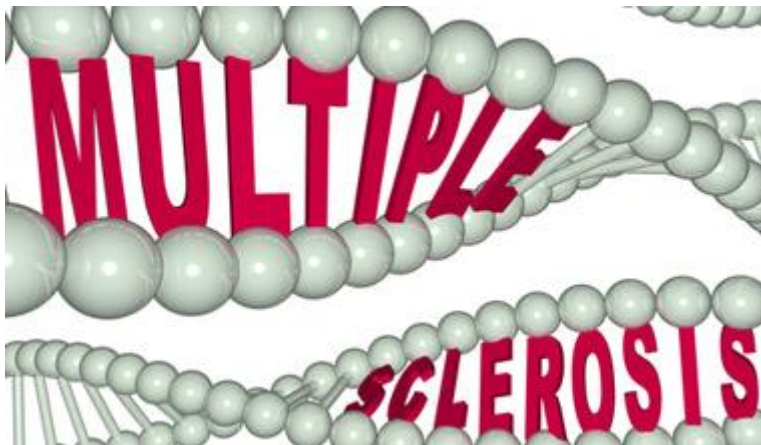


ΤΕΙ : ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Πτυχιακή Εργασία

**ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ : Η
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ
ΒΙΟ-ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ
ΝΟΣΟΥ**



Επιβλέπων:

Δρ Μιχαλοπούλου Αντιγόνη

Επιμέλεια:

Γιόγιακας Γρηγόριος

Δαραβέλα Χαρίκλεια

Δεδούση Γεωργία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Συντομογραφίες	5
Αντί Πρόλογου	6
Εισαγωγή.....	7
Κεφάλαιο 1 : Αδρή ανατομική και φυσιολογική ανασκόπηση	
1.1 Νευρικό σύστημα	10
1.2 Κεντρικό νευρικό σύστημα	11
1.2.1 Εγκέφαλος	11
1.2.2 Εγκεφαλικά ημισφαίρια.....	13
1.2.3 Εγκεφαλικό στέλεχος	14
1.2.4 Παρεγκεφαλίδα.....	15
1.2.5 Νωτιαίος μυελός.....	16
1.3 Νευρικά κύτταρα	17
1.4 Μεταφορά ώσεων από τα νεύρα.....	18
Κεφάλαιο 2 : Σκλήρυνση κατά πλάκας	
2.1 Ορισμός της Σκλήρυνσης κατά πλάκας	20
2.2 Ιστορική αναδρομή.....	20
2.3 Αιτιολογία της Σκλήρυνσης κατά πλάκας	22
2.3.1 Η διατροφή ως αιτιολογικός παράγοντας στη ΣΚΠ.....	23
2.4 Επιδημιολογία της Σκλήρυνσης κατά πλάκας.....	34
Κεφάλαιο 3 : Παθογένεια και μορφές της Σκλήρυνσης κατά πλάκας	
3.1 Παθογένεια	38
3.1.1 Γενετικοί παράγοντες	39
3.1.2 Λοιμώξεις από ιούς.....	40
3.1.3 Άλλοι παράγοντες.....	41
3.2 Μορφές της Σκλήρυνσης κατά πλάκας	41
Κεφάλαιο 4 : Κλινική εικόνα της Σκλήρυνσης κατά πλάκας	
4.1 Κλινική εικόνα.....	46
4.1.1 Συμπτώματα και σημεία	48
4.1.2 Σπανιότερες εκδηλώσεις της νόσου	54
4.1.3 Παράγοντες υποτροπής	55
4.2 Πορεία της Σκλήρυνσης κατά πλάκας.....	55
4.3 Πρόγνωση της Σκλήρυνσης κατά πλάκας	56

Κεφάλαιο 5 : Διάγνωση της Σκλήρυνσης κατά πλάκας

5.1	Γενικά για την διάγνωση	58
5.1.1	Ιστορικό ασθενούς.....	59
5.1.2	Φυσική εξέταση.....	60
5.2	Εργαστηριακές εξετάσεις	61
5.2.1	Αιματολογικός έλεγχος.....	61
5.2.2	Εγκεφαλονωτιαίο υγρό.....	61
5.2.3	Προκλητά δυναμικά	62
5.2.4	Μαγνητική τομογραφία	63
5.2.4.1	Αντενδείξεις για μαγνητική τομογραφία	65
5.2.5	Αξονική τομογραφία	65
5.3	Διαφορική διάγνωση	65
5.4	Αντιδράσεις	68

Κεφάλαιο 6 : Θεραπευτική προσέγγιση

6.1	Θεραπεία.....	70
6.1.1	Τα ηθικά διλήμματα στις μελέτες με εικονικό φάρμακο.....	72
6.1.2	Η θεραπεία με βλαστικά κύτταρα.....	73
6.1.3	Συμπτωματική θεραπεία.....	73
6.1.4	Υδροθεραπεία.....	75
6.2	Διατροφή	76
6.3	Νέα για την θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας.....	79
6.3.1	Χάπι αντί για ένεση	80

Κεφάλαιο 7 : Μορφές εναλλακτικής ιατρικής

7.1	Φυσικοθεραπευτική αγωγή.....	83
7.1.1	Αρχές φυσικοθεραπείας.....	83
7.2	Εναλλακτική ιατρική	85

Κεφάλαιο 8 : Οικογενειακό περιβάλλον και Σκλήρυνση κατά πλάκας

8.1	Η οικογένεια και η πάθηση	88
8.1.1	Οικονομικές επιπτώσεις	89
8.2	Συμβιώνοντας με την πάθηση	90
8.2.1	Κόπωση	90
8.2.2	Αμνησία.....	91
8.3	Κατάθλιψη και Σκλήρυνση κατά πλάκας.....	92
8.4	Η ψυχοκοινωνική διάσταση της νόσου	93
8.5	Ψυχολογική υποστήριξη.....	95

Κεφάλαιο 9 : Νοσηλευτική παρέμβαση.....	97
Κεφάλαιο 10: Νοσηλευτική διεργασία	100
Σκέψεις – Προτάσεις.....	108
Περίληψη.....	109
Summary	110
Βιβλιογραφία.....	111

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΣΚΠ= Σκλήρυνση κατά πλάκας

ΚΝΣ= Κεντρικό νευρικό σύστημα

ΠΝΣ= Περιφερικό νευρικό σύστημα

ΕΝΥ= Εγκεφαλονωτιαίο υγρό

Α5=Πεμπτος αυχενικός σπόνδυλος

Ο1=Πρωτος οσφυϊκός σπόνδυλος

Ο2=Δευτερος οσφυϊκός σπόνδυλος

Ο3=Τριτος οσφυϊκός σπόνδυλος

Ο4=Τεταρτος οσφυϊκός σπόνδυλος

Θ12=Δωδεκατος θωρακικός σπόνδυλος

Θ1=Πρωτος θωρακικός σπόνδυλος

ΚΜΜΕΦ = Κλινικες μελέτες με εικονικό φάρμακο

gr = Γραμμάρια

mm = Χιλιοστά

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Α.Α., 34 ετών

«Ζω την κάθε στιγμή»

«Το πρώτο “καμπανάκι” χτύπησε το 2000 που πήγα φαντάρος, με έντονο μούδιασμα στα πόδια. Σε μια άδεια, έκανα λεπτομερή ιατρικό έλεγχο. Η διάγνωση ήταν ξεκάθαρη. Είχα πρωτοπαθή προϊούσα μορφή ΣΚΠ: Αυτό σημαίνει ότι σε αυτή τη μορφή της νόσου εμφανίζονται από την αρχή συμπτώματα που σταδιακά επιδεινώνονται. Έχασα τη γη κάτω από τα πόδια μου, γιατί δεν ήξερα την πρόοδο που έχει γίνει σε σχέση με την αντιμετώπιση της πάθησης. Τους τελευταίους δύο μήνες της θητείας μου έμεινα στο νοσοκομείο, όπου μου χορηγούσαν μεγάλες δόσεις κορτιζόνης. Συνήλθα. Ανεβοκατέβαινα σκαλιά, περπατούσα κανονικά, έγγραφα.»

Ίσως, τελικά, η σκλήρυνση κατά πλάκας να μου προσέφερε περισσότερα από όσα μου στέρησε.

«Με χαμόγελο»

«Μετά πήγα στην Αμερική. Οι γιατροί διαπίστωσαν ό, τι και στην Ελλάδα. Συνειδητοποίησα πως, αν ήθελα να ζήσω, θα έπρεπε να οπλιστώ με χαμόγελο, αισιοδοξία και να τραβήξω μπροστά. Και το έκανα. Εργάζομαι στο Δημόσιο, οδηγώ, κάνω γυμναστική, κολυμπάω, τρέφομαι υγιεινά, ξεκουράζομαι αρκετά και προσπαθώ να μην αγχώνομαι. Αποτέλεσμα; Η κατάστασή μου έχει σταθεροποιηθεί.»

«Χωρίς ντροπή»

«Δεν νιώθω ντροπή για τα κινητικά μου προβλήματα. Τα αντιμετωπίζω. Για παράδειγμα, επειδή δεν μπορώ να κρατήσω σταθερά ένα ποτήρι με νερό, το πίνω με καλαμάκι. Επιπλέον, σταμάτησα να γκρινιάζω. Ξυπνάω κάθε πρωί και ευχαριστώ το Θεό που είμαι όσο καλά γίνεται. Όμως, κέρδισα και κάτι άλλο, εξίσου σημαντικό. Έμειναν κοντά μου οι πραγματικοί φίλοι, η οικογένειά μου φυσικά και, το κυριότερο, γνώρισα τη σύζυγό μου, η οποία με αγαπά και με στηρίζει γι’ αυτό που είμαι και πρόσφατα αποκτήσαμε ένα αγοράκι. Ίσως, τελικά, η ΣΚΠ να μου προσέφερε περισσότερα από όσα μου στέρησε.»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή δημιουργήθηκε έχοντας πρόθεση να παρουσιάσει και να αναδείξει όλες τις βασικές πληροφορίες που σχετίζονται με την σκλήρυνση κατά πλάκας. Παρ' όλο αυτά ένας ακόμα λόγος για τον οποίο έγινε αυτή η εργασία είναι να παραθέσει τον τρόπο που επηρεάζουν τα προβλήματα (βιοψυχοκοινωνικά) των ασθενών , τα οποία προέρχονται από την νόσο, την ποιότητα ζωής τους. Επιπροσθέτως εξετάζεται ο σημαντικός ρόλος των νοσηλευτών/τριών στην αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών, που όπως αναφέραμε είναι τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μία χρόνια απομυελινωτική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος, αυτοάνοσης αρχής, που χαρακτηρίζεται από την πολλαπλότητα των συμπτωμάτων της, τη διακύμανση της σοβαρότητας και της διάρκειάς της, την απρόβλεπτη πορεία και εξέλιξή της η οποία είναι πλήρως εξατομικευμένη (Γουρζουλίδου Ε, 2008).

Η πρώτη σχετικά αναφορά σε κείμενο δημοσίου εγγράφου που σχετίζεται με την σκλήρυνση κατά πλάκας, βρέθηκε στην Ολλανδία και αφορούσε το θάνατο μιας μοναχής η οποία εμφάνισε στα δεκαεπτά της χρόνια ασθένεια με τα εξής συμπτώματα: αδυναμία των κάτω άκρων, μείωση της όρασης και ψυχικές διαταραχές(Δεράος Σ, 2003). Η πρώτη όμως κλινική διάγνωση σε ασθενή έγινε το 1849 από τον Γερμανό παθολογοανατόμο Friedrich von Frerichs , ενώ το 1868 ο καθηγητής νευρολογίας στο Παρίσι J.M Charot , ο οποίος θεωρείται και «πατέρας της νευρολογίας», ύστερα από την εξέταση του εγκεφάλου μίας νεαρής ασθενούς που απεβίωσε, βρήκε χαρακτηριστικές πλάκες της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Έπειτα από αυτό το γεγονός έγραψε μία πλήρη περιγραφή της ασθένειας και των αλλαγών που προκαλεί στον εγκέφαλο(Ματσούκα Ε, 2001).

Τα αίτια που προκαλούν την νόσο δεν είναι ακόμα γνωστά αλλά ίσως ευθύνεται κάποιος ιός, ενώ σημαντικό ρόλο παίζουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες(Ματσούκα Ε, 2001).

Οι περισσότεροι άνθρωποι που προσβάλλονται από την σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μεταξύ 20-40 ετών, ενώ διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης της ασθένειας έχουν οι γυναίκες από τους άνδρες και οι λευκή φυλή από τις υπόλοιπες φυλές(Ματσούκα Ε, 2001).Ο κλινικές μορφές της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι η υποτροπιάζουσα μορφή, η δευτεροπαθής προϊούσα, η πρωτοπαθής προϊούσα και η προοδευτική υποτροπιάζουσα μορφή.(Δεράος Σ, 2003).

Η κλινική εικόνα της σκλήρυνσης κατά πλάκας παρουσιάζει ποικιλομορφία και μπορεί να διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Η διάγνωσή της στηρίζεται στη λήψη ιστορικού και στην κλινική εκτίμηση. Επίσης και στην συνεκτίμηση των αποτελεσμάτων των διαφόρων εργαστηριακών εξετάσεων(MRI, ENY, προκλητά δυναμικά) (Γουρζουλίδου Ε, 2008).

Το γεγονός ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας έχει καταχωρηθεί στις “ μη ιάσιμες” παθήσεις, δεν πρέπει να μας κρατά μακριά από την ιατρική παρακολούθηση που είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Στο μεταξύ μία σειρά από ειδικά φάρμακα είναι στην διάθεση του πάσχοντα (μετά από συνταγή εξειδικευμένου ιατρού) για να αντιμετωπιστούν οι επιμέρους συμπτωματικές αντιδράσεις της πάθησης (Κεκάτος Ε, 2001).

Οι ψυχικές παθήσεις είναι πολύ συχνές στην σκλήρυνση κατά πλάκας με συχνότερες το άγχος και την κατάθλιψη. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι στα θέματα αναγνώρισης και αντιμετώπισης αυτών των προβλημάτων (Αναγνωστόπουλος Φ – Καραδήμας Ε, 2008). Ο νοσηλευτής έχει ένα ιδιαίτερο και πολύπλοκο ρόλο όσον αφορά τη νοσηλευτική παρέμβαση σε άτομα που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας, καθώς έχει διάφορες παραμέτρους να αντιμετωπίσει. Η επίτευξη μιας καλής σχέσης νοσηλευτή – αρρώστου είναι ένα πολύπλοκο αλλά αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας. Μ ε κάθε νέο επεισόδιο ο άρρωστος πρέπει να αναπτύσσει νέα κατανόηση και προσαρμογή . Η ακριβής και συχνή επανεκτίμηση τις φυσικής και συγκινησιακής κατάστασης του αρρώστου είναι επιβεβλημένη (Σαχίνη Α – Πάνου Μ , 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΔΡΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Νευρικό σύστημα

Κεντρικό νευρικό σύστημα

Νευρικά κύτταρα

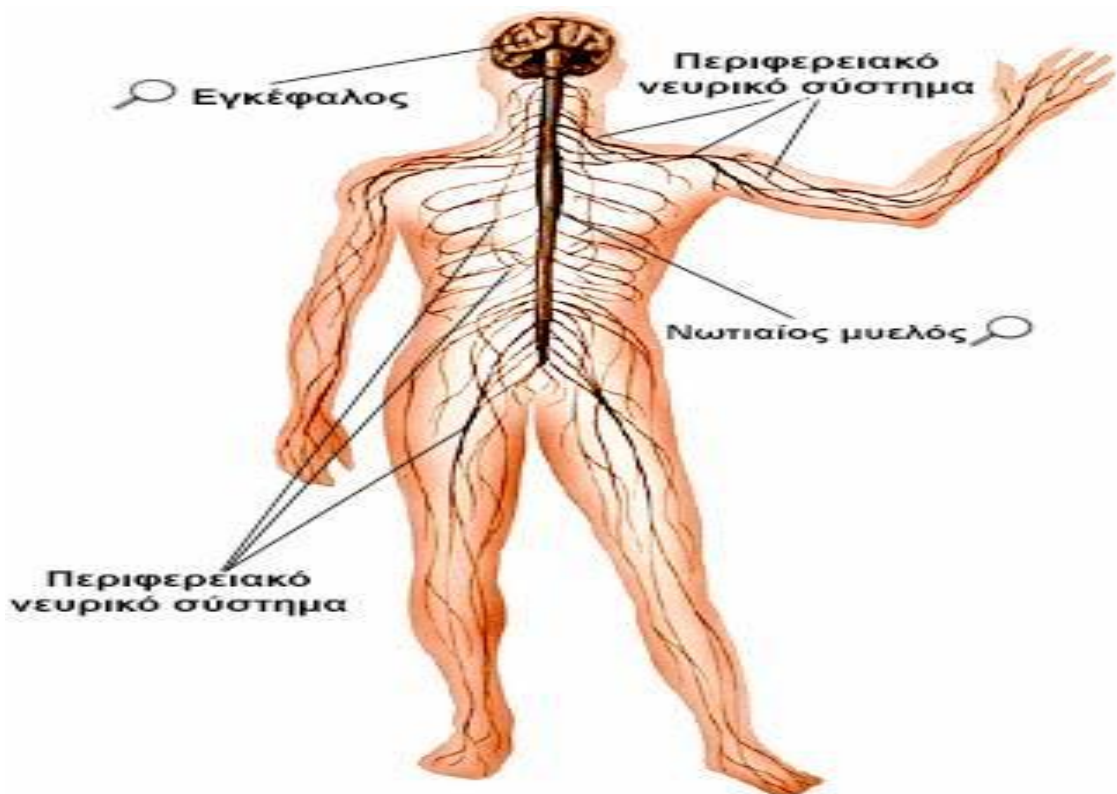
Μεταφορά ώσεων από τα νεύρα

1.1 ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το νευρικό σύστημα εξυπηρετεί την αντίληψη του περιβάλλοντος , την ενσυνείδητη κίνηση και την διαβίβαση των ώσεων (Ζήσης Θ., 1999) . Ρυθμίζει τις λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, ανάλογα με τα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα και έτσι ο οργανισμός λειτουργεί σαν ένα ενιαίο σύνολο τόσο ανατομικά όσο και λειτουργικά (Ζήσης Θ. 1999) . Το νευρικό σύστημα μπορεί να διαχωρισθεί σε :

- Εγκεφαλονωτιαίο
- Φυτικό ή αυτόνομο νευρικό σύστημα

Το εγκεφαλονωτιαίο διαιρείται, σε κεντρικό νευρικό σύστημα (**ΚΝΣ**), με τον εγκέφαλο και με το νωτιαίο μυελό και σε περιφερικό νευρικό σύστημα (**ΠΝΣ**), με τα εγκεφαλικά ή νωτιαία νεύρα και γάγγλια (Ζήσης Θ., 1999) . Το φυτικό ή αυτόνομο νευρικό σύστημα χωρίζεται στο συμπαθητικό και στο παρασυμπαθητικό και καθένα από αυτά αποτελείται από το κεντρικό μέρος, τους πυρήνες και το περιφερικό μέρος με τα νεύρα και τα γάγγλια. Επιπροσθέτως το νευρικό σύστημα από λειτουργική άποψη μπορεί να διαιρεθεί σε σωματικό και σπλαχνικό τμήμα (Drake R., Vogl W. και Mitchell A., 2007).



1.2 ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το περιφερικό νευρικό σύστημα, δηλαδή το σωματικό και το αυτόνομο νευρικό σύστημα, μεταφέρουν πληροφορίες και τις εισάγουν (κεντρομόλα) στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και διαβιβάζουν πληροφορίες από αυτό στην περιφέρεια (Despouros A. και Silbernagl S., 2001) . Ο ρόλος του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι να αξιολογεί, με βάση τις αποθηκευμένες πληροφορίες που επεξεργάζεται και τις πληροφορίες που δέχεται και να άπαντα με φυγόκεντρες ώσεις προς τα ανάλογα όργανα και ιστούς (Κίτρου Μ., 1998) . Έτσι λοιπόν το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι όργανο συντονισμού και καθοδήγησης και αποτελείται από τον Εγκέφαλο (εγκεφαλικό στέλεχος,παρέγκεφαλίδα) και το Νωτιαίο Μυελό.

1.2.1 ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

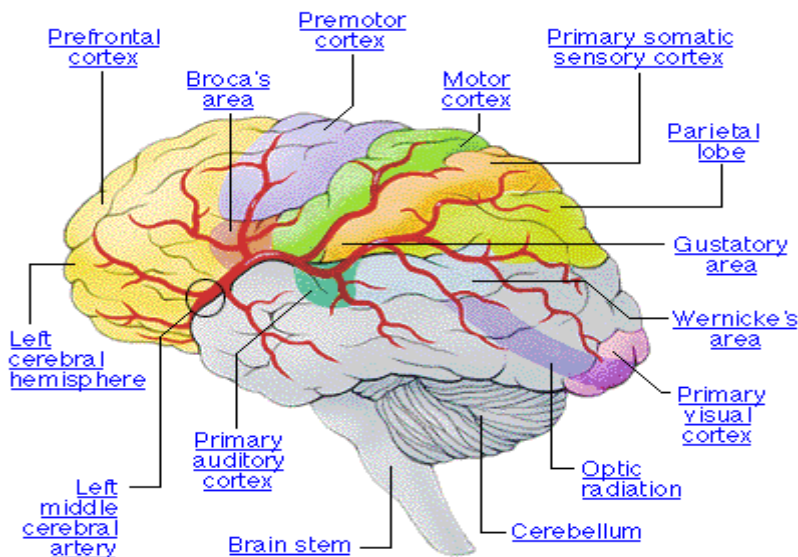
Ο εγκέφαλος βρίσκεται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα και περιβάλλεται από τις μήνιγγες, με τις οποίες επίσης στηρίζεται. Το βάρος του στον άνδρα είναι 1350 gr και στην γυναίκα 1250 gr περίπου. Το τελικό βάρος του εγκεφάλου διαμορφώνεται κατά την δεύτερη δεκαετία της ζωής ενός ανθρώπου και στην γεροντική ηλικία, το βάρος του εγκεφάλου ελαττώνεται λίγο (Ζήσης Θ., 1999).

Εξωτερικά του εγκεφάλου διακρίνουμε τα δυο ημισφαίρια, που χωρίζονται με την επιμήκη σχισμή, το στέλεχος, που ευρίσκεται κάτω από τα ημισφαίρια και την παρεγκεφαλίδα, που βρίσκεται στην οπίσθια επιφάνεια του στελέχους (Ζήσης Θ., 1999) . Στη διάρκεια της ανάπτυξης ο εγκέφαλος μπορεί να διαιρεθεί σε πέντε συνεχόμενα τμήματα. Από εμπρός προς τα πίσω τα τμήματα αυτά είναι τα ακόλουθα(Drake R., Vogl W. και Mitchell A., 2007):

- Ο **τελεγκέφαλος (πρόσθιος ή τελικός εγκέφαλος)** , ο οποίος σχηματίζει τα μεγάλα εγκεφαλικά ημισφαίρια, η επιφάνεια των οποίων αποτελείται από ανάγλυφες προβολές (έλικες) και εμβυθύνσεις (αύλακες) και χωρίζεται κατά ένα μέρος στα δύο με μια βαθειά επιμήκη σχισμή. Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια καταλαμβάνουν το χώρο πάνω από το σκηνίδιο της παρεγκεφαλίδας και υποδιαιρούνται σε λοβούς, ανάλογα με την τοπογραφική εντόπιση κάθε τμήματος τους (Drake R., Vogl W. και Mitchell A., 2007) .

- Ο **διεγκέφαλος (διάμεσος εγκέφαλος)** , ο οποίος στον ενήλικα καλύπτεται από τα εγκεφαλικά ημισφαίρια, αποτελείται από το θάλαμο, τον υποθάλαμο και άλλα σχετικά μορφώματα και θεωρείται το πλέον πρόσθιο τμήμα του εγκεφαλικού στελέχους (Drake R., Vogl W. και Mitchell A., 2007)
- Ο **μεσεγκέφαλος (μέσος εγκέφαλος)** , ο οποίος είναι το πρώτο τμήμα του εγκεφαλικού στελέχους, που διακρίνεται κατά την εξέταση του ακέραιου εγκεφάλου του ενήλικα και εντοπίζεται στη συμβολή μέσου και οπίσθιου κρανιακού βόθρου (Drake R., Vogl W. και Mitchell A., 2007) .
- Ο **μετεγκέφαλος (οπίσθιος εγκέφαλος)** , ο οποίος σχηματίζει την παρεγκεφαλίδα (που αποτελείται από δύο πλάγια ημισφαίρια και ένα μεσαίο τμήμα και βρίσκεται στον οπίσθιο κρανιακό βόθρο κάτω από το σκηνίδιο της παρεγκεφαλίδας) και τη γέφυρα (ένα όγκωμα του εγκεφαλικού στελέχους, που βρίσκεται μπροστά από την παρεγκεφαλίδα στο πρόσθιο τμήμα του οπίσθιου κρανιακού βόθρου πάνω στο απόκλιμα και τη ράχη του τουρκικού εφιπίου) (Drake R., Vogl W. και Mitchell A., 2007) .
- Ο **μυελεγκέφαλος (προμήκης μυελός)** , που είναι το πλέον ουραίο τμήμα του εγκεφαλικού στελέχους , το οποίο τερματίζεται στο ινιακό τμήμα ή στα ανώτατα εκφυτικά ριζίδια του πρώτου αυχενικού νεύρου και από το οποίο εκφύονται τα VI(απαγωγό νεύρο) έως XII (υπογλώσσιο νεύρο) εγκεφαλικά νεύρα (Drake R., Vogl W. και Mitchell A., 2007) .

Από τους πέντε εγκεφάλους, (τελικός, διάμεσος , μέσος, οπίσθιος , έσχατος) ο τελικός πήρε την μεγαλύτερη ανάπτυξη στον άνθρωπο και μαζί με το διάμεσο καταλαμβάνουν τον πρόσθιο και το μέσο εγκεφαλικό βόθρο. Ο μέσος , ο οπίσθιος και ο έσχατος αποτελούν το στέλεχος του εγκεφάλου και βρίσκονται στον οπίσθιο εγκεφαλικό βόθρο μαζί με την παρεγκεφαλίδα (Ζήσης, 1999) . Μέσα στον εγκέφαλο περικλείονται κοιλότητες που ονομάζονται κοιλίες του εγκέφαλου και περιέχουν το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) .



1.2.2. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΗΜΙΣΦΑΙΡΙΑ

Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια είναι δύο και χωρίζονται μεταξύ τους με την επιμήκη σχισμή του εγκεφάλου και από την παρεγκεφαλίδα με την εγκάρσια σχισμή. Μέσα σε κάθε ένα από τα δύο ημισφαίρια υπάρχει μια κοιλότητα, η οποία ονομάζεται πλάγια κοιλία. Κάθε ημισφαίριο διαιρείται με αύλακες σε πέντε λοβούς: **μετωπιαίος, βρεγματικός, κροταφικός, ινιακός και τη νήσο του Reil ή κεντρικό λοβό** (Ζήσης Θ., 1999).

Ο **μετωπιαίος** λοβός έχει τρεις επιφάνειες (έξω-έσω-κάτω) και διαιρείται με δευτερογενείς αύλακες σε διάφορες έλικες. Στην έξω επιφάνεια υπάρχει η πρόσθια κεντρική έλικα που βρίσκεται μεταξύ της κεντρικής και πρόσθιας κεντρικής αύλακας. Σε αυτήν βρίσκονται τα κινητικά κέντρα των μυών διαταγμένα αντίστροφα. Ακόμα προς τα εμπρός της έξω επιφάνειας υπάρχει η άνω, η μέση και η κάτω μετωπιαία έλικα. Στην κάτω μετωπιαία έλικα βρίσκεται το κινητικό κέντρο του λόγου του οποίου βλάβη του επικρατούντος ημισφαίριου προκαλεί τη λεγόμενη κινητική αφασία. Ο μετωπιαίος λοβός φαίνεται ότι αποτελεί κέντρο που σχετίζεται με τα συναισθήματα, τα ηθικά χαρακτηριστικά και τις νοητικές λειτουργίες (Ζήσης Θ., 1999).

Ο **βρεγματικός** λοβός βρίσκεται πίσω από το μετωπιαίο λοβό και χωρίζεται από αυτόν με την κεντρική αύλακα. Έχει δυο επιφάνειες, εσω και έξω. Στην έξω επιφάνεια, μεταξύ κεντρικής και οπίσθιας κεντρικής αύλακας υπάρχει η οπίσθια κεντρική έλικα (αισθητικό κέντρο του εγκεφάλου). Σε αυτό μεταφέρονται τα διάφορα αισθητικά ερεθίσματα από την περιφέρεια και εδώ βρίσκονται το κέντρο της γεύσης και τα αισθητικά κέντρα αντίστροφα διαταγμένα (Ζήσης Θ., 1999).

Ο **ινιακός** λοβός έχει τρεις επιφάνειες (έσω-έξω και κάτω) και περιέχει το κέντρο της όρασης όπου και καταλήγει το οπτικό νεύρο αφού προτού χιαστεί (Ζήσης Θ., 1999) .

Ο **κροταφικός** λοβός έχει και αυτός τρεις επιφάνειες (έσω-έξω και κάτω) , στην έξω επιφάνεια υπάρχουν τρεις έλικες(άνω-μέση-κάτω κροταφική έλικα) . Στην άνω έλικα βρίσκεται το κέντρο της ακοής και το κέντρο της όσφρησης (Ζήσης Θ.,1999) .

Ο **κεντρικός λοβός ή νήσος του Reil** αποτελεί το τμήμα των ημισφαιρίων που βρίσκεται στο βάθος της (Ζήσης Θ., 1999) .

1.2.3. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΣΤΕΛΕΧΟΣ

Το εγκεφαλικό στέλεχος βρίσκεται μεταξύ των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και του νωτιαίου μυελού και αποτελείται από τρία μέρη (Ζήσης Θ., 1999) :

1. τα εγκεφαλικά σκέλη
2. τη γέφυρα
3. τον προμήκη μυελό

Τα **εγκεφαλικά σκέλη** αποτελούνται από ίνες που συνδέουν τον εγκέφαλο με το νωτιαίο μυελό και οι οποίες σχηματίζουν δύο μάζες που ξεκινούν από τη γέφυρα και φθάνουν στη βάση των ημισφαιρίων (Ζήσης Θ., 1999) .

Η γέφυρα αποτελεί το διάμεσο σταθμό σύνδεσης με την παρεγκεφαλίδα. Παρουσιάζει ένα εγκάρσιο όγκωμα και σχηματίζεται από ίνες που συνεχίζονται προς τα πάνω στα εγκεφαλικά σκέλη και προς τα κάτω στον προμήκη μυελό. Στην πρόσθια επιφάνεια της γέφυρας , στο μέσο υπάρχει η βασική αύλακα για τη βασική αρτηρία και στα πλάγια τα πυραμιδικά ογκώματα (Ζήσης Θ.,1999) .

Ο **προμήκης μυελός** έχει σχήμα κόλπου με τη βάση προς τα πάνω και την κορυφή προς τα κάτω. Η βάση είναι συνέχεια της γέφυρας και η κορυφή συνεχίζεται με τον νωτιαίο μυελό. Στην πρόσθια επιφάνεια υπάρχουν τα πυραμιδικά ογκώματα του προμήκου και στις πλάγιες επιφάνειες η έξω ελαία. Ο προμήκης μυελός έχει μήκος 25mm και αποτελεί το κέντρο των ρυθμίσεων ζωτικών για τον οργανισμό λειτουργιών γιατί περικλείει τα κέντρα της αναπνοής, της ρύθμισης της καρδιακής λειτουργίας, της πρόσληψης τροφής, του βήχα, του

εμέτου και άλλων λειτουργιών. Βλάβη στον προμήκη μυελό συνεπάγεται ο θάνατος (Ζήση Θ., 1999)

1.2.4 ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΑ

Η παρεγκεφαλίδα βρίσκεται στον οπίσθιο κρανιακό βόθρο πίσω από τον προμήκη μυελό και την γέφυρα και κάτω από τους ινιακούς λοβούς του εγκεφάλου. Αποτελείται από τε δυο ημισφαίρια που στη μέση συνδέονται με ένα λοβό που ονομάζεται σκώληκας (Ζήσης Θ.,1999) .Εξωτερικά όπως στον εγκέφαλο βρίσκεται η φαιά ουσία και εσωτερικά η λευκή ουσία με τους πυρήνες, η εξωτερική επιφάνεια εμφανίζει πολλές μικρές παράλληλες έλικες τα φύλλα της παρεγκεφαλίδας που σε οβελιαία διατομή οι αύλακες της παρεγκεφαλίδας της δίνουν την μορφή φύλλου δένδρου (δένδρο ζωής) (Ζήσης Θ., 1999) .

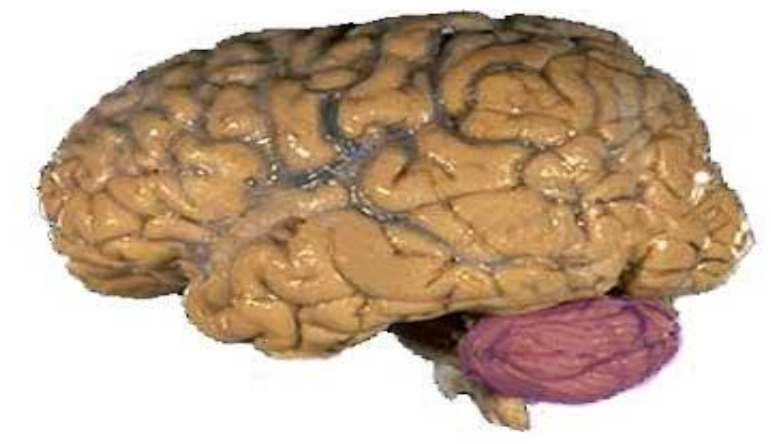
Η πρόσθια επιφάνεια της παρεγκεφαλίδας συνδέεται με το στέλεχος του εγκεφάλου με τα τρία ζεύγη σκελών (άνω- μέσο- κάτω)της παρεγκεφαλίδας μέσω των οποίων πορεύονται όλες οι προσαγωγές και απαγωγείς οδοί της.

Η παρεγκεφαλίδα δέχεται αισθητικά ερεθίσματα από το δέρμα, τους μυς και τα αισθητήρια όργανα και ιδιαίτερα από τον λαβύρινθο , ενώ είναι σε σταθερή σύνδεση με όλα τα τμήματα του νευρικού συστήματος που έχουν σχέση με την στάση του σώματος και είναι απαραίτητοι για την ισορροπία (Ζήσης Θ., 1999) .

Επιδρά στην εκούσια κινητικότητα έτσι ώστε οι διαφορές ομάδες των μυών να δρουν σαν ένα αρμονικά συνεργαζόμενο σύνολο και με τις συνδέσεις που έχει με τους αιθουσιακούς πυρήνες , με το νωτιαίο μυελό και τα ημισφαίρια του εγκεφάλου αποτελεί το νευρικό εκείνο όργανο με το οποίο ρυθμίζεται η ισορροπία του σώματος τόσο στην κίνηση όσο και στην ακινησία (Ζήσης Θ., 1999) . Με λίγα λόγια οι λειτουργίες της παρεγκεφαλίδας οι οποίες δεν είναι συνειδητές είναι οι εξής (Ζήσης Θ., 1999) :

- Διατήρηση του μυϊκού τόνου
- Συντονισμός της αρμονικής συνεργασίας στην κίνηση των μυών
- Διατήρηση της ισορροπίας από τα ερεθίσματα που δέχεται από τους μυς , τένοντες, αρθρώσεις και από την αίθουσα και ημικύκλιους σωλήνες του έσω ωτός.

Ανατομικά η παρεγκεφαλίδα χωρίζεται στον κροκυδοοζώδη λοβό και το σώμα της παρεγκεφαλίδας, το οποίο με την πρωτογενή αύλακα υποδιαιρείται σε δυο λοβούς (πρόσθιο – οπίσθιο), ενώ από λειτουργικά διαιρείται στην αρχαιο – παλαιο και νεοπαρεγκεφαλίδα (Ζήσης Θ., 1999) .

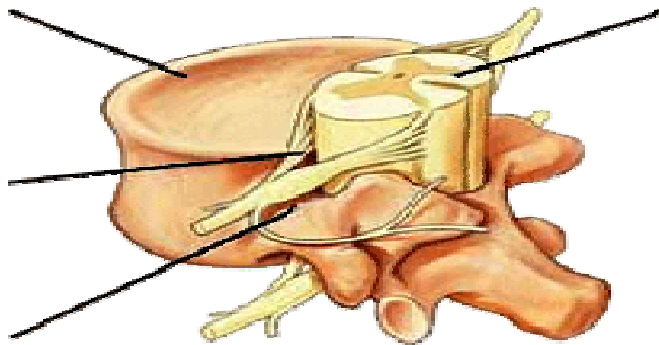


1.2.5 ΝΩΤΙΑΙΟΣ ΜΥΕΛΟΣ

Ο νωτιαίος μυελός είναι το τμήμα του ΚΝΣ που περιέχεται στα ανώτερα δύο τρίτα της σπονδυλικής στήλης και έχει κυλινδρική περίπου μορφή και σε διατομή εμφανίζει κυκλικό προς ωοειδές σχήμα με ένα κεντρικό αυλό (Drake R., Vogl W. και Mitchell A., 2007) . Ο νωτιαίος μυελός εκτείνεται στους ενήλικες από το μείζον ινιακό τμήμα μέχρι περίπου το επίπεδο του μεσοσπονδύλιου δίσκου μεταξύ των Ο1 και Ο2 σπόνδυλων είναι όμως δυνατόν να τερματίζεται και πιο ψηλά στο ύψος του Θ12 σπονδύλου η χαμηλότερα στο επίπεδο του μεσοσπονδύλιου δίσκου μεταξύ Ο2 και Ο3 σπονδύλου, ενώ στα νεογνά, ο νωτιαίος μυελός εκτείνεται περίπου μέχρι τον Ο3 σπόνδυλο, μπορεί όμως να φθάσει χαμηλότερα μέχρι και τον Ο4 σπόνδυλο (Drake R., Vogl W. και Mitchell A., 2007) . Το τελικό άκρο του μυελού έχει κωνικό σχήμα (ο μυελικός κώνος) και από την κορυφή του μυελικού κώνου συνεχίζεται προς τα κάτω ένα λεπτό νηματίο συνδετικού ιστού (το χοριοειδές τμήμα του τελικού νηματίου) (Drake R., Vogl W. και Mitchell A., 2007) . Ο νωτιαίος μυελός δεν έχει την ίδια διάμετρο σε όλο το μήκος του αλλά παρουσιάζει δυο ογκώματα σε περιοχές που σχετίζονται με την έκφυση νωτιαίων νεύρων, τα οποία νερώνουν τα άνω και κάτω άκρα (Drake R., Vogl W. και

Mitchell A., 2007) . Όπως αναφέρθηκε μέσω του νωτιαίου μυελού εκφύονται νωτιαία νεύρα τα οποία είναι 31 και σχηματίζονται από την συνένωση μιας πρόσθιας και μιας οπίσθιας ρίζας, το νωτιαίο νεύρο εξέρχεται από το σπονδυλικό σωλήνα δια του μεσοσπονδύλιου τρήματος (Ζήσης Θ., 1999) . Τα νωτιαία νεύρα διαιρούνται στα εξής :

- Αυχενικά με 8 ζεύγη νωτιαίων νεύρων
- Θωρακικά με 12 ζεύγη νωτιαίων νεύρων
- Οσφυϊκά με 5 ζεύγη νωτιαίων νεύρων
- Κοκκυγίων νωτιαίων νεύρων με 1 ζεύγος



1.3 ΝΕΥΡΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ

Το ανθρώπινο νευρικό σύστημα περιέχει περισσότερα από 10.000.000.000 νευρικά κύτταρα ή νευρώνες. Ο νευρώνας αποτελεί τη λειτουργική μονάδα του νευρικού συστήματος, ο οποίος αποτελείται από το κυτταρικό σώμα, ένα νευρώνα και δενδρίτες (Despouros A. και Silbernagl S., 2001) . Το σώμα του νευρώνα περιέχει τα συνηθισμένα ενδοκυττάρια οργανυλλία συμπεριλαμβανόμενων των μιτοχονδρίων καθώς και την ουσία του Nissl, νευροσωληνίσκους και νευρικά τίνιδια, ενώ οι δενδρίτες εξασφαλίζουν μεγάλη επιφάνεια επαφής με άλλους νευρώνες και αποτελούν προσαγωγούς ή κεντρομόλες ίνες γιατί δέχονται σήματα από άλλους νευρώνες και μεταφέρουν στο σώμα του νευρώνα (Despouros A. και Silbernagl S., 2001) . Ο νευράξονας και οι κλάδοι του, παράπλευροι άξονες είναι απαγωγοί ή φυγόκεντρες ίνες γιατί μεταφέρουν σήματα από το σώμα του νευρώνα στους γειτονικούς νευρώνες και καταλήγουν σε διευρύνσεις τα συναπτικά ή τελικά κομβία που περιέχουν τα κυστίδια στα οποία εναποθηκεύεται ο νευροδιαβιβαστής (Despouros A. και Silbernagl S., 2001)

1.4 ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΝΕΥΡΑ

Οι άξονες πολλών νευρώνων ενωμένοι σε ομάδες και περιτυλιγμένοι από συνδετικό ιστό απαρτίζουν ένα νεύρο , οι νευρώνες όταν είναι πολωμένοι έχουν την ικανότητα να διεγείρονται και έχουν την δυνατότητα να άγουν το ερέθισμα κατά μήκος των νευρικών οδών (Dewit S., 2009) . Το ερέθισμα αυτό είναι ένα φυσικό , χημικό ή ηλεκτρικό συμβάν που αλλάζει την κυτταρική μεμβράνη και ξεκινά την αγωγή του ερεθίσματος με τη μορφή μιας ηλεκτρικής ώσης κατά μήκος της νευρικής οδού και ταξιδεύει από τον ένα νευρώνα στον άλλο κατά μήκος μιας σύναψης , δηλαδή στο χώρο μεταξύ δυο νευρώνων (Dewit S., 2009) .

Οι νευροδιαβιβαστές (ακετυλοχολίνη , ντοπαμίνη και νοραδρεναλίνη είναι πιο βασικοί νευροδιαβιβαστές) οι οποίοι εκκρίνονται από τους νευρώνες είναι απαραίτητοι για τη μεταφορά μιας ώσης κατά μήκος της σύναψης, διαχέονται κατά μήκος της σύναψης και ερεθίζουν τη μετασυναπτική μεμβράνη του επόμενου νευρώνα (όταν κάποιος νευροδιαβιβαστής απουσιάζει ή βρίσκεται σε μειωμένες ποσότητες στην συναπτική σχισμή τότε το ερέθισμα δεν μπορεί να μεταδοθεί φυσιολογικά κατά μήκος της νευρικής οδού (Dewit S. , 2009) .

Οι ώσεις είτε ταξιδεύουν κατά μήκος ενός αντανεκλαστικού τόξου πηγαίνοντας προς τον νωτιαίο μυελό και επιστρέφοντας πίσω στο τελικό όργανο ή φέρονται κατά μήκος νευρικών οδών προς τον εγκέφαλο όπου και ερμηνεύονται, έπειτα από την ερμηνεία μιας νευρικής ώσης είναι δυνατόν να αποσταλεί ένα μήνυμα από τον εγκέφαλο μέσω του νωτιαίου μυελού ή των εγκεφαλικών νευρώνων για να ξεκινήσει η κατάλληλη δράση, αλλιώς το ερέθισμα προκαλεί μια απάντηση (Dewit S., 2009) .

Επιπροσθέτως, πολλοί άξονες περιβάλλονται από ένα λευκό λιπώδες επικάλυψα το οποίο ονομάζεται **έλυτρο μυελίνης**, αυτό το έλυτρο μυελίνης είναι ένας παρά πολύ καλός ηλεκτρικός μονωτής και επιταχύνει την αγωγή νευρικών ώσεων, αν τώρα για κάποιο λόγο η μυελίνη καταστραφεί όπως συμβαίνει στη **σκλήρυνση κατά πλάκας**, η μετάδοση των ώσεων είτε επιβραδύνεται είτε υπάρχει περίπτωση και να σταματήσει (Dewit S. , 2009) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Ορισμός της Σ.Κ.Π.

Ιστορική αναδρομή της Σ.Κ.Π.

Αιτιολογία της Σ.Κ.Π.

Επιδημιολογία της Σ.Κ.Π.

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΚΠ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια χρόνια φλεγμονώδης απομυελινωτική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος, αυτοάνοσης αρχής που χαρακτηρίζεται από την πολλαπλότητα των συμπτωμάτων της, τη διακύμανση της σοβαρότητας και της διάρκειας τους και την απρόβλεπτη πορεία και την εξέλιξη της η οποία είναι πλήρως εξαστομικευμένη (Γουρζουλίδου Ε., 2008) .

Η σκλήρυνση κατά πλάκας προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα που έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή της μυελίνης που αποτελεί το μαλακό περίβλημα των νευρώνων (Ματσούκα Ε., 2001) . Ενώ χαρακτηρίζεται από συμπτώματα νευρολογικά με κυριότερα την δυσκολία στη βάδιση, προβλήματα στην όραση και διαφόρου βαθμού μυϊκή αδυναμία έως παράλυση (Κατσαρά Μ., 2008) .

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια πολύπλοκη αυτοάνοση ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται από φλεγμονές στο κεντρικό νευρικό σύστημα και οι οποίες προκαλούνται από αυτό-ευαισθητοποιημένα Τ-κύτταρα. Αποτέλεσμα των φλεγμονών οι οποίες δημιουργούνται στη συνέχεια και από άλλους μηχανισμούς του ανοσοποιητικού συστήματος είναι η καταστροφή της μυελίνης η οποία περιβάλλει τους νευράξονες (Δεράος Γ., 2007)

Τα συμπτώματα της ασθένειας οφείλονται σε φλεγμονή που παρατηρείται σε περιοχές της λευκής ουσίας του κεντρικού νευρικού συστήματος, εκεί καταστρέφεται η μυελίνη όπως αναφέραμε και πιο πάνω η οποία είναι το λιπαρό μονωτικό περίβλημα των νευρικών ινών του εγκεφάλου και της σπονδυλικής στήλης και αποτελείται από λιπίδια και πρωτεΐνες και έτσι έχει ως συνέπεια την παρουσίαση κηλίδων ή εστιών σκληρών οι οποίες λόγω της μορφής τους ονομάζονται πλάκες, εξού και η ονομασία Σκλήρυνση κατά Πλάκας (Ματσούκα Ε., 2001) .

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορική απαρχή και η πρώτη εμφάνιση της νόσου είναι δύσκολο να προσδιορισθούν γιατί στο παρελθόν μπορεί η ασθένεια να μην εκδηλωνόταν με την ίδια συμπτωματολογία και με την ίδια συχνότητα (Δεράος Σ., 2003) . Η πρώτη σχετικά αναφορά σε κείμενο δημόσιου εγγράφου βρέθηκε στην Ολλανδία και αφορούσε το θάνατο της μοναχής Saint Lidwina Von Schiedam η οποία στα 17 της χρόνια εμφάνισε ασθένεια με αδυναμία των κάτω άκρων, μείωση της

όρασης και ψυχικές διαταραχές, συμπτώματα τα οποία ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας, τα συμπτώματα αυτά συνεχίστηκαν μέχρι το θάνατο της στα 54 της χρόνια (Δεράος Σ., 2003) . Τον Δεκέμβριο όμως του 1822 εμφανίζεται η πρώτη εμπειριστατωμένη αναφορά τόσο στην συμπτωματολογία όσο και στην πορεία της νόσου στο ημερολόγιο του Sir Augustu D'Este, ενώ το όνομα sclerosis προέρχεται από την ελληνική λέξη σκλήρυνση και δόθηκε από τον Γάλλο γιατρό Jean Cruveilhier (Δεράος Σ., 2003). Η πρώτη όμως κλινική διάγνωση σε ασθενή έγινε το 1849 από το Γερμανό παθολογοανατόμο Friedrich von Frerichs, ενώ οι διακεκριμένοι παθολογοανατόμοι Jean Cruveilhier και Sir Robert Carswell του 19^{ου} αιώνα περιέγραψαν σε σκίτσα για πρώτη φορά τις μακροσκοπικές και παθολογοανατομικές βλάβες της σκλήρυνσης κατά πλάκας (Ματσούκα Ε., 2001) . Το 1868 ο καθηγητής νευρολογίας στο Παρίσι J.M.Charot ο οποίος θεωρείται και <<πατέρας της νευρολογίας>> εξετάζοντας μια νεαρή γυναίκα διαπίστωσε νευρολογικά προβλήματα διαφορετικά από τους άλλους ασθενείς και όταν η ασθενής απεβίωσε εξέτασε τον εγκέφαλο της και βρήκε χαρακτηριστικές πλάκες της σκλήρυνσης κατά πλάκας (Ματσούκα Ε., 2001) . Έπειτα από αυτό το γεγονός έγραψε μια πλήρη περιγραφή της ασθένειας και των αλλαγών που προκαλεί στον εγκέφαλο και την καθιέρωσε σαν ιδιαίτερη νευρολογική ασθένεια και ενώ χρησιμοποίησε όλες τις θεραπευτικές μεθόδους της εποχής, όπως την ουσία στρυχνίνη (δηλητήριο) που διεγείρει τα νεύρα και ενέσεις από ενώσεις χρυσού ή αργύρου που εφαρμόζοταν κυρίως ως θεραπευτική αγωγή στην εποχή εκείνη για νευρολογικές παθήσεις, η ασθένεια δεν υποχωρούσε (Ματσούκα Ε., 2001) . Επιπροσθέτως, το 1873 αναγνωρίστηκε η πάθηση στην Αγγλία από τον Dr. Moxon όταν δημοσίευσε τις περιπτώσεις οκτώ ασθενών που έπασχαν από νόσο που την ονόμασε <<σκλήρυνση κατα νησίδες>> και το 1878 στις Η.Π.Α. από τον Dr. Edward Seguin που δημοσίευσε άρθρο σχετικό με τη νόσο, ενώ την ίδια χρονιά ο Dr. Ranvier στη Γαλλία ανακάλυψε τη μυελίνη (Γουρζουλίδου Ε., 2008)

Τα νεότερα χρόνια και συγκεκριμένα το 1935, ο Dr. Thomas Rivers στο ινστιτούτο του Rockefeller στη Νέα Υόρκη ενίοντας μυελίνη σε πειραματόζωα του εργαστηρίου του κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες προήγαγε το ανοσοποιητικό τους σύστημα να επιτεθεί στη δική τους μυελίνη προκαλώντας έτσι μια νόσο παρόμοια με την σκλήρυνση κατά πλάκας (Γουρζουλίδου Ε., 2008) . Αυτό το εργαστηριακό μοντέλο σκλήρυνσης κατά πλάκας σε πειραματόζωο, το οποίο αποκαλείται αλλεργική εγκεφαλομυελίτιδα (EAE) έγινε αργότερα ένα πολύ σημαντικό μοντέλο μελέτης της ανοσολογίας και της θεραπείας της νόσου, ενώ πολλά χρόνια αργότερα κατανοήθηκε η ομοιότητα μεταξύ της εγκεφαλομυελίτιδας και της σκλήρυνσης κατά πλάκας και η σχέση ανοσοποιητικού συστήματος και σκλήρυνση κατά πλάκας (Γουρζουλίδου Ε., 2008) . Ο 2^{ος} παγκόσμιος πόλεμος εστίασε την ερευνα του επιστημονικού κόσμου στις νέες τεχνολογίες. Το 1942 ο Elvin Kabat από το πανεπιστήμιο Columbia δημοσίευσε τα ευρήματα του από την ηλεκτροφόρα των πρωτεϊνών

εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) πασχόντων από σκλήρυνση κατά πλάκας και δυο χρόνια έπειτα ο Derek-Brown καθηγητής νευρολογίας στο Harvard διατυπώνει την άποψη ότι η απομυελίνωση ευθύνεται για την καθυστέρηση της αγωγιμότητας των νευρών (Γουρζουλίδου Ε., 2008) . Το 1943 αποσαφηνίστηκε η δομή της μυελίνης και το 1946 όταν πλέον ο 2^{ος} παγκόσμιος πόλεμος είχε λάβει τέλος και επικρατούσε ειρήνη , ιδρύθηκε η Εθνική Εταιρεία Πολλαπλής Σκλήρυνσης στην Αμερική (National Multiple Sclerosis Society) και το 1965 καθορίστηκαν τα βέβαια κριτήρια της νόσου από την National Multiple Sclerosis Society και το 1969-1970 χρησιμοποιήθηκε η αυξητική ορμόνη (ΑΧΗΤ) για τις εξάρσεις της, ενώ αργότερα νέα στανταρισμένα διαγνωστικά κριτήρια χρησιμοποιούνται για την πάθηση καθώς και κλίμακες αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας (Γουρζουλίδου Ε., 2008) . Τέλος, το 1978 γίνεται λόγος για τις παθολογοανατομικές-παθοφυσιολογικές διεργασίες της νόσου και τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του '90 χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά η μαγνητική τομογραφία σε ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας, ενώ το 1993 εγκρίθηκε η βήτα-ιντερφερόνη (IFN-β) σαν το πρώτο φάρμακο που μπορεί να μεταβάλλει την πορεία της νόσου (Γουρζουλίδου Ε., 2008) .

2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΚΠ

Τα τελευταία χρόνια οι επιστήμονες έχουν μάθει πάρα πολλά για τον μηχανισμό καταστροφής των κυττάρων του νευρικού συστήματος που επιτελείται στην δημιουργία της σκλήρυνσης κατά πλάκας, η αιτία όμως της νόσου παραμένει άγνωστη (Ματσούκα Ε., 2001) . Πολλοί επιστήμονες σήμερα πιστεύουν πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι αυτοάνοση ασθένεια στην οποία το σώμα διαμέσου του ανοσοποιητικού του συστήματος επιτίθεται εναντίον του ιστού του, ενώ η μυελίνη η οποία και απομονώνει τα νεύρα είναι αυτή η οποία και δέχεται την επίθεση του αμυντικού συστήματος, η επίθεση αυτή τώρα μπορεί να συνδέεται με ένα άγνωστο αιτιολογικό παράγοντα ίσως ένα ιό (Ματσούκα Ε., 2001) . Επίσης αν και τα αίτια της ασθένειας ακόμη δεν είναι γνωστά, έρευνες μας έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι πιθανόν να είναι πολλοί οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη και την εξέλιξη του προβλήματος (Μουτζούκης Χ., 2008) . Ακόμη πολλοί επιστήμονες ισχυρίζονται πως σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου παίζουν γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι δυο αυτοί παράγοντες πυροδοτούν έναν καταρράκτη από γεγονότα που καταλήγει σε εκφύλιση των νευραξόνων (Δεράος Σ., 2003) . Έτσι η έναρξη της νόσου

θεωρείται ότι οφείλεται σε μια περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων αλλά όπως αναφέραμε και πριν τα αίτια της νόσου είναι ακόμα άγνωστα (Φρυλίγγου Ε., 2009) .

2.3.1 Η διατροφή ως αιτιολογικός παράγοντας στη ΣΚΠ

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να συσχετίσουν τις διατροφικές συνήθειες με τη γεωγραφική εξάπλωση της ΣΚΠ. Από τους διατροφικούς παράγοντες που θεωρούνται ύποπτοι για τα αυξημένα κρούσματα της νόσου είναι το ζωικό λίπος , η πρωτεΐνη των δημητριακών γλουτένη και το γάλα. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται από τη μελέτη των περιοχών που παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση της νόσου και στις οποίες η διατροφή των κατοίκων τους είναι πλούσια στις παραπάνω ουσίες (Γρηγοράκης Δ. , 2003) . Παρακάτω παρατίθεται πινάκας με τις κυριότερες ερευνητικές συσχετίσεις της σκλήρυνση κατά πλάκας με τη διατροφή οι οποίες έγιναν από το 1952 έως το 1995.

Πίνακας 1. Οι κυριότερες ερευνητικές συσχετίσεις της σκλήρυνσης κατά πλάκας με τη διατροφή.

Ερευνητές, έτος δημοσίευσης	Χώρα	Δείκτης	Τροφή ή θρεπτικό στοιχείο συσχετισμού
Swank ,1952	Νορβηγία	Επίπτωση	Βούτυρο, χαμηλή κατανάλωση ψαριού
Agranoff , 1974	ΗΠΑ	Θνησιμότητα	Γάλα
Agranoff , 1974	20 χώρες	Θνησιμότητα	Κορεσμένο λίπος
Knox ,1977	20χώρες	Θνησιμότητα	Κορεσμένο λίπος πρωτεΐνες, γαλακτοκομικά προϊόντα
Alter , 1974	22 χώρες	Επιπολασμός	Ολική πρόσληψη λίπους, πρόσληψη κορεσμένου λίπους
Nanji ,1986	23 χώρες	Επιπολασμός	Ολική πρόσληψη λίπους, ολική θερμιδική πρόσληψη
Mallose ,1992	29 χώρες	Επιπολασμός	Γάλα, βούτυρο, τυρ κρέμα γάλακτος
Lauer , 1991	Μεσογειακές χώρες	Επιπολασμός	Ολική πρόσληψη λίπους, κορεσμένο λίπους Ca , B2, καφέ μύρα
Lauer , 1994	ΗΠΑ	Αναλογία ασθενών /μαρτύρων	Κρέας, γαλακτοκομικά προϊόντα, χαμηλή πρόσληψη λαχανικών ψαριών
Lauer , 1994	Ευρωπαϊκές χώρες	Επιπολασμός	Μοσχάρι, χοιρινό γαλακτοκομικά
Lauer , 1995	Αυστραλία	Θνησιμότητα	Κρέας
Esparza, 1995	36 χώρες	Θνησιμότητα	Κορεσμένο λίπος

Οι πρώτες έρευνες που έγιναν προσπάθησαν να ερμηνεύσουν γιατί οι αγροτικές περιοχές του εσωτερικού της Νορβηγίας εμφανιζόταν περισσότερα κρούσματα της νόσου σε σχέση με τις παραθαλάσσιες περιοχές. Παρατηρήθηκε ότι το διαιτολόγιο των αγροτών ήταν πιο πλούσιο σε γαλακτοκομικά προϊόντα όπως και προϊόντα ζωικής προελεύσεως γενικότερα, από το διαιτολόγιο των κατοίκων παραθαλάσσιων περιοχών που κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες ψαριών ανοικτής θάλασσας. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα και τα ζωικά τρόφιμα είναι πλούσια σε κορεσμένα λίπη και φτωχά σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα σε σχέση με τα ψάρια (Γρηγοράκης Δ. , 2003) .

Οι ερευνητές εξετάζοντας το συσχετισμό αυτόν εκτενώς, υπογράμμισαν την επιβαρυντική δράση των κορεσμένων και ταυτόχρονα την προστατευτική επίδραση των πολυακορεστων λιπαρών. Μεταγενέστερες έρευνες μελέτησαν τη σχέση του πλούσιου σε γαλακτοκομικά και ζωικά προϊόντα διαιτολογίου με τα κρούσματα ΣΚΠ (Γρηγοράκης Δ. , 2003) .

Η ανάλυση που έγινε στην περιοχή Gorski Kotar της Κροατίας, μιας περιοχής με υψηλή επίπτωση ΣΚΠ, σχετικά με την πιθανή επίδραση των διατροφικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της νόσου, οδήγησε σε σημαντικά συμπεράσματα. Στην ερευνά αυτή συμμετείχαν συνολικά 138 άτομα , 46 ασθενείς και 92 μάρτυρες όλοι μόνιμοι κάτοικοι της περιοχής αυτής. Μεγάλες διαφορές παρατηρήθηκαν στις ποσότητες καθημερινής κατανάλωσης πλήρους μη παστεριωμένου γάλακτος, αλατιού, λαδιού, φρέσκου ή καπνιστού κρέατος, λίπους ζωικής προελεύσεως και πατατών. Η αυξημένη κατανάλωση πλήρους μη παστεριωμένου γάλακτος, λίπους ζωικής προελεύσεως και καπνιστού κρέατος φαίνεται ότι αποτελεί σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα με συγκεκριμένη επίδραση στη επιδείνωση της εκμυελίνωσης (Γρηγοράκης Δ. , 2003) .

Σε μια άλλη μελέτη στο Μόντρεαλ του Καναδά , διερευνήθηκαν οι διατροφικοί παράγοντες και η σχέση τους με την αιτιοπαθογένεια της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Μελετήθηκαν 197 ασθενείς με ΣΚΠ και 202 μάρτυρες, στο χρονικό διάστημα 1992-1995. Οι διατροφικές πληροφορίες συλλέχθηκαν από ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και από προσωπικές συνεντεύξεις. Επισημάνθηκε ο θετικός συσχετισμός της ενέργειας με την κατανάλωση ζωικού λίπους. Ο μέσος Όρος κατανάλωσης ζωικού λίπους για κάθε 897 kcal ενεργειακής πρόσληψης ήταν 33 g. Αντίθετα , παρατηρήθηκε ότι η κατανάλωση άλλων θρεπτικών συστατικών , συμπεριλαμβανόμενων των φυτικών πρωτεϊνών, των διαιτητικών ινών , της βιταμίνης C , της θειαμίνης , της ριβοφλαβίνης, του ασβεστίου και του καλίου, μείωνε των κίνδυνο προσβολής από ΣΚΠ. Σημειώθηκε ότι παρόμοιες ήταν οι επιδράσεις για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες , όταν αναλύθηκαν ξεχωριστά. Επιπλέον, η αυξημένη κατανάλωση χυμών φρούτων παρουσίασε αντίστροφη σχέση με τον κίνδυνο νόσησης από σκλήρυνση κατά πλάκας. Προστατευτικές επιδράσεις επισημάνθηκαν και για την κατανάλωση δημητριακών, ψωμιού ολικής αλέσεως , καθώς και για την κατανάλωση ψαριών (Γρηγοράκης Δ. , 2003) .

Ενώ η κατανάλωση χοιρινού , hot dogs και γλυκών συσχετίστηκε θετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης σκλήρυνσης κατά πλάκας. Τελικά η συγκεκριμένη έρευνα επισήμανε τον προστατευτικό ρόλο των θρεπτικών στοιχείων που βρίσκονται στα φυτικά τρόφιμα όπως είναι τα φρούτα , τα λαχανικά και τα δημητριακά και την αρνητική επίδραση της μεγάλης κατανάλωσης ενέργειας με την ταυτόχρονα υψηλή πρόσληψη ζωικού λίπους στον κίνδυνο νόσησης από ΣΚΠ (Γρηγοράκης Δ. , 2003) .

Πολλοί ερευνητές τώρα επισήμαναν ότι η διαίτα δυτικού τύπου πιθανόν να οδηγεί σε προδιάθεση για ΣΚΠ. Ως γνωστόν , το διαιτολόγιο αυτό στηρίζεται στην αυξημένη πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών και στη κατανάλωση βιομηχανοποιημένων προϊόντων. Ο Sinclair διατύπωσε πρώτος την άποψη ότι οι διατροφικές αλλαγές που σχετίζονται με τη δυτική διαίτα, ιδιαίτερα η υδρογόνωση των λιπών (βούτυρο) και η οξείδωση των αλεύρων, έχει συμβάλει σε ελλειμματική πρόσληψη ΑΛΟ μέσω της διατροφής. Τα πειράματα που διεξήγαγε σε αρουραίους έδειξαν ελλείψεις σε ΑΛΟ δίαιτες προήγαγαν διαταραχές στα φωσφολίπδια. Κατά το συγγραφέα, το γεγονός αυτό ενδέχεται να οδηγεί σε μεταβολές στη σύνθεση της μυελίνης και σε αυξημένη τάση απομυελίνωσης. Επιπλέον, το ζωικό λίπος μπορεί να προάγει τη συσσώρευση αιμοπεταλίων και την απόφραξη των μικρών αγγείων, δημιουργώντας περιαγγειακές πλάκες (Γρηγοράκης Δ. , 2003) . Παρακάτω θα αναλύσουμε μερικά στοιχεία που ο άνθρωπος λαμβάνει μέσω της τροφής και πώς αυτά σχετίζονται με την ΣΚΠ:

- Η βιταμίνη D διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην ομοιόσταση τόσο του φωσφόρου όσο και του ασβεστίου. Πρόσφατα έγινε γνωστό ότι η εξωγενής 1,25-διυδροξυβιταμίνη D3, η δραστική μορφή της βιταμίνης D3, μπορεί επαρκώς να αποτρέψει την πειραματική αυτοάνοση εγκεφαλομυελίτιδα, που είναι το ευρέως δεκτό πειραματικό μοντέλο της ΣΚΠ σε ποντίκια . Τα αποτελέσματα αυτά στρέφουν την προσοχή στην πιθανή σχέση της ΣΚΠ και της βιταμίνης D. Ενώ είναι γνωστό ότι γενετικά χαρακτηριστικά συμβάλλουν σημαντικά στην προδιάθεση για τη νόσο, έχει διατυπωθεί και η άποψη της παρουσίας ενός περιβαλλοντικού παράγοντα , ο οποίος προδιαθέτει επίσης σε νοσηση από ΣΚΠ. Ο κρίσιμος αυτός περιβαλλοντικός παράγοντας είναι ο βαθμός της έκθεσης στο ηλιακό φως , που λειτουργεί καταλυτικά στην παραγωγή της βιταμίνης D3 στον ανθρώπινο οργανισμό (Γρηγοράκης Δ. , 2003) . Συνεπώς, η δραστική μορφή της βιταμίνης αυτής είναι εκλεκτικός ρυθμιστής του ανοσοποιητικού συστήματος, προστατεύοντας έτσι από τις αυτοάνοσες παθήσεις, άρα κάτω από συνθήκες χαμηλής ηλιοφάνειας παράγεται ελλιπώς η βιταμίνη D3 περιορίζοντας έτσι και την παραγωγή 1,25-διυδροξυβιταμίνης D, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο προσβολής από σκλήρυνση κατά πλάκας (Γρηγοράκης Δ. , 2003) .
- Ο σίδηρος είναι απαραίτητος για τη μεταφορά οξυγόνου από τους πνεύμονες στους ιστούς, καθώς και για τη μεταφορά και αποθήκευση του οξυγόνου στα μυϊκά κύτταρα. Ακόμη, είναι απαραίτητο στοιχείο για τη σύνθεση πολλών

αμινοξέων, ορμονών και νευροδιαβιβαστών. Σε ορισμένες νευροεκφυλιστικές παθήσεις υπάρχει παθολογική συσσώρευση σιδήρου σε περιοχές του εγκεφάλου. Επειδή σε νεκροτομικές μελέτες δεν μπορεί να διακριθεί εάν η συσσώρευση του σιδήρου προκάλεσε τη βλάβη ή είναι αποτέλεσμα αυτής, θα πρέπει να μελετηθούν τα επίπεδα σιδήρου σε ζώα και σε καλλιέργηματα ιστών, προκειμένου να γίνει εκτίμηση του αιτιολογικού ρόλου (Γρηγόρακης Δ. ,2003) .

- Η βιταμίνη Β6 βρίσκεται στον οργανισμό ως φωσφορική πυριδοξάλη. Είναι απαραίτητη στη λειτουργία του νευρικού συστήματος και ο ρόλος της στη διατροφή του ανθρώπου μελετάται σε συνδυασμό με μακροχρόνιες ελλείψεις της, που δεν έχουν ανιχνευτεί ακόμη. Είναι γνωστό ότι η βιταμίνη Β6 παίζει σημαντικό ρόλο σε πολλές φυσιολογικές διαδικασίες, όπως στο μεταβολισμό των αμινοξέων και των λιπών, στη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης, καθώς και σε λειτουργίες του αμυντικού συστήματος. Για ορισμένα φωτοευαίσθητα και θερμοευαίσθητα μονομερή της βιταμίνης Β6 υπάρχει άποψη ότι σοβαροί κίνδυνοι για την υγεία συσχετίζονται με μη ανιχνεύσιμες παρατεταμένες υποκλινικές ελλείψεις αυτών, οι οποίες προδιαθέτουν σε ποικίλες παθήσεις, όπως αρτηριοσκλήρυνση και σκλήρυνση κατά πλάκας (Γρηγόρακης Δ. ,2003) .
- Στο κύτταρο η βιταμίνη Β12 εμφανίζεται με την μορφή συνενζύμου, με χαρακτηριστικό άτομο το κοβάλτιο. Χημικά απομονώνεται ως κυανοκοβαλαμίνη και έχει ως βασική λειτουργία τη ρύθμιση του μεταβολισμού του φυλλικού οξέος. Είναι απαραίτητη για τη σύνθεση της μυελίνης. Επίκτητες ελλείψεις της βιταμίνης Β12, καθώς και συγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού της αποτελούν γνωστές αιτίες αμοθμυελίνωσης των νευρικών ινών του ΚΝΣ. Έχουν γίνει αρκετές αναφορές στη βιβλιογραφία σχετικά με τα χαμηλά της βιταμίνης Β12 στο πλάσμα του αίματος, στα ερυθρά αιμοσφαίρια και στο ΚΝΣ ασθενών με ΣΚΠ. Η έλλειψη της βιταμίνης Β12 μπορεί να επιδεινώσει τη νόσο ή να ευνοήσει κάποια άλλη αιτία προαγωγής της απομυελίνωσης. Η βιταμίνη Β12 υπάρχει σε όλες τις τροφές ζωικής προελεύσεως και ιδιαίτερα στα εντόσθια των ζώων. Καλές πηγές της είναι ακόμα τρόφιμα που έχουν υποστεί βακτηρίαση ζύμωση (Γρηγόρακης Δ. ,2003) .

- Ο θηλασμός παίζει σπουδαίο ρόλο στην διατροφή του βρέφους αλλά και στη ζωή του ανθρώπου διότι έρευνες έδειξαν ότι άτομα που θήλασαν κατά την βρεφική τους ηλικία έτειναν να <<υιοθετήσουν>> καλές διατροφικές συνήθειες στη μετέπειτα παιδική, εφηβική και ενήλικη ζωή τους. Το λίπος του μητρικού γάλακτος αποτελεί την κυρία πηγή ενεργείας για το βρέφος(προσδίδει περίπου το 50% της ολικής ενέργειας). Η περιεκτικότητα του σε λιπαρά διαφέρει ανάλογα με τον τρόπο διατροφής της μητέρας και μπορεί να επηρεάζεται ακόμα και από την εποχή παραγωγής του, κυμαίνεται από 2,02-5,3 % (κατά μέσο όρο 3,5%). Το λίπος του μητρικού γάλακτος είναι πιο εύπεπτο από αυτό του αγελαδινού λόγω των ενζύμων που περιέχει. Τα λιπίδια του μητρικού γάλακτος είναι κατά 90-98% τριγλυκερίδια, ενώ το υπόλοιπο είναι ελεύθερα λιπαρά οξέα, χοληστερόλη και φωσφολιπίδια. Ακόμα, το μητρικό περιέχει επαρκή ποσότητα λινελαΐκού οξέος, υψηλότερη από αυτή του αγελαδινού. Η συγκέντρωση κορεσμένων λιπαρών οξέων μικρής αλυσού είναι υψηλότερη στο αγελαδινό γάλα. Στο ανθρώπινο γάλα, στη θέση 2 του μορίου του τριγλυκεριδίου βρίσκεται το παλμιτικό οξύ, ενώ στο αγελαδινό γάλα στην αντίστοιχη θέση βρίσκεται το στεατικό οξύ. Έχει αποδειχτεί ότι μονογλυκερίδια με παλμιτικό οξύ στη θέση 2 απορροφώνται πιο εύκολα από αυτά με στεατικό στην ίδια θέση. Η συγκέντρωση της χοληστερόλης στο μητρικό γάλα είναι περίπου 1010 φορές υψηλότερη από τη αντίστοιχη του αγελαδινού καθώς και από αυτή των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος που κυκλοφορούν στο εμπόριο. Το γεγονός αυτό αποτελεί ιδιαίτερο πλεονέκτημα καθώς η χοληστερόλη παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του ΚΝΣ του βρέφους και στη σύνθεση της μυελίνης (Γρηγόρακης Δ. ,2003) .
- Η κατανάλωση γλουτένης είναι αυξημένη σε περιοχές όπου υπάρχει αυξημένη επίπτωση ΣΚΠ. Η αυξημένη επίπτωση της νόσου σε γεωγραφικά πλάτη όπου παράγονται και καταναλώνονται σιτάρι και σίκαλη, δημητριακά δηλαδή που περιέχουν γλουτένη, ενισχύει τις ανωτέρω υποψίες. Αντίθετα, σε περιοχές όπου παράγονται και καταναλώνονται ρύζι και καλαμπόκι, δηλαδή δημητριακά που δεν περιέχουν γλουτένη, η συχνότητα της νόσου είναι μειωμένη. Η γλουτένη είναι ένα θρεπτικό συστατικό για το οποίο έχει καταγράψει υψηλό ποσοστό τροφικών αλλεργιών. Υπάρχει η θεωρία ότι οι τροφικές αλλεργίες συμβάλλουν στην προαγωγή των συμπτωμάτων της ΣΚΠ. Η κατανάλωση των δυο κοινών τροφικών αλλεργιογόνων, δηλαδή προϊόντων που περιέχουν γλουτενη και του γάλακτος έχει συσχετιστεί με τη νόσο. Βιοψίες λεπτού έντερου σε μια ομάδα ασθενών με ΣΚΠ έδειξαν αυξημένη συχνότητα σημαντικών βλαβών του εσωτερικού τοιχώματος του έντερου τους. Η βλάβη αυτή ήταν παρόμοια με εκείνη που παρατηρείται σε διάφορες παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα, όπως και σε περιπτώσεις

τροφικών αλλεργιών. Τέλος, δεν πρέπει να λησμονείται ο άμεσος συσχετισμός μεταξύ ΣΚΠ και νοσημάτων του γαστρεντερικού σωλήνα, όπως της κοιλιοκάκης (Γρηγόρακης Δ. , 2003) . Παρόλα αυτά και σύμφωνα με τα έως τώρα δεδομένα, δεν υπάρχει γενικότερα πειστικό αποδεικτικό στοιχείο ότι η κατανάλωση γλουτένης ή και ευρύτερα οι δίαιτες που περιλαμβάνουν αλλεργιογόνα μπορεί να λειτουργήσουν ως προδιαθεσικοί παράγοντες για τη ΣΚΠ. Σε κάθε περίπτωση, η αποφυγή των τροφικών αλλεργιογόνων είναι σόφρων τακτική, γιατί οι ουσίες αυτές, αν δεν συσχετίζονται με την ίδια τη νόσο, μπορεί να συμβάλλουν στην επιδείνωση των συμπτωμάτων (Γρηγόρακης Δ. , 2003) .

- Το αγελαδινό γάλα καλύπτει το 98% της συνολικής κατανάλωσης γάλακτος ανά τον κόσμο. Αποτελεί , αναμφισβήτητα, ένα προϊόν ευρείας κατανάλωσης σε όλες τις ανθρώπινες ηλικίες και φυλές με επανειλημμένα αποδεδειγμένη θρεπτική αξία. Παρόλα αυτά επιδημιολογικές μελέτες που διεξήχθησαν στη δεκαετία του 1990 υποστήριξαν ότι πιθανά συσχετίζεται με την προδιάθεση για εμφάνιση ΣΚΠ. Η αρχική υπόθεση ήταν ότι η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων αποτελεί το <<συμπαράγοντα>> που αλληλεπιδρά με έναν ήδη υπάρχοντα στη ΣΚΠ ιό. Υποστηρίζεται ότι μια ειδική τροφική τοξίνη που περιλαμβάνεται στα γαλακτοκομικά προϊόντα (πιθανόν το βουτυρικό οξύ) συνδυάζεται με το γενετικό υπόβαθρο και με παράγοντες κινδύνου που προέρχονται από το περιβάλλον (Γρηγόρακης Δ. , 2003) .

Πίνακας 2. Γεωγραφικό πλάτος, ετήσια κατανάλωση γάλακτος και επιπολασμός της Σκλήρυνσης κατά πλάκας (ΣΚΠ) (Mallose et al 1992)

Χώρα	Γεωγραφικό πλάτος	Κατανάλωση γάλακτος (kg/κάτοικο/έτος)	Επιπολασμός ΣΚΠ (ασθενείς/100.000 κάτοικοι)
Ισλανδία	54 N	194,30	194,00
Καναδάς	50 N	98,80	111,00
Φιλανδία	65 N	180,10	102,00
Βρετανία	53 N	122,50	99,00
Νέα Ζηλανδία	38 N	127,40	86,30
Ελβετία	47 N	107,90	83,00
Ισλανδία	54 N	194,30	80,00
Αυστρία	48 N	91,30	80,00
Δανία	56 N	122,60	79,00
Νορβηγία	60 N	162,20	72,00
Δ. Γερμανία	50 N	70,70	68,50
ΗΠΑ	35 N	107,60	67,70
Σουηδία	60 N	139,80	66,05
Ολλανδία	52 N	93,00	64,00
Σαρδηνία	40 N	82,50	59,00
Γαλλία	47 N	79,50	59,00
Βέλγιο	50 N	69,50	57,00
Ν. Αφρική	30 N	41,30	49,00
Ρουμανία	45 N	84,00	41,00
Ιταλία	42 N	78,10	39,00
Αυστραλία	25 N	91,40	38,00
Ελλάδα	38 N	50,50	35,00
Γιουγκοσλαβία	43 N	91,00	25,00
Ισπανία	40 N	102,60	16,80
Ν. Αφρική(ιθαγεν.)	30 N	41,30	11,00
Ιαπωνία	36 N	40,40	3,80
Ινδία	20 N	51,50	2,00

Πίνακας 3. Γεωγραφικό πλάτος, ετήσια κατανάλωση και επιπολασμός της σκλήρυνσης κατά πλάκας (ΣΚΠ) (Mallose et al 1992)

Χώρα	Γεωγραφικό πλάτος	Κατανάλωση κρέμας γάλακτος (kg/κάτοικο/έτος	Επιπολασμός ΣΚΠ (ασθενείς/100.000 κάτοικοι)
Ισλανδία	54 N	2,29	194,00
Καναδάς	50 N	0,83	111,00
Φιλανδία	65 N	1,99	102,00
Μ. Βρετανία	53 N	1,01	99,00
Ελβετία	47 N	2,31	83,00
Αυστρία	48 N	1,29	80,00
Δανία	56 N	2,73	79,00
Νορβηγία	60 N	2,27	72,00
Δ. Γερμανία	50 N	2,01	68,50
Ιαπωνία	36 N	0,15	3,80
Σουηδία	60 N	2,91	66,05
Ολλανδία	52 N	0,92	64,00
Γαλλία	47 N	0,90	59,00
Βέλγιο	50 N	1,11	57,00
Ν. Αφρική	30 N	0,27	49,00
Ιταλία	42 N	0,78	39,00
Αυστραλία	25 N	1,02	38,00
Ελλάδα	38 N	0,30	35,00
Ν.Αφρική(ιθαγενείς)	30 N	0,27	11,00

Πίνακας 4. Γεωγραφικό πλάτος, ετήσια κατανάλωση βουτύρου και επιπολασμός της σκλήρυνσης κατά πλάκας (ΣΚΠ) (Mallose et al 1992)

Χώρα	Γεωγραφικό πλάτος	Κατανάλωση βουτύρου (kg/κάτοικο/έτος)	Επιπολασμός ΣΚΠ (ασθενείς/100.000 κάτοικοι)
Ισλανδία	54 N	5,10	194,00
Καναδάς	50 N	3,60	111,00
Φιλανδία	65 N	7,50	102,00
Μ. Βρετανία	53 N	3,90	99,00
Νέα Ζηλανδία	38 N	10,80	86,30
Ελβετία	47 N	5,60	83,00
Αυστρία	48 N	4,30	80,00
Δανία	56 N	7,00	79,00
Νορβηγία	60 N	5,60	72,00
Δ. Γερμανία	50 N	7,40	68,50
ΗΠΑ	35 N	1,90	67,70
Σουηδία	60 N	4,40	66,05
Ολλανδία	52 N	8,50	64,00
Γαλλία	47 N	8,50	59,00
Βέλγιο	50 N	7,90	57,00
Ν. Αφρική	30 N	0,70	49,00
Ιταλία	42 N	1,90	39,00
Αυστραλία	25 N	3,50	38,00
Ελλάδα	38 N	1,60	35,00
Ν. Αφρική(ιθαγεν.)	30 N	0,70	11,00
Ιαπωνία	36 N	0,70	3,80

Πίνακας 5. Γεωγραφικό πλάτος, ετήσια κατανάλωση τυριού και επιπολασμός της σκλήρυνσης κατά πλάκας (ΣΚΠ) (Mallose et al 1992)

Χώρα	Γεωγραφικό πλάτος	Κατανάλωση βουτύρου (kg/κάτοικο/έτος)	Επιπολασμος ΣΚΠ (ασθενείς/100.000 κάτοικοι)
Ισλανδία	54 N	16,50	194,00
Καναδάς	50 N	15,30	111,00
Φιλανδία	65 N	12,90	102,00
Μ. Βρετανία	53 N	8,10	99,00
Νέα Ζηλανδία	38 N	7,90	86,30
Ελβετία	47 N	16,20	83,00
Αυστρία	48 N	10,90	80,00
Δανία	56 N	14,20	79,00
Νορβηγία	60 N	13,20	72,00
Δ. Γερμανία	50 N	18,10	68,50
ΗΠΑ	35 N	12,30	67,70
Σουηδία	60 N	15,50	66,05
Ολλανδία	52 N	14,80	64,00
Γαλλία	47 N	22,30	59,00
Βέλγιο	50 N	16,50	57,00
Ν. Αφρική	30 N	1,70	49,00
Ιταλία	42 N	17,80	39,00
Αυστραλία	25 N	9,20	38,00
Ελλάδα	38 N	22,90	35,00
Ν. Αφρική(ιθαγεν.)	30 N	1,70	11,00
Ιαπωνία	36 N	1,20	3,80

2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΚΠ

Οι περισσότεροι άνθρωποι που προσβάλλονται από την σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μεταξύ των 20 και 40 ετών αλλά συχνά η διάγνωση διαπιστώνεται και αργότερα, αυτό συμβαίνει διότι δεν υπάρχει μια εξειδικευμένη διαγνωστική δοκιμή για την ασθένεια και έτσι αυτή διαγνώμεται μόνο όταν συμβούν παρατηρήσιμες αλλαγές στον εγκέφαλο, (Ματσούκα Ε., 2001) . Παρόλο που οι επιστήμονες έχουν παρατηρήσει περιπτώσεις σκλήρυνσης κατά πλάκας και σε νέα παιδιά αλλά και σε ενήλικους, τα συμπτώματα σπάνια εμφανίζονται πριν από τα 15 και μετά τα 60 έτη ηλικίας (Ματσούκα Ε., 2001) . Η λευκή φυλή είναι διπλάσια ευαίσθητη από άλλες φυλές στο να αναπτύξει σκλήρυνση κατά πλάκας και γενικώς οι γυναίκες σύμφωνα με έρευνες προσβάλλονται δυο φορές περισσότερο από τους άνδρες αλλά στις μεγάλες ηλικίες το ποσοστό τείνει να γίνει το ίδιο και στα δυο φύλα (Ματσούκα Ε., 2001) . Όπως αναφέραμε και παραπάνω η νόσος χτυπά περισσότερο άτομα ηλικίας 20-40 ετών ,δηλαδή άτομα που είναι στην πιο παραγωγική(επαγγελματικά, κοινωνικά κτλ.) τους ηλικία, πράγμα που έχει ως αποτέλεσμα την οργανική, ψυχολογική, οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική διαταραχή τόσο των ασθενών αλλά και των οικογενειών των ασθενών (Γουρζουλίδου Ε., 2008) .

Οι περιοχές υψηλού κινδύνου είναι η βόρεια και κεντρική Ευρώπη (με εξαίρεση την Σκανδιναβία), η Ιταλία , οι βόρειες Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, ο Καναδάς, η νοτιοανατολική Αυστραλία, τμήματα της παλιάς Σοβιετικής Ένωσης και η Νέα Ζηλανδία (Γουρζουλίδου Ε., 2008) . Η μετρίου κινδύνου ζώνη περιλαμβάνει την νοτιότερη Ευρώπη με εξαίρεση την Ιταλία, τις νότιες Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, τη νότια Αυστραλία, τη βόρεια Σκανδιναβία, αλλά τμήματα της παλιάς Σοβιετικής Ένωσης, την νότια Αφρική και πιθανόν την κεντρική Αμερική, ενώ στα τμήματα χαμηλής συχνότητας ανήκουν και αλλά τμήματα της Αφρικής και της Ασίας αλλά και η Καραϊβική, το Μεξικό και πιθανόν η βορειότερη Νότια Αμερική (Γουρζουλίδου Ε., 2008) .



Η ΣΚΠ κατανέμεται σε τρεις ζώνες συχνότητας (υψηλού κινδύνου, μεσαίου κινδύνου, χαμηλού κινδύνου) με τον εξής τρόπο (Γουρζουλίδου Ε., 2008) :

1. Όταν ο επιπολασμός της νόσου είναι μεγαλύτερος από 30/100.00 κατοίκους τότε η ζώνη χαρακτηρίζεται υψηλού κινδύνου
2. Όταν ο επιπολασμός της νόσου είναι 5-29/100.000 κατοίκους τότε η ζώνη χαρακτηρίζεται μεσαίου κινδύνου
3. Όταν ο επιπολασμός της νόσου είναι <5/100.000 κατοίκους τότε η ζώνη χαρακτηρίζεται χαμηλού κινδύνου

Περίπου 2.500.000 σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από ΣΚΠ και η τυπική μορφή περιλαμβάνει ένα διάστημα μεγαλύτερο των 10 ετών με συνεχείς υποτροπές και υφέσεις, ενώ στην Ελλάδα τα νεότερα στατιστικά δεδομένα αναφέρουν περίπου 10.000 Έλληνες ως ασθενείς (Κατσάρα Μ., 2008) . Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι μερικές μελέτες έδειξαν ότι ένα νέο άτομο το οποίο μετακινείται από μια υψηλής επικινδυνότητας περιοχή (ηπειρωτική) σε μια χαμηλής επικινδυνότητα περιοχή (τροπική) πριν από την ηλικία των 15 ετών , τείνει να υιοθετήσει την πιθανότητα της νέας περιοχής και αντιστρόφως, ενώ άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι γεωγραφικοί ή κλιματολογικοί παράγοντες είναι απλά ένα γεγονός γενετικής προδιάθεσης που σχετίζεται με φυλετικούς και εθνικούς ευαίσθητους παράγοντες (Ματσούκα Ε., 2001) .Η συχνότητα εμφάνισης

σκληρυνσης κατά πλάκας στους συγγενείς 1^{ου} βαθμού των πασχόντων είναι 10-15 φορές μεγαλύτερη από ότι στον γενικό πληθυσμό (Δεράος Σ., 2003) . Έτσι, είναι σχεδόν βέβαιο ότι πρόκειται για μια πολύπααραγοντική νόσο, χωρίς να έχει ακόμα διευκρινισθεί εάν τον κυρίαρχο ρολό κατέχουν οι γενετικοί ή οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Ράπτη Σ., 1998) .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Παθογένεια και μορφές της σκλήρυνσης κατά πλάκας

Παθογένεια

Γενετικοί παράγοντες

Λοιμώξεις από ιούς

Άλλοι παράγοντες

Μορφές της ΣΚΠ

3.1 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η ΣΚΠ θεωρείται αυτοάνοση νόσος που προσβάλλει άτομα με γενετική προδιάθεση. Δεδομένης της γενετικής, κλινικής και απεικονιστικής της ετερογένειας, είναι πιθανόν να εμπλέκονται στην εκδήλωση της περισσότεροι του ενός παθογενετικοί μηχανισμοί, γεγονός που περιπλέκει πολύ και την θεραπευτική της προσέγγιση.

Το χαρακτηριστικό της νόσου είναι η απομυελίνωση που υφίσταται το ΚΝΣ, δηλαδή η απώλεια της μυελίνης σε ποικίλα τμήματά του, με συνέπεια την αξονική δυσλειτουργία και την εκδήλωση των νευρολογικών διαταραχών. Οι βλάβες αυτές καλούνται «πλάκες» και στις χρόνιες περιπτώσεις είναι συνήθως πολυάριθμες, εντοπισμένες στην λευκή ουσία των ημισφαιρίων. Η φαιά ουσία μπορεί επίσης να προσβληθεί αλλά σε μικρότερο βαθμό. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

Η εντόπιση των απομυελινωτικών πλακών είναι τυχαία, αλλά φαίνεται ότι προτιμώνται κυρίως οι περιοχές γύρω από τις πλάγιες κοιλίες των ημισφαιρίων και αυτές των οπτικών οδών. Επίσης συχνά ανευρίσκονται στο στέλεχος, στην παρεγκεφαλίδα αλλά και κατά μήκος του νωτιαίου μυελού, ιδιαίτερα στην αυχενική μοίρα του. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

Πρόκειται για μάλλον αποστρογγυλωμένες περιοχές με καλά περιγεγραμμένα όρια που έχουν ροζ απόχρωση εφόσον πρόκειται για φλεγμένους πλάκες, ή είναι λευκές ή γκρι από τη διήθηση από το λίπος και την γλοΐωση που έχουν υποστεί εφόσον πρόκειται για παλαιές. Μέσα στις πλάκες συχνά εντοπίζονται αιμοφόρα αγγεία. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

Μεταξύ των ασθενών υπάρχει αρκετά μεγάλου βαθμού ποικιλομορφία στα δομικά και ανοσολογικά χαρακτηριστικά των βλαβών. Ο βαθμός επιβίωσης των ολιγοδενδροκυττάρων ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή αλλά είναι σταθερός σε δεδομένο ασθενή, δείχνοντας ότι η εστία της βλάβης (μυελίνη, ολιγοδενδροκύτταρα, ή προγονικές μορφές κυττάρων) ποικίλλει μεταξύ των ασθενών. Παρόλο που οι περισσότερες βλάβες χαρακτηρίζονται από μια φλεγμονώδη αντίδραση κυρίως από τα λεμφοκύτταρα και τα μακροφάγα, έχουν περιγράψει διάφορα μοντέλα καταστροφής της μυελίνης. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

3.1.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το ανοσολογικό σύστημα παρουσιάζει εκπληκτική ανομοιογένεια και σπάνια ειδικότητα. Μπορεί και αναγνωρίζει εκατομμύρια διαφορετικά ξένα μόρια και παράγει τα δικά του μόρια και κύτταρα που ταιριάζουν με τα πρώτα και αναστέλλουν τη δράση τους. Προκειμένου να ταιριάζει τα δικά του παράγωγα με το πλήθος των πιθανών ξενιστών, αποθηκεύει μερικά εξειδικευμένα κύτταρα σαν κύτταρα μνήμης. Όταν ένα αντιγόνο εμφανιστεί, αυτά τα ειδικά κύτταρα, ερεθίζονται να παράγουν πλήθος κυττάρων. Αργότερα για να προληφθεί η υπερπαραγωγή τους, άλλοι μηχανισμοί ενεργοποιούνται που καταστέλλουν την ανοσολογική απάντηση. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

Τα Τα-κύτταρα που παράγονται στο θύμο αδένα, φαίνεται ότι παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην ΣΚΠ. Μετακινούνται διαρκώς στον οργανισμό ψάχνοντας για εισβολείς. Προκειμένου δε να αναγνωρίζουν και να αντιδρούν σε κάθε ειδικό αντιγόνο, φέρουν στην επιφάνειά τους ειδικά μόρια υποδοχής για διαφορετικά αντιγόνα.

Τα Τα-κύτταρα συμβάλλουν στην άμυνα του οργανισμού με δύο τρόπους. Τα ρυθμιστικά Τα-κύτταρα εμποδίζουν άλλα κύτταρα να παράγουν αντισώματα, δηλαδή τις πρωτεΐνες που αντιδρούν και παγιδεύουν κυκλοφορούντα αντιγόνα (π.χ. τα βακτήρια). Τα βοηθητικά Τα-κύτταρα είναι απαραίτητα για την ενεργοποίηση της άμυνας του οργανισμού απέναντι σε ξένα στοιχεία. Επίσης φαίνεται ότι τα T-κύτταρα διακόπτουν ή επιβραδύνουν ποικίλα κυτταρικά ανοσολογικά συστήματα όταν η αποστολή τους έχει ολοκληρωθεί.

Τα Τα-κύτταρα δολοφόνοι είναι αυτά που απευθείας επιτίθενται στα άρρωστα ή κατεστραμμένα κύτταρα παγιδεύοντας τα και προωθώντας εναντίον τους θανατηφόρες χημικές ουσίες, τις λεγόμενες κυτοκίνες. Καθώς τα Τα-κύτταρα μπορούν να κάνουν επίθεση στα κύτταρα, πρέπει να διακρίνουν αυτά που είναι του ίδιου του σώματος από τα ξένα. Για να γίνει αυτή η διάκριση κάθε κύτταρο του οργανισμού κουβαλά στην επιφάνειά του αναγνωριστικά μόρια. Τα Τα-κύτταρα που πιθανό επιτεθούν σε κύτταρα του οργανισμού απομονώνονται συνήθως και περιορίζονται, ενώ τα άλλα Τα-κύτταρα αναγνωρίζουν τους μοριακούς δείκτες του οργανισμού και συνυπάρχουν ειρηνικά με τους ιστούς του οργανισμού. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

Στις αυτοάνοσες νόσους, όπως η ΣΚΠ, η ισορροπία μεταξύ του ανοσολογικού συστήματος και του οργανισμού διαταράσσεται και το πρώτο αναγνωρίζει τα δικά του κύτταρα ως ξένα, ξεκινώντας έναν πόλεμο σε τμήματα του σώματος που δεν αναγνωρίζει (τη μυελίνη στην συγκεκριμένη περίπτωση).

Πολλές ερευνητικές προσπάθειες έχουν γίνει προκρινόμενου να γίνει κατανοητή η βάση του κατεστραμμένου ανοσολογικού συστήματος των πασχόντων στη ΣΚΠ. Συστατικά της μυελίνης, όπως η βασική της πρωτεΐνη, έχουν μελετηθεί πολύ, καθώς ενιόμενη σε πειραματόζωα μπορεί να προκαλέσει την πειραματική αλλεργική εγκεφαλομυελίτιδα (ΕΑΕ), μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο που μοιάζει πολύ με τη ΣΚΠ. Πιθανολογείται ότι η ενέσιμη μυελίνη προκαλεί την παραγωγή αντιμυελίνης και Τα-κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος που επιτίθενται έναντι της μυελίνης του πειραματόζωου. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

Επίσης αντικείμενο μελέτης είναι και οι ανωμαλίες του αιματοεγκεφαλικού φραγμού, καθώς αυτός είναι ο φραγμός εισόδου συστατικών στο ΚΝΣ.

3.1.2 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΙΟΥΣ

Λοιμώδεις παράγοντες έχουν προταθεί ως αιτίες της νόσου. Μερικοί ιοί απομονώθηκαν από το ΚΝΣ των ασθενών, αλλά τα στοιχεία δεν είναι επαρκή καθώς δεν έχει αναγνωριστεί μια ιική πρωτεΐνη ή μία ομάδα ιών σε αυτό.

Είναι πάντως ενδιαφέρουσα η θεωρία ότι η έκθεση σε ίο μπορεί να προκαλέσει ανοσοπαθολογική διεργασία και να οδηγήσει στην σκλήρυνση κατά πλάκας. Τρεις μηχανισμοί πιθανολογούνται για αυτό:

Ο πρώτος της μοριακής μίμησης και έχει προταθεί για τον ιό Epstein-Barr (EBV), που φαίνεται ότι προσβάλλει το 80% του γενικού πληθυσμού. Το 1992, ο Bray και οι συνεργάτες του μελέτησαν την σχέση του EBV με τη ΣΚΠ. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το ΚΝΣ των ασθενών περιέχει εξαιρετικά μεγάλα ποσά των αντιEBV-1 αντισωμάτων συγκρινόμενο με το ΚΝΣ των μαρτύρων και το 2001 μελέτη μεταξύ των αντισωμάτων του ιού και του κινδύνου λοίμωξης με ΣΚΠ, κατέληξε στο ότι ο ιός παίζει ρόλο στον κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου. Ακόμα πιο πρόσφατα μελέτη που εξετάζει την σχέση μεταξύ των επιπέδων των αντισωμάτων του EBV και του κινδύνου νόσησης από την ΣΚΠ σε υγιή άτομα, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ο ιός αυτός εμπλέκεται αποφασιστικά στην αιτιολογία της νόσου. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

Ο δεύτερος μηχανισμός που προτάθηκε είναι της λανθάνουσας λοίμωξης του ΚΝΣ που οδηγεί σε ανοσολογική καταστροφή των ολιγοδενδροκυττάρων. Με αυτόν τον τρόπο φαίνεται να δρα ο ιός του Έρπητα (HHV-6, Human Herpes virus) που προκαλεί την ερυθρά, ένα συνηθισμένο εμπύρετο νόσημα της παιδικής ηλικίας. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

Επίσης, μελετήθηκε η σχέση της ιογενούς λοίμωξης του αναπνευστικού συστήματος με τις εξάρσεις της νόσου και βρέθηκε να υπάρχει στενή σχέση μεταξύ τους. Πιθανολογείται ότι οφείλεται στη συστηματική απελευθέρωση ιντερφερόνης-γ από το ανοσοποιητικό σύστημα και την σημαντική αποδέσμευση TNF (tumor necrosis factor) η οποία με τη σειρά της επιτρέπει στα Τα-κύτταρα να εισβάλλουν στο ΚΝΣ.

Έχουν βρεθεί στον ορό ή στο ΚΝΣ ασθενών με ΣΚΠ αυξημένα επίπεδα δεικτών λοίμωξης με *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, ιούς που ευθύνονται για την παρωτίτιδα, τη γρίπη, την ερυθρά, τη μόρβα, αλλά παρόλο που κάποιοι συγκεκριμένοι ιοί μπορούν να προκαλέσουν απομυελίνωση σε πειραματόζωα και κάποιες μυελοπάθειες αποδίδονται σε ιούς, ο ρόλος της μόλυνσης από τον ιό στην πρόκληση της νόσου δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

3.1.3 ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την σκλήρυνση κατά πλάκας που ενοχοποιηθεί και βρίσκονται υπό διερεύνηση είναι:

- Ø Η εποχή του χρόνου
- Ø Η έκθεση σε οργανικούς διαλύτες
- Ø Μέταλλα όπως ο υδράργυρος και ο μόλυβδος
- Ø Οι εμβολιασμοί
- Ø Η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία
- Ø Το κάπνισμα
- Ø Διαιτητικοί ή αγχογόνοι παράγοντες ή και το άγχος αυτό καθ' αυτό.

3.2 ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Γνωρίζουμε ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μία προοδευτική πάθηση, η οποία είναι εντελώς διαφορετική από άνθρωπο σε άνθρωπο. 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. (Κεκάτος Ε.,2001)

Παρά την προφανή ανομοιογένεια των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται στη ΣΚΠ, είναι δυνατόν να ομαδοποιηθούν σε σχέση με την πορεία της νόσου και να υπαχθούν σε ορισμένες κατηγορίες- μορφές της νόσου. Η ομαδοποίηση αυτή βοηθάει κυρίως στο σχεδιασμό πρωτοκόλλων μελέτης, αλλά και σημαντικό ρόλο στην εκλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Οι μορφές της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι οι εξής:

1.Υποτροπιάζουσα μορφή με εξάρσεις και υφέσεις (Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis, RRMS): Η μορφή της ΣΚΠ που εκδηλώνεται από υποτροπές ακολουθούμενες από υφέσεις ονομάζεται υποτροπιάζουσα μορφή και έχει παρατηρηθεί στο 85-90% των ασθενών κατά τα πρώτα στάδιά της. Οι ασθενείς στη περίοδο αυτή υποφέρουν από νευρολογική δυσλειτουργία οι οποίοι αναρρώνουν μερικώς ή πλήρως και συνήθως ακολουθείται από μία περίοδο υφέσεως πριν την επόμενη έξαρση. (Δεράος Γ.,2007)

Είναι η πιο συνήθης μορφή με συχνότητα 40% μεταξύ των ασθενών με ηλικία κάτω των 40. Χαρακτηριστικό της, οι υποτροπές μετά από περιόδους ύφεσης και η σταδιακή αύξηση της νευρολογικής βλάβης ορισμένων ασθενών. Οι υποτροπές συμβαίνουν τυχαία, παρ' ότι η συχνότητα εμφάνισής τους, τείνει να είναι μεγαλύτερη στα πρώτα χρόνια μετά την έναρξη της ασθένειας. (Δεράος Σ.,2007).

2. Προϊούσα μορφή

Ο όρος προϊούσα σκλήρυνση κατά πλάκας συνιστά μία ενότητα στην οποία ανήκουν η πρωτοπαθής προϊούσα μορφή και η δευτεροπαθής προϊούσα μορφή. Στην ενότητα αυτή υπάγονται οι ασθενείς των οποίων η κατάσταση διαρκώς επιδεινώνεται, ανεξάρτητα από το βαθμό επιδείνωσης, ο οποίος ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών με προϊούσα μορφή των οποίων η κατάσταση παρέμεινε σταθερή για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Λαγογιάννη Μ. &Μαλαπάνη Ε.,2008).

2.α. Πρωτοπαθής προϊούσα μορφή (Primary Progressive Multiple Sclerosis, PPMS): Η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώνεται πολύ γρήγορα, με σοβαρή αναπηρία, χωρίς διακριτές υποτροπές ή υφέσεις. Η συχνότητα εμφάνισης αυτού του τύπου της σκλήρυνσης κατά πλάκας φτάνει περίπου το 10% των ασθενών, οι οποίοι ποτέ δεν αναρρώνουν από τα αρχικά συμπτώματα της ασθένειας. Αυτός ο τύπος τείνει να εμφανίζεται σε ασθενείς που εμφάνισαν σκλήρυνση κατά πλάκας σε μεγάλη ηλικία και είναι συνηθέστερη σε άνδρες. (Φρυλίγγου Ε.,2009).

2.β. Δευτεροπαθής προϊούσα μορφή (Secondary Progressive Multiple Sclerosis):

Υπάρχουν συγκεκριμένες κρίσεις όπως και στην υποτροπιάζουσα μορφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας, αλλά η ανάρρωση είναι ελλιπής και υπάρχει επιδείνωση της αναπηρίας μεταξύ των κρίσεων. Το 50% των ασθενών με την υποτροπιάζουσα μορφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας, περνούν σε αυτή τη φάση σε ένα διάστημα 10 ετών από την έναρξη, χωρίς την εφαρμογή τροποποιητικών για την ασθένεια φαρμακευτικών παραγόντων. Τα δεδομένα που υπάρχουν δεν είναι ακόμα επαρκή για να αποσαφηνιστεί κατά πόσο αυτό το διάστημα επιμηκύνεται λόγω εφαρμογής κάποιων θεραπευτικών σχημάτων. Η συχνότητα εμφάνισης αυτής της μορφής της ασθένειας είναι περίπου 40%. (Δεράος Σ.,2003).

3. Προοδευτική επιδεινούμενη με υποτροπές μορφή (Progressive Relapsing Multiple Sclerosis, PRMS):

Σε αυτόν τον τύπο παρουσιάζονται περιστασιακές οξείες υποτροπές με ή χωρίς πλήρη ανάρρωση μεταξύ των κρίσεων. Οι ασθενείς με αυτή τη μορφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας παρουσιάζουν σταθερή επιδείνωση από το ξεκίνημα της νόσου. Είναι η λιγότερο συνηθισμένη μορφή της ασθένειας με συχνότητα εμφάνισης λιγότερο από 5%. (Φρυλίγγου Ε.,2009).

4.Υποκατηγορίες της σκλήρυνσης κατά πλάκας:

α) Η **καλοήθης** μορφή είναι ένας υπότυπος της RRMS που τη διαφοροποιεί από το γεγονός ότι οι ασθενείς έχουν μικρή ή καθόλου εξέλιξη της ανικανότητάς τους για μακρά χρονική περίοδο (παρόλο που σημαντική επιδείνωση συμβαίνει στην πλειοψηφία των ασθενών διάστημα 25 χρόνων. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

β) Η **κακοήθης** μορφή χαρακτηρίζεται από τη γρήγορη εξέλιξη της που οδηγεί σε σοβαρή ανικανότητα ή θάνατο σε μικρό χρονικό διάστημα από την έναρξή της. Συνήθως πρόκειται για ασθενείς που επιδεινώνονται ταχύτατα και μέσα σε μια πενταετία έχουν καταλήξει. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

γ) Η **μεταβατική** μορφή της νόσου αναφέρεται σε αυτούς που μεταπίπτουν από την RRMS σε SPMS, εκδηλώνοντας προοδευτική επιδείνωση.

Γενικά, 80-85% έχουν RRMS κατά την έναρξη, και περίπου 10% PPMS. Περίπου 50% των RRMS μεταπίπτουν σε SPMS κατά τη διάρκεια των πρώτων 10 χρόνων και περίπου 90%, κάνουν αυτή την μετατροπή στα 25 χρόνια από την έναρξη. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

Στο 80% περίπου των περιπτώσεων της σκλήρυνσης κατά πλάκας έχουμε την εμφάνιση των υφέσεων και των ώσεων. Αυτό έχει αποδειχθεί από τις μέχρι τώρα καταγραφές, έρευνες και επιδημιολογικές εργασίες. Στο άλλο 20 % των περιπτώσεων

έχουμε μια πρωτογενή χρόνια πορεία και αυτό σημαίνει ότι συμπτώματα και ενοχλήσεις με το χρόνο αναπτύσσονται κάνοντας διαλείμματα ημερών ή μηνών, μερικές φορές ακόμα και ετών.

Η εμφάνιση των μορφών με ώσεις και υφέσεις είναι σε νεαρότερη ηλικία ενώ αντίθετα οι χρόνιες μορφές παρουσιάζονται σε μεγαλύτερες ηλικίες. Σε ηλικία άνω των 40 ετών σχεδόν όλες οι μορφές εμφάνισης είναι χρόνιες. Βέβαια εδώ πρέπει να διευκρινιστεί ότι πολύ μεγάλο ρόλο παίζει και η έγκαιρη διάγνωση. Υπάρχει δηλαδή η περίπτωση ότι από νεαρή ηλικία να περνούν υφέσεις και εξάρσεις χωρίς αυτό να γίνει αντιληπτό ούτε από τον ασθενή ούτε από το περιβάλλον του και όταν αργότερα προχωρήσει σε μια χρόνια δευτερογενή προϊούσα μορφή τότε πιστεύει κανείς ότι έχει να κάνει με μια καθυστερημένη χρόνια εμφάνιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας ενώ δεν είναι έτσι.

Αυτά συνέβαιναν κυρίως στο παρελθόν που τα διαγνωστικά μέσα δεν ήταν αρκετά. Τώρα βέβαια υπάρχουν τελείως διαφορετικές εντυπώσεις και καταγραφές έτσι που τα επόμενα χρόνια η διαχείριση της νόσου θα γίνεται με νέες πεποιθήσεις που θα προκύψουν από νέα στοιχεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Κλινική εικόνα της σκλήρυνσης κατά πλάκας

Συμπτώματα και σημεία

Σπανιότερες εκδηλώσεις της νόσου

Παράγοντες που προκαλούν υποτροπή

Πορεία της νόσου

Πρόγνωση της νόσου

4.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η πολυμορφία της κλινικής εικόνας οφείλεται στο γεγονός ότι οι πλάκες ποικίλλουν ανάλογα με την εντόπιση και την ένταση της παθολογοανατομικής επεξεργασίας. Η συμπτωματολογία μπορεί να υποδηλώνει εμπλοκή χωριστών περιοχών ταυτόχρονα, ενώ σε άλλους μπορεί να είναι ενιαία. (Τζάχρηστα Χ.,2002).

Ενώ η ΣΚΠ μπορεί να περιλαμβάνει οποιαδήποτε περιοχή της κεντρικής λευκής ουσίας, υπάρχουν ορισμένες περιοχές προτίμησης, δηλαδή το οπτικό νεύρο, η περικοιλιακή περιοχή και το αυχενικό στέλεχος. Μερικοί συγγραφείς αρέσκονται να διακρίνουν, ανάλογα με την υφιστάμενη συμπτωματολογία, διάφορες μορφές της ΣΚΠ, όπως εγκεφαλική, στελεχιαία, παρεγκεφαλιδική, νωτιαία κλπ. Η διάκριση όμως αυτή στερείται πρακτικής σημασίας, γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις, με την πάροδο του χρόνου υπάρχει μείξη και συνδυασμός των συμπτωμάτων. (Τζάχρηστα Χ.,2002).

Η ΣΚΠ είναι μια πάθηση με πολλές μεταβολές. Η απομυελίνωση μπορεί να προσβάλλει τόσο τα κινητήρια όσο και τα αισθητήρια νεύρα του κεντρικού νευρικού συστήματος και έτσι μπορεί να επιδράσει στην κίνηση και την αφή ή στις άλλες αισθήσεις. Τα συμπτώματα διαφέρουν πολύ ανάλογα με το ποια νεύρα έχουν προσβληθεί. Μερικά είναι εμφανή, άλλα όμως, όπως η κούραση, η εναλλαγή της διάθεσης, η απώλεια πρόσφατης μνήμης και η δυσκολία συγκέντρωσης είναι συνήθως ακαθόριστα ή «κρυφά» που είναι δύσκολο να τα περιγράψουμε σε άλλους. (Τζάχρηστα Χ.,2002).

Υπάρχουν όμως μερικά συμπτώματα κοινά σε πολλούς πάσχοντες όπως:

- Ø Διπλωπία ή θάμπωμα στα μάτια
- Ø Αδυναμία ή ανικανότητα ενός ή και των δύο άκρων
- Ø Αλλαγή στην αίσθηση των χεριών ή των ποδιών όπως π.χ. μούδιασμα που συχνά περιγράφεται «σα να περπατώ πάνω σε βαμβάκι».
- Ø Ζάλη ή αστάθεια
- Ø Κούραση δυσανάλογη προς τις δραστηριότητες ή απρόσμενη κούραση
- Ø Ανάγκη για συχνή ή επιτακτική ούρηση ή δυσκολία ούρησης

Στο ερώτημα σχετικά με το ποιο συχνά πρώτο σύμπτωμα της νόσου οι απαντήσεις ποικίλλουν στις διάφορες κατά καιρούς εργασίες και επί πλέον δεν βοηθούν πολύ στη διάγνωση της νόσου για κάθε ασθενή ξεχωριστά, για παράδειγμα το γεγονός ότι σε μερικές σειρές ασθενών η μονόπλευρη οπισθοβολβική νευρίτιδα παρατηρείται στο 40-50% των περιπτώσεων δεν θα πρέπει να παραπλανεί το γιατρό

και να αγνοεί το γεγονός ότι 30% των ασθενών με οπισθοβολβική νευρίτιδα, ουδέποτε παρουσιάζουν σημεία σκλήρυνσης κατά πλάκας. (Τζάχρηστα Χ.,2002).

Δεν υπάρχει ένας και μοναδικός τύπος ΣΚΠ. Ο κάθε άνθρωπος παρουσιάζει συμπτώματα που ο άλλος μπορεί να μην έχει. Αλλά και τα συμπτώματα του ίδιου του ατόμου είναι δυνατόν να ποικίλλουν από καιρό σε καιρό. Δεν υπάρχει δηλαδή «τυπική» ΣΚΠ. Είναι μια πάθηση «προσωπική» σαν το δακτυλικό αποτύπωμα και έτσι δεν είναι δυνατή μια γενική περιγραφή της νόσου με βεβαία πρόγνωση. (Τζάχρηστα Χ.,2002).

Ακόμη και η πορεία της ΣΚΠ έχει διαφορετικές εκφράσεις. Τα 2/3 περίπου των ανθρώπων που παρουσιάζουν τη νόσο θα έχουν την υποτροπιάζουσα μορφή της, αυτήν δηλαδή με εξάρσεις και υφέσεις. Θα αναπτύξουν κάποια συμπτώματα τα οποία, μετά την πάροδο κάποιων ημερών, εβδομάδων ή μηνών θα βελτιωθούν ή θα υποχωρήσουν πλήρως. Αυτό ίσως οφείλεται σε φλεγμονή των νεύρων, σε απομυελίνωση μιας καινούριας περιοχής ή σε έκταση της απομυελίνωσης σε μια περιοχή που έχει ήδη προσβληθεί. Όταν τα συμπτώματα της ώσης υποχωρήσουν ολοκληρωτικά ή μερικά, τότε λέμε ότι διανύουμε περίοδο ύφεσης που μπορεί να κρατήσει εβδομάδες, μήνες, ακόμη και χρόνια. (Τζάχρηστα Χ.,2002).

Η συχνότητα των εξάρσεων σε κάθε άτομο δεν είναι καθορισμένη επίσης, ούτε ακολουθεί κάποιο ρυθμό. Ξεκινούν χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, όμως είναι δυνατόν να πυροδοτηθούν από κάποια ίωση ή πιθανόν από ψυχολογική ένταση. Η περίοδος της ώσης είναι ασφαλώς δυσάρεστη, όμως σε πολλούς τα συμπτώματα υποχωρούν και απολαμβάνουν κατόπιν μια περίοδο ύφεσης. (Τζάχρηστα Χ.,2002).

Το υπόλοιπο 1/3 των ασθενών με ΣΚΠ θα έχει τη χρόνια προοδευτική μορφή της νόσου. Αυτό σημαίνει ότι οι πάσχοντες θα έχουν μια αργή εξέλιξη κάποιων συμπτωμάτων που δεν θα υποχωρήσουν με την πάροδο του χρόνου. Οι αλλαγές μπορούν να ξεκινήσουν μια σταθερή μείωση των φυσικών ή νοητικών ικανοτήτων. Ίσως τότε να είναι πιο δύσκολο να καταλάβουν τις «καλύτερες» από τις «χειρότερες» περιόδους.

Οι περισσότεροι άνθρωποι με ΣΚΠ έχουν κάποια ήπια μορφή της νόσου και δεν φτάνουν ποτέ σε βαριές αναπηρίες. Μερικοί όμως ίσως να αντιμετωπίσουν κάποιο βαθμό ανικανότητας από καιρό σε καιρό. Άλλοι μπορεί να παρουσιάσουν εκείνη τη μορφή της νόσου που εξελίσσεται γρήγορα και προοδευτικά και να καταλήξουν σε μεγάλο βαθμό αναπηρίας. Όμως ο βαθμός των βαρέων ασθενών είναι πολύ μικρός. (Τζάχρηστα Χ.,2002).

4.1.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ

1. Οπτικές διαταραχές

Οι οπτικές διαταραχές είναι συχνές και συνήθεις στη νόσο, περιλαμβάνουν συνήθως θάμβος όρασης, μείωση ή πλήρη απώλεια της οπτικής οξύτητας, συνήθως ετερόπλευρα, καθώς και διαταραχές των οπτικών πεδίων όπως π.χ. κεντρικό σκότωμα, σπανιότερα δε και ομώνυμη ημιανοψία. Οι διαταραχές αυτές έχουν οξεία ή υποξεία έναρξη, πάντοτε δε η αντίληψη των χρωμάτων εκπίπτει πρωιμότερα και εντονότερα. (Σωτηροπούλου Λ.,2000).

Χωρίς αμφιβολία η ΣΚΠ είναι το συνηθέστερο αίτιο της οπτικής νευρίτιδας. Στο οπτικό νεύρο οι περιοχές απομυελίνωσης και η περιοχή διήθησης γύρω από αυτή είναι τυπικές. Απώτερο αποτέλεσμα της βλάβης αυτής είναι η ατροφία των ινών και των γαγγλιακών κυττάρων, ιδίως στην περιοχή της ωχράς. (Σωτηροπούλου Λ.,2000).

Οποιαδήποτε κι αν είναι η αιτιολογία της νόσου υπάρχει ένα αναμφισβήτητο γεγονός ότι αυτός ο άγνωστος ακόμα αιτιολογικός παράγοντας 'έχει μια ιδιότυπη συμπάθεια προς το οπτικό νεύρο' έτσι ώστε η προσβολή του, η οπτική νευρίτιδα, είναι συχνότατα το πρώτο σύμπτωμα της νόσου όταν καμιά άλλη ένδειξη προσβολής του ΚΝΣ δεν υπάρχει εκτός ίσως από μια αμφίβολη απουσία των κοιλιακών αντανακλαστικών. Άπειρες παρατηρήσεις στο σημείο αυτό έχουν δείξει ότι οι περιπτώσεις που εμφανίζουν ως μοναδικό σύμπτωμα 'οξεία οπισθοβολβική νευρίτιδα' παρουσιάζουν τα συμπτώματα γενικευμένης νόσου σε ποσοστό μέχρι 50% στα επόμενα 15 χρόνια. Ωστε μπορούμε να πούμε ότι σε περίπτωση ετερόπλευρου οπτικής νευρίτιδας η ΣΚΠ πρέπει να υπολογίζεται σαν το πιθανότερο αίτιο σε ηλικίες 15-40 ακόμη και αν δεν υπάρχει άλλο σύμπτωμα. (Σωτηροπούλου Λ.,2000).

Η όραση προσβάλλεται σε πολλά επίπεδα:

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

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

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

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

Η οξεία ή υποξεία αμφοτερόφθαλμη απώλειας της όρασης είναι κατά πολύ σπανιότερη.

Τέλος υπάρχει, αντίθετα, μια τέταρτη ομάδα ασθενών το χαρακτηριστικό της οποίας είναι η χρόνια και προοδευτική προσβολή της όρασης όπου προσβάλλονται συνήθως και τα δύο μάτια. (Σωτηροπούλου Λ.,2000).

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

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

Η κίνηση του ασθενούς ιδίως η ταχεία, παρουσιάζει δυσκολίες εξαιτίας προσβολής του εξόφθαλμου κινητικού συστήματος και εμφάνιση διπλωπίας και δεύτερον επειδή υπάρχει καθυστέρηση στη μεταβίβαση του ερεθίσματος στο οπτικό νεύρο του προσβεβλημένου οφθαλμού, παράγεται το φαινόμενο Pulfrich, δηλαδή την ευθεία κίνηση ενός αντικειμένου ο ασθενής την αντιλαμβάνεται ως ελλειπτική. Εννοείται ότι ο ασθενής έχει περισσότερες δυσκολίες όταν κινείται, ιδιαίτερα γρήγορα στο δρόμο, όταν παίζει τένις ή όταν οδηγεί αυτοκίνητο. (Σωτηροπούλου Λ.,2000).

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

Τα αντανακλαστικά των κορών βλάπτονται ενώ το εξωβόλβιο κινητικό σύστημα προσβάλλεται πολύ συχνά. Αναφέρεται νυσταγμός στο 50% των περιπτώσεων και διπλωπία σε ποσοστό 12%. Η διαπυρηνική οφθαλμοπληγία είναι συχνή ενώ δεν υπάρχει ορατή αλλοίωση στο βυθό. (Σωτηροπούλου Λ.,2000).

2. Αισθητικά συμπτώματα

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. (Πασχάλης Χ.,1996).

3. Κινητικές διαταραχές

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

Οι κινητικές διαταραχές οφείλονται γενικά σε βλάβες της φλοιονωτιαίας πυραμιδικής οδού. (Σωτηροπούλου Λ.,2000).

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

Ο παρεγκεφαλιδικός τρόμος, εκτός του σώματος και των άκρων, μπορεί να εμφανιστεί και στην κεφαλή και να προσδώσει σ' αυτήν χαρακτηριστική παλινδρομική κίνηση. Η δυσαρθρία αποτελεί ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά γνωρίσματα της νόσου, που εκφράζεται ως 'σκοντάφτουσα ομιλία' και οφείλεται στην ασυνέργεια των μυών της υπερώας και των χειλιών. Σε προχωρημένες όμως

καταστάσεις, όποτε συνυπάρχει ψευδοπρομήκη παράλυση και δυσκαταποσία, η ομιλία επηρεάζεται και από τις βλάβες της φλοιοπρομηκικής οδού. Είναι οι περιπτώσεις εκείνες στις οποίες παρατηρούνται οι καταναγκαστικοί κλαυθμοί και γέλωτες, οι οποίοι στερούνται της προσήκουσας συναισθηματικής επενδύσεως και θεωρούνται ιδιαίτερο σύμπτωμα της νόσου (κλαυσίγελος). Η αταξία αποτελεί σοβαρότατο και δυσοίωνο, για την εξέλιξη του ασθενούς σύμπτωμα, που οφείλεται συνήθως σε βλάβη παρεγκεφαλίδας και νωτιοπαρεγκεφαλιδικών δεματίων.

Ο συνδυασμός πυραμιδικού τύπου υπερτονίας και αταξίας, επιφέρει χαρακτηριστικό για τη νόσο σπαστικοαταξικό βάδισμα. (Σωτηροπούλου Λ.,2000).

4) Ψυχοδιανοητικά συμπτώματα

Στα αρχικά στάδια της νόσου, οι ψυχικές και νοητικές λειτουργίες διατηρούνται σχεδόν ανέπαφες. Με την πάροδο όμως του χρόνου, επέρχονται αλλαγές του συναισθήματος και διαταραχές ανωτέρων νοητικών λειτουργιών (μνήμης, προσοχής, συγκέντρωσης, πτωχεία ιδεών), που οδηγούν σε νοητική έκπτωση (άνοια).(Γουρζουλίδου Ε.,2008) Το ποσοστό της νοητικής εκπτώσεως στα αρχικά μεν στάδια της νόσου είναι μικρό (2%), στα τελικά όμως είναι δυνατό να φτάσει στο 50%. Πρόκειται περί υποφλοιώδους ανοίας, η οποία συνδέεται με το βαθμό προσβολής του μεσολοβίου και την διακοπή των συνδέσεων του δικτυωτού συστήματος του εγκεφαλικού στελέχους προς τον φλοιό, ή τις υποφλοιώδεις περιοχές, ή των συνδέσεων του μετωπιαίου λοβού προς οπίσθιες φλοιώδεις περιοχές.(Σωτηροπούλου Λ.,2000).

Οι ψυχικές διαταραχές όταν εμφανισθούν, κυμαίνονται από την ασήμαντη μόνο παρέκκλιση της συμπεριφοράς του πάσχοντος εκ του φυσιολογικού, μέχρι την ψύχωση. Η ευφορία θεωρείται από μακρού η πιο χαρακτηριστική ψυχική διαταραχή (Euphoria Sclerotica), το δε ποσοστό της κυμαίνεται μεταξύ 10-18%. Η φαιδρότης και η υπερβάλλουσα αισιοδοξία των πασχόντων, έρχονται σε μεγάλη αντίθεση προς την υφιστάμενη συνήθως βαριά σωματική τους αναπηρία, οι δε γέλωτες, συχνά εναλλάσσονται με κλάματα. Η έκφραση αυτή της συναισθηματικής αστάθειας, έχει οργανικό υπόστρωμα και αποδίδεται στην έλλειψη ελέγχου του πυραμιδικού συστήματος επί των μιμικών μυών και της γενικότερης συγκινησιακής εκφράσεως, από αμφοτερόπλευρες βλάβες της φλοιοπρομηκικής οδού και την σχετική κυριάρχηση των εξωπυραμιδικών και θαλαμοπρομηκικών συστημάτων (ψευδοπρομηκικό σύνδρομο). (Σωτηροπούλου Λ.,2000).

Η κατάθλιψη στη ΣΚΠ, εμφανίζεται συνήθως ως αντιδραστικού τύπου, ενίοτε δε και ως ψυχωτική. Είναι συνηθέστερη στην εγκεφαλική παρά τη νωτιαία μορφή της νόσου και το ποσοστό της ανέρχεται σε 18-20%. Το ποσοστό όμως των αυτοκτονιών στους ασθενείς αυτούς είναι υψηλό, γι' αυτό απαιτείται άμεση και συστηματική θεραπεία. Η διπολική συναισθηματική ψύχωση (κατάθλιψη-μανία) είναι σπανιότερη, ενώ σπανιότατα είναι τα σχιζοφρενικού τύπου συμπτώματα. (Σωτηροπούλου Λ.,2000).

Διάφορα άλλα ψυχογενή συμπτώματα, μπορεί κάλλιστα να συνυπάρχουν σε διαγνωσμένους με ΣΚΠ ασθενείς, τα οποία εκδηλώνονται συνήθως με τάσεις υπερβολής ή μεγαλοποίησης υπαρχόντων συμπτωμάτων, μουδιάζουν π.χ. τα δάκτυλα τους και λένε ότι μουδιάζει ολόκληρο το χέρι. Πρέπει όμως να τονισθεί ότι μετά από αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος των πασχόντων (θερμό λουτρό, πυρετό κλπ.) μπορεί να εμφανισθούν ορισμένα φευγαλέα συμπτώματα χωρίς να είναι υστερικά (φαινόμενο Uhthoff).(Σωτηροπούλου Λ.,2000).

5)Κόπωση

Η κόπωση είναι ένα σύμπτωμα για το οποίο οι ασθενείς παραπονούνται αρκετά συχνά. Πρόκειται για αίσθημα απώλειας της φυσικής ή και ψυχικής ενεργητικότητας με παράλληλη εξάντληση και εξουθένωση. Ίσως ευθύνονται ανοσολογικοί παράμετροι για την εκδήλωσή της, όπως οι κυτταροκίνες, ο μειωμένος εγκεφαλικός μεταβολισμός, η αϋπνία από την οποία υποφέρουν πολλοί ασθενείς, ο πόνος ή η σπαστικότητα ή ακόμα και η φαρμακευτική αγωγή. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

6) Πόνος

Ο πόνος είναι επίσης συχνό παράπονο των ασθενών, είτε πρόκειται για νευραλγία τριδύμου, ριζιτικό πόνο ή κάποια άλλη παροξυσμική εκδήλωσή της νόσου, όπως οι επώδυνες τονικές κρίσεις, είτε για δυσαισθησίες ή δυσαισθητικούς μη παροξυσμικούς πόνους, που μπορεί να παρατηρούνται στο 30% των ασθενών. Επίσης, πρέπει να αναφερθούν και η χρόνια οσφυαλγία καθώς και οι επώδυνοι καμπτικοί ή εκτατικοί σπασμοί που τους βρίσκουμε σε 10-15% των πασχόντων και κυρίως στους παραπληγικούς.. (Γουρζουλίδου Ε.,2008).

7) 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. (Πασχάλης Χ.,1996).

β) Επώδυνα επεισόδια δυστονίας μικρής διάρκειας. Άλλοι αυτά τα επεισόδια, τα ονομάζουν τονικούς σπασμούς ή τετανία κεντρικής αιτιολογίας. Τα επεισόδια αυτά συχνά προσκαλούνται 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 αντανακλαστική επιληψία.

γ) Επιληπτικές κρίσεις Grand Mal ή εστιακές κρίσεις

δ) Νευραλγία του τριδύμου (Πασχάλης Χ.,1996).

8) Σφιγκτηριακές διαταραχές

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 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. (Πασχάλης Χ.,1996).

4.1.2 ΣΠΑΝΙΟΤΕΡΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Σπανιότερες εκδηλώσεις της ΣΚΠ είναι η βαρηκοΐα καθώς και ποικίλα εγκεφαλικά ημισφαιρικά σύνδρομα συμπεριλαμβανομένης της ημιπληγίας, ημιανοψίας, της δυσφασίας, της αγνωσίας και της επιληψίας. Τα παροξυσμικά συμπτώματα, που διαρκούν από μερικά δευτερόλεπτα μέχρι ένα λεπτό περίπου, αποτελούν σπάνια αλλά χαρακτηριστική εκδήλωση και περιλαμβάνουν τη νευραλγία του τριδύμου, τις τονικές μυϊκές συσπάσεις(ραβδωτές κρίσεις) και το συνδυασμό παροξυσμικής αταξίας και δυσαρθρίας. Τα φαινόμενα αυτά θεωρείται ότι προκαλούνται από εφραπτική αγωγή σε πλάκες του στελέχους. (Κριτσωτάκη Κ., Κολιού Α.,2008).

Σπάνια παρατηρούνται άλλου είδους εκδηλώσεις της νόσου. Παρατηρείται (σε σχέση με το γενικό πληθυσμό) ελαφρά μεγαλύτερη επίπτωση φλεγμονώδους κολίτιδας και αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας στη ΣΚΠ, ενώ σπάνια υπάρχουν άρρωστοι που έχουν συγχρόνως ΣΚΠ και χρόνια απομυελινωτική πολυνευροπάθεια, η οποία θα πρέπει να θεραπεύεται με τη συνήθη αγωγή. Υψηλή συχνότητα ΣΚΠ βρέθηκε στις γυναίκες με κληρονομική οπτική νευροπάθεια του Leber. (Κριτσωτάκη Κ., Κολιού Α.,2008).

Οι άρρωστοι με τη δευτερογενώς προϊούσα μορφή της ΣΚΠ ενδέχεται επιπρόσθετα να εκδηλώνουν και εξάρσεις. Οι άρρωστοι με την πρωτογενώς προοδευτική μορφή δεν παρουσιάζουν κατά κανόνα εξάρσεις.

Αν και σπάνια παρατηρείται σαφής άνοια, στο 50% των περιπτώσεων η νευροψυχολογική διερεύνηση αποκαλύπτει ανοϊκές διαταραχές. Τα πλέον συχνά ελλείμματα παρατηρούνται στο δείκτη νοημοσύνης, την προσοχή, τη σύλληψη εννοιών και την οπτική μνήμη. Υπάρχει μερική συσχέτιση μεταξύ της εκτάσεως της γνωσιακής εκπτώσεως και του συνολικού όγκου των βλαβών στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. (Κριτσωτάκη Κ., Κολιού Α.,2008).

4.1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΥΠΟΤΡΟΠΗ

Υποτροπή της ΣΚΠ είναι συνήθως απρόβλεπτη και μπορεί να συμβεί χωρίς προειδοποίηση. Γενικά υποτροπή συμβαίνει πιο συχνά κατά την άνοιξη και το καλοκαίρι παρά το φθινόπωρο και τον χειμώνα. Διάφορες λοιμώξεις όπως γρίπη, κρυολόγημα, γαστρεντερίτιδα, αυξάνουν τις πιθανότητες της υποτροπής της νόσου. Σωματική και ψυχολογική πίεση μπορούν να προκαλέσουν κάποιο επεισόδιο. Στατιστικά δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η εγχείρηση ή κάποιο τραύμα μπορούν να προκαλέσουν υποτροπή. Άτομα με πολλαπλή σκλήρυνση μπορούν να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες, παρόλα αυτά θα πρέπει να αποφεύγουν τα σπορ τα οποία θα επιφέρουν έντονη σωματική κούραση, όπως ο μαραθώνιος. Η ζέστη μπορεί να αυξήσει τα συμπτώματα, για αυτό το λόγο μερικά άτομα με ΣΚΠ θα πρέπει να αποφεύγουν τις σάουνες και τα ζεστά μπάνια. Η εγκυμοσύνη μπορεί να προκαλέσει υποτροπή. Στους τελευταίους τρεις μήνες της εγκυμοσύνης υπάρχει μια φυσική προστασία ενάντια στην υποτροπή της νόσου, ωστόσο κατά την διάρκεια των πρώτων μηνών μετά τον τοκετό η πιθανότητα για υποτροπή αυξάνεται κατά 20-40%. (Ανδρούτσου Ε. & Αρβανίτη Σ., 2009). Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να ενημερώσει τον ασθενή για όλες αυτές τις καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν υποτροπή και να του διδάξει τρόπους αποφυγής τους.

4.2 ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η εξέλιξη εξαρτάται από το πόσο συχνά παρουσιάζει ο ασθενής επεισόδια καταστροφής της μυελίνης του και πόσο έχει πληγεί ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός του. Η συχνότερη μορφή είναι εκείνη στην οποία οι ασθενείς έχουν επεισόδια υποτροπής και ύφεσης της ασθένειάς τους. Στις υποτροπές τα συμπτώματά τους γίνονται πολύ χειρότερα. Στις υφέσεις βελτιώνονται και τα συμπτώματά τους μπορούν να υποχωρήσουν πλήρως ή μερικώς. Το 75% των περιπτώσεων των ασθενών με ΚΠΣ αρχίζουν την ασθένειά τους με τον τρόπο αυτό. Περίπου 15% των ασθενών έχουν από την αρχή μια προοδευτική νόσο. Τα συμπτώματά τους δεν υποχωρούν και μπορεί να χειροτερεύουν. Αυτή η μορφή ονομάζεται πρωτοπαθής προοδευτική μορφή. Περίπου 6-10% των ασθενών έχουν προοδευτική εξέλιξη με οξείες κρίσεις, η οποία ονομάζεται προοδευτική υποτροπιάζουσα ΚΠΣ και είναι σχετικά σπάνια μορφή. Τελικά το 50% των ασθενών που αρχίζουν με την μορφή που παρουσιάζει υποτροπές και υφέσεις, αναπτύσσουν μετά από πάροδο 10 ετών, δευτερογενή προοδευτική ΚΠΣ. Μπορεί να συνεχίσουν να έχουν κρίσεις και να έχουν μερική βελτίωση αλλά τα συμπτώματα και οι αναπηρίες τους χειροτερεύουν σταδιακά. (Κριτωτάκη Κ., Κολιού Α., 2008).

4.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

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.

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. (Πασχάλης Χ.,1996).

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 προαναγγέλει συνήθως δυσμενή εξέλιξη. Πάντως σημαντικό ποσοστό των ασθενών καταλήγει, μετά από χρόνια, κατάκοιτο, με απώλειες ούρων και κοπράνων, με επώδυνους μυικούς σπασμούς στα κάτω άκρα και εμπύρετα επεισόδια από λοιμώξεις μια κατάσταση από τις πλέον δυσάρεστες στην ιατρική. (Walton L.,1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας

Κλινική εκτίμηση

Εργαστηριακές εξετάσεις

Διαφορική διάγνωση

Αντιδράσεις στη διάγνωση

5.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι κλινική και πρέπει να προκύπτει από το ιστορικό και την αντικειμενική νευρολογική εξέταση του αρρώστου. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ειδική εργαστηριακή εξέταση για τη διάγνωση της νόσου, αλλά γίνονται διάφορες εξετάσεις που βοηθούν σημαντικά στη διάγνωση. (Τσακανίκας Κ.,1996).

Η ΣΚΠ τις περισσότερες φορές αναγνωρίζεται εύκολα από τους ιδιαίτερους συνδυασμούς συμπτωμάτων και την εξέλιξη τους και σπάνια μόνο δημιουργούνται προβλήματα ή και επιφυλάξεις που αφορούν ιδίως τον χαρακτηρισμό μονοσυμπτωματικών εκδηλώσεων ή και μικροεπεισοδίων ακόμα. (Τσακανίκας Κ.,1996).

Πιο συγκεκριμένα η διάγνωση της νόσου στηρίζεται στην ανάδειξη δύο ιδιαίτερων εστιακών βλαβών στη λευκή ουσία του κεντρικού νευρικού συστήματος που πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικό ενδεχομένως χρόνο. (Τσακανίκας Κ.,1996).

Επίσης οι εργαστηριακές εξετάσεις πρέπει: α) να γίνονται με σύνεση, β) να είναι ανάλογες της συμπτωματολογίας και γ) να πραγματοποιούνται όταν πράγματι χρειάζεται να εξηγηθεί κάτι. Πρέπει να προτιμώνται οι πλέον ακίνδυνες και όχι ακριβές εξετάσεις, τα προκλητά π.χ. δυναμικά κάθε είδους, οι οποίες είναι ικανές να αναδείξουν ανωμαλίες οι οποίες δεν ανιχνεύονται κλινικά και να αποφεύγονται οι συχνές επαναλήψεις εργαστηριακών εξετάσεων, οι οποίες τις περισσότερες φορές δεν έχουν πρακτική αξία για τον άρρωστο.(Τσακανίκας Κ.,1996)

Είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή να αποκαλυφθεί σε αυτόν η πάθησή του όταν η διάγνωση είναι βεβαία και έχουν γίνει οι απαραίτητες προγνωστικές σκέψεις. Για το λόγο ότι υπάρχει κίνδυνος αναπηρίας, απώλεια της ανεξαρτησίας του ασθενή, ακόμα και απειλή της ίδιας του της ζωής χρειάζονται πάντα προσεκτικές και εξατομικευμένες ενέργειες.(Τσακανίκας Κ.,1996).

5.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η λήψη ενός καλού ιστορικού είναι βασική στη διαγνωστική διαδικασία. Πρέπει κανείς χωρίς να υποβάλλει στον ασθενή τις απαντήσεις που ζητά, να εξάγει τα πραγματικά και σχετικά με τη νόσο στοιχεία, από μία σειρά αξιολογήσιμων γεγονότων που συνήθως αφηγούνται οι άρρωστοι. Ο ασθενής συνηθίζει να δικαιολογεί στον εαυτό του τη συμπτωματολογία και ένα σύμπτωμα πρέπει να περάσει κάποιο όριο για να γίνει αποδεκτό ως παθολογικό και να αναφερθεί στο γιατρό. Τυπικά η ΣΚΠ εισβάλλει με εστιακή συμπτωματολογία η οποία εξελίσσεται σε διάστημα ωρών, παραμένει σταθερή για 6-8 εβδομάδες και στη συνέχεια υφίσταται αυτομάτως. Η έναρξη της νόσου είναι κυρίως μονοσυμπτωματική, αλλά αρκετές φορές η νόσος εισβάλλει πολυσυμπτωματικά. Ενδεικτικό στοιχείο της μορφής με εξάρσεις και υφέσεις της νόσου αποτελεί η διασπορά των υπεύθυνων για τη συμπτωματολογία βλαβών του κεντρικού νευρικού συστήματος. Για το λόγο αυτό, πρέπει στο παρελθόν του αρρώστου να αναζητούνται περίοδοι με νευρολογική συμπτωματολογία η οποία αφέθηκε πλήρως χωρίς να δοθεί ιδιαίτερη σημασία από τον ασθενή.(Λαγογιάννη Μ. & Μαλαπάνη Ε.,2008).

Η μεγάλη ποικιλομορφία των συμπτωμάτων της ΣΚΠ, η απρόβλεπτη πορεία της και η έλλειψη παθογνομικής εργαστηριακής εξέτασης προσέδωσαν σχετική απροσδιοριστία των ορίων της με τέτοιο τρόπο ώστε για πολλές δεκαετίες να αποτελέσει την καταφυγή και τη λύση των διαγνωστικών μας δυνάμεων με αποτέλεσμα νόσοι για τις οποίες δεν είχαν σαφή αιτιολογία, ονομάζονταν ΣΚΠ. Η ανάγκη οριοθέτησης της νόσου και ακριβέστερου προσδιορισμού της, με σκοπό την αποφυγή της λάθος διάγνωσης είναι μεγάλη. Το σύμπτωμα μπορεί να αντανακλά βλάβη οποιασδήποτε περιοχής του κεντρικού νευρικού συστήματος, ωστόσο ορισμένα συμπτώματα είναι μάλλον τυπικά. Έτσι το αναμνηστικό ενός επεισοδίου θάμβους όρασης, πού αποτελεί την κλινική έκφραση οπτικής νευρίτιδας, βάζει ισχυρά την υποψία της νόσου.(Λαγογιάννη Μ. & Μαλαπάνη Ε.,2008).

Τα παθολογικά σημεία είναι συνήθως πιο εκτεταμένα από ότι περιμένει κανείς από το ιστορικό και μπορούν να δώσουν στοιχεία για την πολυεστιακή φύση της νόσου. Ελέγχουμε για διαταραχές στα οπτικά πεδία, απώλεια ακουστικής οξύτητας, διαταραχή της χρωματικής αντίληψης, ωχρότητα ή φλεγμονή της οπτικής θηλής, διαταραχές των αντανακλαστικών της κόρης, νυσταγμό, διαπυρηνική οφθαλμοπληγία (καθυστέρηση ή αδυναμία απαγωγής σε έναν οφθαλμό με νυσταγμό στον οφθαλμό που κάνει προσαγωγή κατά τον κάθετο άξονα), υπαισθησία ή αδυναμία προσώπου, δυσαρθρία, ασυνέργεια, αταξία, αδυναμία και σπαστικότητα, αυξημένα αντανακλαστικά, απουσία έκλυσης των κοιλιακών αντανακλαστικών, κλώνο κάτω άκρων, σημείο Babinski και αισθητικές διαταραχές.(Λαγογιάννη Μ. & Μαλαπάνη Ε.,2008).

5.1.2 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Ειδικά στοιχεία της νόσου από την αντικειμενική εξέταση δεν μπορούν να προκύψουν. Εάν όμως από το ιστορικό οδηγείται κανείς προς τη ΣΚΠ η αντικειμενική εξέταση μπορεί να δώσει σημαντικές ενδείξεις. Ωστόσο αρνητική αντικειμενική εξέταση δεν αποκλείει με βεβαιότητα τη νόσο.

Από τον έλεγχο του κινητικού συστήματος μπορεί να διαπιστωθεί προσβολή του κεντρικού νευρώνα, μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Όταν είναι αμφοτερόπλευρη είναι ασύμμετρη και τις περισσότερες φορές βαρύτερη στα κάτω άκρα. Σε ορισμένες περιπτώσεις η μόνη ένδειξη πυραμιδικής προσβολής μπορεί να είναι η κατάργηση των κοιλιακών αντανακλαστικών. Αν και η απουσία μπορεί να παρατηρηθεί και σε υγιή άτομα σε ποσοστό από 20-30%. Τα τενόντια αντανακλαστικά τυπικώς είναι ζωνρά και με επέκταση. Σε σπάνιες περιπτώσεις όμως μπορεί να είναι νωθρά. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε διακοπή του αντανακλαστικού τόξου σε κάποιο μυελοτόπιο, είτε σε υποτονία λόγω βλάβης των παρεγκεφαλιδικών οδών. Μικρού βαθμού ατροφίες κυρίως στα άνω άκρα, συνήθεστερα από ανενεργησία και σπάνια μπορεί να παρατηρηθούν δεσμιδώσεις.(Λαγογιάννη Μ. & Μαλαπάνη Ε.,2008).

Από τον έλεγχο της αισθητικότητας μπορεί να διαπιστωθεί διαταραχή της θέσης των μελών στο χώρο και της παλαισθησίας, κυρίως στα άκρα. Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί και διαταραχή της επιπολής αισθητικότητας η οποία όμως, σχεδόν πάντα έχει ασαφή όρια και ποτέ δεν φθάνει στο βαθμό της αναισθησίας. Στην εξέταση της θερμοαλγαισθησίας συχνά οι ασθενείς αναφέρουν έντονη ή ενοχλητική αντίληψη και του παραμικρού ερεθίσματος ή διάχυση του τσιμπήματος της παραμάνας ή ένα αίσθημα ηλεκτρικού ρεύματος κατά την επαφή της παραμάνας με το δέρμα. Η αίσθηση της διόδου ηλεκτρικού ρεύματος, από τη σπονδυλική στήλη ή και τα άκρα μετά από απότομη ή ενεργητική κάμψη της κεφαλής, δηλαδή το σημείο Lhermitte, παρατηρείται σε ποσοστό 5-16% των ασθενών που πάσχουν από ΣΚΠ. Σε ορισμένες περιπτώσεις το σημείο Lhermitte, το οποίο αποτελεί ένδειξη προσβολής των οπίσθιων δεσμών μπορεί να εκλυθεί και με την παραμικρή κίνηση του αυχένα ή της κεφαλής, ακόμα και με το βήχα ή το γέλιο. Το σημείο Lhermitte δεν είναι παθογνωμικό της ΣΚΠ. Μπορεί να το συναντήσει κανείς και σε άλλες παθήσεις που προσβάλλουν το νωτιαίο μυελό.(Λαγογιάννη Μ. & Μαλαπάνη Ε.,2008).

Από τους οφθαλμούς μπορεί να διαπιστωθεί η ύπαρξη νυσταγμού. Είναι συνήθως οριζόντιος αλλά μπορεί να είναι και κάθετος, περιστροφικός, εκκρεμοειδής κ.τ.λ. Συχνά οι πάσχοντες παραπονούνται για ταλαντοψία, ιδίως κατά την πλάγια ατένιση. Επίσης οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν διάσπαση των παρακολουθητικών κινήσεων των οφθαλμών. Ο έλεγχος της αρτιότητας των κινήσεων αυτών θα πρέπει να γίνεται με σχετικά βραδύ ρυθμό. Η ύπαρξη διαφυρνητικής οφθαλμοπληγίας είναι ένα άλλο τυπικό σημείο της νόσου. Στοιχεία

επίσης μπορεί να προσφέρουν η βυθοσκόπηση, ο αδρός έλεγχος των οπτικών πεδίων και η εξέταση της αντίληψης των χρωμάτων. Από τη βυθοσκόπηση μπορεί να διαπιστωθεί κροταφικός συνήθως αποχρωματισμός της θηλής, ο οποίος αποτελεί ένδειξη οπτικής ατροφίας από προηγηθείσα οπτική νευρίτιδα. Η εξέταση των οπτικών πεδίων μπορεί να αποκαλύψει, δύσκολα ωστόσο, την ύπαρξη του κλασικού κεντρικού σκοτώματος ή άλλες διαταραχές. Τέλος η τυχόν διαταραχή της αντίληψης των χρωμάτων η οποία συχνά παρατηρείται πρώιμα, μπορεί να διαπιστωθεί με τη βοήθεια έγχρωμων πινάκων.(Λαγογιάννη Μ. & Μαλαπάνη Ε.,2008).

5.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

5.2.1 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Μερικοί ερευνητές έχουν βρει ελαφρά υψηλότερη (περίπου 15-20%) συγκέντρωση αντισωμάτων έναντι της μυελίνης σε αρρώστους με ΣΚΠ από ότι σε φυσιολογικά άτομα. Άλλοι ερευνητές το αμφισβητούν αυτό ή δεν το αξιολογούν γιατί παρόμοια στοιχεία βρίσκουν και σε άλλες νευρολογικές αρρώστιες, ειδικότερα λοιμώξεις. Επίσης έχουν βρεθεί κυτταροτοξικοί παράγοντες έναντι της νευρολογίας όπως και παράγοντες με απομυελινωτική δράση στον ορό ασθενών με ΣΚΠ, αλλά τέτοιοι έχουν βρεθεί και σε άλλες νευρολογικές αρρώστιες και έτσι δεν μπορούν να πάρουν ιδιαίτερη διαγνωστική αξία. Τα αιμοπετάλια βρίσκονται αυξημένα.(Τζάχρηστα Χ.,2002).

5.2.2 ΕΓΚΕΦΑΛΟΝΩΤΙΑΙΟ ΥΓΡΟ (E.N.Y.)

Η προτίμηση των απομυελινωτικών εστιών να αναπτύσσονται στην περικοιλιακή λευκή ουσία του εγκεφάλου και περί του νωτιαίου σωλήνα περιοχή καθιστά το E.N.Y. σπουδαία πηγή πληροφοριών για την υποκείμενη νόσο.

Ελέγχεται το E.N.Y. για εύρεση ολιγοκλωνικών ταινιών IgG, εύρημα ενδεικτικό της νόσου, καθώς απαντάται στο 90% των πασχόντων από βεβαία νόσο. Πρόκειται για εξέταση με επίπεδο ευαισθησίας μέχρι και 95%, που ανιχνεύει την ενδοθηλική ραχιαία ή και γενικευμένη ανοσολογική αντίδραση σε κάποιο ή κάποια ειδικά αντιγόνα, η οποία προκαλεί την ενεργοποίηση των πολλών Β-λεμφοκυττάρων. Στα οξεία επεισόδια υπάρχει μερικές φορές μονοπυρήνωση μέχρι και 50 κύτταρα ανά mm³ και το λεύκωμα είναι συχνά ανεβασμένο ανάμεσα στα 0,5-0,9 g/l. Στο 25% περίπου των περιπτώσεων η καμπύλη του κολλοειδούς χρυσού είναι παρετικού τύπου. Σε πάνω από 50% βρίσκεται αύξηση στην ολική γ-σφαιρίνη του E.N.Y. και σε 70-90% μια ποσοστιαία αύξηση (σε σχέση με την ολική πρωτεΐνη) της ολιγοκλωνικής

IgG (ιδιαίτερα στις οξείες περιπτώσεις ή στη διάρκεια των υποτροπών). Στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό συχνά αποκαλύπτεται, με τη μέθοδο ραδιοανοσοπροσδιορισμού, αυξημένη συγκέντρωση του κλάσματος PI βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης.(Walton L., 1996). Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην αξιολόγηση των ευρημάτων από το E.N.Y. καθώς και σε άλλα νοσήματα υπάρχει η παρουσία των ολιγοκλωνικών ταινιών IgG. Τέτοια νοσήματα είναι η σαρκοείδωση, η νόσος των Αδαμαντιάδη - Behcet, ο Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος, η οξεία ιογενής εγκεφαλίτιδα, η νευροσύφιλη, το AIDS, η νόσος Lyme, η αδρενολευκοδυστροφία και άλλες. Ο αριθμός των κυττάρων, η ποσότητα λευκώματος στο E.N.Y., ο δείκτης IgG είναι στοιχεία που θα πρέπει επίσης να ληφθούν υπόψη και να συνδυαστούν με την κλινική εικόνα του ασθενή.(Γουρζουλίδου Ε.,2008).

5.2.3 ΠΡΟΚΛΗΤΑ ΔΥΝΑΜΙΚΑ

Τα δυναμικά αυτά έχουν σημασία και βοηθούν συχνά υποκλινικές μορφές της πάθησης. Στη σκλήρυνση κατά πλάκας κατά μείζονα λόγο προσβάλλεται η λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού και για αυτό ενδείκνυται η ηλεκτροφυσιολογική διερεύνησή της, με προκλητά δυναμικά. Σαν νευροφυσιολογικές εξετάσεις είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένα με τη διερεύνηση, επιβεβαίωση και παρακολούθηση της νόσου. Η καταγραφή και μέτρηση της ηλεκτρικής αγωγιμότητας των βασικών νευρικών συστημάτων (οπτικό, ακουστικό, σωματοαισθητικό) παρέχει ανεκτίμητη πληροφορία ως προς την αρτιότητα τους.(Γιαννάκης Β., Δημουλά Φ., Πεππέ Π., Πεταλά Δ.,2000).

Οπτικά δυναμικά: Τα οπτικά προκλητά δυναμικά καταγράφονται από την ινιακή περιοχή της κεφαλής πάνω από τον οπτικό φλοιό. Ο λανθάνων χρόνος είναι χρήσιμος στην κλινική αξιολόγηση. Η πιο σημαντική παθολογία του οπτικά προκλητού δυναμικού ανάγεται στην παράστασή του π.χ. και σχετίζεται με απομυελίνωση του οπτικού νεύρου. Σε ενδεικτικές μελέτες παράτασή του π.χ. γύρω στα 10 sec πέρα από το φυσιολογικό μας δείχνει πιθανή σκλήρυνση κατά πλάκας. Αν είναι 30 sec τότε μιλάμε για σίγουρη νόσο. Τα οπτικά προκλητά δυναμικά είναι ένα τεστ που μας δείχνει μεγαλύτερα ποσοστά παθολογίας στο οπτικό σύστημα. (Γιαννάκης Β., Δημουλά Φ., Πεππέ Π., Πεταλά Δ.,2000).

Ακουστικά προκλητά δυναμικά: Αυτά τα δυναμικά καταγράφονται από το σημείο Cz (σύστημα 10έως 20) με αναφορά την μαστοειδή απόφυση η οποία είναι ομόπλευρη προς το αντί που ερεθίζεται. Παράγονται κύματα με 5 θετικές αποκλίσεις τα πρώτα 10 sec που αποδίδεται στο εξής: το κύμα I αποδίδεται στο ακουστικό νεύρο, το κύμα II στην περιοχή του ακουστικού πυρήνα, το κύμα III στην περιοχή της άνω ελαίας και τέλος τα κύματα IV και V εμφανίζονται ως ένα σύμπλεγμα που αποδίδεται στα κάτω διδύμια. Η χρησιμότητα των ακουστικών προκλητών δυναμικών βρίσκεται στη στενή σχέση των επαρμάτων τους με τις παραπάνω ανατομικές περιοχές. Έτσι

εντοπίζουμε ευκολότερα τις διαταραχές αγωγιμότητας στο στέλεχος σε απόσταση ενός περίπου εκατοστού. Επομένως τα ακουστικά προκλητά δυναμικά είναι ευαίσθητη μέθοδος για να διερευνήσουμε την ακουστική οδό στο στέλεχος και τις πλησίον δομές. (Γιαννάκης Β., Δημουλά Φ., Πεππέ Π., Πεταλά Δ.,2000).

Σωματοαισθητικά δυναμικά: Στην περίπτωση αυτή έχουμε καταγραφή δυναμικών σε διάφορα σημεία κατά μήκος της αισθητικής οδού αφού εφαρμόσουμε ερεθισμό συχνότητας 2-5 Hz, ώστε διαδερμικά να ερεθίζονται το μέσο νεύρο ή το κνημιαίο νεύρο και σπάνια άλλο νεύρο. Η κλινική χρησιμότητά του ανάγεται στους ίδιους λόγους ανατομικής εξειδίκευσης και σταθερότητας σε επιρροές (μεταβολές ή φαρμακευτικές) οι οποίες αναφέρθηκαν στα ακουστικά προκλητά δυναμικά. Τα σωματοαισθητικά δυναμικά δίνουν πληροφορίες για την αγωγιμότητα στο νωτιαίο μυελό και το στέλεχος. Όπως όλα τα προκλητά δυναμικά έτσι και σε αυτά μετρώνται και αξιολογούνται οι των επαρμάτων, το πλάτος και οι διακυματικοί χρόνοι. (Γιαννάκης Β., Δημουλά Φ., Πεππέ Π., Πεταλά Δ.,2000).

Συμπερασματικά:

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

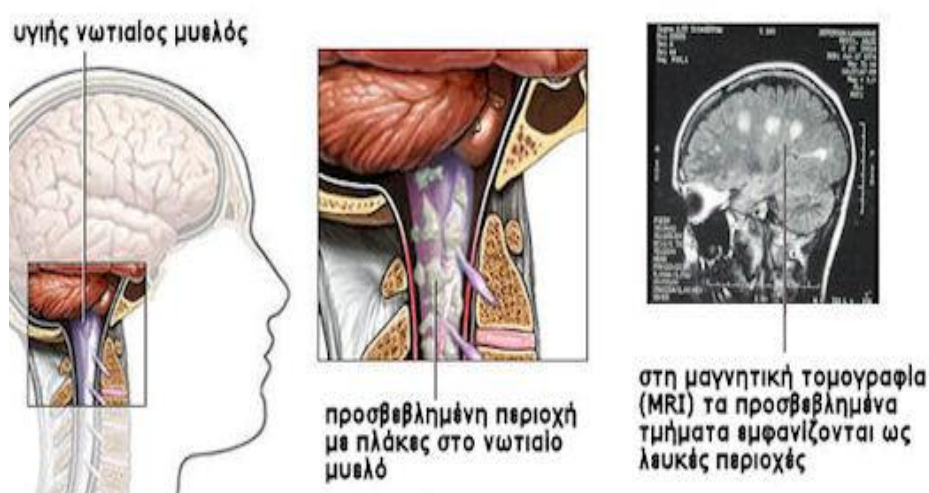
- Ø Να αποδεικνύουν παθολογική αγωγιμότητα στο αισθητηριακό σύστημα που εξετάζεται.
- Ø Να αναδεικνύουν μία κλινικά αφανή δυσλειτουργία ενός αισθητηριακού συστήματος όταν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα από μία άλλη περιοχή του κεντρικού νευρικού συστήματος.
- Ø Στο να βοηθούν στον καθορισμό της ανοσολογικής διεργασίας.
- Ø Στο να χρησιμεύουν στην αντικειμενική παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενούς

5.2.4 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (MRI)

Αποτελεί μία πολύ σημαντική και ευαίσθητη εξέταση τόσο για τη διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας, όσο και για τη μετέπειτα παρακολούθηση της δυναμικής των απομυελινωτικών πλακών κατά την πορεία της νόσου. Εμφανίζονται στη λευκή ουσία με έντονο σήμα στις T2 ακολουθίες. Χαρακτηριστική είναι η περικοιλιακή εντόπιση με εστίες ελλειψοειδούς σχήματος, όπου η μεγάλη διάμετρος είναι κάθετη στο πλάγιο τοίχωμα των κοιλιών. Εκτός από την περικοιλιακή εντοπίζονται επίσης στο μεσολόβιο, στη έσω κάψα και στην οπτική οδό. Οι πρόσφατες εστίες παρουσιάζουν εμπλουτισμό μετά την ενδοφλέβια χορήγηση σκιαγραφικού ξεχωρίζοντας από παλαιότερες. Ιδιαίτερη είναι η συμβολή της στη νωτιαία μορφή της νόσου και στην οπισθοβολβική νευρίτιδα. Συνήθως στη

μαγνητική τομογραφία ανευρίσκονται και βλάβες που δεν προκαλούν κλινική συμπτωματολογία. Επίσης υπάρχει η πιθανότητα σε ποσοστό περίπου 3% των ασθενών με ΣΚΠ, η μαγνητική τομογραφία να είναι φυσιολογική. Ακόμα υπάρχει ποσοστό περίπου 4%, φυσιολογικά άτομα να εμφανίσουν στη μαγνητική τομογραφία αλλοιώσεις που μοιάζουν με αυτές της σκλήρυνσης κατά πλάκας. (Καριώτη Μ., Μαντζουράκη Κ., Μαυρομάτη Ν.,2010).

Πρέπει να σημειώσουμε πως υπάρχουν διαφόρων ειδών ακολουθίες που πρέπει να αποτυπωθούν προκειμένου να γίνεται όσο το δυνατόν καλύτερη απεικόνιση των πλακών. Υπάρχουν οι ακολουθίες T2 που προαναφέρθηκαν και οι ακολουθίες με T1 προσανατολισμό που ανιχνεύουν <<μαύρες τρύπες>>, δηλαδή περιοχές με βλάβες των νευραξόνων σε συνδυασμό με τη φασματοσκόπηση μαγνητικού συντονισμού (MRS), η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση των επιπέδων Ν-ακετυλο-ασπαρτικού (NAA), που αποτελεί ευαίσθητο δείκτη της ακεραιότητας των νευραξόνων. (Καριώτη Μ., Μαντζουράκη Κ., Μαυρομάτη Ν.,2010).



Γενικότερα ασθενείς με μεγάλες βλάβες μπορεί να έχουν ασήμαντα κλινικά ευρήματα και ασθενείς με λίγες αλλά σε καίρια σημεία βλάβες μπορεί να έχουν δραματική κλινική εικόνα. Η συχνότητα της εμφάνισης των εστιών στην μαγνητική τομογραφία είναι τριπλάσια ως δεκαπλάσια της συχνότητας εμφάνισης κλινικών εκδηλώσεων. Η ΜΤ αποτελεί την ασφαλέστερη μέθοδο για τη διάγνωση της ΣΚΠ αν και τα ευρήματα της δεν είναι παθογνωμικά για τη νόσο. Απαιτείται συνεκτίμηση των κλινικών και των υπόλοιπων εργαστηριακών δεδομένων για τη διάγνωση της καθώς παρόμοια απεικόνιση στη ΜΤ με τη σκλήρυνση κατά πλάκας έχουν πλήθος νοσημάτων από τις οποίες πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί. (Καριώτη Μ., Μαντζουράκη Κ., Μαυρομάτη Ν.,2010).

Τα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας μπορεί να αποβούν χρήσιμα για τη λήψη αποφάσεων με στόχο την επίτευξη της βέλτιστης θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασθενών και την καλύτερευση της κλινικής τους πορείας.(Καριώτη Μ., Μαντζουράκη Κ., Μαυρομάτη Ν.,2010).

5.2.4.1 ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ MRI

Αντενδείξεις για την MRI είναι η παρουσία ενδοκράνιων κλπ, μεταλλικών ξένων σωμάτων στον οφθαλμό ή αλλού, βηματοδότης, κοχλιακά εμφυτεύματα και καταστάσεις που απαιτούν την στενή παρακολούθηση του ασθενούς. Επίσης, η MRI είναι δύσκολη σε ασθενείς με κλειστοφοβία, μεγάλη παχυσαρκία, μη ελεγχόμενες κινητικές διαταραχές που απαιτούν υποβοήθηση της αναπνοής ή εμπεριέχουν τον κίνδυνο άπνοιας. Οι πρόοδοι στην MRI με συμβατούς μηχανικούς αναπνευστήρες και υλικό στενής παρακολούθησης επιτρέπουν τώρα σε κάθε ασθενή που βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση να απεικονισθεί με ασφάλεια. (Κριτσιωτάκη Κ. &Κολιού Α.,2008).

5.2.5 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (CT)

Η πρώτη απεικονιστική μέθοδος που συνέβαλε στη διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας ήταν η αξονική τομογραφία. Η CT εγκεφάλου βοήθησε ιδιαίτερα σε περιπτώσεις διάσπαρτων υποπυκνωτικών περιοχών στη λευκή ουσία, αλλά μειονεκτεί σε περιπτώσεις εστιών μικρών μεγεθών. Δείχνει σε ορισμένες περιπτώσεις περιοχές μειωμένης πυκνότητας και πιστεύεται ότι είναι πλάκες απομυελίνωσης στη λευκή ουσία του εγκεφάλου. Σήμερα η αξονική τομογραφία ως μέθοδος διάγνωσης της ΣΚΠ έχει παραχωρήσει τη θέση της στη μαγνητική τομογραφία λόγω της μεγαλύτερης ευαισθησίας της δεύτερης η οποία είναι ικανή να αναδείξει διπλάσιο έως τετραπλάσιο αριθμό βλαβών συγκριτικά με την αξονική τομογραφία.(Φεζουλίδης Ι.,1996).

5.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όσον αφορά τη διαφορική διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας θα πρέπει να λεχθεί ότι στη αρχή τουλάχιστον θα πρέπει να διακριθεί από διάφορες άλλες

παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος και να προσδιορισθεί η θέση της προς τα εντοπισμένα σύνδρομα απομυελίνωσης, όπως την οπτική π.χ. νευρίτιδα. (Τσακανίκας Κ.,1996).

Η άνευ περισκέψεως και διερευνήσεως παραδοχή της διαγνώσεως της ΣΚΠ σε ασθενείς με νωτιαία μόνο συμπτώματα, προοδευτικά εξελισσόμενα ή διαλείποντα στελεχιαία, είναι σφάλμα ασύγχωρο. Γιατί η οικογενής σπαστική παραπληγία για παράδειγμα, η λευκοδυστροφία των ενηλίκων, οι αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες του στελέχους, ακόμη δε και οι κληρονομικές αταξίες και η συνδεδυασμένη σκλήρυνση του Ν.Μ. μπορεί κάλλιστα να παραπλανήσουν, όταν δεν γίνει η σωστή διαφορική διάγνωση. (Τσακανίκας Κ.,1996).

Ας μην ξεχνάμε ακόμη, ότι οι κλινικές, ανοσολογικές και απεικονιστικές ανωμαλίες, παρόμοιες της ΣΚΠ μπορεί να ανευρεθούν σε διάφορες φλεγμονώδεις παθήσεις του ΚΝΣ (οξεία διάσπαρτος εγκεφαλομυελίτις, χρόνιες μηνιγγίτιδες κ.λ.π.) τις αρτηρίτιδες και τις κολλαγονώσεις. Η εγκεφαλική ή μυελοπαθητική π.χ. μορφή του ερυθρηματώδη λύκου, εν απουσία των συστηματικών του εκδηλώσεων και με ασθενώς θετικές οροαντιδράσεις, μπορεί κάλλιστα να μιμηθεί ΣΚΠ. Το πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren επίσης μπορεί να μιμείται την ΣΚΠ, η δε σαρκοείδωση, εκτός της διάσπαρτου και υποτροπιάζουσας εκ του ΚΝΣ συμπτωματολογίας, μπορεί να έχει παρόμοια με την ΣΚΠ ευρήματα εκ του ΕΝΥ και MRI, και μάλιστα δίχως να έχει τις χαρακτηριστικές εκ του δέρματος και των πνευμόνων εκδηλώσεις της. Στις ανάλογες εξ άλλου περιπτώσεις ευνόητο είναι, ότι πρέπει να διερευνάται το ενδεχόμενο νόσου Bechet, πρωτογενών νευρολογικών εκδηλώσεων του συνδρόμου της επίκτητου ανοσολογικής ανεπάρκειας (Aids), νευροσίφυλης, αλλά και της νόσου Lyme, όπου ενδημεί. Γιατί με τη νόσο αυτή γίνεται μεγάλη κατάχρηση εξετάσεων στη χώρα μας, παρότι είναι σπάνια και έχει συγκεκριμένη και περιοριστική κλινική εικόνα. Τέλος, στα πλαίσια της διαφορικής διαγνώσεως, πρέπει να ελέγχονται οι διαταραχές της ινιοαυχενικής συνδεσμώνσεως, ιδίως δε το ενδεχόμενο παρουσίας νεοπλασίας στον εγκέφαλο ή των Ν.Μ., που μπορεί να προκαλεί εστιακή σημειολογία με διαλείπουσα ή προοδευτική πορεία. (Τσακανίκας Κ.,1996).

Το δέος του κοινού για την ανελέητη αυτή αρρώστια, που τροφοδοτείται ενίοτε ανεπίτρεπτα από πλημμυρείς πληροφορίες μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης, οδηγούν αρκετούς, με αισθητικού τύπου συμπτώματα, σε αναζήτηση νευρολογικής συμβουλής. Χωρίς δε να δεχόμαστε την τακτική της καταχρήσεως των παρακλινικών εξετάσεων, οφείλουμε να τονίσουμε, ότι οι άνθρωποι αυτοί πρέπει να εκτιμώνται με προσοχή, καθώς η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι ο μεγαλύτερος μίμος στη Νευρολογία. (Τσακανίκας Κ.,1996). Η έκταση του καταλόγου των νοσημάτων που διαφοροδιαγιγνώσκονται από τη ΣΚΠ λέγεται ότι είναι αντιστρόφως ανάλογος της ικανότητας και της εμπειρίας του νευρολόγου. Η αναφορά μας στα συνηθέστερα σημεία και συμπτώματα της νόσου είναι βέβαια χρήσιμη, ενίοτε όμως έχει περιορισμένη αξία, γιατί αυτά μπορεί να συνδυάζονται και με άλλες παθήσεις ή να μην ανευρίσκονται σε όντως πάσχοντες από ΣΚΠ. Οι εργαστηριακές εξάλλου εξετάσεις που εφαρμόζονται τα τελευταία χρόνια, διευκολύνουν όντως τη διάγνωση

της ΣΚΠ και αποκλείουν άλλες παθήσεις, πλην όμως δεν είναι παθογνωμικές και χρειάζονται προσεκτική αξιολόγηση. (Τσακανίκας Κ.,1996

Πίνακας: Διαφορική Διάγνωση της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας(Γουρζουλίδου Ε.,2008)

<u>ΑΓΓΕΙΙΤΙΔΕΣ</u>
Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος Σύνδρομο Sjogren Νόσος Αδαμαντιάδη-Bechet Οζώδης πολυαρτηρίτιδα
<u>ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ από</u>
Υπέρταση Σακχαρώδη διαβήτη Κολπική μαρμαρυγή Βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα Αντισυλληπτικά Σύνδρομο αντικαρδιολιπίνης
<u>ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ</u>
Αδρενολευκοδυστροφία Μεταχρωματική λευκοδυστροφία Υποξεία συνδυασμένη σκλήρυνση
<u>ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ</u>
Νόσος Lyme Οξεία διάσπαρτη εγκεφαλομυελίτιδα AIDS HTLV-1 μυελοπάθεια Προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια Νευροσύφιλ
<u>ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ ΤΗΣ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ</u>
Διάχυτη εγκεφαλική σκλήρυνση (v. Schilder) Συγκεντρική σκλήρυνση (v. Baló) Σύνδρομο Devic ή οπτική νευρομυελίτιδα
<u>ΆΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ</u>
Σαρκοείδωση Μυελοπάθεια εκ πίεσεως Όγκοι του ΚΝΣ Κληρονομική οπτική νευροπάθεια του Leber Νόσος Whipple Οικογενής σπαστική παραπληγία Παρανεοπλασματικά σύνδρομα Ψυχικές διαταραχές
Ανεπάρκεια βιταμίνης Β-12 Διατροφικής αιτιολογίας απομυελινωτικές διαταραχές

5.4 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η στιγμή της διάγνωσης είναι δύσκολη και φέρνει απογοήτευση. Οι αντιδράσεις που προκαλεί μοιάζουν να ακολουθούν ένα μοτίβο: οι περισσότεροι πάσχοντες αναφέρουν ότι ένιωσαν άρνηση, θυμό, άγχος, κατάθλιψη, φόβο και ανασφάλεια πριν καταφέρουν να αποδεχτούν τη διάγνωση. Η αντίδραση του καθενός δεν είναι ανάλογη τις περισσότερες φορές με τη βαρύτητα της κατάστασής του. Μπορεί κάποιος με ελαφριά μορφή της νόσου να καταρρακωθεί ψυχολογικά και κάποιος άλλος, με βαριά ανικανότητα να είναι πολύ καλά συναισθηματικά. (Τζάχρηστα Χ.,2002).

Το να μοιραστεί με κάποιον ειδικό όπως τον ιατρό του ή τον νοσηλευτή τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του όσον αφορά στην πάθησή του θα είναι μια θετική εμπειρία. Θα μπορούσε να τον βοηθήσει στο να αναπτύξει μια θετική προσέγγιση στο πρόβλημά του. (Τζάχρηστα Χ.,2002). Μπορεί η «ανακοίνωση» της πάθησης να είναι αποκλειστικά ευθύνη του ιατρού αλλά ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να δει ρεαλιστικά την κατάσταση του και να χτίσει τη ζωή του πάνω στα νέα δεδομένα που φέρνει καλώς ή κακώς η Σκλήρυνση κατά πλάκας.

Είναι μεγάλη βοήθεια το να μιλήσουμε για την κατάσταση σε κάποιον έξω από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον μας, σε ανθρώπους αποστασιοποιημένους από το πρόβλημά μας για να καταλάβουμε αυτές τις αλλαγές συναισθημάτων. Υπάρχουν οι φίλοι, ο οικογενειακός γιατρός, ο ψυχολόγος. Μπορούμε επίσης να τηλεφωνήσουμε στην Ελληνική Εταιρία για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας και να μιλήσουμε με κάποιον, ακόμη και ανώνυμα. (Τζάχρηστα Χ.,2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Θεραπεία

Τα ηθικά διλήματα στις μελέτες με
εικονικό φάρμακο

Η θεραπεία με βλαστικά κύτταρα

Συμπτωματική θεραπεία

Υδροθεραπεία

Διατροφή

Νέα θεραπεία για την ΣΚΠ

6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το γεγονός ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας έχει καταχωρηθεί στις “μη ιάσιμες” παθήσεις δεν πρέπει να μας κρατά μακριά από την ιατρική παρακολούθηση που θεωρείται απαραίτητη για την εξασφάλιση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς.(Κεκάτος Ε, 2001).

Αν για την ώρα τουλάχιστον δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο φάρμακο που να θεραπεύει αμέσως την πάθηση, οι συνεχιζόμενες έρευνες και μελέτες δημιουργούν βάσιμες ελπίδες για ένα “καλό” νέο. (Κεκάτος Ε, 2001).

Στο μεταξύ μια σειρά από ειδικά φάρμακα είναι στην διάθεση του πάσχοντα – μετά από συνταγή του εξειδικευμένου γιατρού – για να αντιμετωπίσουν τις επιμέρους συμπτωματικές αντιδράσεις της πάθησης.(Κεκάτος Ε, 2001).

Οι φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι αρκετές και αρκετά αποτελεσματικές ως προς την σταθεροποίηση της νόσο και τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Δυστυχώς όμως δεν υπάρχει μια πλήρης και ολική θεραπεία που να αντιμετωπίζει ριζικά την σκλήρυνση κατά πλάκας και αυτό συμβαίνει λόγω της πολυπλοκότητας της νόσου.(www.disabled.gr).

Σήμερα τα κυρίως φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την νόσο είναι τα εξής:

Κορτικοστεροειδή :Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η αδενοκορτικοτροπίνη(ΑСТΗ),πρεδνιζολόνη,δεξαμεθαζόνη , μεθυλπρεδνιζολόνη (MP).Από τις 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 στην υποτροπιάζουσα μορφή. Η αποτελεσματικότητα τους αποδίδεται στην αντιφλεγμονώδη δράση τους και στις ανοσοκατασταλτικές ιδιότητες τους.(Πιπερίδου Χ, 1996).

Ανοσοκατασταλτικά: Μερικές από αυτές είναι η αζαθειοπρίνη, η κυκλοσπορίνη, η κυκλοφωσφαμίδη και η μιτοξανδρόνη. Η δυσκολία στην εφαρμογή τους οφείλεται στην αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητά τους και στις τοξικές επιδράσεις αφενός και αφετέρου στην έλλειψη κανόνων βάσει των οποίων θα αποφασισθεί η χορήγησή τους.(Πασχαλίδου Μ, 1996).

Ιντερφερόνες: Παρόλο που αυτά τα φάρμακα δεν είναι θεραπευτικά, είναι τα πρώτα αποδεδειγμένα από πολλαπλές κλινικές μελέτες που τροποποιούν την νόσο, μειώνοντας τη δραστηριότητά της και καθυστερώντας την εξέλιξή της. Οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους είναι μεταξύ άλλων συμπτώματα παρόμοια με γριππώδη συνδρομή, δερματική αντίδραση στο σημείο της ένεσης, αυξημένη σπαστικότητα που συνήθως συνοδεύει την γριππώδη συνδρομή, ψυχικές διαταραχές, ευερεθιστικότητα, κατάθλιψη κ.ά.(Γουρζουλίδου Ε, 2008).

Το μονοκλωνικό αντίσωμα natalizumab: Το πρώτο μονοκλωνικό αντίσωμα, Tysabri (natalizumab), που εγκρίθηκε παγκοσμίως για την αντιμετώπιση της πολλαπλής σκλήρυνσης (σκλήρυνση κατά πλάκας) κυκλοφορεί και στην Κύπρο από τις αρχές του 2008, αλλάζοντας τα δεδομένα για τους εκατοντάδες ασθενείς στη χώρα μας. Το Tysabri είναι δυναμική θεραπεία που βασίζεται σε ένα νέο μηχανισμό δράσης ενάντια στη νόσο. Πρόκειται για ένα ανασυνδυασμένο μονοκλωνικό αντίσωμα, που εμποδίζει τη μετανάστευση των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος στους ιστούς και καταστέλλει την υπάρχουσα φλεγμονώδη δραστηριότητα. Παγκόσμιες έρευνες την τελευταία δεκαετία έχουν αποδείξει ότι το Tysabri είναι πολύ αποτελεσματικότερο σε σύγκριση με τις θεραπευτικές αγωγές για την πολλαπλή σκλήρυνση που κυκλοφορούν μέχρι σήμερα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης το νέο φάρμακο μειώνει έως και 54% την πιθανότητα επιδείνωσης της εμμένουσας αναπηρίας και κατά 68% την ετήσια συχνότητα των κλινικών υποτροπών. Επίσης, σε ασθενείς με ταχέως εξελισσόμενη σοβαρή υποτροπιάζουσα πολλαπλή σκλήρυνση μείωσε κατά 64% τον κίνδυνο επιδείνωσης της αναπηρίας, κατά 81% την ετήσια συχνότητα υποτροπών και κατά 75% την πιθανότητα νέας υποτροπής. (www.disabled.gr).

Η ψυχολογική συμβουλευτική φροντίδα μπορεί να λειτουργήσει ως προληπτική αγωγή για την αποφυγή κρίσεως μελαγχολίας ή απομόνωσης. Καταστάσεις όπως σπαστικότητα, κατάθλιψη, προβλήματα στο ουροποιητικό, πόνοι και άλλες δυσάρεστες εκδηλώσεις μπορούν να αντιμετωπισθούν ή να υποστηριχθούν σε ικανοποιητικό βαθμό με την σύγχρονη φαρμακευτική υποστήριξη. Η φυσιοθεραπευτική φροντίδα, που θα συντροφεύσει στην ευρεία της μορφή τον ασθενή, αλλά και το περιβάλλον του μέσα από ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών ασκήσεων, θα πρέπει να ενταχθεί στο καθημερινό πρόγραμμα.(Κεκάτος Ε, 2001).

Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι αντί να αναλωνόμαστε σε σκέψεις απογοήτευσης και λύπης πρέπει να εντοπίσουμε τα πράγματα που μπορούμε να κάνουμε και αυτά είναι σίγουρα πολλά.(Κεκάτος Ε, 2001).

Οι κυρίως στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι(Κεκάτος Ε, 2001):

1. Στην πρόληψη της ενδεχόμενης αναπηρίας με την εφαρμογή συμπτωματικής θεραπείας.
2. Στην αντιμετώπιση των οξέων καταστάσεων – κρίσεων και
3. Στην κατά το δυνατών επιβράδυνση της εξέλιξης της πάθησης.

6.1.1 ΤΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΜΕ ΕΙΚΟΝΙΚΟ

ΦΑΡΜΑΚΟ

Ο αυξανόμενος αριθμός των φαρμάκων στην σκλήρυνση κατά πλάκας και η σκέψη για πρώιμη αντιμετώπιση της νόσου, εγείρει πολλούς ηθικούς προβληματισμούς για τις κλινικές μελέτες με εικονικό φάρμακο. Μία διεθνής ομάδα από κλινικούς γιατρούς, σε θέματα δεοντολογίας και στατιστικής, καθώς και αντιπροσώπους των φαρμακευτικών εταιριών αναθεώρησαν πρόσφατα τις

προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούνται στις ΚΜΜΕΦ. (Κουτσουράκη Ε και Μπαλογιάννης Σ, 2010).

Η χρήση του εικονικού φαρμάκου υπήρξε ο “χρυσός κανόνας” για τη μελέτη της αποτελεσματικότητας και των παρενεργειών νέων φαρμάκων στην αντιμετώπιση της ΣΚΠ, εδώ και πολλά χρόνια, όπου ο ασθενείς λαμβάνει την ίδια ιατρική μέριμνα εκτός βέβαια από τη λήψη του δραστικού φαρμάκου. (Κουτσουράκη Ε και Μπαλογιάννης Σ, 2010).

Δεν φαίνεται να προκύπτουν ηθικά διλήμματα για μορφές της νόσου που δεν υπάρχει μέχρι τώρα εγκεκριμένη θεραπεία, όπως στην πρωτογενώς προϊούσα μορφή της νόσου. Αυτά σχετίζονται κυρίως με την μορφή των υφέσεων και εξάρσεων για την οποία υπάρχουν πολλά αποδεκτά θεραπευτικά σχήματα. Στις ΚΜΜΕΦ στην υποτροπιάζουσα μορφή, το να συγκρίνεις ένα δραστικό φάρμακο με το εικονικό επιτρέπει στη μελέτη να προχωρήσει γρήγορα, με μικρότερο αριθμό ασθενών και μικρότερο οικονομικό κόστος, αλλά αφήνοντας τους ασθενείς που λαμβάνουν το εικονικό φάρμακο αβοήθητους στις “επιθέσεις” του ανοσοποιητικού συστήματος. (Κουτσουράκη Ε και Μπαλογιάννης Σ, 2010).

Στην σκλήρυνση κατά πλάκας υπάρχουν μελέτες που σχεδιάζονται έτσι ώστε να μην χρειάζεται η ομάδα ελέγχου να δίνει μόνο εικονικό φάρμακο. Υπάρχουν οι λεγόμενες “add-on” κλινικές μελέτες όπου οι συμμετέχοντες λαμβάνουν μια συγκεκριμένη θεραπεία η οποία περιλαμβάνει είτε ένα νέο φαρμακευτικό σκεύασμα είτε ένα εικονικό φάρμακο. Σε κάθε κλινική μελέτη, είτε με τη χρήση εικονικού φαρμάκου είτε όχι, τα αποτελέσματα πρέπει να είναι αναλύσιμα ώστε στο τέλος να μπορούμε να πούμε αν το υπό μελέτη φάρμακο ήταν δραστικό γιατί αλλιώς θα ήταν ανήθικο να υποβάλλονται άνθρωποι σε πιθανό κίνδυνο χωρίς αυτό να συμβάλλει στο κοινό καλό. (Κουτσουράκη Ε και Μπαλογιάννης Σ, 2010).

6.1.2 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΒΛΑΣΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ

Η θεραπεία με τα βλαστικά (πρόδρομα) κύτταρα είναι μια πολλά υποσχόμενη μέθοδος που αποσκοπεί στην αντικατάσταση νευρικών και νευρολογικών κυττάρων και γενικότερα στην νευροπροστασία σε νοσήματα του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Η ΣΚΠ αποτελεί ένα από τα νοσήματα όπου κυριαρχεί η φλεγμονώδης καταστροφή του ελύτρου της μυελίνης. Η ύφεση της ανοσολογικής αντίδρασης που παρατηρήθηκε μετά τη μεταμόσχευση αυτόλογων αιμοποιητικών πρόδρομων κυττάρων χρησιμοποιήθηκε στην αντιμετώπιση ασθενών με σοβαρή αναπηρία που δεν ανταποκρίνονται σε όλες τις άλλες υπάρχουσες θεραπείες.(Κουτσοιράκη Ε και Μπαλογιάννης Σ, 2010).

Εργασίες σε πειραματικά μοντέλα όπως και ανέκδοτες αναφορές περιστατικών με κακοήγη μορφή της ΣΚΠ που βελτιώθηκαν με την μεταμόσχευση βλαστικών κυττάρων οδήγησαν στην ευρεία χρησιμοποίηση της μεθόδου και τη συγκέντρωση δεδομένων. Το 1998 έλαβε χώρα στο Μιλάνο μια συγκέντρωση επιστημόνων για τον καθορισμό κριτηρίων στην επιλογή των ασθενών υποψήφιων για μεταμόσχευση, τις

τεχνικές μεταμόσχευσης και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Η μέθοδος παραμένει σε πειραματικό στάδιο στην αντιμετώπιση της ΣΚΠ και χρειάζεται προσεκτική ανάλυση των ανωτέρω παραμέτρων, με κεντρικό σημείο την ασφάλεια του ασθενή.(Κουτσοιράκη Ε και Μπαλογιάννης Σ, 2010).

Οι ηθικοί προβληματισμοί στη μεταμόσχευση των βλαστικών κυττάρων είναι πολλοί εφόσον η συγκεκριμένη τεχνική περιλαμβάνει πολλά στάδια, που καθένα εγείρει διαφορετικούς προβληματισμούς. Ακόμη δυσκολότερο φαίνεται ο καθορισμός κριτηρίων για την επιλογή των σκληρυντικών ασθενών στους οποίους θα προταθεί η μέθοδος, με βασική προϋπόθεση την εξονυχιστική ενημέρωση των ασθενών. Πρέπει να τονιστεί ότι αν και χρησιμοποιείται σε κάποια κέντρα πολλά ζητήματα ηθικής και ασφάλειας πρέπει να διαλευκανθούν.(Κουτσοιράκη Ε και Μπαλογιάννης Σ, 2010).

6.1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η **αδυναμία** και η **αταξία** είναι χαρακτηριστικά φαινόμενα στην σκλήρυνση κατά πλάκας. Όταν η αδυναμία των μυών είναι πρόβλημα τότε η σπαστικότητα είναι χρήσιμη για να υποστηρίξει τα αδύναμα άκρα. Η φυσικοθεραπεία και η άσκηση βοηθούν να διατηρηθεί η λειτουργία των μελών και διάφορα βοηθητικά μέσα όπως μπαστούνια κ.τ.λ. δίνουν στον ασθενή ανεξαρτησία στην κίνηση. Μερικές φορές οι γιατροί ανακουφίζουν προσωρινά την αδυναμία και τους σπασμούς με ένα φάρμακο που λέγεται <<φαινόλη>> και γίνεται ενέσιμο στη σπονδυλική στήλη.(Ματσούκα, 2001).

Τα οπτικά συμπτώματα συνήθως βελτιώνονται χωρίς θεραπεία, καμία φορά με χρήση ενδοφλέβιων δόσεων (Solu-Medrol) μαζί με στεροειδή σε μορφή δισκίων. Η πρεδνιζόνη όταν χορηγείται ενδοφλέβια σε δόση κατά δέκα φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με αυτή που δίνεται σε μορφή δισκίου δίνει προσωρινή ανάρρωση.(Ματσούκα, 2001).

Η κούραση ιδιαίτερα στα πόδια είναι σύνηθες φαινόμενο και μπορεί να είναι φυσική ή και ψυχολογικής φύσεως. Πρέπει να αποφεύγεται η έντονη άσκηση και θερμοκρασία. Εάν παρατηρείται ψυχολογική κούραση όπως κατάθλιψη και απάθεια, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα βοηθούν πολύ. Φάρμακα που μειώνουν την κούραση σε μερικούς ασθενείς είναι η αμανταδίνη, η πεμολίνη και η αμινοपुरιδίνη. Ασθενείς η ασπιρίνη, η παρακεταμόλη και η φυσικοθεραπεία δυναμώνουν τους μυς και ελαττώνουν την ένταση του πόνου.(Ματσούκα, 2001).

Ο πόνος στο πρόσωπο γνωστός ως Νευρολογία Τριδύμου θεραπεύεται με καρβαμαζαπίνη ή άλλα φάρμακα και σπανιότερα χειρουργικά. Έντονα μουδιάσματα και καψίματα είναι δύσκολο να θεραπευτούν.(Ματσούκα, 2001).

Με την πρόοδο της ασθένειας μερικοί ασθενείς αποκτούν **δυσλειτουργία στην κύστη**. Το πρόβλημα αυτό οφείλεται συχνά σε μολύνσεις που αντιμετωπίζονται με αντιβιοτικά. Οι γιατροί συνιστούν στις περιπτώσεις αυτές να λαμβάνονται βιταμίνη C, ανθρακούχα υγρά, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες μελλοντικών μολύνσεων. Υπάρχουν πολλά φάρμακα για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Τα πιο

κοινά προβλήματα κύστης είναι η συχνουρία η ακράτεια και η συγκράτηση ούρων(επίσχεση ούρων). Σε λίγους ασθενείς λόγω της συγκράτησης ούρων είναι απαραίτητη η χρήση καθετήρα. Αυτός τοποθετείται από τον νοσηλευτή για να απομακρυνθούν τα ούρα από την κύστη. Μόνο σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις ενδείκνυται εγχείρηση. Η πλούσια διατροφή σε ίνες βοηθάει τα προβλήματα **δυσκοιλιότητας**.(Ματσούκα, 2001).

Σε κάθε περίπτωση όμως είναι χρήσιμες οι συμβουλές των ψυχολόγων, οι οποίοι θα κατευθύνουν και τη θεραπευτική αγωγή επειδή η κατάθλιψη μπορεί να επιβραδύνει τα συμπτώματα της κούρασης και του πόνου. Ο τρόμος θεραπεύεται με φάρμακα και στις πολύ επιδεινωμένες περιπτώσεις με χειρουργείο.(Ματσούκα, 2001).

6.1.4 ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι αρχές και οι ιδιότητες του νερού όπως η **άνωση**, η **υδροστατική πίεση**, η **αντίσταση** και η **θερμοκρασία**, είναι καθοριστικές για την θεραπεία και την εξέλιξη του ασθενούς.(www.aquaway.gr).

Η ευεργετική επίδραση του νερού σε συνδυασμό με τις διάφορες υδροθεραπευτικές μεθόδους, είναι γνωστή από τον πατέρα της Ιατρικής, Ιπποκράτη και βοηθάει σημαντικά στην αποκατάσταση και θεραπεία διαφόρων παθήσεων και ιδιαίτερα, σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας(www.aquaway.gr).

Ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, χρήζουν των θεραπευτικών οφελών που προσφέρουν οι ιδιότητες του νερού. **Στη συνέχεια αναφέρουμε επιγραμματικά, μερικά από τα θεραπευτικά οφέλη**, που μπορεί να προσφέρει η υδροθεραπεία στον ασθενή(www.aquaway.gr):

- Μυϊκή χαλάρωση.
- Μείωση της ευαισθησίας στον πόνο.
- Μείωση του μυϊκού σπασμού και της σπαστικότητας.
- Αύξηση της ευκολίας της κίνησης των αρθρώσεων και διατήρηση της τροχιάς των δύσκαμπτων αρθρώσεων.



- Μείωση των βαρυντικών δυνάμεων.
 - Βελτίωση της περιφερικής και λεμφικής λειτουργίας.
 - Επίσπευση του χρόνου αποκατάστασης και πρόληψη επιπλοκών.
 - Βελτίωση της κιναισθησίας του σώματος και σταθερότητας του κορμού.
- Βελτίωση της νευρομυϊκής συναρμογής διευκολύνοντας την λειτουργική αποκατάσταση και την ανεξαρτητοποίηση του ασθενούς.

Πέραν όλων των παραπάνω οφελών, που προκύπτουν από τις ιδιότητες του νερού, το νερό από μόνο του ως στοιχείο μπορεί να επιδράσει πολύ θετικά στη θεραπεία, **ανεβάζοντας τη ψυχολογία του ασθενούς**. Έτσι η θεραπεία μέσα στο νερό γίνεται **πολύ πιο ευχάριστα** και ο ασθενής μπορεί να λειτουργήσει πολύ πιο άνετα. Η άψογη συνεργασία, η ανατροφοδότηση και η ανάπτυξη της κοινωνικότητας, συμβάλλουν στην επίτευξη του ιδανικού αποτελέσματος. (www.aquaway.gr).



Εάν ένας ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας, σκεφτεί μόνο κάποια από τα θεραπευτικά οφέλη του νερού όπως η μυϊκή χαλάρωση, η θετική ψυχολογία, η μείωση του σπασμού και σπαστικότητας, θα θελήσει άμεσα να βάλει την υδροθεραπεία στη ζωή του, για να την κάνει όσο γίνεται καλύτερη. (www.aquaway.gr).

Αυτός είναι και ο βασικότερος στόχος ενός αξιολογού προγράμματος αποκατάστασης και ο λόγος για να ξεκινήσει κανείς κάποιο πρόγραμμα υδροθεραπείας. (www.aquaway.gr).

6.2 ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Μια ακατάλληλη διατροφή μπορεί να ενισχύσει την αυτοάνοση αντίδραση του σώματος, τον προσδιορισμό της επιτάχυνσης της διαδικασίας *demyelization* (καταστροφή της μυελίνης - πρωτεΐνης η οποία καλύπτει τα νευρικά κύτταρα του σώματος, επιτρέπουν την επικοινωνία μεταξύ του κεντρικού νευρικού συστήματος και τα περιφερικά νεύρα), η σωστή διατροφή μπορεί να μειώσει την ένταση και τη συχνότητα των συμπτωμάτων της Σκλήρυνσης κατά πλάκας με τη ρύθμιση μιας σειράς διαδικασιών στο επίπεδο του ανοσοποιητικού συστήματος. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι οι διατροφικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και στην εξέλιξη της σκλήρυνσης κατά πλάκας,

οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με την αυτοάνοση νόσο θα πρέπει να ζητήσουν τη συμβουλή του γιατρού ή διατροφολόγου τους, προκειμένου να καθιερώσει ένα κατάλληλο, ειδικό θεραπευτικό καθεστώς. (www.msnews.org).

Η καλή διατροφή είναι σημαντική για όλους και άρα και για τα άτομα με [ΣΚΠ](#).

Εδώ και χρόνια, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της επίπτωσης ΣΚΠ και των διατροφικών συνηθειών των πληθυσμών. Είναι γνωστό ότι η νόσος εκδηλώνεται συχνότερα σε πληθυσμούς που καταναλώνουν ζωικά προϊόντα. Τα ψάρια ωστόσο φαίνεται ότι έχουν προστατευτική δράση. (Γρηγοράκης Δ, 2003).

Βιοχημικές μελέτες υποδεικνύουν ότι όλες οι “αγγελιοφόροι ουσίες” που ευθύνονται για τις εσφαλμένες ανοσολογικές αντιδράσεις στη ΣΚΠ σχηματίζονται από το πολυακόρεστο λιπαρό αραχιδονικό οξύ. Η ουσία αυτή προωθεί τη [φλεγμονή](#) και εντοπίζεται κυρίως σε ζωϊκές τροφές, όπως το κρέας, ο κρόκος του αυγού, η κρέμα γάλακτος ή το βούτυρο. (Γρηγοράκης, 2003).

Οι φυτικές τροφές, ωστόσο, δεν περιέχουν την ουσία αυτή. Τα φυτικά έλαια, όπως το γ-λινολεϊκό οξύ και τα ιχθυέλαια αναστέλλουν το σχηματισμό φλεγμονωδών παραγόντων. (Γρηγοράκης, 2003).

Συνεπώς, ένας διατροφικός στόχος για τα άτομα με ΣΚΠ είναι ο περιορισμός της ποσότητας του αραχιδονικού οξέος στον οργανισμό (αυξάνοντας την κατανάλωση λαχανικών) και η ομαλοποίηση του πλεονάσματος φλεγμονωδών ουσιών, π.χ. καταναλώνοντας ιχθυέλαια. (Γρηγοράκης, 2003).

Μερικές προτάσεις για τις διατροφικές ρουτίνες παρατίθενται παρακάτω. Σημειώνεται ωστόσο ότι οι υποδείξεις αυτές είναι γενικές και κάθε άτομο έχει τις δικές του απαιτήσεις. Πρέπει να συμβουλευέστε πάντα το γιατρό σας για το τι είναι κατάλληλο για την υγεία σας. (www.ms-network.gr).

Διατροφικές συστάσεις (www.ms-network.gr):

- Οι θερμίδες που καταναλώνονται πρέπει να είναι επαρκείς αλλά όχι πλεονασματικές. Συνιστάται ο ασθενής να φθάνει και να διατηρεί ένα φυσιολογικό βάρος.
 - Η κατανάλωση [πρωτεϊνών](#) πρέπει να είναι περίπου 50-80g ημερησίως. Συνιστάται οι πρωτεΐνες αυτές να λαμβάνονται από φυτικά προϊόντα υψηλής διατροφικής αξίας, π.χ. τόφου ή από εύγεστους συνδυασμούς πρωτεϊνών, π.χ. πατάτες με τη φλούδα και ξινόγαλο, ρυζόγαλο και μούσλι.
 - Πρέπει να περιοριστεί σημαντικά η κατανάλωση έτοιμων προϊόντων, με ακόρεστα και ζωικά λίπη. Να προσέχετε ιδιαίτερα τα κρυμμένα λίπη, π.χ. στη σοκολάτα, τα γλυκά τρόφιμα και το παγωτό.
 - Να λαμβάνετε μέχρι δέκα κουταλάκια του γλυκού (20 - 50 g) ‘καλό’ λάδι, το οποίο περιέχει πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, π.χ. λάδι σόγιας, σιτέλαιο και λιναροσπορέλαιο. Αυτά παρέχουν επαρκή ποσότητα πολυακόρεστων, εν μέρει αναγκαίων, λιπαρών οξέων.
 - Η καθημερινή κατανάλωση συμπληρωμάτων με ιχθυέλαιο μπορεί να έχει θετική επιρροή στη ΣΚΠ, ωστόσο δεν υπάρχει καμία απόδειξη γι' αυτό. Εντούτοις, η υψηλή αξία των ψαριών από διατροφικής και σωματικής άποψης είναι αδιαμφισβήτητη,

κυρίως εφόσον τα φρέσκα ψάρια περιέχουν μεγάλο ποσοστό πολυακόρεστων λιπαρών οξέων και πρωτεϊνών υψηλής ποιότητας.

- Το ποσοστό των σακχάρων που καταναλώνεται σε υδατάνθρακες πρέπει να είναι χαμηλό. Επιλέξτε προϊόντα από ακατέργαστο σίτο, π.χ. αλεύρι και ψωμί ολικής αλέσεως, φυσικό ρύζι και βρώμη.
- Αυξήστε το περιεχόμενο των ινών στον οργανισμό σας τρώγοντας περισσότερα φρούτα, λαχανικά και σαλάτες.
- Περιορίστε ενδεχομένως το ποσοστό ζωικών τροφών σε δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα και τρώτε όσο το δυνατόν πιο άπαχο κρέας ή αντικαταστήστε το με ψάρι. Είναι καλύτερα να αποφεύγονται τα λουκάνικα, καθώς τα περισσότερα περιέχουν μεγάλες ποσότητες κρυμμένων λιπών και
- Βεβαιωθείτε ότι η τροφή σας είναι υψηλής ποιότητας και φυσική, όποτε αυτό είναι εφικτό. Οι επεξεργασμένες τροφές πρέπει να καταναλώνονται μόνο περιστασιακά.

Υπάρχουν όμως κάποια πράγματα τα οποία ο πάσχων **δεν** θα πρέπει να κάνει. Αυτά είναι τα εξής (www.disabled.gr Εφροσύνη Κουτσουράκη, Νευρολόγος):

- Έκθεση στον ήλιο. Βλαπτική είναι και η ηλιακή ακτινοβολία και η υψηλή θερμοκρασία γι' αυτό στη διάρκεια του καλοκαιριού πρέπει τις ώρες μεταξύ 12 με 5μμ οι ασθενείς να παραμένουν σε κλειστό και δροσερό χώρο
- Έκθεση σε πολύ χαμηλές θερμοκρασίες.
- Υπερβολική σωματική καταπόνηση ιδιαίτερα όταν είναι υψηλή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος.
- Ψυχική καταπόνηση.
- Ο θηλασμός.
- Επεμβάσεις με γενική ή ενδοραχιαία αναισθησία. Όταν η επέμβαση είναι αναγκαία είναι σκόπιμο να δίνεται ενδοφλέβια μεθυλπρεδνιζολόνη 1mg/kg σε bolus έγχυση πριν και μετά την αναισθησία.
- Ο πυρετός επιβαρύνει ιδιαίτερα τον οργανισμό γι' αυτό πρέπει να γίνεται λήψη αντιπυρετικού πριν η θερμοκρασία του σώματος γίνει 38 Κελσίου. Παράλληλα πρέπει να λαμβάνεται βιταμίνη C τουλάχιστον 2 γραμμάρια.
- Μη αναγκαία χρήση αντιβιοτικών.
- Εμβολιασμοί.

6.3 ΝΕΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η Ελλάδα βρίσκεται στο παγκόσμιο προσκήνιο αυτό το διάστημα όχι μόνο λόγω του μνημονίου, αλλά και εξαιτίας μιας σημαντικής ανακάλυψης των επιστημόνων του Πανεπιστημίου Κρήτης και του Ιδρύματος Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ), που επιτεύχθηκε με τη συνεργασία του Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών και του Ιατροβιολογικού Ινστιτούτου της Ακαδημίας Αθηνών. Πρόκειται για την προοπτική δημιουργίας ενός νέου φαρμάκου (από **μικρονευροτροφίνες**) που απευθύνεται σε ανθρώπους με νευροεκφυλιστικά νοσήματα, όπως σκλήρυνση κατά πλάκας, εκφύλιση ωχράς κηλίδας, καθώς και σε ασθενείς με νόσο του κινητικού νευρώνα (ALS), Πάρκινσον ή Αλτσχάιμερ(<http://www.gmss.gr/?p=496>).

Ο επικεφαλής της έρευνας, καθηγητής Φαρμακολογίας στο Πανεπιστήμιο Κρήτης και ερευνητής του ΙΤΕ, Αχιλλέας Γραβάνης, μίλησε στο Goldenmag.gr για την παγκόσμια ελληνική πατέντα, τις **μικρονευροτροφίνες**, και την ανάπτυξη νευροαναγεννητικών ουσιών(<http://www.gmss.gr/?p=496>).

Οι μικρονευροτροφίνες είναι μικρές νευροπροστατευτικές ουσίες που αναπτύχθηκαν σε συνεργασία με το Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών και οι οποίες μιμούνται τη δράση των νευροτροφινών. Οι νευροτροφίνες είναι οι ουσίες που παράγει ο οργανισμός μας και οι οποίες «τρέφουν» τα νευρικά κύτταρα, ενώ στην περίπτωση που κάποιος έχει ένα από τα πιο πάνω νευροεκφυλιστικά νοσήματα, η παραγωγή αυτών των ουσιών μειώνεται σημαντικά και γίνονται εμφανή τα συμπτώματα των νόσων (πχ. σκλήρυνση κατά πλάκας, αμυοατροφική σκλήρυνση, Πάρκινσον). Όμως, οι νευροτροφίνες δεν μπορούν να χορηγηθούν ούτε από το στόμα (γιατί καταστρέφονται στο στομάχι), ούτε με ένεση (γιατί δεν μπορούν να φτάσουν μέσω της κυκλοφορίας στον εγκέφαλο επειδή είναι πρωτεΐνες και δεν διέρχονται του αιματοεγκεφαλικού φραγμού).

Εδώ, λοιπόν, έρχονται οι **μικρονευροτροφίνες**, που μιμούνται τη δράση των νευροτροφινών και οι οποίες απορροφώνται πολύ καλά από το στομάχι και άρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως φάρμακα(<http://www.gmss.gr/?p=496>).

Για τις μικρονευροτροφίνες έχουν ήδη κατατεθεί διεθνή διπλώματα ευρεσιτεχνίας (πατέντες), ενώ η πνευματική ιδιοκτησία της ανακάλυψης ανήκει στην εταιρεία-τεχνοβλαστό Bionature ΕΑ. Σήμερα, έχουν ήδη πραγματοποιηθεί πειράματα στο Εργαστήριο Κυτταρικής Ανοσολογίας του Ιατροβιολογικού Ινστιτούτου της Ακαδημίας Αθηνών, με ποντικούς στους οποίους αναπτύχθηκε μια απομίμηση της σκλήρυνσης κατά πλάκας, και διαπιστώθηκε ότι με τη χρήση των μικρονευροτροφινών – ακόμα κι όταν οι ποντικοί εμφάνιζαν ήδη παράλυση σε προχωρημένα στάδια της νόσου – πραγματοποιήθηκε αναστροφή της παράλυσης! Αξιοσημείωτο είναι πως μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν διεθνώς άλλες ουσίες που να έχουν αυτή τη δράση (<http://www.gmss.gr/?p=496>).

Τα βήματα που οδηγούν στην κυκλοφορία των μικρονευροτροφινών με τη μορφή φαρμάκου»(<http://www.gmss.gr/?p=496>):

1. Δημοσίευση της εργασίας των δοκιμών στα πειραματόζωα σε κάποιο σημαντικό ιατρικό περιοδικό, ώστε να γίνει αποδεκτή από τη διεθνή βιοϊατρική επιστημονική κοινότητα.

2. Κλινική δοκιμή της ουσίας το 2012 στην Αμερική, ώστε να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα και η τοξικότητά της στον άνθρωπο.

3. Αν τα αποτελέσματα των δοκιμών σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι θετικά, η φαρμακευτική εταιρεία που θα έχει αναλάβει τους κλινικούς ελέγχους θα ζητήσει την άδεια κυκλοφορίας του φαρμάκου από τον αμερικανικό (FDA) και τον ευρωπαϊκό (EMEA) φορέα ελέγχου φαρμάκων.

4. Όλη αυτή η διαδικασία αναμένεται να απαιτήσει 3-5 χρόνια.

Ο κ. Αχιλλέας Γραβάνης είναι και μέλος του Συμβουλίου της Ανεξάρτητης Αρχής Διασφάλισης Ποιότητας της Ανώτατης Εκπαίδευσης (www.adip.gr), ενώ στις 20 Μαΐου μίλησε στο ΚΥΒΕ Περιστερίου, σε εκδήλωση του Συλλόγου Ασθενών από Αμνοτροφική Πλευρική Σκλήρυνση (A.L.S. – www.alshellas.org), με θέμα: «Καταπολέμηση νευροεκφυλιστικών νόσων στο εργαστήριο»(<http://www.gmss.gr/?p=496>).

6.3.1 ΧΑΠΗ ΑΝΤΙ ΓΙΑ ΕΝΕΣΗ



Στο στρες από την οικονομική κρίση αποδίδουν οι ειδικοί επιστήμονες την αύξηση των κρουσμάτων της σκλήρυνσης κατά πλάκας, τόσο διεθνώς όσο και ειδικότερα στην Ελλάδα.

Το ζήτημα απασχόλησε το παγκόσμιο συνέδριο ECTRIMS/ACTRIMS 2011 για τη νόσο που έγινε στο Αμστερνταμ, μαζί με τις νέες εφαρμογές που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και τολμηρές πειραματικές προσεγγίσεις με σκοπό τη

θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας(<http://ygeia.tanea.gr/default.asp?id=8&ct=4&articleID=13486&la=1>).

Η αύξηση των κρουσμάτων της σκλήρυνσης κατά πλάκας στην Ελλάδα δεν χρειάστηκε ειδική ανάλυση μεταξύ των επιστημόνων. Όπως συμφώνησαν, το στρες που έχει προκαλέσει η οικονομική και κοινωνική κρίση πυροδοτεί τη νόσο σε άτομα που ίσως δεν θα την εκδήλωναν ποτέ.

«Δεν είναι δηλαδή το στρες που προκαλεί τη νόσο, αλλά αποτελεί μια σημαντική παράμετρο που μπορεί να πυροδοτήσει μια αυτοάνοση αντίδραση όπως είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας», εξηγεί ο αναπληρωτής καθηγητής Νευρολογίας στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Νίκος Γρηγοριάδης(<http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=4&articleID=13486&la=1>).

Επιπλέον, το στρες δρα αρνητικά και επιδεινώνει τα συμπτώματα όσων πάσχουν από σκλήρυνση, με αποτέλεσμα ενώ βρίσκονται σε ένα ικανοποιητικό στάδιο, να κάνουν υποτροπές.

«Το άγχος λόγω οικονομικής κατάστασης επιδεινώνει τη νοσηρότητα, όπως επίσης και τις υποτροπές στη σκλήρυνση κατά πλάκας. Αρα είναι πάρα πολύ πιθανό να διαδραματίζει ρόλο κυρίως στην έξαρση της νόσου, δεδομένου ότι η πτώση της άμυνας του οργανισμού γίνεται από διάφορα στρεσογόνα αίτια», επισημαίνει ο καθηγητής Νευρολογίας στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Αλέξανδρος Παπαδημητρίου. Στο παγκόσμιο συνέδριο που γίνεται ανά τρία χρόνια με τη συνεργασία της Αμερικανικής και Ευρωπαϊκής Εταιρείας Σκλήρυνσης κατά Πλάκας υπήρχαν αρκετά ελπιδοφόρα μηνύματα για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου και μελλοντικές θεραπείες(<http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=4&articleID=13486&la=1>).

Πολυεθνικές μελέτες που έγιναν σε 20.000 ασθενείς έδειξαν ότι όσοι πήραν την καινούργια θεραπεία που είναι χάπι αντί για ένεση, είχαν 71% λιγότερες υποτροπές μέσα σε έναν χρόνο. Επιπλέον, σύμφωνα με 13 επιστημονικές μελέτες που συνοψίστηκαν και παρουσιάστηκαν στο συνέδριο, το χάπι που κυκλοφόρησε πριν από έναν μήνα και στην Ελλάδα, εκτός από τη μείωση των υποτροπών, αναστέλλει και την πρόοδο της ατροφίας του εγκεφάλου.

«Αυτός είναι και ο λόγος που η φινγκολιμόδη αναμένεται να δοκιμαστεί και σε ασθενείς με άνοια», εξηγεί στα «ΝΕΑ» ο Μάρτιν Ντάντι, καθηγητής Νευρολογίας στο Νοσοκομείο Ρόγιαλ Βικτόρια στο Νιούκασλ. Σύμφωνα με όσα παρουσιάστηκαν, το χάπι δεν δεσμεύει τον ασθενή με επίσκεψη στο νοσοκομείο τρεις φορές την εβδομάδα και έχει εξαιρετική αποτελεσματικότητα.<http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=4&articleID=13486&la=1>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Μορφές εναλλακτικής ιατρικής

Φυσικοθεραπευτική αγωγή

Αρχές φυσικοθεραπείας

Εναλλακτική ιατρική

7.1 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Ο σχεδιασμός της φυσικοθεραπείας 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 με τον τρόπο αυτό τον ασθενή στην αντιμετώπιση των δύσκολων περιόδων των.(Μπαλάσκας Α,2009).

Σε γενικές γραμμές θα λέγαμε ότι η φυσικοθεραπεία(Μπαλάσκας Α, 2009):

- Καθορίζεται σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό και με τον ασθενή με ρύθμιση των προτεραιοτήτων που υπάρχουν.
- Δυναμώνει και τονώνει το σώμα το οποίο έχει την τάση να ατροφεί και να αδρανεί.
- Συμβάλει στην πρόληψη των επιπλοκών κατά το μέτρο του δυνατού.
- Εκπαιδεύει τον ασθενή σε διάφορες τεχνικές λειτουργίας και αυτοεξυπηρέτησης μεγεθύνοντας το βαθμό ανεξαρτησίας του, σε συνδυασμό πάντα με το πρόγραμμα εργασιοθεραπευτικής υποστήριξης.
- Επιβεβαιώνει την “θετική προσέγγιση” συνδυάζοντας τις δυνατότητες με τη συγκεκριμένη εκπλήρωση των στόχων.
- Βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει την λειτουργία του σώματος δίχως να τον πιέζει και να τον κουράζει.
- Φροντίζει να μην εξαντλείται ο ασθενής στην προσπάθεια και να συνειδητοποιεί τα λογικά όρια στα οποία μπορεί να κινείται.
- Μαθαίνει στον ασθενή να συνεργάζεται με ενδιαφέρον αλλάζοντας συχνά το είδος και το ρυθμό των θεραπευτικών ασκήσεων για να διατηρεί έντονο το ενδιαφέρον και την προσπάθεια.
- Εκπαιδεύει τους ανθρώπους του άμεσου περιβάλλοντος του ασθενούς που επιθυμούν να βοηθήσουν στο πρόγραμμα κινησιοθεραπείας.
- Λειτουργεί σαν γέφυρα επικοινωνίας τόσο με την οικογένεια του ασθενούς όσο και με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας αποκατάστασης.

7.1.1 ΑΡΧΕΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο χειρισμός της Σκλήρυνσης κατά πλάκας από φυσικοθεραπευτές θα πρέπει να εξετάζεται και να σχεδιάζεται σε μακροχρόνια βάση. Οι πρώτες αναφορές είναι απαραίτητες για το σχεδιασμό ενός μακροχρόνιου προγράμματος χειρισμού και για την υποκίνηση προληπτικής θεραπευτικής αγωγής. Τα βραχύχρονα προγράμματα θεραπείας είναι ανεπαρκή για τη φροντίδα αυτών των ασθενών και συχνά οδηγούν σε κάθε άλλο παρά ένα αποφασιστικό σχέδιο διατήρησης ή βελτίωσης των κινήσεων.(Μπαλάσκας Α, 2009).

Στον καθορισμό των στόχων βάση των οποίων θα αναπτυχθεί το θεραπευτικό πρόγραμμα, δυο είναι οι βασικές κατευθυντήριες γραμμές(Μπαλάσκας Α,2009):

- Ελαχιστοποίηση τις ανικανότητας από της παραμορφωτικές θέσεις και την αχρηστία
- Μεγιστοποίηση των λειτουργικών ικανοτήτων σε κάθε στάδιο της ασθένειας.

Οι στόχοι της φυσικοθεραπείας έχουν διατυπωθεί ως εξής:

- Να επαναδιδάξει και να διατηρήσει κάθε υπαρκτό εκούσιο έλεγχο των κινήσεων.
- Να επαναδιδάξει και να διατηρήσει τους φυσιολογικούς μηχανισμούς ελέγχου της στάσης του κορμού.
- Να διατηρήσει το πλήρες εύρος κίνησης όλων των αρθρώσεων και των μαλακών ιστών και να διδάξει στον ασθενή και στους συγγενείς του, κατάλληλες τεχνικές διάτασης για να αποτραπούν οι δυσκαμψίες.
- Να συνενώσει όλες τις θεραπευτικές τεχνικές μέσα στον τρόπο ζωής του ασθενή, συσχετίζοντάς τις με κατάλληλες καθημερινές δραστηριότητες.
- Να προσφέρει συμβουλές για λογική χρήση της ενέργειας.
- Να αποτρέψει τη χρησιμοποίηση μη φυσιολογικών προτύπων κίνησης τα οποία είναι μη αποδοτικά και κοπιαστικά, ενώ ταυτόχρονα παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα.
- Να αναχαιτίσει κάθε μορφή μη φυσιολογικού τόνου.
- Να διεγείρει όλες τις αισθητικές και αντιληπτικές εμπειρίες και ταυτόχρονα να διατηρήσει την εμπειρία της φυσιολογικής κίνησης, καθ' όλη την πορεία της νόσου, όχι μόνο για να εκμεταλλευτεί το δυναμικό του ασθενούς, αλλά και να του δώσει τη δυνατότητα να αισθανθεί πιο ασφαλή, όταν η βοήθεια των συγγενών ή βοηθών απαιτείται στα τελευταία στάδια. (Μπαλάσκας Α, 2009)

7.2 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Η συχνή απογοήτευση από τα αποτελέσματα της κλασικής ιατρικής και η διαρκής προσπάθεια για την ύπαρξη κάποιων θεραπευτικών αποτελεσμάτων οδηγεί και στην αναζήτηση άλλων μεθόδων θεραπείας που εντάσσονται στην ξεχωριστή κατηγορία που είναι γνωστή ως “εναλλακτική ιατρική”.(Κεκάτος Ε, 2001)

Θα αναφέρουμε τις πιο γνωστές ειδικότητες, που εφαρμόζονται και συχνά η συμβολή τους τουλάχιστον μέχρι ένα ορισμένο σημείο όχι μόνο είναι θεμιτή αλλά και συντελούν στο θεραπευτικό αποτέλεσμα σαν συμπληρωματικό μέσο.(Κεκάτος Ε, 2001).

Ομοιοπαθητική. Η ομοιοπαθητική μπορεί να βοηθήσει ορισμένους ασθενείς με Σκλήρυνση κατά πλάκας. Ο βαθμός και ο χρόνος στον οποίο θα ωφεληθεί ένας ασθενής διαφέρει, και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η όποια πρόγνωση από ομοιοπαθητικής πλευράς για ένα συγκεκριμένο ασθενή (καλή ή μη-καλή πορεία) μπορεί να γίνει μόνο μετά τη λήψη του πλήρους ιατρικού και ομοιοπαθητικού ιστορικού του. Γενικά μιλώντας, θεωρούμε θετικούς προγνωστικούς παράγοντες τους παρακάτω(www.homeopathy.gr):

- ☒ μικρό χρονικό διάστημα από τη στιγμή της διάγνωσης της σκλήρυνσης κατά πλάκας
- ☒ αν ο ασθενής εμφανίζει υψηλό πυρετό στα οξεία επεισόδιά του (δηλαδή σε λοιμώξεις/ιώσεις παρουσιάζει θερμοκρασία σώματος μεγαλύτερη των 38 βαθμών Κελσίου)
- ☒ νεαρή ηλικία του ατόμου
- ☒ μη λήψη χημικών φαρμάκων για τη συγκεκριμένη νόσο
- ☒ όχι κατάχρηση χημικών φαρμάκων γενικότερα (ιδίως αντιβιώσεων, κορτιζόνης, ορμονών).

Τα αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής στα νευρολογικά συμπτώματα θα είναι πτωχά στις παρακάτω περιπτώσεις: αν υπάρχουν σοβαρές εγκατεστημένες παθολογοανατομικές βλάβες, εάν υπάρχει βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό (γονείς ή συγγενείς πάσχουν από άλλες νευρολογικής φύσεως ασθένειες, αν απεβίωσαν σε νεαρή ηλικία λόγω άλλης σοβαρής παθολογίας), αν το διάστημα από τη διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι μεγάλο καθώς και ο ασθενής έχει λάβει χημικά φάρμακα (πχ κορτιζόνη, αντιβίωση) για πολλά χρόνια. Παρόλο αυτά, ακόμα και σε αυτές τις περιπτώσεις, η ομοιοπαθητική μπορεί να ωφελήσει αρκετά τον ασθενή σε ψυχολογικό και διανοητικό τομέα. (www.homeopathy.gr).

Ο ομοιοπαθητικός είναι πρωτίστως γιατρός, δεν υπάρχει δογματική αντιμετώπιση των ασθενών, και πάνω από όλα προέχει η υγεία του ασθενούς και όχι η οποιαδήποτε θεραπευτική προσέγγιση. (www.homeopathy.gr).

Η ομοιοπαθητική ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα, το μεταβολισμό, και γενικότερα όλες τις λειτουργίες του οργανισμού. Άτομα στα οποία μόλις έχει

εμφανιστεί η νόσος, έχουν πολλές πιθανότητες να ωφεληθούν σε σημαντικό βαθμό με την ομοιοπαθητική.(www.homeopathy.gr).

Βελονισμός. Είναι πολύ διαδεδομένος διεθνώς και θεωρείται φιλοσοφική ιατρική προσέγγιση κινέζικου τύπου. Βασίζεται στη θεωρία ότι όλο το σώμα του ανθρώπου διασχίζεται από διόδους (μεσημβρινούς) όπου περνά αδιάκοπη ενέργεια που ελαττώνεται όμως η ροή της μόνο κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Σαν ασθένεια θεωρείται η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ των οργάνων γιάνκ και γιν. Ασθένεια λοιπόν θεωρούμε την συσσώρευση (περίσσειμα ενέργειας) η οποία πρέπει να αποβληθεί. Αυτό γίνεται με ατσάλινες βελόνες λεπτές σαν τρίχα που βυθίζονται σε συγκεκριμένα – μελετημένα σημεία και διατηρούνται εκεί για 20 λεπτά ή αντιθέτως αν υπάρχει ανάγκη ενέργειας οπότε εκτελείται βελονισμός μικρότερης διάρκειας (5 λεπτών).(Κεκάτος Ε, 2001).

Χειροπρακτική. Ένας αμερικανός διεκδικεί την πατρότητα της μεθόδου, που βασίζεται στην θεωρία και ερμηνεία της πάθησης με τις μικρές μετακινήσεις των σπονδύλων. Σαν θεραπευτική μέθοδος καταφεύγει στην αρχή των μοχλών. Εφαρμόζονται διάφοροι εξειδικευμένοι χειρισμοί ακριβείας σε διάφορα σημεία της σπονδυλικής στήλης ανάλογα με την πάθηση, τόσο ως προς την κατεύθυνση της πάθησης όσο και ως προς την ταχύτητα- χρόνο εκτέλεσης. Εφόσον δεν γίνονται υπερβολές και ο ασθενείς είναι δέκτης της θεραπείας θα μπορούσε να ωφεληθεί σε επίπεδο σπονδυλικού πόνου.(Κεκάτος Ε, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Οικογενειακό περιβάλλον και σκλήρυνση κατά πλάκας

Η οικογένεια και η πάθηση

Συμβιώνοντας με την πάθηση

Κατάθλιψη και σκλήρυνση κατά
πλάκας

8.1 Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΑΘΗΣΗ

Ένα άλλο μεγάλο ζήτημα που πρέπει να εξεταστεί και να συζητηθεί είναι η κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, όπως τα παιδιά, ο σύζυγος, οι γονείς και τα αδέλφια κ.ά. Ορισμένοι ερευνητές αναφερόμενοι στην σκλήρυνση κατά πλάκας πολλές φορές την αποκαλούν “οικογενειακή διαταραχή” και διερευνούν τις τυχόν επιπτώσεις στα άλλα μέλη της οικογένειας. (Αναγνωστόπουλος Φ, Καραδήμας Ε, 2008).

Σίγουρα πολλά πράγματα αλλάζουν από τη στιγμή που θα διαγνωστεί κάποιος σαν σκληρυντικός ασθενής και σίγουρα πολλά πράγματα θα αλλάξουν ακόμη πιο πολύ με την πάροδο του χρόνου(Κεκάτος Ε,2009).

Εξάλλου, είναι προφανές το βάρος που προσθέτει στην οικογένεια ως σύνολο και στην καθημερινότητά της η εμφάνιση της νόσου σε κάποιο μέλος της. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο πάσχων είναι ο ένας από το ζευγάρι, ο υγιής σύντροφος αναλαμβάνει συνήθως όλα τα βάρη και τις υποχρεώσεις του άλλου, όπως τις οικονομικές υποχρεώσεις, την καθημερινή φροντίδα του σπιτιού και των παιδιών κ.ά. Όταν δε ο πάσχων αντιμετωπίζει κινητικά προβλήματα, ένα μέλος στερείται τον προσωπικό του χρόνο και κατά διαστήματα γίνεται συνοδός του. (Αναγνωστόπουλος Φ, Καραδήμας Ε, 2008).

Εδικά για την ελληνική οικογένεια συνήθως τέτοιου είδους προβλήματα τη στιγματίζουν, γι' αυτό και πολλές φορές τα μέλη της, για να αποφύγουν δηλαδή αυτό στίγμα, κρύβουν το πρόβλημα από το περιβάλλον, ακόμα και από άλλους συγγενείς. Αυτό όμως από τη φύση του δημιουργεί επιπλέον πιέσεις τόσο στον πάσχοντα όσο και στους ίδιους. Ένα άλλο πρόσθετο πρόβλημα είναι αυτό της γραφειοκρατίας, είτε έχει να κάνει με την εισαγωγή στο νοσοκομείο είτε με επιτροπές και επιδόματα. Όταν μάλιστα το πάσχον άτομο αντιμετωπίζει κινητικές δυσκολίες, είναι γνωστό το πόσο δύσκολο είναι η μετακίνηση με αμαξίδιο στα πεζοδρόμια (όποτε υπάρχουν) και γενικά στους δρόμους των ελληνικών πόλεων, με αποτέλεσμα οι ασθενείς με κινητικά προβλήματα να υποχρεώνονται σε “κατ’ οίκον” περιορισμό. (Αναγνωστόπουλος Φ-Καραδήμας Ε, 2008). Με δεδομένο την μακρόχρονη πορεία της νόσου και την κατά κάποιο τρόπο διευκρίνιση της μορφής της πάθησης μπορεί ο καθένας βάζοντας ρεαλιστικούς στόχους να προγραμματίσει σε μεγάλο βαθμό τη ζωή του. Όπως ήδη γνωρίζουμε, η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι πλέον μια κατάσταση η οποία θα επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο ζωής. Συνεπώς λαμβάνοντας υπ’ όψιν όλες τις κατά το δυνατό αρνητικές παραμέτρους μπορούμε να προγραμματίσουμε τους ρυθμούς που θα ακολουθήσει η οικογένεια σε μεγάλο βαθμό(Κεκάτος Ε,2009). Η τυχόν εγκυμοσύνη όχι μόνο δεν αντενδείκνυται αλλά συχνά επηρεάζει θετικά την όλη κατάσταση, εξάλλου είναι επιβεβαιωμένο ότι η νόσος δεν κληρονομείται ούτε επιβαρύνεται η συμπτωματολογία κατά την διάρκεια της κύησης ούτε και επηρεάζεται η δυνατότητα εγκυμοσύνης. Μπορεί κανείς να δει όλα τα θετικά από ένα παιδικό χαμόγελο που θα προστεθεί στην οικογένεια. Επιπλέον γνωρίζοντας ότι ούτε

στον άντρα ασθενή επηρεάζεται η αναπαραγωγική ικανότητα θα πρέπει να δούμε με θετικό πνεύμα το μεγάλωμα της οικογένειας με όλη τη θετική ενέργεια που περικλείει(Κεκάτος Ε,2009). Μέχρι ενός σημείου, λοιπόν, ο όρος “οικογενειακή διαταραχή” είναι ακριβής, διότι μετά τη διάγνωση “συν-υποφέρει” “συν-πάσχει” όλη η οικογένεια, σε βαθμό ώστε η καθημερινότητα και γενικά η ζωή όλων των μελών της οικογένειας να επηρεάζεται σημαντικά.(Αναγνωστόπουλος Φ- Καραδήμας Ε, 2008). Όσον αφορά την οικογένεια ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώσει την οικογένεια και να λύσει κάθε της απορία και ανησυχία όπως έκανε και με τον ασθενή. Έτσι η οικογένεια θα δει πιο ρεαλιστικά την πάθηση του μέλους της και θα προσαρμόσει τη ζωή και την καθημερινότητα στα νέα δεδομένα που έφερε η νόσος.

8.1.1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ο οικονομικός παράγοντας είναι καθοριστικός τόσο για τη ψυχική ισορροπία του ασθενή όσο και για τις πρακτικές ανάγκες και υποχρεώσεις που δημιουργούνται. Γνωρίζοντας ότι η οικονομική καταστροφή δεν αποτελεί προνόμιο καμίας πάθησης αλλά συχνά συνοδεύει απερίσκεπτες και επιπόλαιες σκέψεις απολύτως υγιών ανθρώπων θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ψύχραιμα και ρεαλιστικά.(Κεκάτος Ε,2009).

Ο υπολογισμός των εξόδων και των εν γένει οικονομικών υποχρεώσεων θα πρέπει να γίνεται πάντα με γνώμονα τις πραγματικές οικονομικές δυνατότητες του ασθενή και κάτω από ένα πνεύμα λιτής ανάπτυξης που θα ομορφαίνει και δεν θα επιβαρύνει άσκοπα τη ζωή του. Ο διαχωρισμός των προτεραιοτήτων, όσον αφορά τα οικονομικά θα πρέπει να γίνεται με σύνεση και με συνεργασία του συντρόφου ή ενδεχομένως και των άλλων μελών της οικογένειας.(Κεκάτος Ε,2009).

Οι υπερβολικές σπατάλες όπως π.χ. η αγορά ενός ακριβού αυτοκινήτου ή η μετακόμιση σε μια ακριβή περιοχή ή η αγορά επώνυμων ρούχων και άλλες παρόμοιες καταστάσεις, είναι βέβαιο, ότι ακόμη και αν σε πρώτο σχέδιο μπορεί να επιτευχθούν, μακροπρόθεσμα, θα δημιουργήσουν άγχος από την υποχρέωση διατήρησης ενός ακριβού επιπέδου ζωής. Το άγχος αυτό θα επιβαρύνει επιπλέον την υγεία του ασθενή τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο(Κεκάτος Ε,2009). Σε αυτήν την περίπτωση αν και ο ρόλος του νοσηλευτή δεν είναι να δίνει οικονομικές συμβουλές διότι δεν έχει οικονομικές γνώσεις, παρόλα αυτά μπορεί να φέρει τον ασθενή σε επικοινωνία με τον κοινωνικό λειτουργό για να λυθούν κάποια κοινωνικοοικονομικά προβλήματα.

8.2 ΣΥΜΒΙΩΝΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ

Με δεδομένο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας έχει μία προοδευτική, αλλά μάλλον αβέβαιη μορφή, δικαιολογεί απόλυτα την αβεβαιότητα που περιβάλλει τον πάσχοντα. Είναι δύσκολο, αλλά σίγουρα εφικτό, να κατανοηθεί πλήρως ότι η έννοια της αβεβαιότητας δεν σημαίνει απόλυτα ότι το μέλλον θα είναι απελπιστικά δύσκολο.(Κεκάτος Ε, 2001).

Υπάρχουν πάρα πολλά που μπορεί να κάνει κανείς εάν κατορθώσει να απεγκλωβιστεί από το παρελθόν και τις οποιοσδήποτε κρίσεις που τον είχαν ταλαιπωρήσει και να εστιάσει όλη του την προσπάθεια στο παρόν και μόνο. Η ψύχραιμη αντιμετώπιση και κατανόηση των συμπτωμάτων της πάθησης θα αποτελέσει την βάση για την ανάπτυξη όλου του προγράμματος της φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης.(Κεκάτος Ε, 2001).

Η ξεκάθαρη επιλογή των δυνατοτήτων του ασθενή για βελτίωση της κατάστασης και ο εντοπισμός των εφικτών στόχων θα δώσουν τη δυνατότητα για ποιοτική αναβάθμιση της ζωής του. Η συμβίωση με την πάθηση είναι απόλυτα εφικτή φτάνει μόνο να απομακρυνθούν οι οποιοσδήποτε δυσάρεστες σκέψεις και να εστιάσει το ενδιαφέρον στην καλλιέργεια της ευχάριστης πλευράς της ζωής.(Κεκάτος Ε, 2001).

Η συμβίωση με την πάθηση είναι απόλυτα εφικτή φτάνει μόνο να απομακρυνθούν οι οποιοσδήποτε δυσάρεστες σκέψεις και να εστιάσει το ενδιαφέρον στην καλλιέργεια της ευχάριστης πλευράς της ζωής(Κεκάτος Ε, 2001). Ο νοσηλευτής είναι αυτός που μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να δει ρεαλιστικά την κατάσταση του και να χτίσει την ζωή του πάνω στα νέα δεδομένα που έφερε μαζί της η νόσος.

8.2.1 Κόπωση

Στην Σκλήρυνση κατά πλάκας η αίσθηση της κόπωσης είναι διαφορετική, διότι εμπλέκεται το νευρικό σύστημα. Η προσβολή των κινητικών οδών δίνει αδυναμία, αίσθημα βάρους στους μυς και τρέμουλο, ενώ η προσβολή στα αισθητήρια νεύρα δίνει προβλήματα στην όραση, την ακοή, την γεύση ή την όσφρηση.(Κεκάτος Ε,2001).

Κόπωση μπορεί να παραχθεί ακόμα και μετά από ένα βαρύ φαγητό, μετά από κάπνισμα ή από υψηλή θερμοκρασία ή μετά από ένα ζεστό μπάνιο .Κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου έντονης κόπωσης, μπορούν να επιστρέψουν κάποια παλιά συμπτώματα που πιθανόν να μας παραπλανήσουν νομίζοντας ότι πρόκειται για μια καινούρια κρίση. Με ξεκούραση όμως υποχωρούν.(Κεκάτος Ε,2001). Η κόπωση είναι δυνατόν να επηρεάσει ακόμη και τις σχέσεις στα ζευγάρια διότι πιθανόν να

παρερμηνευθεί και να θεωρηθεί ως αιτία αποφυγής κάποιας εργασίας και κατ'επέκταση επιβάρυνσης του συντρόφου. Θεωρείται από τα πιο αγχώδη συμπτώματα, που αποτελεί την αιτία σε άλλες περιπτώσεις όπως ψυχολογικές επιβαρύνσεις. Σε αντίθεση με τα εμφανή συμπτώματα όπως είναι το τρέμουλο, η κόπωση καταγράφεται στα αφανή συμπτώματα. Ψυχολογικά μπορεί να επιβαρυνθεί ο ασθενής, γιατί είναι δύσκολο, τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της πάθησης, να γίνει πιστευτός για το επίπεδο της κόπωσης και μπορεί να θεωρηθεί ακόμη και ως υποχονδρικός(Κεκάτος Ε,2001).

Επιπλέον μπορεί η πάθηση να μην έχει δώσει ακόμα άλλα συμπτώματα πέραν της εύκολης κόπωσης ή της διπλωπίας και κατά συνέπεια μπορεί ήδη να μην έχει διαγνωσθεί. Ο χρόνος ανάπαυσης μετά από μία κρίση κόπωσης είναι αρκετά μεγάλος, ώστε να έχουμε πλήρη αποκατάσταση. Επίσης στο στάδιο της κόπωσης όλα τα ήδη υπάρχοντα συμπτώματα κάνουν πολύ πιο εμφανή την παρουσία τους. Για τον λόγο αυτό, πρέπει να υπάρχει πλήρη κατανόηση από τον σύντροφο και την οικογένεια και να γίνεται προσπάθεια επισημάνσεως των παραγόντων που δημιουργούν την κόπωση έτσι ώστε να αποφεύγονται. Γενικά θα λέγαμε ότι το σώμα είναι ξεκούραστο τις πρωινές ώρες και έχει μεγαλύτερη ευκολία στο να καταβάλλει μυϊκό έργο σε σχέση με τις απογευματινές ώρες, που η δραστηριότητες της ημέρας δικαιολογούν την εύκολη κόπωση(Κεκάτος Ε,2001).

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης της κόπωσης. Ειδικές τεχνικές χαλάρωσης όπως ακόμα και η γιόγκα, μπορούν να φανούν χρήσιμες εάν ο ασθενής είναι δέκτης των μεθόδων αυτών. Η ουσία είναι ότι θα πρέπει να οριοθετούνται ρεαλιστικά τα όρια της κινητικής δραστηριότητας έτσι ώστε να αποφεύγεται η επιπλέον επιβάρυνση και οποιαδήποτε άλλη κατάσταση η οποία μπορεί να επιβαρύνει την υγεία εάν δεν τεθεί κάτω από ειδικό έλεγχο. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται στο πρόγραμμα των ασκήσεων, γιατί πολλές φορές ο ασθενής θεωρεί ότι όσο περισσότερα κάνει τόσο καλύτερα είναι. Αυτή είναι μία λάθος σκέψη και θα πρέπει να κατανοηθεί πλήρως η θεραπευτική αξία του διαλείμματος το οποίο πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα βάση συγκεκριμένου προγράμματος και να μην θεωρείται περιττή έννοια ή χάσιμο χρόνου(Κεκάτος Ε,2001). Στην περίπτωση της κόπωσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να προτείνει στον ασθενή να αποφεύγει τις άσκοπες μετακινήσεις και άλλες ενέργειες οι οποίες δεν είναι αναγκαίες και του προκαλούν κόπωση. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να προτρέπει τον ασθενή να ξεκουράζεται άμεσα όταν νιώθει κόπωση ώστε να προλάβει περιπτώσεις πτώσεων και ατυχημάτων.

8.2.2 Αμνησία

Άλλο ένα συχνά βασανιστικό σύμπτωμα, σπάνιο όμως, το οποίο αποδιοργανώνει το ρυθμό της ζωής του ασθενή και γίνεται αφορμή για παρεξηγήσεις που επηρεάζουν τις σχέσεις με τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του, είναι η αμνησία και η γενικότερη διανοητική έκπτωση που παρατηρείται ιδίως στα τελικά στάδια. Και αυτό καταγράφεται στα αφανή συμπτώματα και μας παραξενεύει ότι ενώ μπορούμε να

θυμηθούμε συγκεκριμένα γεγονότα από το βαθύ παρελθόν, δυσκολευόμαστε να θυμηθούμε πρόσφατα συμβάντα των προηγούμενων ημερών(Κεκάτος Ε,2001).

Μέχρι να συνειδητοποιηθεί ότι και αυτό είναι ένα σύμπτωμα της πάθησης και σαν τέτοιο πρέπει να αντιμετωπίζεται θα πρέπει να φροντίζουμε να κατανοούμε τις οποιοσδήποτε περιέργες συμπεριφορές του ασθενή, ο οποίος πιθανόν να είχε αναλάβει την διεκπεραίωση κάποιας σοβαρής υπόθεσης αλλά να μην κάνει τίποτα και εμείς να νομίζουμε ότι αδιαφορεί. Οι κρίσεις αμνησίας επιτείνονται όταν ο ασθενής είναι κουρασμένος ή όταν αισθάνεται επιβαρυνμένος ψυχολογικά. Μία σειρά από τακτικές ενθυμίσεις όπως αναλυτική καταγραφή των υποχρεώσεων σε ειδικό για τον σκοπό αυτό ημερολόγιο ή ηχητική υπενθύμιση από φορητό κασετόφωνο προορισμένο για τον σκοπό αυτό θα βοηθήσουν στην διαδικασία της μνήμης και θα αποτελέσουν χρήσιμο εφόδιο στον ασθενή (Κεκάτος Ε,2001). Ο νοσηλευτής στην περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει αμνησία θα πρέπει καταρχήν να εξασφαλίσει στον ασθενή ένα ήσυχο και ήρεμο περιβάλλον χωρίς πολλές επισκέψεις διότι οι πολλές επισκέψεις θα του δημιουργήσουν άγχος γιατί ο ασθενής τη δεδομένη στιγμή ξεχνά πρόσωπα και καταστάσεις. Επιπλέον ο νοσηλευτής θα πρέπει να συνομιλήσει προσωπικά με τον ασθενή και αν αυτό δεν είναι δυνατόν με την οικογένεια ώστε ο ασθενής να εξεταστεί από κάποιον ειδικό όπως έναν ψυχίατρο ή από τον θεράποντα νευρολόγο του ώστε να δοθεί μια λύση στο πρόβλημα.

8.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Συχνά η παρατεταμένη θλίψη οδηγεί στην κατάθλιψη. Ένα σύμπτωμα που σίγουρα επιβαρύνει την όλη κατάσταση και θέτει όχι μόνο τον ασθενή, αλλά και όλη του την οικογένεια κάτω από ένα επιπλέον επιβαρυντικό πρίσμα που δημιουργεί μια διάχυτη μελαγχολία και συχνά μια έντονη απογοήτευση. Το σύμπτωμα της θλίψης, η τάση για διαρκή απομόνωση, η αδιαφορία για τα πάντα όσο σημαντικά ή ασήμαντα κι αν είναι πρέπει να ενεργοποιήσει τους μηχανισμούς αντίδρασης της οικογένειας διότι συχνά, είναι από τα ενδεικτικά σημάδια μιας ακολουθούμενης καταθλιπτικής συμπεριφοράς.(Κεκάτος Ε, 2001).

Σε συνθήκες κατάθλιψης, ο ασθενής αδυνατεί να συμμετάσχει σε οποιαδήποτε ενεργητική διαδικασία και περιορίζεται απλά στο να γίνεται παθητικός δέκτης και αδιάφορος παρατηρητής εστιάζοντας το βλέμμα του συχνά επίμονα σε ένα ορισμένο αδιάφορο σημείο.(Κεκάτος Ε, 2001).

Η οικογένεια θα πρέπει να εντοπίσει έγκαιρα την αδυναμία αντίδρασης του ανθρώπου της έτσι ώστε πριν επιδεινωθεί η κατάσταση, να βοηθηθεί επιπλέον ο ασθενής σε συνεργασία με τον θεράποντα είτε με ψυχολογική υποστήριξη είτε με ψυχοφάρμακα ή και με συνδυασμό των δύο με θεραπευτική αγωγή. Φυσικά δεν σημαίνει ότι κάθε περίοδος άγχους ή στεναχώριας ή και θλίψης ακόμα, θα οδηγήσουν στην κατάθλιψη γιατί ακόμα και τα αρνητικά συναισθήματα αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις σε μια σοβαρή κατάσταση υγείας.(Κεκάτος Ε, 2001).

Η ψύχραιμη παρατήρηση των αντιδράσεων και της γενικότερης συμπεριφοράς του ασθενή, πρέπει να είναι πιο ευαισθητοποιημένη για να παρέχεται η δυνατότητα έγκαιρης βοήθειας ώστε να απομονώνεται αυτό το σύμπτωμα, με τις λιγότερο δυνατές συνέπειες. Η επαφή με φίλους και συγγενείς, οι συζητήσεις, μια μικρή βόλτα, η αλλαγή περιβάλλοντος, θα συμβάλλουν ώστε να επαναδραστηριοποιηθούν οι ψυχολογικές αντιδράσεις που επηρεάζονται θετικά και να κατανοηθεί πλήρως ότι και η κατάθλιψη είναι ένα σύμπτωμα που ταλαιπωρεί αρκετά, και γι αυτό πρέπει να εντοπισθεί και να αντιμετωπισθεί το συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα(Κεκάτος Ε, 2001).

8.4 Η ψυχοκοινωνική διάσταση της νόσου

Επί μακρό χρονικό διάστημα στα ιατρικά κείμενα δεν γινόταν καμία σοβαρή αναφορά στα ψυχολογικά συμπτώματα και στις διάφορες γνωστικές δυσλειτουργίες που προκαλούνται από την σκλήρυνση κατά πλάκας. Ωστόσο, από τις αρχές τις δεκαετίας του 1980 είχαν γίνει εμφανή τα ψυχολογικά προβλήματα και οι δυσκολίες που διαπίστωναν οι ειδικοί και σταδιακά άρχισαν να γίνονται βήματα προς την κατεύθυνση της αναζήτησης τρόπων ψυχολογικής αξιολόγησης αλλά και παρέμβασης(Αναγνωστόπουλος Φ- Καραδήμας Ε, 2008).

Έτσι λοιπόν τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία, όπως διάφορα ψυχολογικά τεστ και νευροψυχολογικές δοκιμασίες για την επιστημονική αξιολόγηση των ψυχολογικών και γνωστικών προβλημάτων της συγκεκριμένης νόσου. Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, εδώ και αρκετά χρόνια η εθνική εταιρία για την σκλήρυνση κατά πλάκας προτείνει για κλινικές μελέτες τη χρήση της δοκιμασίας Multiple Sclerosis Functional Composite(MSFC). Ένας από τους λόγους για τους οποίους συνιστάται η χρήση αυτού του εργαλείου είναι επειδή βρέθηκαν υψηλές συσχετίσεις των αποτελεσμάτων αυτής της κλίμακας με τα αποτελέσματα κλιμάκων που αξιολογούν την ποιότητα ζωής των ασθενών(Αναγνωστόπουλος Φ – Καραδήμας Ε, 2008).

Δεδομένης της χρονιότητας και των γνωστικών επιπτώσεων της ασθένειας, ένα από τα κυρίαρχα ζητούμενα, πέραν της οποιασδήποτε θεραπευτικής παρέμβασης, πρέπει να είναι και η προσπάθεια αναβάθμισης της ποιότητας ζωής των πασχόντων. Αυτό προϋποθέτει, μεταξύ άλλων, μια γνωστική αναδόμηση έτσι ώστε το άτομο, αποδεχόμενο την κατάσταση, να τροποποιήσει ορισμένα γνωστικά σχήματα, να επαναπροσδιορίσει τα πιστεύω του, να θέσει πιθανόν νέους στόχους και γενικά να δει την καθημερινότητά του και την υπόλοιπη ζωή του από διαφορετική οπτική γωνία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο με ψυχολογική παρέμβαση, φυσικά από ειδικό(Αναγνωστόπουλος Φ – Καραδήμας Ε, 2008).

Για όλα αυτά χρειάζεται καθοδήγηση από το θεράποντα νευρολόγο γιατρό, με τον οποίο γίνεται και η πρώτη επαφή. Πρέπει λοιπόν να συζητηθεί και να τονισθεί σε συγγενείς και πάσχοντες η σημαντικότητα των επιπτώσεων στον ψυχισμό και στην συνέχεια, μετά από παραπομπή του ίδιου του γιατρού, να υπάρξει κάποια ψυχολογική(ψυχοθεραπευτική) παρέμβαση, ίσως και ψυχοφαρμακευτική θεραπεία.

Δυστυχώς όμως ακόμα και σήμερα ορισμένοι νευρολόγοι είτε αγνοούν είτε δε συνυπολογίζουν τις συνυπάρχουσες ψυχολογικές διαταραχές και δίνουν έμφαση μόνο στην φαρμακευτική παρέμβαση, στοχεύοντας στη θεραπεία ή στη βελτίωση μόνο των σωματικών – οργανικών συμπτωμάτων(Αναγνωστόπουλος Φ – Καραδήμας Ε, 2008).

Η όλη εξέλιξη και γενικά η πορεία της νόσου είναι όντως απρόβλεπτες. Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο με σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζει μερικά ελαφριά συμπτώματα και παραμένει έτσι σε όλη του τη ζωή. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές η κατάσταση επιδεινώνεται και το άτομο αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες. Αλλά ακόμα και στην πρώτη περίπτωση, όταν δηλαδή δεν παρατηρείται επιδείνωση των συμπτωμάτων και γενικά της όλης κατάστασης, δυστυχώς υπάρχει πάντα ο φόβος της επιδείνωσης, με αποτέλεσμα να δημιουργείται γενικευμένο άγχος. Ο πάσχων πρέπει να επανεξετάζει και να επαναπροσδιορίζει σχεδόν καθημερινά πολλά πράγματα από τους μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους του μέχρι τις απλές και πολλές φορές “ασήμαντες” καθημερινές δραστηριότητες, οι οποίες περιορίζονται. Αλλαγές που ούτε καν περνούσαν από το μυαλό του πριν από την εμφάνιση της νόσου. Άλλωστε, δεν είναι λίγοι εκείνοι που πιστεύουν ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας θα τους οδηγήσει αρκετά γρήγορα στην αναπηρία και στον θάνατο. Από την άλλη, είναι γνωστό ότι ο σημερινός ρυθμός και γενικά ο τρόπος ζωής, όπως έχει διαμορφωθεί, με όλες τις πιέσεις και τα καθημερινά άγχη, υποβαθμίζουν ούτως ή άλλως την ποιότητα της ζωής και δημιουργούν ψυχολογικά προβλήματα σε άτομα κατά τα άλλα σωματικά υγιή, χωρίς κάποιο οργανικό πρόβλημα ή σωματική ασθένεια(Αναγνωστόπουλος Φ – Καραδήμας Ε, 2008).

Επομένως, λόγω της εμφάνισης της νόσου αλλά και στην πορεία της εξέλιξής της δημιουργούνται ψυχολογικά προβλήματα που δεν πρέπει να αγνοηθούν. Τονίζεται όμως ότι τα γνωστικά και ψυχολογικά συμπτώματα δεν είναι απαραίτητα αποτελέσματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας, αλλά μπορεί να αποτελούν κύρια συμπτώματα της ίδιας της νόσου. Αναμφίβολα όμως το νευρολογικό – οργανικό πρόβλημα επηρεάζει τον ψυχισμό του ασθενούς. Έχει βρεθεί ότι οι πάσχοντες από άγχος, πιέσεις ή ψυχολογικά προβλήματα έχουν περισσότερες ώσεις. Υπάρχουν δε περιπτώσεις που ακόμα και μια μικρή σε διάρκεια στρεσογόνο περιόδος μπορεί να προκαλέσει μια ώση. Έχει βρεθεί ότι τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν συχνά σεξουαλικά προβλήματα, όπως μείωση της επιθυμίας για σεξουαλική επαφή και στα δύο φύλα και ορισμένες φορές στυτική δυσλειτουργία. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, είναι κατανοητό ότι οποιαδήποτε δυσκολία ή πρόβλημα γύρω από την σεξουαλική συμπεριφορά θα έχει σοβαρές επιπτώσεις στην κοινωνικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις και γενικά στον ψυχισμό του ατόμου. Όχι βέβαια ότι σε μεγαλύτερη ηλικία οι πάσχοντες δε δικαιούνται υγιούς και φυσιολογικής σεξουαλικής ζωής και ότι οι παραπάνω σεξουαλικές δυσλειτουργίες δεν τους δημιουργούν παρόμοια προβλήματα(Αναγνωστόπουλος Φ – Καραδήμας Ε, 2008).

Σε έρευνες στο πλαίσιο των οποίων εξετάστηκαν οι γνωστικές διεργασίες βρέθηκε ότι υπήρχαν γνωστικές δυσλειτουργίες στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, όπως στη μνήμη, στη κρίση, στον προσανατολισμό κ.ά. Δεν είναι λίγες οι έρευνες που έχουν δείξει ότι σε σημαντικό αριθμό πασχόντων παρατηρήθηκαν ακόμα και προβλήματα “αλλόκοτης” και “περίεργης” συμπεριφοράς. Τα άτομα του περιβάλλοντος του πάσχοντος, συμπεριλαμβανομένου σε αρκετές περιπτώσεις του θεράποντος ιατρού του ασθενούς, αν και αντιλαμβάνονται αυτές τις αλλαγές της

συμπεριφοράς, τις αποδέχονται ως φυσιολογική συνέπεια και αποδεκτή και αναμενόμενη αντίδραση. Όταν όμως αυτό συνεχίζεται, σαφώς υπάρχουν προβλήματα συμπεριφοράς και γενικά ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία δεν μπορούν να θεωρηθούν πλέον “φυσιολογική αντίδραση”(Αναγνωστόπουλος Φ – Καραδήμας Ε, 2008).

8.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η ψυχολογική επιβάρυνση επηρεάζει την προσωπικότητα του ασθενή και εν γένει και τη συμπεριφορά του. Συχνά αισθάνεται πνιγμένος, ότι βρίσκεται μέσα σε ένα αδιέξοδο από το οποίο δύσκολα θα ξεφύγει.(Κεκάτος Ε, 2001).

Οι αρνητικές σκέψεις επηρεάζουν κάθε προσπάθεια και θεωρεί ότι τα πράγματα θα δυσκολέψουν γι’ αυτόν και τους ανθρώπους του. Αυτή η κατάσταση χρειάζεται πλήρη κατανόηση και συμπαράσταση διότι αυτό δεν αποτελεί παρά ακόμα ένα σύμπτωμα και σαν τέτοιο πρέπει να αντιμετωπίζεται. Θα πρέπει να υπάρχει κατανόηση των υπερβολικών αντιδράσεων και να ενημερώνεται ο θεράπων ιατρός. Μια πιθανή σύσταση σε ψυχολογική υποστήριξη ή ακόμα και σε ψυχίατρο να μην θεωρείται υπερβολή ούτε να παρεξηγείται.(Κεκάτος Ε, 2001).

Είναι πλέον γνωστό πόσο σημαντικό ρόλο παίζει ο ψυχολογικός παράγοντας στην υγεία μας και γενικότερα στην εμφάνιση, στην εξέλιξη και στην ίδια την αντιμετώπιση διαφόρων σωματικών/οργανικών παθήσεων. Θεωρείται λοιπόν μεγάλη και σημαντική παράλειψη αυτή η στάση- ευτυχώς μόνο- ορισμένων νευρολόγων. Βέβαια, ακόμα κι αν ο ψυχισμός, δηλαδή η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, δεν έχει καμία επίπτωση στην πορεία της νόσου, κανένας θεράπων γιατρός, νευρολόγος ή παθολόγος δεν πρέπει να αγνοεί, να υποτιμά ή να υποβαθμίζει οποιαδήποτε ψυχολογική ή/και γνωστική διαταραχή που εμφανίζει παράλληλα με την ασθένεια ο ασθενής του.(Αναγνωστόπουλος Φ-Καραδήμας Ε, 2008). Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν γίνει πολλά και σημαντικά θετικά βήματα προς την κατεύθυνση της καλύτερης κατανόησης όλων των πτυχών του προβλήματος και κατ’ επέκταση, υπήρξε καλύτερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ασθένειας. Είναι προφανές ότι όσο περισσότερα γνωρίζουμε γι’ αυτή τη νόσο τόσο περισσότερο απομυθοποιείται, προδιαθέτοντας πάσχοντες, γιατρούς και άτομα του οικείου περιβάλλοντος των ασθενών να συζητούν μεταξύ τους αλλά και με όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας για την πληρέστερη και ακριβέστερη πληροφόρηση.(Αναγνωστόπουλος Φ-Καραδήμας Ε, 2008). Σύμφωνα με σχετικά πρόσφατη έκθεση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, προβλέπεται ότι μέχρι το 2020 η κατάθλιψη θα κατέχει τη δεύτερη θέση όσον αφορά τα προβλήματα υγείας παγκοσμίως, κι αυτό, μεταξύ άλλων, και λόγω των καθημερινών αδιεξόδων, πιέσεων και ματαιώσεων που συνεχώς δημιουργεί ο σημερινός καταναλωτικός τρόπος ζωής του μέσου ατόμου στο δυτικό κόσμο. Στα άτομα με ΣΚΠ είναι δεδομένο ότι λόγω της ύπαρξης αυτής της νευρολογικής νόσου υπάρχει πολύ σοβαρή ψυχολογική επιβάρυνση, που περιπλέκει την κατάσταση και πολλές φορές προκαλεί σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα. Γιατί στην ουσία όλα τα όνειρα, τα σχέδια, οι προσδοκίες, οι επιδιώξεις και γενικά όλες οι σκέψεις για το μέλλον πριν από την διάγνωση της νόσου ξαφνικά πρέπει να αναθεωρηθούν, να τροποποιηθούν, ακόμα και να ακυρωθούν. Για παράδειγμα, οι νεαροί πάσχοντες δεν είναι σε θέση να εκπληρώσουν

τα θέλω τους, γιατί οι περισσότεροι, λόγω των συμπτωμάτων, δεν μπορούν να ακολουθήσουν τις παρέες τους σε διάφορους χώρους και τρόπους διασκέδασης ούτε να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες που στο παρελθόν για πολλούς ήταν μέρος της καθημερινότητάς τους. Κατά συνέπεια, πολλοί πάσχοντες διαμορφώνουν αντιλήψεις, δηλαδή γνωστικά σχήματα, του τύπου «δεν έχω δικαίωμα να ελπίζω», «δε θα τα καταφέρω», «μπορεί να με λυπούνται» ή «είναι μάταιο να προσπαθήσω», με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πεποιθήσεις και πιστεύω ανικανότητας και αναπηρίας. Τα άτομα αυτά χάνουν σταδιακά τη ζωντάνια τους, τον ενθουσιασμό και τη δίψα για ζωή και δημιουργία, στοιχεία που χαρακτηρίζουν τους νέους. Στην ουσία δεν απαιτούν, δεν διεκδικούν, κι έτσι βαθμιαία διαμορφώνουν μια καταθλιπτική διάθεση, η οποία, ακόμα και όταν δεν διαγιγνώσκεται κλινικά ως μείζονα κατάθλιψη, χαρακτηρίζεται από έντονα στοιχεία θλίψης.(Αναγνωστόπουλος Φ-Καραδήμας Ε, 2008). Έρευνες έχουν δείξει ότι περίπου το 25%-50% των ατόμων με ΣΚΠ θα παρουσιάσει σε κάποια φάση της ασθένειας μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Είναι αξιοσημείωτο ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας των ασθενών με ΣΚΠ είναι μεγαλύτερα σε σύγκριση με αυτά στους μη πάσχοντες. Αγχώδεις διαταραχές, όπως γενικευμένο άγχος, διαταραχή μετατραυματικού στρες και διπολική διαταραχή, είναι πιθανόν να εμφανιστούν σε ποσοστό 10%-40%. Επιπλέον, αν και σπάνιο, υπάρχουν περιπτώσεις που οι πάσχοντες εμφανίζουν διάφορα συμπτώματα, όπως συναισθηματικές διακυμάνσεις – αστάθεια, ευφορία και ευερεθιστότητα. Λόγω αυτών των τελευταίων προβλημάτων παρατηρείται αλλαγή, αλλοίωση της προσωπικότητας, με κύρια χαρακτηριστικά τις πολλές αρνητικές επιπτώσεις σε διάφορες γνωστικές λειτουργίες. Ως συνέπεια αυτών των συμπεριφορών, δημιουργούνται προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις στην οικογένεια και στην εργασία.(Αναγνωστόπουλος Φ-Καραδήμας Ε, 2008). Είναι αδιανόητο λοιπόν να μην βλέπουμε την ασθένεια αυτή ολιστικά, κι αυτό γιατί ένας ασθενής, όσο ικανοποιητικά κι αν είναι από νευρολογικής/οργανικής πλευράς, αν ψυχολογικά δεν είναι καλά, δυσλειτουργεί και φυσικά η ποιότητα της ζωής του είναι υποβαθμισμένη, γεγονός το οποίο τελικά επηρεάζει και τη ζωή των υπόλοιπων μελών της οικογένειας.(Αναγνωστόπουλος Φ-Καραδήμας Ε, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Νοσηλευτική παρέμβαση

9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο νοσηλευτής έχει έναν ιδιαίτερο και πολύπλοκο ρόλο όσον αφορά την νοσηλευτική παρέμβαση σε άτομα που πάσχουν από ΣΚΠ, καθώς έχει διάφορες παραμέτρους να αντιμετωπίσει. Αυτές είναι οι εξής(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006) :

Ακριβής αναγνώριση της απομυελινωτικής εξεργασίας σε άρρωστο με συμπτώματα ή σημεία νευρολογικής δυσλειτουργίας.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).Ο νοσηλευτής πρέπει να πάρει πλήρες ιστορικό του παρόντος προβλήματος και προηγούμενων επεισοδίων δυσλειτουργίας, να εκτελέσει προσεκτικά τις νευρολογικές εξετάσεις, να κάνει πλήρη και σωστή αναγραφή των ευρημάτων , να συγκρίνει τα ευρήματά του με αυτά των γιατρών και να επανεκτιμά, σε τακτά χρονικά διαστήματα, τη νευρολογική κατάσταση και να τη συγκρίνει με εκείνη της βασικής γραμμής.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).

Προστασία αρρώστου από καταστάσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μια έξαρση της νόσου.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).Ο νοσηλευτής πρέπει να αναγνωρίσει τους παράγοντες που έχουν τέτοιο αποτέλεσμα όπως αύξηση της θερμοκρασίας με εμβάπτιση σε ζεστό νερό ή κατά την διάρκεια ζεστού, υγρού καιρού, ενέσεις, κόπωση, παρεμπόδιση λοιμώξεων ή ορμονικές διαταραχές. Πρέπει, λαμβάνοντας υπ' όψη τους παράγοντες αυτούς , να συστήσει χλιαρά ή κρύα μπάνια, αποφυγή ένεσης όταν δεν είναι τελείως απαραίτητη, ανάπτυξη προγράμματος με κανονική ανάπαυση και δραστηριότητα με αύξηση των περιόδων ανάπαυσης κατά τα συμπτωματικά επεισόδια.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ,2006).

Βοήθεια αρρώστου να κατανοήσει ότι η ασθένειά του είναι επεισοδιακή και ότι εμφανίζεται με κρίσεις, και διδασκαλία τρόπων αντιμετώπισής τους.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι έτοιμος να απαντήσει με ακρίβεια στις ερωτήσεις του αρρώστου, παρέχει ενθάρρυνση στηριγμένη πάνω σε ρεαλιστικές βάσεις, παρέχει ευκαιρίες σε άρρωστο και οικογένεια να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).

Χορήγηση κορτικοστεροειδών με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).Ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγήσει προσεκτικά το θεραπευτικό σχήμα στον άρρωστο με γραπτές οδηγίες, διδάξει τον άρρωστο πώς να αναγνωρίζει ανεπιθύμητες ενέργειες (έλκος στομάχου, παχυσαρκία, μεταβολές στην ψυχική του διάθεση) και πως να τις αποφεύγει με τη χρήση αντιόξινων ή ειδικής δίαιτας, διδάξει τον άρρωστο να αναφέρει οποιαδήποτε σημεία ιογενούς ή μικροβιακής λοίμωξης κατά την διάρκεια της θεραπείας με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006). Αγωγή αρρώστου με δυσκολίες έγερσης από το κρεβάτι(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).Ο νοσηλευτής πρέπει να εξασφαλίσει μηχανικά μέσα για υποβοήθηση και διατήρηση της ικανότητας για έγερση, επιβεβαιώσει ότι ο άρρωστος γνωρίζει και μπορεί να χρησιμοποιήσει σωστά αυτά τα μέσα, αναπτύξει θεραπευτικό σχήμα και δραστηριότητες για τη διατήρηση του τόνου και της μάζας των μυών. Ακόμη εφαρμογή μασάζ για απαλλαγή από σπαστικότητα , σχεδιασμός για συνέχιση φροντίδας στο σπίτι, με τους αρμόδιους φορείς από την κοινοτική νοσηλευτική.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).

Αγωγή αρρώστου με διαταραχές όρασης. Η οπτική νευρίτιδα αποτελεί συχνή εκδήλωση.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).Ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιήσει στεροειδή και να λάβει μέτρα για πρόληψη ανεπιθύμητων ενεργειών, εξασφαλίσει στον ασθενή προστασία από βλάβη οφειλόμενη στην διαταραχή της όρασης, για παράδειγμα να εκτιμήσει την ανάγκη για αλλαγή δραστηριοτήτων όπως η οδήγηση.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).

Αγωγή δυσλειτουργίας εντέρου. (Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).Ο νοσηλευτής πρέπει να συμβουλευθεί τον άρρωστο για την δίαιτα και τις δραστηριότητες που θα βοηθήσουν στην κανονική κένωση. Η απώλεια είναι ταπεινωτική για τον άρρωστο όπως και η ανάγκη βοήθειας στη κένωση, γι' αυτό είναι σημαντικό να μεταχειριστεί τον άρρωστο με λεπτότητα και να του δώσει την ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματά του.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).

Διατήρηση της καλής λειτουργίας της κύστης, για αποφυγή ουρολοιμώξεων.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).Ο νοσηλευτής πρέπει να καταρτίσει με τον ασθενή ένα πρόγραμμα ούρησης, λάβει ούρα για καλλιέργεια χρησιμοποιώντας «καθαρό δείγμα» ή αποστειρωμένο δείγμα κατευθείαν από την κύστη, ενθαρρύνει τον ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά του.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).

Αγωγή αρρώστου με αισθητικές διαταραχές.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ,2006).Ο νοσηλευτής πρέπει να διδάξει τον άρρωστο για την σπουδαιότητα αυτοεξέτασης και αναφοράς κάθε αλλαγής που διαπιστώνεται στο δέρμα του, εξασφαλίσει τρόπους εξέτασης των περιοχών που είναι δύσκολη η επισκόπησή τους και να προστατεύσει το δέρμα με αλλαγή θέσης και έγκαιρη θεραπεία λοιμώξεων ή ερεθισμού.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).

Αγωγή αρρώστου με διαταραχές λόγου και κατάποσης.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).Ο νοσηλευτής πρέπει να: Εξασφαλίσει τις υπηρεσίες του λογοθεραπευτή για την ενίσχυση μυών και βελτίωση δυσαρθρίας, παρακολουθεί τον άρρωστο για εισπνοή τεμαχιδίων τροφής εξαιτίας διαταραγμένης κατάποσης. Πιθανόν να είναι απαραίτητη η συμπληρωματική χορήγηση υγρών και τροφής μέσω ρινογαστρικού σωλήνα κατά τη διάρκεια της νύχτας, αν η διαιτητική πρόσληψη είναι ανεπαρκής.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).

Η επίτευξη μιας καλής σχέσης νοσηλευτή- αρρώστου είναι ένα πολύπλοκο αλλά αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας. Με κάθε νέο επεισόδιο ο άρρωστος πρέπει να αναπτύσσει νέα κατανόηση και προσαρμογή. Η ακριβής και συχνή επανεκτίμηση της φυσικής και συγκινησιακής κατάστασης του αρρώστου είναι επιβεβλημένη.(Σαχίνη Α και Πάνου Μ, 2006).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Περιστατικό με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Ο ασθενής Δ.Π. που πάσχει από Σκλήρυνση κατά Πλάκας εισήλθε στην νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια» στις 20/01/2012. Η ηλικία του ασθενούς είναι 60 ετών. Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν λήψη ζωτικών σημείων, λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση και οι παρακάτω εξετάσεις: Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, παρακέντηση Ε.Ν.Υ. , οπτικά πεδία, πρόκλητα δυναμικά και ψυχιατρική εκτίμηση.

Διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής πάσχει από την ασθένεια 5 χρόνια. Ανευρέθησαν τα εξής συμπτώματα: Συναισθηματικές διαταραχές, αστάθεια στη βάδιση, διαταραχές στην όραση, ανορεξία και διαταραχές του εντέρου.

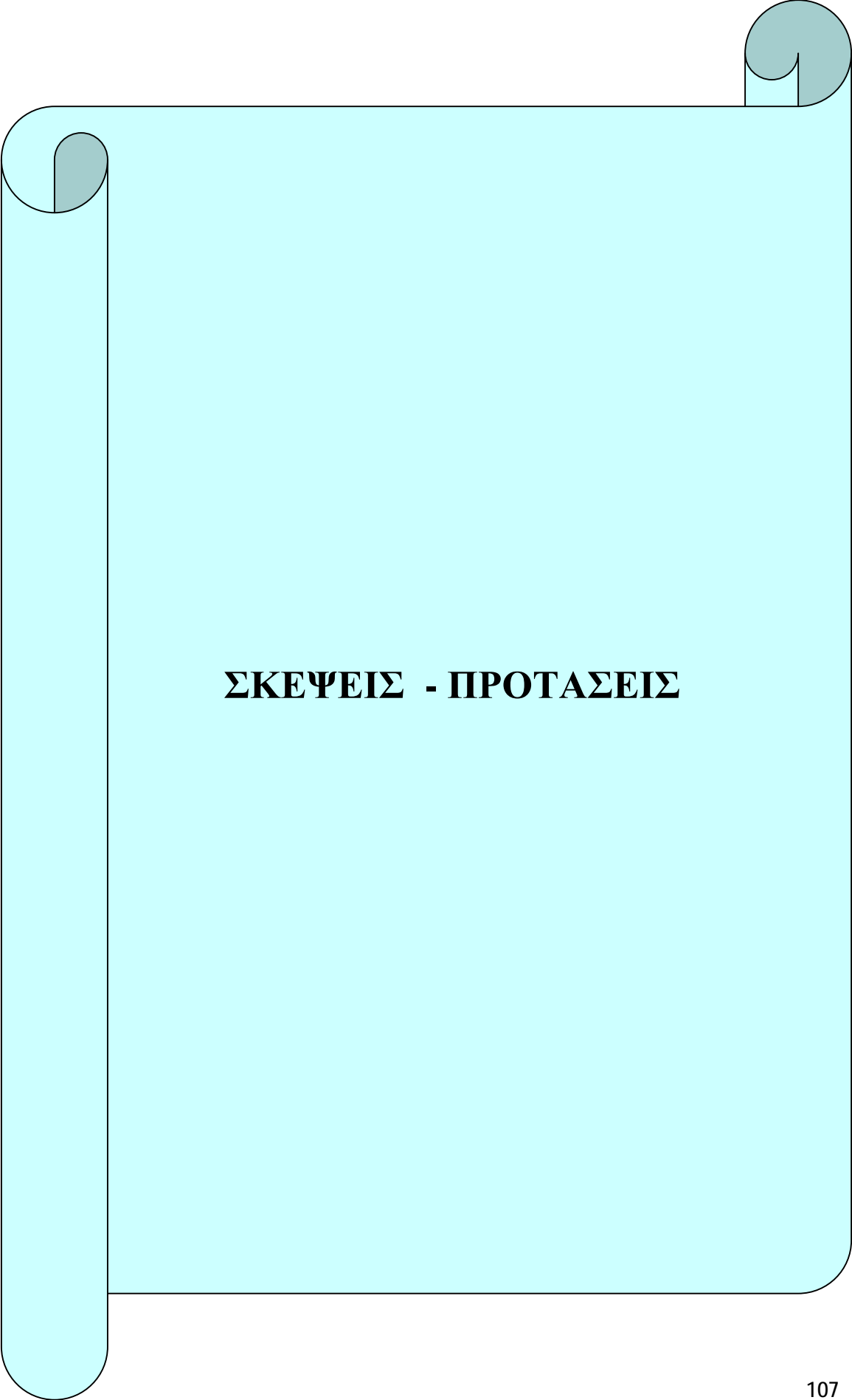
<p>1. Συναισθηματικές διαταραχές</p> <ul style="list-style-type: none"> Φόβος για την πορεία της νόσου Έντονο άγχος 	<ul style="list-style-type: none"> Περιορισμός του φόβου του ασθενούς για την πορεία της κατάστασης του Να μειωθεί όσο το δυνατόν στο ελάχιστο το άγχος του ασθενούς και ο ασθενής να ηρεμήσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα. 	<ul style="list-style-type: none"> Ψυχολογική υποστήριξη για να τονωθεί ψυχολογικά ο ασθενής και να αποδεχτεί τη νόσο του Ενημέρωση του ασθενή για την φύση της νόσου του με αποδομημένο λέξιλόγιο ώστε να γίνει κατανοητή και έτσι ο ασθενής να ανταπεξέλθει θετικά στην θεραπευτική του αγωγή Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στον νοσηλεύτη και τον ασθενή Συνεννόηση με ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό για τη έναρξη συνεδριών Αποφυγή διωφόρων καταστάσεων που είναι στρεσογόνες για τον ασθενή Ενθάρρυνση για την συμμετοχή του ασθενή σε κοινωνικές δραστηριότητες (θέατρο, κινηματογράφος κ.α.) για την προσωπική του ευχαρίστηση 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημερώσαμε τον ασθενή με από και κατανοητό λέξιλόγιο για την φύση της νόσου του έτσι ώστε να οργανώσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το του με βάση τα νέα δεδομένα που προκύπτουν από την ίδια τη νόσο Δημιουργήσαμε κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα σε εμάς και τον ασθενή ώστε ο ασθενής να μας εκφράσει όλα τα συναισθήματα και τις φοβίες του Απαντήσαμε σε κάθε τυχόν ερώτημα του ασθενή σε σχέση με την νόσο Προτείνουμε στον ασθενή να αποφεύγει καταστάσεις που του προκαλούν άγχος και στρες Εξασφαλίσαμε την επικοινωνία του ασθενή με τον ψυχολόγο για την επίλυση των ψυχο-κοινωνικών προβλημάτων που έχουν προκύψει
	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής βλέπει πλέον πελαγιστικά την κατάσταση της υγείας του και προσημιάζεται στα νέα δεδομένα με μεγαλύτερη ψυχική δύναμη Ο ασθενής κατανοεί τις οδηγίες του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού τις οποίες πρέπει να ακολουθήσει αλλά και την θεραπευτική του αγωγή Ο ασθενής πλέον εκφράζει όλες του τις φοβίες, ανησυχίες και απορίες Ο ασθενής αρχίζει να παίρνει μέρος σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις Ο ασθενής με την βοήθεια του ψυχολόγου νιώθει ηρεμία και θέλει να συνεχίσει τις συνεδρίες 		

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>2. Αστάθεια στην βάρδια</p>	<p>∅ Να βελτιωθεί η κινητικότητα του ασθενούς όσο το δυνατόν γρηγορότερα ∅ Πρόληψη πτώσεων και απυχημάτων ∅ Να μπορεί ο ασθενής να βαδίξει με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ασφάλεια</p>	<p>√ Αποφυγή άσκοπων μετακινήσεων από τον ασθενή √ Εξασφάλιση στον ασθενή ώων των καρτών/κλών μέσων και μηχανημάτων που θα τον βοηθήσουν να διετηρήσει την κινητικότητα του Ενημέρωση και συνεννόηση με τον φυσιοθεραπευτή ώστε ο ασθενής να ξεκινήσει φυσιοθεραπείες για την διάρθρωση εκτέλεσης ενεργητικών κινήσεων √ Διδασκάλια του ασθενούς για την εκτέλεση ενεργητικών κινήσεων √ Διδασκάλια του ασθενούς για την πρόληψη και αποφυγή απυχημάτων</p>	<p>§ Εξασφάλισαμε στον ασθενή όλα εκείνα τα βοηθητικά μέσα και μηχανήματα τα οποία τον βοηθούν στην βάρδια § Ο φυσιοθεραπευτής επισκέπτεται τον ασθενή και εκτέλουν διάφορες φυσιοθεραπευτικές ασκήσεις που βοηθούν στην κινητικότητα του ασθενούς § Χορηγήθηκαν με ιατρική οδηγία φάρμακα τα οποία βοηθούν στην βελτίωση της κίνησης (π.χ. κορτιζόνη)</p>	<p>∩ Με τη χρήση των βοηθητικών μέσων και μηχανημάτων βελτιώθηκε η βάρδια του ασθενούς ∩ Μετά τις συνεδρίες με τον φυσιοθεραπευτή ο ασθενής νιώθει ωλά και μπορεί να κινείται με μεγαλύτερη άνεση ∩ Ο ασθενής πλέον νιώθει ικανοποίηση που μπορεί να βαδίξει με μεγαλύτερη σταθερότητα και χωρίς τον φόβο της πτώσης ∩ Η φαρμακευτική αγωγή έφερε θετικά αποτελέσματα στην βελτίωση της βάρδιας</p>

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Διασφαλίξτε στην όραση : Θάμβρωμα στα μάτια</p>	<p>└ Επαυγοφόρά της όρασης του ασθενούς στα φυσιολογικά επίπεδα</p>	<p>§ Αξιολόγηση της οπτικής λειτουργίας και ακριβή καταγραφή των ευρημάτων ώστε να ενημερωθεί σωστά ο νευρολόγος για να δοθεί και η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή</p> <p>§ Ενημέρωση του οφθαλμίατρου για το περιστάτικό και προγραμματισμός οφθαλμολογικής εξέτασης</p> <p>§ Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος στον ασθενή για την πρόληψη και αποφυγή πτώσεων και τραυματισμών</p> <p>§ Χρησιμοποίηση βοηθητικών μέσων (π.χ. ΠD) για τη σωματική ασφάλεια</p> <p>§ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος δίχως πολλές επισκέψεις αλλά την παρουσία πάντα ενός συννοού</p>	<p>ο Αξιολογήθηκε η οπτική λειτουργία του ασθενούς και καταγράφηκαν τα ευρήματα</p> <p>ο Χορηγήθηκαν με ιατρική οδηγία φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της δυσραχίας της όρασης</p> <p>ο Έγινε οφθαλμολογική εκτίμηση και εδόθησαν γυαλιά ορέσεως για αντιμετώπιση της δυσραχίας</p> <p>ο Εξασφαλίσαμε στον ασθενή ένα ήρεμο περιβάλλον και εδόθησαν οδηγίες για την σωματική ασφάλεια</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Με την φαρμακευτική αγωγή αλλά και με τα γυαλιά ορέσεως παρατηρήθηκε βελτίωση στην όραση του ασθενούς και ο ασθενής αναφέρει πως η όραση του είναι πιο καθαρή • Ο ασθενής ακολουθεί «κατά γνώμη» τις οδηγίες που του δώσαμε για την σωματική του ασφάλεια

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>5. Ανορεξία</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Επανεμφάνιση της επιθυμίας του ασθενούς για λήψη τροφής και επηλοκίων 	<ul style="list-style-type: none"> ο Ενημέρωση του διατολόγου για το παριστατικό και σχεδιασμός ειδικού διατολόγιου ο Αιματολογικός έλεγχος ο Έλεγχος των ζωτικών σημείων ανά 3ορο ο Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής με την σύμφωνη γνώμη και οδηγία του ιατρού για την βελτίωση της όρεξης ο Χορήγηση βιταμινών και ηλεκτρολυτών ο Έλεγχος βάρους καθημερινά 	<ul style="list-style-type: none"> υ Μετά την συνεννόηση με τον διατολόγο του νοσοκομείου φροντίσαμε ο ασθενής να καταναλώσει μικρά και συχνά γεύματα της αρεσκείας του υ Φροντίσαμε να γίνεται λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ορου υ Έγινε λήψη αίματος και ούρων για να εξετασούμε το επίπεδο των ηλεκτρολυτών αλλά και για να γίνει περαιτέρω εργαστηριακός έλεγχος υ Χορηγήσαμε βιταμίνες, υγρά (N/S 0,9%) αλλά και φαρμακευτική αγωγή που βελτιώνει την όρεξη συμφώνα με ιατρική οδηγία υ Εξασφαλίσαμε τον καθημερινό έλεγχο του σωματικού βάρους του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής με το ειδικό διατολόγιο και την φαρμακευτική αγωγή απέφυγε την περαιτέρω απώλεια βάρους και άλλες επιπλοκές όπως την διαταραχή των ηλεκτρολυτών

<p>ΑΙΟΛΟΓΙΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>6. Διαταραχές του εντέρου: Δυσκοιλιότητα</p>	<p>§ Επανάφορά της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου § Πρόληψη και αποφυγή επιπλοκών που μπορούν να προκαληθούν από την δυσκοιλιότητα</p>	<ul style="list-style-type: none"> ο Ενημέρωση του ασθενούς για αύξηση της σωματικής δραστηριότητας ώστε και αν αυτό είναι δυνατόν ο Προσροπή για πρόληψη επιπλοκών ποσότητας υγρών ο Χορήγηση τροφίμων οι οποίες περιέχουν υπόλειμμα ο Έλεγχος των χορηγούμενων φαρμάκων που προκαλούν δυσκοιλιότητα ο Χορήγηση με ιατρική οδηγία υπακτικών φαρμάκων και εκτέλεση χαμηλού υποκλάσιμυ ο Διερεύνηση ψυχολογικών προβλημάτων 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενεργόθηκε η σωματική δραστηριότητα του ασθενούς • Εξασφάλισαμε την επαρκή χορήγηση υγρών • Χορηγήσαμε τροφές πλούσιες σε υπόλειμμα • Χορηγήσαμε υπακτικά μετά από ιατρική οδηγία και εκτελέσαμε χαμηλό υποκλάσιμυ • Εκφράστηκαν από μέρος του ασθενούς και διευθετήθηκαν τα ψυχολογικά προβλήματα 	<p>ü Με την διόσκολία, τις οδηγίες προς τον ασθενή αλλά και με την φαρμακευτική αγωγή επανφέρεται μερικώς η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου</p>



ΣΚΕΨΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΣΚΕΨΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Απ' όλα τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι σαφώς χρειάζεται ψυχολογική στήριξη, και σε ορισμένες περιπτώσεις ψυχοθεραπεία, σε πάσχοντες αλλά και σε συγγενείς ασθενών. Η ψυχολογική παρέμβαση δε θα πρέπει να θεωρείται πολυτέλεια και πλεονασμός, αλλά να αποτελέσει μέρος της όλης θεραπείας. Η διαδικασία της ψυχοθεραπείας, και πολλές φορές οποιασδήποτε ψυχολογικής παρέμβασης, σε ένα μεγάλο μέρος της ελληνικής κοινωνίας θεωρείται ξενόφερτη πολυτέλεια, είναι όμως ανάγκη να γίνει αφενός κατανοητή και αφετέρου αποδεκτή η σημαντικότητα του ψυχισμού και της οποιασδήποτε ψυχολογικής (ψυχοθεραπευτικής) παρέμβασης. Να γίνει δε σαφές ότι ψυχολογική υποστήριξη, ψυχολογική βοήθεια ή ψυχοθεραπεία δεν είναι απαραίτητο να αιτείται και να παρέχεται σε βαριά πάσχοντες. Η ψυχοθεραπεία απευθύνεται και σε φυσιολογικά άτομα που για πολλούς και διάφορους λόγους σε κάποια φάση της ζωής τους «μπερδεύτηκαν», «ζορίστηκαν», «πιέστηκαν» και ως αποτέλεσμα όλων αυτών η ζωή τους έχει υποβαθμιστεί ποιοτικά και δεν νιώθουν καλά με τον εαυτόν τους. Έτσι λοιπόν, επειδή τόσο οι πάσχοντες όσο και οι συγγενείς βιώνουν τις γνωστές πιέσεις και δυσκολίες, είναι εύλογο ότι χρειάζονται κάποια ψυχολογική βοήθεια.

Η επαρκής αντιμετώπιση της ΣΚΠ απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση, με τέτοιο τρόπο ώστε ο κάθε επιστήμονας, βάση της ειδικότητας του και των επιστημονικών του γνώσεων να δίνει με απλό τρόπο σε συγγενείς και πάσχοντες όλες εκείνες τις γνώσεις, τα στοιχεία και τις πληροφορίες που δεν θα αφήνουν περιθώρια παρερμηνείας ή παρανόησης. Παράλληλα, η οικογένεια θα πρέπει να αντιμετωπιστεί σαν ένα σύστημα όπου όλα τα μέλη συμβάλλουν και συνεισφέρουν στους κοινούς στόχους.

Όσον αφορά τα δυο συνυπάρχοντα προβλήματα του ατόμου με ΣΚΠ, δηλαδή του νευρολογικού και του ψυχολογικού, πρέπει να αντιμετωπιστούν ταυτόχρονα από ειδικούς στη βάση της ολιστικής θεώρησης της ασθένειας. Ασθενής, συγγενείς, φορείς, σύλλογοι και εμπλεκόμενοι θεραπευτές όλων των ειδικοτήτων πρέπει να πληροφορηθούν και να ευαισθητοποιήσουν το ευρύτερο κοινό γύρω από την φύση αυτής της νόσου. Τέλος η δημιουργία περισσότερων ερευνητικών κέντρων παγκοσμίως αλλά και στη χώρα μας θα οδηγήσει στον τελικό στόχο, που δεν είναι άλλος από την πλήρη κατανόηση και φυσικά την θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας (ΣΚΠ) είναι μια χρόνια ασθένεια που προσβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και χαρακτηρίζεται από καταστροφή της μυελίνης, του μονωτικού υλικού των νεύρων, μέσω των οποίων μεταφέρεται το νευρικό ερέθισμα.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας μας είναι να αναφέρουμε τα αίτια, την κλινική εικόνα και την θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Επίσης θα θέλαμε να τονίσουμε μέσω της εργασίας ότι πολλά από τα συμπτώματα που σχετίζονται με την νόσο μπορούν να αντιμετωπιστούν και με τη σωστή θεραπεία η εξέλιξη της νόσου να επιβραδυνθεί. Αν και το φάρμακο για την εξάλειψη της σκλήρυνσης κατά πλάκας δεν έχει βρεθεί ακόμα, η σωστή νοσηλευτική φροντίδα παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην κλινική όσο και στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.

Στην εργασία μας λοιπόν παρατίθενται πληροφορίες ανατομίας και φυσιολογίας του κεντρικού νευρικού συστήματος, ο ορισμός της σκλήρυνσης κατά πλάκας, ιστορική αναδρομή της νόσου αλλά και αιτιολογία και επιδημιολογία της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Επίσης παραθέτουμε την παθογένεια της νόσου, τις μορφές της, την κλινική εικόνα της ασθένειας, την διάγνωση και διαφορική διάγνωση της νόσου, καθώς επίσης την πορεία και την πρόγνωση της. Επιπροσθέτως η εργασία μας καταλήγει αναφέροντας τις διάφορες μορφές θεραπείας, την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος καθώς και τον ρόλο του νοσηλευτή καθ' όλη την διάρκεια της ασθένειας.

Συμπερασματικά από την εργασία μας απορρέει ότι παρόλο που δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας ο ασθενής μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξή της και να αντιμετωπίσει τόσο τα κλινικά όσο και τα ψυχολογικά συμπτώματα της.

SUMMARY

Introduction: Multiple Sclerosis (MS) is a chronic disease attacks the central nervous system (CNS) characterized by destruction of myelin, the insulation of the nerves through which transferred to the nervous stimulus.

Purpose: The purpose of our work is to name the causes, clinical presentation and treatment of multiple sclerosis. We would also like to stress through work that many of the symptoms associated with it can be addressed with the proper treatment of the disease progression be slowed. Although the drug for the elimination of multiple sclerosis has not been found yet, good nursing care plays an important role in both clinical and psychological condition of the patient.

In our work out other information anatomy and physiology of the central nervous system, the definition of multiple sclerosis, history of disease and etiology and epidemiology of multiple sclerosis. Also note the pathogenesis of the disease, its forms, the clinical disease, diagnosis and differential diagnosis, as well as the course and prognosis. In addition, our work leads indicating the different forms of treatment, psychological support patient and the family environment and the role of nurses throughout the course of the disease.

Conclusion from our work shows that although there is no specific treatment of multiple sclerosis the patient can slow its progress and to address both the clinical and psychological symptoms .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναγνωστόπουλος Φ. & Καραδήμας Ε., Υγεία και ασθένεια - Ψυχολογικές διεργασίες, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα 2008, σ. 641-646
- Ανδρούτσου Ε. & Αρβανίτη Σ., Διερεύνηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 2009, σ. 37
- Γιαννάκης Β., Δημουλά Φ., Πεππέ Π. & Πεταλά Δ., Σκλήρυνση Κατά Πλάκας: Ποιότητα ζωής και νοσηλευτική διεργασία, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 2000, σ. 32-33
- Γουρζουλίδου Ε., Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας στην περιοχή της δυτικής Ελλάδας - Επιδημιολογία της νόσου και κλινική μελέτη πασχόντων, Διδακτορική Διατριβή, Πάτρα 2008, σ. 10-20, 24-27, 29, 31-32, 41-42, 50-54, 64-70
- Γρηγοράκης Δ., Διατροφή και Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2003, σ. 20-32
- Δεράος Γ., Σχεδιασμός και σύνθεση αναλόγων του επιτόπου 83-99 της βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης και τροποποιημένων παραγώγων της: Ενδυνάμει προϊόντα στην ανοσοθεραπεία της ΣΚΠ, Διδακτορική Διατριβή, Πάτρα 2007, σ. 12-14
- Δεράος Σ., Σχεδιασμός και σύνθεση αναλόγων επιτόπων της μυελίνης καθώς και αναλόγων της Β αλυσίδας του υποδοχέα της Ιντερλευκίνης-2: Μελέτη δομής – βιολογικής δραστηριότητας, Διδακτορική Διατριβή, Πάτρα 2003, σ. 19-20, 24-25
- Desopoulos A. & Silbernagl S., Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα, Μετάφραση: Κωστόπουλος Γ., Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 3^η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2001, σ. 22, 272-273
- Dewit S., Παθολογική – Χειρουργική νοσηλευτική, Έννοιες και πρακτική, Μετάφραση: Μάλλη Φ., Μηνάς Μ. & Δημούλης Α., Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 2009, Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 1^η, σ. 713-714
- Drake R., Vogl W. & Mitchell A., Gray's Ανατομία, Μετάφραση: Τουσίμης Δ., Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Έκδοση 1^η, Τόμος 1^{ος}, Αθήνα 2007, σ. 62-63, 72
- Drake R., Vogl W. & Mitchell A., Gray's Ανατομία, Μετάφραση: Τουσίμης Δ., Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Έκδοση 1^η, Τόμος 2^{ος}, Αθήνα 2007, σ. 787-788

- Ζήσης Θ., Ανατομία ΙΙ, Σημειώσεις για τους σπουδαστές Β εξαμήνου του τμήματος Νοσηλευτικής Πάτρας, Εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1999, σ. 57-68, 80-82
- Καριώτη Ν., Μαντζουράκη Κ. & Μαυρομάτη Ν., Σκλήρυνση κατά πλάκας και ο ρόλος του νοσηλευτή, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 2010, σ. 24-25
- Κατσάρα Μ., Ανοσολογικές αποκρίσεις πεπτιδικών ανάλογων της μυελίνης συζευγμένα με μαννάνη ή αναμειγμένα με ανοσοενισχυτικό CFA σε πειραματικά μοντέλα της σκλήρυνσης κατά πλάκας, Διδακτορική Διατριβή, Πάτρα 2008, σ. 26-40
- Κεκάτος Ε., Σκλήρυνση κατά πλάκας – Φυσιοθεραπευτική φροντίδα, Έκδοση 1^η, Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Β., Αθήνα 2001, σ. 23-35, 43-49
- Κίτρου Μ., Φυσιολογία ΙΙ, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Β εξαμήνου του τμήματος Νοσηλευτικής Πάτρας, Εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1998, σ. 39
- Κουτσουράκη Ε. & Μπαλογιάννης Σ., Εγκέφαλος: Αρχεία νευρολογίας και ψυχιατρικής, άρθρο: Ηθικοί προβληματισμοί στην σκλήρυνση κατά πλάκας, Τόμος 47, Τεύχος 1, Θεσσαλονίκη 2010, σ. 18-20
- Κριτωτάκη Κ. & Κολιού Α., Σκλήρυνση κατά πλάκας και νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 2008, σ.34-35, 46
- Λαγογιάννη Μ. & Μαλαπάνη Ε., Σκλήρυνση κατά πλάκας και νοσηλευτική παρέμβαση, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 2008, σ. 77, 99-104
- Ματσούκα Ε., Μελέτη διαμόρφωσης επιτόπου 87-99 της ανθρώπινης μυελίνης που εμπλέκεται στην Σκλήρυνση κατά πλάκας, Διδακτορική Διατριβή, Πάτρα 2001, σ. 11-12, 15-16, 36-37
- Μπαλάσκας Α., Φυσικοθεραπευτική προσέγγιση στην Σκλήρυνση κατά πλάκας, Πτυχιακή Εργασία, Θεσσαλονίκη 2009, σ. 35-36, 43-45
- Παπαδόπουλος Χ., www.disabled.gr, Ιανουάριος 2007
- Πασχάλης Χ., Σκλήρυνση κατά πλάκας αιτιοπαθογένεια – διάγνωση – θεραπεία, άρθρο: κλινικά χαρακτηριστικά και πρόγνωση, Πρακτικά 5^{ης} μετεκπαιδευτικής ημερίδος Πανεπιστημιακής Νευρολογικής Κλινικής Πατρών, Πάτρα 1996, σ.28-29
- Πασχαλίδου Μ., Σκλήρυνση κατά πλάκας αιτιοπαθογένεια – διάγνωση – θεραπεία, άρθρο: αζαθειοπρίνη, κυκλοσπορίνη, κυκλοφωσφαμίδη και μιτοξανδρόνη, Πρακτικά 5^{ης} μετεκπαιδευτικής ημερίδος Πανεπιστημιακής Νευρολογικής Κλινικής Πατρών, Πάτρα 1996, σ. 73-75, 77

- Πιπερίδου Χ., Σκλήρυνση κατά πλάκας αιτιοπαθογένεια – διάγνωση – θεραπεία, άρθρο: Κορτικοστεροειδή και ΑСТΗ, Πρακτικά 5^{ης} μετεκπαιδευτικής ημερίδος Πανεπιστημιακής Νευρολογικής Κλινικής Πατρών, Πάτρα 1996, σ. 67-68
- Ράπτη Σ., Εσωτερική παθολογία, Έκδοση 2^η, Τόμος 1^{ος}, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παριζιάνος, Αθήνα 1998, σ.304
- Σαχίνη – Καρδάση Α. & Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική-Νοσηλευτικές διεργασίες, Έκδοση 2^η, Τόμος 3^{ος}, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006, σ. 311-314
- Σωτηροπούλου Λ., Σκλήρυνση κατά πλάκας, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 2000, σ. 22-25, 27-28
- Τζαχρήστα Χ., Αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας, Πτυχιακή Εργασία, Πάτρα 2002, σ. 22-23, 37, 42
- Τσακανίκας Κ., Σκλήρυνση κατά πλάκας αιτιοπαθογένεια – διάγνωση – θεραπεία, άρθρο: Διαγνωστικά κριτήρια και διαφορική διάγνωση, Πρακτικά 5^{ης} μετεκπαιδευτικής ημερίδος Πανεπιστημιακής Νευρολογικής Κλινικής Πατρών, Πάτρα 1996, σ. 53-54, 59-61
- Φεζουλίδης Ι., Σκλήρυνση κατά πλάκας αιτιοπαθογένεια – διάγνωση – θεραπεία, άρθρο: Νευροακτινολογικά ευρήματα, Πρακτικά 5^{ης} μετεκπαιδευτικής ημερίδος Πανεπιστημιακής Νευρολογικής Κλινικής Πατρών, Πάτρα 1996, σ. 32-33
- Walton L., Νευρολογία, Έκδοση 6^η, Τόμος 1^{ος}, Μετάφραση-επιμέλεια: Παπαπετρόπουλος Θ., Πασχάλης Χ. & Παπαθανασόπουλος Π., Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996
- www.aquaway.gr, Υδροθεραπεία σε ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας, 28/3/2011
- www.msnews.org/diet-and-multiple-sclerosis, 30/3/2011
- <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?id=8&ct=4&articleID=13486&la=1>, 08/11/11