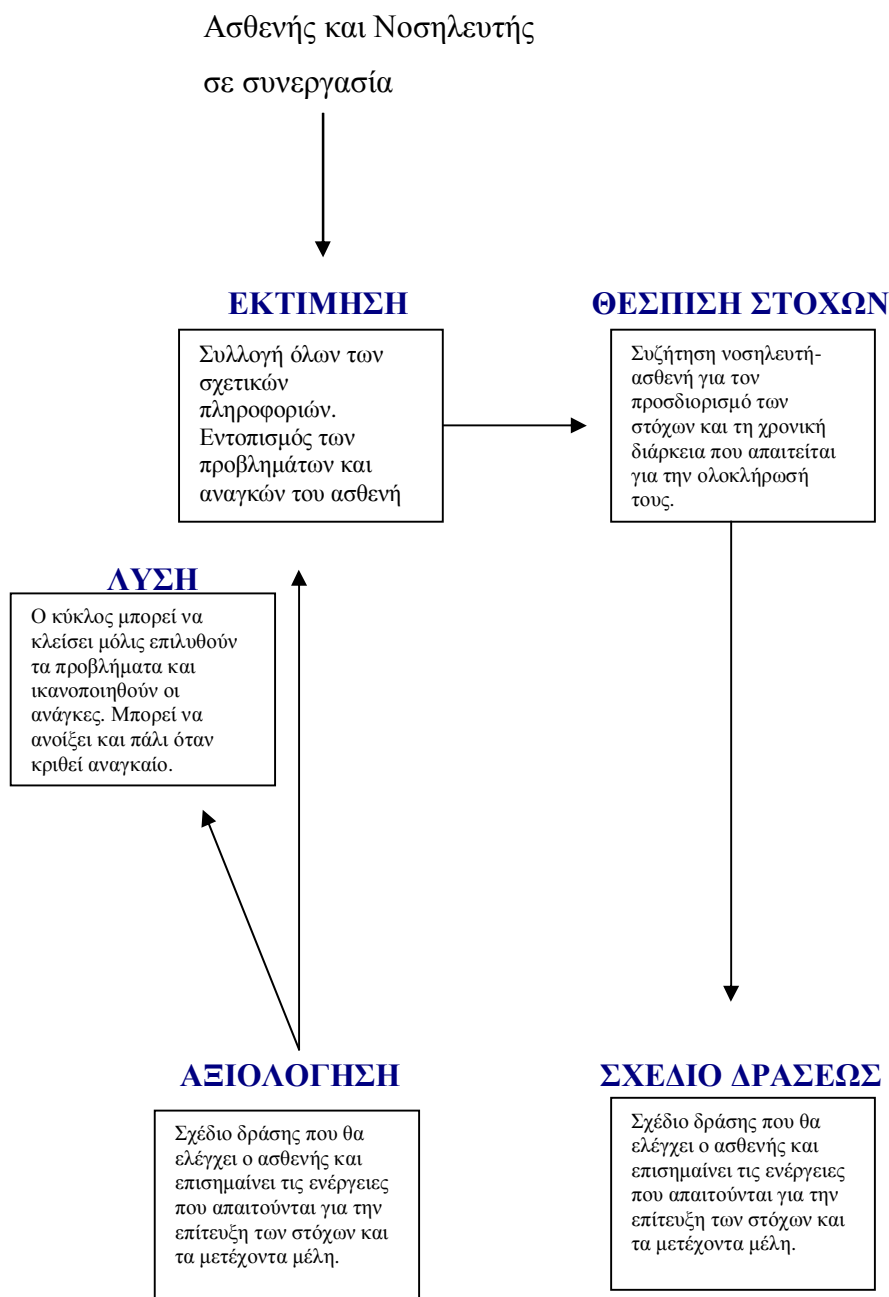
Η Σκλήρυνση κατά πλάκας είναι χρόνια απρόβλεπτη και ποικιλόμορφη ασθένεια που έχει μοναδική επίδραση σε κάθε ασθενή.³³

Ο νοσηλευτής βρίσκεται κοντά στον ασθενή από την έναρξη των συμπτωμάτων της νόσου και καλείται να αντιμετωπίσει αρχικά την ανασφάλεια και το φόβο του ασθενή για το ότι πρόκειται να του συμβεί στο εξής. Είναι αυτός που θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που παρουσιάζονται και αυτός που θα στηρίξει τον ασθενή σε όλη την πορεία της νόσου.³³

Πολλοί συμφωνούν ότι η συμπεριφορά του νοσηλευτή προς μια χρόνια ασθένεια είναι θεμελιώδης για την παροχή κατάλληλης φροντίδας. Οι κυρίως φροντίδες περιγράφονται ως μορφωτικές, υποστηρικτικές, συμβουλευτικές και πρακτικά παρεμβατικές. Όλες αυτές οι ενέργειες στοχεύουν στη βοήθεια του ατόμου για αυτοεξυπηρέτηση, ώστε να νιώθει ελεύθερος και ανεξάρτητος και να απαλλάξει τους οικογενειακούς φροντιστές από ένα επιπλέον καθήκον.³³

Στην περίπτωση της Σκλήρυνσης κατά πλάκας η πρόοδος της ασθένειας δεν είναι ένα επεισόδιο που θα ξεπεραστεί, αλλά είναι ένα μέρος του τρόπου ζωής του ασθενή και θα είναι έτσι συνεχώς μέχρι που να βρεθεί θεραπεία.³³

Η νοσηλευτική πρόοδος παρέχει συστηματικό πλαίσιο για την εκτίμηση καταστάσεων και σχεδιασμό ενεργειών. Η μέθοδος της επίλυσης προβλημάτων μπορεί να χρησιμοποιηθεί με οποιοδήποτε νοσηλευτικό πρόγραμμα. Χρησιμοποιήθηκε επί σειρά ετών στις Η.Π.Α. και υιοθετήθηκε επίσημα από την Μ. Βρετανία και βρίσκεται σε διάφορα στάδια εφαρμογής. Αυτά τα στάδια, όπως φαίνεται στον πιο κάτω πίνακα, έχουν κυκλική σχέση και αποτελούν χρήσιμη αντίληψη στην αντιμετώπιση των αναγκών κάποιου με μια ασθένεια ποικιλόμορφη όπως η Σκλήρυνση κατά πλάκας. Το κυκλικό σχέδιο σημαίνει ότι η κατάσταση του ασθενή είναι μόνιμη, έχει επανεκτιμηθεί και η φροντίδα που του παρέχεται έχει αξιολογηθεί ως προς την αποτελεσματικότητά της. Αυτό επιτρέπει διακυμάνσεις στη νόσο και τα αποτελέσματά της, καθώς και στο σχεδιασμό των συναφών ρυθμίσεων.³³

Σχήμα 1 ³³ Η νοσηλευτική διαδικασία

Η εφαρμογή νοσηλευτικού σχεδίου παρέχει το θεωρητικό υπόστρωμα με τρόπο ώστε να φέρεται εις πέρας η εκτίμηση και ο συναφής σχεδιασμός της φροντίδας. Όλα τα σχέδια βασίζονται σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, την ιδέα της αυτοϋποστήριξης, την προσαρμογή του ασθενή στην κατάσταση, σκιαγραφεί τη σχέση νοσηλευτή-ασθενή, γύρω από τον άξονα του τελευταίου και όλες τις νοσηλευτικές φροντίδες με στόχο την επίτευξη των δυνατοτήτων του ασθενή, την

προώθηση της υγείας του, την ελαχιστοποίηση των δυσκολιών και την καταστολή των προβλημάτων.³³

Το στάδιο της εκτίμησης ή συλλογής πληροφοριών είναι σημαντικό. Οι νοσηλευτές πρέπει να συγκεντρώνουν μόνο τις πληροφορίες που χρειάζονται για να μπορέσουν να προσχεδιάσουν την αγωγή και να μην παραβιάζουν την προσωπική τους ζωή. Η ανάγκη οποιασδήποτε πληροφορίας πρέπει να διευκρινιστεί. Υπάρχουν πολλές δραστηριότητες που περιλαμβάνονται στην επικοινωνία και όλες αποτελούν ένα ζωτικό συστατικό της σχέσης νοσηλευτή-ασθενή. Στο στάδιο της εκτίμησης, ο νοσηλευτής πρέπει να καταλάβει την εμπειρία του ατόμου και την άποψή του. Η επικοινωνία της πληροφορίας θα πρέπει να είναι αποδοτική ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, καθώς πρέπει επίσης να γίνεται σεβαστό το δικαίωμα του ασθενή στην εμπιστοσύνη και ο νοσηλευτής θα πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής είναι ευτυχισμένος που μοιράζεται την πληροφορία με άλλα μέλη της ομάδας. Η διδασκαλία του ασθενή πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητες του είναι πολύ χρήσιμη. Γιατί η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού του αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές. Ο ασθενής θα εξακριβώσει και θα αναπτύξει και άλλες τακτικές για να ζει με την ασθένεια και έτσι θα έχει μερικές από τις σπουδαιότερες πληροφορίες που θα καθορίσουν τους στόχους και το σχεδιασμό της φροντίδας του. Ο ασθενής γνωρίζει επίσης τι είδους ζωή θέλει να κάνει και για αυτό η θέση στόχων πρέπει να είναι πραγματική και συγκεκριμένη. Τα περισσότερα μοντέλα κινούνται γύρω από το ότι ασθενής έχει ορισμένους στόχους και είναι φυσικό να έχει τον έλεγχο της ζωής του.³³

Η στηρικτική θέση της νοσηλευτικής μέριμνας είναι ζωτικής σημασίας, αλλά είναι δύσκολο να αξιολογηθεί. Άτομα με Σκλήρυνση κατά πλάκας λένε ότι θα ήθελαν να μιλάνε με άτομα που θα ακούσουν τους φόβους τους, τις ελπίδες, τις στενοχώριες και τις αποφάσεις τους. Αυτό το άτομο βοηθά, αν είναι εκτός της οικογένειας ή της ομάδας υποστήριξης του ασθενή, γιατί ξεφορτώνει τις σκέψεις του, χωρίς το φόβο μήπως πληγώσει ή προσβάλλει κάποιον.

Τέτοια άτομα (επαγγελματίες υγείας) που μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς στην πορεία της νόσου τους είναι:

Ø οι φυσιοθεραπευτές, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν σε προβλήματα κινητικότητας, ισορροπίας και κίνησης.

Ø οι εργασιοθεραπευτές, οι οποίοι μπορούν να δώσουν πρακτικές συμβουλές για την καθημερινή ζωή του ασθενή και πώς να διαμορφώσουν το χώρο τους, για να είναι ανεξάρτητοι.

Ø οι λογοθεραπευτές, οι οποίοι εκτιμούν και θεραπεύουν ανθρώπους που έχουν δυσκολία στην ομιλία, την κατάποση ή επικοινωνία.

Ø οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι εκτιμούν μαζί με τους ενδιαφερόμενους και τις οικογένειες τους τις ανάγκες τους. Επίσης ορίζουν τι είδους βοήθεια είναι αυτή που χρειάζονται, τους ενημερώνουν για τις διάφορες κοινωνικές παροχές και τους βοηθούν να αποκτήσουν την ανεξαρτησία τους.

Ø ειδικοί για την ακράτεια: πολλά νοσηλευτικά κέντρα διαθέτουν τώρα ειδικούς γιατρούς και νοσηλεύτριες οι οποίοι προσδιορίζουν τη φύση του προβλήματος τους και τους υποδεικνύουν την κατάλληλη αγωγή και μέθοδο αντιμετώπισης.

οι ψυχολόγοι, οι οποίοι βοηθούν το άτομο να αποδεχτεί την καινούργια κατάσταση και να αντιμετωπίζει τη ζωή εκμεταλλευόμενο όλες τις τωρινές δυνατότητές του.^{33,34}

7.2.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- | | |
|---|-------------------------|
| q | Προβλήματα Επικοινωνίας |
| q | Ελλιπής Πληροφόρηση |
| q | Φυσική αδυναμία |
| q | Οικονομικοί παράγοντες |
| q | Συναισθηματικό stress |
| q | Ψυχιατρικές Διαταραχές |
| q | Νοητικές Διαταραχές |

Ακολουθούν εξηγήσεις για τον τρόπο με τον οποίο αυτά τα εμπόδια σχετίζονται με τα οποία με Σκλήρυνση κατά Πλάκας.^{31,33,34,35}

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

Η ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας παίζει σημαντικό ρόλο. Έρευνες δείχνουν ότι η ικανοποίηση του ασθενούς επιδρά άμεσα στη συμμόρφωση. Δυσaréσκεια μπορεί να προκληθεί εξαιτίας της κακής επικοινωνίας από την πλευρά του θεραπευτή. Η νοσηλευτική εμπειρία έχει δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας που δείχνουν ευαισθησία στην με ή χωρίς λόγια επικοινωνία με τον ασθενή και αφιερώνουν χρόνο στην κατανόηση των συναισθημάτων του, διευκολύνουν την συμμόρφωση καθώς και την ικανοποίηση.^{31,33,35}

Πολλές φορές οι ασθενείς μπορεί να μη γνωρίζουν τι περιμένουμε από αυτούς. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την δική τους οπτική γωνία όσον αφορά τους στόχους των διαφόρων θεραπειών και για το τι σημαίνει συμμόρφωση. Η οπτική γωνία όμως των ασθενών μπορεί να διαφέρει ριζικά από ασθενή σε ασθενή καθώς και από τους επαγγελματίες υγείας.^{33,35}

Οι προσδοκίες του ασθενούς παίζουν σημαντικό ρόλο στην προθυμία του να συμμορφωθεί με την αγωγή. Αν ο ασθενής έχει εξωπραγματικές προσδοκίες από την θεραπευτική αγωγή είναι λιγότερο πιθανό να την ακολουθήσει. Έτσι είναι σημαντικό να εξηγήσουμε στον άρρωστο όχι μονάχα τι κάνει αλλά και τι δεν κάνει η συγκεκριμένη θεραπεία.^{33,35}

ΕΛΛΙΠΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ:

Η έλλειψη γνώσης των συμπτωμάτων της νόσου και της αγωγής μπορεί να είναι σημαντικοί παράγοντες μη συμμόρφωσης. Αν δεν δοθούν στους ασθενείς ακριβείς και εύκολες στην κατανόηση πληροφορίες δεν μπορούμε να περιμένουμε από αυτούς να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους. Αν δεν διαθέτουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για να πάρουν μια απόφαση, μπορεί να είναι ανίκανοι να κάνουν μια σωστή αξιολόγηση του οφέλους από την θεραπεία. Παρόλα αυτά, η σωστή και ακριβή πληροφόρηση δεν είναι απαραίτητο να είναι κατανοητή για τον ασθενή. Η γνώση από μόνη της δεν εξασφαλίζει συμμόρφωση.^{31,33,35}

ΦΥΣΙΚΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ:

Σε ορισμένες περιπτώσεις το άτομο με Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι φυσικώς αδύναμο να λάβει ενεργά μέρος στην αγωγή. Για παράδειγμα διαταραχές οράσεως μπορεί να εμποδίζουν την ανάγνωση οδηγιών, προετοιμασία και λήψη φαρμάκων. Προβλήματα κινητικότητας μπορεί να παρεμποδίζουν την πρόσβαση σε κλινικές υπηρεσίες συμπεριλαμβανομένων των κέντρων αποκατάστασης. Άλλα συμπτώματα όπως ο τρόμος, η αδυναμία, καταβολή και αιθουσιακές διαταραχές (δηλ. διαταραχές ισορροπίας) μπορεί επίσης να εμποδίζουν την ικανότητα του ατόμου να συμμετέχει στην αγωγή.^{33,35}

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Πολλοί ασθενείς μπορεί να αδυνατούν να ακολουθήσουν κάποια αγωγή εξαιτίας έλλειψης οικονομικών πόρων. Άτομα με Σκλήρυνση κατά Πλάκας αντιμετωπίζουν συχνά ένα τεράστιο οικονομικό βάρος. Όχι μόνο αναγκάζονται να πάρουν ακριβά φάρμακα, αλλά συχνά χρειάζονται και ακριβές συσκευές-μηχανήματα, όπως αναπηρικά καροτσάκια ή συσκευές μεταφοράς. Συγχρόνως τα έσοδα του ασθενούς περιορίζονται εξαιτίας της αδυναμίας του να εργαστεί λόγω φυσικών/σωματικών ή νοητικών δυσλειτουργιών. Επιπρόσθετα, η έλλειψη κάλυψης από ασφαλιστικό φορέα μπορεί να παίξει το ρόλο του στην δυνατότητα του ασθενούς να συμμορφωθεί με το θεραπευτικό σχέδιο.^{33,35}

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ STRESS:

Η συναισθηματική ένταση συνοδευόμενη από πλήθος στρεσογόνων παραγόντων (σχετικών ή μη με την νόσο) μπορεί να κάμψουν την κινητοποίηση ή

ικανότητα του ασθενούς να συμμορφωθεί. Η διάγνωση της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας φέρει το stress ότι είναι ισόβια. Οι ασθενείς βιώνουν συναισθήματα όπως ο φόβος, ο θυμός, άρνηση, άγχος, κατάθλιψη και απελπισία. Όλα αυτά περιορίζουν την κινητοποίηση του ασθενούς για ενεργό συμμετοχή στην θεραπεία και την βελτίωση της ζωής του.^{31,35}

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας συνοδεύεται από ψυχιατρικές διαταραχές. Διπολικές διαταραχές προσωπικότητας, οριακή προσωπικότητα, σχιζοφρένεια και μεγάλη κατάθλιψη μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στην προθυμία ή ικανότητα για συμμόρφωση. Επίσης ασθενείς που εξαρτώνται από (υποκατάστατα) ουσίες ή αλκοόλ δεν ακολουθούν την θεραπεία.^{33,35}

ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:

Περίπου το 50% των ατόμων με Σκλήρυνση κατά Πλάκας βιώνουν κάποια νοητική διαταραχή. Η πιο συχνή είναι η απώλεια μνήμης. Ειδικότερα, τα άτομα με Σκλήρυνση κατά Πλάκας δυσκολεύονται να μάθουν και να ανακαλέσουν νέο γνωστικό υλικό. Διαταραχές επίσης υπάρχουν στην ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών ένα σεβαστό ποσοστό ασθενών μπορεί να παρουσιάζουν ελλείμματα όρασης ή/ και διαταραχές εξειδικευμένων λειτουργιών όπως επίλυση προβλημάτων, σχεδιασμού και ακολουθίας ενεργειών.

Οι επιπλοκές αυτών των διαταραχών για την συμμόρφωση είναι προφανείς. Άτομα με νοητικές διαταραχές δε θυμούνται να πάρουν τα φάρμακά τους και αδυνατούν να φέρουν εις πέρας πολυδιάστατες διαδικασίες όπως είναι η αυτοέγχυση ή αυτοκαθετηριασμός.^{33,34,35}

7.3. ΤΡΟΠΟΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΗΝ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ

Û ΚΑΛΙΕΡΓΩΝΤΑΣ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ:

Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με άτομα Σκλήρυνση κατά Πλάκας παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση αυτών των ασθενών. Η αμεσότητα είναι ζωτικής σημασίας για τη σχέση που αναπτύσσεται με τον χρόνο. Η μακροχρόνια σταθερότητα της σχέσης είναι βοηθητική, αλλά δεν μπορεί να επιτευχθεί πάντοτε, ειδικά στα πλαίσια του νοσοκομείου. Ωστόσο, ασθενής και νοσηλευτής μπορούν να καθορίσουν τις προσδοκίες τους από αυτή τη σχέση. Πριν από την οποιαδήποτε κοινή/αμοιβαία τοποθέτηση στόχων, ο νοσηλευτής πρέπει να ρωτήσει τον ασθενή σχετικά με προηγούμενες εμπειρίες του με προηγούμενα προγράμματα θεραπευτικής παρέμβασης. Αυτό μπορεί να δώσει στον νοσηλευτή μια ένδειξη για το ποιοι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν στο μέλλον και έτσι να τεθεί μια ρεαλιστική ελπίδα/προσδοκία.^{14,35}

Η εμπιστοσύνη είναι απαραίτητο συστατικό στοιχείο της σχέσης ασθενούς-νοσηλευτή. Η εμπιστοσύνη αναπτύσσεται με βάση την διαθεσιμότητα του νοσηλευτή και την απεριόριστη φροντίδα, μέσα σε ένα περιβάλλον αποδοχής.¹²

Û ΕΚΠΑΙΔΕΥΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ:

Είναι απαραίτητο να παρέχονται στον ασθενή οι απαραίτητες γνώσεις προκειμένου να πραγματώσει την συστηνόμενη συμπεριφορά αυτοεξυπηρέτησης/φροντίδας. Ιδιαίτερη δυσκολία παρουσιάζουν περιπτώσεις που ο ασθενής εμφανίζει νοητικές διαταραχές. Σε αυτές τις περιπτώσεις οδηγίες γραπτές ή περασμένες σε οπτικοακουστικά μέσα μπορούν να βοηθήσουν καθώς δίνουν την δυνατότητα στην οικογένεια να συμμετέχει ενεργά.^{14,35}

Η χορήγηση γραπτού προγράμματος της αγωγής, φυσιοθεραπείας, ραντεβού με το γιατρό θα βοηθήσουν στη συμμόρφωση, όπως και τα σημειωματάρια. Οι αγωγές πρέπει να απλοποιηθούν όσο το δυνατόν περισσότερο και να περιλαμβάνουν όσο το δυνατόν λιγότερες αλλαγές στον τρόπο ζωής. Πληροφορείστε τους ασθενείς για την ύπαρξη φαρμακευτικών εταιριών που δίνουν πληροφοριακό (ενημερωτικό) υλικό και συμβουλές για τα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα.³³

Ο τύπος και ο όγκος των πληροφοριών δεν είναι τα μόνα σημαντικά. Πολλοί νοσηλευτές έχουν παρατηρήσει ότι το περιβάλλον όπου δίνεται η πληροφορία είναι

επίσης σημαντικό. Είναι καλύτερο να μάθουν οι ασθενείς διαδικασίες δύσκολες όπως η αυτό-έγχυση ή καθετηριασμός στο σπίτι. Έτσι μπορούν να εντοπιστούν τα εμπόδια που θα υπάρχουν όσον αφορά τη συμμόρφωση και η διαδικασία της μάθησης θα διευκολυνθεί.¹⁴

Η ενίσχυση και αναγνώριση της επιτυχίας είναι θεμελιώδους σημασίας. Όταν ο ασθενής καταφέρει να ελέγξει τα συμπτώματα από το ουροποιητικό ή να ακολουθήσει την αγωγή των αυτοεγχύσεων. Ο νοσηλευτής επιβραβεύει την προσπάθεια, πράγμα που αυξάνει την αίσθηση ελέγχου των συμπτωμάτων από τον ασθενή.¹⁴

Û ΘΕΤΟΝΤΑΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΙΜΕΣ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ:

Επειδή η Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι μια ανίατη ασθένεια, ο ερχομός των ανοσοτροποποιητικών φαρμάκων αναπτέρωσε τις ελπίδες και τις προσδοκίες των ασθενών και των οικογενειών του. Οι ασθενείς συχνά έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τα φάρμακα, τη συμπτωματική αγωγή ή τις εναλλακτικές θεραπείες. Για αυτό και είναι απαραίτητο να τους παρέχουμε τις κατάλληλες πληροφορίες (θετικές και αρνητικές) σχετικά με τις επιλογές θεραπείας.^{14,35}

Στενά συνδεδεμένη με την ανάγκη για ρεαλιστικές προσδοκίες είναι και η ανάγκη για παροχή επιλογών όταν αυτό είναι δυνατόν. Για παράδειγμα μπορεί οι ασθενείς να συμμορφωθούν καλύτερα σε ένα πρόγραμμα φυσιοθεραπείας όταν έχουν επιλογή από διάφορες ασκήσεις ή μέρη που μπορούν να ασκηθούν. Μερικοί μπορεί να μη βολεύονται να πάνε σε φυσιοθεραπευτή εκτός σπιτιού και να προτιμούν φυσιοθεραπεία στο σπίτι. Άλλοι πάλι μπορεί να το βλέπουν σαν ευκαιρία να βγουν από το σπίτι.^{31,35}

Όταν σχεδιάζετε μια θεραπεία, λάβετε υπόψη σας τις συνοδές διαταραχές περιλαμβανομένων των ψυχιατρικών διαταραχών. Σε τέτοιους ασθενείς οι παρενέργειες φαρμάκων όπως το γριππώδες σύνδρομο από INF B-Ib μπορεί να είναι ιδιαίτερα προβληματικό.³⁵

7.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Ο νοσηλευτής βρίσκεται κοντά στον άρρωστο με σκλήρυνση κατά πλάκας παρατηρώντας με προσοχή τις κλινικές εκδηλώσεις που προκαλεί η νόσος και τις τυχόν παρενέργειες από την θεραπευτική αγωγή είναι αυτός που θα εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενούς και θα παρέμβει στην επίλυση των νοσηλευτικών προβλημάτων του τελευταίου.¹²

Οι οργανικές βλάβες του εγκεφάλου και κατ' επέκταση τα κινητικά προβλήματα που δημιουργούνται δεν αποκαθίστανται πλήρως.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής με την συνεχή προσπάθεια, κατανόηση και υπομονή συνεργάζεται με τους υπόλοιπους θεραπευτές (ψυχολόγους, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, εργασιοθεραπευτές) για την όσο το δυνατόν διατήρηση της γενικής υγείας του αρρώστου.^{12,30}

Ο νοσηλευτής:

- α** Αναγνωρίζει την απομυελινωτική εξεργασία σε άρρωστο με ένα σύμπτωμα νευρολογικής δυσλειτουργίας:
- §** Λαμβάνει πλήρες ιστορικό του παρόντος προβλήματος και των προηγούμενων επεισοδίων δυσλειτουργίας.
- §** Εκτελεί προσεκτικά την νευρολογική εξέταση, αναγράφει πλήρως και σωστά τα ευρήματα και τα συγκρίνει με εκείνα των γιατρών ώστε να δοθεί σωστή θεραπευτική αγωγή.
- §** Επανεκτιμά σε τακτά χρονικά διαστήματα την νευρολογική κατάσταση και τα συγκρίνει με εκείνα της βασικής γραμμής.¹²
- α** Προστατεύει τον άρρωστο αποκαταστάσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ή επιδεινώσουν μια έξαρση.
- §** Αναγνωρίζει παράγοντες που έχουν τέτοιο αποτέλεσμα όπως αύξηση θερμοκρασίας με εμβάπτιση σε ζεστό νερό, ενέσεις, κόπωση, παρεμπιπτούσες μολύνσεις, ορμονικές μεταβολές.
- §** Παρεμβαίνει με χλιαρά ή κρύα μπάνια, αποφυγή ένεσης όσο είναι δυνατόν, ανάπτυξη προγράμματος με κανονική ανάπαυση και δραστηριότητα και αύξηση της ανάπαυσης κατά τα συμπτωματικά στάδια ή κατά την διάρκεια άλλων ασθενειών.¹²

- α Βοηθά τον άρρωστο να κατανοήσει ότι η ασθένειά του είναι επεισοδιακή και εμφανίζεται με κρίσεις και τον βοηθά να την αντιμετωπίσει. Για αυτό:
 - § Απαντά με ακρίβεια στις ερωτήσεις του.
 - § Τον ενθαρρύνει πάνω σε ρεαλιστικές βάσεις.
 - § Δίνει την ευκαιρία στον άρρωστο και την οικογένειά του να εκφράσουν τα αισθήματά τους.
 - § Χρησιμοποιεί άλλες επαγγελματικές πηγές για παροχή συμβουλών στον άρρωστο και την οικογένεια του.
 - § Βοηθά τον άρρωστο να πάρει ενίσχυση από την πολιτεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες για να εξασφαλίσει κατοικία και οικονομική βοήθεια, ιατρική φροντίδα και εκπαιδευτική και επαγγελματική βοήθεια.¹²
- α Χορηγεί στερινοειδή με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα όταν παραγγέλνονται.
 - § Εξηγεί προσεκτικά το θεραπευτικό σχήμα στον άρρωστο με γραπτές οδηγίες.
 - § Διδάσκει τον άρρωστο πώς να αναγνωρίζει παρενέργειες: έλκος στομάχου, παχυσαρκία, μεταβολές στην ψυχική του διάθεση.
 - § Τον διδάσκει πώς να αποφεύγει τις παρενέργειες με χρησιμοποίηση αντιόξυνων ή ειδικής διαίτας.
 - § Τον διδάσκει να αναφέρει οποιαδήποτε σημεία ιογενούς ή μικροβιακής μόλυνσης, ενώ θα θεραπεύεται με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.³⁰
- α Σε περίπτωση δυσκολίας έγερσης από το κρεβάτι και λόγω του ότι οι αλλοιώσεις του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσουν κινητικές και αισθητικές διαταραχές, οι οποίες μπορεί να είναι παροδικές ή να αφήσουν υπόλειμμα, ο νοσηλευτής:
 - § Εξασφαλίζει μηχανικά μέσα για την υποβοήθηση και διατήρηση της έγερσης, διδάσκοντας τον ασθενή πώς να τα χρησιμοποιεί σωστά.
 - § Αναπτύσσει θεραπευτικό σχήμα ανάπαυσης και δραστηριότητας για την διατήρηση του τόνου και της μάζας των μυών.
 - § Εφαρμόζει μασάζ για απαλλαγή από σπαστικότητα.

- § Φροντίζει για την εκτέλεση φυσιοθεραπείας που θα βοηθήσει στην εξασφάλιση ασκήσεων έκτασης.
- § Σχεδιάζει την συνέχιση φροντίδας στο σπίτι με τους αρμοδίους της κοινωνικής νοσηλευτικής.¹²
- α Κατά την αγωγή αρρώστου με διαταραχές όρασης ο νοσηλευτής:
- § Αξιολογεί την οπτική λειτουργία και αναγράφει με ακρίβεια τα ευρήματα.
- § Παρεμβαίνει χρησιμοποιώντας στερινοειδή και λαμβάνει μέτρα για την πρόληψη παρενεργειών από αυτά.
- § Εξασφαλίζει προστασία από δευτεροπαθή βλάβη της διαταραχής όρασης με την αλλαγή δραστηριοτήτων, όπως η οδήγηση.
- α Όσον αφορά τη δυσλειτουργία εντέρου, η βλάβη της σπονδυλική στήλης μπορεί να διαταράζει την κανονική κένωση του εντέρου, προκαλώντας κατακράτηση των κοπράνων ή απώλειες. Η κατάσταση επιδεινώνεται εξαιτίας της ακινησίας. Η παρέμβαση περιλαμβάνει:
Διαπαιδαγώγηση εντέρου
- § Εξασφάλιση συμβουλών για τη δίαιτα και δραστηριότητα που θα βοηθήσουν στην κανονική κένωση.
- § Η απώλεια είναι ταπεινωτική εμπειρία, όπως είναι και η ανάγκη βοήθειας για κένωση. Μεταχείριση του αρρώστου με λεπτότητα και ευκαιρίες για έκφραση των αισθημάτων του.^{12,14}
- α Φροντίζει για τη διατήρηση της καλύτερης δυνατής λειτουργίας της κύστης, προκειμένου να αποφευχθεί η ουρολοίμωξη.
- § Καταρτίζει, σε συνεργασία με τον άρρωστο, πρόγραμμα ούρησης.
- § Λαμβάνει ούρα για καλλιέργεια χρησιμοποιώντας «καθαρό δείγμα» ή αποστειρωμένο δείγμα κατευθείαν από τον καθετήρα.
- § Παρακολουθεί προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά κάθε 8 ώρες.
- § Φροντίζει για έγκαιρη θεραπεία μετά την καλλιέργεια των ούρων.
- § Ενημερώνεται ο γιατρός για εκδηλώσεις κατακράτησης ούρων: υπερηβική διάταση, συχνή μικρή ποσότητα αποβαλλόμενων ούρων.
- § Φροντίζει να γίνεται καθετηριασμός τόσο συχνά όσο χρειάζεται.

- § Εφαρμόζει ειδικές πάνες σε περιπτώσεις ακράτειας ούρων, γιατί η υγρασία και η πίεση που ασκείται στο δέρμα από την ακινησία μπορεί να προκαλέσουν κατακλίσεις.¹⁴
- ¶ Κατά την αγωγή αρρώστου με αισθητικές διαταραχές ο νοσηλευτής:
- § Λαμβάνει ιστορικό της αυξημένης ή ελαττωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων.
- § Λαμβάνει ιστορικό για τυχόν εμπειρίες ανώμαλων αισθήσεων, όπως αίσθημα ηλιακού εγκαύματος, μυρμηκίασης, ηλεκτρικού shock όταν ο λαιμός είναι σε κάμψη (σημείο hermitte: παραισθησίες στους βραχίονες, κορμό και κνήμες που προκαλούνται από την κάμψη του λαιμού).
- § Αξιολογεί τα ευρήματα της αισθητικής εξέτασης.
- § Διδάσκει στον άρρωστο τη σπουδαιότητα της αυτό-εξέτασης και αναφοράς κάθε αλλαγής που διαπιστώνεται στο δέρμα του.
- § Εξασφαλίζει προστασία του δέρματος με αλλαγή θέσης και έγκαιρη θεραπεία των μολύνσεων ή ερεθισμών.
- § Εξασφαλίζει τρόπο ελέγχου των μερών του σώματος που είναι δύσκολη η επισκόπησή τους.³⁰

Αυτή η ασθένεια έχει διαφορετικές επιδράσεις σε κάθε άνθρωπο. Έχει την τάση να δημιουργεί διακυμάνσεις στην ψυχολογία του άρρωστου και ενώ την μια στιγμή είναι αισιόδοξος απέναντι στην ασθένεια και την πορεία της την άλλη στιγμή να αναρωτάτε ποια είναι η αξία της ζωής όταν είσαι καταδικασμένος. Αυτές οι διακυμάνσεις μπορεί να οφείλονται σε βλάβες του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, εκτός της υπάρχουσας ψυχολογικής αστάθειας.^{12,14,33}

Σε αυτές τις περιπτώσεις ο νοσηλευτής πρέπει να αφήνει τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του ακόμα και να τον αφήσει να κλάψει για να εκτονωθεί. Αν το κλάμα του αρρώστου οφείλεται σε εκνευρισμό ο νοσηλευτής δίνει την ευκαιρία στον άρρωστο να το συζητήσει μαζί του μιας και η σχέση νοσηλευτή αρρώστου είναι πολύ βασική και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας.³³

7.5. ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

7.5.1 1^ο Περιστατικό με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Ο ασθενής Γ.Δ. που πάσχει από Σκλήρυνση κατά Πλάκας εισήλθε στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Αιγίου στις 12/6/06. Η ηλικία του ασθενούς είναι 36 ετών. Κατά την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση και οι παρακάτω εξετάσεις.:

Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, παρακέντηση Ε.Ν.Υ., οπτικά πεδία, προκλητά δυναμικά, ουροδυναμική μελέτη και ψυχιατρική εκτίμηση

Διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής πάσχει από την νόσο 7 χρόνια. Ανευρέθησαν λοιπόν τα εξής συμπτώματα: συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές της όρασης, μυϊκή αδυναμία άνω άκρων, ακράτεια ούρων και δυσαρθρία.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>1. Συναισθηματικές διαταραχές</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊣ Φόβος για το μέλλον ⊣ Εναλλαγές διάθεσης <p>Ευφορία – κατάθλιψη που οφείλονται στην σκλήρυνση κατά πλάκας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊣ Τόνωση του ηθικού του ασθενούς. ⊣ Περιορισμός του φόβου του ασθενούς για την πορεία της κατάστασής του. 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Ενημέρωση του ασθενή για την φύση της ασθένειας του ώστε να δει ρεαλιστικά την κατάσταση του για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στην θεραπευτική αγωγή. ∅ Ψυχολογική υποστήριξη για τόνωση του ασθενούς και αποδοχή της νόσου. ∅ Διδασκαλία του ασθενούς με απλοποιημένο τρόπο έτσι ώστε οι οδηγίες να γίνονται όσο το δυνατόν κατανοητές από τον ασθενή. ∅ Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης ώστε ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθηματά του. ∅ Συμβουλευτική παρέμβαση αποφυγής παραγόντων επιδείνωσης της κατάστασης του. ∅ Κοινωνικοοικονομική υποστήριξη. 	<ul style="list-style-type: none"> ≠ Ενημερώσαμε τον ασθενή επί μία ώρα για την φύση της ασθένειας του ώστε να προσαρμοστεί και να οργανώσει το μέλλον του πάνω στα νέα δεδομένα. ≠ Δώσαμε με απλό και κατανοητό τρόπο τις οδηγίες στον ασθενή και απαντήσαμε με ακρίβεια σε οποιαδήποτε ερώτηση μας έθεσε. ≠ Δημιουργήσαμε κλίμα εμπιστοσύνης ώστε ο ασθενής να εκφράσει ότι τον απασχολεί. ≠ Συμβουλευσαμε τον ασθενή να αποφεύγει συγκινησιακές καταστάσεις και παράγοντες που του προκαλούν άγχος. ≠ Φέραμε σε επικοινωνία τον ασθενή με την κοινωνική λειτουργό του νοσοκομείου ώστε να εξασφαλιστεί κοινωνική βοήθεια για την επίλυση οικονομικών και επαγγελματικών προβλημάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> & Ο ασθενής βλέπει ρεαλιστικά την κατάσταση του και προσαρμόζεται στα καινούργια δεδομένα της ζωής του, με την ψυχολογική ενθάρρυνση που του παρέχεται. & Ο ασθενής κατανοεί τις οδηγίες που πρέπει να ακολουθήσει και το θεραπευτικό του σχήμα. & Εκφράζει τα συναισθήματα, τις ανησυχίες και τις απορίες του. & Νιώθει ηρεμία και ασφάλεια με τις απαντήσεις που του προκαλούν άγχος και τον κάνουν να νιώθει ανασφάλεια. & Ο ασθενής βοηθείται οικονομικά και επαγγελματικά από τις κοινωνικές υπηρεσίες.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2. Διαταραχές της όρασης.	<p>I Επαναφορά της όρασης όσο το δυνατόν στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>∅ Προγραμματισμός για οφθαλμο-λογική εκτίμηση από οφθαλμίατρο.</p> <p>∅ Αξιολόγηση οπτικής λειτουργίας.</p> <p>∅ Ακριβής καταγραφή των ευρημάτων ώστε σε συνεργασία με τον νευρολόγο να δοθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>∅ Εξασφάλιση της σωματικής ασφάλειας του αρρώστου για αποφυγή τραυματισμών.</p> <p>- Χρησιμοποίηση Π</p> <p>- Τροχηλάτου</p> <p>- Πάντα ένας συνοδός κοντά στον ασθενή</p> <p>∅ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος.</p> <p>∅ Περιορισμός επισκεπτηρίου.</p> <p>∅ Μοναχικότητα στο δωμάτιο.</p>	<p>≠ Αξιολογήθηκε η οπτική λειτουργία του ασθενούς και καταγράφηκαν τα ευρήματα.</p> <p>≠ Χορηγήσαμε στερινοειδή στον άρρωστο με οδηγία γιατρού και λάβαμε τα απαραίτητα μέτρα για την πρόληψη παρενεργειών.</p> <p>≠ Εδόθησαν γυαλιά οράσεως</p> <p>≠ Εξασφαλίσαμε προστασία από δευτεροπαθή βλάβη της διαταραχής.</p> <p>≠ Τοποθετήσαμε περιορισμούς κλίνης.</p>	<p>& Με την κατάλληλη χορήγηση στερινοειδών και τα γυαλιά οράσεως παρατηρήθηκε βελτίωση στη διαταραχή της όρασης του ασθενούς.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>3. Μυϊκή αδυναμία άνω και κάτω άκρων. Αστάθεια στην βάδιση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ι Ανακούφιση από την μυϊκή δυσκαμψία. Ι Βελτίωση της λειτουργικότητας των άνω και κάτω άκρων. Ι Πρόληψη επιπλοκών 	<ul style="list-style-type: none"> ØΕξασφάλιση των κατάλληλων μηχανικών μέσων για υποβοήθηση και διατήρηση της κινητικότητας του. ØΕναρξη φυσικοθεραπείας για διατήρηση εκτέλεσης ενεργητικών κινήσεων. ØΧορήγηση αναλγητικών και μυοχαλαρωτικών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία. ØΔιδασκαλία για την εκτέλεση ενεργητικών κινήσεων. ØΔιδασκαλία για αποφυγή επιπλοκών. ØΕκτέλεση συχνής περιποίησης του σώματος του ασθενούς. ØΤοποθέτηση ειδικού στρώματος. 	<ul style="list-style-type: none"> ¥ Εξασφαλίσαμε στον ασθενή τα κατάλληλα μηχανικά μέσα για την υποβοήθηση και διατήρηση της έγερσής του. ¥ Διδάξαμε τον ασθενή τον σωστό τρόπο χρησιμοποίησης των μέσων αυτών. ¥ Ενθαρρύναμε να εκτελέσει ενεργητικές κινήσεις πλήρους τροχιάς. ¥ Εφαρμόσαμε μασάζ για την απαλλαγή του ασθενούς από την σπαστικότητα. ¥ Χορηγήσαμε μυοχαλαρωτικά φάρμακα για την ανακούφιση του ασθενούς από την δυσκαμψία και τον πόνο. ¥ Εξηγήσαμε στον ασθενή την σημασία της κίνησης ώστε να διατηρηθεί ο μυϊκός τόνος και η μάζα των μυών και του εξηγήσαμε τις επιπλοκές από την παραμονή του στο κρεβάτι. 	<ul style="list-style-type: none"> & Ο ασθενής κατορθώνει να χρησιμοποιήσει καλύτερα τα άνω και κάτω άκρα του με τα κατάλληλα μηχανικά μέσα και το θεραπευτικό σχήμα. & Απέκτησε ασφάλεια και αυτοπεποίθηση στην εκτέλεση των καθημερινών αναγκών του. & Προλήφθηκαν επιπλοκές.

			<p>¥ Κατά την φυσικοθεραπεία ήμασταν παρόν στην εκτέλεση των ασκήσεων βοηθήσαμε τον ασθενή και του εξασφαλίσαμε το αίσθημα της ασφάλειας.</p> <p>¥ Κάναμε τις κατάλληλες ενέργειες για αποφυγή των κατακλίσεων.</p>	
--	--	--	---	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Ακράτεια ούρων	<ul style="list-style-type: none"> ι Επαναφορά της όσο το δυνατόν φυσιολογικής λειτουργίας της ουροδόχου κύστης. ι Πρόληψη επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Καταρτισμός προγράμματος ούρησης σε συνεργασία με τον νοσηλευτή. ∅ Λήψη μέτρων για την αποφυγή ουρολοιμώξεως. ∅ Λήψη μέτρων για την αποφυγή κατακλίσεων. ∅ Διδασκαλία του ασθενούς. ∅ Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως με ιδιαίτερα λεπτούς χειρισμούς. ∅ Λήψη δείγματος ούρων για καλλιέργεια. ∅ Έλεγχος ισοζυγίου υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> ≠ Εφαρμογή προγράμματος ούρησης. ≠ Έγινε τοπική καθαριότητα, αλλαγή μαιτισμού ώστε να αποφευχθεί η δημιουργία κατακλίσεως.. ≠ Ενημερώθηκε ο ασθενής για την σπουδαιότητα διατήρησης της καθαριότητας της περιοχής. ≠ Τοποθετήθηκε καθετήρας folley με ιδιαίτερα λεπτούς χειρισμούς. ≠ Ελείφθει δείγμα ούρων με άσηπτη τεχνική και εστάλει για καλλιέργεια. ≠ Ελέγξαμε το ισοζύγιο υγρών του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> & Μετά την λήψη των παραπάνω μέτρων επανακτάται μερικώς η φυσιολογική λειτουργία της ουροδόχου κύστεως. & Προσλαμβάνονται επιπλοκές που δημιουργούνται από την δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστεως.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
5. Δυσαρθρία	<p>Ι Επαναφορά της όσο δυνατόν φυσιολογικής λειτουργίας της άρθρωσης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Συνεννόηση του νοσηλευτή με τον λογοθεραπευτή για έναρξη λογοθεραπείας. ∅ Ενθάρρυνση του ασθενούς να προσπαθεί να ολοκληρώνει τις εκφράσεις του. ∅ Συχνή επικοινωνία ασθενή-νοσηλευτή. ∅ Ενημέρωση των συγγενών του ασθενή για συνεχή επικοινωνία μαζί του και ψυχολογική υποστήριξη. 	<ul style="list-style-type: none"> ¥ Έγινε έναρξη προγράμματος λογοθεραπείας. ¥ Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να προσπαθεί να επικοινωνεί περισσότερο. 	<p>& Μετά την έναρξη λογοθεραπείας ο ασθενής εμφανίζει βελτίωση.</p>

7.5.2. 2^ο Περιστατικό με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η ασθενής Δ.Κ. που πάσχει από Σκλήρυνση κατά Πλάκας εισήλθε στην Νευρολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 20/7/06.

Η ηλικία της ασθενούς είναι 30 ετών. Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση και οι παρακάτω εξετάσεις: Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, παρακέντηση Ε.Ν.Υ., οπτικά πεδία, προκλητά δυναμικά, ουροδυναμική μελέτη και ψυχιατρική εκτίμηση.

Διαπιστώθηκε ότι η ασθενής πάσχει από την νόσο 4 χρόνια. Ανευρέθησαν λοιπόν τα εξής συμπτώματα: Αιφνίδια πληγία κάτω άκρων, διπλωπία, ακράτεια ούρων, ανορεξία και δυσαισθησία.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Αιφνίδια πληγία κάτω άκρων.	<ul style="list-style-type: none"> Ι Βελτίωση της κινητικότητας των κάτω άκρων και αποφυγή της επιδείνωσής της. 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Εφαρμογή φυσιοθεραπείας. ∅ Διδασκαλία για την διατήρηση της κινητικότητας. ∅ Λήψη μέτρων για μείωση πόνου. 	<ul style="list-style-type: none"> ≠ Έναρξη φυσικοθεραπείας με εκτέλεση ενεργητικών και παθητικών κινήσεων. ≠ Ενημέρωση και επίδειξη ασκήσεων στην ασθενή ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια της θεραπείας με την εκτέλεση ενεργητικών ασκήσεων. ≠ Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων ώστε να μειωθεί ο πόνος για την εκτέλεση των ασκήσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> & Μετά την λήψη των παραπάνω μέτρων η ασθενής εκτελεί το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας και παρουσιάζει βελτίωση στην κίνηση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2. Διπλωπία	<p>Ι Επαναφορά της όρασης όσο το δυνατόν στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Αξιολόγηση της οπτικής λειτουργίας. ∅ Καταγραφή των ευρημάτων. ∅ Νευρολογική εκτίμηση από νευρολόγο. ∅ Οφθαλμολογική εκτίμηση από οφθαλμίατρο. ∅ Λήψη μέτρων για την προστασία της σωματικής ακεραιότητας της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> ¥ Αξιολογήσαμε την οπτική λειτουργία της ασθενούς. ¥ Έγινε καταγραφή των ευρημάτων. ¥ Εξετάστηκε από τον οφθαλμίατρο και τον νευρολόγο. Έναρξη χορήγησης στεροειδών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία. ¥ Τοποθετήσαμε περιορισμούς στην κλίνη της ασθενούς για αποφυγή πτώσης. ¥ Συχνή παρακολούθηση της ασθενούς και βοήθεια στις μετακινήσεις της για αποφυγή τραυματισμών. 	<p>& Μετά την λήψη των προαναφερθέντων μέτρων η κατάσταση της ασθενούς έχει βελτιωθεί.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Ακράτεια ούρων	<p>Ι Επαναφορά της όσο δυνατόν φυσιολογικής λειτουργίας της ουροδόχου κύστης.</p>	<p>∅ Καταρτισμός προγράμματος ούρησης σε συνεργασία με τον νοσηλευτή.</p> <p>∅ Λήψη μέτρων για την αποφυγή ουρολοιμώξεως.</p> <p>∅ Λήψη μέτρων για την αποφυγή κατακλίσεων.</p> <p>∅ Διδασκαλία της ασθενούς.</p> <p>∅ Καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως με ιδιαίτερα λεπτούς χειρισμούς.</p> <p>∅ Λήψη δείγματος ούρων για καλλιέργεια.</p> <p>∅ Έλεγχος ισοζυγίου υγρών.</p>	<p>¥ Εφαρμογή προγράμματος ούρησης.</p> <p>¥ Έγινε τοπική καθαριότητα.</p> <p>¥ Αλλαγή ιματισμού ώστε να αποφευχθεί η δημιουργία κατάκλίσεων.</p> <p>¥ Ενημερώθηκε η ασθενής για την σπουδαιότητα της περιοχής.</p> <p>¥ Τοποθετήθηκε καθετήρας folley με ιδιαίτερα λεπτούς χειρισμούς.</p> <p>¥ Ελείφθει δείγμα ούρων με άσηπτη τεχνική και εστάλει για καλλιέργεια.</p> <p>¥ Ελέγξαμε το ισοζύγιο υγρών της ασθενούς.</p>	<p>& Μετά την λήψη των παραπάνω μέτρων επανακτάται μερικώς η φυσιολογική λειτουργία της ουροδόχου κύστεως.</p> <p>& Προσλαμβάνονται επιπλοκές που δημιουργούνται από την δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστεως.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Ανορεξία	<ul style="list-style-type: none"> I Επαναφορά της επιθυμίας της ασθενούς για λήψη τροφής. I Αποφυγή προβλημάτων λόγω καχεξίας 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Σχεδιασμός κατάλληλου διαιτολογίου. Ø Περιποίηση στοματικής κοιλότητας. Ø Ατομική υγιεινή Ø Έλεγχος ζωτικών σημείων. Ø Έλεγχος ηλεκτρολυτών. Ø Αιματολογικός έλεγχος Ø Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων για την βελτίωση της όρεξης. Ø Χορήγηση βιταμινών. Ø Έλεγχος βάρους. 	<ul style="list-style-type: none"> ¥ Μετά από συνεννόηση με τον διαιτολόγο φροντίσαμε: Η ασθενής να λαμβάνει μικρά και τακτικά γεύματα. ¥ Να λαμβάνει καλοσερβιρισμένες τροφές της αρέσκείας της. ¥ Η διαίτα της να περιλαμβάνει κρέας, γάλα, αυγά, ωμά φρούτα και λαχανικά. ¥ Φροντίσαμε να γίνεται η πλύση της στοματικής κοιλότητας με διάλυμα Hexalen μετά από κάθε εμετό. ¥ Εξασφαλίσαμε την ύπαρξη νεφροειδούς στο κομοδίνο του ασθενούς για την συλλογή των εμεσμάτων και διατήρηση του μαιτισμού καθαρού. ¥ Φροντίσαμε να γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε 3 ώρες. ¥ Κάναμε λήψη δείγματος αίματος για έλεγχο επίπεδου ηλεκτρολυτών και περαιτέρω αιματολογικού ελέγχου. ¥ Χορηγήσαμε ειδικά φαρμακευτικά σκευάσματα στην ασθενή για βελτίωση της όρεξης καθώς και σκευάσματα βιταμινών μετά από ιατρική οδηγία. ¥ Φροντίσαμε να ελέγχουμε καθημερινά το σωματικό βάρος της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> & Η ασθενής με την εξασφάλιση επαρκούς και σωστής θρέψης αποφεύγει προβλήματα αδυναμίας, απώλεια βάρους και κόπωση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
5. Δυσαισθησία	<ul style="list-style-type: none"> I Έγκαιρη διαπίστωση νεοεμφανιζόμενων αισθητικών διαταραχών. I Προστασία από τραυματισμούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Έλεγχος της αυξημένης ή ελαττωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων. Ø Καταγραφή ιστορικού για τυχόν εμπειρίες ανωμαλιών αισθήσεων. Ø Αξιολόγηση των ευρημάτων της αισθητικής εξέτασης. Ø Προσοχή στην ασθενή ο οποίος είναι επιρρεπής σε κακώσεις, εγκαύματα και μολύνσεις του δέρματος λόγω της μειωμένης εκτίμησης του πόνου και της θερμοκρασίας. Ø Διδασκαλία της ασθενούς για την σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης. Ø Προστασία του δέρματος με συχνή αλλαγή θέσεως, συχνό πλύσιμο και έγκαιρη θεραπεία των ερεθισμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> ¥ Έγινε έλεγχος της αυξημένης ή ελαττωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων. ¥ Καταγράψαμε το ιστορικό της ασθενούς για τυχόν ύπαρξη ανωμαλιών αισθήσεων και διαπιστώσαμε αιμώδη στα άκρα. ¥ Έγινε αξιολόγηση των ευρημάτων της αισθητικής εξέτασης, φροντίσαμε να ληφθούν μέτρα για αποφυγή κακώσεων, εγκαυμάτων και μολύνσεων του δέρματος. ¥ Έγινε διδασκαλία της ασθενούς για την σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης. ¥ Φροντίσαμε να γίνεται αλλαγή θέσεως κάθε 2 ώρες μονές για αποφυγή ασκήσεως στα σημεία που παρουσιάζεται ερυθρότητα και υπαισθησία. 	<ul style="list-style-type: none"> & Με την διαρκή φροντίδα και διδασκαλία προλαμβάνονται τα προβλήματα που προκαλούν οι αισθητικές διαταραχές του δέρματος και εντοπίζονται έγκαιρα οι νεοεμφανιζόμενες διαταραχές.

7.5.3 3^ο Περιστατικό με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η ασθενής Α.Α. που πάσχει από Σκλήρυνση κατά πλάκας, εισήλθε στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Άγιος Ανδρέας» στις 7/5/2006. Η ηλικία της ασθενούς είναι 42 ετών. Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση και οι παρακάτω: Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, παρακέντηση Ε.Ν.. και προκλητά δυναμικά.

Διαπιστώθηκε ότι η ασθενής πάσχει από τη νόσο 9 χρόνια. Ανευρέθησαν λοιπόν τα εξής συμπτώματα: μυϊκή αδυναμία άνω και κάτω άκρων, κατάκλιση (στην ιεροκοκκυγική περιοχή) και δυσλειτουργία του εντέρου.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>1. Μυϊκή αδυναμία άνω και κάτω άκρων. Αστάθεια στην βάδιση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ανακούφιση από την μυϊκή δυσκαμψία. Βελτίωση της λειτουργικότητας των άνω και κάτω άκρων. Πρόληψη επιπλοκών 	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Εξασφάλιση των κατάλληλων μηχανικών μέσων για υποβοήθηση και διατήρηση της κινητικότητας του. ∅ Εναρξη φυσικοθεραπείας για διατήρηση εκτέλεσης ενεργητικών κινήσεων. ∅ Χορήγηση αναλγητικών και μυοχαλαρωτικών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία. ∅ Διδασκαλία για την εκτέλεση ενεργητικών κινήσεων. ∅ Διδασκαλία για αποφυγή επιπλοκών. ∅ Εκτέλεση συχνής περιποίησης του σώματος της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> ¥ Εξασφαλίσαμε στην ασθενή τα κατάλληλα μηχανικά μέσα για την υποβοήθηση και διατήρηση της έγερσής της. ¥ Διδάξαμε την ασθενή τον σωστό τρόπο χρησιμοποίησης των μέσων αυτών. ¥ Ενθαρρύνσαμε να εκτελέσει ενεργητικές κινήσεις πλήρους τροχιάς. ¥ Εφαρμόσαμε μασάζ για την απαλλαγή της ασθενούς από την σπαστικότητα. ¥ Χορηγήσαμε μυοχαλαρωτικά φάρμακα για την ανακούφιση της ασθενούς από την δυσκαμψία και τον πόνο. ¥ Εξηγήσαμε στην ασθενή την σημασία της κίνησης ώστε να διατηρηθεί ο μυϊκός τόνος και η μάζα των μυών και της εξηγήσαμε τις επιπλοκές από την παραμονή της στο κρεβάτι. ¥ Κατά την φυσικοθεραπεία 	<ul style="list-style-type: none"> & Η ασθενής κατορθώνει να χρησιμοποιήσει καλύτερα τα άνω και κάτω άκρα του με τα κατάλληλα μηχανικά μέσα και το θεραπευτικό σχήμα. & Απέκτησε ασφάλεια και αυτοπεποίθηση στην εκτέλεση των καθημερινών αναγκών της. & Προλήφθηκαν οι επιπλοκές.

			<p>ήμασταν παρόν στην εκτέλεση των ασκήσεων βοηθήσαμε την ασθενή και του εξασφαλίσαμε το αίσθημα της ασφάλειας.</p> <p>✚ Κάναμε τις κατάλληλες ενέργειες για αποφυγή των κατακλίσεων.</p>	
--	--	--	---	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2. Δημιουργία κατάκλισης στην ιεροκοκκυγική περιοχή	<ul style="list-style-type: none"> I Επούλωση της κατάκλισης της ασθενούς. I Πρόληψη επιπλοκών όπως: <ul style="list-style-type: none"> -Επιμόλυνση της κατάκλισης -Δημιουργία δευτεροπαθόντων κατακλίσεων 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Περιποίηση της κατακλίσεως τηρώντας τους όρους ασηψία προς αποφυγή μολύνσεων. Ø Συχνή αλλαγή θέσεως εφ' όσον αυτό δεν επηρεάζει την κατάσταση της ασθενούς. Ø Κατάλληλη τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι προς αποφυγή πίεσεως στο τραύμα. Ø Πλύσιμο του γύρω από την κατάκλιση υγιούς δέρματος με ζεστή σαπουνάδα και εντριβή του με οινόπνευμα. Ø Διατήρηση του τραύματος και του γύρω από αυτό υγιούς δέρματος καθαρού και στεγνού. Ø Τοποθέτηση ειδικών επιθεμάτων για επούλωση της κατάκλισης. Ø Συχνή παρακολούθηση του δέρματος στα σημεία 	<ul style="list-style-type: none"> ¥ Πραγματοποιήθηκε περιποίηση της κατακλίσεως τηρώντας τους όρους ασηψίας και του γύρω από την κατάκλιση υγιούς δέρματος. ¥ Εφαρμόσαμε συχνή αλλαγή θέσεως στην ασθενή. ¥ Τοποθετήσαμε ειδικά επιθέματα στην κατάκλιση. ¥ Πραγματοποιήθηκε με προσοχή η τοποθέτηση και αφαίρεση της σκωραμίδας. ¥ Φροντίσαμε ώστε τα κλινოსκεπάσματα να είναι καθαρά και τεντωμένα. ¥ Χορηγήθηκαν τροφές πλούσιες σε λευκώματα. 	<ul style="list-style-type: none"> & Μετά την εκτέλεση των ενεργειών που αναφέραμε βελτιώθηκε η κατάσταση της κατάκλισης. & Προλήφθηκε η δημιουργία νέων κατακλίσεων.

		<p>πίεσης για τυχόν εμφάνισης κοκκινίλας.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Χρησιμοποίηση αεροθαλάμου ή άλλου μέσου, για ελάττωση της πίεσεως των μελών που δέχονται το βάρος του σώματος. Ø Συνίσταται προσοχή κατά την τοποθέτηση και αφαίρεση της σκωραμίδας. Ø Διατήρηση καθαρών και στεγνών των μελών του σώματος που πιέζονται. Ø Διατήρηση των κλινοσκεπασμάτων καθαρών και τεντωμένων. Ø Χορήγηση τροφής πλούσια σε λευκώματα. 		
--	--	--	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Δυσλειτουργία εντέρου	<ul style="list-style-type: none"> I Επαναφορά της όσο το δυνατόν φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου. I Πρόληψη επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Διδασκαλία της ασθενούς για διαπαιδαγώγηση του εντέρου. Ø Ενίσχυση της τακτικής, ανελλιπούς και επίμονης προσπάθειας για κένωση του εντέρου σε ορισμένη ώρα. Ø Δημιουργία δυνατοτήτων εκκενώσεως του εντέρου όταν εμφανιστεί επιτακτική ανάγκη. Ø Υπόδειξη θέσης αφοδεύσεως του σώματος πλησιέστερη προς την φυσική. Ø Χορήγηση τροφών πλούσιες φυτικές ίνες. Ø Επαρκής χορήγηση υγρών. Ø Ενίσχυση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων της ασθενούς. Ø Χορήγηση υπακτικών φαρμάκων με οδηγία γιατρού. Ø Μεταχείριση της ασθενούς με λεπτότητα και ευκαιρίες για έκφραση των συναισθημάτων της. 	<ul style="list-style-type: none"> ¥ Έγινε διδασκαλία για την διαπαιδαγώγηση του εντέρου. ¥ Ενισχύσαμε την τακτική προσπάθεια για κένωση του εντέρου σε ορισμένη ώρα. ¥ Δημιουργήσαμε δυνατότητες εκένωσης του εντέρου και υποδείξαμε πλησιέστερη προς την φυσική, θέση αφοδεύσεως του σώματος. ¥ Χορηγήθηκαν τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες. ¥ Εξασφαλίσαμε επαρκή χορήγηση υγρών. ¥ Ενισχύσαμε τις φυσιολογικές δραστηριότητες της ασθενούς. ¥ Χορηγήθηκαν ηπατικά φάρμακα με οδηγία γιατρού. ¥ Δόθησαν ευκαιρίες για έκφραση των συναισθημάτων της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> & Επανακάταται μερικώς η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.

7.5.4. 4^ο Περιστατικό με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Ο ασθενής Κ.Π. που πάσχει από Σκλήρυνση κατά πλάκας, εισήλθε στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Αιγίου στις 2/8/2006.

Η ηλικία του ασθενούς είναι 27 χρονών. Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση και οι παρακάτω εξετάσεις: Μαγνητική τομογραφία, εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, οπτικά πεδία, προκλητά δυναμικά, παρακέντηση Ε.Ν.Υ. και ψυχιατρική εκτίμηση.

Διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής πάσχει από την νόσο 2 χρόνια. Ανευρέθησαν λοιπόν τα εξής συμπτώματα: διαταραχές της όρασης, δυσαισθησία και διαταραγμένη κρίση και κατανόηση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Διαταραχές της όρασης.	I Επαναφορά της όρασης όσο το δυνατόν στα φυσιολογικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Προγραμματισμός για οφθαλμο-λογική εκτίμηση από οφθαλμίατρο. ∅ Αξιολόγηση οπτικής λειτουργίας. ∅ Ακριβής καταγραφή των ευρημάτων ώστε σε συνεργασία με τον νευρολόγο να δοθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. ∅ Εξασφάλιση της σωματικής ασφάλειας του αρρώστου για αποφυγή τραυματισμών. <ul style="list-style-type: none"> - Χρησιμοποίηση Π - Τροχηλάτου - Πάντα ένας συνοδός κοντά στον ασθενή ∅ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος. ∅ Περιορισμός επισκεπτηρίου. ∅ Μοναχικότητα στο δωμάτιο. 	<ul style="list-style-type: none"> ≠ Αξιολογήθηκε η οπτική λειτουργία του ασθενούς και καταγράφηκαν τα ευρήματα. ≠ Χορηγήσαμε στερινοειδή στον άρρωστο με οδηγία γιατρού και λάβαμε τα απαραίτητα μέτρα για την πρόληψη παρενεργειών. ≠ Εδόθησαν γυαλιά οράσεως ≠ Εξασφαλίσαμε προστασία από δευτεροπαθή βλάβη της διαταραχής. ≠ Τοποθετήσαμε περιορισμούς κλίνης. 	<ul style="list-style-type: none"> & Με την κατάλληλη χορήγηση στερινοειδών και τα γυαλιά οράσεως παρατηρήθηκε βελτίωση στη διαταραχή της όρασης του ασθενούς.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2. Δυσαισθησία	<ul style="list-style-type: none"> Ι Έγκαιρη διαπίστωση νεοεμφανιζόμενων αισθητικών διαταραχών. Ι Προστασία από τραυματισμούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Έλεγχος της αυξημένης ή ελαττωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων. Ø Καταγραφή ιστορικού για τυχόν εμπειρίες ανωμαλιών αισθήσεων. Ø Αξιολόγηση των ευρημάτων της αισθητικής εξέτασης. Ø Προσοχή στον ασθενή ο οποίος είναι επιρρεπής σε κακώσεις, εγκαύματα και μολύνσεις του δέρματος λόγω της μειωμένης εκτίμησης του πόνου και της θερμοκρασίας. Ø Διδασκαλία του ασθενούς για την σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης. Ø Προστασία του δέρματος με συχνή αλλαγή θέσεως, συχνό πλύσιμο και έγκαιρη θεραπεία των ερεθισμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> ¥ Έγινε έλεγχος της αυξημένης ή ελαττωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων. ¥ Καταγράψαμε το ιστορικό της ασθενούς για τυχόν ύπαρξη ανωμαλιών αισθήσεων και διαπιστώσαμε αιμώδια στα άκρα. ¥ Έγινε αξιολόγηση των ευρημάτων της αισθητικής εξέτασης, φροντίσαμε να ληφθούν μέτρα για αποφυγή κακώσεων, εγκαυμάτων και μολύνσεων του δέρματος. ¥ Έγινε διδασκαλία του ασθενούς για την σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης. ¥ Φροντίσαμε να γίνεται αλλαγή θέσεως κάθε 2 ώρες μονές για αποφυγή ασκήσεως στα σημεία που παρουσιάζεται ερυθρότητα και υπαισθησία. 	<ul style="list-style-type: none"> & Με την διαρκή φροντίδα και διδασκαλία προλαμβάνονται τα προβλήματα που προκαλούν οι αισθητικές διαταραχές του δέρματος και εντοπίζονται έγκαιρα οι νεοεμφανιζόμενες διαταραχές.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Διαταραγμένη κρίση και κατανόηση	<p>ι Βοήθεια του ασθενή να κατανοήσει την φύση της ασθένειάς του και να την αντιμετωπίσει.</p>	<p>∅ Ετοιμότητα του νοσηλευτή για να απαντήσει με ακρίβεια στις ερωτήσεις του ασθενούς.</p> <p>∅ Παροχή ενθάρρυνσης στηριγμένης πάνω σε ρεαλιστικές βάσεις.</p> <p>∅ Δημιουργία κατάλληλου κλίματος ώστε ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά του.</p> <p>∅ Χρησιμοποίηση άλλων επαγγελματικών πόρων για παροχή συμβουλών.</p> <p>∅ Βοήθεια του ασθενή για εξασφάλιση ενίσχυσης από την πολιτεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες.</p>	<p>¥ Ο νοσηλευτής απαντά με ακρίβεια στις ερωτήσεις του ασθενούς.</p> <p>¥ Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την ασθένειά του.</p> <p>¥ Δημιουργήσαμε κατάλληλο κλίμα ώστε ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά του.</p> <p>¥ Φέραμε τον ασθενή σε επαφή με κοινωνικές υπηρεσίες.</p>	<p>& Ο ασθενής κατανόησε την φύση της ασθένειάς του και προσπαθεί να την αντιμετωπίσει.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

-

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, μετά την ενασχόληση μας με την Σκλήρυνση κατά πλάκας είμαστε σε θέση να διατυπώσουμε ορισμένα συμπεράσματα και προτάσεις.

Συμπεράσματα

Καταρχήν θα πρέπει να τονισθεί ότι η Σκλήρυνση κατά Πλάκας αποτελεί μια χρόνια νόσο της οποίας η πλήρης θεραπεία δεν έχει ακόμα ανευρεθεί.

Ωστόσο πολλά από τα συμπτώματα της με σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους μπορούν να αντιμετωπιστούν και να επιβραδυνθεί η εξέλιξη της νόσου.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια ασθένεια που επηρεάζει όχι μόνο τον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και το άμεσο οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον.

Η συμπτωματολογία της νόσου είναι ποικιλόμορφη και διαφέρει από περιστατικό σε περιστατικό. Κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά, ανάλογα με την βαρύτητα, την οικογενειακή, οικονομική και ψυχολογική του κατάσταση.

Βασικό παράγοντα στην ενίσχυση της πίστης του ασθενούς ώστε να μπορεί να αποδεχτεί την κατάστασή του και να ανταποκριθεί στη θεραπευτική αγωγή αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο αντιδρά το περιβάλλον και οι θεραπευτές του.

Προτάσεις

Οι φορείς υγείας σε συνεργασία με το περιβάλλον του ασθενούς πρέπει να βοηθήσουν τον ασθενή να κατανοήσει ότι η εξέλιξη της πορείας της νόσου του είναι μη αναστρέψιμη, ώστε να μπορέσει να αποδεχτεί ότι η ζωή του πρέπει να προσαρμοστεί στην καινούργια αυτή κατάσταση.

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι, ακριβώς επειδή η Σκλήρυνση κατά πλάκας διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση, θα πρέπει η προσέγγιση προς τον κάθε ασθενή ξεχωριστά να γίνεται όχι μόνο με επιστημονική συνείδηση, αλλά και ενδεχομένως μεγαλύτερο ενδιαφέρον και κατανόηση για το συνάνθρωπο που πρέπει να πορευθεί με τα καινούργια δεδομένα που του επιβάλλει η ασθένεια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεωρώντας ότι η γνώση είναι το ισχυρότερο εφόδιο στην αντιμετώπιση της πάθησης, ο σκόπος που πραγματοποιήσαμε αυτή την εργασία ήταν για να σκιαγραφήσουμε την ασθένεια που επηρεάζει όσο λίγες τον άνθρωπο, που θα συνοδοιπορευθεί κατ' ανάγκη μαζί της για πολλά χρόνια της ζωής του, αναπτύσσοντας μια σχέση όχι αντιπάλου, αλλά «συντρόφου». Θα σκύψουμε λοιπόν, όχι μοιρολατρικά, αλλά με επιμονή, γνώση και υπομονή για να αξιοποιήσουμε με τα «φωτεινά» διαλείμματα υγείας, που μεσολαβούν μεταξύ των κρίσεων, έτσι ώστε να βοηθήσουμε να βελτιωθεί η ποιότητα στη δύσκολη περίοδο των κρίσεων.

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας αποτελεί μια χρόνια ανίατη νευρολογική πάθηση της οποίας τόσο η πλήρης αιτιολογία όσο και η πλήρης θεραπεία δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί. Όσον αφορά τις κλινικές εκδηλώσεις της υπάρχει μια ποικιλομορφία, γιατί εξαρτώνται από τη θέση, τον αριθμό και την βαρύτητα των παθολογοανατομικών βλαβών. Ωστόσο πολλά από τα συμπτώματά της με σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους μπορούν να αντιμετωπιστούν και να επιβραδυνθεί η εξέλιξη της νόσου.

Η συμβίωση βέβαια με μια τόσο ιδιόμορφη νόσο δεν είναι εύκολη. Η οικογένεια του ασθενούς, όπως και όλοι οι θεραπευτές του βρίσκονται κατά του για να τον βοηθήσουν να αποδεχθεί την καινούργια αυτή κατάσταση. Η ενημέρωση και η επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή είναι αυτή που μπορεί να βοηθήσει την επίτευξη της θεραπευτικής προσέγγισης.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι παρόλο που η Σκλήρυνση κατά πλάκας αποτελεί μια τόσο απρόβλεπτη νόσο, εάν η προσέγγιση του ασθενούς γίνεται όχι μόνο με επιστημονική συνείδηση, αλλά και ενδεχομένως μεγαλύτερο ενδιαφέρον και κατανόηση για τον συνάνθρωπο τότε και ο ίδιος ο ασθενής θα μπορέσει να αποδεχθεί, να κατανοήσει και να βοηθήσει στην συμμόρφωση με την θεραπευτική αγωγή.

ΑΝΤΙ ΕΠΙΛΟΓΟΥ

ΤΟ ΠΕΤΡΩΜΕΝΟ ΡΟΛΟΙ

Το πετρωμένο ρολόι είναι πιο νεκρό και από τους
Νεκρούς. Ένα ρολόι στον τοίχο που έχει δώδεκα
Νεκρούς και δύο λεπτοδείκτες από τα κόκαλα των νεκρών.
Και γω ξέντυσα τη σάρκα μου από πάνω μου,
Την έδωσα και την έντυσα στο πετρωμένο ρολόι.
Και έδωσα την ψυχή μου στους μήνες και στα χρόνια
Το νεκρό κεφάλι μου στέκει πάνω σε ένα τραπέζι
Με ένα ποτήρι νερό, με ένα λουλούδι μαραμένο.
Έτσι περνάνε οι μήνες, τα χρόνια και οι αιώνες.
Βρίζει τον ήλιο και το φεγγάρι, την τύχη του και
Την ατυχία του. Θέλει να θυμηθεί τους ομοιοπαθείς του.
Κάνει όνειρα για τη ζωή του, μα η μοναξιά
Τον έχει αγκαζέ και δεν τον αφήνει να χαρεί της
Ζωής τις απολαύσεις. Το πετρωμένο ρολόι μοιάζει
Πολύ με τη ζωή του. Στις 10 πρωινό, στις 1 μεσημεριανό,
Στις 5 τηλεόραση και στις 12 ύπνο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Desporoulos, Silbernagl: Νεύρο και μυς, Κεντρικό νευρικό σύστημα, εγχειρίδιο φυσιολογίας, μετάφραση-επιμέλεια Κωστόπουλος, επίτομος, έκδοση 3^η, Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1989, σ. 272-274.
2. Μακρής Ν.: Νευρολογία, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του ΣΤ' εξαμήνου του Τμήματος Νοσηλευτικής Πάτρας, Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1998 σ. 5-11.
3. Κατρίτσης Ε., Κελέκης Δ.: Νευρικό σύστημα, Ανατομία Φυσιολογία, τόμος Ι, έκδοση 1^η, επιμέλεια έκδοσης Ίδρυμα Ευγενίδου (επιτροπή), Αθήνα 1988, σελ. 125-132.
4. Κίτρου Μ.: Φυσιολογία ΙΙ, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Β' Εξαμήνου του Τμήματος Νοσηλευτικής Πάτρας, Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1998, σ. 22,41,46,47.
5. Βλάχος Ι.: Νευρικό Σύστημα, Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και Αισθητήρια, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 1985, σ. 1-12.
6. Κακλαμάνης Ν., Κόμμας Α, Νευρικό Σύστημα, Η ανατομική του ανθρώπου, επίτομος, έκδοση 1^η, Εκδόσεις M-Edition, Αθήνα 1998, σ. 280-281.
7. Kandel E, Schwartz Z., Zessel T.: Το κεντρικό νευρικό σύστημα, Νευροεπιστήμη και συμπεριφορά, μετάφραση Καζλάρης Χ., Καραμανλίδης Α., Παπαδόπουλος Γ., επιμέλεια Καραμανλίδης, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πανεπιστημιακές, εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο 1999, σ. 10,11.
8. Victor M., Ropper A.: Πολλαπλή Σκλήρυνση και Συγγενείς απομυελινωτικές νόσοι, Neurology, επιμέλεια Βασιλόπουλος Δ., τόμος 11, έκδοση 2^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003 σ. 23-28, 45,47,51.
9. Walton Z.: Απομυελινωτικές νόσοι, Νευρολογία, μετάφραση-επιμέλεια Παπαπετρόπουλος Θ., Πασχάλης Χ., Τζεμπελίκος Ε., επίτομος, έκδοση 5^η, εκδόσεις Λίτσα, Πάτρα 1984, σ. 327-333.
10. Marsdeu D., Fowler T.: Απομυελινωτικές παθήσεις του Κ.Ν.Σ., Κλινική Νευρολογία, μετάφραση Πασχάλης, Μαραζιώτης, επιμέλεια Παπαπετρόπουλος Θ., επίτομος, έκδοση 2^η, εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα, 2001, σ. 457-469.
11. Σκαρπαλέζου Σ., Μαλιάρα Σ.: Απομυελινωτικές παθήσεις του νευρικού συστήματος, Μαθήματα Νευρολογίας, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα, 1975, σ. 267-273.
12. Σαχίνη-Καρδάση Α.: Παθήσεις του νευρικού συστήματος, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος 111, έκδοση 2^η, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1997, σ. 310-314.

13. Κυλιντηρέας Κ.: Παθογένεια Σκλήρυνσης κατά Πλάκας, Πρακτικά 5^{ης} ετήσιας Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών, επίτομος, έκδοση 1^η, επιμέλεια, έκδοση Παπαπετρόπουλος Θ., Πάτρα 1996, σ. 19-25.

14. Engram B.: Προβλήματα του Νευρικού συστήματος, Σκλήρυνση κατά Πλάκας, μετάφραση επιμέλεια Καραχάλιος Γ., επίτομος, έκδοση 1^η, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1997, σ. 583-588.

15. Κεκάτος Ε.: Διάγνωση: Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Σκλήρυνση κατά Πλάκας Φυσικοθεραπευτική Φροντίδα, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα, 2001, σ. 43-352.

16. www.iatronet.gr, Καπαρός Γ., Αύγουστος 2005.

17. Γρηγοράκης Ι.: Διατροφή και επιδημιολογία της σκλήρυνσης κατά Πλάκας, Διατροφή και Σκλήρυνση κατά Πλάκας, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2003, σ. 15-40.

18. Μυλωνά Ι.: Επιδημιολογία Σκλήρυνσης κατά Πλάκας, πρακτικά 5^{ης} ετήσιας Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών, επίτομος, έκδοση 1^η, επιμέλεια έκδοσης, Παπαπετρόπουλος Θ., Πάτρα 1996, σ. 7-11.

19. Βασιλόπουλος Π.: Γενετική των νευρολογικών νόσων, Γενετική και Νευρολογικό Σύστημα, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1979, σ. 194-197.

20. Πασχάλης Χ.: Κλινικά Χαρακτηριστικά και πρόγνωση Σκλήρυνσης κατά Πλάκας, Πρακτικά 5^{ης} ετήσιας Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών, επίτομος, έκδοση 1^η, επιμέλεια έκδοσης Παπαπετρόπουλος Θ., Πάτρα, 1996, σ. 26-30.

21. Δούκα-Σεργίτσα Ι.: Βιοχημικά Ευρήματα, Πρακτικά 5^{ης} ετήσιας Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών, επίτομος, έκδοση 1^η, επιμέλεια έκδοσης Παπαπετρόπουλος Θ. Πάτρα, 1996, σ. 37-43.

22. Παπαθανασόπουλος Π.: Ηλεκτροφυσιολογικά ευρήματα, Πρακτικά 5^{ης} ετήσιας Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών, επίτομος, έκδοση 1^η, επιμέλεια έκδοσης Παπαπετρόπουλος Θ., Πάτρα 1996, σ. 43-52.

23. Φεζουλίδης Ι.: Νευροακτινολογικά Ευρήματα, Πρακτικά 5^{ης} ετήσιας Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών, επίτομος, έκδοση 1^η, επιμέλεια έκδοσης, Παπαπετρόπουλος Θ., Πάτρα 1996, σ. 31-37.

24. Τσακανίκας Κ.: Διαγνωστικά κριτήρια και διαφορική διάγνωση, Πρακτικά 5^{ης} ετήσιας Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών,

επίτομος, έκδοση 1^η, επιμέλεια έκδοσης Παπαπετρόπουλος Θ. Πάτρα, 1996, σ. 55,57,58,59,60.

25. Πιπερίδου Χ.: Κορτικοστεροειδή και ACTH, Πρακτικά 5^{ης} ετήσιας Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών, επίτομος, έκδοση 1^η, επιμέλεια έκδοσης Παπαπετρόπουλος Θ., Πάτρα 1996, σ. 67-70.

26. www.disabled.gr, Παπαδοπούλου Χ. Φεβρουάριος 2004.

27. Λαγός Γ.: Αντιμετώπιση παροξυντικών εκδηλώσεων, τρόμου και σπαστικότητας, Πρακτικά 5^{ης} ετήσιας Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών, επίτομος, έκδοση 1^η, επιμέλεια έκδοσης Παπαπετρόπουλος Θ., Πάτρα 1996, σ. 101-110.

28. Καζής: Αυτομεταμόσχευση αιμοποιητικών προβαθμίδων στην αντιμετώπιση της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας, Πρακτικά 8^{ης} ετήσιας Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών, επίτομος, έκδοση 1^η, επιμέλεια έκδοσης Παπαπετρόπουλος Θ., Πάτρα 1996, σ. 57-69.

29. www.disabled.gr, Κουλικούρδη Α., Απρίλιος 2005.

30. Σαχίνη-Καρδάση Α.: Παθήσεις του νευρικού συστήματος, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος Ι, έκδοση 2^η, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1988, σ. 418-422.

31. www.special.education.gr, Κουτσουράκη Ε., Σεπτέμβριος 2004.

32. Ραγιά Α.: Νοσηλευτική αρρώστων με συναισθηματικές διαταραχές, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Επίτομος, έκδοση, 4^η, επιμέλεια έκδοσης Ραγιά, Αθήνα 2004, σ. 290-293.

33. Lorraine de Souza: Χειρισμός Πολλαπλής Σκλήρυνσης, Θεραπευτική Φροντίδα, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2001, σ. 177-179, 181, 183, 184.

34. www.disabled.gr, Παπαδοπούλου Χ., Φεβρουάριος 2004.

35. Θεοδωρακοπούλου Γ.: Ψυχιατρική-Νευρολογία, Νοσηλευτική, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του ΣΤ' εξαμήνου του τμήματος Νοσηλευτικής, Εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα, 1999, σ. 19-26.